



Delibera della Giunta Regionale n. 461 del 12/09/2024

Dipartimento 50 - GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

Direzione Generale 4 - DG per la tutela della salute e il coordin. del sist. sanitario regionale

Oggetto dell'Atto:

ATTO AZIENDALE ASL DI SALERNO. APPROVAZIONE.

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla Direzione Generale e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal Direttore a mezzo di sottoscrizione della presente

PREMESSO che

- a) l'art. 3 comma 1 bis, del D.lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii. delinea l'Atto aziendale quale strumento giuridico mediante il quale le Aziende sanitarie determinano la propria organizzazione ed il proprio funzionamento con autonomia gestionale ed amministrativa, nel rispetto dei principi e dei criteri emanati dalla Regione;
- b) con il DCA 103 del 28 dicembre 2018 e successive modifiche ed integrazioni è stato approvato il Piano Regionale di programmazione della rete ospedaliera, successivamente integrato con DGRC n. 378/2020, tenendo conto, in particolare:
 - b.1. della classificazione dei presidi inseriti nella rete ospedaliera definita in relazione al bacino di utenza;
 - b.2. delle reti assistenziali disegnate per la completa e tempestiva presa in carico dei pazienti;
 - b.3. del numero di posti letto per singola disciplina attribuito a ciascuna azienda e presidio ospedaliero;
 - b.4. del numero di unità operative programmabili nel rispetto della normativa nazionale e regionale (standard di cui al DM 70/2015 e parametri del Comitato LEA come articolati nel DCA 18/2013);
- c) con Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze n. 77 del 23 maggio 2022, GU serie Generale n. 144 del 22.06.2022, è stato adottato il "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale";

CONSIDERATA l'esigenza di avviare una complessiva rivisitazione dell'intera offerta sanitaria, sia relativamente all'ambito ospedaliero che territoriale e di prevenzione, in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, anche in ossequio alle più recenti indicazioni ministeriali, quale il D.M. 77/2022;

PRESO ATTO, dall'istruttoria dei competenti uffici della Direzione Generale per la Tutela della salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale, che:

- a) la Direzione Generale per la Tutela della salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale ha invitato i Direttori Generali delle AA.SS.LL., AA.OO., AA.OO.UU. ed IRCCS ad adottare ed inviare i nuovi atti aziendali, ai competenti Uffici regionali, da redigersi in conformità a quanto disposto in merito dalla programmazione regionale;
- b) con nota del Direttore Generale Tutela della salute prot. 176582 del 31 marzo del 2023 è stato costituito un gruppo di lavoro per l'istruttoria degli atti aziendali delle aziende sanitarie della regione Campania;
- c) è stata resa specifica informativa, con contestuale convocazione, ai Sindaci ed alle amministrazioni comunali della provincia di Salerno, nonché alle OO.SS. della dirigenza e del comparto;
- d) l'Azienda Sanitaria Locale di Salerno ha approvato la Delibera n. 1256 del 06 agosto 2024, come modificata dalla Delibera 1306 del 13 agosto 2024, con la quale ha adottato l'atto aziendale;
- e) il menzionato gruppo di lavoro ha esaminato l'atto aziendale della ASL di Salerno e non ha rilevato criticità;
- f) i competenti Uffici della Direzione Generale per la Tutela della salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale propongono pertanto l'approvazione dell'Atto Aziendale dell'Azienda Sanitaria Locale di Salerno adottato con la Delibera aziendale n. 1256 del 06 agosto 2024 come modificata dalla Delibera 1306 del 13 agosto 2024 che, allegato al presente atto, ne costituisce parte integrante e sostanziale;

RITENUTO di dover approvare l'Atto Aziendale dell'Azienda Sanitaria Locale di Salerno adottato con la Delibera aziendale 1256 del 06 agosto 2024, come modificata dalla Delibera 1306 del 13 agosto 2024 che, allegato al presente atto, ne costituisce parte integrante e sostanziale;

PROPONE e la Giunta, in conformità, a voto unanime

DELIBERA

per le motivazioni espresse in narrativa e che qui si intendono integralmente riportate:

1. di approvare l'Atto Aziendale dell'Azienda Sanitaria Locale di Salerno, adottato con la Delibera aziendale 1256 del 06 agosto 2024, come modificata dalla Delibera 1306 del 13 agosto 2024 che, allegato al presente atto, ne costituisce parte integrante e sostanziale;
2. di inviare la presente delibera al Gabinetto del Presidente, alla Direzione Generale per la Tutela della salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, anche per la notifica all'Azienda Sanitaria Locale di Salerno, all'Ufficio competente per la pubblicazione nella sezione trasparenza del sito istituzionale della Regione Campania ed al BURC per la pubblicazione.

AZIENDA SANITARIA LOCALE SALERNO

VIA NIZZA,146-84124-SALERNO

DELIBERAZIONE

Proposta:

Proponente: **UOC Gestione degli Affari Generali**

Provvedimento con Esecutività:

X	Ordinaria
---	-----------

	Immediata	Motivazione: Per consentire il tempestivo adempimento previsto nell' atto.
--	-----------	--

	Altre fattispecie	Come indicato nel corpo del provvedimento.
--	-------------------	--

Oggetto: Adozione Atto Aziendale dell'Azienda Sanitaria Locale Salerno - rettifica allegato della delibera n. 1256 del 06-08-2024.

GENNARO SOSTO
13.08.2024 18:13:25 UTC

Alla stregua dell'istruttoria compiuta e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonchè per espressa dichiarazione di regolarità tecnica ed amministrativa della stessa resa a mezzo di sottoscrizione della presente, da parte de **IL DIRETTORE/IL DIRIGENTE di UOC Gestione degli Affari Generali**

PREMESSO

- che, ai sensi di quanto disposto dall'articolo 3, comma 1 bis del D.Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii., l'Atto Aziendale costituisce lo strumento giuridico mediante il quale le Aziende Sanitarie determinano la propria organizzazione e il proprio funzionamento, delineando gli ambiti della propria autonomia gestionale ed organizzativa, nel rispetto dei principi e dei criteri emanati dalla Regione;
- che la Regione Campania, con Decreto del Commissario ad Acta n.18/2013, ha definito le linee guida per la stesura degli Atti Aziendali degli Enti del Servizio Sanitario Regionale;
- che, con deliberazione del Direttore Generale n.90 del 29/09/2016, in ottemperanza alla normativa in materia, è stato adottato l'Atto Aziendale dell'Azienda Sanitaria Locale Salerno;
- che, successivamente, con il Decreto n. 1 del 11 gennaio 2017 la Struttura Commissariale ad acta per l'attuazione del piano di rientro della Regione Campania ha approvato il DCA avente ad oggetto "DCA 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";
- che, con DGRC 378 del 23 luglio 2020 è stato adottato il nuovo Piano di organizzazione e potenziamento delle attività in regime di ricovero in Terapia Intensiva;
- che, con nota prot. n. 11364/2023, la Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale ha invitato i Direttori Generali delle AA.SS.LL., AA.OO., AA.OO.UU. e IRCCS ad adottare e inviare i nuovi Atti aziendali ai competenti Uffici Regionali, da redigersi in conformità a quanto disposto in merito dalla programmazione regionale (riferimento DCA n.103/2018 e DGRC n.378/2020);

DATO ATTO:

- che, con delibera n. 1256 del 06-08-2024 è stato approvato l'Atto Aziendale;
- che, la Direzione Strategica ha riscontrato la necessità di dover rettificare un errore materiale e a tal fine ha predisposto l'allegato Atto Aziendale contenente la predetta rettifica;

RICHIAMATO:

- il Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze n. 77 del 23 maggio 2022, GU serie Generale n. 144 del 22.06.2022, con cui è stato adottato il "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale";

EVIDENZIATO:

- che l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali - AGENAS con la nota avente ad oggetto "Atto Aziendale, riorganizzazione territoriale - ASL Salerno" ha confermato che "...la struttura organizzativa definita nell'Atto di riorganizzazione territoriale della ASL Salerno rispetta i principi generali del DM 77/2022 quali l'integrazione e il coordinamento delle diverse componenti dell'assistenza sanitaria territoriale... Il documento di

riorganizzazione territoriale previsto dall'ASL Salerno è in linea con il DM 77/2022”;

RICHIAMATA:

- la nota prot. n. 247408 del 22 dicembre 2023 con cui l'ASL Salerno trasmetteva la preliminare proposta di Atto Aziendale alla Giunta Regionale della Campania, Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale;
- la nota prot. n. 113645 del 4 marzo 2024 con cui la Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR della Regione Campania riscontrava con le osservazioni in merito alla proposta preliminare dell'Atto Aziendale della ASL Salerno e invitava ad effettuare le relative integrazioni;
- la nota prot. n. 62848 del 21 marzo 2024 con cui l'ASL Salerno ritrasmetteva la proposta di Atto Aziendale alla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR della Regione Campania;

PRESO ATTO:

- che, ai sensi del punto 11.1 del DCA n. 135 del 10/10/2012 avente ad oggetto “Approvazione atto di indirizzo per l'Adozione dell'Atto Aziendale della AASS della Regione Campania” e del DCA n.18 del 18/02/2013 “DCA 135/2012 - Ulteriori integrazioni”, l'originaria proposta di Atto Aziendale è stata condivisa in seduta pubblica con:
 - il Collegio di Direzione aziendale (giusta Delibera n. 504/2024) e il Collegio Sindacale, nella giornata del 25 marzo 2024;
 - le Organizzazioni Sindacali nella giornata del 26 marzo 2024;
 - i Sindaci e le Amministrazioni comunali della provincia di Salerno nella giornata del 27 marzo 2024;
 - la Rappresentanza Sindacale Unitaria aziendale nella giornata del 4 aprile 2024;

TENUTO CONTO:

- che dalle sedute pubbliche sono scaturite delle osservazioni successive al vaglio della Direzione Strategica per la stesura definitiva del presente Atto Aziendale;

CONSIDERATO:

- che alla luce della sopracitata nota regionale, nel rispetto degli atti di programmazione regionale evidenziati e nell'ottica di un miglioramento dell'offerta assistenziale, la Direzione Strategica ha ritenuto necessario procedere all'adozione del nuovo Atto Aziendale, rispondente alle nuove disposizioni regionali e nazionali;

PRECISATO:

- che l'Azienda procederà, con l'assunzione di specifici atti deliberativi, all'attuazione di quanto programmato, qualora di nuova istituzione o oggetto di adeguamento organizzativo, tenendo conto dei principi di efficacia, efficienza e trasparenza;
- che in sede di predisposizione dell'atto aziendale la Direzione Strategica ha tenuto conto dei criteri di cui al DCA 103/2018 e della DGRC 378/2020, così come confermato dall'istruttoria di verifica compiuta dalla Regione Campania;

VISTI:

- il D.Lgs n. 502/92 e ss.mm.ii. “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”;
- la Legge Regionale n. 32/94 e ss.mm.ii. “Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ss.mm.ii., riordino del Servizio sanitario regionale;
- il DCA n. 18/2013 e ss.mm.ii. - “Approvazione atto di indirizzo per l’adozione dell’atto aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Campania - Ulteriori integrazioni”;
- il Decreto del Ministero della Salute n. 70 del 2/04/2015 - “Regolamento recante definizione degli standard qualitative, strutturali, tecnologici e quantitativi relative all’assistenza ospedaliera”;
- il Decreto del Commissario ad acta n 103 del 28.12.2018 con cui è stato approvato il Piano Regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015;

RITENUTO:

- di dover procedere a formulare la presente proposta così come richiesto dalla Direzione Strategica;

PRECISATO:

- che il contenuto dell’atto aziendale, le scelte organizzative ivi previste, rappresentano atto di indirizzo della Direzione Strategica e la proposta della scrivente riguarda l’iter adottato;

ATTESTATO:

che il presente provvedimento, alla stregua dell' istruttoria compiuta, e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nella premessa, 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;

ATTESTATA:

che la conformità del presente atto alle norme sul trattamento dei dati di cui al D.Lgs 196/2003 così come integrato con le modifiche introdotte dal D.Lgs 101/2018 per l' adeguamento della normativa nazionale al Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e dalle novelle introdotte dalla legge 27 dicembre 2019 n.160, che contiene principi e prescrizioni per il trattamento dei dati personali, a che con riferimento alla loro "diffusione", e dichiarato di aver valutato la rispondenza del testo, compreso degli eventuali allegati, destinato alla diffusione per il mezzo dell' Albo Pretorio alle suddette prescrizioni e ne dispone la pubblicazione nei modi di legge;

DICHIARATO:

che la documentazione originale a supporto del presente provvedimento è depositata e custodita agli uffici del Dipartimento/U.O. proponente;
che non sussistono motivi ostativi a procedere essendo l' atto conforme alle disposizioni di legge in materia ed ai regolamenti e/o direttive dell'Ente, nonchè coerente con gli obiettivi

strategici individuati dalla Direzione Generale e le finalità istituzionali dell'Ente.

Il Responsabile del procedimento dichiara:

l'insussistenza del conflitto di interesse, allo stato attuale, ai sensi dell' articolo 6 bis della Legge n.241/90 in relazione al citato provvedimento e l' aderenza del presente atto alle misure previste nel vigente piano anticorruzione.

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

Per quanto in premessa, che qui si intende integralmente riportato

Per quanto in premessa, che qui si intende integralmente riportato

di adottare l'allegato Atto Aziendale **(all.)** che forma parte integrale e sostanziale del presente provvedimento e sostituisce integralmente quello di cui alla delibera n. 1256 del 06-08-2024;

di trasmettere la presente deliberazione:

al Presidente della Giunta Regionale della Campania - Ufficio di Gabinetto;

alla Direzione Generale tutela della salute e Coordinamento SSR per la successiva approvazione;

di inviare il presente atto al Collegio Sindacale, ai sensi della normativa vigente.

IL DIRETTORE \ DIRIGENTE UOC Gestione degli Affari Generali - [Ambrosio Eliana]

IL DIRETTORE GENERALE

IN VIRTÙ dei poteri conferitigli con D.G.R.C. n. 322 del 21/06/2022 e D.P.G.R.C. n. 110 del 04/08/2022;

Vista la proposta formulata dal Direttore/Dirigente proponente alla stregua dell'istruttoria compiuta dallo stesso e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nella premessa, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell' espressa dichiarazione di regolarità e legittimità della stessa, a mezzo sottoscrizione , nella forma e nella sostanza ai sensi della vigente normativa e utilità per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art.1 della L.20\94 e successive modifiche;

Acquisiti i pareri del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario:

PARERI:

X	Favorevole
----------	-------------------

	Non Favorevole
--	-----------------------

Motivazione (In caso di parere non favorevole)
Germano Perito FIRMATO

X	Favorevole
----------	-------------------

	Non Favorevole
--	-----------------------

Motivazione (In caso di parere non favorevole)
Primo Sergianni FIRMATO

DELIBERA

per i motivi di cui alla premessa che qui si intendono integralmente riportati:

- di approvare la proposta formulata che qui si intende integralmente riportata;
- di trasmettere il presente provvedimento ai destinatari indicati in proposta.

I documenti afferenti al seguente procedimento sono stati firmati digitalmente da:

Ambrosio Eliana - proposta-approvata_1.pdf - 13/08/2024 14:20:12

Perito Germano - proposta-approvata_1_1.pdf - 13/08/2024 14:27:10

Sergianni Primo - proposta-approvata_1_1_1.pdf - 13/08/2024 16:29:05

IL DIRETTORE GENERALE

Ing.Gennaro Sosto

Allegati alla presente:

Allegati Atti Amministrativi (Nome File:ATTO AZIENDALE ASL SALERNO.pdf -

Impronta:

**3627110488fba6e51ac8731d777a929ae7feb886684ad62b5d145c5f6eeaec8a5d3670c6cf9
aa1aff5da6e6bba76cf0e0b8b4ecbb250f183f8e45c0d094231a0) -**

PUBBLICABILE;

IL DIRETTORE

UOC Gestione degli Affari Generali- [Ambrosio Eliana]

Trasmessa ai soggetti esterni sotto elencati a cura del servizio proponente:

Notificata ai soggetti interni sotto elencati:

UOC Gestione degli Affari Generali
Collegio Sindacale

ASL Salerno
Azienda Sanitaria Locale Salerno



Atto Aziendale

ATTO AZIENDALE

Sommario

Atto Aziendale	1
Titolo I - I principi generali dell'Atto Aziendale	7
Art. 1 - I principi generali dell'Atto Aziendale	7
Art. 2 - I contenuti dell'Atto Aziendale.....	7
Art. 3 – Regolamenti.....	9
Titolo II - L’Azienda Sanitaria Locale Salerno	10
Art. 4 - Costituzione, denominazione e sede legale.....	10
Art. 5 – Logo	13
Art. 6 – Il Patrimonio	13
Titolo III - Il ruolo dell’Azienda Sanitaria Locale Salerno	14
Art. 7 - Missione	14
Art. 8 – Integrazione socio-sanitaria e rapporti con gli ambiti territoriali sociali.	16
Art. 9 – Visione strategica dell’Azienda.....	17
Art. 10 – Valori e Qualità.....	18
Titolo IV - Principi di Organizzazione – Il Governo Aziendale	20
Art. 11 – Il Governo Aziendale - Principi Generali.....	20
Art. 12 - Governo e risultati dell'Azienda	21
Art. 13 – Il Governo clinico, sicurezza delle cure e controllo della qualità	22
Art. 14 – Gestione delle risorse umane. Clima e benessere organizzativo - Formazione continua: strumento per la qualità ed il governo clinico	23
Art. 15 - Il Governo economico	25
Art. 16 - Il Controllo di Gestione.....	26
Art. 17 - Controllo di regolarità amministrativa e contabile	27
Art. 18 - La separazione fra funzioni di governo aziendale e funzioni gestionali.....	28
Art. 19 - Lo svolgimento delle attività: la natura e la forma degli atti	30
Titolo V – Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini	30
Art. 20 - Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini.....	30
Art. 21 – Sistema Informativo – Informazione e Comunicazione	34
Art. 22 – La Comunicazione nell’Azienda Sanitaria Locale Salerno.....	35
Titolo VI – I sistemi di gestione e di governo aziendale	38
Art. 23 - La programmazione come criterio guida aziendale	38
Art. 24 - Il controllo interno e il ciclo di miglioramento continuo.....	38

ATTO AZIENDALE

Art. 25 - La valutazione.....	39
Titolo VII – Organi dell’Azienda.....	41
Art. 26 – Organi	41
Art. 27 - Il Direttore Generale	41
Art. 28 - Il Collegio di Direzione.....	41
Art. 29 - Il Collegio Sindacale.....	42
Titolo VIII – Organi dell’Azienda – La direzione strategica aziendale – Organismi aziendali – Aspetti istituzionali e organizzativi.....	43
Art. 30 - La Direzione Generale	43
Art. 31 - La Direzione Sanitaria e la Direzione Amministrativa aziendali	43
Art. 32 - Integrazione socio-sanitaria aziendale e Rapporti con gli ambiti territoriali sociali – Il Responsabile del Coordinamento dei servizi socio-sanitari.	44
Art. 33 - La Conferenza dei Sindaci.....	45
Art. 34 - Il Consiglio dei Sanitari	45
Art. 35 - Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.	46
Art. 36 - Ufficio Relazioni con il Pubblico	46
Art. 37 – Unità organizzativa Gestione rischio clinico.....	47
Art. 38 - Servizio prevenzione e protezione	49
Art. 39 – Altri organismi	50
Titolo IX – Le macrostrutture organizzative	51
Art. 40 – Principi Generali	51
Art. 41 – Livelli di Governo	53
Art. 42 - Articolazioni delle strutture operative.....	53
Art. 43 - Autonomia gestionale delle strutture organizzative.....	56
Art. 44 - Il Distretto.....	57
Art. 45 - Comitato dei Sindaci di Distretto	58
Art. 46 – I presidi ospedalieri	59
Art. 47 – L’organizzazione dipartimentale. Il Direttore del Dipartimento. Il Comitato di Dipartimento	59
Art. 48 - Aree interdipartimentali organizzativo-funzionali	62
Art. 49 – Direzione delle professioni sanitarie, tecnico-sanitarie e professionali.....	63
Titolo X - Affidamento degli incarichi.....	64
Art. 50 - Conferimento degli incarichi dirigenziali.....	64
Art. 51 - La responsabilizzazione gestionale	65

ATTO AZIENDALE

Art. 52 - Le deleghe e i poteri.....	66
Art. 53 – Risorse materiali e tecnologiche: disciplina dei contratti di fornitura dei beni e servizi	67
Art. 54 - Procedure contabili	68
Art. 55 - Disposizioni finali.....	70
Allegato 1	72

Atto Aziendale

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 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 dalle vigenti normative in materia.

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 a cui hanno fatto seguito:

- Decreto Commissariale n. 103 del 28.12.2018 il “Piano Regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 – Aggiornamento di dicembre 2018”;
- Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019 – 2021 adottato con DCA 83/2019;
- Delibera di Giunta regionale n. 304 del 16.06.2020, relativa al “Piano di riorganizzazione/potenziamento delle attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cura della Regione Campania a cui ha fatto seguito la DGRC 378/2020 ad oggetto: adozione piano di riorganizzazione/potenziamento delle attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cura della Regione Campania;
- Decreto 23 maggio 2022, n. 77 del Ministero della Salute “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale” recepito con DGRC 682 del 13/12/2022”.

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, dalle 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 poggiati 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.

ATTO AZIENDALE

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 ed 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, può indirizzare verso il conseguimento dell'obiettivo di assicurare il più razionale utilizzo possibile delle risorse disponibili per 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 Crotone 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, perché la salute dell'uomo, nella sua accezione più piena, sia salvaguardata, curata, riabilitata.

Titolo I - I 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. 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 d'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, in particolare con quanto richiesto dalle norme citate in premessa che prevedono che l'Atto Aziendale debba costituire anche modifica del Piano Attuativo Aziendale, adotta un documento

ATTO AZIENDALE

rappresentativo della complessità aziendale, modellato in funzione anche del fabbisogno indicato nel nuovo Piano di riassetto della rete ospedaliera contenuto nel DCA 103/2018 “ Piano regionale di Programmazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 – Aggiornamento di dicembre 2018” e del Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019 – 2021 adottato con DCA 83/2019.

In particolare, vengono specificati (confermati rispetto al precedente atto aziendale o aggiornati):

- la sede legale e il logo aziendale;
- la missione dell'azienda nell'ambito dell'assistenza regionale;
- l'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, delle delibere di giunta regionale e delle altre normative di riferimento;
- l'individuazione e l'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, sopra menzionati e nel rispetto dei parametri (previsti e ove non modificati) con il DCA n. 18 del 18.2.2013.

Nell'Atto Aziendale, inoltre, sono definiti:

- gli organi e gli organismi aziendali e la relativa disciplina per la loro composizione e le funzioni;
- 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;
- 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;
- la pianificazione attuativa per la definizione e l'attuazione delle modalità di attuazione delle azioni di propria competenza con relativo crono programma;
- 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);
- 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

ATTO AZIENDALE

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.

Art. 3 – Regolamenti

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 (ove necessario) 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

ATTO AZIENDALE

altri eventuali organismi o per la organizzazione di specifici settori.

Tutti i Regolamenti adottati saranno pubblicati sui siti web aziendali.

Titolo II - L'Azienda Sanitaria Locale Salerno

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 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 Kmq 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 31.12.2022 è di 1.101.763, che rappresenta circa il 19% della popolazione regionale.

Nella provincia di Salerno insistono 158 comuni:

- 19 con un elevato grado di urbanizzazione e una popolazione residente pari al 61% del totale;
- 27 con un livello medio di urbanizzazione e una popolazione residente pari al 20%;
- 112 con un basso livello di urbanizzazione e una popolazione residente pari al 19% (al di sotto dei 5mila abitanti).

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, aggiornato con DCA 103/2018, con DCA 83/2019, e da ultimo la DGRC 682/2022. Tale configurazione è già rappresentata nel primo atto Aziendale adottato con DCA n.01/2017 di cui il presente atto costituisce aggiornamento.

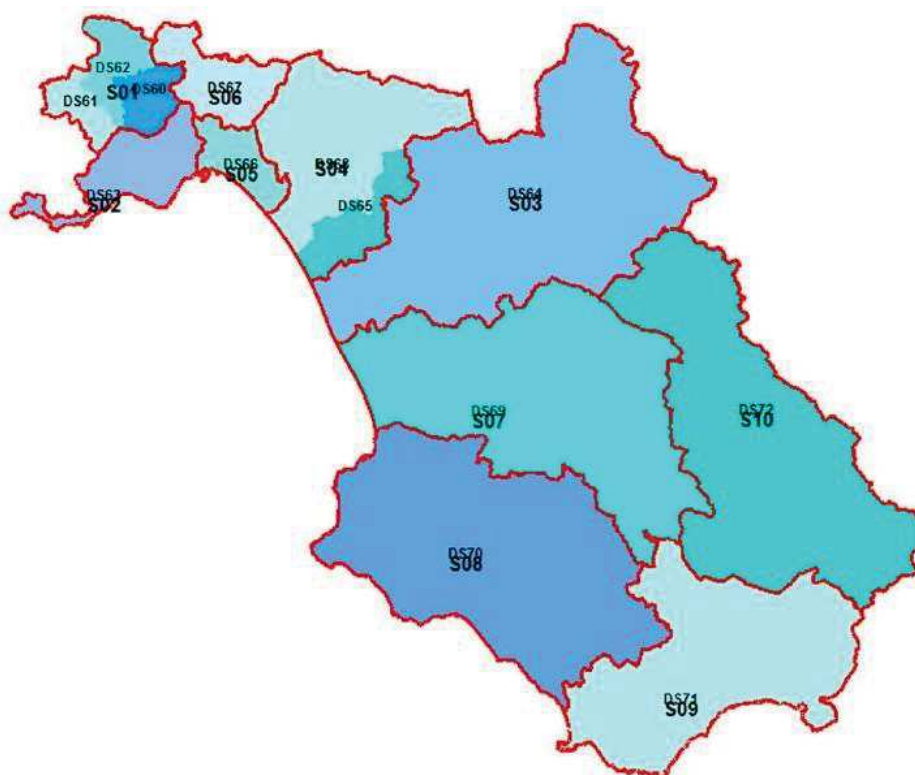
ATTO AZIENDALE

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 (normativa in materia di Piano di Fabbisogno di Personale).

Distretti Sanitari ASL Salerno – Ambiti Sociali

Assistiti ATTIVI su piattaforma SINFONIA – ASL Salerno							
Ambito Sociale	Distretto	Sede Distretto	Comuni	Fascia 0-14	Fascia 15-64	Fascia over 65	Totale
Ambito S 01_1	DS60	Nocera Inferiore	4	12.414	61.868	19.434	93.716
Ambito S 01_2	DS61	Angri-Scafati	4	14.646	64.754	17.632	97.032
Ambito S 01_3	DS62	Sarno-Pagani	4	13.470	59.806	16.039	89.314
Ambito S 02	DS63	Cava-Costa d'Amalfi	14	11.245	59.231	21.798	92.274
Ambito S 03 ex S5	DS64	Eboli	18	13.474	66.338	21.636	101.448
Ambito S 03 ex S8							
Ambito S 04	DS65	Battipaglia	3	9.776	47.342	14.801	71.919
	DS68	Giffoni Valle Piana	9	11.501	54.539	15.509	81.549
Ambito S 05	DS66	Salerno	2	16.881	90.329	36.748	143.957
Ambito S 06	DS67	Mercato San Severino	6	9.838	47.249	13.878	70.966
Ambito S 07	DS69	Capaccio-Roccamare	20	6.765	36.067	13.448	56.280
Ambito S 08	DS70	Vallo della Lucania	38	11.244	61.294	23.953	96.492
Ambito S 09	DS71	Sapri	18	4.966	27.429	11.982	44.377
Ambito S 10	DS72	Sala Consilina-Polla	18	7.396	40.058	14.985	62.439
TOTALE			158	143.616	716.304	241.843	1.101.763

ATTO AZIENDALE



Presidi ospedalieri

Presidio	Posti letto
Presidio Ospedaliero "Umberto I" di Nocera Inferiore	327
Presidio Ospedaliero "Tortora" di Pagani	75
Presidio Ospedaliero "Mauro Scarlato" di Scafati	152
Presidio Ospedaliero "Villa Malta" di Sarno	144
Presidio Ospedaliero "Maria Addolorata" di Eboli	152
Presidio Ospedaliero "Santa Maria della Speranza" di Battipaglia	142
Presidio Ospedaliero "S. Francesco d'Assisi" di Oliveto Citra	82
Presidio Ospedaliero "San Luca" di Vallo della Lucania	286
Presidio Ospedaliero di Agropoli	100
Presidio Ospedaliero di Roccaspide	46
Presidio Ospedaliero "dell'Immacolata" di Sapri	116
Presidio Ospedaliero "L. Curto" di Polla	173

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 logo, già presente nella versione precedente, 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 sopresse 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.

Titolo III - Il ruolo dell'Azienda Sanitaria Locale Salerno

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'accreditamento 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 dell'Azienda

L'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 consegue al piano di riassetto della rete

ATTO AZIENDALE

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 riabilitazione, sia attraverso un utilizzo più appropriato dei posti letto 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 posta:

- all'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

ATTO AZIENDALE

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.

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

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 a quanto definito mediante il DPCM 12.01.2017, che ha integralmente sostituito il 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.

ATTO AZIENDALE

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

- aggregare tutte le attività assistenziali socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, individuate dal D.Lgs. 229/99, dal DPCM 14.02.01 e dal DPCM 12.01.2017, 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;
- è 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.

Art. 9 – Visione strategica dell'Azienda

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:

ATTO AZIENDALE

- di porre i bisogni dei cittadini al centro delle decisioni aziendali assumendo il principio della sussidiarietà e della responsabilizzazione sociale;
- di investire in innovazione organizzativa, tecnologica e gestionale secondo il principio del miglioramento continuo;
- 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;
- 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;
- 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 base della crescita qualitativa dell'assistenza. In particolare, saranno consolidate le iniziative già intraprese, di cui all'Accordo Quadro n. 88 dell'1.02.2016 "Integrazione ospedale-territorio, Azienda Ospedaliera - 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.

Art. 10 – Valori e Qualità

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

- Centralità della persona ed uguaglianza di tutti i cittadini nel diritto a perseguire lo stato di salute;
- Personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, realizzate attraverso il mantenimento di

ATTO AZIENDALE

comportamenti attenti alle necessità ed alle specificità dell'individuo;

- Imparzialità ed efficienza nell'erogazione del servizio;
- Confronto con la comunità, le istituzioni, le associazioni di volontariato, come crescita per la ricerca di nuove soluzioni verso una sanità condivisa e realizzabile;
- Introduzione dell'innovazione come sviluppo professionale, gestionale e tecnologico, sul quale sostenere i continui cambiamenti del settore sanitario-ospedaliero;
- 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;
- 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;
- 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.

L'articolazione territoriale distrettuale e la dotazione delle specialità e dei posti letto dei presidi ospedalieri secondo le indicazioni alla pianificazione operata con il decreto commissariale n. 103/2018 e la DGRC 682/2022 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 uniformato al principio della responsabilizzazione per obiettivi, in linea con gli obiettivi assegnati al Direttore Generale, 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 governance multilivello programmata nel presente Atto risponde alla complessità di un'Azienda Sanitaria chiamata ad assicurare servizi ad una popolazione di oltre 1 milione di abitanti, e per questo è determinata nella globale responsabilità dirigenziale e di autonomia gestionale legate a tutta l'attività professionale, oltre che al sistema degli incarichi e delle Strutture assegnate. La sussistenza di essi è connessa anche al conseguimento di risultati, compreso quello di valorizzazione della produzione di tutte le linee d'attività ricomprese. 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 procede attraverso le funzioni centrali con compiti di controlling 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

ATTO AZIENDALE

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 predispone, 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 2023-2025, 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 (Direttiva Annuale), considerando quelli assegnati al Direttore Generale all'atto della nomina e successivi aggiornamenti. 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.

Tali 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 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.

ATTO AZIENDALE

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 (soddisfacimento 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 (soddisfacimento 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:

- L'analisi delle condizioni di salute, di bisogno e della domanda di servizi, anche sulla base delle analisi epidemiologiche condotte a livello regionale, e del grado di perseguimento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) monitorati secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza indicate nel Nuovo Sistema di Garanzia;
- 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;
- La formulazione delle priorità d'intervento e di allocazione delle risorse (personale, tecnologia e spazi fisici) secondo principi e valutazioni di economicità;
- L'efficienza dell'azienda e delle sue articolazioni organizzative, anche mediante analisi comparative;
- L'efficacia dell'azione aziendale misurata attraverso la capacità di perseguire gli obiettivi operativi definiti, dalla programmazione;
- 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

ATTO AZIENDALE

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.

Il Governo Clinico fa capo al Direttore Sanitario d'Azienda, che ha il compito di garantire la qualità e la efficienza tecnica ed operativa delle prestazioni oltre che la distribuzione dei servizi, restando in capo alle Strutture Aziendali la responsabilità del raggiungimento degli obiettivi. 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: 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; 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, quali 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

ATTO AZIENDALE

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 e, 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;
- Migliorare i rapporti tra i vari dipendenti dell'Azienda sanitaria;
- 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

ATTO AZIENDALE

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 ed 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, finanziandolo secondo le norme contrattuali, gli accordi Stato-Regioni, e Province autonome e le indicazioni regionali.

Gli obblighi agli 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 al 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:

ATTO AZIENDALE

- Bilancio pluriennale di previsione;
- Bilancio aziendale annuale, che si compone, tra l'altro, secondo le indicazioni del D.Lgs. 118/2011 del bilancio economico e di quello patrimoniale;
- Budget operativo, relativo alle unità operative.

Allo scopo di assicurare il controllo degli obiettivi economici e finanziari, l'Azienda utilizza i seguenti strumenti:

- Contabilità generale economico-patrimoniale;
- 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.

Art. 16 - Il Controllo di Gestione

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

ATTO AZIENDALE

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 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.

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.Lgs. 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 e della trasparenza (PTPCT) unitamente a quello del PIAO, da pubblicare sul sito istituzionale dell'ente e inviare al Dipartimento della funzione pubblica per la pubblicazione sul portale

ATTO AZIENDALE

dedicato, secondo la vigente normativa. A tale riguardo si precisa che in base all'articolo 6 del decreto legge n. 80 del 9 giugno 2021, il Piano integrato di attività e organizzazione è il documento unico di programmazione e governance che dal 30 giugno 2022 assorbe molti dei Piani che finora le amministrazioni pubbliche erano tenute a predisporre annualmente: performance, fabbisogni del personale, parità di genere, lavoro agile, anticorruzione. Il PIAO è una concreta semplificazione della burocrazia a tutto vantaggio delle amministrazioni, un altro passo decisivo verso una dimensione di maggiore efficienza, efficacia, produttività e misurazione della performance, migliorando la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese.

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

Sia la normativa nazionale che quella regionale in materia sanitaria, riservano i poteri di gestione, nonché la rappresentanza legale dell'Azienda Sanitaria, al Direttore Generale, il quale è responsabile, insieme a tutte le articolazioni dell'Azienda, 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. Tuttavia, la complessità dell'Azienda Sanitaria di Salerno, chiamata cioè ad assicurare servizi ad una popolazione di oltre 1 milione di abitanti distribuita su 158 Comuni, richiede un sistema molto più flessibile di articolazione dei livelli di responsabilità, non solo legata agli incarichi conferiti ma alla gestione complessiva dell'intero processo produttivo affidato al dirigente anche in considerazione delle competenze e delle funzioni attribuite nell'ambito della specifica categoria contrattuale. Il Direttore Generale infatti, per l'esercizio delle funzioni, si avvale di una struttura di governo collegiale e di responsabilità diffusa, individuando la dirigenza aziendale (middle management) quale centro d'imputazione delle responsabilità diffuse dell'azione amministrativa, tecnica e sanitaria.

L'Azienda Sanitaria di Salerno definisce il proprio sistema di deleghe aziendale con l'obiettivo di circoscrivere l'adozione di Delibere del Direttore Generale alle materie di organizzazione, governo e gestione strategica dell'Azienda stessa, oltreché a quanto ritenuto non delegabile ai sensi della normativa vigente. La responsabilità dirigenziale risponde infatti alla più ampia logica della rispondenza al pubblico interesse dell'organizzazione amministrativa e alla finalizzazione ai principi di efficacia, efficienza, trasparenza, imparzialità e rispondenza al pubblico interesse nel suo insieme, e non solo ai singoli atti e obiettivi di performance.

Ai sensi della normativa e della disciplina contrattuale vigenti, il personale dirigente ha funzioni di responsabile di struttura o di funzioni, formalmente assegnata per le quali è richiesta una specifica qualificazione professionale. I dirigenti sono direttamente responsabili dell'esercizio delle funzioni attribuite alla struttura organizzativa loro affidata e delle attività gestionali da porre in essere per il funzionamento delle strutture e dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi attribuiti e di tutte le procedure che compongono l'intero processo produttivo delle attività di cui sono responsabili nonché degli atti destinati a completare l'iter procedimentale. Ai dirigenti responsabili di struttura o d'incarico professionale compete, in particolare:

- La gestione delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie assegnate;
- La gestione delle attività e funzioni assegnate all'articolazione organizzativa cui sono preposti, nel

ATTO AZIENDALE

rispetto delle direttive aziendali;

- La proposta di programmi attuativi degli obiettivi generali stabiliti;
- L'esercizio di altre funzioni attribuite dal direttore generale ed espressamente delegate;
- I dirigenti preposti ai dipartimenti, alle unità operative complesse, alle unità operative semplici a valenza dipartimentale e agli uffici in staff alla direzione strategica, in quanto titolari di funzioni specifiche, possono formulare le proposte di deliberazioni in relazione alle competenze assegnate, in linea con quanto previsto dal regolamento di riferimento.

La responsabilità dirigenziale ha quindi l'obiettivo insito di migliorare l'efficienza dell'azione amministrativa, ottimizzare l'organizzazione dell'Azienda Sanitaria e quindi migliorare la qualità della complessiva performance organizzativa. L'Azienda Sanitaria, nel modello organizzativo e di responsabilità gestionale diffusa previsto all'interno del presente Atto, mira a configurare un perimetro flessibile e moderno di dirigenza pubblica diretta ad esprimere in ogni momento amministrativo, tecnico e sanitario la logica dell'organizzazione, esprimendo una reale forma di tensione verso l'organizzazione e verso i valori aziendali.

Ai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa sono attribuite, oltre a quelle derivanti dalle specifiche competenze professionali, funzioni di direzione di organizzazione della struttura, da attuarsi, nell'ambito degli indirizzi operativi e gestionali del dipartimento di appartenenza, anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa, e l'adozione delle relative decisioni necessarie per il corretto espletamento del servizio (Comma 6, articolo 13 D.Lgs 19 giugno 1999, n.229).

Al middle management, nei limiti delle attribuzioni di competenza della struttura organizzativa a cui appartengono, spetta l'adozione di tutti gli atti e provvedimenti interni, non rientranti nelle competenze del Direttore Generale e che abbiano come contenuto l'attuazione di direttive, programmi e progetti loro affidati dal Direttore Generale o che siano indispensabili per la gestione della struttura organizzativa dagli stessi diretta.

Inoltre l'Atto Aziendale disciplina l'attribuzione al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario, nonché ai Direttori di Presidio, di Distretto, di Dipartimento e ai Dirigenti responsabili di struttura, dei compiti, comprese, per i dirigenti di strutture complesse, le decisioni che impegnano l'Azienda verso l'esterno, per l'attuazione degli obiettivi definiti nel piano programmatico e finanziario aziendale (Art. 15-bis D.Lgs. 502/92 introdotto dall'articolo 13 del D.Lgs 229/1999). Ciò anche al fine di uniformare il modello gestionale aziendale agli indirizzi dettati dal D.Lgs 165/2001 sulla divisione dei poteri di indirizzo e programmazione e quelli di ordinaria gestione, prevedendo anche poteri provvedimentali in capo ai dirigenti.

Per le funzioni gestionali delegate e per quelle proprie della funzione, dunque, la dirigenza definisce la strategia aderente alle direttive aziendali avvalendosi degli strumenti che la legge gli riconosce quali il potere direttivo, il potere di controllo, il potere sanzionatorio, la valutazione del personale e l'analisi costante della performance

Ai dirigenti compete, di norma, l'adozione degli atti esecutivi delle deliberazioni del Direttore Generale, nonché di quelli destinati a completare l'iter procedimentale avviato con le deliberazioni del Direttore Generale. Nell'organizzazione aziendale della ASL Salerno quindi, la responsabilità dirigenziale rappresenta a tutti i livelli lo strumento per accertare la corrispondenza e la congruenza fra gli obiettivi e gli indirizzi impartiti dalla Direzione Strategica e i risultati realizzati attraverso l'utilizzo dei poteri di micro-organizzazione.

ATTO AZIENDALE

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.

Titolo V – Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini

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 istituzionale dell'Azienda, è prevista, ai sensi e con le modalità di cui all'art. 32 della Legge 18 giugno 2009 n.18 e Dlgs 33/2013 e s.m.i. una sezione denominata "Amministrazione trasparente" che sostituisce la sezione "Trasparenza, valutazione e merito" e la precedente sezione "Operazione trasparenza". Documenti, informazioni e dati la cui pubblicazione è prevista espressamente dalla vigente normativa confluiscono tutti all'interno della sezione "Amministrazione trasparente", ove vengono pubblicati, integralmente, gli atti amministrativi (delibere, determine, etc.) ed 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.

ATTO AZIENDALE

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.

Alla Conferenza dei servizi partecipano anche i rappresentanti delle associazioni che hanno 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 ed 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. È 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

ATTO AZIENDALE

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.

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 patologici, ma miri alla promozione della cultura dell'integrità in un settore che per funzione 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 PIAO (Piano Integrato di Attività e Organizzazione) nell'ambito del Programma per la trasparenza e l'integrità, in

ATTO AZIENDALE

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.

Giova ricordare inoltre circa gli obblighi di trasparenza che le pubbliche amministrazioni sono tenute, ai sensi del D.Lgs. 33 del 14/03/2013, a pubblicare dati riguardanti il loro assetto organizzativo, procedure adottate e prestazioni rese. Il Decreto Legislativo n 33 del 14/3/2013 ha riordinato gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni di parte di ogni Pubblica Amministrazione. Nella sezione "Amministrazione Trasparente" vengono raccolte tutte le informazioni di cui è prevista la pubblicazione rispettando lo schema contenuto nel Decreto stesso e nelle Delibere attuative dell'Autorità Anticorruzione – A.N.AC.

La sezione è stata aggiornata a seguito delle modifiche introdotte dal D.Lgs. 97/2016 e delle relative disposizioni attuative. I dati personali pubblicati in questa sezione sono riutilizzabili solo alle condizioni previste dalla normativa vigente sul riutilizzo dei dati pubblici (direttiva comunitaria 2003/98/CE e D. Lgs. 36/2006 di recepimento della stessa), in termini compatibili con gli scopi per i quali sono stati raccolti e registrati, e nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali.

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, è attivo il sistema delle prenotazioni (centralizzato regionale) e del pagamento *ticket on-line*, della scelta e revoca *on-line* dei MMG e dei PLS. È istituito l'Albo Pretorio Digitale ed è 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 temperare 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.

ATTO AZIENDALE

Con apposito Regolamento, sono 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.

Art. 21 – Sistema Informativo – Informazione e Comunicazione

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 sono 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, 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 posta certificata, 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

ATTO AZIENDALE

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.

Art. 22 – La Comunicazione nell’Azienda Sanitaria Locale Salerno

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, tramite le strutture che funzionalmente si occupano della linea d'attività previste dal presente Atto Aziendale (Comunicazione e URP). 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 predispone annualmente il Piano di

ATTO AZIENDALE

comunicazione quale strumento 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. In tal senso consente di programmare e gestire le azioni di comunicazione per il raggiungimento di specifici obiettivi strategici e di comunicazione dell'azienda. È finalizzato al perseguimento di tre possibili obiettivi:

- In primo luogo, quello strategico, in quanto può aiutare l'organizzazione 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
- 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;

ATTO AZIENDALE

- 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 e 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.

Titolo VI – I sistemi di gestione e di governo aziendale

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. L’articolo 1 del DPR n.81, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 151/2022 del 30 giugno 2022 individua i documenti assorbiti dal PIAO tra cui anche il Piano della Performance.

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.

ATTO AZIENDALE

In questo senso, il controllo è un sistema ampio e in grado di monitorare sistematicamente tutte 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:

- lo sviluppo continuo delle professionalità;
- 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 operazioni elementari, dei quali si assumono le responsabilità dei risultati specifici,

ATTO AZIENDALE

svolgere 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:

- definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- 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.

Titolo VII – Organi dell’Azienda

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. È responsabile delle funzioni di indirizzo, che esercita attraverso la definizione di obiettivi e programmi, 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. Fermo restando i poteri direttamente attribuibili al Direttore Generale, ai Dirigenti titolari di strutture Complesse e Semplici Dipartimentali è attribuita la diretta responsabilità per le attività da porre in essere al fine di garantire il funzionamento delle strutture assegnate.

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

ATTO AZIENDALE

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 dell'Azienda, il Collegio di direzione, in particolare:

- 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;
- 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;
- 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, 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:

- verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico;
- vigila sull'osservanza della legge;
- accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
- riferisce almeno trimestralmente alla regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti in caso di fondato sospetto di gravi irregolarità;
- 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

ATTO AZIENDALE

Ministro della salute. I componenti del Collegio sindacale sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili, istituito presso il Ministero della 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.

Titolo VIII – Organi dell’Azienda – La direzione strategica aziendale – Organismi aziendali – 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:

- 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;
- L'organizzazione aziendale e la programmazione della produttività e della qualità delle prestazioni;
- La pianificazione delle risorse e degli investimenti;
- Le relazioni interne ed esterne;
- La garanzia della sicurezza e la prevenzione;
- 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.Lgs. 502/92 e s.m.i.. Il contratto è sottoscritto sulla base di uno schema approvato dalla Giunta regionale.

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

ATTO AZIENDALE

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;
- 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.

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

Il Responsabile del Coordinamento socio-sanitario collabora direttamente con la Direzione strategica supportando la direzione stessa 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 D.Lgs. 229/99, dal DPCM 14.02.01 e dal DPCM 12.01.2017 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 articolazioni 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

ATTO AZIENDALE

rappresenta il livello centrale aziendale, unitamente con i Direttori dei Distretti che sottoscrivono il PDZ per la parte afferente al proprio distretto. È 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.

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.

Insieme al Direttore del Distretto collabora con il Direttore Generale nel mantenere i rapporti 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..

ATTO AZIENDALE

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 da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello di 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 in 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. La struttura di staff e dell'area tecnica, coordinata da un professionista dal profilo tecnico-amministrativo rispondente ai criteri previsti dalla Legge 150/2000 e dal regolamento DPR 442/2001 e

ATTO AZIENDALE

ss.mm.ii., s'integra funzionalmente con le attività di comunicazione della Direzione Strategica e con la Struttura preposta, al fine di garantire un processo organico di informazione e comunicazione anche sollecitato dai reclami o dalle segnalazioni che arrivano dagli URP distribuiti sul territorio aziendale. Svolge attività di raccordo e di sviluppo delle relazioni con le persone e le associazioni di volontariato, al fine di potenziare e armonizzare i flussi di informazioni tra le strutture e verso l'utenza. L'URP è deputato alla raccolta, alla classificazione e all'archiviazione delle segnalazioni e degli esposti in un'apposita banca dati e alla gestione integrata di tutto quanto rilevato nelle sedi URP periferiche nonché alla predisposizione, con cadenza trimestrale, di una relazione al Direttore Generale sulle segnalazioni e i reclami pervenuti e sull'esito o su proposte di attività di comunicazione volte al superamento di quanto segnalato.

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.

Art. 37 – Unità organizzativa Gestione rischio clinico

La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute, è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività e rappresenta l'insieme di varie azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza dei pazienti, sicurezza, tra l'altro, basata sull'apprendere dall'errore.

Si stima che negli Stati membri dell'UE una quota compresa tra l'8% e il 12% dei pazienti ricoverati presso ospedali sono interessati da eventi sfavorevoli mentre ricevono cure sanitarie.

Gli eventi sfavorevoli, sia nel settore ospedaliero che in quello delle cure primarie, sono in larga misura prevenibili e la maggior parte di essi sono riconducibili a fattori sistemici.

La "gestione del rischio clinico" rientra tra gli interventi del "governo clinico" per il miglioramento della qualità delle prestazioni attraverso un processo sistematico, comprendente sia la dimensione clinico-assistenziale che quella gestionale. Sicurezza dei pazienti e "Clinical Governance" sono strettamente connessi. Una solida "Clinical Governance" costituisce una valida garanzia di sicurezza delle cure e consente di contenere gli eventi avversi riducendoli ad un livello fisiologico.

La necessità di promuovere nel Sistema Sanitario Regionale l'adozione di strumenti di gestione del rischio clinico di carattere sistemico a garanzia della sicurezza dei pazienti è contemplata in numerosi atti nazionali intervenuti a disciplinare la specifica materia.

Gli obiettivi innovativi del sistema di gestione del rischio clinico, basati saldamente sulla continuità operativa, dovranno consentire i seguenti benefici:

- Migliore comprensione del contesto attraverso l'analisi delle criticità e delle aree di vulnerabilità;

ATTO AZIENDALE

- Maggiore capacità di adattarsi al cambiamento attraverso la collaborazione e la comunicazione tra i professionisti;
- Migliore comunicazione con i pazienti e i caregiver;
- Condivisione e implementazione di procedure per la prevenzione degli errori a tutela dei pazienti e degli operatori;
- Riduzione del contenzioso

L'Azienda predispone l'adozione di un sistema organico di azioni tese a conoscere, prevenire e ridurre i rischi nelle varie attività 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. 229/99 e s.m.i. 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 Territorio Aziendale si presenta disomogeneo dal punto di vista orografico e della densità abitativa che è alta nell'area Nord e molto bassa nell'area Sud, e ciò determina una diversa organizzazione dell'assistenza sul territorio aziendale. Nell'ASL Salerno dal 2009 sono stati individuati i Referenti Presidiali (Medici e Coordinatori Infermieristici) per la gestione del rischio clinico e dal 2019 la rete del Rischio Clinico è stata integrata dai Referenti Territoriali (Distretti, Hospice, Dipartimento Salute Mentale ed Area Tutela Penale), in quanto le attività di gestione del rischio clinico, alla luce della Legge n.24/2017, sono in capo a tutti gli esercenti le professioni sanitarie. Il Coordinatore della Rete Aziendale del Rischio Clinico partecipa ai Tavoli Tecnici Regionali, che si riuniscono periodicamente per le attività previste dagli adempimenti LEA:

- Adozione ed implementazione delle 19 Raccomandazioni Ministeriali sulla sicurezza dei pazienti, adozione ed implementazione del Manuale per la sicurezza in sala operatoria e relativa check list;
- Monitoraggio dell'implementazione del Piano Regionale Cadute;
- Monitoraggio della violenza su operatore ai sensi della Legge 113/2020;
- Monitoraggio degli eventi sentinella ed analisi dei relativi piani di miglioramento.

Predispone inoltre la relazione annuale sugli eventi avversi ed i relativi piani di miglioramento che, ai sensi dell'art.2 comma 5 della Legge n.24/2017, viene pubblicata sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito Aziendale.

L'ASL Salerno partecipa ai tre Sistemi di Sorveglianza attivati dalla Regione Campania per le ICA e per l'antibiotico resistenza i cui dati confluiscono nella piattaforma Regionale Icaro Web:

- La Sorveglianza Nazionale delle Infezioni del Sito Chirurgico (Protocollo CCM del 2011); il Protocollo di Sorveglianza delle Infezioni del Sito Chirurgico prevede la rilevazione di dati, mediante una apposita scheda, in modo prospettico per tutti i pazienti sottoposti a uno degli interventi chirurgici selezionati. La rilevazione dei dati è continuativa e sistematica: sono cioè inclusi tutti i pazienti che nel periodo di interesse rispondono ai criteri di inclusione, senza operare alcuna selezione. Le schede di sorveglianza, debitamente compilate vengono trasmesse alla UOC Sicurezza dei pazienti e Gestione Rischio Clinico

ATTO AZIENDALE

per il conferimento dei dati alla piattaforma Regionale;

- La Sorveglianza delle Antibiotico Resistenze, il network campano Si.Re.Ar. è collegato alla rete europea “EARS-Net” per il tramite della rete sentinella nazionale “AR-ISS” dell’istituto Superiore di Sanità;
- Studio di Prevalenza sulle ICA e sull’uso degli antibiotici negli Ospedali per acuti.

L’ASL Salerno partecipa al monitoraggio AGENAS per l’implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali sulla sicurezza dei pazienti ed alla Sorveglianza della mortalità materna, progetto dell’Istituto Superiore di Sanità.

Il “risk manager” assume la responsabilità diretta delle iniziative aziendali sulla gestione del rischio e risponde dei debiti informativi nei confronti del Ministero della Salute che, 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.

La gestione del rischio clinico, sia con riferimento agli eventi sentinella che alle infezioni correlate all’assistenza costituisce, unitamente al contenzioso conseguente, l’elemento di valutazione delle performance dei dirigenti aziendali.

L’Organizzazione Aziendale per la gestione del rischio clinico prevede, inoltre, che vi sia una diretta partecipazione alle attività di gestione del rischio clinico, attraverso un coordinamento funzionale delle attività clinico/amministrative, da parte sia della Direzione Amministrativa, per gli aspetti legali e assicurativi, sia della Direzione Sanitaria, per gli aspetti clinici, mediante la costituzione di un Team Aziendale Rischio clinico.

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.Lgs. 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

ATTO AZIENDALE

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.

Art. 39 – Altri organismi

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

- Comitato Etico (secondo il modello organizzativo regionale);
- 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;
- Comitato interaziendale percorso nascita (in collaborazione con A.O.U Salerno).

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 rispetto dei propri ruoli e autonomia, possano contribuire ai risultati finali in un clima di forte collaborazione, 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

ATTO AZIENDALE

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.

I livelli organizzativi dell'Azienda, e cioè la Direzione Generale, il livello centrale (l'infrastruttura 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, che introduce metodi di lavoro basati sulla programmazione delle attività e sulla valutazione dei risultati.

ATTO AZIENDALE

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:

- **Direzione strategica** (Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Amministrativo Aziendale e dal Direttore Sanitario Aziendale): responsabilità del governo complessivo;
- **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;
- **Attività di controllo** (Collegio Sindacale): responsabilità della verifica dell'equilibrio economico-finanziario e della coerenza alle norme;
- **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;
- **Attività consultiva obbligatoria** (Consiglio dei Sanitari, Conferenza dei Sindaci): responsabilità propositiva sulle problematiche tecnico sanitarie sotto il profilo organizzativo e degli investimenti in tecnologia sanitaria di maggiore rilevanza dell'azienda e maggiore valutazione del soddisfacimento del fabbisogno dei cittadini.

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

- **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;
- **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
- **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

ATTO AZIENDALE

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 Unità Operative Complesse (UOC), 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:

- Per i Presidi ospedalieri: 1 struttura complessa ogni 22 posti letto;
- 13.515 residenti per struttura complessa in ambito territoriale;
- 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 e senza 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 del vigente Piano ospedaliero (DCA 103/2018 e DGRC 378/2020), 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. Nell'allegato al presente Atto, è contenuta la individuazione delle strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali, rinviando a successivi atti il cronoprogramma contenente le azioni utili per l'adeguamento alle nuove indicazioni della programmazione regionale, ad avvenuta approvazione a fronte della quale è stato predisposto il presente Atto.

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 2023/2025, 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.

Criteria per l'individuazione delle UOC (Unità Operativa Complessa):

Le Unità operative complesse sono caratterizzate da:

- Rilevanza delle attività svolte per volume e tipologia;

ATTO AZIENDALE

- Rilevanza del livello di responsabilità per la gestione della struttura;
- Valore delle risorse professionali, operative e organizzative, adeguate qualitativamente e quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi;
- 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 (Unità Operativa Semplice Dipartimentale):

Le Unità operative semplici dipartimentali sono caratterizzate da:

- Congrua dotazione di risorse professionali, operative e organizzative adeguate qualitativamente e quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi;
- Funzione strategicamente rilevante per il buon funzionamento del dipartimento e delle U.O.C. in esso comprese, senza sovrapposizione con le attività delle stesse;
- Competenza specialistico-funzionale necessaria per la gestione della struttura;
- 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 (Unità Operativa Semplice):

Le Unità operative semplici sono caratterizzate da:

- Esistenza di una unità operativa complessa;
- Utilizzazione di risorse professionali, operative e organizzative adeguate qualitativamente e quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi;
- Funzione strategicamente rilevante per il buon funzionamento della UOC di appartenenza, 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 ed 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.

ATTO AZIENDALE

Al fine di assicurare la rilevanza delle funzioni ad alto contenuto tecnico-professionale, l'Azienda può individuare Gruppi Operativi Interdisciplinari e/o 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, richiamato quanto già sopra rappresentato in termini di funzioni gestionali e di responsabilità, è assegnato un ruolo specifico ed obiettivi, qualitativi e quantitativi, coerenti con le risorse attribuite oltre che l'esercizio delle funzioni attribuite alla struttura organizzativa loro affidata e di tutte le procedure che compongono l'intero processo produttivo delle attività di cui sono responsabili, nonché degli atti destinati a completare l'iter procedimentale. 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 Dirigente 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 economica e di qualità negoziati nel budget e sono oggetto di specifica assegnazione di risorse 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.

ATTO AZIENDALE

I dirigenti preposti alla gestione delle Unità Operative Complesse appartenenti alle funzioni di staff della direzione strategica o alle funzioni amministrative, in quanto titolari di funzioni specifiche, possono essere proponenti di delibere alla Direzione Generale. Agli stessi, 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 di diretta responsabilità per il funzionamento delle attività assegnate ed eventualmente per le funzioni 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 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 assume appieno il ruolo attribuito dalla programmazione 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. È 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 l'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

ATTO AZIENDALE

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. È 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 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, 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

ATTO AZIENDALE

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 a cui ha fatto seguito l'aggiornamento del DCA 103/2018 e da ultimo, per rispondere alle esigenze conseguenti allo stato emergenziale, la DGRC 378/2020.

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 della 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 governo clinico. È dotato di autonomia economico-finanziaria, con l'attribuzione di specifico 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.

ATTO AZIENDALE

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.

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:

- **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;
- **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:

- **Dipartimento transmurale:** che stabiliscono l'interazione tra i presidi ospedalieri e/o quelli territoriali;
- **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 e 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;
- Collaborare alla definizione del budget;
- 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

ATTO AZIENDALE

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 e del livello di efficienza delle diverse UU.OO., 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 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:

- 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;
- 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;
- 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;
- A ciascuna unità operativa complessa ed unità operativa semplice dipartimentale sono 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;
- 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;

ATTO AZIENDALE

- 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;
- 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;
- 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, per percorsi diagnostico-terapeutici integrati e per le funzioni centrali tecniche, amministrative e professionali. Le aree funzionali si configurano come punti di coordinamento di attività omogenee per finalità di tipologia d'intervento. Garantiscono, in tal modo, una più completa presa in carico del paziente per l'intero percorso assistenziale per le aree clinico-assistenziali e una maggiore efficienza organizzativa per il raggiungimento degli obiettivi aziendali (strategici ed operativi) per le attività amministrative e tecniche. L'area funzionale di coordinamento rappresenta dunque un aggregato di attività svolte da strutture diverse tra di loro, il cui scopo è il raggiungimento coordinato di un obiettivo trasversale e comune a tutte le strutture coinvolte (assistenziali o tecnico-amministrative). L'area funzionale sostiene processi aziendali complessi e flessibili rispetto alla dinamicità evolutiva delle realtà assistenziali e tecnico-amministrative.

Le aree funzionali rappresentano strumenti per l'innovazione organizzativa e gestionale, attraverso il coordinamento e la gestione integrata di funzioni complesse. Al loro interno, per le aree clinico-assistenziali,

ATTO AZIENDALE

vengono definiti percorsi, linee guida e protocolli, a carattere diagnostico terapeutico e/o organizzativo, finalizzati al pieno dispiegamento del Governo Clinico. Le aree di coordinamento per le funzioni amministrative, tecniche e professionali sono dedicate alla definizione di procedure omogenee per tutte le attività ricadenti sulle direzioni amministrative, tecniche e professionali centrali, territoriali ed ospedaliere. Il criterio generale per individuare aree funzionali aziendali è la necessità di coordinare attività svolte da unità operative semplici e complesse aziendali per raggiungere obiettivi di miglioramento dell'assistenza e di razionalizzazione nell'uso delle risorse. L'istituzione di un'area funzionale è finalizzata a facilitare percorsi di integrazione su funzioni ed attività omogenee e/o complementari e a raccordare le attività decentrate sul territorio. Pertanto, il Responsabile del coordinamento va individuato con atto formale dell'Azienda tra i professionisti presenti nelle strutture aziendali coinvolte nel percorso ed a modelli organizzativi proposti che hanno lo scopo di promuovere una gestione integrata delle varie componenti dell'offerta di salute, capace di cogliere il "bisogno" di salute complessivo del paziente sia adulto che pediatrico, di assicurare la continuità assistenziale, l'efficacia, l'appropriatezza e l'efficienza dell'offerta sanitaria. L'Azienda nell'ambito della sua organizzazione potrà costituire aree interdipartimentali previo parere del Collegio di Direzione.

Art. 49 – Direzione delle Professioni Sanitarie. (Di.P.Sa)

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 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.

Le aziende sanitarie "integrano i predetti servizi nei dipartimenti previsti dagli atti aziendali, 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:

- Servizio infermieristico e ostetrico con a capo un Dirigente Responsabile;
- Servizio Tecnico-Sanitario con a capo un Dirigente Responsabile;
- Servizio Tecnico Riabilitativo con a capo un Dirigente Responsabile;
- Servizio Tecnico della Prevenzione con a capo un Dirigente Responsabile;
- 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

ATTO AZIENDALE

questi 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 un dirigente delle professioni sanitarie o personale con incarichi di elevata qualificazione o di posizione graduati secondo il grado di complessità connesso a ciascun incarico.

Le procedure per il reclutamento dei dirigenti dei servizi delle professioni sanitarie sono effettuati 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, 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.

ATTO AZIENDALE

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 sono applicate in conformità con le normative in materia di dirigenza pubblica e per effetto del CCNL Quadro per la definizione dei comparti e delle aree di contrattazione collettiva nazionale dell'area delle funzioni locali (2016-2018), approvato in data 17/12/2020.

Con appositi Regolamenti, sarà aggiornata la disciplina circa il conferimento degli incarichi, la loro valutazione, la eventuale revoca e la graduazione economica della posizione e della funzione, in funzione della vigente normativa.

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, oltre quanto già espresso nelle precedenti sezioni dell'Atto (Art. 18 - La separazione fra funzioni di governo aziendale e funzioni gestionali).

L'Azienda riconosce, quali principali vettori della responsabilizzazione gestionale, la pianificazione operativa e l'individuazione di obiettivi chiari cui associare responsabilità e poteri decisionali in piena e diretta autonomia a cui si ricollega la verifica sistematica dei risultati raggiunti, unitamente alla delega di funzioni e poteri specificamente individuati oltre che la gestione complessiva dell'intero processo produttivo di competenza anche in considerazione delle competenze e delle funzioni attribuite nell'ambito della specifica categoria contrattuale.

Il decentramento funzionale, attuato mediante l'articolazione delle Strutture indicate nell'atto Aziendale, consente la transizione da un modello gestionale finora 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, applica una responsabilizzazione diffusa che comprenda, inoltre, i comportamenti messi in atto dai singoli professionisti e dagli operatori.

Le funzioni gestionali, esercitate dai dirigenti dell'Azienda ai diversi livelli, sono individuate nelle funzioni delegate dal Direttore Generale (con tutti i limiti, le implicazioni e le conseguenze derivanti dall'istituto della

ATTO AZIENDALE

delega) e le funzioni proprie, attribuite ai dirigenti nel momento della sottoscrizione del contratto di lavoro o con specifico atto del Direttore Generale.

La responsabilità degli atti di gestione, come per tutti gli altri posti in essere dai dirigenti, ricade nella sfera individuale di attribuzione e competenza del dirigente, tenuto ad operare preventivamente ogni istruttoria, verifica e controllo che garantisca la regolarità del provvedimento amministrativo cui dà luogo con la propria determina dirigenziale, atto, questo, autonomo e perfetto e a rilevanza esterna.

L'articolazione delle responsabilità, compresa quella gestionale, e dei poteri dei dirigenti si esplica attraverso l'attribuzione degli incarichi ed 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 è immediatamente operativa per effetto dell'attribuzione dell'incarico di direzione assegnato. Ad ogni modo attraverso l'istituto della delega si completa il 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.

In base al principio di separazione tra funzioni di governo e funzioni gestionali dirigenziali le attribuzioni del Direttore Generale si esplicano essenzialmente in funzione di indirizzo politico, amministrativo e strategico dell'azienda, attraverso la definizione degli obiettivi e dei programmi da attuare (Art. 4 D.lgs. 165/2001 recante "Indirizzo politico-amministrativo. Funzioni e responsabilità").

Nell'organizzazione aziendale della ASL Salerno, la delega rappresenta una parte della complessiva responsabilità dirigenziale che, a tutti i livelli, è lo strumento per accertare la corrispondenza e la congruenza fra gli obiettivi e gli indirizzi impartiti dalla Direzione Strategica e i risultati realizzati attraverso l'utilizzo dei poteri di micro-organizzazione.

La responsabilità degli atti di gestione, come per tutti gli altri posti in essere dai dirigenti, ricade nella sfera individuale di attribuzione e competenza del dirigente, il quale è tenuto ad operare preventivamente ogni istruttoria, verifica e controllo che garantisca la regolarità del provvedimento amministrativo cui dà luogo con la propria determina dirigenziale, atto, questo, autonomo e perfetto e a rilevanza esterna.

Il Direttore Generale, fermo restando le specifiche attribuzioni di responsabilità sopra richiamate 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.

L'attività di gestione rientra autonomamente, *ipso jure*, nei compiti e funzioni del dirigente e che per detta attività non è prevista alcuna forma di controllo preventivo sui relativi atti e sulle materie all'uopo delegate. 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 nei casi residuali a quanto già attribuito con l'incarico formale, 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

ATTO AZIENDALE

pubblicazione sul sito web aziendale.

Resta consolidato nel modello aziendale l'esercizio delle funzioni attribuite alla struttura organizzativa affidata e tutte le attività gestionali necessarie al funzionamento delle strutture, oltre che di tutte le procedure che compongono l'intero processo produttivo delle attività della Struttura nonché degli atti destinati a completare l'iter procedimentale.

Art. 53 – Risorse materiali e tecnologiche: disciplina dei contratti di fornitura dei beni e 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. Inoltre, dal 1° luglio 2023 il d.lgs. n. 36/2023, recante il nuovo Codice dei contratti pubblici, ha introdotto nuove regole per gli affidamenti pubblici, a cui viene adeguata la regolamentazione aziendale in materia.

Attrezzature: programmazione, acquisti, gestione e manutenzione

L'attività aziendale di gestione delle attrezzature, in particolare per quanto concerne le apparecchiature elettromedicali, si articola in due principali macroaree di responsabilità:

- Programmazione e valutazione dell'acquisizione delle tecnologie
- Mantenimento dello stato di efficienza del parco tecnologico in dotazione.

Nell'ambito della *programmazione e valutazione dell'acquisizione delle tecnologie* rientrano le seguenti attività:

- Valutazione dell'obsolescenza delle tecnologie installate al fine di consentire le priorità di rinnovo/sostituzione alla direzione generale;
- Predisposizione del piano annuale e pluriennale degli investimenti in tecnologie sulla base delle obsolescenze e delle necessità delle UU.OO. Cliniche;
- Valutazione di tecnologie sanitarie e sistemi sanitari con le metodologie multidisciplinari dell'hta;
- Attuazione del piano di investimenti tecnologici
- Collaudi di accettazione nell'ambiente ospedaliero in garanzia del rispetto dei requisiti di fornitura e della sicurezza dei pazienti e degli operatori.

L'acquisizione delle attrezzature deve essere pianificata in modo documentato e il programma di acquisto delle attrezzature biomediche deve tenere conto:

- Dell'evoluzione della tipologia dei servizi;
- Dell'obsolescenza delle attrezzature;

ATTO AZIENDALE

- Dell'adeguamento alle norme tecniche;
- Della eventuale disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria.

Nell'ambito del *mantenimento dello stato di efficienza del parco tecnologico in dotazione* rientrano le seguenti attività:

- Gestione della sicurezza delle tecnologie e costante aggiornamento della analisi del rischio tecnologico;
- Controlli di sicurezza e funzionalità sulle tecnologie e sui dispositivi collegati;
- Gestione della manutenzione al fine di garantire la continuità dell'erogazione delle prestazioni sanitarie in relazione all'uso delle tecnologie;
- Gestione delle dismissioni.

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. A tal proposito, secondo quanto definito nella Raccomandazione ministeriale n.9 avente ad oggetto "Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali", è indispensabile che ogni struttura sanitaria identifichi le funzioni aziendali ed i soggetti professionali responsabili della gestione in sicurezza del parco tecnologico biomedico. Tale struttura deve occuparsi in particolare di garantire:

- L'attività di manutenzione correttiva su guasto e/o malfunzionamento con relativa centralizzazione di tutte le richieste di intervento tecnico sugli apparecchi elettromedicali;
- Lo svolgimento dell'attività di manutenzione preventiva e delle verifiche periodiche di sicurezza e dei controlli di qualità e prove funzionali;
- La tenuta aggiornata, archiviata e organizzata dell'inventario delle attrezzature biomediche in dotazione mediante supporto informatico;
- La formazione continua sull'utilizzo delle tecnologie, sia per le nuove che per le tecnologie installate con particolare enfasi all'uso sicuro delle stesse.

Nella descrizione di compiti e funzioni della UOC Ingegneria Clinica e HTA sono declinati ulteriormente le attività sopra descritte.

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

ATTO AZIENDALE

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.

L'evoluzione normativa, che segue la riforma del SSN, iniziata con l'aziendalizzazione definita con il D.lgs. 502/92 e proseguita con il D.lgs. 229/99, si avvia con la Legge 23 dicembre 2005, n. 266 art. 1, comma 291 (Legge Finanziaria 2006) che introduce il concetto della certificabilità dei bilanci delle aziende sanitarie locali, delle Aziende ospedaliere, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, degli istituti zooprofilattici sperimentali e delle aziende ospedaliero-universitarie. Il successivo D. Lgs n.118/2011, nel perseguire l'obiettivo dell'armonizzazione e della confrontabilità dei bilanci, propone interventi significativi sui sistemi contabili delle aziende sanitarie, degli enti locali e delle Regioni.

Per certificabilità, innanzitutto, si intende l'applicazione di una regolamentazione contabile e di un sistema che deve porre le Aziende sanitarie nella condizione di sottoporsi, in ogni momento e con esito positivo, alle verifiche ed alle revisioni contabili stabilite dal D.M. 17 settembre 2012. Le Regioni sono state quindi chiamate a presentare un programma d'azione in materia definito "Percorso Attuativo della Certificabilità" (P.A.C.).

La Regione Campania nel dare attuazione ai DCA 80/2013 e 5/2015, nel 2016 hanno inteso focalizzare l'attenzione su alcune aree di attività, già previste nei PAC Aziendali, quale sequenza di azioni indispensabili per conseguire un sufficiente sistema di rilevazione contabile, coinvolgendo in tali attività il Collegio Sindacale delle singole Aziende, tra cui la formalizzazione delle procedure dei cicli, attivo e passivo, di programmazione e controllo, di predisposizione del bilancio, delle immobilizzazioni e/o del regolamento di amministrazione e contabilità, in linea con i Decreti Commissariali e le casistiche fornite dal Ministero. Dal punto di vista regolamentare, le indicazioni fornite dalla Regione, sono state recepite in atti regolamentari dalle singole Aziende. Ovviamente quanto riportato negli atti richiede azioni specifiche per l'applicazione di quanto regolamento ai fini del percorso di certificabilità. A tal fine si rinvia a quanto già previsto nel DCA 60/2011 con cui i documenti regionali sulle corrette procedure amministrativo contabili sono stati inviati alle Aziende

ATTO AZIENDALE

per il recepimento. 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

Allegato 1

L'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 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:

- 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;
- Procedere ad una integrazione dei percorsi assistenziali, operando sulla direttiva territorio-ospedale, distretto-dipartimenti, integrazione socio-sanitaria, coinvolgimento strutture accreditate;
- Ridefinizione del sistema della rete dell'urgenza-emergenza;
- Contenimento del flusso di mobilità passiva.

L'«Azienda Sanitaria Locale Salerno» ha sede legale in Salerno, via Nizza, n. 146 (P. IVA 04701800650). 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, 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

ATTO AZIENDALE

pianura per l'11,45% del territorio. La popolazione residente è di 1.101.763, che rappresenta il 19% circa 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.

Il DM 77/2022, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.144 del 22 giugno 2022 dà il via al nuovo modello di organizzazione territoriale. Tale riforma:

- Ridisegna soprattutto funzioni e standard del Distretto e per la prima volta vengono forniti degli standard per l'assistenza territoriale che costituiscono sia degli indispensabili punti di riferimento sia un argine alla prolungata fase di depauperamento dell'assistenza territoriale di questi ultimi anni
- Vengono introdotti dei modelli organizzativi ed assistenziali nuovi come le Case della Comunità;
- Con il Decreto viene fornito il contesto organizzativo e professionale entro il quale si sviluppano gli investimenti del PNRR;
- Attorno all'attuazione di questo atto dovrebbe svilupparsi la riorganizzazione e il rilancio dell'assistenza territoriale.
- I fondi europei (PNRR), impongono una "riforma territoriale" (M6C1 "Riforma 1 del PNRR: definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza territoriale"), quale condizione per erogare le nuove risorse per gli investimenti finalizzati a realizzare offerte di "prossimità"

ATTO AZIENDALE

- Il DM 77/2022 fornisce una serie di indicazioni strutturali, tecnologiche ed organizzative alcune delle quali hanno valore descrittivo dei requisiti minimi obbligatori per il funzionamento
- L'assistenza sanitaria territoriale diventa luogo elettivo per attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità/fragilità e della personalizzazione dell'assistenza.

Il processo di territorializzazione delle cure viene da anni invocato nel nostro paese, ma è ancora poco attuato. La capacità di dare risposte 'vicine' e personalizzate a chi è bisognoso di cure risponde sia alle aspettative dei pazienti che alle indicazioni della Missione 6 del PNRR la Missione 6 "Salute" risulta suddivisa in due componenti:

- M6C1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale sanitaria;
- M6C2: innovazione, ricerca e digitalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale;

Nello specifico, la M6 C1 ha lo scopo di riformare gli standard strutturali, organizzativi e tecnologici per l'assistenza e prevede la realizzazione di:

- Case della Comunità (CDC);
- Centrali Operative Territoriali (COT);
- Ospedali di Comunità (OdC).

Con nota prot. n. 2021/05918840 del 26 novembre 2021 della Giunta Regionale della Campania Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale - acquisita al protocollo dell'ASL Salerno al prot. n. PG/2021/242455 di pari data, sono stati previsti per l'attivazione delle strutture del PNRR Missione 6 – Salute - a favore dell'ASL Salerno, in attuazione della Missione 6 Salute (M6) - Componente 1 (C1):

- Case della Comunità e presa in carico della persona;
- Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT);
- Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).

Al fine di porre in atto gli interventi previsti dalla Missione PNRR, la ASL Salerno ha avviato un ricognizione delle strutture, finalizzata all'identificazione degli interventi sugli edifici esistenti di proprietà, ritenuti idonei a svolgere la funzione di Casa della Comunità, Ospedale di Comunità e/o Centrale Operativa Territoriale, e, successivamente, nelle zone sprovviste di terreni e/o strutture in titolarità dell'ASL Salerno, e la stessa Direzione Generale ha avviato un'attività di interlocuzione con le amministrazioni locali per l'identificazione degli edifici/terreni di proprietà degli Enti Locali ritenuti idonei, e di cui potersi servire mediante concessione con le amministrazioni pubbliche

In seguito a tale attività ricognitiva, gli interventi individuati sul territorio dell'ASL Salerno risultano come di seguito:

- "Missione 6 – Componente 1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale sanitaria" del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, confluiti nel documento "Contratto istituzionale di sviluppo per l'esecuzione e la realizzazione degli investimenti a regia realizzati dalle Regioni e Province autonome (PP./AA.)" tra Ministero della Salute e Regione Campania, e in previsione:
 - Per l'"Investimento 1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona", n.33 interventi;

ATTO AZIENDALE

- Per l'“Investimento 1.2. Casa come primo luogo di cura e telemedicina: Centrali operative territoriali (COT)”, n.13 interventi;
- Per l'Investimento “1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)”, n° 10 interventi a cui si aggiunge l'acquisizione di device specifici.
- Missione 6 – Componente 2 – articolata in:
 - Investimento 1.1.1. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Digitalizzazione DEA;
 - Investimento 1.1.2 Ammodernamento del parco tecnologico grandi apparecchiature sanitarie con la previsione di n° 96 interventi.

Il Distretto sanitario si configura come il centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi delle ASL in cui si dovrebbe dare attuazione all'integrazione socio-sanitaria e nel cui ambito opera la Casa della comunità, punto centrale della nuova rete, in cui è garantita ai cittadini un'assistenza continuativa (ogni giorno h24). È inoltre importante sottolineare il ruolo attribuito ad una rete articolata, in cui operano servizi potenziati e nuovi servizi. Si pensi all'Ospedale di Comunità, che ha il compito di facilitare la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al loro domicilio e alle Unità di Continuità Assistenziale (UCA) le quali, anche dopo la pandemia, sono chiamate a garantire il supporto alla presa in carico delle situazioni più complesse a domicilio, grazie a un'equipe mobile composta da almeno un medico e un infermiere.

È essenziale il potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), che entro il 2026 dovrà raggiungere il 10% degli over 65, così come l'apporto di nuove figure fondamentali per garantire la continuità assistenziale, il coordinamento delle cure e l'integrazione con il sociale, come l'infermiere di famiglia o comunità.

Il potenziamento e la messa a regime delle diffuse sperimentazioni di telemedicina, pensata come un tassello importante di questo modello di cure coordinate, personalizzate e vicine al paziente.

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.

ATTO AZIENDALE

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 – Ambiti Sociali

Assistiti ATTIVI su piattaforma SINFONIA – ASL Salerno							
Ambito Sociale	Distretto	Sede Distretto	Comuni	Fascia 0-14	Fascia 15-64	Fascia over 65	Totale
Ambito S 01_1	DS60	Nocera Inferiore	4	12.414	61.868	19.434	93.716
Ambito S 02	DS63	Cava-Costa d'Amalfi	14	11.245	59.231	21.798	92.274
Ambito S 03 ex S5	DS64	Eboli	18	13.474	66.338	21.636	101.448
Ambito S 03 ex S8							
Ambito S 01_2	DS61	Angri-Scafati	4	14.646	64.754	17.632	97.032
Ambito S 01_3	DS62	Sarno-Pagani	4	13.470	59.806	16.039	89.314
Ambito S 04	DS65	Battipaglia	3	9.776	47.342	14.801	71.919
	DS68	Giffoni Valle Piana	9	11.501	54.539	15.509	81.549
Ambito S 05	DS66	Salerno	2	16.881	90.329	36.748	143.957
Ambito S 06	DS67	Mercato San Severino	6	9.838	47.249	13.878	70.966
Ambito S 07	DS69	Capaccio-Rocccaspide	20	6.765	36.067	13.448	56.280
Ambito S 08	DS70	Vallo della Lucania	38	11.244	61.294	23.953	96.492
Ambito S 09	DS71	Sapri	18	4.966	27.429	11.982	44.377
Ambito S 10	DS72	Sala Consilina-Polla	18	7.396	40.058	14.985	62.439
TOTALE			158	143.616	716.304	241.843	1.101.763

Logo ASL Salerno

ASL Salerno
Azienda Sanitaria Locale Salerno



ATTO AZIENDALE

SEDE LEGALE: via Nizza, 146 - 84124
SALERNO

POPOLAZIONE: 1.101.763 abitanti

ESTENSIONE TERRITORIALE:

4.917,17 Km²DENSITA' ABITATIVA:

223,35 Ab/Km²

AMBITI SOCIALI DI RIFERIMENTO: S01_1

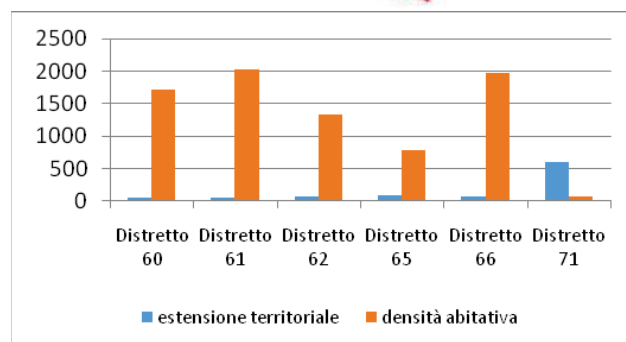
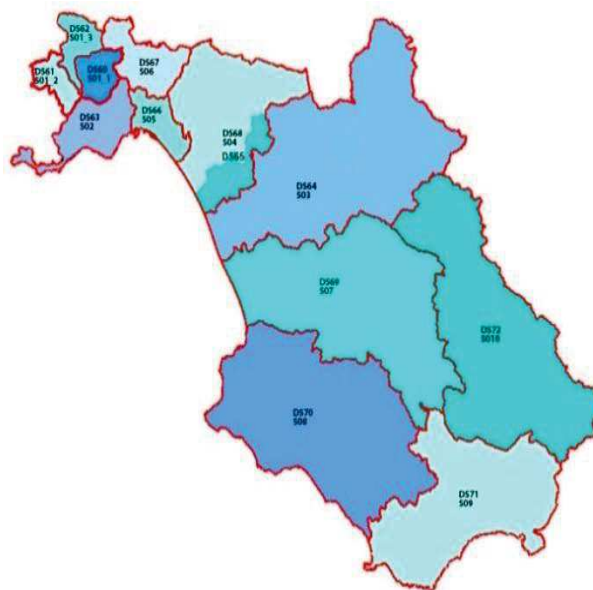
- S10



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 di Avellino e Napoli 3 Sud 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 con termini, più rarefatta e con alta incidenza di popolazione anziana nelle zone interne e dell'entroterra cilentano. Le zone costiere, interessate da un'alta affluenza turistica, raggiungono, in modo particolare nella stagione estiva, alte densità abitative.

AMBITI SOCIALI E DISTRETTI SOCIO-SANITARI



ATTO AZIENDALE

La Rete dell'assistenza Ospedaliera dell'Azienda

Per l'assistenza ospedaliera, la Regione Campania, nell'ambito della riorganizzazione, 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:

P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE			
Tipologia struttura	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina	Somma di PL
UOC	Anestesia rianimazione e Terapia Intensiva	49	12
UOC	Cardiologia	8	18
UOC	Chirurgia Generale	9	30
UOC	Chirurgia Vascolare	14	10
UOC	Malattie Infettive e Tropicali	24	14
UOC	Medicina Emergenza Urgenza	51	8
UOC	Medicina Generale	26	26
UOC	Nefrologia	29	10
UOC	Neurochirurgia	30	16
UOC	Neurologia	32	10
UOC	Oculistica	34	8
UOC	Ortopedia e Traumatologia	36	24
UOC	Ostetricia e Ginecologia	37	30
UOC	Otorinolaringoiatria	38	14
UOC	Pediatria	39	15
UOC	Urologia	43	16
UOS	Blocco operatorio e post intensiva	49	4
UOS	Stroke Unit	32	8
UOS	Urologia Oncologica	43	4
UOS	UTIC	50	8
UOSD	Gastroenterologia	58	10
UOSD	Terapia Intensiva Neonatale	73	6
	Neonatologia	62	10
	Psichiatria	40	16
Totale complessivo			327

ATTO AZIENDALE

P.O. TORTORA			
Tipologia struttura	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina	Somma di PL
UOC	Chirurgia Generale	9	14
UOC	Ematologia	18	20
UOC	Oncologia	64	20
UOS	Anestesia rianimazione e Terapia Intensiva	49	6
UOS	Breast Unit	9	2
	Oncoematologia Pediatrica	65	8
UOSD	Dermatologia	52	5
Totale complessivo			75

P.O. MAURO SCARLATO SCAFATI			
Tipologia struttura	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina	Somma di PL
UOC	Pneumologia	68	20
UOC	Recupero e Riabilitazione funzionale	56	40
UOS	Anestesia rianimazione e Terapia Intensiva	49	8
UOS	Chirurgia Generale	9	16
UOS	Medicina Generale	26	20
UOS	Ortopedia e Traumatologia	36	20
UOSD	Lungodegenti	60	20
UOSD	Reumatologia	71	8
Totale complessivo			152

P.O. MARTIRI DI VILLA MALTA SARNO			
Tipologia struttura	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina	Somma di PL
UOC	Anestesia rianimazione e Terapia Intensiva	49	8
UOC	Cardiologia	8	14
UOC	Chirurgia Generale	9	28
UOC	Medicina Generale	26	26
UOC	Ortopedia e Traumatologia	36	24
UOC	Ostetricia e Ginecologia	37	20
UOC	Pediatria	39	10
UOS	UTIC	50	6
UOSD	Otorinolaringoiatria	38	8
Totale complessivo			144

ATTO AZIENDALE

P.O. S.M. SPERANZA BATTIPAGLIA			
Tipologia struttura	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina	Somma di PL
UOC	Chirurgia Generale	9	22
UOC	Medicina Generale	26	22
UOC	Ostetricia e Ginecologia	37	30
UOC	Pediatria	39	16
UOC	Ortopedia e Traumatologia	36	22
UOS	Cardiologia	8	8
UOSD	Terapia Intensiva Neonatale	73	4
	Anestesia rianimazione e Terapia Intensiva	49	10
	Neonatologia	62	8
Totale complessivo			142

P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI			
Tipologia struttura	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina	Somma di PL
UOC (Eboli-Battipaglia)	Anestesia rianimazione e Terapia Intensiva	49	8
UOC	Cardiologia	8	14
UOC	Chirurgia Generale	9	18
UOC	Medicina Generale	26	20
UOC	Nefrologia	29	16
UOC	Oculistica	34	6
UOC	Otorinolaringoiatria	38	8
UOC	Urologia	43	16
UOSD	Ortopedia e Chirurgia Protetica	36	20
UOS	UTIC	50	6
UOSD	Pneumologia	68	2
UOSD	Malattie Infettive e Tropicali	24	8
UOSD	Neurologia	32	10
Totale complessivo			152

OSPEDALE DI ROCCADASPIDE			
Tipologia struttura	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina	Somma di PL
UOC	Medicina Generale	26	14
UOS	Area Chirurgia Polispecialistica	98	14
UOSD	Cardiologia	8	6
UOSD	Lungodegenti	60	12
Totale complessivo			46

ATTO AZIENDALE

Presidio Ospedaliero S. Francesco D'Assisi Oliveto Citra			
Tipologia Struttura	Disciplina o specialità tecnica da (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina	Somma di PL
UOC	Anestesia rianimazione e Terapia Intensiva	49	4
UOC	Chirurgia Generale	9	20
UOC	Medicina Generale	26	20
UOC	Ortopedia e Traumatologia	36	22
UOSD	Cardiologia	8	12
Gestione CSM	Psichiatria	40	4
Totale complessivo			82

Ospedale San Luca Vallo della Lucania			
Tipologia Struttura	Disciplina o specialità tecnica da (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina	Somma di PL
UOC	Anestesia rianimazione e Terapia Intensiva	49	8
UOC	Cardiologia	8	14
UOC	Chirurgia Generale	9	25
UOC	Medicina Emergenza Urgenza	51	8
UOC	Medicina Generale	26	28
UOC	Neurochirurgia	30	16
UOC	Neurologia	32	10
UOC	Oculistica	34	10
UOC	Ortopedia e Traumatologia	36	30
UOC	Ostetricia e Ginecologia	37	16
UOC	Pediatria	39	14
UOC	Urologia	43	14
UOS	Blocco operatorio e post intensiva	49	2
	Neonatologia	62	6
	Stroke Unit	32	4
UOS	UTIC	50	8
UOSD	Chirurgia Vascolare	14	10
UOSD	Gastroenterologia	58	12
UOSD	Malattie Infettive e Tropicali	24	15
UOSD	Oncologia	64	10
UOSD	Otorinolaringoiatria	38	10
	Psichiatria	40	16
Totale complessivo			286

ATTO AZIENDALE

Presidio Ospedaliero di Agropoli			
Tipologia Struttura	Disciplina o specialità tecnica da (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina	Somma di PL
UOC	Medicina Generale	26	20
UOC	Recupero e Riabilitazione funzionale	56	60
UOSD	Lungodegenti	60	20
Totale complessivo			100

Presidio Ospedaliero "Immacolata" Sapri			
Tipologia Struttura	Disciplina o specialità tecnica da (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina	Somma di PL
UOC	Anestesia rianimazione e Terapia Intensiva	49	4
UOC	Cardiologia	8	10
UOC	Chirurgia Generale	9	20
UOC	Medicina Generale	26	20
UOC	Ortopedia e Traumatologia	36	20
UOS	UTIC	50	6
UOSD	Lungodegenti	60	16
UOS	Ostetricia e Ginecologia	37	10
UOSD	Pediatria	39	8
	Oncologia	64	2
Totale complessivo			116

Presidio Ospedaliero di Polla/S. Arsenio			
Tipologia Struttura	Disciplina o specialità tecnica da (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina	Somma di PL
UOC	Anestesia rianimazione e Terapia Intensiva	49	8
UOC	Cardiologia	8	14
UOC	Chirurgia Generale	9	16
UOC	Medicina Generale	26	20
UOC	Ortopedia e Traumatologia	36	18
UOC	Ostetricia e Ginecologia	37	15
UOC	Urologia	43	10
UOS	UTIC	50	6
UOSD	Gastroenterologia	58	4
UOSD	Geriatria	21	14
UOSD	Nefrologia	29	8
UOSD	Neurologia	32	12
UOSD	Oculistica	34	4
UOSD	Oncologia	64	2
UOSD	Otorinolaringoiatria	38	4
UOSD	Pediatria	39	10
UOSD	Pneumologia	68	8
Totale complessivo			173

ATTO AZIENDALE

Numero di Posti Letto suddivisi per Disciplina		
Codice Disciplina	Disciplina o specialità tecnica da (D.M. n. 70/2015)	Posti Letto
8	Cardiologia	110
9	Chirurgia Generale	209
9	Breast Unit	2
14	Chirurgia Vascolare	20
18	Ematologia	20
21	Geriatrics	14
24	Malattie Infettive e Tropicali	37
26	Medicina Generale	236
29	Nefrologia	34
30	Neurochirurgia	32
32	Neurologia	42
32	Stroke Unit	12
34	Oculistica	28
36	Ortopedia e Traumatologia	200
37	Ostetricia e Ginecologia	121
38	Otorinolaringoiatria	44
39	Pediatria	73
40	Psichiatria	52
43	Urologia	56
43	Urologia Oncologica	4
49	Anestesia rianimazione e Terapia Intensiva	76
49	Blocco operatorio e post intensiva	6
50	UTIC	40
51	Medicina Emergenza Urgenza	16
52	Dermatologia	5
56	Recupero e Riabilitazione funzionale	100
58	Gastroenterologia	26
60	Lungodegenti	68
62	Neonatologia	24
64	Oncologia	34
65	Oncoematologia Pediatrica	8
68	Pneumologia	30
71	Reumatologia	8
73	Terapia Intensiva Neonatale	10
98	Area Chirurgia polispecialistica	14
Totale Generale		1811

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

ATTO AZIENDALE

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.Lgs. 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 103/2018), 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:

ATTO AZIENDALE

- 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 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;
- 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:

- 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;
- Intervenire maggiormente a monte del processo di deterioramento della salute, privilegiando interventi di prevenzione, educazione sanitaria, diagnosi precoce;
- Ricercare l'efficacia delle cure, evitando la necessità di reiterazioni e duplicazioni;
- 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;
- 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

ATTO AZIENDALE

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:

- 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;
- L'organizzazione aziendale e la programmazione della produttività e della qualità delle prestazioni;
- La pianificazione delle risorse e degli investimenti;
- Le relazioni interne ed esterne;
- La garanzia della sicurezza e la prevenzione;
- 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 d'indirizzo, che esercita attraverso la definizione di obiettivi e programmi, e dell'imparzialità e del buon andamento

ATTO AZIENDALE

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.Lgs. 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;
- All'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

ATTO AZIENDALE

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:

- Funzioni ad esso esclusivamente riservate;
- 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:

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

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

- Funzioni delegate dal Direttore Generale con tutti i limiti, le implicazioni e le conseguenze derivanti dall'istituto della delega;
- Funzioni agli stessi attribuite per effetto 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

ATTO AZIENDALE

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.Lgs. 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 presidono il

ATTO AZIENDALE

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. È 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.

ATTO AZIENDALE

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);
- Accredimento;
- 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:

- 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;
- 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

ATTO AZIENDALE

professionale intramuraria;

- 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:

- Atto aziendale per la parte relativa all'organizzazione delle attività cliniche;
- 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;
- 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:

- Previsione di un Vice Presidente vicario eletto dal Collegio tra i membri di diritto;
- 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;
- Le funzioni di segreteria per l'attività del Collegio sono assicurate dal Servizio delle segreterie, in staff alla direzione amministrativa;
- Le sedute del Collegio sono verbalizzate ed è istituito un archivio delle deliberazioni;
- 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;
- Presenza di un quorum minimo per la validità delle riunioni del Collegio di direzione non inferiore alla metà più uno;
- 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

ATTO AZIENDALE

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:

- Verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico;
- Vigila sull'osservanza della legge;
- Accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
- Riferisce almeno trimestralmente alla regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti in caso di fondato sospetto di gravi irregolarità;
- 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 della Giustizia, ovvero tra i funzionari del Ministero dell'Economia e delle Finanze, che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti 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 (DCA 103/2018) e nel Piano territoriale (DCA 83/2019 e DGRC 682/2022) 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 predispose, 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

ATTO AZIENDALE

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, oltre quanto previsto nell'Atto (Aarrt. 11, 18, 43, 48, 51 e 52). 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 di specifici atti di gestione non ricompresi nella funzione dirigenziale già attribuita

Ai Direttori di struttura complessa, il Direttore Generale delega le funzioni di gestione operativa, 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,

ATTO AZIENDALE

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, secondo le specifiche esigenze, 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:

- Distinzione tra funzioni di indirizzo e controllo e funzioni di attuazione e gestione;
- Potenziamento delle funzioni di indirizzo, controllo, programmazione e coordinamento;
- Responsabilità e funzionalità rispetto ai programmi ed agli obiettivi, secondo criteri di efficienza, efficacia, economicità e qualità;
- Concentrazione dell'esercizio delle funzioni omogenee e unificazione delle strutture organizzative che svolgono attività logistiche e strumentali;
- Trasparenza ed imparzialità;
- Sviluppo delle competenze e delle conoscenze necessarie nei diversi ruoli organizzativi, anche attraverso la formazione continua del personale;
- Miglioramento dei servizi anche attraverso il ricorso alle tecnologie informatiche e telematiche;

ATTO AZIENDALE

- 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.

ATTO AZIENDALE

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:

- un elemento pregiudiziale ossia l’appartenenza del soggetto, che ha tenuto la condotta imputabile e contraria a norme di legge, alla Pubblica Amministrazione;
- dal punto di vista oggettivo: una violazione dei doveri che caratterizzano il rapporto e un evento dannoso;
- dal punto di vista soggettivo: l’elemento del dolo o della colpa;
- 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 di Staff della Direzione Strategica Aziendale

DIREZIONE STRATEGICA	
UOC	Affari Generali e Istituzionali
UOC	Formazione e aggiornamento
UOC	Ingegneria Clinica e HTA
UOC	Programmazione, Budget, Controllo di Gestione e Valutazione della Performance
UOC	Servizio Informativo Aziendale e Transizione Digitale
UOC	Governance dei processi di telemedicina e di applicazione dell’intelligenza artificiale
UOC	Servizio di Prevenzione e Protezione – Coordinamento medici competenti
UOC	Sviluppo strategico, innovazione organizzativa e comunicazione
UOS	Privacy e Tutela Dati Personali (collegata a Gestione Affari Generali e Istituzionali)
UOS	Gestione Cloud, sicurezza e Network (collegata al SIA)
UOS	Coordinamento dei sistemi informativi di monitoraggio e reporting (collegata al Cdg)
UOSD	Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)
UOSD	Servizio Ispettivo, NOC e Internal Audit

A fronte delle esigenze di organizzazione dei processi di supporto alla Direzione Strategica, nell’atto aziendale si è inteso strutturare un’area di staff articolata in Unità Operative Complesse, Semplici e Dipartimentali (intendendo in quest’ultimo caso, la Direzione Strategica quale Dipartimento Unico). Tale articolazione risponde ad esigenze che vanno dall’ambito amministrativo a quello sanitario. Da qui l’articolazione delle strutture riportate nella tabella sovrastante, la cui declinazione viene di seguito illustrata con compiti e funzioni.



U.O.C. Affari Generali e Istituzionali

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 e Istituzionali, nella rinnovata formulazione che trova disposizione con il nuovo atto aziendale, 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



U.O.C. Affari Generali e Istituzionali

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 e Istituzionali, nella rinnovata formulazione che trova disposizione con il nuovo atto aziendale, 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

ATTO AZIENDALE

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. In tal senso cura la proposta degli atti regolamentari aziendali a carattere generale o di settore, sulla base dell'istruttoria e stesura compiuta dal responsabile del procedimento o del gruppo di lavoro all'uopo costituito. 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 determinazioni dirigenziali, la loro pubblicità e la definizione dei provvedimenti per la loro esecuzione, garantendo, altresì, i rapporti con il Collegio Sindacale. Per tale Organo Aziendale, svolge le funzioni di segreteria ed assicura il raccordo con le funzioni Aziendali tenute a fornire i riscontri a fronte di osservazioni/rilievi mossi dal Collegio sui singoli atti, nell'ambito delle attività amministrative dagli stessi posti in essere. Cura la proposta dei rapporti di convenzione con Enti ed Aziende pubbliche previa istruttoria da parte dei macrocentri (Presidi Ospedalieri, Dipartimenti, Distretti Sanitari, Funzioni Centrali, e se richiesto d'impulso della Direzione Strategica) per acquisizione di beni e servizi (anche per specifiche professionalità presenti presso altre Aziende/Enti). La UOC contempla la figura dell'Ufficiale Rogante che svolge il suo incarico per gli atti formalmente adottati con deliberazione del Direttore Generale. Si tratta di un Dirigente in veste di pubblico ufficiale al quale sono attribuite funzioni analoghe a quelle del notaio. È autorizzato a rogare, ossia a redigere, con le richieste formalità, documenti in forma pubblica amministrativa, aventi la stessa efficacia di atto pubblico di quelli rogati da un notaio, - 2699 del Codice civile. Funzioni e modalità di espletamento sono oggetto di apposita regolamentazione.

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. Nell'ambito della UOC è prevista la funzione del responsabile della conservazione e responsabile della gestione documentale.

All'UOC afferisce l'**UOS Privacy e Tutela Dati Personali** tale articolazione semplice, avrà il compito di garantire il coordinamento sia delle aree funzionali prettamente rientranti nella gestione dei dati personali nel ruolo di titolare del trattamento ricade la responsabilità dei detti trattamenti. Si tratta di una "responsabilità generale" che non potendo essere trasferita richiede una accurata organizzazione attraverso efficaci strumenti di controllo e gestione. In considerazione che la ratio del sistema privacy è la protezione dei diritti e delle libertà fondamentali delle persone fisiche relativamente al trattamento dei dati personali, la responsabilità dei trattamenti richiede quindi l'adozione di politiche interne e misure tecniche ed organizzative che soddisfino in particolare i principi della protezione dei dati (fissati dall'art. 5 del GDPR) fin dalla progettazione dei relativi processi aziendali.

Da qui la necessità di una costruzione del "modello organizzativo" con l'attribuzione di ben determinati compiti e delle relative responsabilità a tutte le entità, interne ed esterne all'organizzazione, che concorrono a sviluppare i processi aziendali in cui vengano trattati dati personali.

Obiettivo dell'ASL Salerno è configurare la propria organizzazione ed applicare adeguate misure a protezione delle persone fisiche, in attuazione del **Regolamento (UE) 2016/679 (c.d.GDPR)** relativo alla

ATTO AZIENDALE

protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, che dal 25 maggio 2018 è direttamente applicabile in tutti i Paesi della U.E., ed in attesa del Decreto Legislativo, delegato dal Parlamento al Governo, che deve apportare le necessarie modifiche al Decreto Legislativo 30.06.2003 n° 196, conosciuto come **Codice Privacy**. Il GDPR ha inteso instaurare un nuovo sistema di norme relative alla **protezione delle persone fisiche** con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché norme relative alla **libera circolazione di tali dati**.

La creazione di una Unità Semplice Dipartimentale, quindi si propone di proteggere i diritti e le libertà fondamentali delle persone fisiche e in particolare il diritto alla protezione dei dati personali

L'Unità si occupa delle problematiche inerenti la protezione dei dati e si pone come punto di riferimento non soltanto per gli operatori interni ma anche per gli utenti che desiderino maggiori informazioni sulle politiche aziendali a tutela della privacy o abbiano la necessità di chiarimenti o approfondimenti.

Le competenze amministrative organizzative e di coordinamento, della UOSD verranno integrate/ supportate da quelle tecniche in capo alla UOC SIA.

U.O.C. Servizio di Prevenzione e Protezione – Coordinamento medici competenti

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. Lgs. 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

ATTO AZIENDALE

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 agli 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 (nell'ambito della UOC S.P.P.)

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

ATTO AZIENDALE

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

ATTO AZIENDALE

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.

U.O.S.D. Servizio Ispettivo, NOC e Internal Audit

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.

ATTO AZIENDALE

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:

- I servizi territoriali operano condividendo linee guida e sistema di audit nei diversi, integrati, livelli di assistenza;
- 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;
- 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.

L'attività di Internal audit, (di seguito I.A.) è una funzione di verifica indipendente, operante all'interno dell'azienda, con la finalità di esaminarne e valutarne i processi. Il suo obiettivo è fornire un supporto alla Direzione aziendale per un costante miglioramento -di efficacia ed efficienza di gestione, e a tutti i componenti dell'organizzazione per un corretto adempimento alle loro responsabilità (ruolo consultivo/propositivo, rivolto a favorire l'individuazione di opportunità di miglioramento, in coerenza con gli obiettivi istituzionali). Assiste l'organizzazione nel perseguimento dei propri obiettivi tramite un approccio professionale sistematico, che genera valore aggiunto in quanto finalizzato a valutare e migliorare i processi di gestione dei rischi, di controllo e di governance. L'Internal Audit assiste la Direzione nel valutare l'efficienza e l'efficacia del sistema di controllo interno dell'Azienda e nell'implementare le opportune azioni correttive, nell'ottica di mitigare i rischi afferenti alle attività della gestione aziendale. La funzione di I.A. svolge un controllo di terzo livello focalizzandosi sulle attività di verifica (anche definite come controlli di secondo livello) poste in essere da altre funzioni aziendali quali il Controllo di Gestione, il Risk management e la Direzione; inoltre, ha il compito di supervisionare i controlli di primo livello attuati dai referenti responsabili dei vari processi aziendali, ad ogni livello di operatività dell'azienda. La funzione di I.A. definisce i principi, le procedure e gli strumenti di lavoro utili per svolgere la propria funzione in relazione al raggiungimento degli obiettivi periodicamente prefissati. Gli scopi principali che guidano il lavoro dell'I.A. sono rappresentati dalla definizione di adeguati metodi per assistere i Direttori ed i Dirigenti chiave nell'identificazione e nel monitoraggio dei rischi, nell'elaborazione di pertinenti strumenti di controllo atti a prevenire e/o mitigare tali rischi, ed infine nella omogeneizzazione e standardizzazione delle differenti fasi e modalità operative svolte all'interno delle varie funzioni aziendali, con l'intento di poter conseguentemente stabilire adeguate tempistiche di programmazione dei processi di Audit.

Il compito dell'Internal Audit è quello di supportare il vertice e il management aziendale nell'assicurare un efficace sistema di governo dei processi, svolgendo una funzione a valenza trasversale ed interaziendale di verifica indipendente, con la finalità di esaminare e valutare i processi. La missione strategica mira a coinvolgere tutti i livelli di organizzazione, per realizzare tra l'altro il Percorso Attuativo della Certificabilità (P.A.C.) che rappresenta un fondamentale strumento di controllo e di riduzione del rischio di frode amministrativo-contabile in sanità. Pertanto, è importante la sua completa implementazione, che passa attraverso un processo di "miglioramento" dell'organizzazione e dei sistemi amministrativo contabili. Tra le ulteriori finalità che si pone la Struttura di Controllo interno si individua il Raccordo e collegamento con il Collegio Sindacale e una costante collaborazione col Responsabile Anticorruzione e Trasparenza. Il Responsabile della Struttura deve assistere e supportare la Direzione Generale e Amministrativa nel valutare il funzionamento del sistema di gestione e controllo, supervisionare la pianificazione delle attività della struttura prestando assistenza ai vari Servizi e Macrocentri Aziendali.

ATTO AZIENDALE

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

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. La struttura di staff e dell'area tecnica, coordinata da un professionista dal profilo tecnico-amministrativo rispondente ai criteri previsti dalla Legge 150/2000 e dal regolamento DPR 442/2001 e ss.mm.ii., s'integra funzionalmente con le attività di comunicazione della Direzione Strategica e con la Struttura preposta, al fine di garantire un processo organico di informazione e comunicazione anche sollecitato dai reclami o dalle segnalazioni che arrivano dagli URP distribuiti sul territorio aziendale.

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.

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.

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.C. Ingegneria Clinica e HTA

La diffusione negli ospedali, negli ultimi anni, di un numero crescente di apparecchiature biomediche e di tecnologie "avanzate" per la diagnosi e la terapia ha radicalmente modificato l'approccio alla cura della salute. Un ospedale moderno si presenta, infatti, come un contenitore di tecnologie la cui razionalizzazione e mantenimento in sicurezza sono esigenze sempre più pressanti.

A fronte quindi di una distribuzione sempre più vasta ed ormai irrinunciabile di tecnologie biomediche, l'ASL Salerno deve essere in grado di scegliere le appropriate tecnologie e di impiegare correttamente la strumentazione, di garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori, nonché la qualità del servizio erogato e di ridurre e ottimizzare i costi di acquisto e di gestione.

ATTO AZIENDALE

Inoltre, l'evoluzione tecnologica dei dispositivi collegati alla cura della salute ha seguito l'evoluzione delle tecnologie elettroniche e le tendenze degli ultimi anni:

- Dispositivi ad elevatissimo contenuto tecnologico con alta capacità e velocità di acquisizione e trattamento dei dati (ad esempio i tomografi assiali computerizzati di nuova generazione, la "imaging molecolare", le isole completamente automatizzate del laboratorio analisi, le tecnologie per l'analisi del DNA, i sistemi di chirurgia assistita dal computer, etc.);
- Miniaturizzazione dei componenti e delle dimensioni delle tecnologie;
- Realizzazione di "biosensori" sempre più piccoli e sofisticati;
- Messa in rete informatica dei dispositivi medici con la conseguente realizzazione di software medicali che organizzano ed integrano le informazioni che provengono dalle tecnologie sanitarie;
- Applicazioni di telemedicina;

hanno fatto sì che la frontiera dell'utilizzo delle tecnologie sanitarie sia da un lato "iperspecializzato" nell'ambito ospedaliero, ma dall'altro si sia anche spostato dal solo ambito ospedaliero alla dimensione territoriale (reti di punti di cura) sino al domicilio del paziente (home care) sfruttando le applicazioni di telemedicina e del software ad uso medico.

L'Unione Europea, viste le prospettive di questo mercato e l'importanza che hanno assunto le tecnologie sanitarie, ha regolamentato una ampia riforma normativa con tre direttive tutta la materia sui dispositivi medici che al loro interno contengono tutte le tecnologie utilizzate per la diagnosi e la terapia. In particolare, con le seguenti direttive:

- Direttiva Dispositivi Medici (direttiva UE 93/42 recentemente modificata dal nuovo regolamento MDR 2017/745),
- Direttiva Dispositivi Impiantabili attivi (direttiva UE 90/385 recentemente modificata dal nuovo regolamento MDR 2017/745),
- Direttiva Dispositivi Diagnostici in Vitro (direttiva UE 98/79 recentemente modificata dal nuovo regolamento MDR 2017/746).

Chiunque realizzi e metta in commercio un dispositivo medico deve ottenere la marcatura CE seguendo le regole codificate nelle direttive e, in particolare, deve produrre per ciascun dispositivo un documento di analisi del rischio per la destinazione d'uso progettata.

Questo processo di "tecnologizzazione" rende evidente la necessità di fare ricorso a competenze specifiche, a strutture organizzative adeguate e a specifiche procedure in modo da garantire un'efficiente e corretta gestione delle tecnologie, sia dal punto di vista tecnico che economico. Occorre infatti che le tecnologie vengano introdotte non solo con la destinazione d'uso prevista dal produttore in coerenza alle direttive europee ma anche che venga costantemente effettuata l'analisi del rischio sistemico per poterne accertare un utilizzo sicuro sul paziente.

Da ultimo, ma non meno importanti, sono gli aspetti di monitoraggio e di maggiore attenzione agli aspetti di gestione dei dispositivi medici (manutenzione, controlli periodici, etc.), che l'applicazione della normativa vigente, mette a capo delle strutture sanitarie, che devono quindi adeguarsi con le opportune professionalità e procedure organizzative.

ATTO AZIENDALE

A riguardo delle citate direttive, sono di principale competenza della UOC citata:

- I Dispositivi Medici Elettromedicali di cui alla direttiva UE 93/42 recentemente modificata dal nuovo regolamento MDR 2017/745
- I Dispositivi Diagnostici in Vitro elettromedicali di cui alla direttiva UE 98/79 recentemente modificata dal nuovo regolamento MDR 2017/746.

Le principali attività e aree di responsabilità dell'U.O.C. Ingegneria Clinica e HTA possono essere sinteticamente riassunte nelle seguenti:

- Programmazione dell'acquisizione delle tecnologie:
 - Valutazione dell'obsolescenza delle tecnologie installate al fine di consentire le priorità di rinnovo/sostituzione alla direzione strategica;
 - Predisposizione del piano annuale e pluriennale degli investimenti in tecnologie sulla base delle obsolescenze e delle necessità delle UU.OO. Cliniche;
 - Programma i piani di forniture dei dispositivi medici collegati alle tecnologie biomediche.
- Valutazione multidisciplinare delle tecnologie – HTA:
 - Valutazione di tecnologie sanitarie e sistemi sanitari con le metodologie dell'hta;
 - Integrazione delle tecnologie nell'ambiente ospedaliero individuando le necessità e le caratteristiche che consentono l'interfacciamento delle tecnologie nei vari ambiti (strutture, ambiente, sistema informativo ...);
 - Progetti tecnologici in ambiente ospedaliero e territoriale;
 - Ricerca tecnico-scientifica ed economico gestionale;
 - Sviluppo di software, procedure e dispositivi medici;
 - Collaborazione in particolare con i servizi informatici per le modalità di interfacciamento delle tecnologie biomediche e il software medico con i sistemi informativi aziendali.
- Attuazione del piano di investimenti tecnologici (capitolato tecnico, valutazione offerte, collaudo, formazione, etc.)
 - Predisposizione delle caratteristiche tecniche di fornitura, dei criteri di valutazione dei requisiti di installazione da inserire nei documenti di fornitura;
 - Valutazione degli acquisti di tecnologie;
 - Formazione sull'utilizzo delle tecnologie sia per le nuove tecnologie che per le tecnologie installate con particolare enfasi all'uso sicuro delle stesse;
 - Collaudi di accettazione nell'ambiente ospedaliero in garanzia del rispetto dei requisiti di fornitura e della sicurezza dei pazienti e degli operatori.
- Garantire la sicurezza del paziente e degli operatori in relazione all'uso della tecnologia (inclusi i processi di Risk Management) e il mantenimento dello stato di efficienza delle tecnologie
 - Gestione della sicurezza delle tecnologie e costante aggiornamento della analisi del rischio

ATTO AZIENDALE

- tecnologico;
- Controlli di sicurezza e funzionalità sulle tecnologie e sui dispositivi collegati.
 - Garantire la continuità dell'erogazione delle prestazioni sanitarie in relazione all'uso delle tecnologie
 - Gestione della manutenzione e delle attività conseguenti sia che siano affidate a fornitori che a tecnici interni;
 - Garantire la continuità dell'esercizio delle tecnologie anche con strumenti innovativi quali il controllo remoto dei dispositivi medici;
 - Gestione dei contratti di fornitura di servizi di manutenzione;
 - Gestione delle tecnologie e progettazione funzionale;
 - Gestione delle dismissioni;
 - Sorveglianza e comunicazione “di legge” agli enti preposti.

Nell'ambito delle attività di gestione delle tecnologie l'U.O.C. colloquia costantemente con le altre figure professionali presenti nell'ASL Salerno. L'organizzazione dell'U.O.C. Ingegneria Clinica e HTA per l'ASL Salerno diventa, quindi, un fattore strategico, sia per la gestione e il controllo della spesa sanitaria, sia, allo stesso tempo, per garantire la massima qualità delle prestazioni erogate in una cornice di sicurezza.

Il compito del Responsabile dell'U.O.C. Ingegneria Clinica e HTA è quella di assicurare la definizione delle strategie e le politiche della struttura al fine di garantire l'uso sicuro ed appropriato, efficace ed economicamente vantaggioso delle tecnologie biomediche in accordo con la direzione aziendale.

Le principali aree di responsabilità del Responsabile riguardano la garanzia del corretto funzionamento della struttura rispondendo degli obiettivi assegnati dalla Direzione Aziendale.

U.O.C. Governance dei processi di telemedicina e di applicazione dell'intelligenza artificiale

La telemedicina rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria, già consolidato in diversi ambiti sanitari, consentendo - se inclusa in una rete di cure coordinate - l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

La Struttura Complessa di governo dei processi di telemedicina e d'intelligenza artificiale, caratterizzata da una direzione multispecialistica, nasce per favorire l'integrazione multi-specialistica e multi-professionale che le linee d'attività innovative richiedono.

La telemedicina infatti è una modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti (telemedicina professionista sanitario – assistito) o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (telemedicina professionista sanitario – professionista sanitario).

La telemedicina supporta l'interazione dei diversi professionisti sanitari con l'assistito nelle diverse fasi di valutazione del bisogno assistenziale, di erogazione delle prestazioni e di monitoraggio delle cure. Facilita inoltre lo scambio di informazioni tra professionisti e la collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare sui singoli casi clinici. Implica il trasferimento di dati e informazioni, anche personali e

ATTO AZIENDALE

relativi alla salute, in diversi formati (numerici, testuali, grafici, multimediali, etc.) e modalità di interazione (sincrona o asincrona).

Le diverse prestazioni e servizi di telemedicina, quali la televisita specialistica, la teleassistenza, il telemonitoraggio, la teleriabilitazione, il teleconsulto medico, la teleconsulenza medico sanitaria, o la telerefertazione, costituiscono un'opportunità e un fattore abilitante la strutturazione di modelli di gestione integrata dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria a rilevanza sanitaria, in grado di rispondere sia alle necessità dei sistemi sanitari, con particolare riferimento alla gestione della cronicità, sia, in un'ottica di medicina personalizzata, a quelle individuali del singolo assistito, così come previsto anche dal "Patto per la Salute 2019-2021".

L'importanza del ruolo della sanità digitale, dell'intelligenza artificiale e della telemedicina nel favorire i processi di presa in carico del paziente cronico, consentendo una migliore gestione domiciliare della persona, è riconosciuta anche nel Piano Nazionale della Cronicità del 2016. Del resto, l'utilizzo della telemedicina per l'erogazione di prestazioni e servizi assistenziali abilita e supporta l'attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 21 del DPCM del 12 gennaio 2017, nell'ambito dei percorsi assistenziali integrati e assistenza territoriale.

Lo sviluppo della telemedicina va considerato come un elemento abilitante per l'attuazione della riorganizzazione dell'assistenza territoriale, poiché può favorire:

- La riduzione delle distanze tra operatori sanitari e pazienti e tra operatori sanitari stessi;
- Il tempestivo intervento per pazienti cronici trattati a domicilio in occasione di episodi di acuzie;
- La diagnosi precoce dell'evento acuto e il tempestivo intervento per pazienti trattati a domicilio e/o in condizioni di emergenza;
- L'efficientamento delle prestazioni assistenziali erogate in zone interne e/o disagiate con una ottimizzazione delle risorse, offrendo servizi di prossimità che aumentino l'appropriatezza e l'aderenza terapeutica;
- La correlazione degli interventi per una presa in carico integrata tra ospedale e territorio, anche assicurando processi di de-ospedalizzazione, quali ad esempio le dimissioni protette;
- La collaborazione tra gli operatori appartenenti alle diverse reti assistenziali ospedaliere e consentendo una più efficace ed efficiente operatività dei gruppi di lavoro, in particolare per tutti quei contesti nei quali la multidisciplinarietà è elemento essenziale per una corretta presa in carico e gestione dell'assistito.

La telemedicina è dunque l'insieme di tecnologia e organizzazione che, se inclusa in una rete di cure coordinate (coordinated care), contribuisce in modo rilevante a migliorare la capacità di risposta del Servizio Sanitario Nazionale. Nel disegno di riorganizzazione dell'assistenza territoriale delineato dal presente documento, la telemedicina diviene parte integrante del progetto di salute, sia esso semplice o complesso, definito per il singolo assistito in base ai propri bisogni di salute.

Nella presa in carico continuativa e di lungo periodo del paziente multi-patologico e/o fragile le modalità di adozione di modelli di servizio innovativi supportati dalla telemedicina sono legate strettamente alla maturità e capacità dei contesti locali e possono implicare importanti modifiche dell'operatività e delle competenze dei professionisti. Tale visione è coerente con quanto richiamato nelle "Indicazioni nazionali per

ATTO AZIENDALE

l'erogazione di prestazioni in telemedicina", approvate in Conferenza Stato-Regioni il 17 dicembre 2020, in base alle quali le prestazioni ed i servizi di telemedicina sono assimilati a qualunque altra prestazione o servizio diagnostico/terapeutico/assistenziale/riabilitativo, e come tali devono sempre rispettare tutti i diritti e gli obblighi propri di qualsiasi atto sanitario. Anche se, per quel che concerne il rapporto personale medico-paziente, le prestazioni di telemedicina non sostituiscono completamente le prestazioni assistenziali tradizionali, ma le integrano per migliorarne efficacia, efficienza, appropriatezza e sostenibilità. A tal fine le regioni e le aziende sanitarie erogano prestazioni e servizi per cui, attraverso studi comparativi, siano state scientificamente dimostrate, pari condizioni di sicurezza per gli assistiti ed i professionisti sanitari, e pari o migliori condizioni in termini di costo-efficacia rispetto alla pratica clinica tradizionale.

In coerenza con l'obiettivo di aumentare l'accessibilità e ridurre le disuguaglianze nell'accesso alle cure e garantire un approccio quanto più omogeneo possibile sul territorio, e in considerazione delle potenzialità delle moderne tecnologie ICT, i sistemi che erogano prestazioni di telemedicina, che operino a qualsiasi livello aziendale, regionale, interregionale e/o nazionale, devono:

- Interoperare con i diversi sistemi nazionali (ANA, NSIS, TS, PAGOPA, SPID, etc.) e regionali (FSE, CUP, etc.) a supporto dell'assistenza sanitaria, garantendo il rispetto degli standard di interoperabilità nei dati;
- Supportare la convergenza di processi e strutture organizzative, seppur con la necessaria flessibilità in base alle esigenze specifiche, anche superando la frammentazione tecnologica;
- Supportare l'attivazione di servizi di telemedicina per i singoli pazienti, in base alle indicazioni del Progetto di salute;
- Uniformare le interfacce e le architetture per la fruizione delle prestazioni di telemedicina, sia per l'utente che per il professionista, in un'ottica di semplificazione, fruibilità e riduzione del rischio clinico, assicurando anche l'integrazione con i sistemi di profilazione regionali/nazionali (es. SPID);
- Mettere a disposizione servizi strutturati in modo uniforme e con elevati livelli di sicurezza, sull'intero territorio, sviluppati con approccio modulare e che garantiscono il rispetto delle vigenti indicazioni nazionali.

U.O.C. Programmazione, Budget, Controllo di Gestione e Valutazione della Performance

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

ATTO AZIENDALE

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 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. 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, aggiornando il 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.

Tali strumenti diventano fondamentali per monitorare e garantire il raggiungimento degli obiettivi regionali declinati nei contratti di nomina incarico dei Direttori Generali.

Nell'ambito della sua organizzazione, la UOC Programmazione e Controllo di Gestione, nella rinnovata formulazione che trova disposizione con il nuovo atto aziendale, si avvale di un proprio sistema informativo-informatico, che attingendo alle banche dati aziendali, realizza un datawarehouse in grado di garantire un cruscotto direzionale al fine di utilizzare le informazioni strutturate e validate dai responsabili di ciascuna delle procedure integrate (che costituiscono i sottosistemi di cui è composto il sistema informativo aziendale, rese disponibili in tempo utile ed in modalità automatica e dinamica).

All'interno dell'Unità Operativa opera, inoltre, un 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.

L'organizzazione del controllo di gestione è fin qui analizzata prospetticamente con approccio prettamente funzionale. E il caso tuttavia di precisare che, sotto l'aspetto strutturale per il governo delle aree funzionali presidiate è opportuno contemplare un livello intermedio, che affianchi la Direzione della UOC Programmazione Controllo di gestione e Valutazione attraverso una UOS denominata “**Coordinamento dei sistemi informativi di monitoraggio e reporting**”. Tale articolazione semplice, avrà il compito di garantire il coordinamento sia delle aree funzionali prettamente rientranti nella performance assistenziale del Nuovo Sistema di Garanzia, che delle attività decisive concernenti i seguenti punti:

- Ottimizzazione del reporting diretto alla Direzione Strategica, che includa tutti gli obiettivi specifici e tematici assegnati al Direttore Generale all'atto di nomina, nonché diretto al middle management secondo una profilatura selettiva basata sulle rispettive responsabilità verso gli obiettivi.

All'interno dell'Unità Operativa è istituito un servizio con la funzione di “Pianificazione, sviluppo e gestione dei progetti aziendali”, le cui attività contribuiscono a sistematizzare e mettere in evidenza i processi

ATTO AZIENDALE

organizzativi attraverso i quali si rende possibile la realizzazione delle progettualità e la relativa valutazione di incidenza economica.

Il servizio svolge la funzione d'interfaccia con le diverse articolazioni aziendali al fine di garantire un costante monitoraggio dell'esercizio annuale delle attività progettuali anche attraverso un sistema gestionale delle progettualità.

Pertanto, tali attività si prefigurano come valutazione delle performance delle attività e degli obiettivi da raggiungere rivolte a tutte le strutture aziendali coinvolte, assicurando idonea trasversalità, coinvolgendo diverse competenze dell'organizzazione Aziendale, integrando funzionalmente le unità operative di volta in volta più direttamente interessate, assicurando al processo di sviluppo e gestione delle progettualità la necessaria organicità e compiutezza.

U.O.C. Sviluppo Strategico, Innovazione Organizzativa e Comunicazione

La complessità strutturale dell'ASL Salerno e le sue dimensioni, in termini di servizi erogati, di spesa gestita e di popolazione servita determinano esigenze di governo dei processi, di programmazione integrata delle attività e di sostegno alle decisioni della Direzione Aziendale.

La struttura è a supporto della Direzione Strategica aziendale, dei Dipartimenti e dei Distretti. Opera con funzioni di supporto alla Direzione Aziendale per promuovere e sostenere le progettualità strategiche e innovative in linea con gli obiettivi aziendali e integrandosi trasversalmente con tutte le unità operative. Lavora all'analisi e alla revisione sistematica dei processi aziendali e delle linee produttive, definendo le traiettorie di sviluppo aziendali. La UOC coordina le funzioni necessarie a sostenere il governo strategico dell'Azienda, mediante produzione di elementi di conoscenza, analisi e valutazione dei dati di produzione delle Strutture pubbliche e private accreditate, della mobilità sanitaria attiva e passiva intraregionale e interregionale, nonché di supporto alla Direzione Aziendale nel governo della comunicazione aziendale, nelle relazioni istituzionali e nella formulazione delle scelte strategiche.

Le linee d'intervento strategico sono una diretta derivazione della mission aziendale, nel rispetto degli indirizzi emanati dalla Regione, contenuti negli Atti di programmazione nazionali e regionali, nonché dalle indicazioni degli Organi dell'Azienda. Per questo, la UOC assicura la promozione e il supporto per lo sviluppo di procedure e percorsi aziendali di natura integrata, attraverso l'individuazione delle aree di miglioramento e di innovazione organizzativa.

Supporta la Direzione Aziendale nell'elaborazione e nella configurazione degli strumenti a supporto delle decisioni strategiche, nella predisposizione e nel conseguimento degli obiettivi di mandato e nella predisposizione di soluzioni possibili a qualificare le risposte aziendali e ad assicurarne la sostenibilità economica e organizzativa.

La UOC garantisce l'implementazione e la gestione del sistema aziendale di comunicazione interna, con particolare riferimento alla gestione armonica degli strumenti integrati in funzione degli obiettivi strategici aziendali e degli interessi degli stakeholder aziendali e delle Istituzioni locali. È previsto inoltre, all'interno della Struttura, un referente per i rapporti con le Istituzioni esterne all'Azienda.

Nello specifico:

- supporta la Direzione e le strutture aziendali nella pianificazione e rendicontazione strategica, nell'attuazione di politiche d'innovazione organizzativa e nella gestione del cambiamento;

ATTO AZIENDALE

- supporta la Direzione nell'attività di pianificazione e controllo strategico, nell'analisi, valutazione e definizione della performance in collaborazione con le altre Strutture aziendali;
- implementa e coordina il sistema di governo integrato;
- promuove e sviluppa metodologie di controllo direzionale e aziendale, anche rispetto ai flussi di mobilità sanitaria e dell'offering delle Strutture pubbliche e private accreditate;
- collabora con altri servizi su tematiche di specifica competenza;
- svolge attività di supporto tecnico e metodologico alla costruzione degli standard di servizio di tutte le strutture aziendali;
- partecipa agli Audit aziendali attraverso gli strumenti del governo integrato;
- contribuisce a delimitare la cornice aziendale entro cui assicurare coerenza tra le traiettorie strategiche;
- assicura il supporto alla Direzione aziendale, anche tramite la predisposizione di assessment e analisi organizzative, nella pianificazione strategica e nel governo delle relazioni istituzionali e nella formulazione delle scelte strategiche direzionali;
- supporta la Direzione aziendale nella definizione e nel monitoraggio dei processi produttivi e degli obiettivi generali e nella predisposizione dei progetti e dei Piani strategici aziendali.

U.O.C. Servizio Informativo Aziendale e Transizione Digitale

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 perché 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. La **UOC Servizio informativo aziendale e Transizione Digitale** (UOC SIA), nella rinnovata formulazione che trova disposizione con il nuovo atto aziendale, è collocata in staff alla Direzione Generale al fine di avere completa visibilità delle diverse iniziative aziendali, dovendosi occupare della gestione e sviluppo del sistema informativo e del sistema informatico aziendale, idoneo a supportare l'azienda nello svolgimento delle sue molteplici attività, sia in ambito sanitario, in raccordo funzionale con tutte le strutture erogatrici pubbliche e private accreditate presenti sul territorio di competenza, che in ambito amministrativo. Il sistema informativo aziendale è l'insieme delle informazioni prodotte e utilizzate durante l'esecuzione dei processi aziendali, delle modalità con cui esse sono trattate, delle risorse, sia umane che tecnologiche, coinvolte: esso produce la conoscenza dei fenomeni e degli eventi in maniera analitica, completa, accurata, tempestiva e omogenea. Tale conoscenza costituisce il necessario presupposto per programmare e organizzare un'offerta dei servizi sanitari e sociosanitari efficace ed efficiente. Il sistema informatico aziendale, in uno con la rete telematica, costituisce la infrastruttura materiale e immateriale sulla quale viene implementato e sviluppato il sistema informativo. In particolare, la UOC SIA:

- Provvede, in accordo con la Direzione Generale, a definire le strategie ICT aziendali (Information and Communication Technologies) nell'ottica della innovazione digitale continua;
- Si occupa della informatizzazione e della integrazione dei servizi in ambito sanitario e sociosanitario promuovendo la diffusione di applicativi e infrastrutture per la gestione integrata del percorso del paziente e dell'attività medica, infermieristica e diagnostica ospedaliera e territoriale, in supporto alla Direzione Sanitaria;
- Si occupa della informatizzazione e della integrazione delle procedure aziendali amministrativo-

ATTO AZIENDALE

gestionali, in supporto alla Direzione Amministrativa e dei macrocentri interessati;

- Progetta e governa la infrastruttura computazionale aziendale, le centrali telefoniche, gli apparati di rete, i sistemi di sicurezza perimetrale e degli endpoint;
- Promuove l'uso dei software applicativi e di produttività individuale e del sistema di posta elettronica; progetta e governa la rete dati geografica e le reti locali;
- Gestisce la rete telefonica mobile, curando i rapporti tecnici e commerciali con i relativi fornitori; supporta le strutture aziendali per la produzione e l'invio dei flussi informativi;
- Pianifica e gestisce le procedure di acquisizione dei servizi di manutenzione e assistenza tecnica dei sistemi ICT di competenza, nonché l'acquisizione dei servizi di telefonia fissa e mobile;
- Assegna le credenziali di accesso ai sistemi informativi aziendali e definisce le policy di sicurezza da adottare.

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

ATTO AZIENDALE

l'adozione di soluzioni di DR diviene un prerequisito indispensabile per garantire la continuità di svolgimento dei processi digitalizzati.

Alla UOC SIA è assegnato:

- L'ufficio del Responsabile della transizione digitale (art.17 del Codice dell'amministrazione digitale) che promuove e garantisce operativamente la trasformazione digitale dell'azienda, coordinando lo sviluppo digitale dei servizi e l'adozione di nuovi modelli di relazione con i cittadini, trasparenti e aperti.
- Il ruolo di Amministratore della sicurezza e di Responsabile del progetto Tessera sanitaria (www.sistemats.it) e dell'indicepa aziendale (www.indicepa.gov.it);
- Il compito della redazione del Piano triennale ICT, documento programmatico triennale che stabilisce gli obiettivi e le strategie per lo sviluppo dell'informatica nella azienda, finalizzato a garantire la sicurezza dei dati e delle informazioni attraverso l'adozione di tecnologie e processi di sicurezza all'avanguardia (cloud first, cloud enablement, centri di competenza applicativa);
- Il compito di adottare e promuovere le misure previste da Codice dell'amministrazione digitale, quale punto di riferimento normativo che guida la trasformazione digitale della azienda;
- Il compito di supportare il DPO (Data Protection Officer) quale ufficio deputato ad assicurare la protezione dei dati personali e sensibili, in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati - GDPR - Reg. EU 2016/679). In tal senso la figura del Chief Information Security Officer (CISO è incardinata nella UOC Servizio Informativo Aziendale SIA. Il CISO è un security manager con competenze eterogenee: tecniche, tecnologiche. Si tratta di una figura che si occupa di definire quale sia la visione strategica della società, di implementare programmi per la sicurezza degli asset informativi e di definire best practice per limitare il più possibile i rischi legati all'adozione delle tecnologie digitali
- Nell'ambito del processo di conservazione documentale, all'interno della UOC è prevista la figura del responsabile della conservazione, quale soggetto che garantisca le caratteristiche e i requisiti del sistema di conservazione documentale per quanto concerne gli aspetti tecnico informatici, svolgendo un ruolo di supporto tecnico al responsabile della gestione documentale (o suo delegato) interfacciandosi con le UU.OO. Aziendali e con eventuali soggetti terzi che gestiscano il processo.

Il perimetro di azione e di competenze assegnate alla UOC SIA richiede una puntuale articolazione della struttura per la gestione e il governo dei processi ICT: la presenza di unità operative specializzate, ciascuna con specifici compiti e responsabilità, coordinati da una direzione IT che definisce la strategia e le politiche di gestione dei sistemi informativi e dei sistemi informatici e telematici aziendali.

All'interno della UOC SIA, è istituita una unità operativa semplice denominata “**Gestione delle tecnologie cloud, dei sistemi centrali e della sicurezza informatica**”: responsabile del governo dei sistemi informatici centrali, della implementazione delle nuove tecnologie cloud nonché della definizione e gestione delle politiche di sicurezza informatica. Ha il compito di assicurare il corretto funzionamento delle risorse impiegate sulle infrastrutture cloud dei service provider e di garantire la sicurezza dei dati e delle informazioni, la prevenzione degli attacchi informatici e la risposta a eventuali incidenti, la resilienza dei servizi ICT.

ATTO AZIENDALE

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 sono riportate nella seguente tabella:

DIREZIONE AMMINISTRATIVA	
UOC	Direzione Amministrativa DEA di 1° livello Ospedali di Eboli, Battipaglia e Roccasalce
UOC	Direzione Amministrativa DEA Nocera Inferiore – Pagani – Scafati e PO Sarno
UOC	Direzione Amministrativa Distretti n. 60-61-62
UOC	Direzione Amministrativa Distretti n. 63-66-67
UOC	Direzione Amministrativa Distretti n. 64-65-68
UOC	Direzione Amministrativa Ospedale di Sapri e DS 71
UOC	Direzione Amministrativa Ospedale di Vallo della Lucania, Agropoli e DS 69 e 70
UOC	Direzione Amministrativa Ospedale Polla, Ospedale di Oliveto Citra e DS 72
UOC	Direzione Amministrativa Dipartimenti Strutturali (SM e Dipendenze) e Funzionali
UOC	Gestione degli Affari Legali e Contenzioso
UOC	Gestione Economico Finanziaria, Bilancio e Contabilità
UOC	Gestione Acquisizione beni e servizi, Economato e logistica
UOC	Gestione delle Risorse Umane
UOC	Servizio delle Attività tecniche e patrimoniali
UOS	Programmazione, Progettazione e Esecuzione degli Investimenti di Edilizia Sanitaria
UOS	Gestione e Manutenzione degli immobili
UOS	Gestione delle attività patrimoniali
UOS	Gestione flussi finanziari, Entrate e Pagamenti (collegata a Gestione dei flussi finanziari ed economico-gestionali)
UOS	Procedure di gara comunitarie (collegata a Gestione dell'Acquisizione dei beni e servizi ed Economato)
UOS	Settore Giuridico, Concorsi e Personale Convenzionato (collegata a Gestione delle Risorse Umane)

ATTO AZIENDALE



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 de degli interessi aziendali. L'Azienda farà riferimento, come utili criteri applicativi ove

ATTO AZIENDALE

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. Inoltre:

- Cura i rapporti con la Corte dei Conti per quanto riguarda gli adempimenti collegati al Dlgs 174/2016
- Garantisce il supporto per gli aspetti di contenzioso, alla funzione connessa con la definizione della gestione liquidatoria delle ex Unità Sanitarie Locali sopresse, funzione collocata all'interno dell'unità operativa UOC SGEFF.

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. Ciò vale quindi sia per il personale dipendente, convenzionato, per la gestione delle borse di studio ed ogni altra forma di reclutamento necessaria alle esigenze aziendali. 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.

Al fine di consentire una equa distribuzione dei carichi di lavoro, si è ritenuto di articolare sotto la Unità Complessa, l'unità operativa semplice **“Settore Giuridico, Gestione Concorsi e Personale Convenzionato”** che oltre a curare tutti gli aspetti contrattuali, si occupa di gestire le varie fasi per la gestione delle procedure concorsuali, oltre che gli aspetti economici e fiscali del personale convenzionato interfacciandosi con le attività della UOC Cure Primarie.

ATTO AZIENDALE

U.O.C. Gestione Acquisizione beni e servizi, economato e logistica

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 le specifiche competenze in materia di acquisizione di beni e servizi, secondo quanto previsto dal vigente Codice degli Appalti. Al riguardo è opportuno precisare che il Dlgs 36 del 31/3/2023 costituisce il nuovo Codice degli Appalti le cui norme sostituiranno ogni altra fonte attuativa della previgente disciplina, ossia gli allegati al D.Lgs. n. 50/2016, le diciassette Linee Guida ANAC e circa quindici Regolamenti (tra cui il D.P.R. n. 207/2010). Inoltre, cura la tenuta dell'inventario alla gestione dei magazzini economali, in raccordo con i macrocentri aziendali, tenendo ben presenti le dimensioni e la collocazione dei presidi aziendali. Tali processi saranno comunque oggetto di specifica normazione interna, anche in ragione delle norme sulla trasparenza e sulla corruzione.

La struttura, nella rinnovata formulazione che trova disposizione con il nuovo atto aziendale si avvale, per le tecnologie sanitarie, sia nei processi di acquisizione che di eventuali contrattistiche, delle competenze specifiche degli altri servizi aziendali, in special modo quelle affidate alla UOC di Ingegneria Clinica ed Health Technology Assessment (HTA).

Cura, infine, gli adempimenti connessi alla gestione dell'Economato per le funzioni centrali oltre alla gestione dell'autoparco aziendale e della logistica aziendale.

Infine, vista la necessità di garantire gli approvvigionamenti per gare di maggiore peso, non espletate dalle Centrali di Committenza (nazionale/regionale) è prevista una Unità Semplice dedicata alle "Procedure di gara comunitarie" che cura tutte le fasi delle procedure sopra soglia.

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. L'Unità Operativa Complessa spazia, pertanto, nelle più svariate implicazioni che vanno dalla tutela del valore delle risorse, attraverso una corretta

ATTO AZIENDALE

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 standard 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 input 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 UOC Ingegneria Clinica ed Health Technology Assessment (HTA).

Nell'ambito delle attività, considerata la complessità del territorio e la necessità di garantire una adeguata articolazione delle attività, vengono individuate apposite strutture (UOS):

Per lo svolgimento degli adempimenti connessi con le attività tecnico e manutentive, nella rinnovata formulazione che trova disposizione con il nuovo atto aziendale, vengono previste nella forma della UOS, tre strutture.

U.O.S. Programmazione, progettazione ed esecuzione degli investimenti di edilizia sanitaria

La UOS Programmazione, Progettazione ed Esecuzione degli Investimenti di Edilizia Sanitaria assicura tutte le attività afferenti alla programmazione degli investimenti di edilizia sanitaria, ai sensi dell'art.20 della L. 67/1988 e delle altre fonti di finanziamento, aziendale, regionale, nazionale e comunitarie (PNRR/PNC/POR/etc).

In particolare, provvede a:

- predisporre gli atti di programmazione dei lavori pubblici da sottoporre all'approvazione della Direzione Strategica;
- predisporre gli atti di progettazione oltre a seguire le fasi di esecuzione degli investimenti di edilizia sanitaria;
- predisporre la documentazione di gara, espletare in autonomia o con il supporto della Centrale Unica di Committenza Regionale SORESA, le procedure di affidamento, stipulare e gestire i contratti relativi

ATTO AZIENDALE

ai servizi di ingegneria e architettura per la progettazione, la verifica e la validazione dei progetti, il coordinamento della sicurezza, la direzione ed il collaudo dei lavori pubblici, assicurando l'acquisizione di tutti i pareri tecnici sui progetti previsti dalle norme vigenti;

- assumere le funzioni ed i compiti del Responsabile Unico del Procedimento nell'ambito degli affidamenti dei contratti pubblici dei servizi di ingegneria e architettura e dei lavori;
- gestire le procedure di gara e di aggiudicazione per l'affidamento di lavori ed opere in appalto, inclusi tutti gli atti propedeutici (bandi, capitolati, avvisi, pubblicazioni, ecc.) e conseguenti, fino alla consegna degli stessi;
- stipulare i contratti di appalto per l'affidamento dei lavori;
- gestire gli atti di controllo tecnico-amministrativo sui lavori appaltati, i controlli sulla loro esecuzione, i collaudi e gli atti di liquidazione conseguenti;
- assicurare tutti gli adempimenti tecnico-amministrativi sui lavori appaltati;
- verificare le procedure di collaudo concernenti le opere e gli impianti;
- assicurare ogni attività finalizzata all'attuazione del piano di adeguamento sismico delle strutture aziendali secondo le vigenti normative, linee guida e raccomandazioni in materia;
- curare la gestione e l'approvvigionamento dei beni e dei servizi di competenza dell'Unità;
- curare la puntuale adozione e implementazione delle indicazioni, per quanto di specifica competenza, previste dalle procedure di contabilità aziendali;
- effettuare il monitoraggio e il controllo sull'andamento delle opere pubbliche.

U.O.S. Gestione e Manutenzione degli immobili

La U.O.S. Gestione e Manutenzione degli immobili provvede alla manutenzione degli immobili aziendali e dei relativi impianti, nonché alla loro valorizzazione attraverso la progettazione e l'esecuzione degli interventi di manutenzione ordinaria, straordinaria, ristrutturazione ed adeguamento delle strutture esistenti, sia ospedaliere che territoriali.

In particolare, nei limiti di competenza dell'Unità, ha il compito di:

- fornire il supporto necessario per la predisposizione degli atti di programmazione dei lavori pubblici;
- provvedere alla predisposizione dei capitolati tecnici, computi metrici estimativi, elaborati grafici, etc., relativi a procedure per l'affidamento di lavori ed opere in appalto, nonché delle copie informatiche per consultazione servizi di manutenzione dei beni immobili e degli impianti tecnologici;
- assicurare la direzione dei lavori e la vigilanza, l'acquisizione dei pareri tecnici, le verifiche e la validazione dei progetti di lavori e delle perizie di variante;
- provvedere alla vigilanza ed ai controlli sui progetti affidati a professionisti esterni, curando, in tal caso, l'affidamento dell'incarico, i rapporti, la gestione del contratto professionale, le liquidazioni ed il coordinamento;
- assumere le funzioni ed i compiti del Responsabile Unico del Procedimento nell'ambito degli

ATTO AZIENDALE

affidamenti dei contratti pubblici dei servizi di ingegneria e architettura, dei servizi manutentivi e dei lavori;

- gestire le procedure di gara e di aggiudicazione per l'affidamento di lavori ed opere in appalto, inclusi tutti gli atti propedeutici (bandi, capitolati, avvisi, pubblicazioni, ecc.) e conseguenti, fino alla consegna degli stessi;
- gestire le procedure di gara e di aggiudicazione, anche mediante adesione a convenzioni ed accordi quadro stipulati dalle Centrali di Committenza nazionali e regionali, per l'affidamento esterno e/o global service relativi a manutenzione ordinaria e straordinaria dei beni immobili ed impianti tecnologici, inclusi tutti gli atti propedeutici (bandi, capitolati, avvisi, pubblicazioni, ecc.) e conseguenti, fino alla stipula del contratto d'appalto;
- stipulare i contratti di appalto per l'affidamento esterno di servizi di ingegneria e architettura, di servizi manutentivi e di lavori;
- gestire gli atti di controllo tecnico-amministrativo sui lavori appaltati, i controlli sulla loro esecuzione, i collaudi e gli atti di liquidazione conseguenti;
- assicurare tutti gli adempimenti tecnico-amministrativi sui lavori ed i servizi appaltati;
- verificare le procedure di collaudo concernenti le opere e gli impianti realizzati;
- curare la gestione e l'approvvigionamento dei beni e dei servizi oggetto di competenza;
- provvedere alle procedure di adeguamento normativo del patrimonio immobiliare dell'Azienda;
- assicurare la manutenzione ordinaria e straordinaria del patrimonio immobiliare;
- garantire la gestione, la conduzione e la manutenzione degli impianti tecnologici a servizio del patrimonio immobiliare, anche con riferimento alle misure di mitigazione dei rischi connessi al loro utilizzo;
- assicurare lo svolgimento delle funzioni e dei compiti del tecnico responsabile per la conservazione e l'uso razionale dell'energia (Energy Manager), ai sensi della normativa vigente;
- provvedere allo sviluppo di proposte finalizzate al contenimento dei consumi energetici, anche ai fini della sostenibilità ambientale, nell'uso di tutta la rete impiantistica;
- assicurare il supporto per lo svolgimento delle funzioni e dei compiti del responsabile tecnico della sicurezza antincendio (RTSA);
- assicurare le azioni finalizzate al perseguimento degli obiettivi di qualità ambientale previsti dalle vigenti normative.

U.O.S. Gestione delle attività patrimoniali

La U.O.S. Gestione delle attività patrimoniali gestisce, conserva e valorizza gli immobili afferenti al patrimonio dell'Azienda. In particolare:

- provvede alla regolarizzazione contrattuale dei beni di proprietà aziendale, mediante attività di redazione e sottoscrizione contratti di locazione attivi e relativi adempimenti di registrazione e monitoraggio scadenze; cura la stipula, il rinnovo e il recesso di contratti di comodato d'uso;

ATTO AZIENDALE

- cura gli adempimenti di carattere amministrativo e fiscale, con particolare riferimento ad oneri fiscali, imposte ed altri tributi;
- si occupa della regolarizzazione delle posizioni contabili degli occupanti / conduttori delle singole unità immobiliari di proprietà aziendale mediante l'attivazione di procedure amministrativo-contabili, comprensive delle attività di monitoraggio e gestione pagamenti - inclusi oneri condominiali - ricostruzione dati contabili, elaborazione file relativi alla bollettazione, determinazione delle morosità, aggiornamento canoni di locazione ed adeguamento ISTAT, predisposizione atti di rateizzo, diffide ed eventuali istruttorie;
- provvede al recupero delle morosità, alle convocazioni per il riconoscimento del debito e sottoscrizione degli atti di rateizzo, nonché alle istruttorie per l'attivazione dello sfratto nei casi di mancato riscontro o riconoscimento del debito;
- attiva gli adempimenti prodromici all'alienazione o alla dismissione dei beni immobili, attraverso la gestione diretta delle procedure di gara mediante la pubblicazione di bandi, capitolati, avvisi, pubblicazioni;
- cura gli adempimenti prodromici all'assegnazione in locazione dei beni di proprietà aziendale ad uso abitativo e/o commerciale, attraverso la gestione diretta delle procedure di gara mediante la pubblicazione di bandi, capitolati, avvisi, pubblicazioni;
- persegue una politica di risparmio mediante l'implementazione del Piano di dismissione e rinegoziazione dei contratti di locazione passiva;
- trasmette la rendicontazione relativa alle locazioni attive e all'inventario dei cespiti e dei terreni alla Gestione economico-finanziaria;
- provvede alla verifica di consistenza e stato d'uso del patrimonio disponibile, indisponibile e dei terreni finalizzata alla locazione e/o alla vendita, effettuata con rilievi, valutazioni e perizie mediante sopralluoghi di natura tecnica;
- cura la verifica e la regolarizzazione tecniche delle posizioni catastali degli immobili di proprietà aziendale e l'aggiornamento dell'inventario del patrimonio immobiliare;
- supporta l'Energy Manager per le attività di competenza amministrativa;
- supporta l'RTSA per le attività di competenza amministrativa;
- assicurare le azioni finalizzate all'adozione del Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio;
- cura gli adempimenti di competenza in materia di privacy, trasparenza ed Anticorruzione
- assicura la gestione e la tenuta dell'inventario del patrimonio immobiliare mediante la tenuta della copia digitale per consultazione censimento e la redazione ed aggiornamento di apposito database recante tutte le informazioni utili ai fini tecnico-catastali degli edifici di proprietà aziendale;
- provvede alla redazione del Piano di manutenzione del patrimonio immobiliare;
- provvede a tutte le attività connesse al fascicolo del fabbricato.

Infine, restano fermi in capo alla UOC, con il supporto delle tre aree di coordinamento, i compiti per la prevenzione da incendi, di intesa con il Responsabile della UOC Prevenzione e Protezione.

U.O.C. Gestione Economico Finanziaria, Bilancio e Contabilità

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, ed in particolare al Decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 Titolo II Principi contabili generali e applicati per il settore sanitario e delle norme di attuazione regionali (Decreti del Commissario ad Acta n. 14/2009 e n.60/2011). Nello specifico della realtà regionale, sussiste una 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, nella rinnovata formulazione che trova disposizione con il nuovo atto aziendale, 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, per raggiungere l'obiettivo della certificabilità dei bilanci, dotandosi, peraltro, l'Azienda di specifico regolamento contabile e garantendo il rispetto delle normative.

Con il DM Salute 1/3/2013 "Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità (PAC)" pubblicato il 26/3/2013, ha preso avvio la prima fase del processo di avvicinamento alla "certificabilità" dei bilanci delle Aziende Sanitarie pubbliche, della Gestione Sanitaria Accentrata e del Bilancio Consolidato regionale.

Per certificabilità, innanzitutto, si intende l'applicazione di una regolamentazione contabile e di un sistema che deve porre le Aziende sanitarie nella condizione di sottoporsi, in ogni momento e con esito positivo, alle verifiche ed alle revisioni contabili stabilite dal D.M. 17 settembre 2012.

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 che, per il tramite diretto del Direttore UOC SGEFF, oltre a raccordarsi con le competenti UU.DD. Regionali, si avvale del supporto delle UUOO Affari Legali per gli aspetti di contenzioso e GRU, per le questioni legate ad aspetti di retribuzione del personale.

ATTO AZIENDALE

Inoltre l'UOC garantisce il raccordo contabile tra le varie unità Aziendali in ordine a specifiche contabilità (fondi speciali, fondi europei quali PNRR e simili).

All'interno dell'unità operativa complessa è individuata una unità semplice per la gestione dei flussi finanziari ed in particolare per il monitoraggio, la contabilizzazione, la riscossione dei crediti e pagamento dei debiti. In particolare, la **UOS Gestione adempimenti flussi finanziari (Entrate e pagamenti)** cura le operazioni di circolarizzazione dei crediti e debiti ed il raccordo con le contabilità speciali (attività libero professionale, ricavi non istituzionali, etc.) relativamente alla contabilità generale e connessi flussi finanziari. Infine, garantisce il raccordo con l'istituto tesoriere, la centrale unica dei pagamenti regionale e gli altri conti correnti aziendali (ad es. i conti correnti postali).

Attività amministrative periferiche - Area di coordinamento

La notevole articolazione territoriale (13 Distretti e 12 Presidi Ospedalieri e 3 Dipartimenti Strutturali e 7 Dipartimenti Funzionali Transmurali), 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, di Prevenzione, della Salute Mentale e delle Dipendenze, del Dipartimento Farmaceutico e dei Dipartimenti Funzionali oltre alla gestione delle attività logistiche collegate agli Ospedali di Comunità, alle Residenze Sanitarie, agli Hospice e alle altre strutture aziendali, nella rinnovata formulazione è riportata nell'Atto Aziendale.

Relativamente alla Direzione Amministrativa del Dipartimento di Prevenzione è prevista una UOSD di diretta afferenza al citato Dipartimento.

Il personale dell'area PTA assegnato alle strutture di seguito indicate viene funzionalmente coordinato e gestito dal Direttore Amministrativo di riferimento.

Competenze e attività direzioni delle attività amministrative periferiche

Alla Direzione Amministrativa distrettuale e a quelle dei dipartimenti strutturali, ove la qualificazione dell'atto prevede la direzione di struttura complessa amministrativa, compete la gestione giuridica ed economica di tutte le risorse umane assegnate, la gestione organizzativa delle attività del personale del ruolo amministrativo e tecnico operante sia negli uffici amministrativi distrettuali che nelle singole Unità Operative sanitarie distrettuali.

In tal senso la Direzione Amministrativa nell'ambito dell'organizzazione aziendale, coadiuva il Direttore del Distretto relazionandosi sia con la Direzione Centrali che con gli altri macrocentri aziendali e le Funzioni Centrali, enti privati ed Istituzioni pubbliche. Sono di prioritaria trattazione le tematiche della gestione di

ATTO AZIENDALE

budget, risorse umane e finanziarie, rapporti con le strutture accreditate e gestione delle problematiche tecnico amministrative collegate all'utenza, destinatari finali delle attività espletate e dei servizi erogati.

Per completezza, appare utile evidenziare, sinteticamente, le attività amministrative di maggior rilievo svolte dai singoli Uffici afferenti alla Direzione Amministrativa distrettuale/dipartimenti strutturali non costituenti autonome strutture, ma in essa inalveati; in particolare:

- tutta l'attività di competenza della Direzione Amministrativa è curata da una funzione Affari Generali, quale supporto organizzativo agli altri Uffici distrettuali/dipartimentali, in merito alle procedure, ai riferimenti normativi, alle linee guida aziendali, ai protocolli operativi in essere. In esso opera anche l'Ufficio Protocollo distrettuale.
- un Ufficio Personale Distrettuale che Cura la gestione dello stato giuridico ed economico del personale dipendente assegnato al Macrocentro, con compiti di gestione dei dati, predisposizione dei provvedimenti amministrativi per i diversi istituti contrattuali (permessi ex L. 104/1992 s.m.i., congedi parentali, congedi straordinari, elabora le voci stipendiali relative alle competenze accessorie, aspettative non retribuite, richieste di mobilità interna, autorizzazioni ex art 53 D.Lgs. 165/2001 etc.).
- un Ufficio Provveditorato Economato / Logistica Distrettuale/Dipartimentale Provvede all'acquisizione di beni e servizi tramite la piattaforma MEPA, con pubblicazione di procedure di gara (RDO) nell'ambito delle urgenze sotto soglia. L'Ufficio, nella persona dei Funzionari delegati economi, cura, secondo le prescrizioni del vigente Regolamento economale, gli acquisti di esiguo importo su richiesta di ciascuna U.O., richiede preventivi per gli interventi necessari, redige il rendiconto economale corredato da scontrini e fatture elettroniche, prepara gli ordini in procedura informatica, liquida le fatture elettroniche relative a tali ordini. L'Ufficio Economato si occupa, inoltre, anche della gestione dell'autoparco, ivi compresa la gestione dei buoni carburante.
- ufficio Contabilità Svolge attività amministrativo-contabili: registrazione e liquidazione di varie tipologie di fatture (farmaci, presidi chirurgici, manutenzione, noleggi, servizi di pulizie, rimborsi di varia natura, prestazioni sanitarie rese da collaboratori e/o Enti privati accreditati), ordini e scarichi di magazzino. Il Referente dell'ufficio svolge anche la funzione di Agente Contabile
- Front Office Distrettuale/Dipartimentale. Le attività si sostanziano in varie azioni: pagamento Ticket, CUP e pratiche di rilascio Esenzioni Ticket per reddito.

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.

ATTO AZIENDALE

DIREZIONI DELLE ATTIVITA' AMMINISTRATIVE PERIFERICHE	
Strutture Complesse e descrizione compiti	
Direzione Amministrativa DEA Nocera Inferiore–Pagani–Scafati e PO Sarno	Così come previsto nel Piano Ospedaliero (DCA n. 33/2016 e successive DCA 103/2018) 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 e si aggiunge nel modello organizzativo che qui si propone anche la Direzione Amm.va del PO di Sarno.
Direzione Amministrativa Distretto n. 60-61-62	Tale direzione si occupa, con idonea organizzazione, delle attività amministrative dei distretti n. 60, 61,62. Per ciascun distretto, è assegnato un collaboratore amministrativo con incarico professionale, che riferisce al Direttore Amministrativo incaricato.
Direzione Amministrativa Distretti n. 63-66-67	A tale direzione fanno capo, con idonea organizzazione, le attività amministrative dei distretti n. 63 -66-67, per ciascuno dei quali è assegnato un collaboratore amministrativo con incarico professionale, che riferisce al Direttore Amministrativo incaricato.
Direzione Amministrativa Distretti n. 64-65-68	A tale direzione fanno capo, con idonea organizzazione, le attività amministrative dei distretti n. 64-65-68, per ciascuno dei quali è assegnato un collaboratore amministrativo con incarico professionale, che riferisce al Direttore Amministrativo incaricato.
Direzione Amministrativa DEA di 1° livello Ospedali di Eboli, Battipaglia e Roccaspide	Per gli Ospedali di Battipaglia ed Oliveto, a ciascuno di essi è assegnato un collaboratore amministrativo con incarico professionale, che riferisce al Direttore Amministrativo incaricato. Il supporto amministrativo del PO di Roccaspide viene garantito dal Direttore Amm.vo del DEA.
Direzione Amministrativa Ospedale di Vallo della Lucania, Agropoli DS 69 e 70	A tale direzione fanno capo, con idonea organizzazione, le attività amministrative del DEA Vallo Agropoli. Il supporto amministrativo viene garantito dal Direttore Amm.vo del PO di Vallo-Agropoli per i Distretti 69 e 70.
Direzione Amministrativa Ospedale di Sapri e DS 71	A tale direzione fa capo, con idonea organizzazione, l'attività amministrativa del Distretto n. 71 a cui è assegnato un collaboratore amministrativo con incarico
Direzione Amministrativa Ospedale Polla, Ospedale di Oliveto Citra e DS 72	La direzione cura l'attività amministrativa del P.O. di Polla e di Oliveto Citra. A tale direzione fa capo, con idonea organizzazione, l'attività amministrativa del Distretto n. 72 a cui è assegnato un collaboratore amministrativo con incarico
Direzione Amm.va Dipartimenti Strutturali: Dipartimento Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze, Dipartimenti funzionali	A tale direzione fanno capo, con idonea organizzazione, le attività amministrative dei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze. Unitamente la UOC supporta le attività di carattere amministrativo dei Dipartimenti funzionali – trasversali indicate nell'Atto Aziendale. Per tale modello organizzativo, è prevista ad approvazione dell'atto aziendale, idonea regolamentazione di funzionamento.
*Unità Semplice Dipartimentale Coordinamento Attività Amministrative Dipartimento di Prevenzione	Per il Dipartimento di Prevenzione è prevista apposita UOSD per il coordinamento delle attività amministrative

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.

ATTO AZIENDALE

Alla Direzione Sanitaria Aziendale fanno, quindi, riferimento:

- Il Dipartimento del Governo Clinico;
- Il Dipartimento di Prevenzione;
- Il Dipartimento di Salute Mentale;
- Il Dipartimento delle Dipendenze;
- Il Dipartimento Farmaceutico;
- I Dipartimenti Ospedalieri.

L'organizzazione e la strutturazione dei servizi di emergenza-urgenza, riportati in un Dipartimento specifico, dovrà tener conto, successivamente, della possibilità di un processo interaziendale, in ragione anche della nuova organizzazione aziendale, 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. L'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.

L' Organizzazione Dipartimentale

I modelli organizzativi

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 complementarità 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

ATTO AZIENDALE

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:

- Dipartimento Transmurale: che stabiliscono l'interazione tra i presidi ospedalieri e/o quelli territoriali;
- 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;
- Assicurare l'integrazione funzionale tra le unità operative interne e tra queste e quelle distrettuali e/o ospedaliere;
- Collaborare alla definizione del budget;
- 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;

ATTO AZIENDALE

- Uniformare i modelli organizzativi e operativi nelle aree e discipline di specifica competenza;
- 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.OO., 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 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. 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 monospécialistici; 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 guida; 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

ATTO AZIENDALE

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 (U.O.S.D.) 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 stabilite dall'Azienda con apposito Regolamento.

Dipartimenti strutturali

- Dipartimento di Prevenzione;
- Dipartimento di Salute Mentale;
- Dipartimento delle Dipendenze.

Dipartimenti funzionali

- Dipartimento del Governo Clinico;
- Dipartimento Farmaceutico.

Dipartimenti funzionali transmurali

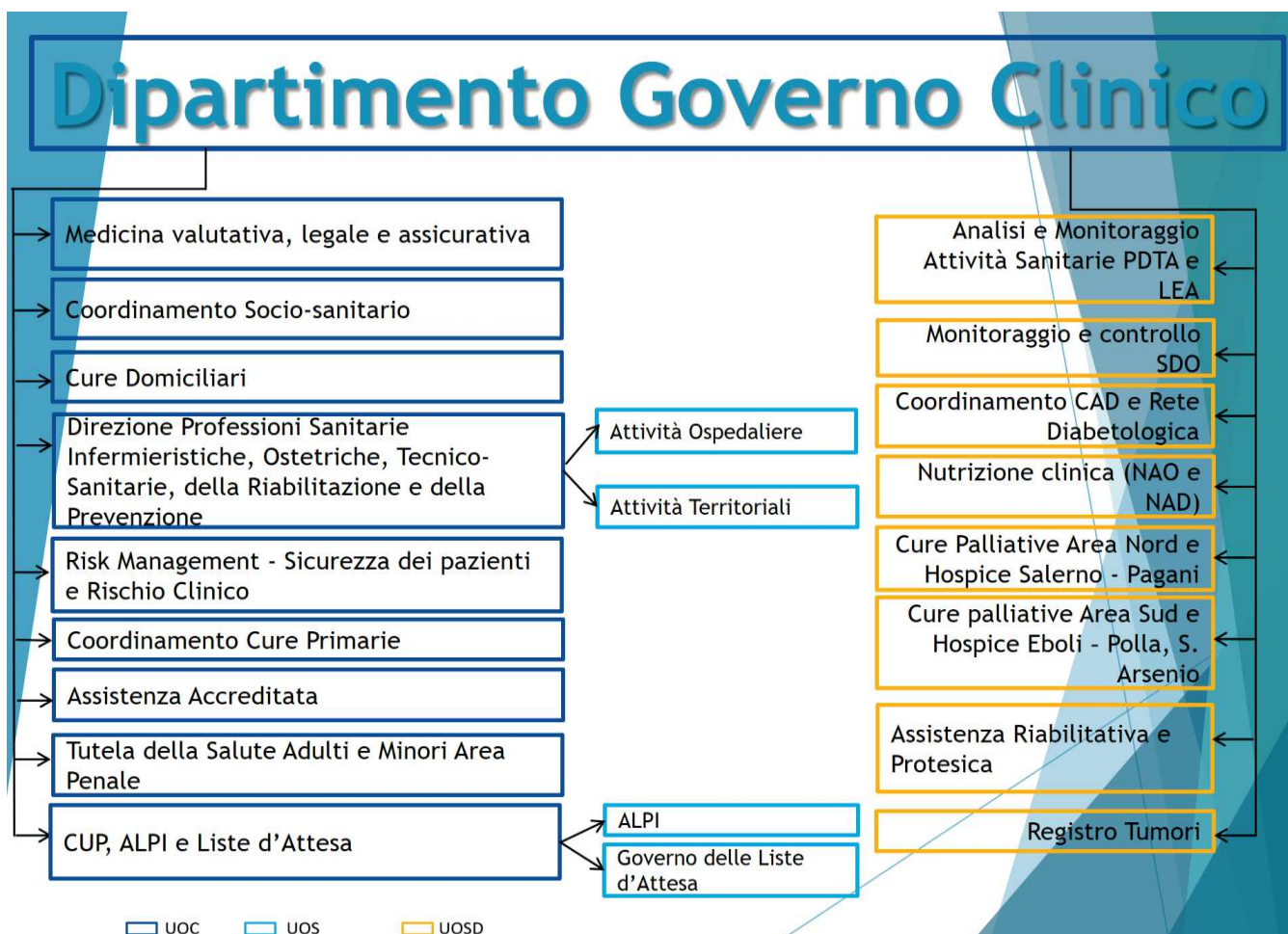
- Dipartimento di Medicina Generale, Medicina Specialistica ed Oncologia;
- Dipartimento Reti Tempo Dipendenti;
- Dipartimento di Chirurgia Generale e Urologia;
- Dipartimento delle Discipline Ortopediche e Cervico Facciali;
- Dipartimento della salute della donna e del bambino;
- Dipartimento di Medicina di Laboratorio;
- Dipartimento di Diagnostica per Immagini;
- Dipartimento Area Critica ed Emergenza-Urgenza.

Il Dipartimento del Governo Clinico

Dipartimento Governo Clinico	
UOC	Assistenza Accreditata
UOC	Coordinamento Socio-sanitario
UOC	Cure Domiciliari
UOC	Coordinamento Cure Primarie
UOC	Medicina valutativa, legale e assicurativa

ATTO AZIENDALE

UOC	Direzione delle Professioni Sanitarie Infermieristiche, Ostetriche, Tecnico-Sanitarie, della Riabilitazione e della Prevenzione
UOC	Risk Management: Sicurezza dei pazienti e gestione Rischio Clinico
UOC	Tutela Salute Adulti e Minori Area Penale
UOC	Cup, ALPI e Liste di Attesa
UOS	Attività ospedaliere
UOS	Attività territoriali
UOS	ALPI
UOS	Governo delle Liste d'Attesa
UOSD	Analisi e Monitoraggio Attività Sanitarie PDTA e LEA
UOSD	Coordinamento CAD e Rete Diabetologica
UOSD	Cure palliative area sud e Hospice Eboli-Polla - S. Arsenio
UOSD	Cure Palliative area Nord e Hospice Salerno-Pagani
UOSD	Monitoraggio e controllo SDO
UOSD	Nutrizione clinica (NAO e NAD)
UOSD	Assistenza Riabilitativa e Protesica
UOSD	Registro Tumori



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, l'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 professionali 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. È preposto al governo di tale funzione, il Responsabile del Coordinamento socio-

ATTO AZIENDALE

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 D.lgs. 229/99, dal DPCM 14.02.01 e dal DPCM 12.01.2017 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 articolazioni 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.

È 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.

È la Unità Operativa Complessa che ha il compito di sostenere, sviluppare, coordinare al fine dell'uniformità del comportamento nei 13 distretti sociosanitari, ed inoltre monitorare l'ottimale realizzazione delle attività sanitarie a rilevanza sociale e delle attività sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria all'interno dell'Azienda e l'integrazione tra queste e l'attività sociali a rilevanza sanitaria degli Enti Locali, al fine di garantire equità ed uniformità nell'accesso delle cure sociosanitarie.

Particolare attenzione verrà data alle modalità di accesso alle prestazioni e alla integrazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie. 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-

ATTO AZIENDALE

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.

L'Area dell'assistenza sociosanitaria ricomprende i servizi per la disabilità, per le non autosufficienze, per malati terminali e cure palliative, domiciliari integrate, per i disturbi del neuro sviluppo e neuropsichiatrici dell'età evolutiva e Servizi di Psicologia Clinica (questi ultimi in collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale).

Essi sono sotto la responsabilità organizzativa e gestionale del Servizio per l'Assistenza e il Coordinamento Sociosanitario presente in ogni Distretto. I Servizi distrettuali fanno riferimento all'Area di coordinamento sociosanitario centrale.

• Assistenza sociosanitaria alla disabilità

La normativa e gli atti di indirizzo adottati dalla Regione Campania relativamente ai nuovi livelli essenziali di assistenza definiti con il DPCM 12.01.2017, hanno contribuito alla diffusione dei principi della legge 104/92, promuovendo la realizzazione di percorsi assistenziali integrati e condivisi, secondo un approccio multidimensionale e multidisciplinare, al fine di rispondere in maniera coordinata alla pluralità di bisogno specifici riferita alla globalità e complessità della persona.

L'art. 14 della L. 328/2000 prevede la definizione di un **progetto individuale** che "comprende, oltre alla valutazione diagnostico-funzionale, le prestazioni di cura e riabilitazione a carico del servizio sanitario nazionale, i servizi alla persona a carico del comune, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di emarginazione sociale e di povertà".

Per le **disabilità complesse** l'art. 27 del DPCM 12/1/2017 prevede, nell'ambito dell'assistenza distrettuale e territoriale ad accesso diretto, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico e riabilitativo individualizzato differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate.

L'art. 34 del citato DPCM definisce, invece, i trattamenti di riabilitazione intensiva, estensiva e socio riabilitativi di recupero e mantenimento che il SSN garantisce, nell'ambito dell'assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.

I servizi per la disabilità devono essere inseriti nell'ambito delle articolazioni distrettuali responsabili dell'Assistenza Sociosanitaria; l'accesso ad essi e a tutte le diverse prestazioni erogabili è diretto (senza necessità di prescrizione da parte del MMH, ma su sua assegnazione e invio) attraverso la Porta Unica di Accesso del distretto; i servizi per la disabilità adottano metodi e strumenti tipici della valutazione multidimensionale e multidisciplinare, redazione unitaria del PAI-PRI e suo monitoraggio e evoluzione in funzione dell'evoluzione dei bisogno, produzione diretta di prestazioni ogni volta che sia possibile,

ATTO AZIENDALE

committenza relativamente alle prestazioni erogabili da altri soggetti, inclusi quelli del privato accreditato.

In ogni distretto sanitario deve essere organizzato, nell'ambito del Servizio Assistenza Sociosanitaria, un servizio per la Disabilità per adulti e per minori (questi ultimi esclusivamente con disabilità neuromotorie di competenza della medicina fisica e riabilitativa mentre quelli con disturbi del neuro sviluppo e neuropsichiatrici sono presi in carico dai Nuclei per i disturbi del neuro sviluppo).

Il servizio distrettuale per la disabilità svolge stabilmente le proprie funzioni attraverso l'equipe multi professionale integrata, che interviene nella valutazione del bisogno multidimensionale e multidisciplinare e del bisogno riabilitativo, nella predisposizione, nell'attuazione e monitoraggio del PAI-PRI.

Il progetto individuale individua il Responsabile del caso e l'equipe di professionisti coinvolti nel caso, che ha anche la funzione di monitorare l'intero percorso assistenziale e garantire il collegamento con gli altri servizi coinvolti.

La valutazione multidimensionale è effettuata congiuntamente al Comune di residenza della persona quando è previsto l'accesso ad uno dei seguenti servizi:

- Assistenza domiciliare integrata;
- Accoglienza temporanea o definitiva in struttura residenziale sociosanitaria;
- Accesso ai servizi sociosanitari diurni.

L'accesso ai trattamenti residenziali e semiresidenziali in strutture RSA avviene attraverso le procedure di accesso ordinario (richiesta del diretto interessato, del familiare, del MMG, dei servizi sanitari o sociali) o per dimissione protetta/programmata dettagliate nel DCA 97/2018 e successive modifiche ed integrazioni, che aggiorna la normativa regionale relativa all'erogazione di trattamenti residenziali terapeutici, riabilitativi e socio-riabilitativi, per il recupero e mantenimento delle abilità residue.

• Assistenza sociosanitaria agli adulti e anziani non autosufficienti

L'area della non autosufficienza può essere definita anche area della cura a lungo termine o area della continuità assistenziale, è un'area organizzativa che mette in rete i servizi residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari per favorire la risposta tempestiva e continuativa dei bisogni delle persone non autosufficienti che necessitano di intervento assistenziali permanente e continuativo, sia nella sfera di vita individuale che di relazione.

L'accesso ai servizi per la non autosufficienza è diretto (senza necessità di prescrizione da parte del MMG, ma su una segnalazione e invio) attraverso la Porta Unica di Accesso del distretto ed avviene previa valutazione delle condizioni cliniche funzionali e del bisogno effettuato con gli strumenti di valutazione multidisciplinare e multidimensionale.

Per le persone non autosufficienti non esiste un modello univoco di servizi ma un'offerta di servizi e prestazioni che deve essere definita in relazione allo stato, al momento, alla condizione e che deve essere adeguato dei diversi momenti della patologia o dell'evoluzione delle sue condizioni.

Per la non autosufficienza, il DPCM del 12.01.2017 declina il sistema di offerta residenziale e semiresidenziale con l'articolo 30, non distinguendo l'offerta per l'età adulta da quella per gli anziani, né ponendo distinguo relativi alle patologie o cause che determinano la non autosufficienza.

Con i D.C.A. nn. 79/2017 e 97/2018 è stata ampliata la tipologia di utenza eleggibile per l'accesso, e

ATTO AZIENDALE

aggiornati e qualificati i requisiti per R1 e R3, non limitandola più ai soli stati vegetativi e ai soli anziani, bensì a tutti gli adulti non autosufficienti, con diversi livelli di bisogno assistenziale.

Per quanto attiene alla rete dei servizi per i cittadini affetti da demenza e disturbi cognitivi, nell'ambito dei Servizi aziendali per le non autosufficienze, devono trovare spazio i Centri disturbi cognitivi e demenze che a livello distrettuale o sovra distrettuale governano la rete dei servizi per le demenze e disturbi cognitivi e come definito dal DCA 52/2015 sono i referenti e responsabili della presa in carico dei soggetti affetti da tale patologia.

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 delle 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		
RSA/CDI Anziani-Demenze	pubblico	Salerno
RSA di Massa	pubblico	Vallo della Lucania
RSA di Sant'Arsenio – RSA Anziani pubblico	pubblico	S. Arsenio

Codice Struttura	Distretto	Setting	Denominazione Breve
RSA398	65	R	Anni sereni
RSA500		R	Casa albergo Montepruno
RSA302	68	R	Colomba
RSA213	70	R	Fkt Cilento
RSA307	60	R	Isama

ATTO AZIENDALE

150403	62	RS	La filanda lars
RSA308	71	R	Maria dei Cordici
CDH402	72	RS	Progenia s.c.
RSA432	62	R	Santa Rita
RSA397	72	R	Sogni d'Angelo kosmos
150409	66	R	U.i.l.d.m.
RSA309	68	R	Valle d'argento 2
RSA207	63	R	Villa Alba
RSA001	60	R	Villa Caruso
RSA002	63	R	Villa delle Rose
RSA475	63	R	Villa Formosa (cdt)
RSAFS1	67	R	Villa Formosa
RSA206	60	R	Villa Silvia

UOC Cure domiciliari

L'attività trova, per le attività di coordinamento, articolazione di Unità Operativa Complessa nell'ambito del Dipartimento del Governo Clinico, oltre che articolazioni distrettuali.

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;

ATTO AZIENDALE

- 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 (ipercolesteromia, 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.

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 Domiciliari e Palliative 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

ATTO AZIENDALE

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.

Le funzioni dell'U.O.C. sono finalizzate a garantire le cure domiciliari sul territorio e sono realizzate attraverso:

- Trasmissione di report al Ministero della Salute ed alla Regione per le cure domiciliari aziendali;
- Interazione con le strutture regionali competenti alla redazione dei percorsi e delle linee guida inerenti alle cure domiciliari e la riprogrammazione regionale delle cure domiciliari in corso nelle attività territoriali tese a garantire la loro corretta applicazione;
- Trasmissione periodica di report informatizzati ai Servizi Aziendali competenti;
- Elaborazione di percorsi di presa in carico e la successiva applicazione delle procedure e linee guida aziendali nelle cure domiciliari;
- Erogazione delle cure domiciliari integrate sul territorio aziendale;
- Individuazione delle tipologie di cure da erogare in funzione delle risorse economiche, di personale e definizione delle priorità assistenziali;

ATTO AZIENDALE

- Elaborazione di protocolli condivisi per una reale integrazione ospedale-territorio, con l'obiettivo specifico di una migliore presa in carico del paziente in dimissione protetta;
- Adeguare le procedure, i percorsi assistenziali e linee guida delle cure domiciliari in ottemperanza agli aggiornamenti ed indicazioni regionali sulle cure domiciliari;
- Implementare la modalità di verifica delle procedure e della valutazione degli indicatori di attività e di risultato, individuati nelle normative regionali, delle cure domiciliari;
- Coordinamento delle attività assistenziali, dalla presa in carico alla erogazione delle cure, per i pazienti con particolari patologie (S.L.A., C.V., stati di min. coscienza, ecc.);
- Collaborazione, con le strutture aziendali preposte, ai programmi aziendali di verifica della qualità sia erogata dall'azienda che percepita dai cittadini in cure domiciliari;
- Collaborazione all'implementazione tecnologica e telematica nella rete delle cure domiciliari.

A garanzia della continuità assistenziale, l'Azienda favorirà la possibilità che le cure domiciliari siano erogate da parte della stessa équipe che opera in Hospice. In ottemperanza a quanto previsto dal DCA n. 18/2019 afferiscono all'UOC Cure domiciliari, Assistenza Anziani, Non Autosufficienti, Cure Palliative anche i servizi di:

Assistenza sociosanitaria per le Cure Domiciliari

Le cure domiciliari sono garantite a tutte le persone, adulti e minori non autosufficienti o in condizioni di fragilità, con patologie in atto o con esiti di patologie. Sono erogate sempre a seguito di valutazione clinico funzionale e a seguito di un piano formalizzato di assistenza che preveda tutte le prestazioni.

U.O.C. Direzione delle Professioni Sanitarie (infermieristiche, ostetriche, tecnico-sanitarie, della riabilitazione e della prevenzione) – Di.P.S.a.

Struttura organizzativa autonoma dal punto di visita funzionale e gestionale preposta alla programmazione, erogazione e valutazione delle attività delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, tecnico-sanitarie, della riabilitazione e della prevenzione. La struttura soddisfa i bisogni sanitari attraverso una serie di azioni coordinate, integrate e coerenti con il piano di sviluppo e gli obiettivi aziendali.

La direzione delle professioni sanitarie garantisce adeguati livelli assistenziali attraverso un sistema di governo clinico-assistenziale inteso come il complesso di strategie, strutture, metodi e strumenti per il miglioramento continuo della qualità del servizio reso e della salvaguardia di alti standard assistenziali e tecnici. Inoltre, crea un ambiente in cui possa svilupparsi l'eccellenza clinica instaurando un complesso di azioni integrate da parte di tutte le componenti, al fine di porre i professionisti in grado di garantire i migliori esiti qualitativi possibili alle loro attività.

Afferiscono alla Direzione i professionisti sanitari di cui alla L251/2000:

- Le professioni infermieristiche: infermieri, infermieri pediatrici;
- Le professioni ostetriche: ostetriche;
- Le professioni tecnico sanitarie;

ATTO AZIENDALE

- Le professioni sanitarie della riabilitazione;
- Le professioni sanitarie della prevenzione.

L'UOC conformemente agli indirizzi della Direzione Strategica, è titolare del governo e della direzione delle risorse assegnate assicurando la qualità, l'efficacia e l'efficienza tecnico-operativa delle attività assistenziali e garantendo lo sviluppo e aggiornamento professionale e di ricerca. Ha, inoltre autonomia tecnico-professionale nonché gestionale nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuite, nonché autonomia in ordine all'organizzazione e gestione delle risorse assegnate. Svolge altresì attività di indirizzo nei confronti delle altre articolazioni aziendali (Distretti, Presidi, Dipartimenti, UU.OO. e Servizi) al fine di garantire omogeneità nella gestione nei limiti delle competenze specifiche.

L'UOC è, quindi, fondamentale orientata allo sviluppo organizzativo e professionale e persegue la sinergia con le altre direzioni aziendali, allo scopo di rimuovere vincoli e sviluppare opportunità tanto per l'Azienda, quanto per il personale.

In particolare:

- Partecipa alla definizione della dotazione organica del personale dell'area delle professioni sanitarie ed assegna risorse alle varie articolazioni aziendali sulla base delle priorità, del modello organizzativo e del rispetto degli istituti contrattuali vigenti;
- Assicura la progettazione di sistemi di personalizzazione dell'assistenza infermieristica, ostetrica, tecnica-sanitaria, riabilitativa nel rispetto delle diversità;
- Concorre alla definizione di un sistema di indicatori qualitativi per la valorizzazione della competenza e di un sistema di autovalutazione dei professionisti;
- Concorre alla definizione degli standard di risultato e di processo e concorre all'analisi dei costi in rapporto all'efficacia ed efficienza;
- Concorre alla verifica e alla valutazione delle prestazioni in relazione alle competenze degli specifici profili professionali e alla progettazione e adozione di sistemi informativi per la storicizzazione e la valutazione delle prestazioni;
- Promuove, in rapporto sinergico con le funzioni di staff, la formazione e l'aggiornamento del personale, la ricerca, la sperimentazione, lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi e favorisce l'integrazione delle attività di assistenza, didattica e ricerca, nell'ambito dei corsi di laurea;
- Partecipa all'identificazione di criteri per la mappatura delle professionalità esistenti e definisce il fabbisogno di nuove competenze e del relativo percorso di formazione in funzione dei bisogni assistenziali e dello sviluppo organizzativo, tecnologico ed innovativo;
- Partecipa alle definizioni dei criteri per l'attribuzione degli incarichi organizzativi e gestionali ed assicura consulenza professionale ai responsabili dei settori trasversali, ai responsabili dipartimentali e ai coordinatori delle unità operative, rispetto alle funzioni organizzative e gestionali;
- Definisce piani e programmi di sviluppo professionale ed organizzativo per le professioni sanitarie e valuta il raggiungimento degli obiettivi di riferimento a livello aziendale.

L'UOC Direzione delle professioni sanitarie è assegnata alla Responsabilità di un Dirigente delle professioni sanitarie. Al fine di garantire la continuità delle attività è supportata dalle seguenti unità operative semplici:

ATTO AZIENDALE

- UOS Professioni Sanitarie Attività Territoriali;
- UOS Professioni Sanitarie Attività Ospedaliere.

U.O.C. Risk Management: Sicurezza dei pazienti e gestione rischio clinico

L'Unità Operativa Complessa di Risk Management: Sicurezza dei pazienti e gestione rischio clinico nella quale operano professionisti con un percorso formativo specifico sulla sicurezza del paziente, è istituita nel rispetto delle normative vigenti. Tale modello organizzativo costituisce lo strumento attraverso il quale il Direttore Generale attua le politiche aziendali per la sicurezza del paziente.

La gestione del rischio clinico è fondamentale per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente basata sull'apprendere dall'errore, dotandosi di un sistema organizzato di gestione del rischio, basato sulla probabilità che per ogni incidente che si verifica ce ne siano molti altri che non sono accaduti (near miss), solo perché il caso o un intervento ne ha impedito il verificarsi.

L'UOC deve sviluppare le funzioni di gestione del rischio attraverso:

1. la definizione di una metodologia aziendale per la gestione del rischio in sanità;
2. l'implementazione delle attività di identificazione, misurazione, monitoraggio, riduzione e contenimento dei rischi, attraverso la realizzazione della fotografia del rischio, l'individuazione delle aree di miglioramento, l'attuazione e il controllo delle azioni di miglioramento;
3. la diffusione della cultura del rischio in ogni articolazione organizzativa aziendale;
4. la partecipazione e l'accesso aperto ai dati dell'ufficio per la gestione dei sinistri e del contenzioso;
5. formazione "sul campo" degli operatori;
6. l'implementazione dell'incident Reporting per le relative azioni di miglioramento.

Inoltre, il Risk management nelle realtà sanitarie costituisce un elemento irrinunciabile all'interno dei processi di change management in sanità, con valenza strategica anche ai fini della gestione dei sinistri. Per una piena attuazione all'art. 1, comma 6, del D.lgs. n. 229/99 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 con il compito di coordinare e monitorare la correttezza dei processi clinico assistenziali.

Il risk manager:

- Elabora il Piano Annuale Risk Management (PARM) dell'azienda per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio sanitario, comprensivo delle attività relative alla formazione, e monitoraggio, anche ai fini della reportistica e dello stato di attuazione;
- Effettua la mappatura del rischio aziendale,
- Promuove e coordina le attività del Comitato Aziendale infezioni correlate all'assistenza (CIO) e promuove le attività di antimicrobial stewardship, in collaborazione con il Dipartimento farmaceutico e i CIO presidiali,
- Partecipa ai tre Sistemi di Sorveglianza attivati dalla Regione Campania per le ICA e per l'antibiotico resistenza i cui dati confluiscono nella piattaforma Regionale Icaro Web,

ATTO AZIENDALE

- Promuove la diffusione e l'implementazione degli strumenti per la gestione del rischio (ad es. Segnalazione dell'incident reporting, SEA, RCA, FMEA/FMECA, check list, visite per la sicurezza, osservazioni dirette, ecc.);
- Partecipa al monitoraggio AGENAS per l'implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali sulla sicurezza dei pazienti,
- Assume la responsabilità diretta di tutte le iniziative aziendali relative al rischio clinico e risponde del rispetto dei debiti informativi nei confronti del Ministero della Salute.
- Partecipa al Comitato per il Buon Uso del Sangue (cobus);
- Partecipa al Comitato aziendale di Valutazione dei Sinistri (CVS), al fine di contribuire all'analisi dei sinistri nella prospettiva dell'identificazione degli ambiti di miglioramento per la sicurezza delle cure;
- Promuove a livello aziendale l'implementazione ed il monitoraggio delle raccomandazioni e delle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti;
- Promuove l'attivazione dei percorsi di audit o altre metodologie finalizzati allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione del quasi errore e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi;
- Promuove l'attuazione di percorsi di formazione specifici volti alla diffusione della cultura del rischio e degli strumenti di gestione del rischio in sinergia con la U.O.C. Formazione
- Partecipa alle attività promosse dal Centro Regionale Rischio Clinico per la sicurezza delle cure e si interfaccia con il livello regionale;
- Partecipa al Comitato Interaziendale per la sicurezza nel percorso nascita;
- Costituisce il Team Aziendale Rischio clinico.

U.O.C Coordinamento Cure Primarie

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.

ATTO AZIENDALE

Tutti i MMG e PLS devono essere collegati in rete con l'Asl Salerno, mediante interfacce dei propri software con le piattaforme aziendali e regionali di rilevazioni flussi. Tutti i MMG e PLS hanno attivata la ricetta elettronica e partecipano al popolamento della banca dati dei flussi informativi aziendali su piattaforma unica regionale. La Medicina Generale e la Pediatria di Libera Scelta lavorano su obiettivi regionali ed aziendali prevalentemente di tipo quantitativo. Svolgono attività di prevenzione in materia vaccinale (per gli screening oncologici i MMG, senza però far registrare finora, su questo tema di salute pubblica, un chiaro momento di svolta).

Attivano le funzioni assistenziali domiciliari, sia erogabili direttamente (ADP) sia mediante le Cure Domiciliari. Partecipano alle attività distrettuali normalmente tramite la propria rappresentanza in UCAD, partecipano alle attività formative promosse dall'Azienda correlate agli obiettivi di salute e/o alle innovazioni organizzative e prescrittive.

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.

Principale attività:

- Aggregazione funzionalmente di tutte le UU.OO. Di cure primarie dei Distretti Sanitari Aziendali e programmazione e coordinamento delle attività;
- Predisposizione di protocolli condivisi delle attività di competenza con i Direttori dei Distretti Sanitari;
- Attività di supporto funzionale e operativo di tutte le attività centrali e distrettuali nell'ambito degli indirizzi strategici della Direzione Aziendale in materia di integrazione Cure Primarie;
- Collaborazione con le UU.OO.CC. Del Dipartimento del Governo Clinico per il raggiungimento degli obiettivi fissati dalla Direzione Strategica;
- Collaborazione con le altre articolazioni aziendali, per la rilevazione dei bisogni sanitari;
- Coordinamento Aziendale delle Attività dei Medici di Assistenza Primaria (Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta);
- Coordinamento Aziendale delle Attività degli Specialisti Ambulatoriali;
- Analisi del fabbisogno dell'attività Specialistica Ambulatoriale;
- Predisporre, in sinergia con gli altri attori del processo, Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali PDTA, come strumento valido ed efficiente per la gestione dei pazienti cronici a bassa e media complessità, che pone al centro i suoi bisogni di salute, valorizzando le capacità di autogestione della

ATTO AZIENDALE

patologia (self care), attraverso l'empowerment del paziente;

- Valutazione di modelli organizzativi alternativi per la gestione a breve e medio termine di pazienti con patologia cronica/degenerativa instabile e riacutizzata, che necessitano di controlli ravvicinati non effettuabili ambulatorialmente e in fase di convalescenza post – acuta o post – chirurgica;
- Analisi, con il supporto dell'UOC Formazione ed Aggiornamento Professionale, del fabbisogno formativo dei medici di assistenza primaria (MMG – PLS);
- Analisi e controllo, con il supporto dell'UOC Sistemi Informatici, della corretta gestione dei flussi informativi relativamente all' area cure primarie (Medici di Assistenza Primaria, Specialistica Ambulatoriale, Gestione Integrata Pazienti Diabetici).

Funzioni del Direttore dell'UOC Coordinamento Cure Primarie:

- Cura l'organizzazione delle attività delle Cure Primarie Distrettuali, pianificando una omogeneità di erogazione sul territorio dell'azienda;
- Coordina l'attività in maniera uniforme e omogenea nelle articolazioni distrettuali di competenza per una appropriata risposta ai bisogni assistenziali ai cittadini, nonché per facilitare l'accesso degli stessi ai servizi sul territorio dell'azienda;
- Propone in base alla normativa nazionale, regionale e alle indicazioni del Piano Strategico Aziendale, nonché collabora alla definizione dei Piani Attuativi Territoriali relativamente all' ambito di competenza;
- Predisporre (progetti, protocolli tecnici operativi ed altro) elaborati in sinergia con i Distretti Sanitari da presentare alla Direzione Aziendale per la loro approvazione;
- Coordina funzionalmente le attività distrettuali delle cure primarie al fine di omogenizzare e garantire equamente le stesse;
- Coordina le attività di verifica e valutazione della Medicina di Assistenza Primaria (Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta) in collaborazione con i Direttori dei Distretti;
- Supporta la Direzione Strategica nel definire le strategie funzionali e nuovi modelli organizzativi della medicina generale, pediatria di libera scelta e specialistica ambulatoriale curando i rapporti con le segreterie Aziendali, le segreterie provinciali e regionali delle OO.SS. Firmatarie degli ACN, e predisponendo gli atti consequenziali;
- Coordina e verifica le Attività degli Specialisti Ambulatoriali;
- Coordina, in collaborazione con le OO.SS. (MMG e PLS) e con il' UOC Formazione del Personale Aziendale, la stesura dei programmi dei bisogni formativi obbligatori e in ECM del personale che afferisce all' all' area della medicina convenzionata ai sensi dell'art. 8 del D.lgs. 229/99;
- Individua priorità rispetto agli obiettivi da raggiungere assegnati dal Direttore del Dipartimento;
- Partecipa al coordinamento delle attività in ambito distrettuale e ospedaliero;
- Garantisce omogenei livelli assistenziali quali – quantitativi su tutto il territorio aziendale;

ATTO AZIENDALE

- Controlla e verifica la qualità e l'umanizzazione del servizio erogato;
- Sviluppa progettazione, innovazione, implementazione delle attività;
- In raccordo con il Servizio Relazione con il Pubblico della ASL svolge attività di informazione sui servizi esistenti sul territorio della ASL, sulle modalità e sui criteri di accesso nei vari livelli delle cure primarie;
- Attività didattica e, in raccordo con la UOC Formazione e Aggiornamento, promozione e programmazione delle attività di formazione e aggiornamento del personale.

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.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 complementarità con quelle pubbliche, contribuendo a definire una rete assistenziale, altrimenti non possibile. È 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;

ATTO AZIENDALE

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.

UOC Tutela Salute Adulti e Minori Area Penale

In applicazione del D. Lgvo 230/1999, del DPCM 1 aprile 2008 e dei successivi Accordi in Conferenza Unificata¹ e normative nazionali² e regionali³, regolanti la complessiva materia dell'assistenza sanitaria alle persone adulte e minori private della libertà ed alla implementazione delle reti sanitarie regionali dedicate, questa ASL, nel proseguire quanto iniziato con il precedente atto aziendale ed implementato⁴ in questi anni, istituisce l'UOC Tutela Salute Adulti e Minori Area Penale, caratterizzata da una direzione multispecialistica, incardinandola alle dirette dipendenze della Direzione strategica aziendale. Garantisce i LEA alle persone private della libertà del territorio di competenza della ASL Salerno; per tale tipologia di popolazione di competenza, per tutte le loro problematiche sanitarie e socio-assistenziali, per questa ASL è la primaria referenza operativa nei confronti dell'Autorità Giudiziaria, dell'Amministrazione Penitenziaria, la Regione Campania e gli Enti Locali.

L'UOC Tutela Salute Adulti e Minori Area Penale, al fine di realizzare gli obiettivi di salute della popolazione di riferimento, è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, realizza, con

¹ **a)** Rep. n. 3/cu del 22 gennaio 2015 - Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti: implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali"; **b)** Rep. Atti n. 17/CU del 26 febbraio 2015 e rep. Atti n. 188/CU del 30 novembre 2022 'Sanità penitenziaria - Collaborazione interistituzionale inerente alla gestione dei pazienti con misura di sicurezza ai sensi dell'articolo 3-ter, decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211 convertito in legge 17 febbraio 2012 n.9 come modificato dal decreto legge 31 marzo 2014 n. 52, convertito in legge 30 maggio 2014 n. 81; **c)** Rep. Atti n. 61/CU del 28 aprile 2022 e rep atti n. 184/CU del 14 settembre 2022 del tavolo permanente sulla sanità penitenziaria concernente l'istituzione di strutture comunitarie sperimentali di tipo socio-sanitario ad elevata integrazione sanitaria rivolte a minori e giovani adulti con disagio psichico e/o abuso di sostanze; **d)** Rep. Atti n. 62/CU del 28 aprile 2022 – Linee di indirizzo per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi per il reinserimento socio-lavorativo delle persone sottoposte a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria limitativi o privativi della libertà personale

² **a)** Legge 30 maggio 2014 n. 81; **b)** D. Lgs. 123 del 2 ottobre 2018, art 1

³ **a)** DCA 104 del 30/09/2014 all. B Linee guida per il funzionamento delle articolazioni per la tutela della salute mentale negli istituti penitenziari della Campania; **b)** DGRC 716/2016 – Rete regionale sanità penitenziaria La Rete dei servizi e delle strutture dell'area sanitaria penitenziaria della Regione Campania; **c)** DGRC n. 567 del 18/09/2018 Presa in carico e collocamento presso comunità terapeutiche dei minori con problematiche psicopatologiche e/o di tossicodipendenza, su disposizione dell'autorità giudiziaria.

⁴ Protocolli operativi con: **a)** Centro Giustizia Minorile (CGM); **b)** Tribunale di Sorveglianza di Salerno; **c)** UDEPE di Salerno; **d)** Tribunali e Procure di Salerno, Nocera Inferiore e Vallo della Lucania; **e)** Distretti e Dipartimenti Aziendali

ATTO AZIENDALE

le risorse (strutturali, professionali⁵, tecnologiche, strumentali ed economiche) assegnate con metodologia budgettaria e provenienti anche da fondi progettuali nazionali e regionali, finalizzati alla implementazione dell'assistenza e del reinserimento socio-lavorativo.

Garantisce alle persone private della libertà, i seguenti interventi:

- Valutazione dello stato di salute e dei bisogni, così come definiti dall'O.M.S.;
- 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;
- Quanto previsto dall'art. 1 comma 1 del D. Lgs. 123 del 4 ottobre 2018;
 - 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;
 - 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;
 - Screening per le patologie neoplastiche ed infettive nei confronti della popolazione detenuta;
 - Prestazioni specialistiche, anche mediante l'elaborazione dei piani terapeutici per tutte le specialità e specialisti operanti all'interno degli Ambulatori dei Poli Penali;
 - Collaborazione con le farmacie aziendali dei distretti per l'approvvigionamento dei farmaci e dei presidi sanitari;
 - Raccordo con il Dipartimento delle Dipendenze e Salute Mentale per lo svolgimento delle attività specialistiche di competenza al termine della misura di sicurezza;
 - 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, dalla DGRC 716/2018;
 - 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.

Inoltre, assicura:

- All'Autorità giudiziaria 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

⁵ a) Nota 0769141 del 17/12/2019 DG Tutela Salute Regione Campania: Standard minimi di personale per i servizi assistenziali della rete regionale di sanità penitenziaria ex DGRC n. 716/2016; b) DGR n. 436 del 12/10/2021 'Approvazione piano triennale di fabbisogno di personale ASL Salerno Triennio 2020-2022; c) Delibera Aziendale n. 1222/2022 'Piano dei fabbisogni di personale triennale 2021-2023'

ATTO AZIENDALE

restrittiva;

- All'Amministrazione penitenziaria visite preventive a trasferimenti (cd. Nulla Osta alla traduzione); il rilascio di certificazione in uso nel Servizio Sanitario Regionale e di certificazioni specifiche dell'ambito penitenziario.

Il Direttore dell'UOC Tutela Salute Adulti e Minori 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. Viene scelto nell'ambito della dirigenza medica dell'ASL con dimostrata conoscenza ed esperienza nell'ambito delle attività sanitarie nei confronti delle persone private della libertà. Rappresenta l'ASL Salerno nell'Osservatorio Regionale Permanente sulla Sanità Penitenziaria e nel gruppo regionale interistituzionale per la gestione e prevenzione delle misure di sicurezza in REMS e la tutela della salute mentale in carcere.

Il Direttore dell'UOC Tutela Salute Adulti e Minori Area Penale è responsabile a livello aziendale:

- delle funzioni sanitarie, di base e specialistiche erogate nei confronti delle persone private della libertà;
- del recepimento delle indicazioni regionali e nazionali sopravvenute;
- 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.

Il Direttore dell'UOC Tutela Salute Adulti e Minori Area Penale è delegato dal Direttore Generale Aziendale all'autorizzazione al trasferimento interaziendali in ambito regionale ed extraregionale e certificazioni ex art. 1, comma 3 dell'Accordo in CU n. 3 del 22 gennaio 2015.

Il Direttore dell'UOC Tutela Salute Adulti e Minori Area Penale è responsabile a livello aziendale:

- del recepimento delle indicazioni regionali e nazionali sopravvenute;
- del compito di predisporre il piano dell'offerta dei servizi sanitari dell'area penitenziaria, che andrà periodicamente aggiornato sul sito web aziendale;
- della redazione e approvazione della carta dei servizi di medicina penitenziaria;
- dell'elaborazione di pdta specifici per la popolazione target;
- della promozione di iniziative locali nell'area della sanità penitenziaria e della predisposizione degli interventi finalizzati ad assicurare un'adeguata integrazione delle azioni dei singoli servizi aziendali coinvolti nella predetta area, prevedendo eventuali risorse aggiuntive.

L'UOC Tutela Salute Adulti e Minori Area Penale svolge le proprie attività nelle seguenti strutture:

- Ambulatorio Polo Penale via Generale Clark 7 Salerno – codice IPC 427
- Ambulatorio Polo Penale c/o Casa Circondariale di Salerno via del Tonnazzo 1–codice IPC 428
- Ambulatorio Polo Penale c/o Casa Reclusione di Eboli via Castello 10 – codice IPR429
- Ambulatorio Polo Penale c/o Casa Circondariale di Vallo della Lucania via A.R. Passaro, 39 – codice IPC430

ATTO AZIENDALE

- Articolazione Salute Mentale c/o Casa Circondariale di Salerno (D.M. Giustizia del 11/11/2014 e DCA Regione Campania n. 104 del 30/9/2014)

A supporto alla gestione delle attività clinico-assistenziali dell'UOC Tutela Salute Adulti e Minori Area Penale vi sono strumenti informatici quali: cartella clinica⁶ su piattaforma informativa open-source OpenEMR; sistema informativo regionale per il monitoraggio del superamento degli OPG ("SMOP®") della Regione Campania⁷; piattaforme regionali Sinfonia per Tamponi, Vaccini e CUP.

L'UOC Tutela Salute Adulti e Minori Area Penale nelle strutture summenzionate e nel territorio dell'ASL Salerno, ha le seguenti linee di attività:

- Assistenza Sanitaria di base e specialistica;
- Assistenza Sanitaria multiprofessionale. Inoltre coordina i processi di integrazione socio sanitaria con i P.d.Z., i servizi aziendali e le agenzie preposte della Giustizia e del Welfare nell'ambito dei Piani Sociali Regionali

Assistenza Sanitaria di base e specialistica

Ricomprende le seguenti linee di attività:

- Presidio Assistenziale presso la CC di Salerno
- Presidio Assistenziale presso la CR di Eboli
- Presidio Assistenziale presso la CC di Vallo della Lucania
- Presidio Assistenziale presso CPA di Salerno
- Articolazione Tutela Salute Mentale in Carcere (ATSM)
- Specialistica Ambulatoriale interna e Servizio di Salute Mentale in Carcere (SSMC)
- Visite domiciliari su richiesta AG

In ogni Istituto Penitenziario ed alle persone con misura di sicurezza non detentiva presenti nel territorio della ASL Salerno sono garantite prestazioni sanitarie di base (medicina di base e continuità assistenziale) e le prestazioni specialistiche. Le prestazioni sanitarie non possibili all'interno degli Istituti sono effettuate presso i servizi territoriali e/o ospedalieri presenti nella provincia di Salerno.

Assicura all'AG le visite e le susseguenti relazioni per le persone private della libertà in misura restrittiva non detentiva.

In ciascun Istituto Penitenziario, per il coordinamento, la programmazione e gestione delle complessive azioni sanitarie in esso previste, vi è un Medico Referente di Istituto (MRI), individuato dal Direttore dell'UOC Tutela Salute Adulti e Minori Area Penale e ad esso strutturalmente e gerarchicamente subordinato.

L'ATSM ed il SSMC effettuano azioni proattive congiunte con l'Amministrazione Penitenziaria, Giudiziaria ed i servizi Socio Sanitari al fine della elaborazione, applicazione e co-conduzione di PTRI e PDTA

⁶ Delibera aziendale n. 619 del 14.05.2021

⁷ DGRC n. 18 del 19.01.2021

ATTO AZIENDALE

intramurari nei confronti delle persone autrici di reato e con problemi psichici.

Assistenza sanitaria Multiprofessionale

Ricomprende le seguenti linee di attività:

Misure di Sicurezza

In applicazione delle direttive regionali, ha in carico pazienti in fase di esecuzione di una misura cautelare in carcere o diversa dalla detenzione in carcere. Opera sull'intero territorio della ASL Salerno e nei tre Istituti Penitenziari; svolge compiti di Coordinamento, condivisione e proposizione all'Autorità Giudiziaria dei Progetti terapeutico-riabilitativi individuali (PTRI), per tutti i cittadini afferenti al territorio dell'ASL Salerno e sottoposti a misura di sicurezza restrittiva della libertà; si interfaccia con i Servizi Sanitari territoriali competenti per i diversi bisogni assistenziali, anche con i Piani di Zona e l'Ufficio Esecuzione Penale Esterno (UEPE), per il necessario reinserimento nei contesti sociali di appartenenza. Garantisce tutte le attività e le relazioni necessarie per la concreta ed efficiente attuazione dei progetti terapeutico-riabilitativi individuali di dimissione dalle REMS e per la realizzazione degli interventi finalizzati sia a prevenire l'applicazione delle misure di sicurezza detentive che a favorire le misure alternative richieste dalla legge n. 81/2014, per tutte le persone con provvedimenti restrittivi della libertà residenti nella provincia di Salerno Sulla base delle necessità epidemiologiche sopravvenienti, nel quadro del doveroso monitoraggio annuale dell'adeguatezza dei servizi, è prevista, in ossequio agli accordi in atto, la possibilità di soddisfare con tempestività le richieste del Tribunale e della Procura ed adeguare opportunamente la rete sanitaria di cui alla DGRC n. 716/2016 e Decreto Ministero della salute del 14 novembre 2017.

Equipe Multiprofessionale Minori

Effettua la presa in carico dei minori/giovani adulti sottoposti a provvedimento giudiziario ed interessati da sofferenza psichica e/o abuso di sostanze inseriti CPA, IPM ed in comunità terapeutiche su disposizione dell'Autorità Giudiziaria, anche nella prospettiva di un eventuale collocamento in comunità terapeutica ed in collaborazione con il Tribunale per i Minorenni di Salerno, il Centro Giustizia Minorile (CGM), il Centro di Prima Accoglienza (CPA), l'Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni (USSM). Assicura, inoltre, in ottemperanza alle DDGR Campania n. 621/2013 e 567/2018, azioni preventive, diagnostiche e terapeutiche volte alla tutela della salute dei minori/giovani adulti autori di reato, residenti nel territorio di appartenenza dell'ASL Salerno, siano essi collocati al domicilio, in CPA, IPM o ospiti presso Comunità del Terzo Settore. Cura l'applicazione degli Accordi in CU n. 61 del 28 aprile 2022 e n. 184 del 14 settembre 2022.

Un suo componente è presente nel Gruppo Regionale Interistituzionale per i minori area penale.

Equipe Multiprofessionale Dipendenze di area penale

Opera negli Istituti Penitenziari al fine di effettuare la presa in carico dei detenuti con problematiche di dipendenza patologica. Organizza con il privato sociale corsi di auto mutuo aiuto, all'interno degli Istituti. Gestisce, con le aree trattamentali dell'Amministrazione Penitenziaria, lo "**Sportello di Comunità**" per favorire l'incontro dei detenuti con l'offerta trattamentale delle Comunità Terapeutiche accreditate con il SSN. In collaborazione con il Dipartimento delle Dipendenze e con il Tribunale di Sorveglianza di Salerno cura l'applicazione dell'art. 94 del D.P.R. 309/90. Provvede al seguimiento delle persone private della libertà inserite nelle Comunità Terapeutiche e in misure alternative domiciliari, anche per le necessarie interlocuzioni con l'A.G.

UOC CUP, ALPI e Liste di attesa

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.

UOS Attività Libero-Professionale Intramoenia (A.L.P.I.)

La pianificazione e la regolamentazione dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramoenia (ALPI)

ATTO AZIENDALE

dell'ASL Salerno si colloca dunque anch'essa nell'ambito delle funzioni di tutela dei cittadini, della loro centralità nel SSN, della riduzione dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni, della facilitazione del rapporto di fiducia tra cittadini e operatori aziendali. Essa è inoltre volutamente vissuta come espressione istituzionale dell'Azienda, nel percorso di accompagnamento delle persone nel SSN e di miglioramento della qualità e di umanizzazione dell'assistenza. In questo contesto essa costituisce elemento accessorio del diritto alla tutela della salute attraverso la libera scelta delle cure e del medico da parte dei cittadini all'interno di un percorso controllato e garantito di accesso a prestazioni retribuite, tale da garantire il cittadino rispetto a percorsi speculativi di qualunque genere.

UOS Governo delle Liste d'Attesa

Questa struttura semplice, all'interno della più ampia UOC Cup, ALPI e Liste d'attesa, si integra con le attività della Struttura per il governo dei processi aziendali delle liste d'attesa al fine di garantire l'accessibilità all'offerta pubblica e privata accreditata della ASL Salerno e il rispetto delle disposizioni normative nazionali e regionali sui piani delle liste d'attesa. La UOS ha come fine ultimo quello di garantire un appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, il rispetto delle Classi di priorità, la trasparenza e l'accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini sui loro diritti e doveri, così come definito dal PNGLA2019-2021 e rafforzato con il decreto Legge n.73 del 07/06/2024.

Rientrano tra i compiti della UOS:

- monitorare e fornire informazioni adeguate e periodiche sull'andamento dei tempi di attesa dell'Azienda elaborando la reportistica relativa al monitoraggio periodico delle liste di attesa, relativa ai flussi previsti dalla normativa e quelli utili per il monitoraggio delle attività;
- definire modalità organizzative appropriate per i rapporti con i cittadini in tema di liste di attesa assicurando una chiara comunicazione sulle problematiche esposte;
- garantire la diffusione e l'accesso a tali informazioni utilizzando gli strumenti di comunicazione disponibili (tra i quali il sito Web aziendale);
- suggerire modelli di gestione delle LdA, uniformemente a tutte le Macrostrutture e ai Macrocentri aziendali, fornendo protocolli relativi agli interventi da attuare per garantire il rapido scorrimento delle Liste e fronteggiare i disagi causati dalla sospensione dell'erogazione della prestazione nonché controllarne l'applicazione;
- indicare quali percorsi alternativi o azioni straordinarie da adottare per garantire i tempi massimi in condizioni di criticità.
- Contribuire all'implementazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) utili alla presa in carico globale del paziente cronico;
- Supportare, tramite la UOC d'appartenenza, la Direzione Strategica nel recepimento dei Decreti e Delibere regionali che richiedono aggiornamenti o nuove organizzazioni delle attività sanitarie.

L'attività della U.O.S Governo delle liste di attesa è, altresì, fortemente connessa ad altri processi che, sia a livello centrale che periferico, si ripercuotono sulle modalità organizzative del rapporto domanda-offerta. Pertanto collabora con il CUP e con l'Ufficio ticket, da un punto di vista amministrativo e sanitario, oltre

ATTO AZIENDALE

che funzionalmente con la U.O.S ALPI sempre all'interno della stessa U.O.C.

UOSD Analisi Monitoraggio Attività Sanitarie PDTA e LEA

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 dei posti letto negli ospedali per acuti. Questa diminuzione ha lo scopo 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.

L'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

ATTO AZIENDALE

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 dotata 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.

L'insieme di servizi e prestazioni in tema di salute il cui godimento dovrebbe essere diritto di ogni cittadino e la cui erogazione dovrebbe essere dovere del SSN e di ciascun sistema sanitario regionale è rappresentato dai LEA (Livelli essenziali di assistenza). I LEA sono stati definiti per la prima volta nel 2001 con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 29 novembre 2001 e più recentemente con il DPCM del 12 gennaio 2017. Le prestazioni e i servizi previsti nei LEA coprono le tre macro-aree della prevenzione

ATTO AZIENDALE

e della sanità pubblica, dell'assistenza distrettuale e della assistenza ospedaliera. Il monitoraggio avviene attraverso la cosiddetta verifica degli adempimenti LEA ad opera del Ministero nei confronti delle Regioni e delle ASL. Questa verifica avviene in due modi: l'utilizzo di un questionario annuale inviato alle Regioni nei primi mesi dell'anno successivo a quello oggetto di verifica e l'utilizzo di un sistema di indicatori derivato dai flussi statistici correnti di interesse sanitario.

Fino al 2019 il sistema utilizzato è stato quello della cosiddetta Griglia LEA che porta ad un punteggio complessivo che consente di determinare anche una sorta di ranking delle sanità regionali.

Dal 2020 il monitoraggio istituzionale dell'erogazione dei LEA da parte delle Regioni viene fatto col Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), su cui si trova una ricca documentazione in una pagina dedicata del Ministero della Salute. Questa volta gli indicatori salgono a 88 così distribuiti: 16 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica; 33 per l'assistenza distrettuale; 24 per l'assistenza ospedaliera; 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario; 1 indicatore di equità sociale; 10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA).

Attraverso il Monitoraggio del NSG l'Azienda verifica lo stato della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie offerte ai cittadini.

Questo è l'unico modo in cui attualmente a livello istituzionale si giudica adeguato o meno lo stato del SSN ed è interesse di tutti conoscerlo e, se possibile, migliorarlo.

A supporto delle attività di affiancamento, verifica e monitoraggio, nonché per razionalizzare l'invio della documentazione, pervenuta dalle Regioni o prodotta in fase d'istruttoria, è reso disponibile dal Ministero della Salute il sistema di gestione documentale dedicato "Si.Ve.A.S. – Gestione documenti dei Piani di rientro e del Comitato LEA".

La Griglia LEA utilizza dei set di indicatori:

- L'attività di assistenza negli ambienti di vita e di lavoro;
- L'assistenza territoriale;
- L'assistenza ospedaliera;

con cui è possibile sia individuare, per le singole realtà regionali, quelle aree di criticità in cui si ritiene compromessa un'adeguata erogazione dei LEA, sia evidenziare i punti di forza della stessa erogazione.

Il "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" ha sostituito la precedente Griglia LEA introducendo **88 indicatori**, di cui:

- 16 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- 33 per l'assistenza distrettuale;
- 24 per l'assistenza ospedaliera;
- 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario;
- 1 indicatore di equità sociale;
- 10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali.

Inoltre, come sottolineato dal Ministero della Salute, il Nuovo Sistema di Garanzia è "innovativo e rilevante"

ATTO AZIENDALE

per tre ragioni. Innanzitutto, per le finalità del sistema, che è descrittivo, di valutazione, di monitoraggio e di verifica dell'attività sanitaria erogata in tutte le Regioni. In secondo luogo, per le modalità d'integrazione con il sistema di verifica degli adempimenti cui sono tenute le Regioni per legge. Infine, per lo schema concettuale alla base del sistema degli indicatori: l'articolazione del sistema di indicatori, che associa a ciascun LEA gli attributi rilevanti dei processi di erogazione delle prestazioni, quali efficienza e appropriatezza organizzativa, efficacia e appropriatezza clinica, sicurezza delle cure.

Il Dirigente Medico individuato collabora e supporta la Direzione Sanitaria Aziendale nelle attività di governo della funzione di programmazione sanitaria.

UOSD Assistenza riabilitativa e 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

ATTO AZIENDALE

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. È 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.

UOSD Monitoraggio e controllo SDO

L'Unità operativa ha una funzione specifica dedicata alla verifica dell'appropriatezza utilizzando risorse professionali dedicate, allo scopo di portare a regime un sistema di reporting periodico sull'appropriatezza delle prestazioni di ricovero ospedaliero, nonché garantire la corretta compilazione delle SDO e la loro corrispondenza con le cartelle cliniche in attuazione alla normativa vigente.

La struttura dedicata in staff alla Direzione Sanitaria Aziendale al fine di dare concreta attuazione al sistema di verifica e controllo e di uniformare il relativo assetto organizzativo in tutto il territorio regionale.

Al fine di dare concreta attuazione al sistema di verifica e controllo, detta struttura, affidata ad un dirigente medico con comprovata esperienza nel settore, è specificamente deputata al coordinamento delle attività di controllo delle seguenti attività:

- gestione flusso informativo SDO dimessi dai Presidi Ospedalieri Pubblici e dalle Case di Cura accreditate dell'Asl Salerno, ai sensi del DD n.83/2017 nel rispetto della tempistica prevista.
- verifiche mensili fatturato Case di Cura accreditate Asl Salerno mediante idoneo programma informatico con rilascio relativa attestazione.
- controllo e valutazione di adeguato campione di cartelle cliniche/SDO in contraddittorio con i Sanitari

ATTO AZIENDALE

Responsabili delle cure ai pazienti, tramite accesso diretto presso i Presidi Ospedalieri Pubblici, le Case di Cura accreditate e l'AOU S. Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona, al fine di soddisfare il debito informativo Ministeriale.

- gestione autocontrollo SDO Presidi Ospedalieri Pubblici ai sensi del DD n.21/2018.
- collaborazione con la Struttura Gestione degli Affari Legali per contenzioso con le Case di Cura accreditate.
- valutazione e monitoraggio parametri/indicatori di attività Presidi Ospedalieri Pubblici e Case di Cura accreditate dell'Asl Salerno.
- rendicontazione ricoveri pazienti STP ed ENI.
- abbattimenti ricoveri oltre soglia di ammissibilità previste dalla normativa regionale vigente attribuiti ai DRG ad alto rischio di inappropriatazza di cui al Patto della Salute 2010/2012.
- gestione posti letto Presidi Ospedalieri Pubblici.

Attività di supporto Uffici SDO Presidi Ospedalieri Pubblici e Case di Cura accreditate

Il sistema dei controlli sull'attività ospedaliera ha come oggetto il complesso dell'attività erogata in regime di ricovero ordinario e diurno a favore dei cittadini che accedono alla ASL Salerno. I controlli interni hanno le seguenti finalità:

- controllo del sistema ICD9-CM delle diagnosi e degli interventi utilizzato dai clinici e del rispetto delle direttive in tema di codifica;
- controllo delle tipologie di codifica delle prestazioni sanitarie risultate più critiche a livello aziendale;
- verifica del corretto inserimento informatico del regime di erogazione delle prestazioni;
- verifica del corretto inserimento informatico della modalità di dimissione.

Il sistema dei controlli interni prevede due tipologie di controlli:

- controlli e analisi sugli archivi SDO

I controlli e l'analisi sugli archivi SDO sono finalizzati alla verifica della qualità e della completezza del tracciato SDO e al monitoraggio dell'attività a consuntivo, attraverso l'elaborazione di un set di idonei indicatori e costituiscono la base per la selezione della casistica da sottoporre al successivo controllo analitico di secondo livello, da effettuarsi sulla SDO e sulla cartella clinica o direttamente in reparto con il dirigente medico responsabile della compilazione o con il direttore dell'unità operativa.

- controlli analitici sulle cartelle cliniche e relative SDO

Il Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 10 dicembre 2009 (G.U. n. 122 del 27/05/2010) "Controlli sulle cartelle cliniche", prevede che le Regioni assicurino per ciascun soggetto erogatore:

- Un controllo analitico annuale di almeno il 10% delle cartelle cliniche, ai sensi dell'art.79 della legge 6 agosto 2008 n.133, sulla base dei protocolli esplicitati nelle presenti linee di indirizzo;

ATTO AZIENDALE

- Un controllo analitico esteso alla totalità delle cartelle cliniche per le prestazioni periodicamente individuate dalla Regione come ad alto rischio di inappropriatelyzza, in base ai parametri definiti nel decreto stesso, e che dal 2011 viene effettuato in misura aggiuntiva al 10% del punto precedente.

UOSD Coordinamento Centri Anti Diabete (CAD) e 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 responsabile dell'omogeneizzazione delle attività assistenziali del territorio, il compito, attraverso l'UOSD, lo studio, l'integrazione ospedale/territorio, la predisposizione di protocolli operativi, il coordinamento delle attività diabetologiche, pubbliche e private, sul territorio.

Il diabete rappresenta una patologia cronica per la quale risulta paradigmatico progettare un modello di assistenza che si adatti a molteplici e mutevoli bisogni del paziente e che tenga in considerazione alcuni aspetti fondamentali:

- una organizzazione dell'assistenza da intendersi come un unico processo di cura e l'integrazione tra i diversi livelli assistenziali;
- il progressivo miglioramento delle possibilità di cura, dovuto ai risultati della ricerca scientifica;
- l'aumento dei costi relativi al miglioramento tecnologico e farmaceutico;
- la necessità di monitorare nel tempo i costituenti fondamentali del processo di cura: salute, costi, soddisfazione dell'utente.

La storia naturale della patologia diabetica prevede durante il decorso della malattia differenti gradi di compenso/scompenso glico-metabolico e di interessamento d'organo, dal suo esordio fino alle manifestazioni più deostruenti delle sue complicanze sia acute che croniche.

L'ASL Salerno ha costituito la Rete Diabetologica per garantire un miglioramento della qualità dei servizi offerti alle persone affette da Diabete.

Il modello organizzativo è caratterizzato da:

- **HUB (CAD dell'ASL Salerno);**
- **SPOKE (Ambulatori di Diabetologia dell'ASL Salerno).**

La Direzione Generale dell'ASL Salerno al fine di coprire l'assistenza Diabetologica di II livello in maniera capillare sul vasto territorio dell'ASL e dei suoi 13 Distretti che servono 158 comuni ha disposto la seguente organizzazione:

ATTO AZIENDALE

CAD PUBBLICI Attivi	CAD CONVENZIONATI	CAD in programmazione
CAD DS 60	Centro Diabetologico AID	CAD DS 65 pubblico
CAD DS 63	Centro Diabetologico AMILD	CAD DS 68 pubblico
CAD DS 64		CAD DS 71 pubblico
CAD DS 66 – Poliambulatorio di Pastena	Centro Medico Conti – Nefrocenter	CAD DS 61
CAD DS 66	AID Nocera – Nefrocenter	CAD DS 62
CAD DS 67	Centro Antidiabete Schiavo	CAD DS 69
CAD DS 70		
CAD DS 72		

UOSD Nutrizione Clinica (NAO e NAD)

La UOSD di Nutrizione Clinica segue i pazienti del territorio dell'ASL Salerno, affetti da patologie acute o croniche con alterazioni metabolico-nutrizionali primitive e secondarie, per essere sottoposti a terapie infusionali di diverso tipo a terapia metabolico-nutrizionale.

Il servizio di Nutrizione Artificiale Ospedaliera partecipa ai seguenti Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per la gestione di pazienti con una specifica condizione patologica o un particolare bisogno assistenziale e che richiedono un approccio multidisciplinare:

La struttura si occupa della diagnosi e cura delle **patologie della nutrizione** ed offre supporto per tutte le malattie acute o croniche che necessitano di interventi nutrizionali specifici.

Per la valutazione e il percorso di cura ci sono a disposizione strumentazioni e tecnologie

L'unità operativa è in grado di offrire **trattamenti integrati di tipo psiconutrizionale** con un'attenzione particolare alla riabilitazione psiconutrizionale e comportamentale. Tutte le figure professionali coinvolte operano in staff e collaborano a programmi terapeutici condivisi.

L'UOSD inoltre collabora con le cure domiciliari territoriali per la somministrazione della terapia a pazienti seguiti in ADI.

La nutrizione artificiale (NA), "enterale" o "parenterale", è strumento terapeutico insostituibile che consente:

- La prevenzione ed il trattamento della malnutrizione;
- Il miglioramento del decorso clinico e della prognosi di numerose patologie;
- La significativa riduzione di morbilità e mortalità;
- La sensibile riduzione della ospedalizzazione del malato e della spesa correlata.

Inoltre, poiché molto spesso la NA è un trattamento cronico "salva vita", in quanto rappresenta l'unico provvedimento terapeutico per assicurare la sopravvivenza del malato, esso può richiedere la realizzazione di un programma di Nutrizione Artificiale che si estende dall'ospedale al territorio come Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD). Pertanto, l'attività della NAD, quale attività nell'ambito della ospedalizzazione domiciliare, è inclusa nel livello essenziale di cui al punto 3 – Assistenza Ospedaliera – dell'allegato 1 del DPCM 29 novembre 2001.

ATTO AZIENDALE

La NAD rappresenta quindi una terapia extraospedaliera indispensabile per assicurare ulteriori aspetti positivi:

- Un globale reinserimento del soggetto nel proprio contesto familiare, sociale e lavorativo (de-ospedalizzazione)
- Miglioramento della qualità di vita del malato;
- Un contenimento della spesa sanitaria legata ad una potenziale re-ospedalizzazione.
- L'U.O. di Nutrizione Clinica e NAD è responsabile della gestione nutrizionale di tutto il percorso diagnostico terapeutico e collabora con il medico di medicina generale e con le altre strutture e competenze territoriali. L'U.O. di Nutrizione Clinica e NAD assicura la qualità del trattamento terapeutico con uno standard elevato secondo le procedure previste dalle linee guida già menzionate. La U.O. di Nutrizione Clinica e NAD garantisce il monitoraggio periodico del paziente al fine di prevenire, diagnosticare e trattare le eventuali complicanze. Le Regioni definiscono appropriati protocolli per assicurare la continuità assistenziale e terapeutica ospedale- territorio. La NAD deve essere realizzata secondo la prescrizione della U.O. di Nutrizione Clinica e NAD.

Le Cure Palliative Territoriali

Nel 2010 è stata emanata la Legge 15 marzo 2010, n. 38 concernente “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore” (Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010), che per la prima volta garantisce l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato, nell’ambito dei Livelli essenziali di assistenza, al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell’autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l’equità nell’accesso all’assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze.

La legge, tra le prime in Europa, tutela all’art. 1 “il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore”, e individua tre reti di assistenza dedicate:

- alle cure palliative;
- alla terapia del dolore;
- al paziente pediatrico sia per le cure palliative che per la terapia del dolore.

Per quest’ultimo, inoltre riconosce una particolare tutela e attenzione come soggetto portatore di specifici bisogni ai quali offrire risposte indirizzate e adeguate alle sue esigenze e a quella della famiglia che insieme deve affrontare il percorso della malattia.

Le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore assicureranno:

- un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia, nel rispetto dei principi fondamentali della tutela della dignità e dell’autonomia del malato, senza alcuna discriminazione;
- la tutela e promozione della qualità della vita in ogni fase della malattia, in particolare in quella terminale;
- un adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia.

La rete locale di cure palliative

Assistenza domiciliare di Cure palliative

Le cure palliative domiciliari, nell'ambito della rete di assistenza ai malati terminali, sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici a favore di persone nella fase terminale della vita affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Tale livello viene erogato dalle unità di cure palliative domiciliari, che devono garantire sia interventi di base, coordinati dal medico di medicina generale, sia interventi di équipe specialistiche, tra loro interagenti in funzione della complessità che aumenta con l'avvicinarsi della fine della vita.

Gli **interventi di base** garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia. Queste cure sono erogate da operatori sanitari con buona conoscenza di base delle cure palliative, ma per i quali esse non rappresentano il focus principale di attività. Essi richiedono interventi programmati in funzione del progetto di assistenza individuale (PAI). Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assume la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia.

Gli **interventi di équipe specialistiche multi-professionali** dedicate, sono rivolti a malati con bisogni complessi, per i quali gli interventi di base si rivelano inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, vanno garantite la continuità assistenziale, interventi programmati e articolati sui sette giorni, definiti dal progetto di assistenza individuale (PAI) nonché la pronta disponibilità medica sulle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.

Gli obiettivi specifici delle cure palliative domiciliari sono:

- Garantire ai pazienti che lo desiderano cure a casa che assicurino la migliore qualità di vita possibile;
- Realizzare un sistema integrato di risposte ai bisogni dei malati e dei loro familiari;
- Garantire continuità terapeutica e assistenziale fra ospedale e territorio;
- Attivare piani di cura e gestire percorsi assistenziali complessi anche a domicilio;
- Monitorizzare i processi assistenziali e valutarne i risultati.

Le condizioni necessarie perché possano essere erogate le cure palliative a domicilio sono:

- Consenso alle cure domiciliari;
- Indicazioni, in pazienti in fase avanzata di malattia, al trattamento di tipo palliativo finalizzato al miglioramento della qualità di vita e al controllo dei sintomi;
- Ambiente abitativo e familiare idoneo;
- Livello di complessità e intensività delle cure compatibili con l'ambiente domestico;
- Disponibilità della famiglia a collaborare.

Le cure palliative domiciliari sono attivate o per richiesta del medico di medicina generale (per un paziente

ATTO AZIENDALE

che si trova a domicilio) o per dimissione protetta da un reparto ospedaliero.

La rete delle cure palliative, in osservanza della L. 38/2010 e delle Linee di Indirizzo regionali vigenti, in particolare i DCA 4/2011 e 128/2012 che stabiliscono le modalità di accesso, i requisiti organizzativi minimi della rete di cure palliative, è una aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in Hospice, a domicilio e in altre strutture residenziali, in ambito territoriali definito a livello regionale.

Nella Rete locale di Cure Palliative è garantita la continuità delle cure attraverso l'integrazione dei diversi ambiti assistenziali (domiciliari, ambulatoriali, a ciclo diurno, di ricovero) e nei vari setting di cura, attraverso programmi individualizzati integrati.

Nel modello regionale le cure palliative domiciliari sono governate dalla UCP, unità di cure Palliative domiciliari alla quale fa capo, come definito dal DPCM del 12.01.2017 sia il livello domiciliare che l'erogazione di cure palliative per soggetti ospiti in RSA-Unità di cura residenziali extraospedaliere di cui all'art. 30 del DPCM.

Per le cure palliative domiciliari, sulla base di protocolli formalizzati nell'ambito della Rete e a seguito di valutazione multidimensionale e redazione del PAI, deve garantire unitariamente tutte le prestazioni a domicilio necessarie al paziente, che sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, di aiuto infermieristico, assistenza tutelare e sostegno spirituale, riabilitativo e psicologico, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci inclusi nel PTH e dei dispositivi medici, nonché dei preparati per nutrizione artificiale, ausili e protesi, trattamento del dolore.

Le cure palliative sono, pertanto, prestazioni sanitarie ad elevata intensità e complessità di cura nei vari setting assistenziali, ovvero in hospice e a domicilio. Quindi vengono erogate sia in età adulta sia in età pediatrica. Le cure palliative sono anche l'integrazione tempestiva precoce, nel percorso di cura di una patologia cronico-degenerativa progressiva, finalizzata a somministrare la terapia nelle prime fasi della malattia, quindi, anche nella fase attiva della malattia oncologica ovvero in corso di radioterapia e chemioterapia: *simultaneous care*.

Assistenza Residenziale in Hospice

Le cure palliative in hospice, nell'ambito della Rete locale di Cure Palliative, sono costituite da un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, oltre che a prestazioni sociali, tutelari e alberghiere, nonché di sostegno spirituale, a favore di persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita.

Esse sono erogate da équipe multidisciplinari e multi-professionali che assicurano cure e assistenza in via continuativa sulle ventiquattro ore, sette giorni su sette. Le cure in hospice sono garantite in modo omogeneo: gli hospice sono inseriti nei LEA distrettuali, anche quando sono logisticamente situati in strutture sanitarie di ricovero e cura oppure ne costituiscono articolazioni organizzative.

Le funzioni del day-hospice, come definite dall'art. 2, comma g, sono equiparabili alle prestazioni in regime di ospedalizzazione a ciclo diurno.

Nell'ambito della rete di cure palliative territoriali sono istituite due UOSD che garantiranno adeguata e qualificata assistenza e qualità della vita anche nelle fasi della patologia in cui non sia possibile la cura, al di fuori del contesto ospedaliero. Le UOSD sono così individuate:

- **Cure Palliative Area Nord e Hospice Salerno - Pagani (DD.SS. 60, 61, 62, 63, 66, 67);**
- **Cure palliative Area Sud e Hospice Eboli - Polla - S. Arsenio (64, 65, 68, 69, 70, 71, 72);**

Le UOSD di Cure Palliative e Hospice garantiscono prestazioni assistenziali di cure palliative ad altissimo livello rivolte a tutti i malati affetti da malattie inguaribili, in fase avanzata ed evolutiva. Nello specifico le cure palliative in hospice sono costituite da un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo ecc., oltre che da prestazioni sociali, tutelari ed alberghiere nonché di sostegno spirituale, a favore di persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Tali cure sono erogate da équipe multidisciplinari e multiprofessionali in via continuativa.

L'organizzazione delle Cure Palliative e Hospice si ispira ai principi di centralità della persona, appropriatezza dell'assistenza, efficienza ed equità, ponendo l'accento sull'autonomia, sui valori e la cultura del malato e dei suoi familiari, verso i quali rivolgere, in particolare, l'opera di informazione, consiglio, aiuto pratico ed educazione continua, necessari soprattutto nell'ottica del rientro a domicilio del paziente. L'obiettivo principale è garantire agli utenti il pieno rispetto dei loro diritti e, in quanto malati, la massima dignità ed informazione. Fondamentale per la trasparenza e la condivisione degli obiettivi della cura è la creazione ed il mantenimento di un rapporto tra l'équipe professionale e gli ospiti della struttura, finalizzato prevalentemente alla riduzione della sofferenza e del disagio.

Le strutture delle Cure Palliative e Hospice sono strutture residenziali territoriali a carattere sociosanitario, dotate di autonomia gestionale con valenza dipartimentale e afferiscono al Dipartimento del Governo Clinico, Sono a completo carico del SSN in quanto tale ricovero rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza e comprendono unità residenziali, ampi spazi per la socializzazione e spazi esterni attrezzati. Le strutture dispongono di ambienti relativi alle valutazioni clinico-assistenziali e alla terapia.

Le linee di indirizzo programmatico della Regione Campania prevedono che l'équipe multidisciplinare delle

ATTO AZIENDALE

Cure Palliative e Hospice sia formata da medici, infermieri, operatori socio sanitari, psicologi, fisioterapisti assistente sociale, assistente spirituale e nutrizionisti.

Con DCA 46/2015 viene sancito, inoltre, che in ragione delle caratteristiche organizzative e professionali, gli hospice e cure palliative “possono erogare annualmente prestazioni domiciliari per un numero, di prese in carico di IV livello, non superiore a 12 per ciascun posto letto attivo”.

La rete Aziendale degli Hospice da 3 Hospice attivi ed 1 in programmazione, al cui responsabile compete la responsabilità di gestione delle risorse assegnate per l’assolvimento delle funzioni attribuite e per il perseguimento degli obiettivi di attività, di natura economica e di qualità negoziati nel budget e sono oggetto di specifica assegnazione di risorse umane e materiali e si esplicita come nella tabella di seguito riportata:

Denominazione	Tipo Hospice	UO	Stato	Comune
Hospice Cure Palliative di Sant’Arsenio	Hospice Cure Palliative pubblico	UOSD	Attivo	Sant’Arsenio
Hospice Cure Palliative "Il Giardino dei Girasoli"	Hospice Cure Palliative pubblico		Attivo	Eboli
Hospice Cure Palliative La Casa di Lara	Hospice Cure Palliative pubblico	UOSD	Attivo	Salerno
Hospice Cure Palliative Pagani	Hospice Cure Palliative Pubblico		Programmazione	Pagani

UOSD Registro Tumori

Vista la legge 22 marzo 2019, n. 29, recante "Istituzione e disciplina della Rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza e del referto epidemiologico per il controllo sanitario della popolazione" che presuppone la realizzazione, presso il Ministero della salute, del registro tumori nazionale e, presso le singole regioni e province autonome, dei registri tumori regionali, ai sensi dell'articolo 12 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179 così come meglio specificato da nota del 21 aprile 2023, con la quale il Ministero della Salute ha inviato, ai fini dell'acquisizione dell'intesa da parte della Conferenza Stato Regioni, lo schema di decreto indicato in oggetto che sarà reso disponibile sul sito www.statoregioni.it con il codice 4.10/2023/40.

Considerato infine che in virtù della legge regionale istitutiva del Registro Tumori Regionale, del luglio 2012, successivamente modificata dalla legge n°9 del febbraio del 2014: «Istituzione del Registro Tumori di popolazione della Regione Campania» si prevede che la Regione Campania sia strutturata in sette Registri Tumori aziendali ed un Registro Tumori infantili.

Si rileva necessario che per le attività connesse con la sorveglianza della patologia oncologica nel territorio e l’implementazione di un efficiente Registro Tumori aziendale, anche in ragione della multidisciplinarietà degli interventi e dei percorsi connessi, debba essere istituita una UOSD, coordinata da un Dirigente Medico individuato dal Direttore del Dipartimento del Governo Clinico, cui sarà assegnata la tenuta del Registro Tumori Aziendale.

Il Registro Tumori è una struttura deputata alla raccolta, analisi e registrazione di tutti i nuovi casi (incidenza) di tumore nella popolazione residente. Il ruolo primario di un Registro Tumori è quello di costituire e gestire nel tempo un archivio delle diagnosi di tumore in modo rigoroso, continuativo, sistematico e seguendo gli standard e le classificazioni internazionali. In attesa della pubblicazione del decreto attuativo relativo al

ATTO AZIENDALE

Registro Tumori Nazionale e delle modalità con cui i Centri di Riferimento Regionali alimenteranno tale Registro, gli standard di riferimento sono quelli delle organizzazioni internazionali quali la International Agency for Research on Cancer (IARC) e lo European Network of Cancer Registries (ENCR).

Il Registro Tumori di Popolazione della Asl Salerno (RTSA) copre l'intero territorio provinciale, costituito dai 158 comuni. Rileva e codifica le diagnosi di tumore per tutte le età (da 0 a 99+anni) avvenute presso istituti di cura pubblici e privati della ASL, inoltre a causa della migrazione sanitaria sono raccolti e codificati anche le diagnosi dei residenti avvenute sia in regione o fuori regione.

Le fonti informative utilizzate dal RTSA sono le seguenti: schede di dimissione ospedaliera, cartelle cliniche, referti cito-istologici, registro nominativo delle cause di morte, esenzioni ticket per patologia neoplastica, servizi di radioterapia, referti onco-ematologici, al fine di costruire il percorso dei pazienti dalla prima diagnosi alla cura.

Per le proprie attività il Registro Tumori dovrà avvalersi di personale specializzato e formato in grado di padroneggiare ogni revisione della classificazione internazionale delle malattie per l'oncologia, terza edizione (ICD-O-3) e di gestire i flussi sanitari correnti (schede di dimissione ospedaliera, referti di anatomia patologica, registri nominativi delle cause di morte, ecc...), al quale potrà fare seguire specifici approfondimenti presso i presidi di diagnosi / cura al fine di ottenere documentazione utile a classificare i casi di tumore, lo stadio della malattia ed altri parametri di rilevanza clinica.

Il Registro Tumori (RT) è una struttura deputata alla raccolta e registrazione di tutti i tumori incidenti in un determinato territorio. Il ruolo primario di un Registro Tumori è quello di costituire e gestire nel tempo un archivio di tutti i nuovi casi di tumore diagnosticati ed assicurare che la registrazione dei dati avvenga in modo rigoroso e con carattere continuativo e sistematico.

La maggior parte dei registri italiani sono registri di popolazione ovvero, raccolgono i dati relativi alle malattie tumorali di tutti i residenti di un determinato territorio (può essere una singola città o un'intera regione, una provincia o il territorio di una ASL).

Accanto ai Registri generali di popolazione, vi sono i Registri specializzati, che raccolgono informazioni su un singolo tipo di tumore o su specifiche fasce di età o su tumori professionali.

Sono istituite, inoltre, a supporto delle attività della Direzione Sanitaria Aziendale, le seguenti aree di coordinamento:

Area di coordinamento delle Attività Distrettuali

Il coordinamento delle attività distrettuali rappresenta un modello di gestione con il compito dell'integrazione funzionale delle attività Territoriali, delle funzioni sanitarie emergenti e dei percorsi diagnostici terapeutici integrati. Garantendo una più completa presa in carico per l'intero percorso assistenziale ed una omogeneità delle attività distrettuali. Tale strumento di gestione del governo clinico si rende necessario considerati il numero di Distretti Sanitari e la vastità territoriale dell'ASL Salerno.

La governance territoriale di tipo integrato si definisce attraverso un modello teso ad evitare duplicazioni e costi aggiuntivi e nel contempo volto a definire la certezza delle linee di responsabilità,

ATTO AZIENDALE

per ciò che attiene l'attribuzione e l'utilizzo delle risorse umane, tecnologiche e strumentali.

Il coordinatore delle Attività Distrettuali è scelto tra i Direttori dei DD.SS.

Il coordinamento delle attività territoriali consentirà di superare concretamente i limiti dei modelli assistenziali organizzativi e gestionali che si sono rivelati inadeguati sia sul piano della risposta ai bisogni reali di salute del cittadino, sia sul piano economico. Infatti, l'approccio per processi non solo definisce in apposite sequenze le attività e i trattamenti rivolti ai pazienti ma collega ad essi i costi.

Tale modello organizzativo permetterà all'azienda di gestire l'intera rete dei servizi, coinvolta nella presa in carico dei cittadini con la medesima condizione di salute. Un percorso, infatti definisce l'intera gestione del problema di salute, dal primo contatto del paziente al follow-up.

L'orientamento per processi sottende una diversa impostazione strategica aziendale che si prefigge una rimodulazione del modello di assistenza che miri in primo luogo ad una concreta integrazione tra ospedale e territorio.

Area di coordinamento delle Attività Ospedaliere

Il coordinamento delle attività ospedaliere è istituito al fine di implementare il governo clinico e la sicurezza delle cure. Tutti i PP.OO. concorrono a garantire gli obiettivi assistenziali debbono operare secondo il principio della efficacia, qualità e sicurezza delle cure, dell'efficienza, della centralità del paziente e dell'umanizzazione delle cure, nel rispetto della dignità della persona. Il riequilibrio dei ruoli tra ospedale e territorio e una più adeguata attenzione alle cure graduate costituiscono oggi gli obiettivi di politica sanitaria verso cui i sistemi sanitari più avanzati si sono indirizzati per dare risposte concrete a nuovi bisogni di salute determinati dagli effetti delle tre transizioni - epidemiologica, demografica e sociale - che hanno modificato il quadro di riferimento negli ultimi decenni.

Il coordinatore delle Attività Ospedaliere è scelto tra i Direttori dei PP.OO.

Per promuovere la qualità dell'assistenza, la sicurezza delle cure, l'uso appropriato delle risorse, implementando forme alternative al ricovero, quando le stesse rispondano più efficacemente ai bisogni di una popolazione anziana e/o non autosufficiente, gli obiettivi di razionalizzazione devono riguardare prioritariamente quei servizi e quelle prestazioni che maggiormente incidono sulla qualità dell'assistenza sia in termini di efficacia che di efficienza.

In una visione integrata dell'assistenza sanitaria, l'ospedale deve assolvere ad una funzione specifica di gestione delle problematiche assistenziali dei soggetti affetti da una patologia (medica o chirurgica) ad insorgenza acuta e con rilevante compromissione funzionale, ovvero di gestione di attività programmabili che richiedono un contesto tecnologicamente ed organizzativamente articolato e complesso, capace di affrontare, in maniera adeguata, peculiari esigenze sanitarie sia acute che post-acute e riabilitative.

Il coordinamento delle attività ospedaliere assicura la gestione del percorso diagnostico terapeutico (PDT) del problema clinico di cui si fa carico, sia all'interno del presidio che all'interno della rete ospedaliera, affinché possa essere assicurata, anche in fase successiva alla prima accettazione, l'allocazione dei pazienti presso i presidi che dispongano di un livello organizzativo coerente con la complessità assistenziale del caso da trattare.

ATTO AZIENDALE

L'ospedale integra, inoltre, la propria funzione con gli altri servizi territoriali attraverso l'adozione ordinaria di linee guida per la gestione integrata dei PDT per le patologie complesse ed a lungo termine (in particolare quelle oncologiche e cardiovascolari) e di Protocolli di Dimissione protetta per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post acuta (in particolare per i pazienti con lesioni traumatiche e neurologiche).



Il Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è macrostruttura operativa dell'ASL Salerno, in attuazione del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., e della Legge Regionale n. 32/1994, preposta alla promozione della tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie acute e croniche e delle disabilità ed al 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 funzionale con le Strutture Regionali 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. Ai sensi dell'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, il Servizio Sanitario Nazionale assicura i livelli essenziali di assistenza (L.E.A.): con l'articolo 1, comma 1, del DPCM 12.01.2017 sono stati rimodulati i livelli essenziali di assistenza e, nello specifico, alla lettera a) è previsto il livello "Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica", riferito al Dipartimento di Prevenzione.

All'articolo 2 del medesimo DPCM sono inclusi nel livello "Prevenzione Collettiva e Sanità pubblica" i seguenti LEA:

- Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- Salute animale e igiene urbana veterinaria;
- Sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
- Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i

ATTO AZIENDALE

programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale;

Il Dipartimento di Prevenzione è il nodo strategico, garante della collaborazione tra le Strutture, i Servizi e le Unità Operative, interni ed esterni all'ASL, impegnati nella promozione e nella tutela della salute dei cittadini. Esso cura sia le funzioni di erogazione diretta delle prestazioni sia l'armonizzazione trasversale di processi e interventi non erogati direttamente, costruendo e sviluppando una rete di collegamenti fra i diversi stakeholder. In tale cornice, la prevenzione collettiva è promossa secondo una logica di integrazione tra i Dipartimenti di Prevenzione, i Distretti, i Medici di famiglia, i Pediatri di libera scelta, l'Arpa e tutte le Strutture che, a diverso titolo, sono coinvolte nella tutela della salute pubblica, secondo le linee di indirizzo della programmazione regionale, declinate nel Piano Sanitario Regionale, nel Piano Regionale Prevenzione e nel Piano Regionale Integrato dei Controlli.

La Regione Campania DCA n. 156/2014 ha decretato il Piano Regionale della Prevenzione 2016/2018, successivamente prorogato con approvazione Ministeriale per l'anno 2019. A tale Piano fa riferimento la programmazione regionale per l'assistenza in area prevenzione. Le funzioni del dipartimento si articolano secondo il seguente schema:

Funzioni garantite “direttamente” dal Dipartimento di Prevenzione:

- Profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- Sanità pubblica veterinaria, che comprende sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- Farmacovigilanza veterinaria, igiene delle produzioni zootecniche, tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale;
- Tutela igienico-sanitaria degli alimenti;
- Tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- Sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- Tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
- Tutela della salute nelle attività sportive.

Funzioni che il Dipartimento contribuisce ad assicurare con gli altri Servizi, Distretti Sanitari e Dipartimenti aziendali:

- Attività di promozione della salute;
- Prevenzione delle malattie cronico - degenerative.

Il Dipartimento di Prevenzione, in adesione ai contenuti dell'articolo 7 quater del D.l.vo n. 502/1992 e s.m.i., della L.R. 32/1994 e della L. n. 189/2012, è articolato nei seguenti Servizi:

- Servizio di igiene e sanità pubblica;
- Servizio di epidemiologia;
- Servizio di prevenzione igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro e di medicina del lavoro;

ATTO AZIENDALE

- Servizio di igiene degli alimenti e della nutrizione;
- Servizio veterinario di sanità animale;
- Servizio veterinario di igiene degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- Servizio veterinario di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

I Servizi indicati, che operano con aree di coordinamento di Sanità Pubblica e di Sanità Veterinaria e di Sicurezza Alimentare, si configurano come Unità Operative dotate di autonomia tecnico-funzionale ed organizzativa nell'ambito della struttura dipartimentale, perseguendo gli obiettivi dipartimentali e aziendali, l'attuazione delle disposizioni normative e regolamentari regionali, nazionali e internazionali, nonché la gestione delle risorse economiche attribuite. È prevista l'attivazione di un Servizio Stili di Vita e Dieta Mediterranea considerato il notevole incremento dell'obesità infantile su tutto il territorio.

Inoltre, presso il Servizio di Igiene pubblica (SIP) opera il Laboratorio integrato della Prevenzione, che nasce dalle esperienze dei piani della prevenzione e dal potenziamento del PNC 5.1, supporta i processi di scelta delle priorità di intervento in sanità pubblica e per la riduzione del carico di disabilità causato dalle malattie croniche, anche sulla base della valutazione della loro efficacia e del loro impatto organizzativo ed economico. Articolato in valutazioni epidemiologiche, sociologiche, qualitative ed analitiche si pone a supporto dei diversi attori impegnati a diverso titolo a migliorare la salute dei cittadini.

Si persegue la piena integrazione tra le UU.OO. che compongono il Dipartimento, 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. Al fine di garantire il miglioramento continuo delle prestazioni si procederà alla certificazione di qualità per tutti i Servizi del Dipartimento di Prevenzione.

In considerazione del fatto che il territorio della provincia di Salerno è colpito da emergenze epidemiche e non epidemiche di alta gravità, quali ad esempio la PSA (Peste Suina Africana) oltre che da frane, esondazioni, alluvioni (Emergenza Sarno, Esondazioni Sele, Sarno e Tanagro), nella linea d'attività del Dipartimento che riguarda i flussi e l'epidemiologia veterinaria, quindi, è prevista anche la gestione delle emergenze veterinarie tramite i centri integrati Regione/ASL Salerno di prevenzione e previsione per la mitigazione dei rischi e gestione delle emergenze epidemiche e non epidemiche.

Il Dipartimento di Prevenzione e le Unità Operative in cui è articolato, in piena continuità con l'attuale organizzazione, operano mediante articolazioni "centrali" competenti per l'intero territorio dell'ASL, e mediante articolazioni "territoriali", indispensabili in relazione a realtà ad elevata utenza o a specificità aziendali dettate dal contesto socio-economico ed istituzionale.

Le funzioni specifiche già svolte dalle singole articolazioni e normate da indicazioni nazionali e regionali sono confermate con la presente programmazione.

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

ATTO AZIENDALE

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 il Dipartimento di Prevenzione è prevista apposita UOSD per il coordinamento delle attività amministrative, la cui responsabilità è affidata ad un dirigente amministrativo.

Dipartimento di Prevenzione	
UOC	Igiene allevamenti e produzioni zootecniche
UOC	Igiene degli alimenti e nutrizione
UOC	Prevenzione, Igiene e Sicurezza ambienti di lavoro e di medicina del lavoro
UOC	Igiene e sicurezza degli alimenti di origine animale
UOC	Igiene Pubblica
UOC	Sanità animale
UOC	Epidemiologia e Prevenzione
UOS	Allerta rapida di controllo degli alimenti e bevande
UOS	Ambienti di Lavoro - Centro
UOS	Ambienti di Lavoro - Sud
UOS	Impiantistica
UOS	Medicina dello Sport
UOS	Stress lavoro-correlato
UOS	Valutazione impatto sanitario e gestione sostanze chimiche (HIA e REACH)
UOSD	Amministrativa Dipartimento Prevenzione
UOSD	Flussi ed epidemiologia veterinaria
UOSD	Promozione della salute
UOSD	Randagi e benessere animali da affezione – Ospedale veterinario
UOSD	Strutture Sanitarie
UOSD	Prevenzione Collettiva Area interdistrettuale n. 60 e n. 63
UOSD	Prevenzione Collettiva Area interdistrettuale n. 61 e n. 62
UOSD	Prevenzione Collettiva Area interdistrettuale n. 64 e n. 65
UOSD	Prevenzione Collettiva Area interdistrettuale n. 66 e n. 67 n.68
UOSD	Prevenzione Collettiva Area interdistrettuale n. 69 e n. 70
UOSD	Prevenzione Collettiva Area interdistrettuale n. 71 e n. 72
UOSD	Veterinaria Area interdistrettuale n. 60 e n. 63

ATTO AZIENDALE

UOSD	Veterinaria Area interdistrettuale n. 61 e n. 62
UOSD	Veterinaria Area interdistrettuale n. 64 e n. 65
UOSD	Veterinaria Area interdistrettuale n. 66 e n. 67 n.68
UOSD	Veterinaria Area interdistrettuale n. 69 e n. 70
UOSD	Veterinaria Area interdistrettuale n. 71 e n. 72

L'architettura organizzativa del dipartimento di prevenzione è di seguito specificata:



I Centri di riferimento regionali afferenti al Dipartimento di Prevenzione

I Centri di Riferimento Regionali ubicati presso l'ASL di Salerno sono tre come di seguito:

- CRiSSap Centro di Riferimento Regionale Sicurezza Sanitaria del pescato – Il centro fa da fulcro e raccordo tra Enti competenti sulla sicurezza sanitaria del pescato e sulla profilassi delle malattie delle specie ittiche attraverso un'attività di II livello;
- CRESAN - (POLO INTEGRATO) Centro di Riferimento Regionale Sanità Animale – Sviluppa

ATTO AZIENDALE

nuovi modelli e tecnologie applicate al controllo delle malattie infettive degli animali domestici fornendo supporto alle ASL;

- CeR VEnE Centro di Riferimento Regionale per la Prevenzione e Gestione delle Emergenze – Svolge attività di assistenza tecnica e scientifica nella stesura di Piani di manuali operativi in caso di Emergenze Veterinarie Epidemiche e non Epidemiche relativamente alla salute degli animali e alla sicurezza alimentare. Si interessa di programmi di formazione specifica con collegamenti al sistema di Protezione Civile.

Con Deliberazione Giunta Regionale n. 867 del 14/12/2010 è stato istituito il Polo didattico integrato (PI) attivato con protocollo di intesa tra Regione Campania e l'Università degli studi di Napoli nell'ottica di garantire prestazioni sanitarie d'elevata complessità, la didattica e la ricerca finalizzata in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria. L'operatività del PI è garantita dai centri di riferimento regionali attivati presso le AA. SS. LL e da esse gestite unitamente al Dipartimento di Medicina Veterinaria Federico II Napoli ed all'Istituto Zooprofilattico del Mezzogiorno di Portici (IZSM).

Con DGR n° 859 del 29.12.2015 è stato istituito il CRESAN presso ASL Salerno.

Con DGR n. 98 del 13/03/2015 è stato istituito il CRISSAP (Centro di Referenza Regionale per la Sicurezza Sanitaria del Pescato) presso ASL di Salerno con sede operativa presso il Centro Agroalimentare del Comune di Salerno a via Mecio Gracco Zona Industriale.

Con Delibera di Giunta n.114 del 7 marzo 2017, la Regione Campania ha istituito il Centro Regionale di Riferimento Veterinario per le emergenze non epidemiche – CeRVEnE, che ha sede presso l'Osservatorio sul doposisma della Fondazione MIDA di Pertosa e Auletta in provincia di Salerno.

Le attività dei Centri sono a beneficio di tutte le AASSLL e sono indirizzate a creare un sistema strutturato e permanente di referenti, finalizzato a fornire assistenza tecnico-scientifica alla Regione con specifico riferimento alla sanità e al benessere animale e alla sicurezza alimentari.

La delibera dell'ASL di Salerno n° 731 del 08.06.2021 prende atto dei protocolli di intesa attuativi dei Centri di Riferimento Regionali e dei Direttori Tecnici.

Il Dipartimento di Salute Mentale

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 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.

Orienta i propri interventi e trattamenti basati sul rispetto della libertà e la promozione dei diritti (dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, Parigi 1948) e sulla promozione dei determinanti di salute (carta di Ottawa 1986, Legge 180/1978 Legge Regione Campania n 1/1983, OMS Determinanti di Salute mentale 2014, closing the gape, 2008), ricercando il consenso e la collaborazione degli interessati.

Il mandato del DSM si declina nei seguenti punti principali:

- Garantisce i Livelli Essenziali di Assistenza per tutti i cittadini ed uniformemente su tutto il territorio provinciale;
- Garantisce l'accessibilità, la presa in carico, la continuità delle cure, la personalizzazione del progetto;
- Garantisce la presa in carico delle persone con problematiche di salute mentale, attraverso percorsi a differente intensità assistenziale, in rapporto ai bisogni di cura;
- Promuove l'integrazione tra prestazioni di ambito sanitario e sociale rese da altre agenzie sanitarie o 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;
- 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;
- 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;
- Garantisce il miglioramento della qualità dell'assistenza, il 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;
- Garantisce la elaborazione di Percorsi Diagnostico/terapeutici per la gestione integrata di processi di cura;

ATTO AZIENDALE

- Garantisce la realizzazione di economie di scala e di gestione;
- Garantisce la diffusione delle conoscenze scientifiche e sviluppo delle competenze organizzative attraverso percorsi formativi diffusi e condivisi.

Il Dipartimento di Salute Mentale è una struttura di Coordinamento e di Direzione per lo svolgimento di funzioni complesse con compiti di orientamento, consulenza e supervisione per la salute mentale. Il D.S.M. è un'articolazione organizzativa a cui afferisce l'Area disciplinare della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Il Dipartimento è articolato in Unità Operative Complesse, Strutture Semplici Dipartimentali, Strutture Semplici e Incarichi Professionali, anche di Alta e Altissima Specializzazione relativi a programmi (o progetti) specifici che, per omogeneità, affinità e complementarità hanno comuni finalità.

L'organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.)

Il funzionamento del DSM è normato dal "Regolamento del Dipartimento di Salute Mentale" di cui alla delibera n.15 del 10.01.2022 (visibile nell'archivio Delibere del Portale C.E.D.)

Sono Organi del Dipartimento: il Direttore, il Comitato del Dipartimento e l'Assemblea del Dipartimento.

Il DSM adotta ed implementa i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, come stabiliti nell' Accordo della Conferenza Unificata Stato-Regioni del 13.11.2014, applicati a tutte le patologie di più frequente interesse: PDTA schizofrenia, PDTA bipolari, PDTA depressione, PDTA disturbi gravi di personalità, PDTA disturbi condotta alimentare.

I PDTA (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali) costituiscono, insieme alle Linee guida, gli strumenti del governo clinico che consentono di definire standard assistenziali e di verificare l'appropriatezza dell'assistenza erogata.

I PDTA sono costituiti da singoli processi assistenziali distinti per fasi corrispondenti ai tempi di espressione del disturbo. Essi possono essere semplici o complessi, in relazione alla quantità di risorse umane e strutturali coinvolte. Possono, inoltre, definirsi come gli strumenti di gestione clinica finalizzati a fornire ai pazienti interventi di provata efficacia attraverso una sequenza logica di azioni in un tempo ottimale.

Pazienti Autori di Reato

- Il Dipartimento di Salute Mentale, attraverso le UU.OO.SM, si interfaccia con la Struttura di Tutela della Salute Adulti e Minori dell'area Penale (SAMAP), che avrà cura dell'elaborazione dei PTRP per tutti i cittadini con problematiche di salute mentale autori di reato sottoposti a misura di sicurezza detentiva alternativa al carcere.
- La TSAMAP sarà tenuta ad informare le UU.OO.S.M. sull'evoluzione dei P.T.R.I. redatti per i pazienti autori di reato e al termine dell'iter giudiziario si interfacerà con le stesse per il necessario passaggio di consegne propedeutico alla riassunzione in carico assistenziale.

Dipartimento Salute Mentale	
UOC	N.P.I.A.
UOC	S.M. n. 1 Nocera Inferiore – Castel S. Giorgio
UOC	S.M. n. 2 Angri – Scafati
UOC	S.M. n. 3 M.S. Severino – Pagani – Sarno

ATTO AZIENDALE

UOC	S.M. n. 4 Cava – Costa d’Amalfi
UOC	S.M. n. 5 Eboli – Contursi/Polla
UOC	S.M. n. 6 Battipaglia – Pontecagnano Faiano
UOC	S.M. n. 7 Salerno
UOC	S.M. n. 8 Capaccio – Roccasaspide - Agropoli
UOC	S.M. n. 9 Vallo – Sapri
UOS	Area 1 (collagata a UOC N.P.I.A.)
UOS	Area 2 (collagata a UOC N.P.I.A.)
UOS	Area 3 (collagata a UOC N.P.I.A.)
UOS	Area 4 (collagata a UOC N.P.I.A.)
UOS	CSM (in numero di 9, un CMS per UOSM)
UOSD	Appropriatezza cure residenziali e semiresidenziali - Programmazione ed interventi sulle fragilità in salute mentale
UOSD	Esordi Psicopatologici ed età di transizione
UOSD	SPDC Nocera Inferiore
UOSD	SPDC Vallo della Lucania
UOSD	SPDC Salerno
UOSD	Disturbi della Nutrizione e dell’alimentazione (DNA)

Le Unità Operative Complesse (UU.OO.CC.)

Le Unità operative di Salute Mentale (UOSM)

Sono in numero di 10, sono dotate di autonomia operativa rispetto alla propria area territoriale:

- Realizzano la tutela della salute mentale del territorio di loro competenza;
- Realizzano consulenze, l’assunzione in cura e la presa in carico di ciascun utente con bisogni complessi mediante un progetto terapeutico personalizzato (ptp). Una quota significativa dei progetti terapeutici personalizzati viene sostenuta da budget di salute (ptrp/bds);
- Effettuano consulenza psichiatrica alle strutture ospedaliere non sede di spdc;
- Gestiscono le risorse umane ed economico finanziarie assegnate dalla direzione dipartimentale;
- Attuano la programmazione definita dagli strumenti di programmazione dipartimentale;
- Sono responsabili della produzione dei flussi informativi;
- Collaborano, per la parte di propria competenza, alla gestione dipartimentale dei programmi di sviluppo della Qualità;

A ciascuna U.O.S.M. è garantita la dotazione organica prevista dai riferimenti normativi vigenti;

Le UU.OO.S.M. possono essere articolate in diversi servizi:

- Centro di Salute Mentale (C.S.M.);
- Centro Diurno Riabilitativo (C.D.R.);
- Strutture intermedie Residenziali (S.I.R.);

ATTO AZIENDALE

- Day Hospital (D.H.) Psichiatrico territoriale ovvero Day-One-Night Hospital (DH/NH).

Tabella 1 – Elenco UU.OO.CC.

Denominazione Struttura	Distretto Sanitario	N° Comuni
n.1 - Nocera Inf./Castel S.Giorgio	60	4
n.2 - Angri/Scafati	61	4
n.3 - M.S.Severino/ Pagani/Sarno	62-67	10
n.4 - Cava/Costa d'Amalfi	63	14
n.5 - Eboli/ Contursi/Polla	64-72	36
n.6 - Battipaglia/Pontecagnano Faiano	65-68	12
n.7 - Salerno	66	2
n.8 - Capaccio/Rocccadaspide/Agropoli	69-70	32
n.9 - Vallo/Sapri	70-71	41
NPIA	60-72	158

Centro di Salute Mentale (C.S.M.)

Il Centro di Salute Mentale (C.S.M.) è il centro di primo riferimento per i cittadini con disagio psichico. Coordina nell'ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione dei cittadini che presentano patologie psichiatriche, garantendo l'organizzazione funzionale dei diversi ambulatori dislocati su tutto il territorio di competenza.

Il C.S.M. assicura i seguenti interventi:

- trattamenti psichiatrici e psicoterapie, interventi sociali, inserimenti dei pazienti in Centri diurni, Day hospital, strutture residenziali e ricoveri.
- attività diagnostiche con visite psichiatriche, colloqui psicologici per la definizione di appropriati programmi terapeutico- riabilitativi e socio-riabilitativi nell'ottica dell'approccio integrato, con interventi ambulatoriali, domiciliari, di rete e residenziali nella strategia della continuità terapeutica.
- attività di raccordo con gli stakeholder sanitari e sociali nonché con le istituzioni coinvolte nei processi di cura.

Il C.S.M. è attivo, per interventi ambulatoriali e/o domiciliari, almeno dodici (n.12) ore al giorno, per sei giorni alla settimana.

Centro Diurno Riabilitativo (C.D.R.)

Il Centro Diurno (C.D.R.) è una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-riabilitative, collocata nel contesto territoriale.

È aperto, di norma, almeno otto ore al giorno per sei giorni a settimana.

È dotato di una propria équipe, eventualmente integrata da operatori di cooperative sociali e organizzazioni di volontariato. Dispone di locali idonei adeguatamente attrezzati.

Nell'ambito di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati, consente di attuare percorsi terapeutici e di sperimentare e apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali individuali e di gruppo, anche ai fini dell'inserimento lavorativo.

ATTO AZIENDALE

Nella tabella 2 vengono dettagliati i singoli centri diurni con la U.O.C. di appartenenza ed i posti letto disponibili.

Le Strutture Intermedie Residenziali (S.I.R.)

La rete delle strutture intermedie residenziali e semiresidenziali fa riferimento a quanto previsto dal DCA della Regione Campania n.11 del 09.02.2018 e dal DCA Regione Campania n.193/2016.

In linea con tale normativa l'accesso alle strutture a gestione diretta avviene tramite redazione di Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (P.T.R.P.) a cura della equipe inviante. All'interno delle strutture vengono individuati posti letto per gli interventi di tipo intensivo (percorsi riabilitativo di durata massima di n. 18 mesi) ed estensivo (percorsi riabilitativo di durata massima di n.36 mesi).

Le strutture vengono inoltre distinte in base alla fascia di età⁸ cui sono destinate:

- Fascia 1 – 16 anni – 25 anni
- Fascia 2 – 25 anni – 45 anni
- Fascia 3 – 45 anni – 65 anni

La rete delle strutture è articolata come indicato nella tabella 3

Tabella 2 - Elenco centri diurni D.S.M.

Denominazione Struttura	Distretto	Livello assistenza	n. Posti accoglienza	Gestione	Servizio afferente
C.D.R. Nocera Inferiore	60	Estensivo	20	Diretta	UOSM 1
C.D.R. Angri	61	Estensivo	20	Diretta	UOSM 2
C.D.R. Mercato san Severino	67	Estensivo	20	Diretta	UOSM 3
C.D.R. Sarno	62	Estensivo	20	Diretta	UOSM 3
C.D.R. Pagani	62	Estensivo	20	Diretta	UOSM 3
C.D.R. Cava De Tirreni	63	Estensivo	20	Diretta	UOSM 4
C.D.R. Castiglione Ravello	63	Estensivo	20	Diretta	UOSM 4
C.D.R. Eboli	64	Estensivo	20	Diretta	UOSM 5
C.D.R. Contursi Terme	64	Estensivo	20	Diretta	UOSM 5
C.D.R. Battipaglia	65	Estensivo	20	Diretta	UOSM 6
C.D.R. Salerno	66	Estensivo	20	Diretta	UOSM 7
C.D.R. Roccasaspide	69	Estensivo	20	Diretta	UOSM 8
C.D.R. Agropoli	70	Estensivo	20	Diretta	UOSM 8
C.D.R. Vallo della lucania	70	Estensivo	20	Diretta	UOSM 9
C.D.R. Sapri	71	Estensivo	20	Diretta	UOSM 9
C.D.R. Esordi psicopatologici	66	Estensivo	20	Diretta	UOSD Esordi
C.D.R. DNA Salerno	66	Estensivo	20	Diretta	UOSD DNA
C.D.R. DNA Nocera Inf,	60	Estensivo	20	Diretta	UOSD DNA
C.D.R. DNA Agropoli	70	Estensivo	20	Diretta	UOSD DNA

⁸ Modulabili a seconda delle necessità assistenziali della popolazione afferente al D.S.M.

ATTO AZIENDALE

Tabella 3 - Elenco strutture intermedie residenziali D.S.M.

Denominazione Struttura	Comune	Livello assistenza	n. Posti letto	Gestione	Fascia d'età
Monteoliveto	Nocera Inf.re	Intensivo/Estensivo	10	Pubblica	3
Rosamunda	Angri	Intensivo/Estensivo	10	Pubblica	2
Villa Agnetti	Cava dei Tirreni	Intensivo/Estensivo	10	Pubblica	2
Via Bastioni	Salerno	Intensivo/Estensivo	10	Pubblica	2
Mariconda D.N.A.	Salerno	Intensivo/Estensivo	12	Mista	1 - 2
Esordi Nocera	Nocera Inf.re	Intensivo	6	Mista	1
Esordi Salerno	Città Salerno	Intensivo	6	Mista	1
Esordi Contursi/Polla	Contursi/Polla	Intensivo	6	Mista	1
Eboli	Comune Eboli	Intensivo/Estensivo	8	Mista	2
Castel Ruggiero	Torre Orsaia	Intensivo/Estensivo	10	Mista	2
Enzo Sarli	Sant'Arsenio	Intensivo/Estensivo	10	Pubblica	3
Roccadaspide	Roccadaspide	Intensivo/Estensivo	10	Mista	3

Day Hospital Psichiatrico territoriale (D.H. e DH/NH)

Il Day Hospital psichiatrico territoriale (DH) costituisce un'area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative a breve e medio termine. Può essere collocato all'interno dell'ospedale anche se gestito in integrazione con il personale delle UU.OO.S.M., con un collegamento funzionale e gestionale con il servizio psichiatrico di diagnosi e cura. Può essere, inoltre, collocato presso strutture esterne all'ospedale in collegamento con il C.S.M. È aperto almeno otto al giorno per sei giorni a settimana. Ha la funzione di:

- Permettere accertamenti diagnostici vari e complessi
- Effettuare trattamenti farmacologici
- Prevedere periodi di osservazione breve, anche prolungata nelle 24 h (day hospital/one night hospital – dh/nh)
- Ridurre il ricorso al ricovero vero e proprio o limitarne la durata.
- L'utente vi accede in base a programmi concordati a cura del CSM di riferimento.

UOC Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (N.P.I.A.)

Quanto assunto presso l'ASL Salerno si è rivelato in linea con gli indirizzi nazionali del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore di Sanità.

Molte patologie psichiatriche 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

ATTO AZIENDALE

Salute Mentale per l'età evolutiva richiede la presenza di équipe multidisciplinari composte di tutte le figure professionali necessarie a garantire il Piano Terapeutico Riabilitativo Personalizzato ad ogni livello di intensità assistenziale (ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale), nel rispetto dei LEA.

Obiettivo del DSM in questa area di intervento è di migliorare e rendere più funzionale l'integrazione tra i servizi di salute mentale dell'età evolutiva e dell'età adulta, specie riguardo ai disturbi psichici adolescenziali e giovanili, con l'elaborazione di progetti che prevedano la creazione di équipe 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.

Vengono implementati appropriati percorsi di continuità terapeutica ed assistenziale omogenei in tutta la ASL Salerno.

In coerenza con il succitato PANSM-2013, si tende a realizzare una rete di Servizi e Strutture, che includa le Strutture Residenziali per gli Esordi, quella per i DCA, i Centri Diurni specifici (meglio individuati infra), e che interagisca con le Strutture di NPIA Aziendali, oltre che con Istituzioni extra aziendali di tipo Sociale, Giudiziarie, Scolastiche.

Tutte le U.O. N.P.I.A. gestiscono:

- 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 presa in carico integrata con la rete esordi;
- La riabilitazione e l'integrazione dei disabili nell'ambiente di vita;
- 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 U.O.C. N.P.I.A. elabora programmi ed emana direttive generali per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi di Neuropsichiatria Infanzia ed Adolescenza. Gestisce l'insieme delle risorse di budget assegnato in funzione di obiettivi annualmente definiti in sede di programmazione.

L'assetto organizzativo nell'area della U.O.C. Neuropsichiatria Infanzia e adolescenza si compone di una struttura complessa e da quattro strutture operative semplici, ovvero:

Denominazione UONPIA	Sede	Distretti di competenza
U.O.S. 1 Sarno	Via Villani 8, Mercato San Severino	DS 61 (Angrì Scafati) DS 62 (Sarno/Pagani) DS 67 (Mercato San Severino)
U.O.S. 2 Cava De Tirreni	Piazza Galdi, Località Pregiato, Cava de Tirreni	DS 60 (Nocera Inferiore) DS 63 (Cava De Tirreni)
U.O.S. 3 Salerno	Via Martin Luther King, Località Mariconda, Salerno.	DS 64 (Eboli/Contursi) DS 65 (Battipaglia) DS 66 (Salerno) DS 68 (Pontecagnano/Faiano)
U.O.S. 4 Agropoli	Ex P.O. Agropoli, Località Marrota, Agropoli.	DS 69 (Capaccio/Roccamare) DS 70 (Agropoli/Vallo della Lucania) DS 71 (Sapri/Camerota) DS 72 (Sala Consilina/Polla)

ATTO AZIENDALE

Sono rispettati, in funzione di SPOKE nuclei distrettuali coordinati dai referenti delle UONPIA come specificato dalla delibera 594 del 10.07.2019.

Gli incarichi di responsabilità di struttura sono conferiti ai dirigenti individuati con specifica Delibera (Del DG n.959 del 02.08.2021).

Nell'ambito delle UU.OO.SS. 1- 3 -4 sono presenti i tre Centri per l'individuazione precoce e trattamento dei Disturbi dello Spettro Autistico.

Le Unità Operative Semplici Dipartimentali (U.O.S.D.)

Tabella - Le Unità semplici Dipartimentali (UU.OO.SS.DD.)

Denominazione Struttura	Sede
Esordi Psicopatologici ed età di transizione	Direzione DSM
Appropriatezza Cure Residenziali e Semiresidenziali - Programmazione ed interventi sulle fragilità in salute mentale	Direzione DSM
Disturbi della Nutrizione e dell'alimentazione (DNA)	Direzione DSM
SPDC Salerno	Presso P.O.
SPDC Nocera Inferiore	Presso P.O.
SPDC Vallo della Lucania	Presso P.O.

Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SS.PP.D.C.) e (D.H.)

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, garantiscono le attività di consulenza e di collegamento al Pronto Soccorso, alla Terapia Intensiva e alle altre Unità Operative del P.O. sono previsti n.3 SPDC di seguito dettagliati:

- **UOSD SPDC Salerno** è situata presso l'A.O.U. "San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona" è attivo il servizio SPDC con 16 PL con afferenza diretta alla direzione del DSM;
- **UOSD SPDC presso P.O. Umberto I Nocera Inferiore** - (16 PL);
- **UOSD SPDC presso P.O. San Luca, Vallo della Lucania** - (16 PL)

In collegamento funzionale con gli SS.PP.D.C. sono attivi n.4 posti letto di Day Hospital per come di seguito indicati:

- DH/NH presso P.O. San Francesco d'Assisi, Oliveto Citra (4 PL)
- DH/NH presso P.O. Martiri di Villa Malta, Sarno (2 PL)

L'ammissione in D.H. è subordinata all'invio della UOSM territorialmente competente per la presa in carico. Il Day Hospital psichiatrico (D.H.) costituisce un'area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico riabilitative a breve e medio termine, collegato con il C.S.M, dotato di adeguati spazi, delle attrezzature e del personale necessario. È aperto almeno otto ore al giorno per sei giorni alla settimana.

Il Day Hospital ha la funzione di:

ATTO AZIENDALE

- Effettuare accertamenti diagnostici vari e complessi;
- Effettuare trattamenti farmacologici;
- Ridurre il ricorso al ricovero vero e proprio o limitarne la durata.

L'utente vi accede in base a programmi concordati tra gli operatori del D.S.M. Nell'ambito della programmazione sanitaria regionale, viene definita la collocazione ed il numero dei posti letto in D.H., considerando che un posto letto in D.H. è equivalente ad un posto letto in S.P.D.C.

Alla Direzione del Dipartimento di Salute mentale afferisce:

U.O.S.D. di Disturbi della Nutrizione e della Alimentazione e la rete dei servizi dedicata

Comprende una Struttura intermedia residenziale (Delibera n° 1152 del 14/12/2017) per la riabilitazione e la cura dei Disturbi dell'Alimentazione a valenza sovra Aziendale/Regionale (Decreto n° 11/2016), ubicata in Salerno e tre Ambulatori/ Centri Diurni di riabilitazione, nonché attività ambulatoriali di psichiatria, psicologia e psicoterapia presso le sedi di:

- Residenza di Salerno con disponibilità di n.20 P.L. (sita in via Martin Luther King, Mariconda);
- Ambulatorio/ Centro Diurno Salerno (sito in via Martin Luther King, Mariconda);
- Ambulatorio/ Centro Diurno Nocera Inferiore (sito in via Federico Ricco n.50);
- Ambulatorio/ Centro Diurno Agropoli (presso ex p.o. Agropoli, località contrada Marrota).

Tale servizio si coordina con il Centro Pilota Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare. (vedi tabella 2 strutture res.).

La Struttura per la riabilitazione nutrizionale residenziale e quelle semiresidenziali della ASL Salerno, sono ispirati alle "Linee di Indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei pazienti con disturbi dell'alimentazione".

I disturbi della nutrizione ed alimentazione e nutrizione (principalmente anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da binge-eating) sono caratterizzati da comportamenti, derivanti da un'eccessiva preoccupazione per il peso e per le forme del corpo, che alterano il sano consumo di cibo e che compromettono significativamente la salute fisica, psichica e le capacità sociali. Insorgono prevalentemente durante l'adolescenza e colpiscono soprattutto il sesso femminile.

La problematica di sanità pubblica relativa ai disturbi della nutrizione ed alimentazione negli ultimi decenni è notevolmente aumentata, con un notevole abbassamento dell'età dell'esordio, sia per l'anoressia, sia per la bulimia. Risulta prioritario cercare di rendere omogeneo, sull'intero territorio nazionale, ogni intervento terapeutico e strutturare programmi multidisciplinari, validati, efficaci ed efficienti. Per questo la Direzione Generale del Ministero della Salute per l'Igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione ha istituito, nel marzo del 2015, un Tavolo di lavoro con assetto multidisciplinare, per la stesura delle prime "Linee di Indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei pazienti con disturbi dell'alimentazione". Il documento è stato approvato in sede di Conferenza Stato Regioni a giugno 2017 e le linee di indirizzo sono pubblicate nel Quaderno del Ministero della Salute n. 29, settembre 2017, diffuso in occasione del workshop nazionale del 7 settembre 2017. Il documento contiene approfondimenti dedicati alla gestione ed all'organizzazione dei servizi anche a livello territoriale.

ATTO AZIENDALE

Gli Obiettivi Generali della riabilitazione nutrizionale, secondo i principi delle "Linee di Indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei pazienti con disturbi dell'alimentazione", sono:

- Affrontare la restrizione dietetica calorica e il sottopeso;
 - Affrontare la restrizione dietetica cognitiva;
 - Correggere le complicanze fisiche della malnutrizione per difetto;
 - Correggere le conseguenze psicosociali della malnutrizione;
 - Raggiungere una condizione di normopeso;
 - Normalizzare il comportamento alimentare;
 - Ripristinare le normali percezioni di fame e sazietà
- Tappe generali della riabilitazione nutrizionale dei pazienti sottopeso;
- Obiettivo di peso da raggiungere;
 - Introito calorico e composizione del piano alimentare;
 - Misurazione e interpretazione del peso;
 - Educazione e coinvolgimento attivo dei pazienti nel processo di recupero di peso;
 - Strategie da suggerire ai pazienti per affrontare i pasti in caso di difficoltà;
 - Affrontare il mantenimento del peso e la restrizione dietetica cognitiva residua.

Alla base del trattamento nutrizionale dei DA è fondamentale l'approccio multidimensionale, interdisciplinare e multi professionale integrato per una gestione programmata degli interventi nutrizionali, organizzata in modo da essere coordinata con le terapie mediche e psicologiche.

Tali procedure richiedono, altresì una flessibilità ed una originalità del management dei PDTA interni con un coerente riscontro negli atti gestionali ed amministrativi per l'approvvigionamento ed il supporto al governo clinico.

U.O.S.D. Esordi psicopatologici ed età di transizione

Gli esordi psicopatologici e l'età di transizione

Il Piano Nazionale Salute Mentale (2013) sostiene la necessità di dare avvio ad esperienze cliniche sperimentali dedicate alla fascia adolescenziale, ponendo particolare attenzione agli esordi di disturbi psicologici gravi e alla necessità di integrazione con i servizi di salute mentale dedicati agli adulti.

La gestione degli esordi (psicopatologici in generale e di quelli psicotici in particolare) rappresenta una priorità la cui strategia organizzativa è indispensabile per la corretta programmazione e gestione della rete dei servizi a tutela della salute mentale della popolazione. Tali servizi devono rispettare il principio della recovery e coinvolgere i contesti sociali per facilitare l'espletamento di ruolo dell'adolescente o del giovane adulto in coerenza con il proprio contesto di vita.

Le azioni che si intendono promuovere possono essere sintetizzate nel raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- Ridurre l'evoluzione del disagio mentale e lo sviluppo dei danni caratterizzati dalla cronicità dei disturbi;

ATTO AZIENDALE

- Facilitare l'integrazione dei servizi della rete esordi, a supporto delle persone alla prima esperienza di disagio con potenziale involutivo importante;
- Permettere l'erogazione delle cure in maniera omogenea su tutto il territorio;
- Favorire un raccordo sistematico tra le famiglie, il mondo della scuola, la rete della medicina di base, i servizi sociali e le unità operative di neuropsichiatria infantile e di salute mentale.

La U.O.S.D. Esordi psicopatologici ed età di transizione coordina e sovrintende in maniera trasversale a tali processi assumendo un livello di responsabilità relativamente alla adozione di modelli operativi chiari ed uniformi al fine di garantire agli utenti e alle famiglie un accompagnamento virtuoso nel percorso di cura nelle fasi della vita in cui si fa per la prima volta esperienza di un disturbo mentale (esordio).

Elabora e definisce protocolli e linee guida per la applicazione del P.D.T.A. che consentono:

- L'individuazione e valutazione di stati mentali a rischio di transizione psicotica;
- Il trattamento precoce ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale secondo metodiche validate e basate sulla evidenza attraverso la effettiva integrazione dei servizi di salute mentale per gli adulti ed i servizi N.P.I.A.

Favorisce, sovrintende e coordina la formazione degli operatori orientata alla diffusione dei modelli del "recovery" ed alla integrazione tra i servizi NPIA ed i servizi di salute mentale degli adulti.

La U.O.S.D. Esordi psicopatologici ed età di transizione sovrintende sul piano gestionale ed organizzativo, con proprie risorse di budget assegnate, alle attività della Rete Esordi del D.S.M. Asl Salerno che comprende n. 2 Strutture intermedie residenziali con sede a Salerno e Nocera Inferiore, ognuna con disponibilità di n. 12 p.l. e n.2 Centri Diurni Riabilitativi attigui alle residenze, dove di realizzano interventi terapeutico riabilitativi individualizzati a carattere intensivo negli esordi psicopatologici dell'adolescente e del giovane adulto.

U.O.S.D. Appropriatelyzza cure residenziali e semiresidenziali - Programmazione ed interventi sulle fragilità in Salute Mentale

Governa la rete di Strutture intermedie del DSM in funzione dell'appropriatezza, dei percorsi terapeutico-assistenziali, dei turn-over e della valorizzazione della rete stessa, in relazione agli specifici bisogni di cura e riabilitazione degli utenti, mediante l'interazione con le UU.OO.S.M. sede delle Strutture e con il personale dedicato.

Eroga i seguenti servizi:

- Assicurare azioni concrete per il raggiungimento di migliori livelli di appropriatezza;
- Garantire la migliore utilizzazione in modo coordinato ed integrato delle risorse attribuite;
- Favorire la personalizzazione e l'umanizzazione degli interventi;
- Elaborare in modo condiviso protocolli operativi e linee guida

Inoltre supporta la direzione e le strutture dipartimentali nella governance dei processi gestionali e professionali che sottendono all'intero sistema. La struttura organizzativa è impegnata ad aggregare tutte le attività assistenziali socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria. Svolge funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento delle attività in staff alla direzione dipartimentale, accentrando le competenze

ATTO AZIENDALE

precedentemente delegate agli uffici sociosanitari dei distretti, in relazione ai Piani di Zona.

Da tempo sono attive nel D.S.M. specifici percorsi di cura per aree di fragilità di particolare interesse per i Servizi di Salute Mentale definiti nel Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale ministeriale come aree di

Programmi speciali di integrazione

- Stranieri Temporaneamente Presenti.

Al fenomeno dell'immigrazione sono correlate le azioni poste in essere dal DSM rivolte ai migranti (titolari e/o richiedenti di protezione internazionale e minori stranieri non accompagnati) che sono sottoposti a particolari contesti di vita stressanti che danno esito a vulnerabilità.

Il D.S.M., oltre a garantire il coinvolgimento in specifici progetti aziendali, opera un'azione di monitoraggio in relazione ai dati di contatto registrati nelle strutture ad esso afferenti, ai percorsi in carico in queste attività.

Di seguito i progetti in essere:

- Pending (fondo ministeriale asilo, migrazione ed integrazione 2014-2021);
- Cross learning (Migrazione legale - ON 3 – Capacity building - lett. J);
- R.I.T.M.I (Capacity building – fondi FAMI ministero).

Mette in atto azioni per la co-progettazione, di percorsi di cura a valenza socio-sanitaria con il terzo settore, le associazioni di volontariato ed i Piani Zona, volti a favorire la permanenza degli utenti dimessi nel proprio ambiente familiare, sociale e di vita attraverso l'implementazione di PTRI finanziati con la metodologia del Budget di Salute.

La UOSD si prefigge di rendere il Budget di Salute strumento sempre più consolidato nelle pratiche del DSM, di supportare, garantire e favorire nei Servizi le iniziative progettuali abilitative mediante l'utilizzo e un'appropriata applicazione di protocolli condivisi e definiti in ambito nazionale e regionale, di valutazione multidimensionale e multiprofessionale, di strutturazione del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato, di monitoraggio dello stesso, e di predisposizione dell'accordo di attuazione del budget di salute da sottoscrivere con le parti coinvolte.

Aree dipartimentali “Bisogni primari”

Da tempo sono attive nel D.S.M. specifici percorsi di cura per aree di fragilità di particolare interesse per i Servizi di Salute Mentale definiti nel Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale ministeriale come aree di “Bisogni primari”.

Nell'Area Dipartimentale dei “Bisogni primari” si integrano e coordinano gli interventi garantendo la omogeneità dei percorsi anche attraverso la elaborazione di Linee di Indirizzo a valenza dipartimentale. Interagisce con gli stakeholders istituzionale e con le UU.OO.C. e le UU.OO.S.D. del D.S.M comprendendo le seguenti specifiche linee di intervento:

ATTO AZIENDALE

In tale Area si integrano e coordinano gli interventi garantendo la omogeneità dei percorsi anche attraverso la elaborazione di Linee di Indirizzo a valenza dipartimentale. Interagisce con gli stakeholders istituzionale e con le UU.OO.C. e le UU.OO.S.D. del D.S.M comprendendo le seguenti specifiche linee di intervento:

- **CENTRO TIME OUT**

Il Centro per il Trattamento dei comportamenti aggressivi nella violenza di genere è attivo presso la U.O.S.M. n. 6 e la U.O.S.M. n. 7.

La violenza di genere, intesa nel senso più ampio, sia femminile sia maschile, rappresenta una grave violazione dei diritti umani e della persona. Inoltre, per combattere ed arginare il fenomeno, oltre al sostegno psicofisico verso il soggetto che subisce la violenza, bisogna indirizzare l'attenzione anche verso il suo autore attraverso un programma di prevenzione e di trattamento comportamentale delle manifestazioni violente.

Il Centro "Time Out", sulla base della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica (Convenzione di Istanbul), approvata dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa il 7 aprile 2011 punta ad organizzare interventi e programmi volti ad incoraggiare gli autori delle violenze ad adottare un comportamento non violento, aiutandoli a diventare consapevoli delle loro azioni e ad assumersi le loro responsabilità. Un secondo obiettivo punta ad offrire la possibilità agli autori di violenza di seguire un programma di trattamento, non come alternativa alla sentenza di condanna, ma come misura aggiuntiva volta a prevenire futura violenza (la partecipazione a tali programmi dovrebbe essere su base volontaria). Questi obiettivi sono realizzati attraverso una cooperazione e coordinamento tra programmi di trattamento rivolti agli uomini ed a coloro che lavorano per la tutela e la protezione delle donne.

- **D.I.G.**

Il consultorio per il benessere delle persone transessuali è dedicato a quanti vivono i complessi problemi legati alla definizione della propria identità sessuale, attua interventi di sensibilizzazione, presa in carico, counseling, supporto psicologico, approfondimenti specialistici per l'inquadramento complessivo al fine di garantire il necessario sostegno alle persone transessuali, omosessuali e alle loro famiglie. L'ambulatorio è attualmente allocato presso gli spazi della U.O.S.M. n. 7.

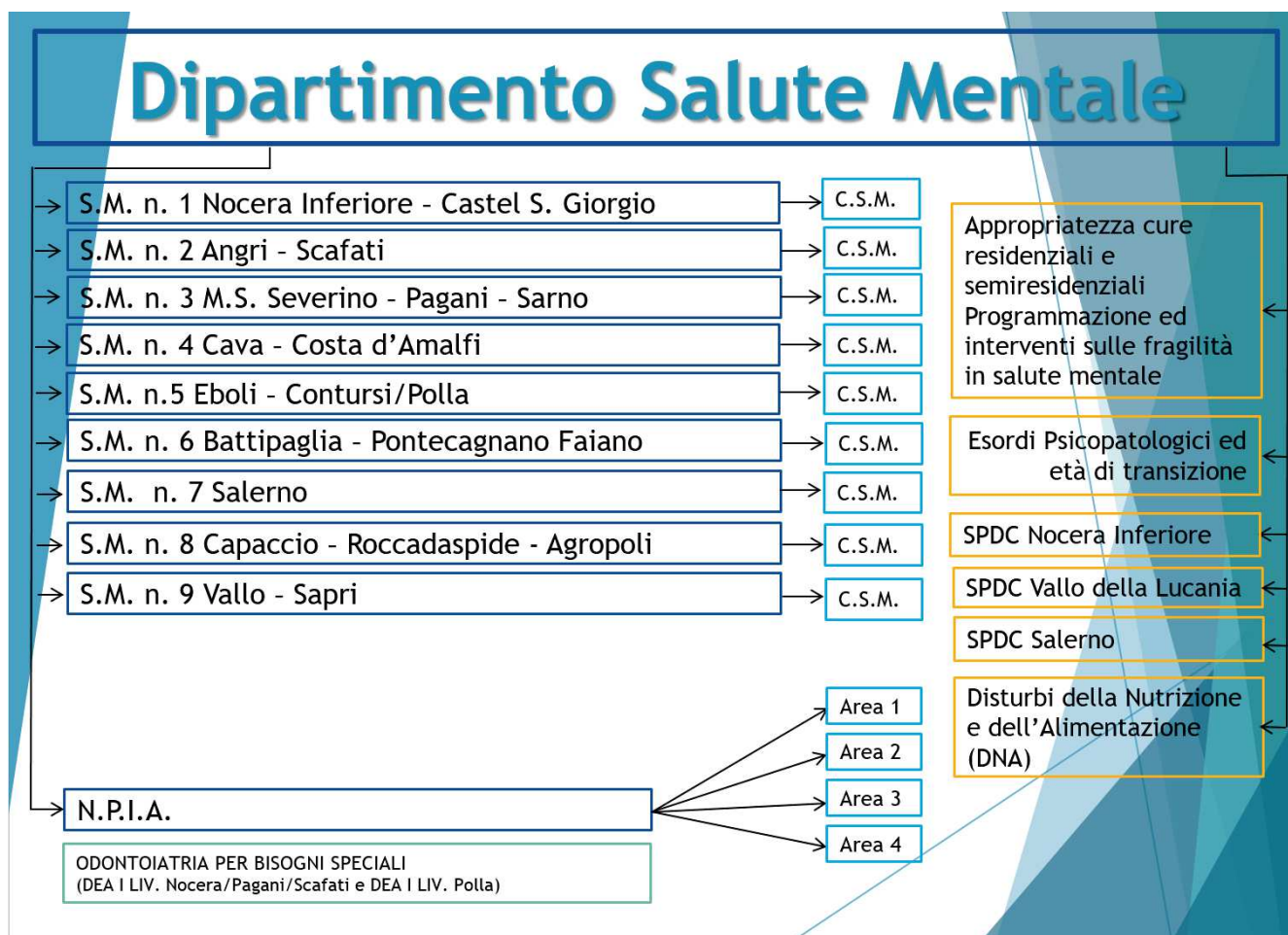
- **SERVIZIO DIPARTIMENTALE DI ODONTOIATRIA PER BISOGNI SPECIALI**

Il Servizio dipartimentale di Odontoiatria è funzionalmente integrato nel DSM. Esso è rivolto a persone con disabilità fisica, psichica, in terapia anticoagulante, a rischio biologico o in condizione di tossicodipendenza e comunque a tutti coloro che per malattie sistemiche o deficit psicofisici creano difficoltà operative all'Odontoiatra e necessitano pertanto di metodiche di approccio, di modalità di intervento ambulatoriali ospedaliero, di tempi di lavoro differenziati rispetto a quelli delle normali attività di routine. È speciale perché speciali sono le loro necessità. Tale disciplina adotta, pratica e sperimenta strategie di approccio, di prevenzione e di cura tese ad inverare anche in queste persone un reale diritto alla salute.

Tale servizio dipartimentale si articola in una rete di punti di accesso ospedalieri (DEA I Liv. Nocera/Pagani/Scafati e DEA I Liv. Polla) e territoriali (Salerno - M.S. Severino - Eboli - Agropoli) forniti con riuniti attrezzati che esercita interventi di prossimità per tutti gli utenti portatori di questi bisogni con accesso anche per terapie domiciliari con possibilità di attivazione di interventi ospedalieri

ATTO AZIENDALE

per i casi che necessitano di cure che prevedono anestesia ed interventi più complessi.



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.

ATTO AZIENDALE

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.

Il Dipartimento delle Dipendenze è funzionalmente collegato all'UOSD Tossicologia per la condivisione del percorso di cura dei pazienti affetti da dipendenza.

Dipartimento delle Dipendenze	
UOC	SER.D. Battipaglia – Capaccio/Roccamare
UOC	SER.D. Cava de' Tirreni/ Costa d'Amalfi – Nocera Inferiore
UOC	SER.D. Salerno
UOC	SER.D. Vallo della Lucania – Agropoli – Sapri – Sala Consilina
UOSD	Disturbo Duale e New Addiction

UOSD Disturbo Duale e New Addiction

Il panorama delle dipendenze negli ultimi quindici anni ha subito una veloce e significativa trasformazione che evidenzia come, accanto alle addiction mediate dall'uso di sostanze, siano cresciute in maniera

ATTO AZIENDALE

esponenziale le addiction senza sostanza o comportamentali denominate anche New Addiction (gioco di azzardo, gaming, internet addiction, dipendenza da social media, shopping compulsivo, sex addiction, ecc.) incluse nel DSM-5.

Gli studi dell'European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) Italia mostrano che circa il 10% degli studenti ha fatto un uso problematico di Internet. Nel 2021 gli studenti che hanno avuto questo pattern di comportamento sono stati quasi il 14% del totale. La propensione al rischio diminuisce col crescere della loro età (16% fra i 15enni contro il 9,9% fra i 19enni). In generale, il trend dell'uso problematico di Internet è in aumento; si è passati dall'8,8% del 2011, al 13,9% del 2021.

In Italia nel 2018 il 36,4 per cento della popolazione maggiorenne - poco più di 20 milioni di persone- aveva dichiarato di aver giocato d'azzardo almeno una volta nei 12 mesi precedenti. Secondo uno studio dell'ISS sono un milione e mezzo i "giocatori problematici".

Per quanto riguarda il gioco patologico o Gaming la recente indagine della sorveglianza Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), condotta su un campione rappresentativo di adolescenti di 11, 13 e 15 anni, ha stimato una prevalenza di gaming disorder tra gli 11enni pari al 30,9%; tra i 13enni pari al 28,9% e tra i 15enni pari al 22,1%.

Il risultato dell'avvento delle nuove tipologie di addiction è la trasformazione della platea e del profilo delle persone con tali problemi le cui cause sono essenzialmente due:

1. La rapida ascesa tra adolescenti e giovani adulti (14-25 anni) dell'uso di sostanze ad alto impatto sulla salute psichica (alcol, cannabis, cocaina, ecstasy) e delle cosiddette new addiction con incremento dei disturbi psicopatologici, che si esplicitano nella compromissione del funzionamento sociale, familiare, scolastico o lavorativo della persona.
2. La significativa incidenza sempre nella popolazione giovanile del fenomeno della cosiddetta Doppia Diagnosi, o più correttamente Disturbo Duale (in inglese "Dual Disorder") definito come la «coesistenza nel medesimo individuo di un disturbo dovuto al consumo di sostanze psicoattive e di un altro disturbo psichiatrico» (OMS, 1995).

Le sostanze psicoattive presentano una significativa coesistenza con i seguenti disturbi psichiatrici: disturbi d'ansia, disturbo depressivo maggiore, ADHD, disturbo bipolare. Nel caso delle dipendenze comportamentali si osserva inoltre comorbidità con dipendenze da sostanze e tra diverse dipendenze comportamentali. In sintesi si rileva una crescente incidenza della comorbidità fra dipendenze comportamentali e dipendenze da sostanze e di entrambe con i disturbi psichiatrici predetti.

Secondo la letteratura scientifica internazionale e le indagini epidemiologiche sui problemi correlati all'uso di sostanze psicoattive, i disturbi correlati al consumo di alcol e droghe presentano una diversa percentuale di espressione nei pazienti affetti dalle seguenti patologie psichiche: 30% nei soggetti con disturbi depressivi; 50% nei pazienti con disturbo bipolare; 50% nei pazienti schizofrenici; 30% nei soggetti con disturbi d'ansia; 23% nei pazienti con disturbi fobici; 80% nel disturbo di personalità antisociale.

L'UOSD Disturbo Duale e New Addiction si pone come struttura aziendale di riferimento e di coordinamento per l'elaborazione e l'attuazione di protocolli e programmi innovativi basati sull'integrazione tra Dipartimento delle Dipendenze e Dipartimento di Salute Mentale nel campo della ricerca, della formazione, della prevenzione, della diagnosi e del trattamento multidimensionale delle addiction comportamentali e della comorbidità psichica.

ATTO AZIENDALE

La struttura specialistica dell'UOSD deputata ai programmi di trattamento residenziale e semiresidenziale del Disturbo Duale e delle New Addiction è il Centro di Psicopatologia delle Addiction, che è ubicata presso l'ex plesso ospedaliero SS. Annunziata in S. Arsenio e ospita la Comunità Terapeutica "Terrafutura", che svolge programmi riabilitativi di tipo intensivo-estensivo.



Il Dipartimento Farmaceutico

Le specifiche competenze in materia di Governo Clinico del Farmaco, indirizzate all'appropriatezza nell'utilizzo dei farmaci, dei dispositivi medici e degli altri beni sanitari correlati alla cura, oltre che alla valutazione economica delle tecnologie sanitarie, ricoprono una valenza strategica per l'Azienda ai fini della formulazione del budget, della selezione e gestione delle procedure di acquisto e degli approvvigionamenti, nonché delle altre funzioni caratterizzanti l'erogazione, la vigilanza, il controllo ed il monitoraggio dell'Assistenza Farmaceutica.

Le diverse esperienze già attive e realizzate a livello nazionale, per come indicato anche dalla Regione Campania, confermano l'opportunità dell'istituzione di un Dipartimento Farmaceutico al fine di consentire, in un territorio vasto e differenziato come quello della A.S.L. di Salerno, di assolvere in modo omogeneo ed organico alle molteplici attività legate all'intero processo di governo dei farmaci, dei dispositivi medici e degli altri beni a valenza terapeutica. Il Dipartimento contribuisce, così, ai processi di programmazione e gestione dei beni sanitari, con capacità propositiva e progettuale, ai fini del raggiungimento dell'obiettivo di qualificazione della spesa farmaceutica e dei relativi fabbisogni dell'area ospedaliera, dell'area territoriale e dell'assistenza farmaceutica convenzionata. Individua, inoltre, aree comuni di intervento a garanzia dell'uniformità sui criteri di gestione di tutti i beni sanitari nelle diverse articolazioni aziendali così da evitare comportamenti non omogenei.

Il Dipartimento Farmaceutico è una struttura complessa ed interdisciplinare; il suo focus di attività è rappresentato dall'approvvigionamento, dall'erogazione, dal controllo, comprese le attività di vigilanza di competenza, e dal monitoraggio dell'Assistenza Farmaceutica ospedaliera, territoriale, convenzionata, rappresentando altresì il momento di sintesi e di integrazione di tutti i percorsi intra e interaziendali in materia farmaceutica. Si connota per la forte trasversalità interna e nei confronti degli interlocutori esterni all'Azienda del contesto territoriale di riferimento (MMG e PLS, medici specialisti ospedalieri e territoriali, farmacisti ospedalieri, farmacisti convenzionati e farmacisti operanti negli esercizi commerciali convenzionati con il SSR). Si avvale di specifiche competenze in materia di Governo Clinico dei farmaci e dei dispositivi medici, indirizzate all'appropriatezza e alla vigilanza nel loro utilizzo, oltre che alla valutazione economica delle tecnologie sanitarie. Svolge, inoltre, un ruolo di formazione nell'ambito aziendale attraverso lo strumento dell'informazione indipendente e documentazione sull'uso dei farmaci e dei dispositivi medici, oltre a compiti di tutela e promozione della salute attraverso il loro uso razionale ed appropriato, garantendo l'assistenza farmaceutica diretta e convenzionata agli assistiti della ASL nel rispetto della normativa vigente.

Il Dipartimento Farmaceutico svolge anche attività autorizzativa e ispettiva sulla filiera del farmaco, gestisce le attività distributive del farmaco e dei dispositivi medici, oltre che degli altri materiali sanitari, 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 all'Unità Operativa amministrativa individuata per gli acquisti. Al Dipartimento Farmaceutico sono anche assegnati compiti di farmacovigilanza e dispositivo-vigilanza, sia sotto il profilo organizzativo che operativo, con raccolta e inserimento delle segnalazioni nella rete ministeriale.

Il Dipartimento Farmaceutico promuove interventi finalizzati a razionalizzare l'uso delle risorse rivolte al farmaco con azioni sul momento prescrittivo ed erogativo, 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. Partecipa, con le altre strutture

ATTO AZIENDALE

aziendali competenti, alla formulazione dei prontuari e dei repertori aziendali, con riferimento alle indicazioni del Tavolo Tecnico regionale.

Al Direttore di Dipartimento sono assegnati compiti di organizzazione, monitoraggio/controllo e partecipazione alle attività legate all'evoluzione del ruolo svolto dall'assistenza farmaceutica, quali:

- Pianificazione e controllo della spesa (partecipazione alla redazione dei prontuari e repertori aziendali, alle attività di budget e controllo di gestione, monitoraggio, rendicontazione dei flussi informativi, etc.);
- Valutazione sistematica delle tecnologie (HTA);
- Controllo dell'appropriatezza prescrittiva ed audit;
- Rilevazione dati sulle terapie farmacologiche e sulla pharmaceutical care;
- Organizzazione e governo degli approvvigionamenti alle uu.oo. E ai servizi aziendali, della distribuzione diretta (l. 405/01 e s.m.i.) E della distribuzione per conto;
- Analisi di farmacoutilizzazione, farmacoepidemiologia, farmacoeconomia;
- Promozione di attività di formazione;
- Vigilanza sulle farmacie convenzionate, sui depositi all'ingrosso dei medicinali per uso umano, sulle parafarmacie e sugli esercizi commerciali convenzionati;
- Attività connesse al miglioramento della qualità e al controllo del rischio clinico (stesura di procedure, protocolli, istruzioni operative);
- Partecipazione a tutti i percorsi di integrazione assistenziale ospedale-territorio;
- Partecipazione ai processi delle UCAD, dei NOC e delle Unità di Valutazione integrata.

Alla realizzazione dell'HUB Centralizzato Territoriale di Logistica e Approvvigionamento del Farmaco, il Dipartimento verrà rimodulato in base alle nuove esigenze Aziendali. Nelle more della realizzazione del suddetto HUB gli incarichi attribuiti saranno assegnati in via provvisoria.

Articolazioni del Dipartimento Farmaceutico

Dipartimento Farmaceutico	
UOC	Assistenza Farmaceutica Distrettuale Area Centro (DD.SS. 64 65 66 67 68)
UOC	Assistenza Farmaceutica Distrettuale Area Nord (DD.SS. 60 61 62 63)
UOC	Assistenza Farmaceutica Distrettuale Area Sud (DD.SS. 69 70 71 72)
UOC	Farmacia Ospedaliera Area Centro (DEA Eboli Battipaglia Roccaspinosa; P.O. Oliveto Citra)
UOC	Farmacia Ospedaliera Area Nord (DEA Nocera Scafati Pagani; P.O. Sarno)
UOC	Farmacia Ospedaliera Area Sud (DEA Vallo della Lucania Agropoli; PP.OO. Sapri – Polla)
UOC	Governo del Farmaco
UOSD	Assistenza Farmaceutica Convenzionata
UOS	Servizio DPC
UOSD	Farmacovigilanza
UOSD	Logistica e approvvigionamento
UOSD	UFA - Laboratorio Galenico

ATTO AZIENDALE

Assistenza Farmaceutica Ospedaliera

All'interno del Dipartimento Farmaceutico, l'**Assistenza Farmaceutica Ospedaliera** svolge l'insieme delle funzioni che devono essere garantite nell'ambito di ogni Presidio Ospedaliero, le quali possono essere sinteticamente riassunte nelle seguenti linee di attività:

- Approvvigionamento e logistica;
- Erogazione del primo ciclo terapeutico alla dimissione da ricovero e all'esito della visita specialistica ambulatoriale;
- Contabilità per centri di costo;
- Vigilanza sugli armadi di reparto;
- Sorveglianza sulle procedure e sui protocolli adottati nella struttura;
- Galenica (preparazioni nutrizionali, galeniche e magistrali, officinali e specifiche);
- Informazione e documentazione sul farmaco e sui dispositivi medici;
- Farmacovigilanza, dispositivo-vigilanza e cosmetico-vigilanza;
- Farmacoepidemiologia ospedaliera;
- Partecipazione a commissioni tecniche aziendali e dipartimentali;
- Alimentazione dei flussi informativi farmaceutici.

Assistenza farmaceutica territoriale

L'Assistenza Farmaceutica Territoriale trova, invece, il suo ambito di attività in tutte le funzioni di interesse farmaceutico fortemente ampliate nella crescente territorializzazione dell'assistenza, finalizzata ad offrire una risposta adeguata ed attualizzata ai reali bisogni di salute. Il baricentro del SSN si va spostando, infatti, dall'ospedale al territorio, in particolare per quanto attiene alla gestione delle cronicità e delle fragilità, oltre che alle prestazioni sanitarie di base. In questo contesto, l'Assistenza Farmaceutica Territoriale deve assolvere ad un compito trasversale sul territorio di competenza per garantire l'uniformità delle procedure e l'equità dell'offerta e dell'accesso alla cura; deve, inoltre, svolgere un'attività capillare calata nelle diversità distrettuali del territorio di competenza, ricoprendo il ruolo di unità organizzativa importante e pienamente partecipe del sistema integrato e sinergico per la realizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale rappresentato dal Distretto Sanitario. Il territorio del Distretto Sanitario costituisce l'ambito strategico-istituzionale in cui realizzare, direttamente o per il tramite dei soggetti convenzionati, l'Assistenza Farmaceutica Territoriale e la gestione del rischio clinico connesso.

Le funzioni di Assistenza Farmaceutica Territoriale sono assicurate attraverso l'articolazione dei Servizi Farmaceutici insistenti nei Distretti Sanitari della A.S.L. e rivolte ai cittadini secondo disposizioni di leggi nazionali e regionali; nell'ambito del Distretto di competenza, esse si occupano dell'erogazione diretta dei farmaci e dispositivi medici in applicazione alle disposizioni nazionali e regionali (legge 648/96, legge 405/2001 e ss.mm.ii., etc.), di distribuzione di medicinali, dispositivi medici, vaccini, ausili e materiale sanitario vario alle UU.OO. territoriali, Strutture residenziali, Strutture carcerarie, Hospice, Servizi di assistenza domiciliare, oltre che del periodico controllo degli armadi di reparto delle strutture di competenza.

L'organizzazione dell'assistenza diretta territoriale, non potendo logicamente rispondere a criteri di massima

ATTO AZIENDALE

capillarità quale quella della rete delle farmacie convenzionate, deve essere improntata alla qualità dell'assistenza offerta ed alla ottimizzazione funzionale delle risorse: il paziente, pertanto, deve essere al centro dell'offerta e a lui deve essere garantito l'accesso a tutte le prestazioni in considerazione delle caratteristiche di accesso, ma indipendentemente dai vincoli territoriali.

Le attività dell'Assistenza Farmaceutica Territoriale sono, ovviamente, sempre indirizzate al paziente, sia che vengano erogate direttamente, oppure al suo domicilio, nelle strutture aziendali residenziali e semiresidenziali, sia che vadano a servire le prestazioni rese al paziente dalle UU.OO. distrettuali. Tali attività sono organizzate distinguendo le funzioni che le caratterizzano secondo la peculiarità e la complessità delle stesse, assicurando una visione unitaria ed integrata delle attività di programmazione, monitoraggio e controllo ed un'attività assistenziale, distintamente declinata nelle complesse componenti di **Assistenza Farmaceutica Convenzionata ed Assistenza Farmaceutica Territoriale**.

Tutta l'Assistenza Farmaceutica Territoriale è gestita dai Servizi Farmaceutici distrettuali, assicurando in tal modo l'accesso del paziente alla struttura ospedaliera solo per i motivi che attengono al ricovero nelle sue diverse forme ed alla dimissione, consentendo ai Servizi di Farmacia ospedaliera di svolgere appieno le funzioni correlate al core-business della struttura di appartenenza, nonché l'erogazione del primo ciclo terapeutico e la collaborazione alle diverse forme di continuità assistenziale ospedale-territorio.

I Servizi Farmaceutici distrettuali, come i Servizi di Farmacia ospedaliera, che devono comunque agire in sinergia fra di loro, in virtù del coordinamento garantito dal Dipartimento Farmaceutico, operano in applicazione agli indirizzi del Dipartimento ed in collaborazione con i Servizi distrettuali delle cure primarie e con l'Area della farmaceutica convenzionata.

U.O.C. Governance del Farmaco

All'U.O.C. sono attribuite funzioni di programmazione, sviluppo, coordinamento e controllo dell'assistenza farmaceutica interna e convenzionata.

Le principali linee di attività di questa U.O.C. possono essere così sinteticamente riassunte:

- Assistenza farmaceutica distrettuale;
- Assistenza farmaceutica convenzionata;
- Distribuzione per conto dei medicinali ed integrazione ospedale-territorio;
- Analisi e monitoraggio della spesa farmaceutica interna e convenzionata;
- Analisi di farmacoutilizzazione, farmacoepidemiologia e farmacoconomia;
- Gestione dei flussi informativi sull'assistenza farmaceutica;
- Vigilanza;
- Farmacovigilanza, dispositivo-vigilanza e cosmetico-vigilanza;
- Documentazione e informazione sul farmaco e sui dispositivi medici.

UOSD Assistenza farmaceutica convenzionata

Il Servizio Sanitario Nazionale garantisce attraverso le farmacie convenzionate la fornitura dei medicinali appartenenti alla classe a) di cui alla legge 24 dicembre 1993, n. 537 (art. 8, comma 10), ossia "farmaci

ATTO AZIENDALE

essenziali e farmaci per malattie croniche", la cui erogazione non sia affidata direttamente alle strutture sanitarie regionali.

La Farmaceutica Convenzionata in particolare è deputata:

- All'attività istruttoria e alle funzioni di vigilanza sulle farmacie convenzionate pubbliche e private, sui dispensari farmaceutici, sui depositi all'ingrosso di farmaci per uso umano e sui distributori e/o depositi di farmaci e di gas medicali, sulle parafarmacie;
- Alla predisposizione del ruolo per la liquidazione delle competenze mensili a favore delle farmacie e degli esercizi commerciali convenzionati;
- Al controllo della convenzione con le farmacie aperte al pubblico ed analisi epidemiologica della prescrizione farmaceutica;
- All'organizzazione, attivazione, gestione, monitoraggio e controllo della materia inerente alla farmacia dei servizi;
- Alla partecipazione alle commissioni aziendali di vigilanza, indennità di residenza a favore dei farmacisti rurali, commissioni distrettuali (ucad e noc) per la valutazione delle prescrizioni farmaceutiche non conformi alle limitazioni e alle condizioni stabilite dall'aifa (legge n. 425/96 e s.m.i. Ed accordo nazionale mmg e pls) e tutti gli altri adempimenti previsti dalla normativa vigente.

UOS Servizio DPC

La **Distribuzione Per Conto (DPC)**, disciplinata da indicazioni nazionali e regionali, in particolare il DCA n. 97/2016, è una modalità di distribuzione diretta di alcuni farmaci di classe A (a carico del SSN) compresi in un apposito elenco istituito dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) nel 2004 e da questa periodicamente aggiornato, denominato "PHT - Prontuario della distribuzione diretta per la presa in carico e la continuità assistenziale Ospedale-Territorio". Esso comprende farmaci che richiedono la redazione di un apposito piano terapeutico da parte di medici specialisti di Centri Prescrittori individuati dalla Regione e il follow up frequente del paziente in trattamento. I farmaci oggetto del servizio vengono acquistati dalla ASL secondo le condizioni previste per le forniture alle strutture pubbliche, depositati presso il magazzino di uno o più distributori scelti d'intesa con le farmacie convenzionate, le quali non possono avere giacenze di questi farmaci, e poi distribuiti dalle farmacie stesse su presentazione da parte del paziente di una ricetta del SSN.

UOSD Farmacovigilanza

La farmacovigilanza è l'insieme delle attività che contribuiscono alla tutela della salute pubblica. Esse infatti sono finalizzate all'identificazione, valutazione, comprensione e prevenzione degli effetti avversi o di qualsiasi altro problema correlato all'uso dei medicinali, per assicurare un rapporto beneficio/rischio favorevole per la popolazione. I dati sulla sicurezza dei farmaci possono essere ricavati da differenti fonti: segnalazioni di sospette reazioni avverse (spontanee e non), studi clinici, letteratura scientifica, rapporti inviati dalle industrie farmaceutiche, ecc.

L'Azienda promuove programmi e studi di farmacovigilanza attiva con l'obiettivo di aumentare le conoscenze sui medicinali e definire meglio la loro sicurezza d'uso, migliorare le modalità con cui vengono utilizzati, stabilire un profilo di sicurezza che meglio corrisponda alla reale pratica medica e descrivere in

ATTO AZIENDALE

essenziali e farmaci per malattie croniche", la cui erogazione non sia affidata direttamente alle strutture sanitarie regionali.

La Farmaceutica Convenzionata in particolare è deputata:

- All'attività istruttoria e alle funzioni di vigilanza sulle farmacie convenzionate pubbliche e private, sui dispensari farmaceutici, sui depositi all'ingrosso di farmaci per uso umano e sui distributori e/o depositi di farmaci e di gas medicali, sulle parafarmacie;
- Alla predisposizione del ruolo per la liquidazione delle competenze mensili a favore delle farmacie e degli esercizi commerciali convenzionati;
- Al controllo della convenzione con le farmacie aperte al pubblico ed analisi epidemiologica della prescrizione farmaceutica;
- All'organizzazione, attivazione, gestione, monitoraggio e controllo della materia inerente alla farmacia dei servizi;
- Alla partecipazione alle commissioni aziendali di vigilanza, indennità di residenza a favore dei farmacisti rurali, commissioni distrettuali (ucad e noc) per la valutazione delle prescrizioni farmaceutiche non conformi alle limitazioni e alle condizioni stabilite dall'aifa (legge n. 425/96 e s.m.i. Ed accordo nazionale mmg e pls) e tutti gli altri adempimenti previsti dalla normativa vigente.

UOS Servizio DPC

La **Distribuzione Per Conto (DPC)**, disciplinata da indicazioni nazionali e regionali, in particolare il DCA n. 97/2016, è una modalità di distribuzione diretta di alcuni farmaci di classe A (a carico del SSN) compresi in un apposito elenco istituito dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) nel 2004 e da questa periodicamente aggiornato, denominato "PHT - Prontuario della distribuzione diretta per la presa in carico e la continuità assistenziale Ospedale-Territorio". Esso comprende farmaci che richiedono la redazione di un apposito piano terapeutico da parte di medici specialisti di Centri Prescrittori individuati dalla Regione e il follow up frequente del paziente in trattamento. I farmaci oggetto del servizio vengono acquistati dalla ASL secondo le condizioni previste per le forniture alle strutture pubbliche, depositati presso il magazzino di uno o più distributori scelti d'intesa con le farmacie convenzionate, le quali non possono avere giacenze di questi farmaci, e poi distribuiti dalle farmacie stesse su presentazione da parte del paziente di una ricetta del SSN.

UOSD Farmacovigilanza

La farmacovigilanza è l'insieme delle attività che contribuiscono alla tutela della salute pubblica. Esse infatti sono finalizzate all'identificazione, valutazione, comprensione e prevenzione degli effetti avversi o di qualsiasi altro problema correlato all'uso dei medicinali, per assicurare un rapporto beneficio/rischio favorevole per la popolazione. I dati sulla sicurezza dei farmaci possono essere ricavati da differenti fonti: segnalazioni di sospette reazioni avverse (spontanee e non), studi clinici, letteratura scientifica, rapporti inviati dalle industrie farmaceutiche, ecc.

L'Azienda promuove programmi e studi di farmacovigilanza attiva con l'obiettivo di aumentare le conoscenze sui medicinali e definire meglio la loro sicurezza d'uso, migliorare le modalità con cui vengono utilizzati, stabilire un profilo di sicurezza che meglio corrisponda alla reale pratica medica e descrivere in

ATTO AZIENDALE

maniera più realistica le caratteristiche dei pazienti in

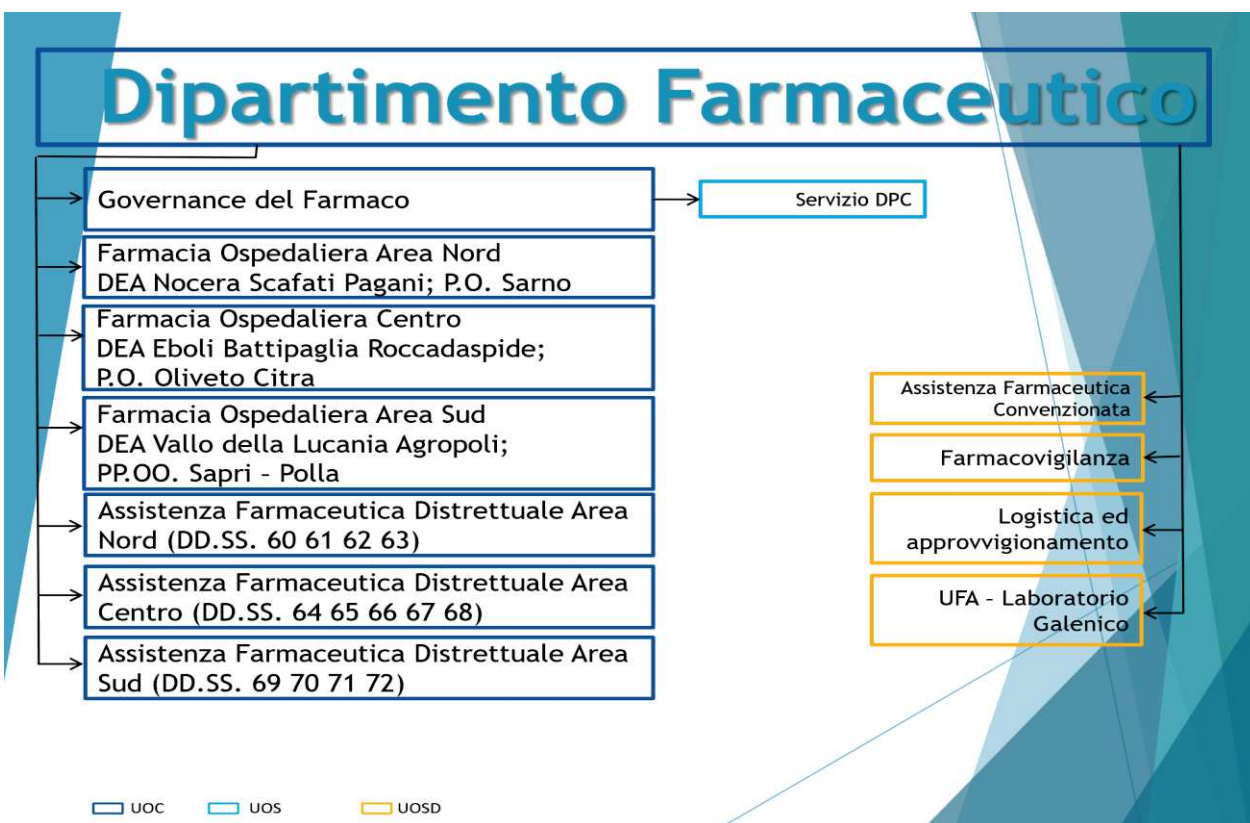
Tutte le segnalazioni di sospette reazioni avverse raccolte tramite il sistema della segnalazione sono sottoposte a costante e continuo monitoraggio al fine di identificare eventuali segnali di allarme e attuare le appropriate misure di minimizzazione del rischio.

Il processo di cui sopra, denominato Signal Management, è un processo alquanto complesso che prevede il coinvolgimento di più attori quali l'Agenzia Europea dei Medicinali, le Autorità Regolatorie degli Stati Membri (tra cui l'Agenzia Italiana del Farmaco) e i titolari di autorizzazione all'immissione in commercio (aziende farmaceutiche), che hanno l'obbligo di eseguire un continuo monitoraggio dei dati registrati nella banca dati europea delle segnalazioni di sospette reazioni avverse (Eudravigilance), cooperare nel monitoraggio dei dati e informarsi reciprocamente su eventuali nuovi rischi o se i rischi già noti sono cambiati e se il rapporto beneficio/rischio del medicinale ne risulta modificato.

Nel caso in cui siano identificati eventuali segnali di farmacovigilanza essi sono valutati collegialmente a livello europeo con il coinvolgimento del Comitato di Valutazione dei Rischi per la Farmacovigilanza (PRAC) dell'Agenzia Europea dei Medicinali responsabile della valutazione e del monitoraggio della sicurezza dei medicinali per uso umano.

Le valutazioni del PRAC si concludono con raccomandazioni regolarmente pubblicate sul sito dell'Agenzia europea dei medicinali (accesso dai link correlati)

L' AIFA si avvale della collaborazione dei Centri Regionali di Farmacovigilanza per la valutazione dei segnali secondo procedure operative definite e condivise.



Le Attività Territoriali

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.

Inoltre, la nuova programmazione dell'assistenza territoriale, in ottemperanza a quanto disposto dal DM 77/2022, prevede nuovi luoghi di cura (Case della comunità hub e/o spoke, Ospedali di comunità), nuove piattaforme erogative e servizi di coordinamento (la cd. Centrale Operativa Territoriale) e fissa anche i relativi standard.

Viene delineata, inoltre, la figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità, il quale dovrà essere impiegato nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola.

Infine, allo scopo di deflazionare la pressione ospedaliera e delle RSA, è stata prevista anche la c.d. Assistenza domiciliare integrata (ADI) per le prestazioni sia sanitarie che sociali a basso livello di intensità.

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 Roccaspide 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

ATTO AZIENDALE

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 socio - sanitario

Il Distretto sociosanitario deve assumere un ruolo “trascinante” nell’ambito delle attività di tutta l’Azienda; deve infatti rappresentare il luogo fisico ed ideale presso il quale il paziente viene intercettato ed opportunamente indirizzato verso i più appropriati livelli di erogazione delle prestazioni.

Tutte le varie tipologie di prestazioni previste dalle normative vigenti in materia (Legge regionale n° 32/94, e s.m.i.) e dai Livelli Essenziali di Assistenza, dovranno essere garantite presso lo stesso, con una chiara definizione dei rapporti con le altre articolazioni aziendali, quali i Presidi Ospedalieri, i Dipartimenti e UOC Centrali;

Il Distretto Sanitario si conferma dunque come il centro del sistema dell’Assistenza Territoriale, centro di analisi del bisogno, di programmazione ed allocazione delle risorse, di individuazione dei punti di erogazione, di monitoraggio delle cure e degli esiti delle stesse, di relazioni operose con l’Ente Comune, attraverso l’Ambito di riferimento, di cooperazione con le altre macrostrutture aziendali, specie con i Dipartimenti strutturali (Attività Territoriale e Integrazione Socio Sanitaria Prevenzione, Salute Mentale, nonché quello delle Dipendenze), con tutta l’area ospedaliera (Integrazione Ospedale – territorio), con i professionisti convenzionati (MMG – PLS – Specialisti Ambulatoriali) che, entrano a pieno titolo nel sistema delle Cure Primarie. Il successo dell’organizzazione di tutta la nuova rete dell’offerta territoriale con una grande valenza di integrazione con la rete ospedaliera è individuato come obiettivo strategico dell’ASL Salerno.

La definizione di questi rapporti passa necessariamente attraverso la stesura di regolamenti che definiscono le interrelazioni organizzative, gestionali e professionali tra Distretto e Dipartimenti (strutturali e funzionali), ed UU.OO.CC. Centrali. Ma più incisive e dettagliate saranno le procedure che, nell’ambito di un processo orientato al miglioramento continuo della qualità, produrranno percorsi operativi e diagnostico-terapeutici, garanti dell’uniformità dell’assistenza territoriale. Questo risulta oltremodo necessario in un contesto dell’Asl Salerno, con caratteristiche geo-morfologiche e sociologicamente e economicamente multiforme. La gestione dell’assistenza per processi e non più per singola prestazione permetterà di uniformare gli standard di produzione, effettuare azioni di verifiche e controllo fino ad un benchmarking interno dal quale recuperare nuovi obiettivi di miglioramento.

Tutto questo sarà possibile attraverso un’azione condivisa con tutti gli attori dei processi assistenziali, e di rivalutazione culturale dell’attività distrettuale, un recupero delle leve motivazionali, costruito sulla base di una revisione critica dell’impianto organizzativo, la ricerca e il recupero del dato statistico epidemiologico finalizzato alla costruzione di una banca dati aziendale dalla quale derivare indicatori sanitari territoriali. A tal fine sarà parimenti necessario un serio processo di formazione nel quale sottolineare la normativa di riferimento, i modelli organizzativi, gli strumenti operativi per passare dal sapere, al saper fare ed infine al saper essere un operatore del territorio.

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

ATTO AZIENDALE

- Estensione quali-quantitativa delle Cure Domiciliari
- 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:
- Implementazione di Percorsi Diagnostico-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)
- Potenziamento valutazione e sostegno alla genitorialità, su disposizione dell'autorità giudiziaria e psicoterapia in favore di donne e minori vittime di violenza, abuso e maltrattamento.
- Sostegno alle attività di educazione sanitaria
- Educazione e promozione all'adozione corretti stili di vita
- Potenziamento delle azioni di empowerment del cittadino utente.

Nel nuovo modello di assistenza primaria previsto dal PNRR, il Distretto Sanitario rappresenta il fulcro dell'assistenza territoriale, in particolare, sarà previsto un Distretto Sanitario ogni centomila abitanti e sarà il luogo deputato all'organizzazione ed al coordinamento della rete dei servizi sanitari e sociosanitari offerti sul territorio. Attraverso le sue articolazioni territoriali come le COT, le Case di Comunità e gli Ospedali di Comunità dovrà garantire l'integrazione delle strutture, delle risorse e delle professionalità necessarie ad offrire delle prestazioni sanitarie in linea con i bisogni della popolazione.

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.). 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 e informale.

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.

ATTO AZIENDALE

Gli standard previsti per la realizzazione del Distretto Sanitario sono i seguenti:

- In media uno ogni circa cento mila abitanti;
- 1 casa della comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della comunità spoke e ambulatori di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio, al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei mmg e pls (aft e unità complesse di cure primarie – uccp) sono riprese nelle case della comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;
- 1 infermiere di famiglia e comunità ogni 3000 abitanti;
- 1 unità speciale di continuità assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;
- 1 centrale operativa territoriale ogni 10.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore;
- 1 ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti.

Le funzioni di governo del Distretto Socio-Sanitario

Nella completa visione della mission distrettuale non può mancare una funzione di governo, che si esplicita quale.

- Governo clinico;
- Governo tecnico-organizzativo;
- Governo economico-finanziario e gestionale.

Il Governo clinico

Funzione prevalente nella mission assistenziale, il Governo clinico viene garantito attraverso l'applicazione di PDTA e Linee Guida, Regolamenti e Procedure, Monitoraggi del Sistema Salute, processi di Audit.

Documenti di riferimento per la programmazione sanitaria distrettuale saranno, oltre il presente documento e l'Atto Aziendale della ASL di appartenenza, anche il Piano Nazionale Esiti per le tematiche assistenziali a valenza territoriale, nonché direttive specifiche regionali.

Nel Piano delle Attività Territoriali (PAT), annualmente il Direttore del Distretto elabora i bisogni assistenziali del territorio, secondo criteri epidemiologici e statistici, in stretta connessione con le richieste e le segnalazioni provenienti dai MMG e PLS, dai Servizi Sociali, dalla Comunità in generale, formula obiettivi annuali, identifica il budget finalizzato alle attività, lo negozia con la Direzione strategica, ne pianifica la distribuzione, ne monitorizza la realizzazione e l'efficacia.

Attraverso percorsi di verifica e confronto, di audit e di qualità, tende a migliorare servizi e prestazioni, anche in relazione alla qualità percepita dall'utenza.

La funzione di presa in carico del paziente avviene attraverso la P.U.A (Porta Unica di Accesso), la U.V.I.

ATTO AZIENDALE

(Unità di Valutazione Integrata), la U.V.B.R. (Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo), a carattere Multidisciplinare ed a composizione variabile, compresa la presenza dell'Ambito, in relazione al bisogno del paziente.

Fondamentali sono le relazioni intra-distrettuali, tra le UU.OO. Distrettuali, che si realizzano istituzionalmente all'interno dell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (art. 3-sexies, comma 2 D.lgvo 502/92 e s.m.i.) che svolge funzioni propositive e tecnico-consultive. Nell'Ufficio di Coordinamento è prevista la presenza di un MMG per le funzioni integrate con le Cure Primarie, nonché per esercitare le previste funzioni di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva, all'interno dei PDTA, Linee Guida, Regolamenti e Procedure aziendali.

L'azione di programmazione viene concretizzata attraverso l'assegnazione di Obiettivi annuali ai Responsabili delle UU.OO. e ai titolari di Posizioni Organizzative, rispetto ai quali è svolta l'azione di Valutazione della performance ad annualità conclusa.

Ciò permette che l'intero sistema Distretto proceda verso obiettivi comuni, condivisi, coerenti. Opportuni incontri periodici sono necessari per valutazioni in itinere, riposizionamento di obiettivi, correzioni di impostazioni operative, adozione di atti e decisioni, anche di tipo disciplinare.

La Clinical Governance si attua naturalmente anche nei confronti delle strutture private accreditate che rispondono agli stessi principi di equità, appropriatezza, adesione a Procedure, Linee Guida e PDTA aziendali e regionali. Verso gli erogatori accreditati sono svolte le dovute azioni di verifica amministrativa, giuridica, contabile, previste dalle norme nazionali e regionali.

L'appropriatezza nella prescrizione e nella dispensazione dei farmaci è aspetto rilevante nella Clinical Governance del territorio, sia per quanto riguarda il rispetto delle note e prescrizioni AIFA, sia per le azioni di controllo sui Centri Prescrittori, sia per il rispetto dei flussi informativi e per le modalità di erogazione.

Il Governo Clinico non può realizzarsi senza un costante processo di Formazione Continua: il Direttore di Distretto propone specifici Corsi di Formazione aziendale relativi a tematiche di nuovo impatto, a procedure di nuova introduzione, all'adozione di nuove Linee Guida e PDTA aziendali o regionali e attinge a percorsi formativi aziendali per tematiche di carattere generale. Il Servizio Formazione aziendale rileva annualmente i bisogni formativi dei Distretti e ne soddisfa le richieste nell'ambito del budget aziendale assegnato.

Integrare figure professionali diverse, aprire alla formazione aziendale il personale convenzionato, integrare professionisti di più Distretti consente una condivisione di linguaggi ed obiettivi, aumentando il livello di performance aziendale.

Il Governo Tecnico-organizzativo

Fondamentale per il buon andamento dell'assistenza è un solido governo tecnico-organizzativo, con il quale venga garantita equità di accesso alle cure, trasparenza, ridotta attesa nell'erogazione delle prestazioni, diritto alla privacy, rispetto degli impegni assunti con la Carta dei Servizi, logistica adeguata alle aspettative ed alle normative, sicurezza e gestione delle emergenze all'interno delle strutture.

Dalla gestione CUP alla gestione delle liste di attesa, dall'abbattimento delle barriere architettoniche a percorsi di facilitazione nell'accesso, dalla gestione del magazzino all'approvvigionamento di farmaci e presidi, dalla tenuta amministrativa documentale ed autorizzativa delle strutture agli adempimenti in materia di tutela del personale, il governo tecnico-organizzativo provvede a che la "macchina distretto" sia funzionale, accogliente, produttiva.

ATTO AZIENDALE

Un costante adeguamento delle risorse tecnico-diagnostiche, la garanzia di una manutenzione strutturale e tecnologica continua, il miglioramento dei percorsi di accesso, la modernizzazione dei sistemi, la garanzia del debito informativo sono altrettanti drivers su cui far procedere le attività distrettuali.

La modernizzazione dei processi, l'informatizzazione dei sistemi, la dematerializzazione e digitalizzazione degli atti saranno modalità operative per declinare con maggiore velocità gli adempimenti formali del Distretto.

In tal senso le Direzioni strategiche devono conferire ai Servizi Tecnici di supporto aziendali (o Tecnostruttura) ed ai Servizi Prevenzione e Protezione ogni strumento ed ogni risorsa per favorire adeguamenti, manutenzione, miglioramento dell'accoglienza, affiancamento al Direttore di Distretto per l'adempimento a tutti gli obblighi di legge in materia di sicurezza, tutela dei lavoratori, abbattimento delle barriere architettoniche, funzionalità dei servizi, erogazione di prestazioni a mezzo tecnologie funzionali e moderne.

I Servizi Informatici ed il Controllo di Gestione che ricevono informazioni in entrata dai Distretti hanno l'obbligo di fornire una reportistica in tempi adeguati dei processi assistenziali e dell'utilizzo delle risorse, permettendo anche l'accesso al Direttore del Distretto alle piattaforme dati aziendali, relative al suo livello di Governo, affinché ne possa valutare la corrispondenza a quanto previsto.

Il Governo economico-finanziario e gestionale

Il Direttore del Distretto riceve un budget negoziato per lo svolgimento delle attività territoriali e di integrazione.

Attraverso un supporto amministrativo-contabile provvede alla gestione dei fondi assegnati, a procedure di gara, a liquidazione fatture, alla gestione dei flussi di cassa, ad acquisti in conto economato; assegna budget condivisi alle singole UU.OO.

Governa la gestione del personale, ne determina i costi accessori, ne liquida le competenze, ne valuta l'efficienza e i risultati.

Nella configurazione di Datore di Lavoro risponde, ove previsto dal modello aziendale, per le funzioni delegate dal Direttore Generale, al governo della sicurezza sui luoghi di lavoro e tutto quanto previsto dal D.Lgs. 81/08 e s.m.i. Il Direttore Responsabile del Distretto ottiene un budget dedicato alla Sicurezza sui luoghi di lavoro, proporzionale alle dimensioni delle strutture gestite, periodicamente reintegrabile, utilizzabile in caso di emergenze. Riceve, per queste funzioni, supporto prioritario da parte dei Servizi Tecnici o Tecnostruttura aziendale e dai Servizi Amministrativi (Provveditorato, Economato, Affari Legali).

Le attribuzioni del Direttore di Distretto Socio-Sanitario

Il Direttore del distretto sociosanitario, realizza le indicazioni della Direzione Aziendale, gestisce le risorse assegnate al distretto, in modo da garantire l'accesso della popolazione alle strutture e ai servizi, l'integrazione tra i servizi e la continuità assistenziale.

Il direttore del distretto sociosanitario è delegato dalla Direzione generale nei rapporti con i sindaci del distretto nella concertazione e pianificazione dei Piani Territoriali di attività.

Il Direttori dei Distretti socio sanitari, dovranno predisporre ogni anno un'analisi di popolazione, una strategia di azione, nella declinazione del Piano Annuale delle Attività Territoriali (P.A.T.).

ATTO AZIENDALE

Il Direttore del Distretto, pur nel solco degli obiettivi generali assegnati, traduca in azioni di programmazioni specifiche gli obiettivi territoriali da raggiungere.

Il direttore di distretto sociosanitario si avvale di un Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali (UCAD), composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali. Sono membri di diritto di tale ufficio un rappresentante dei medici di medicina generale, uno dei pediatri di libera scelta ed uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto.

Il Compito del Direttore del Distretto Socio-Sanitario prevede il possesso di competenze gestionali che necessariamente devono accompagnarsi alle fasi di valutazione e di decisione.

La gestione di un Distretto Sanitario si basa fundamentalmente su principi di:

- Autonomia organizzativa;
- Responsabilità gestionali;
- Attenzione alle reali necessità, aspettative e preferenze dei cittadini.

Il Distretto Sanitario viene dotato di autonomia tecnico gestionale ed economico finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio. È, 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. Resta in merito determinato che le articolazioni aziendali territorialmente dislocate presso una macro struttura differente da quella cui afferisce in base alle determinazioni del presente atto aziendale, per datore di lavoro, in materia di sicurezza deve intendersi il direttore della macrostruttura presso cui la predetta articolazione aziendale è territorialmente dislocata.

Principali Funzioni del Direttore del Distretto sociosanitario:

- È responsabile del coordinamento organizzativo delle strutture distrettuali di competenza, nonché di tutti gli uffici e i servizi distrettuali; esercita la vigilanza e il coordinamento del personale incardinato e assegnato al distretto ed è responsabile delle funzioni organizzative del distretto;
- È responsabile della realizzazione, nell'ambito territoriale di competenza, degli indirizzi strategici della Direzione Generale nonché della gestione delle risorse attribuite e dell'attività svolta dal personale assegnato per il perseguimento di precisi obiettivi programmatici ed è responsabile della gestione, organizzazione e coordinamento delle risorse tecnico-professionali, amministrative, patrimoniali e finanziarie assegnate al Distretto attraverso la procedura di budget;
- È deputato al coordinamento, organizzazione e gestione delle risorse tecnico - professionali, amministrative, patrimoniali e finanziarie assegnate al Distretto attraverso la procedura di budget;
- Assicura l'analisi del fabbisogno di assistenza sanitaria e socio-sanitaria della popolazione, funzionale all'elaborazione della proposta del PAT, con particolare riferimento ai percorsi diagnostico-terapeutici e riabilitativi adeguati ai bisogni delle persone ed alle aree della cronicità, della fragilità, della non autosufficienza;
- Assicura il continuo adeguamento quali-quantitativo ai bisogni della popolazione e alla disponibilità delle risorse
- Esercita il governo della domanda assistenziale, attraverso la promozione e la ricerca degli strumenti più

ATTO AZIENDALE

idonei a garantire la appropriatezza delle prestazioni;

- È responsabile della concertazione e definizione di protocolli operativi con i Comuni associati in Ambito Territoriale per la gestione coordinata e integrata delle funzioni sociosanitarie e socioassistenziali;
- Garantisce il monitoraggio dei dati di organizzazione e attività e gestione dei flussi informativi;
- È deputato all'analisi dei fabbisogni formativi in coerenza con gli obiettivi aziendali al fine della definizione dei Piani Formativi da concertare con la Conferenza dei Distretti;
- Redige la relazione annuale del distretto;
- Provvede all'attivazione e la gestione dei Programmi Distrettuali per il migliore coinvolgimento dei MMG e dei PLS nella funzione assistenziale organizzando risposte semplici o complesse ai bisogni di salute, realizzando contestualmente l'appropriatezza delle cure e garantendo la continuità dell'assistenza e la collaborazione con i MMG per la gestione dell'Ospedale di Distretto se operativo.
- Promuove modelli assistenziali avanzati e sperimentali.

Le funzioni di produzione del Distretto devono essere organizzate almeno nelle seguenti attività:

- Accoglienza e presa in carico delle persone con bisogno sociosanitario, che, attraverso la PUA e la valutazione multidimensionale in UVI, garantiscono l'accesso appropriato ai servizi sociosanitari e programmano l'attivazione e l'integrazione della rete dei servizi sociali e sanitari;
- Attività assistenziale a favore della comunità di riferimento assistenza primaria, declinata anche nelle nuove forme organizzative della medicina convenzionata (A.F.T. e U.C.C.P.);
- Medicina specialistica territoriale in particolare a livello distrettuale o interdistrettuale, che a mezzo di PDTA, Linee Guida, relazioni interdisciplinari ed integrazione Ospedale-Territorio, assicura la presa in carico del paziente post-acuto e cronico, anche integrata nelle UCCP ove previste;
- Salute della donna e dell'età evolutiva, che garantisce la tutela della salute della donna e dell'infanzia-adolescenza, ponendo in stretta continuità e contiguità l'attività svolta dai pediatri di libera scelta e dai consultori familiari e partecipando, ove previsto alla funzionalità delle UCCP;
- Riabilitazione e presa in carico dell'utente disabile adulto (sopra i 18 anni), ivi compresa l'assistenza protesica che, attraverso equipe multidisciplinari, garantisce gli interventi di cura e riabilitazione, programma l'attivazione e l'integrazione della rete dei servizi sociali e sanitari, anche domiciliari;
- Assistenza domiciliare integrata, indirizzata prevalentemente a persone affette da malattie croniche, sindromi cliniche e funzionali, deficit multipli che determinano disabilità e non autosufficienza attraverso procedure che tengano conto di tale complessità, in stretto raccordo con le rispettive Unità operative di riferimento (materno-infantile, salute mentale, riabilitazione, ecc);

Relativamente al rapporto distretto/dipartimenti ospedalieri, il percorso di integrazione si declina prioritariamente attraverso la definizione di Procedure Aziendali, Linee Guida e PDTA.

In questo ambito devono essere definiti i protocolli di accesso alle strutture ambulatoriali e diagnostiche ospedaliere e le modalità di valutazione multidimensionale in sede di pre e post-dimissione, per l'avvio tempestivo del paziente verso percorsi di cura di Riabilitazione, Residenzialità e Semi-residenzialità, Hospice. Sono richieste, a tal fine, iniziative formali di integrazione attraverso la partecipazione di medici

ATTO AZIENDALE

ospedalieri ad attività distrettuali e viceversa, mediante il sistema di reti professionali e i gruppi operativi interdisciplinari.

ATTO AZIENDALE

Distretti Socio Sanitari

L'ASL Salerno, è costituita da 13 Distretti Sanitari, per complessivi 158 Comuni e una popolazione di riferimento di 1.101.763 cittadini residenti.

Distretto	Numero Comuni	Popolazione*
Distretto 60 Nocera Inferiore	4	93.716
Distretto 61 Angri/Scafati	4	97.032
Distretto 62 Sarno/Pagani	4	89.314
Distretto 63 Cava de Tirreni/Costa d'Amalfi	14	92.274
Distretto 64 Eboli/Buccino	18	101.448
Distretto 65 Battipaglia	3	71.919
Distretto 66 Salerno	2	143.957
Distretto 67 Mercato San Severino	6	70.966
Distretto 68 Giffoni Valle Piana	9	81.549
Distretto 69 Capaccio/Roccamare	20	56.280
Distretto 70 Vallo della Lucania/Agropoli	38	96.492
P.O: Sapri e Distretto 71 Sapri	18	44.377
P.O. Polla e Distretto 72 Sala Consilina/Polla	18	62.439
ASL Salerno	158	1.101.763

DD.SS	TOTALE	0-14 anni	15-64 anni	>65 anni	Indice di vecchiaia	Indice dipendenza anziani	Indice dipendenza strutturale
	1.101.763	143.616	716.304	241.843	168,40	33,76	53,81
DS 60	93.716	11.994	62.945	18.777	156,6	31,4	51,5
DS 61	97.032	14.151	65.845	17.036	120,4	27,2	49,8
DS 63	92.274	10.865	60.348	21.061	193,8	36,8	55,8
DS 64	101.448	13.018	67.526	20.904	160,6	32,6	52,9
DS 65	71.919	9.445	48.174	14.300	151,4	31,3	51,9
DS 66	143.957	163.10	92.143	35.504	217,7	40,7	59,4
DS 67	70.966	9.505	48.052	13.409	141,1	29,4	50,2
DS 68	81.549	11.112	55.543	14.984	134,8	28,4	49,5
DS 69	56.280	6.536	36.751	12.993	198,8	37,3	56,0
DS 70	96.492	10.864	62.485	23.143	213,0	39,1	57,4
DS 71	44.377	4.798	28.002	11.577	241,3	43,7	61,8
DS 72	62.439	7.146	40.815	14.478	202,6	37,4	55,9

ATTO AZIENDALE

Modello Organizzativo

La Direzione del Distretto Socio- Sanitario, vista la complessità della funzione di unità territoriale del governo dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria del territorio di competenza è attribuito l'incarico di struttura complessa.

Il Direttore del distretto sociosanitario supporta il Direttore sanitario aziendale nelle attività di Governo Clinico.

Sia nell'assetto dalla L. 833/78, che nel profilo disegnato D.Lgs. n. 502/92 e delle sue modificazioni nel corso di ormai quasi un trentennio, il Distretto è configurato come il fulcro dell'assistenza territoriale. Il distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie, e coordina le proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, in un programma organico delle attività territoriali.

Le azioni dei Distretti e dei Dipartimenti strutturali si realizzano attraverso le Unità Operative, a ciascuna delle quali è preposto almeno un dirigente con funzione di responsabile. I responsabili delle Unità Operative riferiscono dal punto di vista gestionale al Direttore del Distretto e funzionalmente alle UOC centrali di riferimento cui appartengono, per ciò che attiene la selezione ed il raggiungimento degli obiettivi, nonché per la assegnazione delle risorse e la contrattazione del budget all'interno del Distretto o del Dipartimento.

Le Unità Operative perseguono finalità comuni, risultando quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale nell'ambito di un unico modello organizzativo e gestionale.

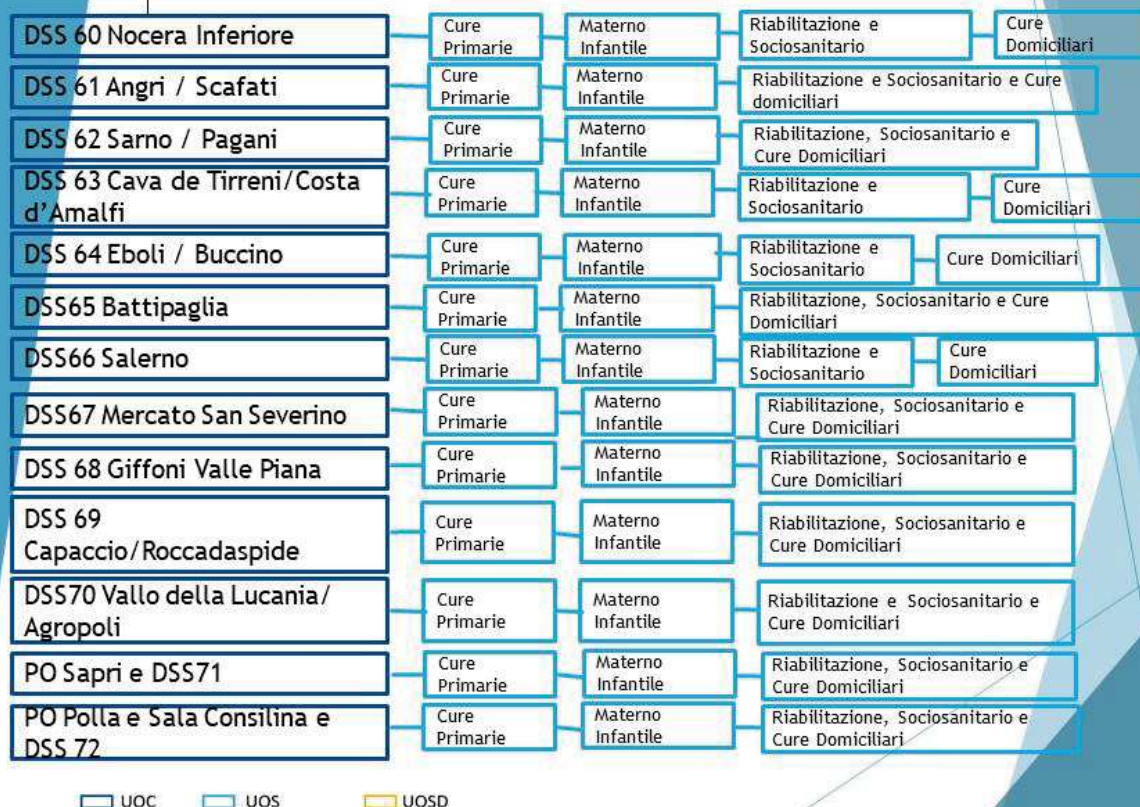
Ciascuna Unità operativa può afferire ad una o più Aree funzionali di coordinamento, partecipando in tale ambito alla definizione di PDTA e percorsi organizzativi a valenza sovra distrettuale. L'organizzazione delle Unità Operative è definita in Atto aziendale, con riferimento agli ambiti di cura e secondo le indicazioni delle Linee Guida Regionali. Nell'ambito dei Distretti, le attività assistenziali, coordinate dal Direttore Responsabile del Distretto, sono riferite alle seguenti aree di intervento, così articolate:

- Cure Primarie: a cui afferiscono l'Assistenza sanitaria di base (medicina generale, pediatria di libera scelta, - continuità assistenziale), Assistenza specialistica ambulatoriale, Assistenza termale; la Medicina legale;
- Materno-Infantile a cui afferiscono: le attività consultoriali e l'Assistenza vaccinale;
- Cure domiciliari: le attività di riferimento sono, Assistenza ad adulti e anziani non autosufficienti, Assistenza a malati terminali;
- Riabilitazione e sociosanitario: Assistenza alla disabilità e assistenza protesica,

Nella seguente tabella sono specificate le UOS Distrettuali individuate per i DD.SS.

ATTO AZIENDALE

Area di coordinamento delle Attività Distrettuali



Le UU.OO.SS. Distrettuali sono gerarchicamente dipendenti dall' UOC del Distretto Sanitario e in base agli incarichi professionali in essa afferenti, per il tramite della UOC Direttore del Distretto, funzionalmente collegate alle UU.OO.CC. Centrali ed ai Dipartimento di riferimento per le linee di attività di competenza.

Le Nuove Articolazione Organizzative del Distretto Socio - Sanitario

L'evoluzione del quadro demografico epidemiologico, l'invecchiamento della popolazione e l'enorme crescita della domanda di prestazioni sanitarie hanno determinato l'esigenza di rispondere a livello territoriale a una richiesta di presa in carico di problemi di salute complessi, e di assicurare l'appropriatezza delle prestazioni erogate attraverso il governo clinico dei percorsi assistenziali dei pazienti.

In tale contesto diventa prioritario offrire al sistema delle Cure Primarie tutti gli strumenti che gli permettano di evolvere la propria capacità di risposta all'aumento ed alla variabilità delle richieste del territorio. Risulta necessario ridefinire il ruolo della Medicina Generale e della Pediatria quale perno di una rete sociosanitaria organizzata e dinamica che si muova sui binari dell'efficacia, dell'efficienza e dell'appropriatezza, attraverso processi di integrazione organizzativa e relazionale

Il DCA 18 del 18/02/2015 ha definito l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, e i servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo

ATTO AZIENDALE

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, con la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata (h 24), nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere”.

Aggregazione Funzionale Territoriale

La AFT rappresenta un'articolazione organizzativa del Distretto Sanitario nell'ambito della quale operano MMG o PLS 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.

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 in Campania.

Le AFT della medicina generale in relazione alle caratteristiche demografiche, orografiche e socio-culturali del territorio hanno una popolazione di riferimento non superiore a 30.000 assistiti, fermo restando le esigenze legate alle aree ad alta densità abitativa. Le stesse vengono configurate avendo a riferimento anche gli ambiti territoriali della medicina generale.

La AFT dei MMG si impegna principalmente:

- Nell'assistere in ambulatorio e a domicilio la popolazione in carico valutandone i bisogni;
- Nell'assicurare la diagnosi precoce delle patologie croniche e relative complicanze;
- Nel partecipare ai percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (pdta) per le principali patologie croniche stabiliti dal piano (diabete – piede diabetico e ulcere cutanee - scompenso cardiaco - ipertensione – broncopneumopatia cronica ostruttiva - nefropatie croniche - sclerosi laterale amiotrofica - demenze) e agli ulteriori percorsi che la Regione Campania individua con il coinvolgimento dei medici convenzionati;
- Nell'assicurare la continuità ospedale/territorio con riferimento alle ammissioni e dimissioni protette;
- Nell'adottare la medicina di iniziativa;
- Nel partecipare all'attività di formazione funzionale al modello di riorganizzazione dell'assistenza

ATTO AZIENDALE

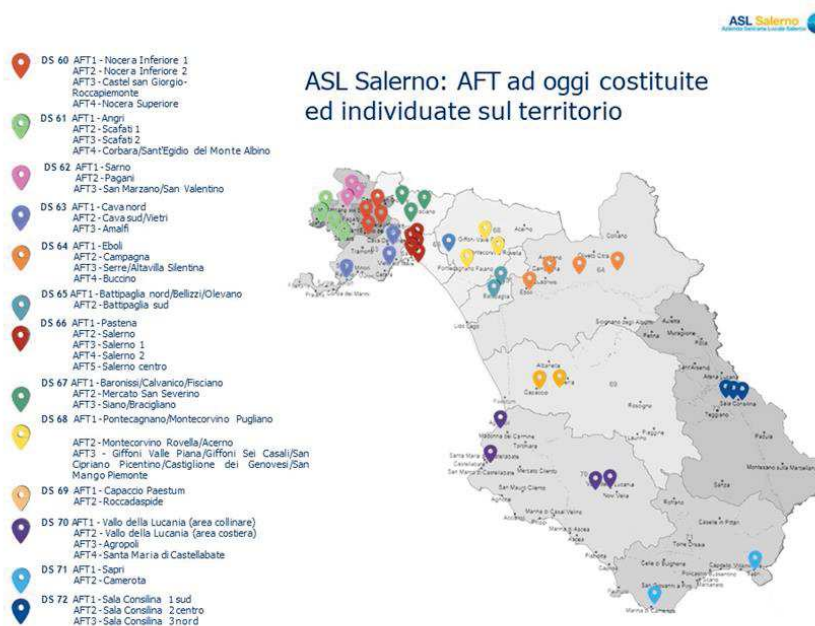
territoriale

La AFT dei PLS, si impegna principalmente:

- Nell'attività di sostegno alla genitorialità in collegamento e raccordo con il Consultorio familiare
- Nell'attività di prevenzione
- 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.

Tutto ciò determinerà un nuovo modello di organizzazione delle cure primarie che ha come obiettivo quello di:

- Realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, 24 ore al giorno per 7 giorni alla settimana;
- Favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita e al proprio domicilio;
- Mantenere 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);
- Garantire la continuità dell'assistenza, anche attraverso l'implementazione di protocolli condivisi che garantiscano l'integrazione tra ospedale e territorio;
- Garantire la gestione integrata dei pazienti, attraverso l'implementazione di percorsi assistenziali e l'integrazione tra sociale e sanitario;
- Favorire la promozione della salute e l'implementazione di una medicina di iniziativa;
- Garantire una effettiva presa in carico dell'utente a partire in particolare dai pazienti cronici.



ATTO AZIENDALE

Stima del numero di AFT della Medicina Generale e della Pediatria nella Asl Salerno Programmate ai sensi DCA n. 99 del 22.09.2016

In virtù del rapporto fiduciario medico-paziente, la costituzione dell'AFT individua automaticamente anche il bacino di assistiti ai quali sono rivolte le relative attività dalle ore 8.00 alle ore 20.00 dei giorni feriali dal lunedì al venerdì e dalle ore 8.00 alle ore 10.00 del sabato, articolando l'apertura degli studi che ne fanno parte e secondo quanto previsto dal vigente A.C.N.

Inoltre, per garantire l'assistenza durante l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, in esecuzione dell'art. 1 della L. 189/2012, i medici a 44

La descritta articolazione degli orari di attività della AFT dovrà essere adeguata dalle ASL in caso di eventuale diversa definizione stabilita dai prossimi ACN per la medicina convenzionata e/o in presenza di specifici accordi aziendali ai sensi del co.6 dell'art.5-capo 4° del vigente AIR, anche in relazione alla istituzione del numero unico per le chiamate mediche non urgenti.

Con tale articolazione organizzativa del Distretto Sanitario viene, dunque, salvaguardata 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 ha 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.

ASL Salerno	n. D.S.	Pop. >15anni	MAP a ciclo unico	n. AFT MMG	Pop. 0-14 anni	P.L.S.	UCCP PLS
	13	958.147	656	42	143.616	113	18

Compiti e funzioni

I medici della AFT (possono essere dotati di attrezzature per la diagnostica di primo livello (e)assicurano l'audit tra i componenti nonché la condivisione in forma organica di attività, obiettivi, percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità e linee guida, così come definiti dalla Regione e concordati con la ASL e il Distretto Sanitario di riferimento.

La AFT dei MMG si impegna principalmente:

- Nell'assistere in ambulatorio e a domicilio la popolazione in carico valutandone i bisogni;
- Nell'assicurare la diagnosi precoce delle patologie croniche e relative complicanze;
- Nel partecipare ai percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (pdta) per le principali patologie croniche stabiliti dal piano (diabete -piede diabetico e ulcere cutanee -scompenso cardiaco -ipertensione -bronco-pneumopatia cronica ostruttiva -nefropatie croniche -sclerosi laterale amiotrofica -demenze) e agli ulteriori percorsi che la Regione Campania individua con il coinvolgimento dei medici convenzionati;
- Nell'assicurare la continuità ospedale/territorio con riferimento alle ammissioni e dimissioni protette;
- Nell'adottare la medicina di iniziativa;
- Nel partecipare all'attività di formazione funzionale al modello di riorganizzazione dell'assistenza territoriale.

ATTO AZIENDALE

Le AFT saranno individuate per singoli Distretti Sanitari in collaborazione con le OO.SS. delle Medicina Convenzionata (MMG – PLS), a seguito di una programmazione da parte dei Comitati ex art. 23 MMG e PLS.

Successivamente sarà cura dei medici che compongono l'AFT nominare al loro interno il Medico coordinatore dell'AFT con compiti di raccordo funzionale e professionale con il Distretto e con la Direzione Sanitaria Aziendale.

Aggregazioni funzionali territoriali di specialistica ambulatoriali

La Regione Campania con i propri atti di programmazione regionale (DCA n.83 del 31.10.2019) “Piano Regionale della Rete di Assistenza sanitaria territoriale 2019-2021” ha inteso potenziare e riorganizzare l’assistenza territoriale nell’ambito della quale assume una rilevanza il ruolo e le funzioni del medico specialista ambulatoriale con l’obiettivo di sviluppare forme alternative di assistenza accessibili a tutti, allo scopo di migliorare la qualità dei servizi sanitari erogati, con l’obiettivo di portare l’assistenza il più vicino possibile ai luoghi di vita e di lavoro del cittadino, anche attraverso lo sviluppo di servizi e strutture di prossimità. Con la sottoscrizione dell’Accordo Integrativo Regionale 2020 per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriale la Regione Campania ha inteso favorire la crescita organizzativa della medicina specialistica verso un modello più adeguato alle mutate esigenze assistenziali attraverso il coordinamento e l’approccio multidisciplinare, in ambulatorio, presso il domicilio del paziente ed i presidi ospedalieri, collaborando con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta anche nell’ambito delle nuove articolazioni organizzative quali le AFT e le UCCP. Tale accordo vuole contribuire al processo di razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale (SSR), evidenziando però le opportunità che i Distretti, i Presidi aziendali e le altre Strutture potranno avere, potenziando e qualificando l’offerta di prestazioni attraverso il rilancio e il pieno utilizzo dell’attività specialistica ambulatoriale, dei medici veterinari e delle altre professionalità anche attraverso il nuovo modello assistenziale definito “Day-service/PACC” e la istituzione delle AFT e UCCP oltreché dell’integrazione territorio-ospedale.

Le AFT rappresentano, dunque, una risposta concreta ed efficace alla realizzazione di una molteplicità di obiettivi e di finalità per cui è necessario evidenziare l’importanza di una Gestione Interdisciplinare e Integrata per trattare in modo adeguato tali patologie sia dal punto di vista clinico e diagnostico, ma anche dal punto di vista gestionale e organizzativo, il tutto finalizzato a realizzare un modello di cura centrato sul paziente-persona nel suo contesto familiare e sociale (Disease Management delle patologie croniche).

Per la tipologia e il numero di Aggregazioni Funzionali Territoriali dei Medici Specialisti Ambulatoriali, da programmare questa ASL dovrà tener conto:

- della densità residenziale (alta, media, bassa) rapportata al numero dei residenti nel territorio di competenza;
- della distribuzione, della “struttura” e dell’incidenza di patologia della popolazione sul territorio medesimo;
- delle condizioni e delle caratteristiche orografiche delle zone interessate;
- dei presidi sanitari territoriali pubblici già esistenti;
- del sistema viario esistente;
- del sistema di trasporto pubblico e dei tempi di percorrenza tra zone e zone;
- delle zone disagiate esistenti sul territorio.

L'Assistenza Farmaceutica Territoriale

Le funzioni di Assistenza Farmaceutica Territoriale sono assicurate attraverso l'articolazione dei Servizi Farmaceutici insistenti nei Distretti Sanitari della A.S.L. e rivolte ai cittadini secondo disposizioni di leggi nazionali e regionali; nell'ambito del Distretto di competenza, esse si occupano dell'erogazione diretta dei farmaci e dispositivi medici in applicazione alle disposizioni nazionali e regionali (legge 648/96, legge 405/2001 e ss.mm.ii., etc.), di distribuzione di medicinali, dispositivi medici, vaccini, ausili e materiale sanitario vario alle UU.OO. territoriali, Strutture residenziali, Strutture carcerarie, Hospice, Servizi di assistenza domiciliare, oltre che del periodico controllo degli armadi di reparto delle strutture di competenza. L'organizzazione dell'assistenza diretta territoriale, non potendo logicamente rispondere a criteri di massima capillarità quale quella della rete delle farmacie convenzionate, deve essere improntata alla qualità dell'assistenza offerta ed alla ottimizzazione funzionale delle risorse: il paziente, pertanto, deve essere al centro dell'offerta e a lui deve essere garantito l'accesso a tutte le prestazioni in considerazione delle caratteristiche di accesso, ma indipendentemente dai vincoli territoriali. Il Dipartimento farmaceutico coordina le Farmacie Distrettuali che pertanto afferiscono funzionalmente al Dipartimento Farmaceutico.

Le unità operative di cure primarie distrettuali

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

ATTO AZIENDALE

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 e che:

- 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. È ormai ampiamente riconosciuto il ruolo esercitato dalle varie tipologie di servizi e

ATTO AZIENDALE

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 crono- programma operativo.

Le Unità Operative di Assistenza Materno-Infantile distrettuali

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. È 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.

ATTO AZIENDALE

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

ATTO AZIENDALE

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.

Le attività consultoriali e l'Area Materno-infantile

La legge 405 del 29 luglio 1975 istituisce i Consultori familiari che nell'ambito dell'assistenza distrettuale, rappresentano strutture ad accesso diretto che garantiscono alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche e riabilitative. Successivamente il POMI (Progetto Obiettivo Materno Infantile e le indicazioni scaturite dal Rapporto ministeriale sulle attività consultoriali 2008 hanno integrato e approfondito le indicazioni date dalla legge istitutiva. Il DPCM del 12 gennaio 2017 (Nuovi LEA) in tema di assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie precisa che nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie, le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche. È su tali principi che le ASL devono, nell'ambito della pianificazione attuativa, modellare la rete consultoriale territoriale prevedendo, inoltre, specifiche modalità di integrazione con la rete ospedaliera ed in particolare con le UU.OO. di ostetricia e ginecologia e le rispettive UU.OO. dell'area pediatrica (Punti Nascita, Terapia Intensiva, Neonatologia, Pediatria). Pertanto l'ASL Salerno intende istituire un coordinamento funzionale tra le UOMI, i centri vaccinali distrettuali ed il Dipartimento funzionale della Salute della Donna e del Bambino.

Oltre ai citati criteri, le Aziende, nella definizione della rete consultoriale territoriale devono tener conto della possibilità di realizzare consultori primari e secondari, come di seguito illustrato, prevedendo il raggiungimento dello standard di 1 consultorio ogni 20.000 abitanti per ASL:

- I **Consultori Primari**: sono quelli che garantiscono tutte le prestazioni previste dalle norme sui consultori. Dall'assistenza ginecologica, assistenza ostetrica e ginecologica alla gravidanza, al puerperio e all'allattamento, colloqui per problemi di sterilità e preconcezionali, colloqui per IVG, assistenza ai minori, adolescenti, alle coppie e alle famiglie ed educazione alla salute informazione e consulenza per l'adozione e l'affido familiare, consulenza per maltrattamenti e abuso. I consultori primari sono dotati di personale e attrezzature atti a soddisfare tutte le esigenze degli utenti.
- I **Consultori Secondari**: garantiscono le prestazioni di base ad esclusione delle consulenze specialistiche, in quanto non dotati di tutte le figure professionali e attrezzature presenti invece nei consultori primari. Per tali consultori saranno previste le figure professionali di cui all'accordo CU del 16/12/2010

Le figure professionali che compongono l'équipe del Consultorio Familiare:

- Ginecologo;

ATTO AZIENDALE

- Ostetrico;
- Infermiere;
- Infermiere pediatrico;
- Psicologo;
- Assistente Sociale;
- Operatore Sanitario;
- Amministrativi;
- Altro.

Consulenti:

- Mediatore/trice culturale;
- Neuropsichiatra infantile;
- Genetista;
- Andrologo;
- Sociologo;
- Legale;
- Altro.

In tal modo i Consulenti familiari rivestiranno sempre più un importante strumento di attuazione degli interventi previsti a tutela della salute della donna più globalmente intesa e considerata nell'arco dell'intera vita, nonché a tutela della salute dell'età evolutiva, e di supporto alle relazioni di coppia e familiari.

Il consultorio familiare, in sintesi, espleta attività per:

- La tutela della salute della donna e della coppia;
- La tutela del minore, dell'adolescente e della famiglia.

Attraverso tali servizi, sono quindi attivabili i relativi programmi di tutela della maternità, di informazione e formazione.

Inoltre, i consultori familiari assumono un ruolo primario nell'area della prevenzione e della corretta informazione ed educazione dei cittadini, essendo punto focale sul territorio nei confronti di problematiche sociali rilevanti, come ad esempio la procreazione consapevole, il fenomeno di gravidanza indesiderata sia in età adolescenziale, che in età adulta, i metodi contraccettivi e i complessi problemi del nucleo familiare.

L'accesso e le prestazioni erogate all'interno del Consultorio sono gratuite e ad accesso diretto, per i cittadini italiani e per gli stranieri residenti o per coloro che soggiornano temporaneamente sul territorio italiano; per questo motivo i CF sono stati concepiti come servizi "a bassa soglia", cioè visibili e facilmente accessibili particolarmente da quei gruppi di popolazione a rischio. L'accessibilità è un concetto complesso che esprime non solo la facilità o meno da parte dell'utente di entrare in contatto con gli operatori del servizio per la risposta alla domanda di salute, ma anche la capacità del servizio di accogliere e prendere in carico in modo

ATTO AZIENDALE

completo la persona per tutto il percorso di cura. Ciò implica che il servizio sia in grado di essere flessibile e capace di entrare in relazione con le diverse tipologie di utenti (italiani, stranieri, analfabeti, istruiti, ecc.). Anche se oggi è piuttosto difficile stabilire i confini dell'attività consultoriale, non si può prescindere dallo spirito della legge istitutiva che fa riferimento alla salute della donna, contestualizzata nelle sue relazioni familiari e sociali. Al C.F. spetta un ruolo specifico nella educazione e promozione della salute, particolarmente nel campo della procreazione responsabile, della gravidanza fisiologica, della contraccezione e dell'IVG, ed un ruolo altrettanto specifico nell'educazione sessuale degli adolescenti e nel disagio familiare e dell'età evolutiva.

Diventa urgente il potenziamento dei Consulitori perché in questi anni vi è stato un disinvestimento nella prevenzione e nella promozione della salute con uno spostamento verso le "cure in ospedale", una medicalizzazione ed una privatizzazione sempre più marcate, con una pratica medica sempre meno relazionale e sempre più tecnicistica.

L'Attuale offerta dei Consulitori

L'attuale offerta assistenziale dei consulitori familiari nell'ambito della Regione Campania può essere così descritta:

- Accoglienza: In tutti i consulitori viene fornita una consulenza di indirizzo alle attività assistenziali, una mediazione culturale e la consegna di tutte le informazioni;
- Certificazioni: Gravidanza a rischio (art. 15 legge 151/2001); flessibilità (ex art. 20 L 151/2001); Astensione obbligatoria; Bonus bebè – legge bilancio 2019;
- Promozione della salute: in raccordo con l'Unità operativa Promozione della Salute, l'equipe dedicata, attraverso incontri/colloqui periodici (di gruppo o individuali) diffonde buone pratiche di salute in tema di: alimentazione, fumo, alcool, sostanze stupefacenti, ecc.;
- Percorsi di integrazione: L'utente viene indirizzato ai percorsi di supporto consultoriali e ove non sia possibile attuare il percorso nel consultorio anche presso Ambulatori ASL Presidi Ospedalieri e/o i centri specialistici convenzionati per le attività inerenti a: Percorso Nascita, Percorso Gravidanza a rischio, Percorso DPP, Percorso IVG, Percorso GOM, Percorso Ginecologico specialistico;
- Consulenza ginecologica: attività riconducibili al "Percorso Donna" con una particolare attenzione all'offerta attiva e gratuita per gli screening oncologici: Consulenza, Visita ginecologica, Visita senologica, Tampone vaginale, Screening (pap test), Ricerca HPV DNA, Colposcopia e biopsia, Ecografie, Contraccezione, Diagnosi infertilità/sterilità;
- Percorso nascita: dalla fase pre-natale al post partum ivi incluse le informazioni sulle vaccinazioni obbligatorie neonatali da eseguire- Consulenza, Visita pre-concezionale, Pap-test, Visita ostetrica, Prescrizioni acido folico, Vaccinazioni pre gravidanza, Ecografie, Inquadramento gravidanza a rischio, Esami strumentali, Individuazione precoce e sostegno nella sindrome depressiva post-partum, Supporto psicologico alla gestante e alla coppia;
- Percorso IVG: Consulenza, Colloqui sociali/psicologici, Certificazione art. 6 legge 194/78, Prenotazione e follow-up IVG;
- Consulenza psicologica: Consulenza, Colloqui sociali/psicologici individuali, di coppia e/o di gruppo. Sostegno psicologico nella sindrome depressiva post-partum, Valutazioni psicologiche per idoneità

ATTO AZIENDALE

affido o adozione, Individuazione e presa in carico dei soggetti vittime di maltrattamenti e/o abusi;

- Percorso menopausa: Visite Ginecologiche, Monitoraggio prevenzione (MOC, screening mammografico e Pap Test ecc.), Consulenza (ortopedica, cardiologica, metabolica ecc.);
- Adolescenti: Consulenza psicologica/spazio ascolto, Maltrattamento e abuso, Contraccezione, Percorso IVG dedicato alle minorenni, Educazione alla prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili, Disturbi dell'alimentazione, Disturbi dell'identità di genere;
- Area tutela salute bambino: Consulenza, Colloqui con genitori, Visite prevaccinali, Monitoraggio dei bilanci di salute effettuati dai PLS, Individuazione precoce di situazioni a rischio e/o disagio sociale, Individuazione precoce e presa in carico per abusi e maltrattamenti.

ATTO AZIENDALE

Assistenza territoriale rivolta agli stranieri

L'ASL Salerno assiste un numero di stranieri di notevole entità ma altrettanto fluido e variabile, considerata la migrazione interna di tali utenti.

I cittadini stranieri con regolare permesso di soggiorno, possono iscriversi al SSN, recandosi presso la ASL di residenza. Gli stranieri titolari di permesso di soggiorno hanno il diritto/dovere di chiedere l'iscrizione gratuita al Servizio Sanitario Nazionale presso la ASL del Comune di residenza odi dimora, per uno dei motivi individuati dalle norme vigenti.

Ai cittadini comunitari privi di copertura sanitaria sono assicurate le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva. Sono in particolare garantiti: tutela sociale della maternità e dell'Interruzione Volontaria della Gravidanza (IVG); la tutela della salute dei minori, ai sensi della Convenzione di New York sui diritti del fanciullo; le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalla Regione; gli interventi di profilassi internazionale; la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai.

- Il cittadino extracomunitario e gli apolidi che intendono iscriversi al SSN devono possedere il permesso di soggiorno valido e un'attività di lavoro subordinato o autonomo o anche solo l'iscrizione nelle liste di Collocamento;
- Gli stranieri che hanno un permesso di soggiorno per motivi di studio e per quelli collocati alla pari possono iscriversi volontariamente al SSN mediante il pagamento di un contributo annuale. I figli nati in Italia sono iscritti, già alla nascita, anche se i genitori non hanno l'iscrizione;
- Gli stranieri irregolarmente presenti possono usufruire delle cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali per malattia ed infortunio. Sono estesi anche agli stranieri i programmi di medicina preventiva per la salvaguardia della salute individuale e collettiva erogate mediante l'utilizzo del codice per Stranieri Temporaneamente Presenti (STP) senza costi a carico dei richiedenti se privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità coi cittadini italiani;
- La gestione e la organizzazione territoriale dei servizi prestati agli STP sono garantiti attraverso i distretti sanitari aziendali e le Unità di assistenza sanitaria di base che provvederanno all'applicazione delle linee guida nazionali e regionali vigenti, all'individuazione delle strutture atte all'assistenza e delle risorse umane necessarie per il corretto funzionamento del servizio;
- La ASL, a seguito dell'esibizione del passaporto o titolo equipollente, la compilazione di una dichiarazione sostitutiva di certificazione di domicilio nell'ambito del territorio regionale e di un'altra attestante l'impossibilità momentanea di iscrizione al SSR, rilascia un codice ENI (Europeo Non Iscritto) che sostituisce il codice STP (eventualmente già assegnato in precedenza) con 33.

Le Unità Speciali di Accoglienza Permanente (SUAP)

Le S.U.A.P. (speciali unità di accoglienza permanente) sono strutture residenziali ad alta intensità assistenziale finalizzate al trattamento dei pazienti in SV (stato vegetativo) e Stati di Minima Coscienza (SMC) di cui al progetto Mattone 12 identificati come R1 ed RD1 a responsabilità minimale.

In questa speciale unità di accoglienza non vengono praticate cure intensive e specifiche per ottenere il

ATTO AZIENDALE

risveglio, ma viene assicurato un trattamento volto a prevenire i decubiti, le infezioni, le deformità osteo-articolari.

Presso il P.O. di Agropoli è presente una S.U.A.P. di 11 posti letto.

Il paziente può accedere alle S.U.A.P. da:

- Reparto ospedaliero;
- Strutture residenziali territoriali;
- Cure domiciliari;

sulla base di un progetto assistenziale individuale (P.A.I.) formulato dalla U.V.I. territoriale, attivata dall'ASL di residenza.

Come da Decreto n.79 del 28/12/2017 le S.U.A.P. sono destinate ad accogliere anche malattie neurodegenerative come (Alzheimer (AD) e altre demenze; Parkinson (PD) e disturbi correlati; Morbo di Huntington (HD); Atassia spinocerebrale (SCA); Atrofia muscolare spinale (SMA); Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA).

Le attività effettuabili presso le S.U.A.P. sono cure intensive di tipo medico-infermieristico quali, ad esempio: terapia parenterale con accesso periferico e centrale; ossigeno terapia a lungo termine (> 3 h die); bronco aspirazione/ drenaggio posturale ventilato terapia; ulcere distrofiche arti; tracheotomia; ano artificiale; ureterostomia; catetere vescicale; terapia riabilitativa; elevato bisogno di assistenza tutelare/ aiuto infermieristico; dialisi peritoneale; gestione stomia; eliminazione urinaria intestinale; NAD con SNG o con PEG; monitoraggio del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali; lesioni della cute chirurgiche, oncologiche; emodialisi NPD: dialisi peritoneale notturna; trasfusione emazie concentrate; lesione da decubito ; terapia perdurale o terapia antalgica che richiede adeguamento posologia.

Ospedali di comunità

Il “Presidio sanitario di assistenza primaria a degenza breve/Ospedale di Comunità” (di seguito O.d.C.) come previsto dalla normativa vigente (DM 70/2015, Patto per la Salute 2014-2016, Piano nazionale della cronicità), svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero.

L’O.d.C. è una struttura di ricovero breve che afferisce al livello essenziale di assistenza territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che sono ricoverati in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare) e necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio. L’O.d.C. non è una duplicazione o una alternativa a forme di residenzialità già esistenti, che hanno altri destinatari; in particolare, non è ricompreso nelle strutture residenziali di cui agli articoli dal 29 al 35 del DPCM 12/01/2017 recante “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”.

L’O.d.C. è una struttura pubblica in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi che garantiscono la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonché la misurazione dei processi e degli esiti. L’O.d.C. può avere una sede propria, essere collocato in Poliambulatori di 2 livello, presso presidi ospedalieri riconvertiti. L’O.d.C. ha un numero limitato di posti letto, di norma tra 15 e 20. È possibile prevedere fino a due moduli e non oltre, ciascuno di norma con un numero di 15-20 posti letto, per garantire la coerenza rispetto alle finalità, ai destinatari e alle modalità di gestione. Possono accedere all’O.d.C. pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale o con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (15-20 giorni), provenienti dal domicilio o da altre strutture residenziali, dal Pronto soccorso o dimessi da presidi ospedalieri per acuti. I pazienti ospitati necessitano di assistenza infermieristica continuativa e assistenza medica programmata o su specifica necessità.

La gestione e l’attività nell’O.d.C. sono basate su un approccio multidisciplinare e multi-professionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze. La gestione delle attività dell’O.d.C. è riconducibile all’organizzazione distrettuale e territoriale delle aziende sanitarie. La responsabilità igienico-sanitaria dell’O.d.C. è in capo al direttore sanitario di distretto.

La responsabilità gestionale e clinico-organizzativa complessiva dell’O.d.C. è in capo ad un MMG designato dalla direzione generale dell’Azienda, che svolge anche una funzione di collegamento tra i responsabili sanitari, clinici ed assistenziali territoriali e la direzione sanitaria distrettuale ed aziendale.

La responsabilità clinica di ciascun paziente è attribuita al MMG di fiducia, anche all’interno di una forma organizzativa della medicina generale.

La responsabilità assistenziale è in capo all’infermiere secondo le proprie competenze.

L’assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica è garantita nelle 24 ore. I responsabili delle attività cliniche ed infermieristiche provvedono alla raccolta delle informazioni sanitarie per i rispettivi ambiti di competenza, utilizzando una cartella clinico - assistenziale integrata, inserita in un processo di informatizzazione.

In caso di necessità, l’infermiere attiva, durante le ore diurne, il medico responsabile clinico della struttura e si avvale, nelle ore notturne, nei giorni festivi e nelle ore prefestive non coperte dal responsabile clinico,

ATTO AZIENDALE

del Servizio di continuità assistenziale. In presenza di accordi specifici regionali, può essere attivato il responsabile clinico della struttura in turno o in reperibilità nelle ore notturne, festive o prefestive.

In caso di emergenza, potranno essere attivate le procedure di emergenza attivando il Sistema di Emergenza Urgenza territoriale.

Per l'accesso all'O.d.C. è necessario che siano soddisfatti i seguenti criteri:

- Diagnosi già definita;
- Prognosi già definita;
- Valutazione del carico assistenziale e della stabilità clinica eventualmente attraverso scale standardizzate;
- Programma di trattamento già stilato e condiviso con il paziente e/o con la famiglia (ad eccezione del pronto soccorso).

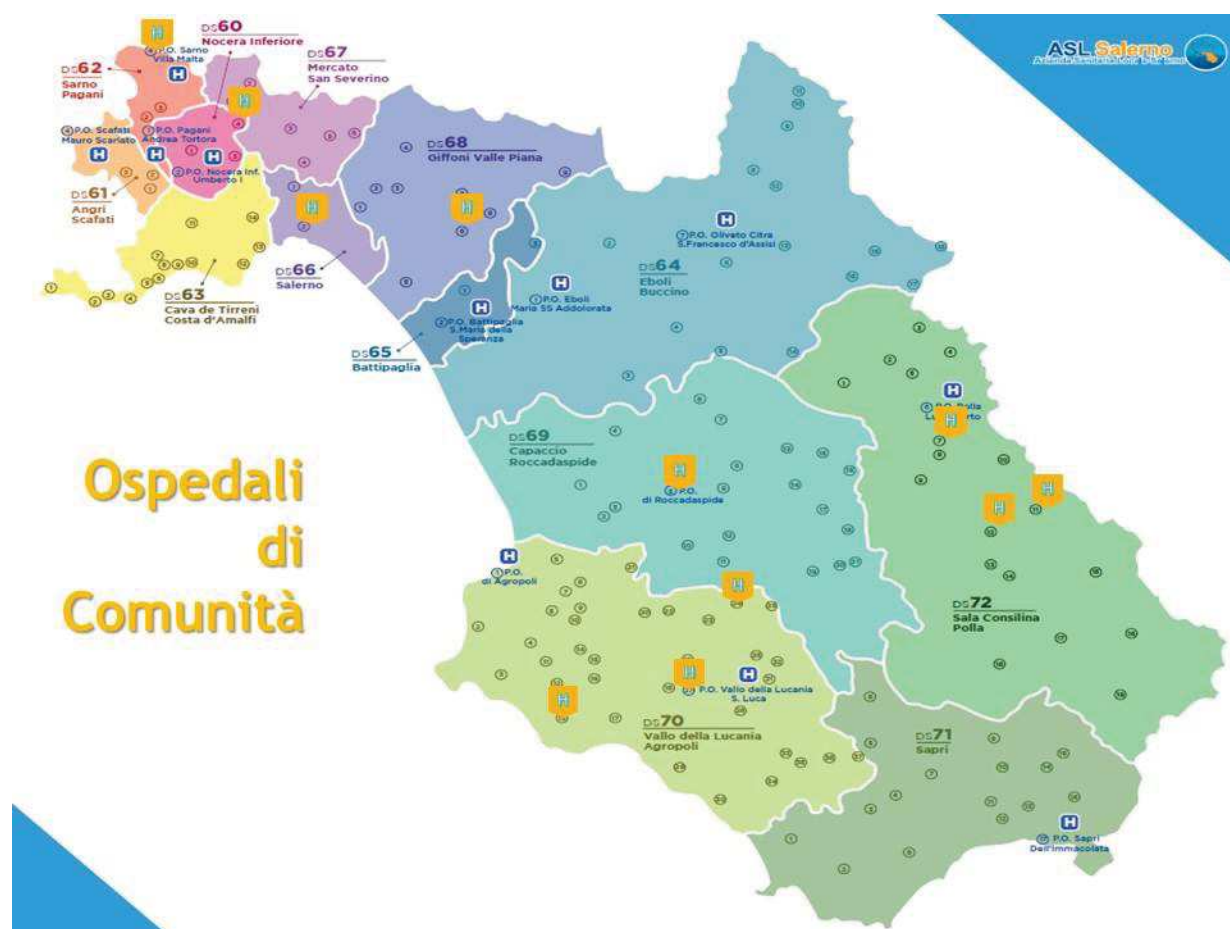
All'interno del modulo di O.d.C. è prevista un'area accoglienza con sala d'attesa ed almeno due servizi di cui uno per disabili; le camere potranno essere singole o doppie con i servizi presenti uno per camera; i letti dovranno essere accessibili da ogni lato. In ogni modulo andrà previsto uno spazio per il riposo del caregiver, eventualmente presente, che passa la notte con il malato, dotata di almeno una poltrona confort.

Devono essere previste, per le attività sanitarie, un locale per le visite e medicazioni, un locale per il coordinamento infermieristico, un locale di lavoro per il personale di assistenza, un locale per il medico responsabile del modulo e un archivio per la documentazione sanitaria. Si dovrà, altresì, prevedere uno spogliatoio del personale, nonché depositi puliti, sporchi e per ausili. Devono essere previste apposite aree per soggiorno, pranzo, socializzazione ed attività ludiche dei pazienti ospiti.

La dotazione tecnologica deve comprendere un elettrocardiografo ed un ecografo portatili, consentire saturimetria transcutanea, bronco-aspirazione e garantire esami del sangue, radiologia, riabilitazione. Se la struttura è lontana da centri di diagnosi, potrà essere dotata di strumenti diagnostici di primo livello - POCT Point of care - nonché della possibilità di svolgere in loco la diagnostica per immagini.

Di seguito gli Ospedali di Comunità previsti sul territorio dell'ASL Salerno di cui parte finanziati dal PNRR.

ATTO AZIENDALE



Gli O.d.C. sono rivolti ai pazienti che necessitano di cure a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. Dotati di norma di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti (fino ad un massimo di 40) e alla gestione di carattere prevalentemente infermieristico, gli OdC serviranno anche a facilitare la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al domicilio. In questi ospedali medici, infermieri e OSS lavoreranno alla cura di pazienti cronici utilizzando una strumentazione diagnostica di base per esami cardiologici ed ematologici, ecografie e spirometrie. L'Ospedale di Comunità è una struttura che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di:

- Evitare ricoveri ospedalieri impropri;
- Favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni socio-sanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.

Gli standard di personale per 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto: 7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico), 4-6 Operatori Sociosanitari, 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un Medico per 4-5 ore al giorno, 6 giorni su 7. L'Ospedale di Comunità è operativo 7 giorni su 7, garantisce assistenza infermieristica 24 ore su 24 e 7 giorni su 7. L'investimento previsto in ASL Salerno ha l'obiettivo di realizzare 8 Ospedale di Comunità, rivolti ai pazienti che necessitano di cure a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata.

Le Case della Comunità

Le Case di Comunità (CdC) appresentano lo strumento di coordinamento di tutti i servizi offerti sul territorio regionale e avranno il compito di garantire la presa in carico dell'assistito, in particolare quello affetto da patologie croniche. Grazie alla loro distribuzione capillare sul territorio, costituiranno un riferimento per i cittadini che potranno accedere gratuitamente alle prestazioni sanitarie erogate; sono strutture in cui verrà proposta un'offerta di servizi integrata e multidisciplinare, tra cui la presenza medica h24 per sette giorni su sette, la presenza infermieristica h12 per sette giorni su sette, punto prelievi, programmi di screening, diagnostica finalizzata al monitoraggio della cronicità anche attraverso strumenti di telemedicina, e cure ambulatoriali specialistiche per le patologie ad elevata prevalenza.

In Regione Campania è prevista la realizzazione di 172 Case della comunità, di cui 33 saranno realizzate sul territorio dell'ASL Salerno, in particolare 23 saranno realizzate attraverso la ristrutturazione o la rifunzionalizzazione di edifici già esistenti come, ad esempio, strutture ambulatoriali territoriali obsolete o reparti ospedalieri da riconvertire mentre le restanti 13 saranno invece realizzate ex novo, attraverso i fondi del PNRR sarà garantita la realizzazione di 33 strutture entro il 2026. La progettazione delle funzioni delle singole Case della Comunità dovrà tener conto, riorganizzare e ricollocare le strutture preesistenti in un'unica rete di CdC.



ATTO AZIENDALE

Si propongono, pertanto, diverse possibili vocazioni prevalenti per la Casa di Comunità che, fermo restando il rispetto degli standard dei servizi offerti in base a quanto stabilito dal DM 77/2022, rappresentano le tipologie dei servizi realizzabili e integrabili di una rete di assistenza territoriale completa ed efficace:

- Luogo di prossimità erogativo dei servizi sanitari, territoriali (come, a titolo esemplificativo, nell'area vasta della salute mentale, dell'igiene, del materno infantile, ed altro), in questa versione di Casa di Comunità si prevede anche la gestione della cronicità stabile;
- Luogo in cui vengono erogate le prestazioni dei medici di medicina generale, nonché dei pediatri di libera scelta, i quali collaboreranno in rete con l'assistenza domiciliare integrata (ADI), la continuità assistenziale (UCA) ed i servizi socioassistenziali;
- Luogo con funzioni di segnalazione, accesso (PUA), gestione delle prenotazioni e supporto amministrativo-organizzativo (backoffice) agli assistiti & case management e orientamento ai servizi;
- Luogo di valorizzazione e creazione di reti sociali & community building, di promozione della salute e sanità di iniziativa, di co-produzione e partecipazione della comunità locale (cittadini, associazioni pazienti, caregiver).

Hub e Spoke

Per rispondere alle diverse esigenze territoriali, verrà costituita una rete di assistenza territoriale formata secondo il modello "Hub" e "Spoke". Si tratta di strutture erogative caratterizzate da una diversa complessità in termini di servizi erogati, organizzati in base alle esigenze e alla densità abitativa delle aree geografiche servite.

Al fine di garantire ai cittadini equità di accesso, prossimità territoriale, completezza nella risposta di salute e qualità dell'assistenza, si stima sia necessaria una Casa della comunità Hub ogni 40/50 mila abitanti e una Casa della comunità Spoke ogni 15/25 mila abitanti.

La densità di popolazione, la conformazione del territorio e, soprattutto, la coerenza con il contesto di riferimento saranno criteri fondamentali per stabilire il corretto posizionamento e dimensionamento delle CdC, considerando le diverse esigenze tra le aree rurali e quelle metropolitane.

All'interno di queste strutture saranno presenti équipes di medici di medicina generale, pediatri, medici specialisti, infermieri e altri professionisti della salute (tecnici di laboratorio, ostetriche, psicologi, ecc.) che opereranno in sinergia ed in rete con l'Assistenza Farmaceutica Territoriale aziendale e, per il suo tramite, di raccordo con le farmacie di comunità.

In considerazione di quanto disposto nel D.M. 77, in ogni Distretto ci dovrà essere almeno una Casa di comunità Hub e un numero di CdC spoke tale da garantire capillarità dei servizi ed equità di accesso su tutto il territorio regionale.

In ciascuna CdC dovrà essere garantita un'offerta di servizi "di base" a cui affiancare altri servizi "personalizzati", tra i quali da garantire obbligatoriamente ci saranno:

- L'accesso all'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socioassistenziale in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
- La presa in carico dei pazienti cronici e fragili;

ATTO AZIENDALE

- L'assistenza domiciliare;
- I servizi infermieristici;
- Una medicina d'iniziativa e dei percorsi di cura personalizzati;
- La prevenzione e promozione della salute in coerenza con le caratteristiche dei diversi territori;
- L'assistenza farmaceutica, dispositivi medici (d.m.) e alimenti speciali, attraverso i servizi farmaceutici dei distretti sanitari di base (dsb) e le farmacie di comunità;
- La promozione e tutela della salute dei minori e della donna;
- L'orientamento e la valutazione del bisogno della persona;
- La continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali;
- Percorsi di cura multidisciplinari, attraverso l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;
- L'integrazione dei diversi attori della comunità locale per sviluppare iniziative di welfare di comunità e di community building;
- L'erogazione di prestazioni sanitarie prossimità di specifici interventi di terapia o di follow up a carattere specialistico grazie a modelli di telemedicina o a all'erogazione presso la rete della cdc di prestazioni specialistiche.

La rete delle case di comunità

Una CdC “a rete” dovrà necessariamente garantire le prestazioni obbligatorie di cui al precedente paragrafo e in aggiunta dovrà poi offrire all'utenza l'accesso a servizi e prestazioni sanitarie erogate da altre strutture come le farmacie di comunità e gli ambulatori.

In esecuzione di quanto definito nel DM 77, sarà quindi necessario organizzare il sistema “a rete” in modo da permettere a ciascuna CdC di offrire:

- Un modello di intervento integrato e multidisciplinare sia fisica (attraverso l'accesso alle strutture del network) sia virtuale (attraverso la telemedicina);
- Programmi di prevenzione e promozione della salute;
- Punto prelievi e altri servizi diagnostici (elettrocardiografo, ecografo etc);
- Servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza coerenti al profilo epidemiologico del relativo territorio (cardiologo, pneumologo, ecc) ma anche per quelle croniche ad alta complessità;
- Servizi di medicina d'iniziativa e assistenza proattiva infermieristica (api);
- Attività di erogazione di servizi e interventi di prevenzione e promozione della salute a livello di comunità, anche attraverso i consultori familiari e l'attività rivolta ai minori – ove esistenti – che si articolano per il mondo educativo e scolastico per gli specifici interventi sulla popolazione 0-18 anni (raccomandato facoltativo);
- Attività di profilassi vaccinale in particolare per alcune fasce di età o condizioni di rischio e di fragilità;

ATTO AZIENDALE

- Sistema integrato di prenotazione collegato al cup aziendale allo scopo di offrire al paziente la prenotazione contemporanea delle prestazioni prescritte;
- Servizio di assistenza domiciliare integrato con la figura dell'ifoc e degli operatori dell'uca;
- Attività di farmacia clinica e counselling farmaceutico a partire dalla ricognizione farmaceutica a supporto della riconciliazione terapeutica;
- Partecipazione della comunità e valorizzazione co-produzione, con le associazioni di cittadini, volontariato, etc.; anche per favorire processi di programmazione e valutazione condivisa.

Le CdC rappresentano, quindi, un'evoluzione delle Strutture Polifunzionali della Salute (SPS), presidi strategici dei Distretti Sanitari, forme organizzative avanzate, a complessità variabile e ad elevate flessibilità, centri attivi e dinamici 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.

L'obiettivo è quello di regolamentare i nuovi modelli di assistenza territoriale, implementando setting assistenziali già esistenti sul territorio e sui quali già sono stati registrati incoraggianti risultati.

Un modello, dunque, che segue e si integra con le forme organizzative dell'Assistenza Primaria.

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.

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.

Le Centrali Operative Territoriali

All'interno delle COT si svolgeranno funzioni di coordinamento della presa in carico della persona e il raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza. In ASL Salerno è prevista la realizzazione di 13 Centrali Operative Territoriali (COT). Le COT, attive 7 giorni su 7 (anche di notte), assicureranno il monitoraggio e saranno sede di attività di telemedicina, teleassistenza e teleconsulto. È prevista una Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore. Le COT prevedono tale standard di personale: 1 Coordinatore infermieristico, 3-5 infermieri, 1-2 unità di personale di supporto in coerenza con quanto previsto nella relazione tecnica di cui all'articolo 1, comma 274, della legge del 30 dicembre 2021, n. 234.

La rete dell'assistenza in ASL Salerno avrà un modello organizzativo che individua standard strutturali e tecnologici uniformi su tutto il territorio provinciale.

L'ASL Salerno sta intervenendo su tutto il territorio provinciale occupandosi di:

- Ridisegnare la rete di assistenza sanitaria territoriale con professionisti e prestazioni disponibili in modo

ATTO AZIENDALE

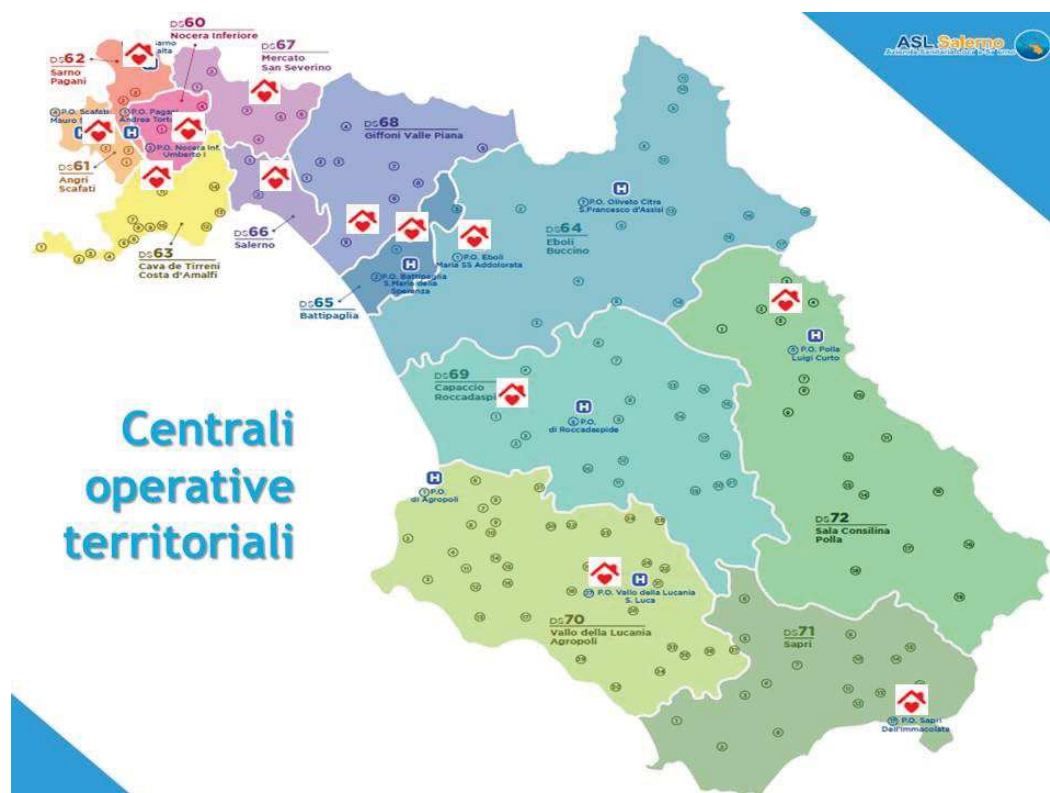
capillare su tutto il territorio aziendale, per una sanità che sia vicina e prossima alle persone;

- Innovare il parco tecnologico ospedaliero, digitalizzare il Servizio Sanitario Regionale, investire in ricerca e formazione degli operatori sanitari per una sanità più sicura, equa e sostenibile.

La strategia sanitaria dell'ASL Salerno, in attuazione di quanto contenuto nella missione M6C1 del PNRR, è finalizzata al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- La casa del paziente come luogo di cura sfruttando l'innovazione tecnologica;
- Assistenza integrata, multidisciplinare e multi professionale;
- Offerta dei servizi diversificata in grado di rispondere al cambiamento dei bisogni di salute della popolazione attraverso la telemedicina;
- Assistenza personalizzata della prevenzione al trattamento, tramite l'utilizzo dei big data e sistemi di intelligenza artificiale di supporto.
- Promozione dei servizi sanitari vicino al cittadino e facilmente accessibili;
- Empowerment del cittadino dentro e fuori i luoghi di cura.

Con delibera del Direttore Generale n. 1089 del 25/05/2022 è stata intrapresa un'attività di ricognizione, finalizzata all'identificazione degli interventi sugli edifici esistenti di proprietà, ritenuti idonei a svolgere la funzione di CdC, OdC, COT e, successivamente, nelle zone sprovviste, di terreni e/o strutture in titolarità dell'azienda. La Direzione Generale ha effettuato un'attività di interlocuzione con le Amministrazioni locali per l'identificazione degli edifici e/o terreni di proprietà degli Enti locali ritenuti idonei e di cui potersi servire mediante concessione con le Amministrazioni pubbliche.



ATTO AZIENDALE

Tabella. Riepilogo allocazione strutture territoriali DM 77/2022

Case della Comunità	
Acciaroli	Mercato S Severino
Agropoli	Nocera inferiore
Amalfi	Oliveto Citra
Angri	Pagani
Auletta	Pontecagnano Faiano
Baronissi	Sala Consilina
Battipaglia	Salerno
Bellizzi	Salerno – loc. Matierno
Bellosguardo	San Giovanni A Piro
Buccino	Sanza
Capaccio Paestum	Sapri
Castel San Giorgio	Sarno
Cava de' tirreni	Scafati
Centola	Teggiano
Contursi Terme	Tramonti
Eboli	Vallo della Lucania
Giffoni Sei Casali	
Centrali Operative Territoriali	
Angri	Pontecagnano Faiano
Auletta	Salerno
Bellizzi	Sanza
Capaccio-Paestum	Sarno
Castel San Giorgio	Tramonti
Eboli	Vallo della Lucania
Mercato S. Severino	
Ospedali di Comunità	
Acciaroli	Sala Consilina
Castel San Giorgio	Sarno
Cava de' Tirreni	Stio *
Eboli	Teggiano
Polla – S. Arsenio	Vallo Della Lucania
Rocccaspide *	

ATTO AZIENDALE

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;
- Appropriatelyzza di setting di cure;
- Appropriatelyzza 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 17/05/2016 e aggiornato con DCA 103 del 28/12/2018 si è posto anche i seguenti obiettivi:

- Riduzione del tasso di ospedalizzazione: la Regione registra un tasso di ospedalizzazione in netto miglioramento avvicinandosi allo standard atteso pari a 160/1000 abitanti, così come la quota di ospedalizzazione in regime diurno. 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;
- Ulteriore accelerazione all'accreditamento istituzionale degli erogatori privati;
- Individuazione di 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 che ha imposto un nuovo metodo di programmazione dell'assistenza ospedaliera, nella riclassificazione della tipologia dei presidi ospedalieri e nella metodologia di calcolo della dotazione dei posti letto. È stato definito un nuovo modello di classificazione dei Presidi inseriti nella rete ospedaliera, prevedendo 3 diversi livelli di complessità, in relazione al bacino di utenza ed allo standard di discipline minime per la configurazione al relativo livello:

- **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;

ATTO AZIENDALE

- **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 Sub-intensiva (anche a carattere multidisciplinare);
- **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.

È possibile prevedere, inoltre, presidi ospedalieri di base per zone particolarmente disagiate, distanti più di 90 minuti dai centri hub o spoke di riferimento (o 60 minuti dai presidi di pronto soccorso), superando i tempi previsti per un servizio di emergenza efficace. Per centri hub e spoke possono intendersi anche quelli di regioni confinanti sulla base di accordi interregionali da sottoscrivere secondo le indicazioni contenute nel patto per la salute 2019-2021. Tali situazioni esistono in molte regioni italiane per presidi situati in aree considerate geograficamente e meteorologicamente ostili o disagiate, tipicamente in ambiente montano o premontano con collegamenti di rete viaria complessi e conseguente dilatazione dei tempi, oppure in ambiente insulare. In tali presidi ospedalieri occorre garantire un'attività di pronto soccorso con la conseguente disponibilità dei necessari servizi di supporto, attività di medicina interna e di chirurgia generale ridotta. Sono strutture a basso volume di attività, con funzioni chirurgiche non prettamente di emergenza e con un numero di casi insufficiente per garantire la sicurezza delle prestazioni, il mantenimento delle competenze professionali e gli investimenti richiesti da una sanità moderna. Il personale deve essere assicurato a rotazione dall'ospedale hub o spoke più vicino.

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 H24 attraverso servizi di accettazione, per le discipline delle reti di emergenza IMA, Stroke e Trauma. Le Aziende Ospedaliere Universitarie rientrano 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 Unità Operativa, 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 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. Un'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.

ATTO AZIENDALE

L'ASL Salerno offre assistenza ad una popolazione di 1.101.763 abitanti.

Per la Macro Area SALERNO, l'offerta di posti letto programmati, necessari per la definizione dei predetti obiettivi, così come definita dal DCA 103/2018 è stata così articolata:

DENOMINAZIONE STRUTTURE	TIPO STRUTTURE	SEDE	PL 2015	PL Programmati DCA 103/2018	PL Incremento
ASL Salerno	PRESIDI ASL	VARIE	1.542	1.798	256
AOU Ruggi	AOU Ruggi	VARIE	879	1.798	164
Hippocratica Villa del Sole	CDC Casa di Cura	SALERNO	80	80	0
CDC Malzoni	CDC Casa di Cura	AGROPOLI	102	102	0
CDC La Quiete*	CDC Casa di Cura	PELLEZZANO	128	68	-60
CDC Salus	CDC Casa di Cura	BATTIPAGLIA	90	90	0
Capolongo Hospital Cemfr	CDC Casa di Cura	EBOLI	260	260	0
CDC Cobellis	CDC Casa di Cura	VALLO DELLA LUCANIA	99	99	0
CDC Tortorella	CDC Casa di Cura	SALERNO	143	143	0
CDC Villa Chiarugi*	CDC Casa di Cura	NOCERA INFERIORE	160	40	-120
	DA ASSEGNARE CON SUCCESSIVO PROVVEDIMENTO COD.75				20
Villa GF Montesano	CDC Casa di Cura	ROCCAPIEMONTE	70	70	0
TOTALE			3.553	3.813	260

*Struttura di riconversione ex DCA n. 94/2014

L'offerta dei posti letto programmati con il suddetto DCA, va integrata con i PL previsti dalla DGRC 378/2020 che permetterà di offrire una risposta assistenziale ospedaliera diffusa su tutta la filiera.

La rideterminazione viene di seguito indicata:

ASL SALERNO					
	ACUTI	LUNGO DEGENZA e RIABILITAZIONE DCA 103/18	TOTALE DCA 103/18	DRGC 378/20 PL ACUTI	TOTALE DCA 103/18 + GC378/20
POSTI LETTO	1.603	195	1.798	13	1.811

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

ATTO AZIENDALE

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. L'Azienda, per come disposto dal DCA 103/2018, 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, così come indicate nel suddetto DCA 103/2018 l'Azienda Sanitaria Locale Salerno garantisce, 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 è stato calcolato rapportando gli standard del DCA 18/2013 al numero totale di posti letto. Per garantire, inoltre, l'adeguamento anche agli standard sui bacini minimi e massimi stabiliti dal DM 70/2015, l'Azienda, con l'Atto Aziendale, si impegna ad attivare prontamente processi di adeguamento, razionalizzazione ed efficientamento durante tutto il periodo di vigenza del Piano (2022-2024), tenendo conto anche delle indicazioni 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 (PNE). 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 determinate dall'applicazione degli standard stabiliti dal DCA 18/2013, avverrà, attesa la complessità dei processi attuativi, entro la vigenza del PRO. A tal fine, la Regione

ATTO AZIENDALE

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:

- 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;
- Accorpamento e riconversione delle strutture private accreditate non monospecialistiche con meno di 40 posti letto come da indicazioni ministeriali;
- Efficientamento e razionalizzazione della rete ospedaliera pubblica e privata a seguito della verifica dei parametri quali-quantitativi forniti dal programma nazionale esiti (PNE);
- 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.

ATTO AZIENDALE

Valutazione organizzativa Azienda Sanitaria Locale Salerno

ASL SALERNO					
	ACUTI	LUNGO DEGENZA e RIABILITAZIONE DCA 103/18	TOTALE DCA 103/18	DRGC 378/20 PL ACUTI	TOTALE DCA 103/18 + GC378/20
POSTI LETTO	1.603	195	1.798	13	1.811
UOC			81,7		82,3

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 sono 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 aree: Medica, Chirurgica e di Terapia Intensiva.

Per garantire, inoltre l'adeguamento agli standard e alla organizzazione individuata, l'Azienda attiverà, processi di adeguamento, razionalizzazione ed efficientamento che dovranno portare all'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 qualitativi 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. 18/2013, avverrà con approvazione del presente Atto Aziendale. A tal fine, 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. 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 DCA 18/2013 in linea anche ai criteri di progressiva implementazione del DM 70/2015.

Le attività dei Presidi Ospedalieri sono definite secondo il 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

ATTO AZIENDALE

principi:

- 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.
- 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.
- Le unità di Angiologia di norma devono essere aggregate alle unità di Medicina interna o Cardiologia.
- 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.
- Le strutture di Medicina d’Emergenza e d’Urgenza sono dotate di posti letto per acuti oltre che di osservazione breve intensiva, in relazione alla qualificazione della struttura.
- 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.
- 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.
- Nei presidi in cui sono previsti posti letto di Neonatologia, se assente l’UTIN, le stesse unità possono essere accorpate a quelle di Pediatria.
- All’interno delle U.O. complesse di Medicina Interna e Chirurgia Generale 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 potrà essere previsto nel provvedimento attuativo;
- Nelle discipline di Pneumologia e Gastroenterologia dei DEA di II° livello sono compresi i servizi di Broncoscopia interventistica ed Endoscopia digestiva ad alta complessità.
- Nei DEA di II livello vanno garantite le guardie specialistiche H24 per le discipline di Otorinolaringoiatria ed Oculistica.
- Deve essere fortemente promossa tra le diverse unità operative la gestione comune delle risorse, incluse quelle umane. In particolare, fermo 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.
- Possono essere attivati posti letto per pazienti critici in una AFO area critica a disposizione delle unità

ATTO AZIENDALE

operative afferenti al relativo dipartimento; i pazienti che occupano i posti letto indistinti sono a carico delle unità operative che hanno disposto il ricovero.

- 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.
- 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 presente la U.O. di Nefrologia e il Servizio Dialisi, questi costituiscono un'unica Unità Operativa.
- Unità mediche e chirurgiche a solo ciclo diurno possono essere organizzate funzionalmente per area omogenea con unicità della direzione.
- 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.
- 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.

Tutte le Unità Operativa devono erogare prestazioni sia in regime di ricovero che ambulatoriale (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). Gli obiettivi da perseguire sono:

- Contenimento dei 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;
- Assicurare la quantità e qualità delle performance in funzione del conseguimento di idonei livelli di valorizzazione del prodotto ed un'efficiente gestione delle risorse in dotazione;
- Garantire l'appropriatezza delle modalità di conduzione delle pratiche cliniche diagnostiche ed assistenziali e, per le territoriali, all'appropriatezza prescrittiva e al contenimento della spesa sia dei farmaci che dei dispositivi medici.

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

Gli incarichi ad alta/altissima specializzazione possono riguardare anche ambiti di prestazioni non sanitarie, tesi a produrre servizi particolarmente complessi oppure a fornire attività di consulenza per materie ad

ATTO AZIENDALE

elevato contenuto tecnico professionale nonché per la realizzazione di programmi di ricerca, aggiornamento, tirocinio e formazione, in rapporto alle diverse esigenze dell'Azienda. In questa fattispecie ciò che prevale è la specifica competenza professionale, diversamente dai precedenti casi delle Strutture complesse e semplici, ove prevalgono 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.

Inoltre, sono state definite le linee di attività, suddividendo i posti letto, per disciplina, 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 indagini 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.

Le strutture operative dell'Azienda Sanitaria sono i Presidi Ospedalieri 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 della programmazione regionale, ad eccezioni di alcune rimodulazioni rese necessarie per una migliore redistribuzione dei posti letto su tutto il territorio provinciale.

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 di presidio 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. Annualmente, verranno definiti gli obiettivi da assegnare ai presidi, con verifiche dei risultati attesi. Gli Ospedali aziendali avranno, quindi, la seguente conformazione che nasce dal numero dei posti letto disponibili e dal numero di strutture assegnate.

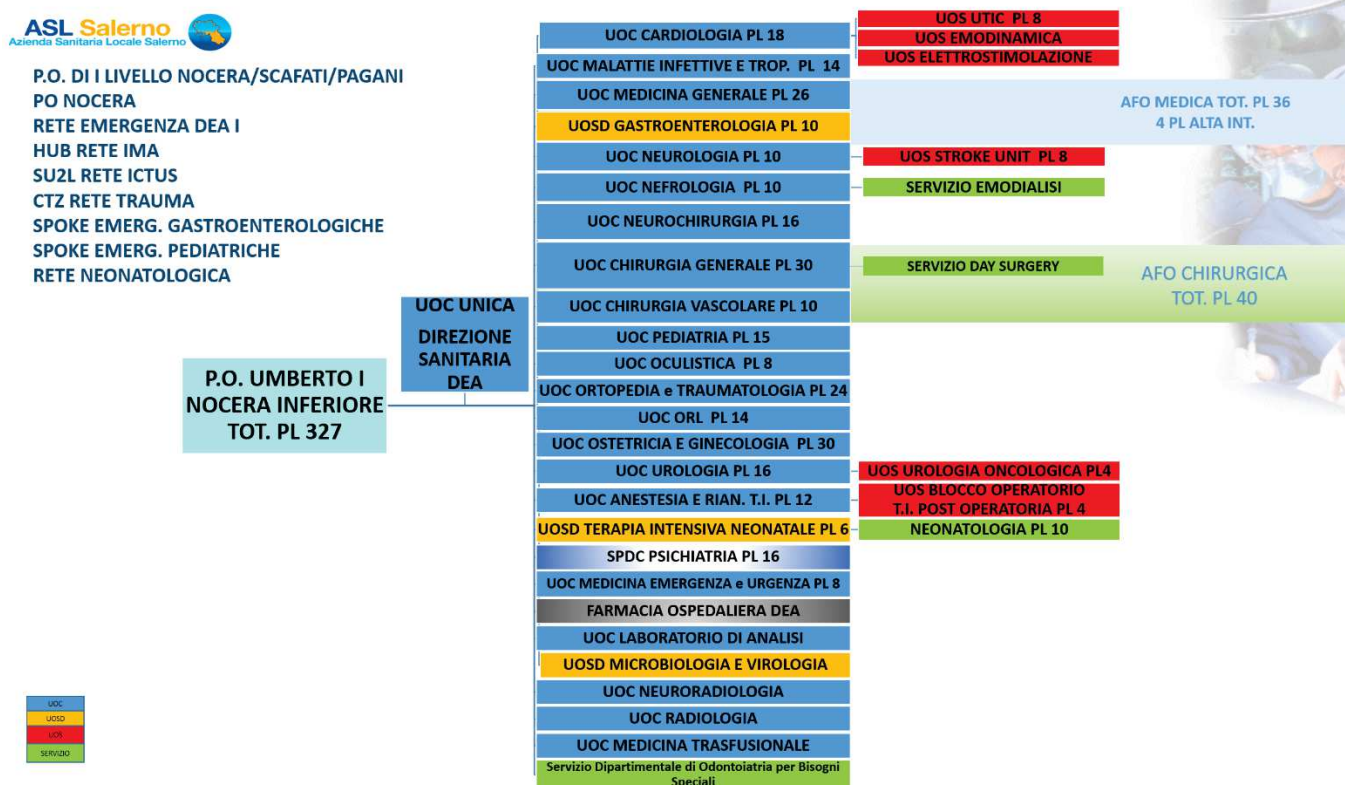
Presidio Ospedaliero di I livello Nocera/Pagani/Scafati

Presidio Ospedaliero "Umberto I" di Nocera

Presidio Ospedaliero (P.O.) di I Livello di Nocera Inferiore: SU2L nella rete dell'ictus, hub nella rete cardiologica, DEA di primo livello nella rete dell'emergenza, oltre che CTZ nella rete traumatologica, spoke

ATTO AZIENDALE

Il rete emergenze pediatriche e spoke nella rete delle emergenze digestive; I posti letto di Terapia Intensiva ricomprendono anche quelli di terapia Intensiva post-operatoria. Sono annessi i Presidi Ospedalieri “A. Tortora” di Pagani e “M.Scarlato” di Scafati.



Per il "Centro Regionale per le Malattie Infettive Pediatriche" sono previsti 2 posti letto. La UOC di Medicina Trasmfusionale, ai sensi del DCA n. 42 del 4.7.2014, garantisce la gestione dell'attività trasfusionale per gli Ospedali di Nocera Inferiore, Pagani, Scafati e Sarno, individuati quali Unità di raccolta.

Sono previste 2 Aree Funzionali Omogenee:

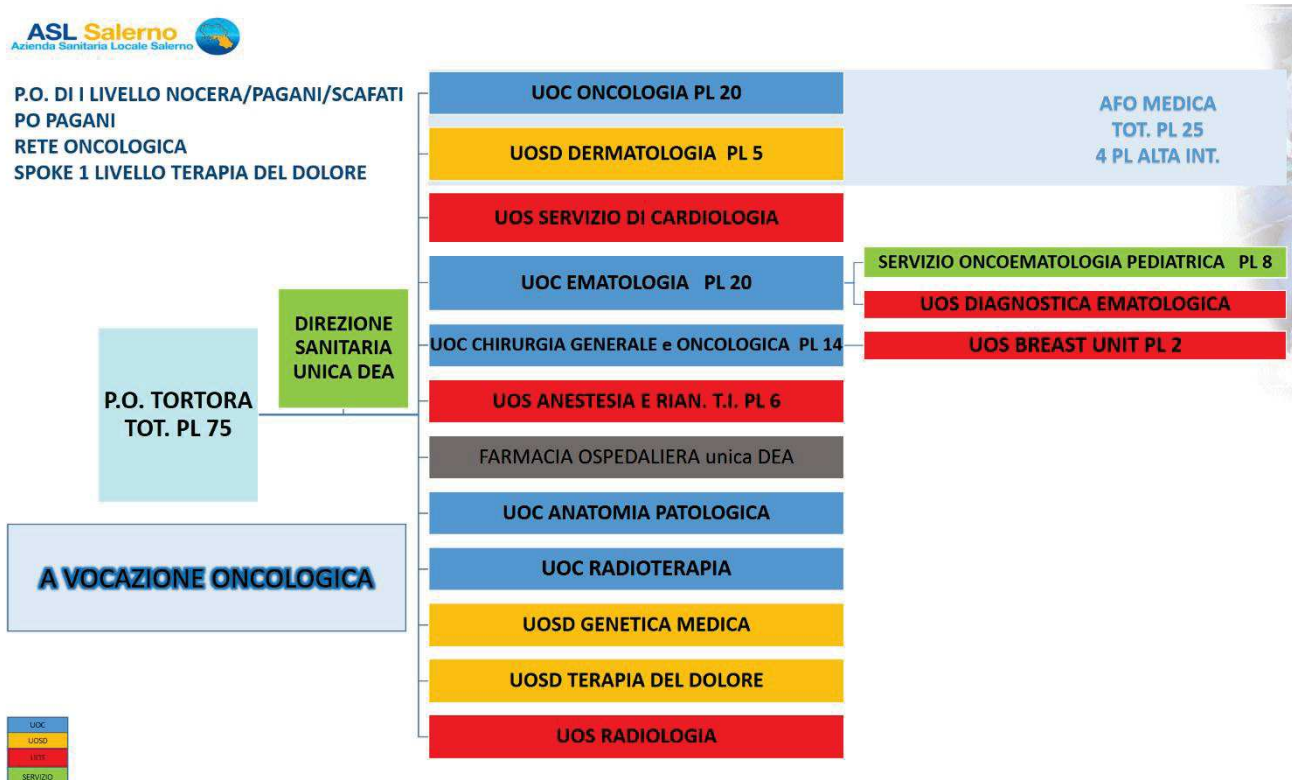
- AFO Medica con 36 PL di cui 4 ad alta intensità
- AFO Chirurgica con 40 PL letto alla quale afferisce anche un servizio di day surgery multispecialistico ed un servizio di odontoiatria sociale dedicato alle fasce deboli e bisogni speciali.

Presidio Ospedaliero "A. Tortora" di Pagani

Presidio Ospedaliero di Pagani: configurato quale presidio ospedaliero senza pronto soccorso, rappresenta il polo oncologico dell'ASL di Salerno, si caratterizza per la presenza di posti letto 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

ATTO AZIENDALE

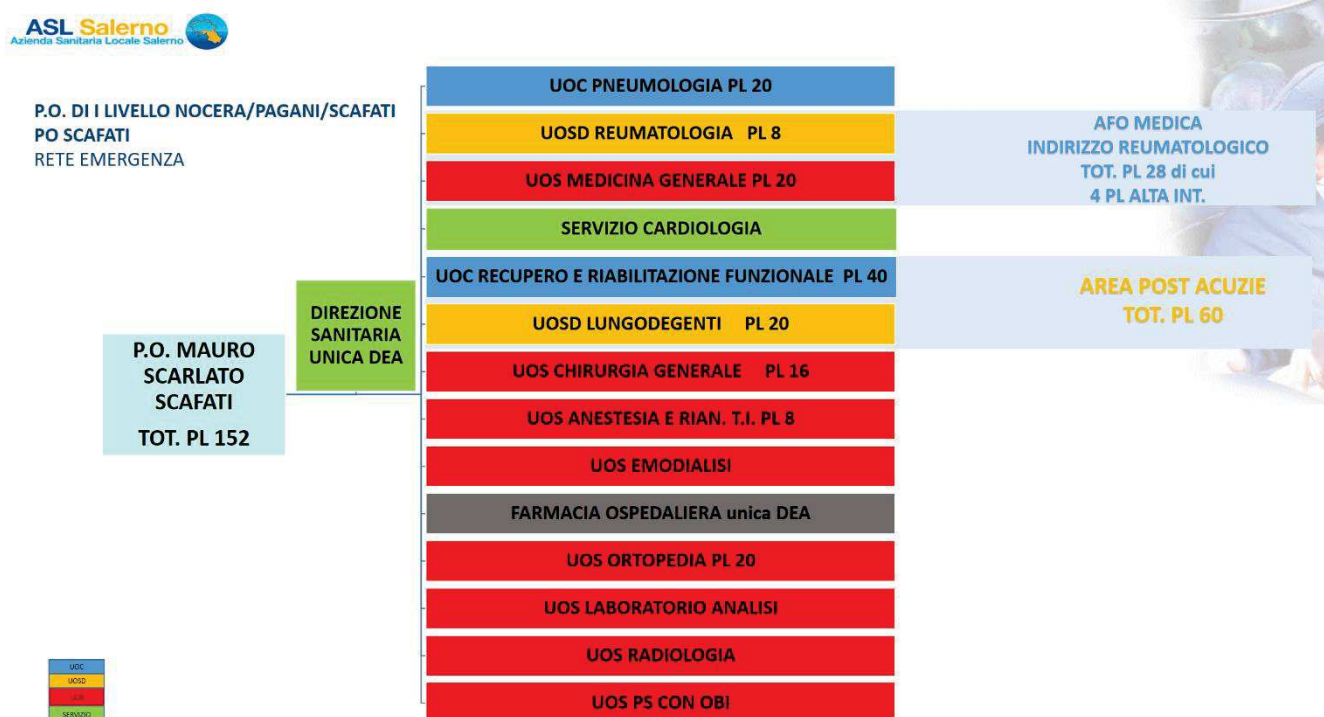
Pagani. È previsto, nel P.O. di Pagani, una UOS Servizio di cardiologia afferente alla UOC Cardiologia del P.O. di Nocera. È programmata l'attività di radioterapia. Spoke I livello nella rete terapia dolore. Annesso al Presidio Ospedaliero di I livello "Umberto I" di Nocera Inferiore. Tutte le attività del laboratorio analisi e microbiologia vengono assicurate dalle strutture esistenti nel presidio ospedaliero e dalle altre strutture presenti nel DEA. Le UU.OO.SS. di Anestesia e Rianimazione, Radiologia e il Servizio di Cardiologia sono afferenti alle rispettive UU.OO.CC. del PO di Nocera. Inoltre, la UOS di Diagnostica Ematologica assicurerà tutte le prestazioni afferenti alla disciplina dell'ematologia.



È prevista 1 AFO con 25 posti letto, di 4 ad alta intensità assistenziale ed una unità di raccolta e conservazione del sangue, in collegamento con il Servizio dell'Ospedale di Nocera Inferiore.

ATTO AZIENDALE

Presidio Ospedaliero "Mauro Scarlato" di Scafati



P.O. Scafati è configurato, nel nuovo assetto aziendale, quale presidio di base con PRONTO SOCCORSO ad indirizzo Pneumologico e Riabilitativo corredato dei servizi diagnostici finalizzati alle suddette attività. È previsto nel P.O. un Servizio di Cardiologia afferente alla UOC di Cardiologia del P.O. di Nocera. È prevista una Unità di raccolta e conservazione del sangue, in collegamento con il Servizio dell'Ospedale di Nocera Inferiore. Sono previsti 158 posti letto. Tutte le UU.OO.SS. sono afferenti alle rispettive UU.OO.CC del P.O. di Nocera.

Sono programmate 2 AFO:

- AFO medica ad indirizzo reumatologico per un totale di 28 posti letto di cui 4 ad alta intensità assistenziale;
- AFO post acuzie per un totale di 68 posti letto. È prevista una unità operativa di riabilitazione intensiva in regime di degenza caratterizzata da interventi multiprofessionali a specifica valenza riabilitativa in ambito respiratorio-cardiologico- neurologico – traumatologico.

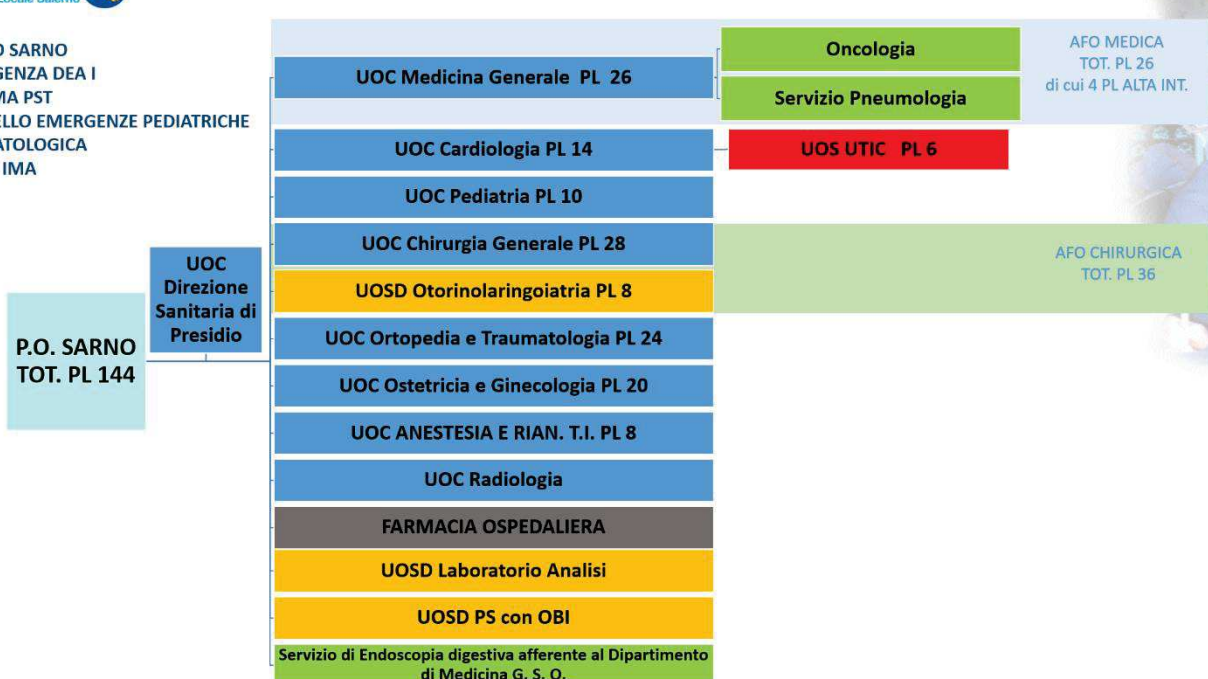
ATTO AZIENDALE

Presidio Ospedaliero "Villa Malta" di Sarno

Configurato come spoke nella rete IMA, PST nella rete Trauma e spoke di I livello nella rete emergenze pediatriche. DEA I livello nella rete dell’Emergenza. È previsto un servizio di Oncologia ed un servizio di pneumologia nell’ambito dell’AFO dell’area medica. È prevista Unità di raccolta e conservazione del sangue, in collegamento con il Servizio dell’Ospedale di Nocera Inferiore. Inoltre, il Servizio di Endoscopia digestiva assume la connotazione di Servizio dipartimentale e viene assegnata alla gestione del Direttore del Dipartimento di Medicina Generale, Specialistica ed Oncologica.



P.O I LIVELLO SARNO
RETE EMERGENZA DEA I
RETE TRAUMA PST
SPOKE I LIVELLO EMERGENZE PEDIATRICHE
RETE NEONATOLOGICA
SPOKE RETE IMA



Sono programmate 2 AFO:

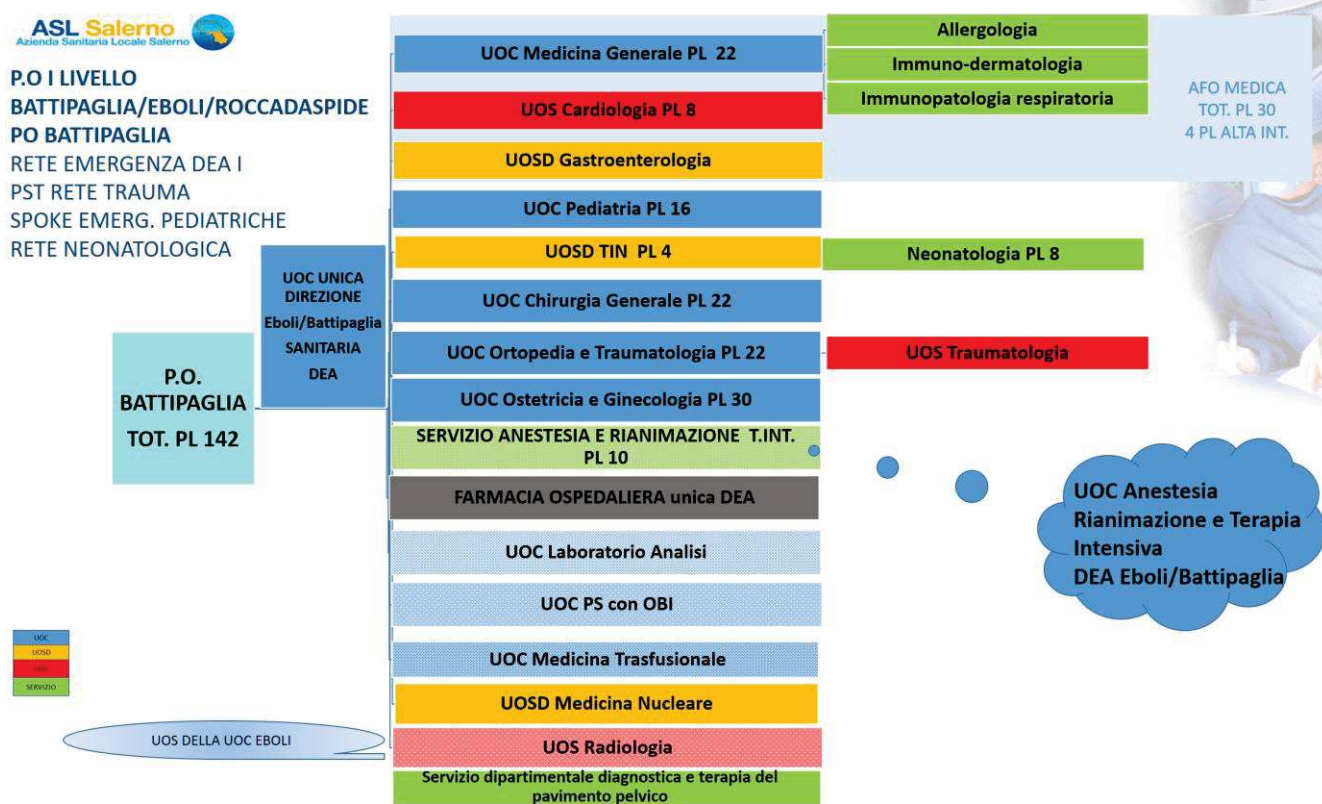
- AFO medica per un totale di 26 posti letto di cui 4 ad alta intensità assistenziale;
- AFO chirurgica per un totale di 36 posti letto.

Presidio Ospedaliero di I livello Battipaglia/Eboli/Roccardaspide

Presidio Ospedaliero "Santa Maria della Speranza" di Battipaglia

Il Presidio Ospedaliero di Battipaglia sede di pronto soccorso al servizio di un’ampia popolazione, è orientato all’area chirurgica materno-infantile. Riveste il ruolo di DEA di I livello nella rete dell’emergenza. Vengono aggregati alla terapia intensiva del servizio di anestesia e rianimazione 2 posti della pediatria, con destinazione di terapia intensiva pediatrica. Riveste il ruolo di PST nella rete Trauma ed è spoke di I livello nella rete pediatrica. Viene programmato un servizio di Endoscopia Digestiva ed un Servizio di allergologia.

ATTO AZIENDALE



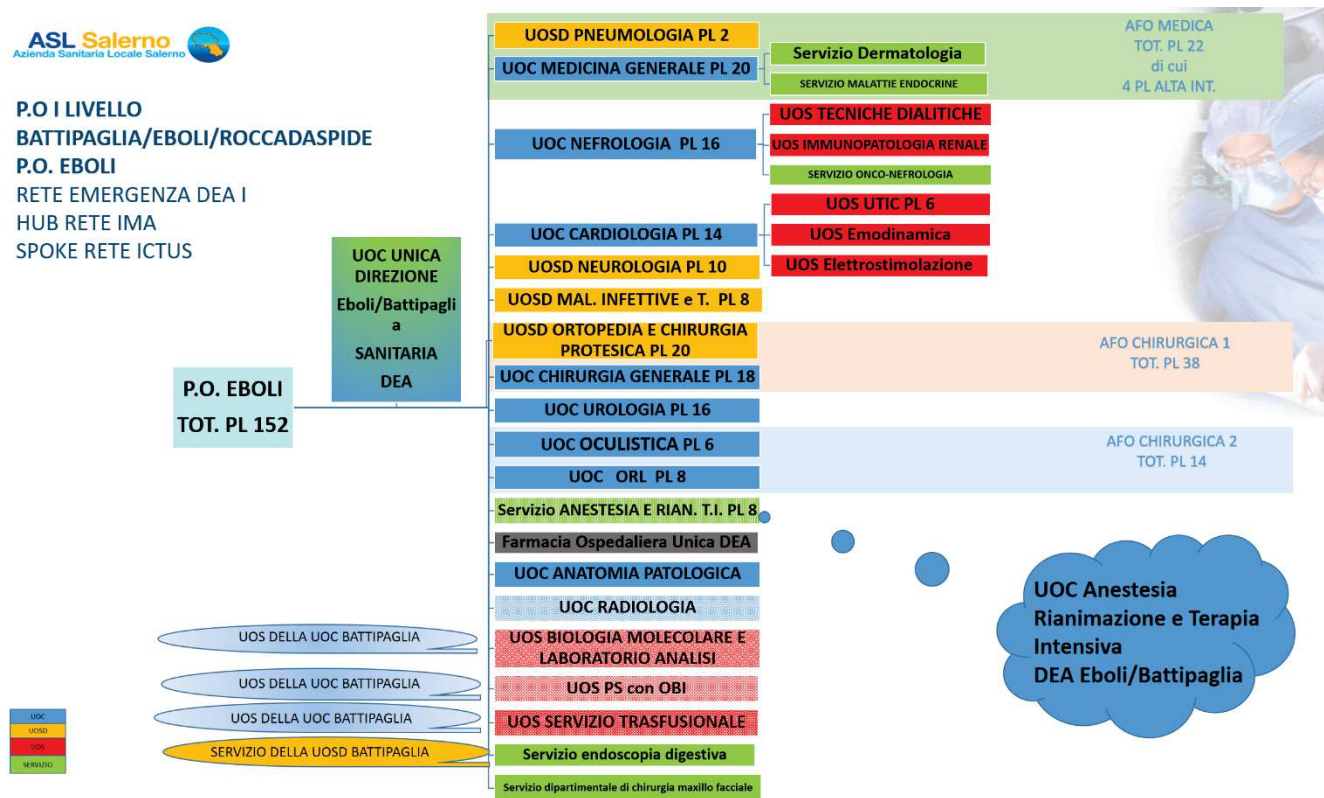
La UOC Servizio Trasfusionale, ai sensi del DCA n. 42 del 4.7.2014, garantisce la gestione dell'attività trasfusionale per i PP.OO. di Battipaglia, Eboli ed Oliveto Citra.

È prevista **1 AFO di area medica con 30 posti letto**, di cui 4 ad alta intensità assistenziale, ad indirizzo gastroenterologico ed epatobiliare, a cui afferiscono anche 8 posti letto di area cardiologica. È inoltre presente un Servizio di diagnostica e terapia del pavimento pelvico a valenza dipartimentale.

ATTO AZIENDALE

Presidio Ospedaliero "Maria Addolorata" di Eboli

Il Presidio Ospedaliero di Eboli è identificato quale presidio sede di pronto soccorso al servizio di un'ampia popolazione, orientato prevalentemente all'area cardiologica. È dotato di emodinamica, è hub di I° livello nella rete cardiologica e spoke nella rete ICTUS. Nell'ambito dell'AFO medica è programmato una UOSD di Pneumologia diagnostica ed interventistica ed un Servizio di Dermatologia. Le UU.OO.SS. di P.S. e Servizio Trasfusionale sono afferenti alle rispettive U.O.C. del P.O. di Battipaglia. All'intero del DEA viene assegnata un'unica U.O.C. di Anestesia/Rianimazione e Terapia Intensiva ed una UOSD di Ortopedia che viene individuata quale HUB Aziendale per gli interventi di chirurgia protesica. È attivo inoltre un Servizio di chirurgia maxillo facciale dipartimentale funzionalmente collegato al Dipartimento delle discipline ortopediche e cervico-facciali.



Per il "Centro Regionale per le Malattie Infettive pediatriche" sono previsti 2 posti letto. Sono programmate 3 AFO:

- AFO medica per un totale di 22 posti letto di cui 4 ad alta intensità assistenziale;
- AFO chirurgica 1, di area generalista, per un totale di 38 posti letto;
- AFO chirurgica 2, di area specialistica, per un totale di 14 posti letto.

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, capace di dare risposta all'intera zona, con migliore utilizzo di risorse e risultati di qualità. In particolare, la

ATTO AZIENDALE

UOC di Terapia Intensiva sarà articolata secondo il seguente modello organizzativo:



Nello specifico afferiscono alla UOC di Anestesia – Rianimazione e Terapia Intensiva 2 incarichi di alta/altissima specializzazione per la gestione dei posti letto distribuiti su entrambi gli stabilimenti ospedalieri e relativi servizi di anestesia.

Inoltre, il P.O. di Battipaglia continuerà a rivestire il ruolo di PST nella rete Trauma e spoke di I livello nella rete pediatrica, con potenziamento del punto nascita. Il P.O. di Eboli continuerà ad essere hub di I° livello nella rete cardiologica e spoke nella rete ICTUS. L'integrazione funzionale e la dislocazione dei servizi tiene conto delle risorse umane disponibili. Nell'ambito della definizione integrata, si ritiene di individuare le AFO mediche ai fini di dover specializzare le unità operative di medicina generale del PO di Battipaglia nell'ambito dell'area gastroenterologica, e del PO di Eboli nell'ambito pneumologico ed endocrino-metabolico.

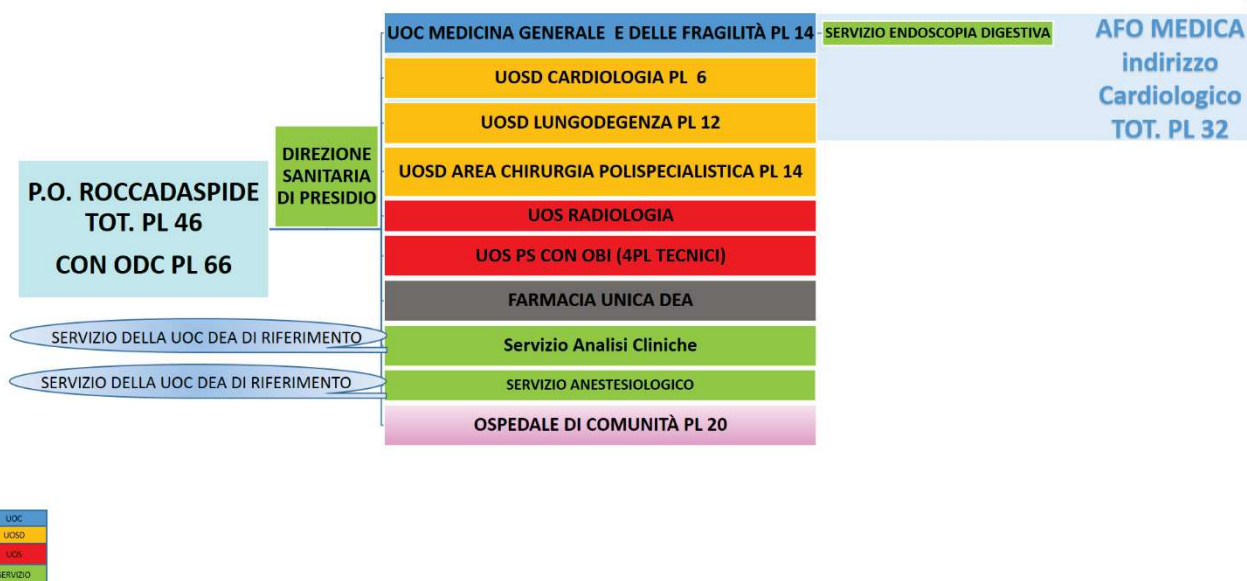
ATTO AZIENDALE

Presidio Ospedaliero di Roccadaspide

P.O. Roccadaspide: configurato quale presidio ospedaliero in zona disagiata con punto di accesso e pronto soccorso, dotato di 66 posti letto comprensivi dei 20 posti letto del programmato Ospedale di Comunità. Dotato inoltre di una unità operativa di day surgery polispecialistico, per effettuare interventi chirurgici o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive che per complessità, esecuzione e durata sono eseguibili in sicurezza nell’arco della giornata. È previsto anche un servizio di ortopedia per garantire un percorso clinico organizzativo in day surgery, per attività di chirurgia ortopedica. È presente, inoltre, una UOC di Medicina generale e delle fragilità orientata alla presa in carico dell’anziano fragile affetto da cronicità complessa e avanzata.



PO ROCCADASPIDE
AREA Disagiata
P.O. DI I LIVELLO RIFERIMENTO
BATTIPAGLIA/EBOLI/ROCCADASPIDE
RETE EMERGENZA

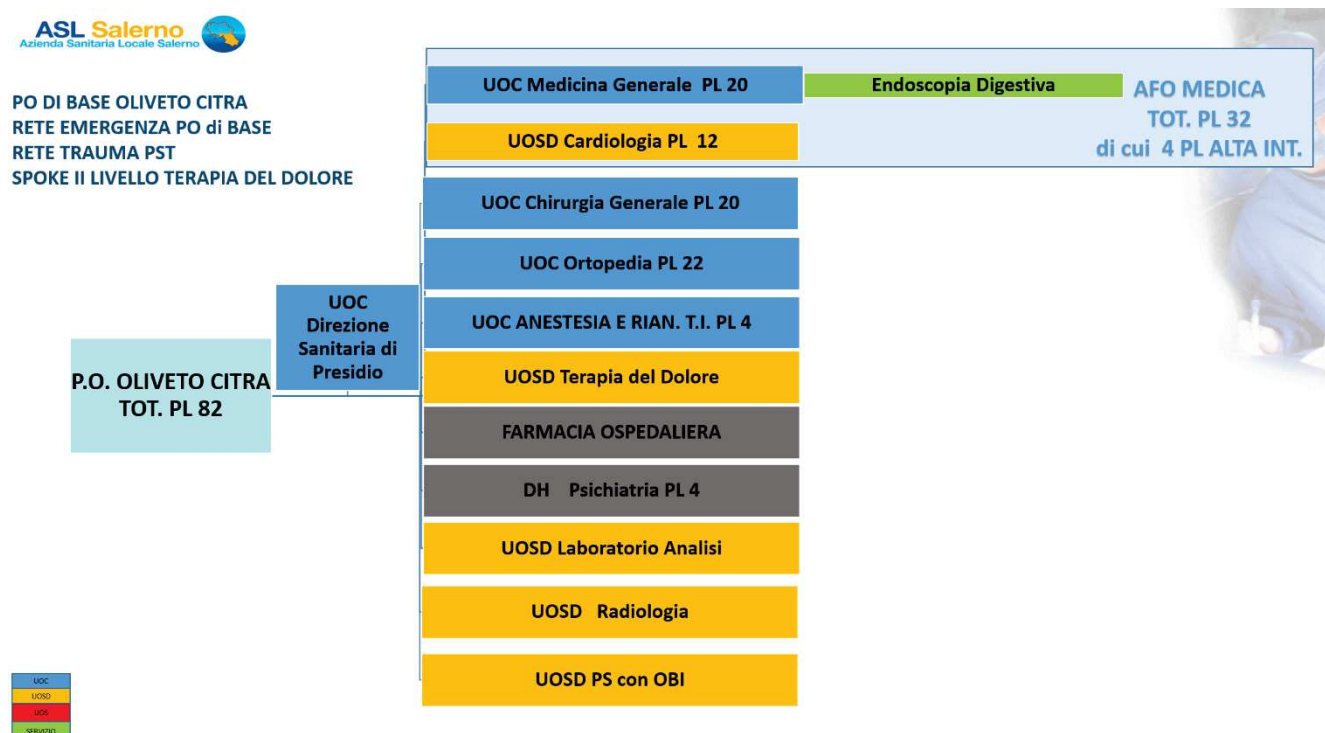


È prevista 1 AFO di area medica ad indirizzo cardiologico con 32 posti letto, a cui afferiscono 12 posti letto di lungodegenza oltre ad un servizio di assistenza anestesiologicala.

ATTO AZIENDALE

Presidio Ospedaliero Oliveto Citra

È confermato quale presidio ospedaliero di base con pronto soccorso. Ospita la psichiatria in DH gestito dal dipartimento di Salute Mentale. È programmato un servizio di endoscopia digestiva ed è prevista una unità di raccolta e conservazione del sangue, in collegamento con il Servizio dell'Ospedale di Battipaglia. All'occorrenza, la UOSD Terapia del dolore utilizza 2 PL in regime in DH della UOC di Ortopedia.



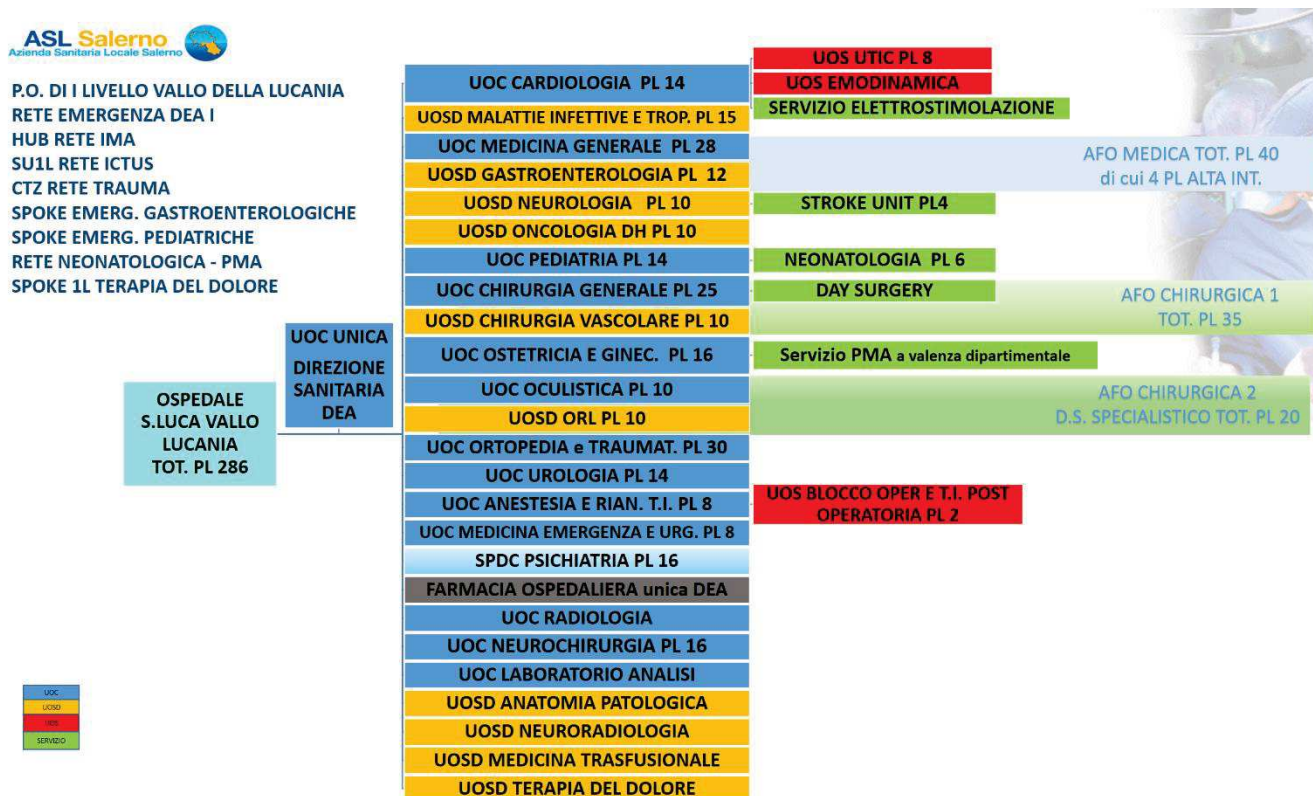
È prevista **1 AFO di area medica con 32 posti letto**, di cui 6 ad alta intensità (4 di terapia ad alta intensità cardiologica e 2 ad alta intensità di medicina generale) a cui afferiscono 12 posti letto di area cardiologica.

ATTO AZIENDALE

Presidio Ospedaliero di I Livello Vallo Della Lucania/Agropoli

Presidio Ospedaliero "San Luca" di Vallo della Lucania

Stroke Unit di 1 Livello nella rete dell'Ictus (SU1L), hub nella rete cardiologica, spoke nella rete emergenze pediatriche, spoke nella rete delle emergenze gastroenteriche, spoke nella rete del dolore, oltre che CTZ nella rete traumatologica.



Per il "Centro Regionale per le Malattie Infettive Pediatriche" sono previsti 2 posti letto presso la UO di Malattie Infettive. La UOSD Terapia del Dolore utilizzerà all'occorrenza 2 posti letto della UOC della Medicina Generale per eventuali ricoveri in regime di DH. È presente un Servizio per la PMA a valenza dipartimentale.

Sono programmate 3 AFO:

- AFO medica per un totale di 40 posti letto di cui 4 ad alta intensità assistenziale;
- AFO chirurgica 1, di area generalista, per un totale di 35 posti letto;
- AFO chirurgica 2, di area specialistica, per un totale di 20 posti letto.

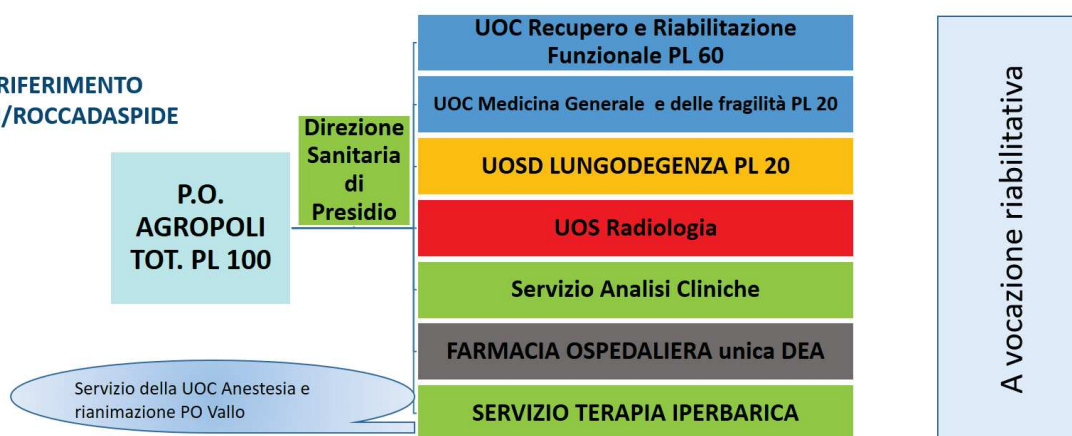
ATTO AZIENDALE

Presidio Ospedaliero di Agropoli

P.O. Agropoli: configurato quale presidio ospedaliero in zona disagiata, senza pronto soccorso. È prevista riabilitazione intensiva in regime di degenza caratterizzata da interventi multiprofessionali a specifica valenza riabilitativa in ambito respiratorio-cardiologico- neurologico – traumatologico. Si caratterizza per la presenza di posti letto di medicina orientati alla presa in carico dell’anziano fragile e a supporto del P.O. di Vallo della Lucania, con un centro ambulatoriale ad indirizzo oncologico.



PO AGROPOLI
AREA Disagiata
P.O. I LIVELLO DI RIFERIMENTO
VALLO/AGROPOLI/ROCCADASPIDE



Presso l'Ospedale di Agropoli è previsto l'ampliamento dei posti letto per il SUAP. Ospita inoltre un centro diurno territoriale per disturbi del comportamento alimentare afferente al Dipartimento di Salute mentale. È presente un servizio di terapia iperbarica afferente alla UOC Anestesia e Rianimazione del PO di Vallo della Lucania

Presidio Ospedaliero "Dell'Immacolata" di Sapri

DEA 1 livello nella rete dell'emergenza, PST nella rete trauma e spoke nella rete IMA. Inoltre, si configura quale spoke di I livello nelle emergenze pediatriche. La gestione del DH Oncologico è affidata alla UOSD Oncologia del PO di Polla e la gestione del servizio trasfusionale è affidata alla UOSD Medicina trasfusionale del PO di Vallo. Viene inoltre confermata la UOSD di Emodialisi che all'occorrenza potrà utilizzare 3 posti letto della UOC di Medicina per la diagnosi e cura di complicanze dell'emodialisi stessa o legate alla nefropatia di base da cui il paziente è affetto o da eventuali co-morbidità. L'UOS di Ginecologia ed ostetricia è funzionalmente collegata con la UOC del P.O: di Vallo della Lucania.

È prevista 1 AFO di area medica con indirizzo oncologico con 22 posti letto, a cui 2 ad alta intensità.

ATTO AZIENDALE

P.O. I LIVELLO SAPRI
RETE EMERGENZA DEA I
RETE TRAUMA PST
SPOKE RETE IMA
3SPOKE I LIVELLO EMERGENZE
PEDIATRICHE
RETE NEONATOLOGICA



P.O. SAPRI
TOT. PL 116

UOC Direzione Sanitaria di Presidio

- UOC Medicina Generale PL 20
- DH Oncologia PL 2 *
- UOC Cardiologia PL 10
- UOSD Lungodegenti PL 16
- UOC Chirurgia Generale PL 20
- UOC Ortopedia e Traumatologia PL 20
- UOS Ostetricia e Ginecologia PL 10
- UOSD Pediatria PL 8
- UOC Anestesia E Rian. T.I. PL 4
- UOSD Emodialisi
- Farmacia Ospedaliera
- UOSD Laboratorio Analisi
- UOSD PS con OBI
- UOSD Radiologia
- Servizio Trasfusionale*

Servizio Endoscopia Digestiva

AFO MEDICA
TOT. PL 22
di cui
2 PL ALTA INT.

UOS UTIC PL 6

UOC Ginecologia e Ostetricia P.O. Vallo della Lucania

* UOSD Oncologia - POLLA

SERVIZIO DELLA UOSD PO VALLO

Presidio Ospedaliero "L. Curto" di Polla

P.O. DI I LIVELLO POLLA
RETE EMERGENZA DEA I
SPOKE RETE IMA
SU1L RETE ICTUS
PST RETE TRAUMA
SPOKE EMERG. PEDIATRICHE
RETE NEONATOLOGICA

OSPEDALE PO POLLA
TOT. PL 173

UOC DIREZIONE SANITARIA

- UOC MEDICINA GENERALE PL 20
- UOSD GERIATRIA PL 14
- UOSD ONCOLOGIA PL 2 DH*
- UOSD NEUROLOGIA PL 12
- UOSD NEFROLOGIA PL 8
- UOSD GASTROENTEROLOGIA PL 4
- UOSD PNEUMOLOGIA PL 8
- UOC CARDIOLOGIA PL 14
- UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA PL 15
- UOSD PEDIATRIA PL 10
- UOC CHIRURGIA GENERALE PL 16
- UOC UROLOGIA PL 10
- UOC ORTOPIEDIA PL 18
- UOSD OCULISTICA PL 4
- UOSD ORL PL 4
- UOC ANESTESIA E RIAN. T.I. PL 8
- FARMACIA OSPEDALIERA
- UOC LABORATORIO ANALISI
- UOSD PS CON OSSERVAZIONE BREVE
- UOSD RADIOLOGIA
- UOS SERVIZIO TRASFUSIONALE
- Servizio Dipartimentale Odontoiatria per bisogni speciali

STROKE UNIT

EMODIALISI

UOS UTIC PL 6

AFO MEDICA 1
TOT. PL 36
di cui 4 PL ALTA INT.

AFO MEDICA 2
Ad indirizzo specialistico
TOT. PL 20

AFO CHIRURGICA 1
T.O.T. PL 26

AFO CHIRURGICA 2
D.S. SPECIALISTICO

* UOSD Oncologia - gestione di ulteriori 2 PL PO Sapri



ATTO AZIENDALE

DEA di I livello nella rete dell'emergenza è identificato quale SUIL nella rete Ictus e spoke per la Rete IMA. Si configura PST nella rete Trauma e spoke I livello per le emergenze pediatriche. È programmata una unità operativa di Oncologia con 2 posti letto di Day Hospital.

Sono programmate 4 AFO:

- AFO medica 1 per un totale di 36 posti letto di cui 4 ad alta intensità assistenziale;
- AFO medica 2 per un totale 20 posti letto ad indirizzo specialistico;
- AFO chirurgica 1, di area generalista, per un totale di 26 posti letto a cui afferisce un servizio di odontoiatria sociale dedicato alle fasce deboli;
- AFO chirurgica 2, di area specialistica, per un totale di 8 posti letto di DH.

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 applicazione di disposizioni regionali e nazionali. 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. 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 Operative 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 Operativa 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 e 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 governano, 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 Operativa 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

ATTO AZIENDALE

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 individuato con il presente Atto Aziendale si connota per due distinti caratteri:

- Da un lato assume valore confermativo per varie strutture già pienamente operative e consolidate in termini sia di qualificazione, sia di competenze e produzione;
- 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 di cui al precedente punto 1, la previsione di una diversa qualificazione non determina 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 al punto 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 si ritiene che l'adeguamento agli standard in oggetto debba essere garantito da questa ASL. Inoltre sulla base delle linee guida per l'adozione dell'Atto Aziendale (DCA 13/2013 - punto 19), che prevedono la individuazione programmatica delle strutture complesse, semplici dipartimentali e semplici sulla base di parametri e criteri indicati con lo stesso decreto, in modo da garantire l'adeguamento agli standard, sono state individuate le strutture secondo i parametri e i criteri indicati, per cui si procederà 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 31.12.2023, per i quali l'incarico sarà mantenuto fino alla data di collocamento a riposo.

Dipartimenti

Dipartimento Area Critica ed Emergenza/Urgenza Ospedaliera e Territoriale – COT 118

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 e garantisce la

ATTO AZIENDALE

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 individuato con il presente Atto Aziendale si connota per due distinti caratteri:

- Da un lato assume valore confermativo per varie strutture già pienamente operative e consolidate in termini sia di qualificazione, sia di competenze e produzione;
- 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 di cui al precedente punto 1, la previsione di una diversa qualificazione non determina 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 al punto 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 si ritiene che l'adeguamento agli standard in oggetto debba essere garantito da questa ASL. Inoltre sulla base delle linee guida per l'adozione dell'Atto Aziendale (DCA 13/2013 - punto 19), che prevedono la individuazione programmatica delle strutture complesse, semplici dipartimentali e semplici sulla base di parametri e criteri indicati con lo stesso decreto, in modo da garantire l'adeguamento agli standard, sono state individuate le strutture secondo i parametri e i criteri indicati, per cui si procederà 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 31.12.2023, per i quali l'incarico sarà mantenuto fino alla data di collocamento a riposo.

Dipartimenti

Dipartimento Area Critica ed Emergenza/Urgenza Ospedaliera e Territoriale – COT 118

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 e garantisce la

ATTO AZIENDALE

terapia intensiva e sub-intensiva 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, 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. Per quel che attiene l'area dell'Emergenza-Urgenza è costituito da una componente territoriale ed una ospedaliera la cui "mission" è quella di garantire una corretta gestione del paziente esterno che si trova in situazioni di emergenza-urgenza tramite un'organizzazione che prevede delle sinergie tra la rete dell'emergenza territoriale e quella ospedaliera, un'adeguata e tempestiva risposta all'urgenza intraospedaliera con formazione continua del personale aziendale ed infine di assicurare la presenza di posti letto per il trattamento di pazienti in emergenza-urgenza, ottimizzando il percorso di ricovero dei pazienti acuti. Tali obiettivi sono perseguiti con l'aggiornamento continuo di tutto il personale operante presso il Dipartimento, l'adozione di tecnologie moderne e di provata efficacia ed efficienza e l'uso dell'informatica. Il Dipartimento si pone l'obiettivo di:

- Omogeneizzare le modalità di trattamento nelle strutture omologhe in modo da garantire un'assistenza uniforme;
- Integrare l'attività di emergenza urgenza extra territoriale con quella ospedaliera;
- Individuare accessi ospedalieri diversificati in relazione alle specificità dei singoli presidi, ai codici di gravità nei pronto soccorso, alle competenze specialistiche e ai posti letto disponibili ed al ruolo da essi occupato nelle reti assistenziali;
- Garantire una continuità di trattamento dalla strada ai reparti passando attraverso l'assistenza rianimatoria, l'eventuale utilizzo di sale operatorie, il ricovero in rianimazione fino alla dimissione.

ATTO AZIENDALE

Dipartimento Area Critica ed Emergenza Urgenza			
Denominazione Struttura/Stabilimento	Tipologia Struttura	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Somma di PL
AREA TERRITORIALE	UOC	Emergenza-Urgenza COT 118	
AREA TERRITORIALE	UOS	Emergenza Territoriale	
OSPEDALE DI ROCCADASPIDE	UOS	PS con Osservazione Breve	0
OSPEDALE DI ROCCADASPIDE		Servizio Anestesiologico	0
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOC	ANEST RIAN e Terapia Intensiva	8
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOC	Medicina Emergenza Urgenza	8
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOS	Blocco operatorio e post intensiva	2
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOSD	Terapia del dolore (senza posti letto)	
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOC	ANEST RIAN e Terapia Intensiva	8
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOS	PS con Osservazione Breve	0
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI		TERAPIA INT. POST OPER	0
P.O. MARTIRI DI VILLA MALTA SARNO	UOC	ANEST RIAN e Terapia Intensiva	8
P.O. MARTIRI DI VILLA MALTA SARNO	UOSD	PS con Osservazione Breve intensiva	0
P.O. MAURO SCARLATO SCAFATI	UOS	ANEST RIAN e Terapia Intensiva	8
P.O. MAURO SCARLATO SCAFATI	UOS	PS con Osservazione Breve	0
P.O. S. FRANCESCO DASSISI OLIVETO CITRA	UOC	ANEST RIAN e Terapia Intensiva	4
P.O. S. FRANCESCO DASSISI OLIVETO CITRA	UOSD	PS con Osservazione Breve intensiva	0
P.O. S. FRANCESCO DASSISI OLIVETO CITRA	UOSD	Terapia del dolore (senza posti letto)	0
P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA	UOC	PS con Osservazione Breve intensiva	0
P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA		ANEST RIAN e Terapia Intensiva	10
P.O. TORTORA	UOS	ANEST RIAN e Terapia Intensiva	6
P.O. TORTORA	UOSD	Terapia del dolore (senza posti letto)	0
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOC	ANEST RIAN e Terapia Intensiva	12
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOC	Medicina Emergenza Urgenza	8
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOS	Blocco operatorio e post intensiva	4
PRESIDIO OSPEDALIERO DI AGROPOLI		Servizio Terapia Iperbarica	0
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO	UOC	ANEST RIAN e Terapia Intensiva	8
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO	UOSD	PS con Osservazione Breve	0
PRESIDIO OSPEDALIERO 'IMMACOLATA' SAPRI	UOC	ANEST RIAN e Terapia Intensiva	4
PRESIDIO OSPEDALIERO 'IMMACOLATA' SAPRI	UOSD	PS con Osservazione Breve	0
Totale complessivo			98

ATTO AZIENDALE

DIPARTIMENTO	Dipartimento Area Critica ed Emergenza Urgenza
TIPOLOGIA STRUTTURA	Conteggio di Macro-area
UOC	11
UOS	8
UOSD	7
Totale complessivo	26

Dipartimento di Medicina di Laboratorio

Il **Dipartimento di Medicina di Laboratorio** ha la finalità di erogare prestazioni analitiche e diagnostiche sia di base che di elevata complessità a favore di pazienti ricoverati e ambulatoriali, promuovendo sia la corretta richiesta dei test che favorendo la corretta interpretazione dei referti.

Il Dipartimento è impegnato nella promozione del governo clinico in medicina di laboratorio con l'obiettivo di fornire le informazioni diagnostiche più efficaci all'ottimale processo clinico per ottenere i migliori risultati di salute per i cittadini. L'orientamento all'appropriatezza e l'analisi principi e strumenti propri della evidence based laboratory medicine, sono alla base delle politiche professionali e gestionali dell'organizzazione dipartimentale.

Il Dipartimento, pertanto, ha la responsabilità della soddisfazione delle esigenze di diagnostica di laboratorio di tutta la popolazione perseguendo i principi di equità, efficacia, efficienza e qualità e dovrà essere garantita un'attività di medicina di laboratorio deputata ad assicurare:

- Urgenza/Emergenza h24 se è presente un pronto soccorso;
- Medicina Trasfusionale;
- Anatomia patologica;
- Tossicologia.

Saranno incrementati i punti prelievi già esistenti prevedendo almeno un punto prelievo per ogni Distretto Sanitario così da garantire ai cittadini la possibilità di accesso ai servizi pubblici territoriali e potenziare così l'offerta della medicina territoriale dimostratasi carente nella pandemia da coronavirus tuttora presente.

I punti prelievo diversi dai laboratori Hub e Spoke potranno essere dotati di POCT, come da D.D.145/2021, atti a garantire almeno i tempi tecnici strettamente necessari intercorrenti tra il prelievo e l'esecuzione dell'indagine richiesta, anche per assicurare prioritariamente la qualità delle prestazioni di laboratorio tempo dipendenti (es. glicemia, esami della coagulazione) individuati nel D.D. 219/2021.

Essi dovranno essere collegati con i centri Hub ed i centri Spoke individuati dall'ASL così da disegnare una nuova rete della Medicina di Laboratorio dell'ASL Salerno, in un modello dipartimentale strutturale caratterizzato da efficacia ed efficienza.

Il trasporto dei campioni biologici sarà assicurato ai sensi del DD 219/2021 secondo le modalità di consegna dei campioni biologici alle sedi di assegnazione in una logica di consolidamento delle prestazioni specie per gli esami "esoterici".

ATTO AZIENDALE

Il collegamento telematico di tutte le strutture di laboratorio ai punti prelievo (con o senza POCT) afferenti al dipartimento, e la obbligatoria firma digitale dei referti, sarà assicurata al fine di inserire i dati di laboratorio informatizzati nel fascicolo elettronico.

Alla realizzazione dell'HUB Centralizzato Territoriale di Medicina del Laboratorio, il Dipartimento verrà rimodulato in base alle nuove esigenze Aziendali. Nelle more della realizzazione del suddetto HUB gli incarichi attribuiti saranno assegnati in via provvisoria.

UOSD TOSSICOLOGIA

Il "Laboratorio di Tossicologia" è una struttura tecnico-scientifica del Dipartimento di medicina di laboratorio costituisce un riferimento per l'intera Azienda quale unico laboratorio in ASL Salerno ad effettuare analisi tossicologiche su matrici biologiche con metodiche cromatografiche che garantiscono la valenza medico-legale dei referti analitici.

STRUTTURE RICHIEDENTI	SCOPO DELL'ANALISI	
Presidi Ospedalieri, Procure	Attualità d'uso (sotto l'effetto di...)	Guida sotto influenza di alcool
		Guida sotto influenza di sostanze d'abuso
		Intossicazione
Medicina del Lavoro, Medicina Legale, Commissione Patenti	Idoneità	Guida
		Lavoro
		Porto d'Armi
		Norme Concorsuali
Procure, SER.D	Monitoraggio della Terapia	Tossicodipendenza
		Affidamento di minori
		Adozioni
Procure, SER.D	Uso/abuso (assunt ore cronico)	Tossicodipendenza
		Affidamento di minori
		Adozioni

Le analisi tossicologiche con finalità diagnostiche in ambito clinico e/o forense prevedono l'esame di diverse matrici biologiche (quali sangue, urina, matrice cheratinica) i cui rispettivi esiti, da soli o in combinazione tra loro, forniscono elementi utili ad accertamenti con diversa valenza tossicologico-forense/medico-legale, quali:

- guida sotto l'influenza di alcool (art. 186 del Codice della Strada),
- guida sotto l'influenza di sostanze d'abuso (art. 187 del Codice della Strada),
- idoneità alla guida,
- idoneità al lavoro,
- idoneità al porto d'armi,
- idoneità a specifiche norme concorsuali e/o contrattuali,

ATTO AZIENDALE

- uso/abuso nell'ambito dell'affidamento di minori o di adozioni internazionali,
- intossicazione (in attualità di effetto biologico ovvero "sotto l'influenza di"),
- tossicodipendenza,
- aderenza alla terapia

Dipartimento di Medicina di Laboratorio		
Denominazione Struttura/Stabilimento	Tipologia Struttura	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)
AREA TERRITORIALE	UOSD	Tossicologia
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOC	Laboratorio di analisi
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOSD	Anatomia e Istologia patologica
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOSD	Servizio trasfusionale
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOC	Anatomia e Istologia patologica
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOS	Servizio trasfusionale
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOS	Biologia Molecolare e Laboratorio di analisi
P.O. MARTIRI DI VILLA MALTA SARNO	UOSD	Laboratorio di analisi
P.O. MAURO SCARLATO SCAFATI	UOS	Laboratorio di analisi
P.O. S. FRANCESCO DASSISI OLIVETO CITRA	UOSD	Laboratorio di analisi
P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA	UOC	Laboratorio di analisi
P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA	UOC	Servizio trasfusionale
P.O. TORTORA	UOC	Anatomia e Istologia patologica
P.O. TORTORA	UOSD	Genetica medica
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOC	Laboratorio di analisi
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOC	Servizio trasfusionale
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOSD	Microbiologia e virologia
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO	UOC	Laboratorio di analisi
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO	UOS	Servizio trasfusionale
PRESIDIO OSPEDALIERO 'IMMACOLATA' SAPRI		Servizio trasfusionale
PRESIDIO OSPEDALIERO 'IMMACOLATA' SAPRI	UOSD	Laboratorio di analisi

ATTO AZIENDALE

DIPARTIMENTO	Dipartimento di Medicina di Laboratorio
TIPOLOGIA STRUTTURA	Conteggio di Macro-area
UOC	8
UOS	4
UOSD	8
Totale complessivo	20

Dipartimento Diagnostica per Immagini

Il Dipartimento Interaziendale ad Attività Integrata di Diagnostica per Immagini, in coerenza con la programmazione regionale, si colloca in posizione idonea alla realizzazione di progetti di integrazione intra ed interaziendale. Garantisce e coordina l'erogazione di prestazioni di diagnostica per immagini su tutto il territorio provinciale, con particolare attenzione all'appropriatezza delle prestazioni, promuovendo l'individuazione e la relativa caratterizzazione delle sedi dove possano essere concentrate e privilegiate attività di particolare complessità e peculiarità clinica, valorizzando e favorendo lo sviluppo di specifiche competenze diagnostico-interventistiche. Il Dipartimento promuove e coordina le attività di formazione e aggiornamento attraverso la realizzazione di specifico programma formativo e la adozione di linee guida e procedure condivise, a garanzia della qualità professionale.

Il dipartimento di Diagnostica per Immagini è un dipartimento orizzontale, raggruppa cioè tutte le Unità Operative che, a livello aziendale si occupano di questa disciplina, vale a dire le Unità Operative di Radiologia del D.E.A. Nocera Pagani Scafati, D.E.A. Vallo Agropoli, D.E.A. Eboli Battipaglia Roccadaspide, e dei PP.OO. di Oliveto Citra, Sapri, Polla, Sarno, la Neuroradiologia del P.O. di Nocera Inferiore e del P.O. di Vallo della Lucania, la Medicina Nucleare dei PP.OO. di Pagani e Battipaglia, coi relativi servizi specialistici. Afferiscono inoltre al Dipartimento i servizi territoriali di diagnostica per immagini.

Il dipartimento rappresenta un punto nodale di numerosissimi processi aziendali. Infatti, i compiti della diagnostica radiologica (Radiologia e Neuroradiologia), unitamente alla Medicina Nucleare, comprendono oggi numerose e diversificate prestazioni sia diagnostiche che terapeutiche. Le strutture afferenti al Dipartimento erogano prestazioni di vario livello, che si adattano alle diverse esigenze cliniche: rx, ecografie, tac e risonanze magnetiche con e senza contrasto, la cui suddivisione sul territorio è funzionale a garantire l'equità d'accesso ai servizi per tutti i cittadini, anche in relazione all'urgenza dell'esame: urgente, urgenza differibile, ordinario, controllo.

Tra gli obiettivi strategici e generali del dipartimento ci sono:

- La corresponsabilizzazione di tutti gli operatori sanitari di ogni livello;
- L'aggiornamento ed il perfezionamento professionale ai fini di un'assistenza sanitaria sempre più qualificata;
- La valutazione e la verifica della qualità dell'assistenza fornita;
- Sono inoltre attività di competenza dipartimentale;
- Gestione dell'attività diagnostica per immagini e terapeutica specialistica per pazienti ricoverati ad ambulatoriali esterni;

ATTO AZIENDALE

- Organizzazione dell'attività ambulatoriale competenza clinica, in accordo con le direzioni area interessate;
- Supporto clinico alle attività delle strutture mediche, chirurgiche e territoriali;
- Organizzazione del servizio di radioterapia anche in ambito ambulatoriale;
- Referenza clinica relativa ai programmi di screening di competenza;
- Sviluppo dei rapporti, dell'attività e dei pdta correlati agli accordi interaziendali, interregionali e internazionali;
- Collaborazione con le strutture aziendali preposte ai rapporti con le strutture private accreditate che abbiano stipulato accordi contrattuali con l'azienda;
- Partecipazione alla stesura dei capitolati tecnici relativamente all'acquisizione di beni e di servizi di competenza e validazione degli stessi;
- Collaborazione, per gli ambiti di competenza, nell'attuazione delle iniziative aziendali di promozione della salute, prevenzione, sorveglianza di popolazione ed all'attuazione previste dal Piano Regionale di Prevenzione.

Persegue inoltre i seguenti obiettivi:

- Offrire un adeguato livello di consulenza per i servizi ospedalieri, in particolare per quanto attiene alla collaborazione con il dipartimento di Emergenza Urgenza attraverso la rete delle Neuroradiologie;
- Offrire servizi di diagnostica preventiva all'interno dei percorsi di screening e più in generale alla popolazione, con tempi d'attesa adeguati e secondo le linee guida della Regione Campania.

Dipartimento di Diagnostica per Immagini		
Denominazione Struttura/Stabilimento	Tipologia Struttura	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)
OSPEDALE DI ROCCADASPIDE	UOS	Radiologia senza pl
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOC	Radiologia senza pl
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOSD	Neuroradiologia
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOC	Radiologia senza pl
P.O. MARTIRI DI VILLA MALTA SARNO	UOC	Radiologia senza pl
P.O. MAURO SCARLATO SCAFATI	UOS	Radiologia senza pl
P.O. S. FRANCESCO DASSISI OLIVETO CITRA	UOSD	Radiologia senza pl
P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA	UOS	Radiologia senza pl
P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA	UOSD	medicina nucleare senza posti letto
P.O. TORTORA	UOS	Radiologia senza pl
P.O. TORTORA	UOC	Radioterapia senza pl
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOC	Neuroradiologia
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOC	Radiologia senza pl
PRESIDIO OSPEDALIERO DI AGROPOLI	UOS	Radiologia senza pl
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO	UOSD	Radiologia senza pl
PRESIDIO OSPEDALIERO 'IMMACOLATA' SAPRI	UOSD	Radiologia senza pl

ATTO AZIENDALE

DIPARTIMENTO	Dipartimento di Diagnostica per Immagini
TIPOLOGIA STRUTTURA	Conteggio di Macro-area
UOC	6
UOS	5
UOSD	5
Totale complessivo	16

Dipartimento di Medicina Generale, delle Specialità Mediche ed Oncologiche

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 in regime di ricovero ordinario, in regime di follow up e dimissioni protette. Nell'identificazione delle aggregazioni di questo Dipartimento prevale il criterio della coincidenza sui percorsi diagnostico/terapeutici e sui processi assistenziali relativi alle stesse patologie internistiche. Il Dipartimento assicura l'erogazione di prestazioni di prevenzione secondaria, diagnostiche e terapeutiche di natura plurispecialistica in regime di ricovero ordinario e diurno, nei soli casi in cui sia richiesta una cura od un'osservazione specifica non attuabile in ambito ambulatoriale. Aggrega competenze mediche internistiche generali con indirizzo prevalentemente specialistico, quali, per esempio, immunologico, reumatologico, epatologico, endocrinologico, nonché competenze mediche di specialità quali le patologie dell'apparato respiratorio, le patologie derivanti dall'alimentazione, le patologie metaboliche, le patologie endocrine, le patologie della circolazione periferica e quelle inerenti all'età avanzata. Si avvale inoltre di percorsi clinici quali strumenti che, sulla base delle migliori conoscenze tecnico-scientifiche e in relazione alle risorse disponibili, permettono all'Azienda sanitaria di delineare, rispetto ad una patologia o ad un problema clinico, il miglior percorso praticabile all'interno della propria organizzazione. Essi hanno come scopo definire un percorso omogeneo, strutturato e multidisciplinare per la gestione della patologia/condizione trattata, ottimizzare la rete dei servizi cercando, ove possibile, di venire incontro alle esigenze dei pazienti, assicurare durante tutte le fasi la continuità assistenziale, promuovere la comunicazione e il confronto tra i professionisti coinvolti.

Per quanto attiene all'attività oncologica l'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. Infatti da una visione d'insieme dell'andamento della patologia oncologica sul territorio regionale si evidenziano due aspetti principali quali un trend in aumento delle patologie oncologiche (tumori quali mammella, colon retto, tiroide, prostata), seppure in linea con i corrispettivi trend rilevati a livello nazionale ed 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. Pesano difatti sul deficit di sopravvivenza:

- La perdurante bassa compliance di alcuni degli screening oncologici;
- Le difficoltà di accesso alle strutture sanitarie di diagnosi e cura da parte delle fasce di popolazioni più

ATTO AZIENDALE

deboli e a rischio;

- La difficoltà collegata ai tempi di attesa per le cure strumentali, che questa regione sta cercando di superare con il CUP unico regionale, alla cui offerta di prestazioni concorreranno anche gli enti del privato accreditato del SSR;
- Il disagio di allontanarsi notevolmente dalla propria zona, con gli evidenti disagi familiari, che determina quasi un rifiuto alle cure necessarie.

Dipartimento di Medicina Generale, Medicina Specialistica ed Oncologia			
Denominazione Struttura/Stabilimento	Tipologia Struttura	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Somma di PL
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOC	Medicina Generale	28
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOSD	Gastroenterologia	12
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOSD	Malattie Infettive e Tropicali	15
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOSD	Oncologia	10
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOC	Medicina Generale	20
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOC	Nefrologia	16
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI		Servizio di Onconefrologia	0
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOS	Immunopatologia Renale	0
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOS	Tecniche Dialitiche	0
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOSD	Malattie Infettive e Tropicali	8
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOSD	Servizio Pneumologia	2
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI		Dermatologia	0
P.O. MARTIRI DI VILLA MALTA SARNO	UOC	Medicina Generale	26
P.O. MARTIRI DI VILLA MALTA SARNO		Endoscopia Digestiva	0
P.O. MARTIRI DI VILLA MALTA SARNO		Oncologia senza pl	
P.O. MARTIRI DI VILLA MALTA SARNO		Servizio Pneumologia	
P.O. MAURO SCARLATO SCAFATI	UOC	Pneumologia	20
P.O. MAURO SCARLATO SCAFATI	UOS	Emodialisi	0
P.O. MAURO SCARLATO SCAFATI	UOS	Medicina Generale	20
P.O. MAURO SCARLATO SCAFATI	UOSD	Reumatologia	8
P.O. S. FRANCESCO DASSISI OLIVETO CITRA	UOC	Medicina Generale	20
P.O. S. FRANCESCO DASSISI OLIVETO CITRA		Endoscopia Digestiva	0
P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA	UOC	Medicina Generale	22
P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA		Immunopatologia Respiratoria	0
P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA		Immonodermatologia	0
P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA		Allergologia senza pl	0
P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA	UOSD	Gastroenterologia	0
P.O. TORTORA	UOC	Ematologia	20
P.O. TORTORA	UOC	Oncologia	20
P.O. TORTORA	UOS	Diagnostica ematologica	0
P.O. TORTORA		Oncoematologia Pediatrica	8
P.O. TORTORA	UOS	Servizio di cardiologia	0

ATTO AZIENDALE

P.O. TORTORA	UOSD	Dermatologia	5
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOC	Malattie Infettive e Tropicali	14
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOC	Medicina Generale	26
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOC	Nefrologia	10
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOSD	Gastroenterologia	10
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE		Emodialisi	0
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO	UOC	Medicina Generale	20
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO	UOSD	Gastroenterologia	4
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO	UOSD	Nefrologia	8
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO	UOSD	Oncologia	2
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO	UOSD	Pneumologia	8
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO		Emodialisi	0
PRESIDIO OSPEDALIERO 'IMMACOLATA' SAPRI	UOC	Medicina Generale	20
PRESIDIO OSPEDALIERO 'IMMACOLATA' SAPRI	UOSD	Emodialisi	0
PRESIDIO OSPEDALIERO 'IMMACOLATA' SAPRI		Endoscopia Digestiva	0
PRESIDIO OSPEDALIERO 'IMMACOLATA' SAPRI		Oncologia	2
Totale complessivo			404

DIPARTIMENTO	Dipartimento di Medicina Generale, Medicina Specialistica ed Oncologia
TIPOLOGIA STRUTTURA	Conteggio di Macro-area
UOC	14
UOS	6
UOSD	14
Totale complessivo	34

Dipartimento delle Discipline Chirurgiche Generali e Urologiche

Il Dipartimento delle discipline chirurgiche è preposto alla organizzazione ed erogazione delle attività proprie del livello di assistenza sanitaria ospedaliero, che riguardano prestazioni, riconducibili alle discipline chirurgiche, in regime di ricovero ordinario, day hospital, day surgery, day service, ambulatoriale, ed in altri regimi come previsto dalla programmazione aziendale e sovra-aziendale. Le attività interessate, che possono essere svolte in regime ordinario, in urgenza, o in emergenza, si svolgono in stretta collaborazione con le Direzioni Sanitarie dei Presidi Ospedalieri, con i Distretti e con gli altri Dipartimenti aziendali. Il Dipartimento svolge le funzioni e le attività previste dalle norme, e quelle altre attribuite in ambito aziendale, o stabilite dalla direzione, in quanto attinenti e compatibili con i ruoli professionali e disciplinari delle risorse umane a disposizione del dipartimento. 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. Aggrega

ATTO AZIENDALE

competenze chirurgiche generali con indirizzo generalista e specialistico con obiettivi che riguardano sia l'ambito organizzativo sia quello clinico. In particolare, il Dipartimento Chirurgico deve favorire il coordinamento delle procedure cliniche, che per loro natura richiedono un complesso sistema di competenze e risorse, anche attraverso la creazione e la condivisione di percorsi diagnostici-terapeutici volti a migliorare l'efficacia e l'efficienza del processo assistenziale. Altro compito del Dipartimento è quello di favorire la formazione dei propri professionisti, sulla base delle evidenze scientifiche più aggiornate (Evidence Based Medicine).

Dipartimento di Chirurgia Generale e Urologia			
Denominazione Struttura/Stabilimento	Tipologia Struttura	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Somma di PL
OSPEDALE DI ROCCADASPIDE	UOS	Area Chirurgia polispecialistica	14
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOC	Chirurgia Generale	25
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOC	Urologia	14
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOSD	Chirurgia Vascolare	10
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOC	Chirurgia Generale	18
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOC	Urologia	16
P.O. MARTIRI DI VILLA MALTA SARNO	UOC	Chirurgia Generale	28
P.O. MAURO SCARLATO SCAFATI	UOS	Chirurgia Generale	16
P.O. S. FRANCESCO DASSISI OLIVETO CITRA	UOC	Chirurgia Generale	20
P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA	UOC	Chirurgia Generale	22
P.O. TORTORA	UOC	Chirurgia Generale	14
P.O. TORTORA	UOS	Breast Unit	2
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOC	Chirurgia Generale	30
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOC	Chirurgia Vascolare	10
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOC	Urologia	16
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOS	Urologia Oncologica	4
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO	UOC	Chirurgia Generale	16
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO	UOC	Urologia	10
PRESIDIO OSPEDALIERO 'IMMACOLATA' SAPRI	UOC	Chirurgia Generale	20
Totale complessivo			305

DIPARTIMENTO	Dipartimento di Chirurgia Generale e Urologia
TIPOLOGIA STRUTTURA	Conteggio di Macro-area
UOC	14
UOS	4
UOSD	1
Totale complessivo	19

ATTO AZIENDALE

Il Dipartimento delle Discipline ortopediche e cervico facciali

Il Dipartimento delle discipline ortopediche e cervico facciali assicura la risposta ai bisogni di salute per tutto ciò che concerne il proprio ambito di competenza eseguendo interventi sia in urgenza/emergenza che programmati e svolgendo attività di ricovero ordinario, Day Surgery e assistenza specialistica ambulatoriale secondo i criteri di appropriatezza delle cure.

Assicura un processo assistenziale terapeutico sicuro e di qualità al paziente, atto a ridurre le complicanze legate all'ospedalizzazione prolungata attraverso la multidisciplinarietà degli interventi di diagnosi e di cura specialistica e la comunicazione tra le unità appartenenti al Dipartimento e tra i Dipartimenti.

Il Dipartimento sviluppa le competenze specialistiche nelle diverse branche della chirurgia ortopedica e delle discipline di oculistica e otorinolaringoiatria e favorisce l'integrazione delle competenze nella gestione dei pazienti complessi con polipatologie sia nell'organizzazione logistica del Dipartimento che nelle capacità tecniche professionali, procedendo inoltre nello sviluppo dell'EBM (*Evidence-based medicine*) e dell'analisi decisionale come supporto alla decisione clinica, nell'integrazione tra le diverse specialità e professionalità e nella formazione continua attraverso l'approccio critico alla letteratura, la rivalutazione e la discussione dei casi utilizzando la metodica del problem solving.

Dipartimento delle Discipline Ortopediche e Cervico-Facciali			
Denominazione Struttura/Stabilimento	Tipologia Struttura	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Somma di PL
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOC	Neurochirurgia	16
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOC	Oculistica	10
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOC	Ortopedia e Traumatologia	30
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOSD	Otorinolaringoiatria	10
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOC	Oculistica	6
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOC	Otorinolaringoiatria	8
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOSD	Ortopedia e Chirurgia Protetica	20
P.O. MARTIRI DI VILLA MALTA SARNO	UOC	Ortopedia e Traumatologia	24
P.O. MARTIRI DI VILLA MALTA SARNO	UOSD	Otorinolaringoiatria	8
P.O. MAURO SCARLATO SCAFATI	UOS	Ortopedia e Traumatologia	20
P.O. S. FRANCESCO DASSISI OLIVETO CITRA	UOC	Ortopedia	22
P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA	UOC	Ortopedia e Traumatologia	22
P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA	UOS	Traumatologia	-
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOC	Neurochirurgia	16
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOC	Oculistica	8
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOC	Ortopedia e Traumatologia	24
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOC	Otorinolaringoiatria	14
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO	UOC	Ortopedia e Traumatologia	18
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO	UOSD	Oculistica	4
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO	UOSD	Otorinolaringoiatria	4
PRESIDIO OSPEDALIERO 'IMMACOLATA' SAPRI	UOC	Ortopedia e Traumatologia	20

ATTO AZIENDALE

Totale complessivo			304
--------------------	--	--	-----

DIPARTIMENTO	Dipartimento delle Discipline Ortopediche e Cervico-Facciali
TIPOLOGIA STRUTTURA	Conteggio di Macro-area
UOC	14
UOS	2
UOSD	5
Totale complessivo	21

Dipartimento funzionale 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 ASL Salerno sono presenti ancora punti nascita pubblici che nell'anno 2022 hanno assicurato meno di 500 parti. 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. Sono state richieste, nel mese di gennaio 2023, 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 sono state richieste le deroghe per il mantenimento dei punti parto di Polla, Sapri e Vallo della Lucania (concessa già per tutto l'anno 2023), 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. L'ASL Salerno intende istituire un coordinamento funzionale tra le UOMI, i centri vaccinali distrettuali ed il Dipartimento funzionale della Salute della Donna e del Bambino. La Regione intende procedere alla organizzazione, sistematizzazione e qualificazione della propria offerta pubblica di PMA, nonché di interventi per l'onco-fertilità 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;

ATTO AZIENDALE

- I setting assistenziali;
- La relazione pubblico/privato.

Dipartimento funzionale della Salute della Donna e del Bambino			
Denominazione Struttura/Stabilimento	Tipologia Struttura	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Somma di PL
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOC	Ostetricia e Ginecologia	16
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOC	Pediatria	14
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA		Neonatologia	6
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA		PMA - Servizio a valenza dipartimentale	-
P.O. MARTIRI DI VILLA MALTA SARNO	UOC	Ostetricia e Ginecologia	20
P.O. MARTIRI DI VILLA MALTA SARNO	UOC	Pediatria	10
P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA	UOC	Ostetricia e Ginecologia	30
P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA	UOC	Pediatria	16
P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA	UOSD	Terapia Intensiva Neonatale	4
P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA		Neonatologia	8
P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA		Servizio di diagnostica e terapia del pavimento pelvico a valenza dipartimentale	-
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOC	Ostetricia e Ginecologia	30
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOC	Pediatria	15
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOSD	Terapia Intensiva Neonatale	6
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE		Neonatologia	10
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO	UOC	Ostetricia e Ginecologia	15
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO	UOSD	Pediatria	10
PRESIDIO OSPEDALIERO 'IMMACOLATA' SAPRI	UOS	Ostetricia e Ginecologia	10
PRESIDIO OSPEDALIERO 'IMMACOLATA' SAPRI	UOSD	Pediatria	8
Totale complessivo			228

DIPARTIMENTO	Dipartimento funzionale Salute della Donna e del Bambino
TIPOLOGIA STRUTTURA	Conteggio di Macro-area
UOC	9
UOS	1
UOSD	4
Totale complessivo	14

Dipartimento Reti Tempo Dipendenti

Le malattie cardiovascolari e quelle cerebrovascolari (IMA - ICTUS) sono ancora oggi tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità nel mondo. Il Dipartimento delle reti tempo dipendenti, così come delineato assicura la presa in carico del paziente mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica e organizzativa.

ATTO AZIENDALE

Provvede, altresì, alla prevenzione secondaria, diagnosi, terapia e riabilitazione delle malattie cardiovascolari e neurologiche in fase di urgenza (pronto soccorso cardiologico e neurologico), di emergenza (UTIC e STROKE) e di stabilizzazione; assicura, inoltre, la valutazione diagnostica e l'adeguato trattamento medico ed interventistico di malattie cardiovascolari ed ictus cerebrale. Tale modello organizzativo garantisce equità e tempestività nelle cure erogate ai cittadini con conseguente soddisfacimento del bisogno di salute ed un precoce recupero funzionale atto a massimizzare il corretto inquadramento eziologico del paziente, attraverso la standardizzazione delle indicazioni diagnostiche e terapeutiche, declinate secondo specifici setting clinico-assistenziali. Inoltre, il processo riabilitativo mira a recuperare, preservare o a migliorare i deficit motori, sensitivi e cognitivi del paziente. L'obiettivo strategico del dipartimento è il raggiungimento dell'efficienza dell'intero percorso clinico-assistenziale e riabilitativo ospedale-territorio, garantendo un percorso appropriato dell'area acuta e dei posti letto di alta specialità riabilitativa, tradizionalmente ad alto costo. Lo scopo del dipartimento è, quindi, coordinare ed integrare tutte le attività creando percorsi clinico assistenziali e riabilitativi basati su criteri di unitarietà, tempestività, efficienza, efficacia ed appropriatezza, tesi al massimo recupero della autonomia, ovvero alla prevenzione dei danni secondari e terziari, ed al contenimento della limitazione della partecipazione per consentire alla persona disabile la migliore qualità di vita e facilitare, ove possibile, la integrazione sociale e lavorativa.

Dipartimento Reti Tempo Dipendenti			
Denominazione Struttura/Stabilimento	Tipologia struttura	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Somma di PL
OSPEDALE DI ROCCADASPIDE	UOSD	Cardiologia	6
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA		Elettrostimolazione	0
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOS	Emodinamica	0
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOS	UTIC	8
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOSD	Neurologia	10
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOC	Cardiologia	14
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA		Stroke Unit	4
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOS	Emodinamica	0
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOS	UTIC	6
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOSD	Neurologia	10
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOC	Cardiologia	14
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOS	Elettrostimolazione	0
P.O. MARTIRI DI VILLA MALTA SARNO	UOC	Cardiologia	14
P.O. MARTIRI DI VILLA MALTA SARNO	UOS	UTIC	6
P.O. MAURO SCARLATO SCAFATI		Servizio Cardiologia	
P.O. S. FRANCESCO DASSISI OLIVETO CITRA	UOSD	Cardiologia	12
P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA	UOS	Cardiologia	8
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOC	Cardiologia	18
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOC	Neurologia	10
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOS	Emodinamica	0
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOS	Stroke Unit	8
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOS	UTIC	8

ATTO AZIENDALE

P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOS	Elettrostimolazione	0
P.O. TORTORA	UOS	Servizio Cardiologia	0
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO	UOC	Cardiologia	14
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO	UOS	UTIC	6
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO	UOSD	Neurologia	12
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO		Stroke Unit	
PRESIDIO OSPEDALIERO 'IMMACOLATA' SAPRI	UOC	Cardiologia	10
PRESIDIO OSPEDALIERO 'IMMACOLATA' SAPRI	UOS	UTIC	6
Totale complessivo			204

DIPARTIMENTO	Dipartimento Reti Tempo Dipendenti
TIPOLOGIA STRUTTURA	Conteggio di Macro-area
UOC	7
UOS	14
UOSD	5
Totale complessivo	26

Dipartimento Post Acuzie e dell'Anziano Fragile

Il Dipartimento Post Acuzie e dell'Anziano fragile aggrega servizi e blocchi funzionali che agiscono su aree omogenee di intervento riabilitativo intensivo/estensivo e di mantenimento. Nell'attuale scenario sanitario, nazionale, regionale la continuità di cura tra ospedale e territorio è un obiettivo prioritario per garantire i migliori risultati assistenziali, sia dal punto di vista del paziente (attenuare il senso di abbandono del paziente e dei familiari), sia dal punto di vista dell'organizzazione (appropriatezza delle cure e della gestione delle cronicità, ricorso appropriato al ricovero ospedaliero, presa in carico). Si tratta quindi di un'integrazione tra i vari livelli multidisciplinari di assistenza, ospedaliera e territoriale, in grado di operare in maniera coordinata, al fine di garantire un iter diagnostico – terapeutico coerente, appropriato ed individualizzato. Il settore della post-acuzie, per quanto poco definito e dai confini incerti, ha registrato una progressiva crescita in termini di posti letto attivi e di risorse impegnate. Il termine di post-acuzie definisce con relativa chiarezza quel complesso di cure che vengono erogate una volta superata la fase di “acuzie” della malattia e che sono necessariamente caratterizzate da precisi denominatori in ordine alla successione temporale ed agli obiettivi da perseguire. Per quanto concerne gli obiettivi, si tratta di cure che sono finalizzate ad accompagnare la stabilizzazione della malattia verso i due possibili esiti di “guarigione” o di “cronicità”. In ragione delle caratteristiche della patologia di base e dello specifico sviluppo delle cure gli obiettivi sono riferibili alle grandi categorie della Medicina Post Acuzie (Lungodegenza) ed al Recupero e Rieducazione Funzionale (Riabilitazione). L'area di raccordo è quella rappresentata dall'area post-acuta e delle cure intermedie e di mantenimento, ove

ATTO AZIENDALE

si collocano tradizionalmente una serie di funzioni intermedie omogenee di diversa intensità che per continuità assistenziale, opportunità tecnica, organizzativa, gestionale, ed economica, vengono aggregate all'interno del dipartimento. L'obiettivo strategico del dipartimento è il raggiungimento dell'efficienza dell'intero percorso clinico-assistenziale e riabilitativo ospedale-territorio, garantendo a monte del percorso un utilizzo appropriato dell'area acuta e della rianimazione, e dei posti letto di alta specialità riabilitativa, tradizionalmente ad alto costo, evitando che il paziente, per necessità assistenziali diverse, vi permanga impropriamente, e favorendo a valle del percorso, un intervento riabilitativo intensivo e/o contestuale trattamento terapeutico sub-intensivo e/o clinico-assistenziale, fino al completo reinserimento a domicilio e nel proprio ambito di vita sociale e di relazione, o un intervento riabilitativo di mantenimento nei confronti dei pazienti disabili e anziani fragili, clinicamente instabili, fino alla dimissione protetta a domicilio (ADI) o il trasferimento nelle RSA (se ancora bisognevole di assistenza e cure primarie) o infine, nel caso dei pazienti in stato vegetativo o in stato di minima coscienza, in speciali unità di accoglienza permanente. Obiettivo del dipartimento è, quindi, coordinare ed integrare tutte le attività creando percorsi riabilitativi in continuità assistenziale, senza salti o interruzioni, basati su criteri di unitarietà, tempestività, efficienza, efficacia ed appropriatezza, tesi al massimo recupero della autonomia, ovvero alla prevenzione dei danni secondari e terziari, ed al contenimento della limitazione della partecipazione per consentire alla persona disabile la migliore qualità di vita e facilitare, ove possibile, la integrazione sociale e lavorativa.

Dipartimento Post Acuzie e dell'Anziano Fragile			
Denominazione Struttura/Stabilimento	Tipologia struttura	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Somma di PL
OSPEDALE DI ROCCADASPIDE	UOC	Medicina Generale e delle Fragilità	14
OSPEDALE DI ROCCADASPIDE	UOSD	Lungodegenti	12
P.O. MAURO SCARLATO SCAFATI	UOC	Recupero e Riabilitazione funzionale	40
P.O. MAURO SCARLATO SCAFATI	UOSD	Lungodegenti	20
PRESIDIO OSPEDALIERO DI AGROPOLI	UOC	Recupero e Riabilitazione funzionale	60
PRESIDIO OSPEDALIERO DI AGROPOLI	UOC	Medicina Generale e delle Fragilità	20
PRESIDIO OSPEDALIERO DI AGROPOLI	UOSD	Lungodegenti	20
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO	UOSD	Geriatrica	14
PRESIDIO OSPEDALIERO 'IMMACOLATA' SAPRI	UOSD	Lungodegenti	16
Totale complessivo			216

DIPARTIMENTO	Dipartimento Post Acuzie e dell'Anziano Fragile
TIPOLOGIA STRUTTURA	Conteggio di Macro-area
UOC	4
UOSD	5
Totale complessivo	9

Coordinamento dei percorsi assistenziali

Il coordinamento dei percorsi assistenziali rappresenta un possibile modello di gestione per funzioni sanitarie emergenti o per percorsi diagnostici terapeutici integrati. 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 per l'intero percorso assistenziale. Tale strumento di gestione del governo clinico si rende necessario considerati il numero di presidi ospedalieri e la vastità territoriale dell'ASL Salerno.

I percorsi assistenziali possono essere definiti come piani multi-disciplinari ed inter-professionali relativi ad una specifica categoria di pazienti, costruiti in un determinato contesto locale, la cui attuazione è valutata mediante indicatori di processo e di esito. Essi coinvolgono più unità specialistiche e più professionisti, in tempi diversi e successivi ed hanno lo scopo di eliminare il più possibile i ritardi e gli sprechi, secondo il modello della Lean Organization, di contenere le variazioni non necessarie nei trattamenti, di assicurare la continuità e il coordinamento dell'assistenza, di ridurre al minimo i rischi per i pazienti e di migliorare gli esiti.

Sono "strumenti di gestione clinica" usati da chi eroga prestazioni sanitarie per definire la migliore sequenza di azioni, nel tempo ottimale, degli interventi rivolti a pazienti con particolari diagnosi e condizioni o a pazienti che possono richiedere procedure specifiche.

I principi guida che devono guidare la stesura dei percorsi vengono individuati nei seguenti punti:

- Miglioramento continuo;
- Focalizzazione sui bisogni del cliente;
- Riduzione delle variazioni della pratica clinica;
- Lavoro in team;
- Massimizzazione dell'efficienza.

I percorsi assistenziali possono, quindi, considerarsi come quegli strumenti di coordinamento ed integrazione atti a "favorire la continuità nel trattamento, la formazione degli operatori e l'individuazione delle migliori modalità per l'utilizzazione delle risorse". Il coordinamento dei percorsi assistenziali integrati, e primariamente del sistema, consentirà di superare concretamente i limiti dei modelli assistenziali organizzativi e gestionali che si sono rivelati inadeguati sia sul piano della risposta ai bisogni reali di salute del cittadino, sia sul piano economico. Infatti, l'approccio per processi non solo definisce in apposite sequenze le attività e i trattamenti rivolti ai pazienti ma collega ad essi i costi. Tale modello organizzativo permetterà all'azienda di gestire l'intera rete dei servizi, coinvolta nella presa in carico dei cittadini con la medesima condizione di salute. Un percorso, infatti definisce l'intera gestione del problema di salute, dal primo contatto del paziente al follow-up. L'orientamento per processi sottende una diversa impostazione strategica aziendale che si prefigge una rimodulazione del modello di assistenza che miri in primo luogo ad una concreta integrazione tra ospedale e territorio. Il concetto di appropriatezza, infatti, non va applicato soltanto alle attività clinico-assistenziali ma anche e primariamente al "dove" (setting). L'appropriatezza del luogo di cura e del professionista più pertinente (non solo in termini di competenze ma anche di tecnologie e di tempi disponibili) ai fabbisogni del paziente è un pre-requisito di economicità ma anche di qualità complessiva sia dell'offerta sia della relazione servizio-utente. Superare la contrapposizione dualistica

ATTO AZIENDALE

ospedale distretto implica, pertanto, la costruzione di “ponti” non solo culturali, ma anche organizzativi ed operativi quali appunto i percorsi assistenziali integrati. In sintesi, il coordinamento dei percorsi assistenziali ha lo scopo di promuovere un modello di gestione integrato delle varie componenti dell’offerta di salute, capace di cogliere il “bisogno” di salute complessivo del paziente sia adulto che pediatrico, di assicurare la continuità assistenziale, l’efficacia, l’appropriatezza e l’efficienza dell’offerta sanitaria vista.

Il principio su cui si basa l’applicazione del coordinamento dei percorsi assistenziali, che sarà affidato secondo le modalità previste dall’art. 48 del presente atto aziendale, è quello secondo il quale, per meglio governare l’attività assistenziale di un’organizzazione sanitaria, occorre poterne analizzare, controllare ed ottimizzare i processi diagnostico-terapeutici, monitorandone gli aspetti qualitativi. Lo strumento dei percorsi assistenziali mirato alla gestione integrata e coordinata delle patologie da parte di tutti gli attori del sistema e dei diversi regimi assistenziali (domiciliare, ambulatoriale, residenziale, ospedaliero), mediante la presa in carico dei bisogni del paziente, nelle diverse fasi di evoluzione della storia naturale della malattia, rappresenta uno strumento concreto e praticabile di tutela e promozione dei soggetti fragili.

I percorsi assistenziali saranno in grado di influenzare positivamente l’integrazione tra aspetti clinici ed organizzativi, favorendo l’appropriatezza delle prestazioni erogate producendo una reale responsabilizzazione sui costi. Ai fini della attivazione dei coordinamenti dei percorsi assistenziali si procederà con successivi provvedimenti alla:

- Individuazione dei raggruppamenti di casi maggiormente rappresentati via livello aziendale (per volume di attività svolta, per variazione della pratica clinica ed altro) che rappresenteranno l’oggetto di definizione del percorso;
- Analisi di massima dei reali percorsi, riferiti ai casi più frequenti, che il paziente segue nel suo percorso di cura in base alle informazioni tratte dalla SDO, dalla cartella clinica e dal fse;
- Definizione dettagliata dei percorsi che si dovranno implementare e che rappresenta lo standard con cui confrontare l’attività effettivamente svolta.

IL COORDINAMENTO DI PERCORSI ASSISTENZIALI INTEGRATI PERMETTE

La valutazione della congruità delle attività svolte rispetto agli obiettivi, alle linee guida di riferimento ed alle risorse disponibili
L’instaurazione di un confronto tra i professionisti coinvolti in un unico processo
La misurazione delle attività e degli esiti con indicatori specifici
La definizione degli obiettivi, dei ruoli e degli ambiti di intervento
La garanzia di chiarezza delle informazioni all’utente e di chiarezza dei compiti agli operatori
La riproducibilità e l’uniformità delle prestazioni erogate
La flessibilità e gli adattamenti ai cambiamenti
La visione totale della problematica da gestire
La definizione del miglior percorso praticabile per la risoluzione di un problema di salute
L’identificazione dei nodi critici dei processi clinico assistenziali per intervenire e del senso di responsabilità complessiva dell’organizzazione sui risultati

I RISULTATI ATTESI

Aumentare, potenziare e rafforzare i contatti tra medico e paziente, riducendo così gli accessi non necessari presso strutture ospedaliere

ATTO AZIENDALE

Assicurare l'accesso alle informazioni ai medici coinvolti nella diagnosi e cura di una patologia per scegliere percorsi di cura più adatti al paziente
Incrementare i rapporti tra la struttura ospedaliera e i professionisti del territorio assicurando un più elevato grado di integrazione verticale
Migliorare i rapporti tra gli operatori di differenti strutture ospedaliere garantendo una integrazione orizzontale
Testare le capacità adattive della struttura e dell'infrastruttura tecnologica al progressivo allargamento del numero di problemi di salute da includere nel progetto
Favorire la diffusione delle logiche di percorso clinico-assistenziale sia all'interno che all'esterno dell'azienda, anche recependo opinioni utili al loro miglioramento
Sviluppare meccanismi di collaborazione tra soggetti diversi utili alla crescita professionale di tutti i professionisti sanitari coinvolti

Macro-Area della provincia di Salerno

L'area della provincia di Salerno conta 1.101.763 abitanti, dove sono stati previsti dal DCA 103/2018 3.813 posti letto pari a 3,5 posti letto per mille abitanti, in leggero incremento rispetto a quelli esistenti. Con DGRC 378/2020 sono stati ulteriormente incrementati i posti letto per l'area intensiva e sub intensiva.

Nella città di Salerno, insiste l'ospedale di riferimento dell'**Azienda Ospedaliera Universitaria San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona**, costituita dai presidi ospedalieri funzionalmente accorpati di:

- "S. Leonardo" di Salerno;
- "Fucito" di Mercato S. Severino;
- "Da Procida" di Salerno;
- "Santa Maria Incoronata dell'Olmo" di Cava dei Tirreni;
- "Italia Giordano" di Castiglione di Ravello.

Il Bacino di utenza giustifica la presenza di un minimo di 8 a un massimo di 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 Napoli 3 Sud, sono elementi che inducono a prevedere il maggior numero di accessi alla rete dell'emergenza-urgenza.

Tanto premesso, si elencano i seguenti punti di accesso programmati nella rete di emergenza urgenza territoriale.

DEA di I e II Livello Sedi di PRONTO SOCCORSO

- **L'A.O.U. Ruggi d'Aragona** è DEA di II livello al servizio dell'intera provincia. Funge da hub nella rete Ictus, hub 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 si individuano 6 DEA di I livello presso:

1) DEA Vallo della Lucania/Agropoli

ATTO AZIENDALE

- **Il Presidio Ospedaliero (P.O.) di Vallo della Lucania:** sede di pronto soccorso al servizio della vasta area sud della provincia, viene individuato quale SU1L (Stroke Unit di 1 livello) nella rete dell'Ictus, hub nella rete cardiologica (IMA), spoke di II livello nella rete delle emergenze pediatriche, oltre che CTZ nella rete traumatologica. Inoltre, è spoke nelle emergenze gastroenteriche e spoke nella rete del dolore. Si configura come DEA 1 livello nella rete emergenza/urgenza. Viene annesso il presidio di Agropoli.
- **P.O. Agropoli** - individuato quale ospedale di zona disagiata - già centro ambulatoriale ad indirizzo Oncologico attesa la collocazione in zona turistica e difficilmente raggiungibile viene potenziata quale struttura con 20 posti letto di Medicina Generale; Riceve la connotazione di P.O. ad indirizzo Riabilitativo con posti letto di recupero e riabilitazione funzionale (area respiratoria-cardiologica-neurologica-traumatologica) e posti letto di lungodegenza. Ospita un centro diurno territoriale per i disturbi del comportamento alimentare.

2) DEA Nocera/Pagani/Scafati

- **P.O. di Nocera Inferiore:** sede di pronto soccorso hub nella rete cardiologica, oltre che CTZ nella rete traumatologica, spoke di II livello nella rete delle emergenze pediatriche, spoke nella rete delle emergenze gastroenteriche. I posti letto di Terapia Intensiva ricomprendono anche quelli di terapia Intensiva post-operatoria. Viene individuato quale SU2L (Stroke Unit 2 livello) nella rete dell'Ictus, in quanto viene assegnata la popolazione residente nel DS 58 dell'ASL Napoli 3 Sud, nelle more dell'attivazione della seconda SU nella macroarea dell'ASL Napoli 3 Sud, che nel vigente PRO è programmata nel DEA 1 livello San Leonardo di Castellammare di Stabia. Si configura come DEA 1 livello nella rete emergenza/urgenza.
- **P.O. Pagani:** configurato quale presidio ospedaliero senza pronto soccorso, rappresenta il polo oncologico dell'ASL di Salerno e si caratterizza per la presenza di posti letto di ematologia, oncologia, chirurgia generale ad indirizzo oncologico, dermatologia ad indirizzo oncologico e connessa attività di foto-dermatologia 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. È previsto, nel P.O. di Pagani, un servizio di cardiologia. È infine, programmata l'attività di radioterapia. Spoke I livello nella rete della 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. Riceve la connotazione di PO ad indirizzo Riabilitativo con posti letto di recupero e riabilitazione funzionale (area respiratoria-cardiologica-neurologica-traumatologica) e posti letto di lungodegenza.

3) DEA Eboli/Battipaglia/Roccadaspide

- **Il P.O. Eboli:** sede di Pronto soccorso è hub nella rete cardiologica. Viene individuato quale Spoke nella rete dell'Ictus con posti letto dedicati. Si configura come DEA 1° livello nella rete emergenza/urgenza.
- **Il P.O. di Battipaglia:** sede di pronto soccorso, riveste il ruolo di PST nella rete Trauma; Viene potenziato il punto nascita. È spoke di I livello nella rete pediatrica con posti 2 posti letto di rianimazione pediatrica. Si configura come DEA 1 livello nella rete emergenza/urgenza.

ATTO AZIENDALE

- **P.O. di Roccadaspide – individuato quale Ospedale di zona disagiata**, integrato nella rete ospedaliera sarà dotato di un'area chirurgia polispecialistica, con attivazione di percorsi clinici assistenziali per le diverse branche dell'area chirurgica, una unità operativa di medicina generale ed un pronto soccorso integrato con il DEA di Riferimento.

4) DEA di Sarno

Spoke nella rete cardiologica, PST nella rete Trauma, avendone già la configurazione, spoke I livello nella rete emergenze pediatriche; conferma il suo ruolo di presidio di pronto soccorso della rete dell'emergenza e riceve la configurazione di DEA di I livello nella rete dell'emergenza/urgenza

5) DEA PO di Polla

Conferma il suo ruolo di presidio di pronto soccorso della rete dell'emergenza ed è identificato quale SUIL nella rete per l'Ictus cerebrale e spoke per l'emergenza cardiologica, nonché PST nella rete Trauma. Spoke di I livello nelle emergenze pediatriche. Si configura come DEA di I livello nella rete dell'emergenza/urgenza.

6) DEA PO di Sapri

Sede di pronto soccorso, costituisce spoke nella rete cardiologica e nella rete ictus, PST rete Trauma, spoke di I livello nelle emergenze pediatriche. Si configura nella rete dell'emergenza/urgenza come DEA di I livello.

Presidi Ospedalieri Sedi Di Pronto Soccorso

- Il **P.O. di Oliveto Citra** è confermato quale ospedale con pronto soccorso tenuto conto del numero degli accessi. È PST nella rete traumatologica e spoke di II livello nella rete della terapia del dolore rispetto all'hub dell'A.O. dei Colli. Ospita il DH di Psichiatria 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, con posti letto in potenziamento rispetto alle discipline minime:

- 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. Sono entrambi spoke nella rete IMA.

Si individuano inoltre 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** come precedentemente descritto.

Il **P.O. "Da Procida"** (AOU Ruggi) 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 (Neurologia e Pneumologia) per 14 p.l., n. 56 posti letto codice 56 di riabilitazione intensiva in costanza di ricovero (sia per la MDC 8 che MDC1 che MDC5), n. 22

ATTO AZIENDALE

posti di neuro-riabilitazione con Centro risvegli, 15 di unità spinale e n. 30 posti di lungodegenza codice 60. Complessivamente, quindi, il sistema ospedaliero nella provincia di Salerno offre 15 punti di accesso alla rete emergenza urgenza così articolati:

- 1 DEA di II livello – AOU San Giovanni di Dio e Ruggi d’Aragona;
- 6 DEA di I livello – ASL Salerno;
- 6 Pronto Soccorso – AOU Ruggi/ASL Salerno.

Le Reti Assistenziali

Le reti assistenziali sono costruite secondo un modello organizzativo che deve assicurare la corretta presa in carico del paziente, correlando, in maniera coordinata, sulla base di una formale indicazione programmatica, l’insieme delle risorse (professionisti, strutture, tecnologie e servizi) per le singole patologie, assicurando la continuità dell’assistenza e l’appropriatezza in tutte le sue forme.

Partendo dai bacini di popolazione, dai contesti epidemiologici e dall’analisi dei fabbisogni e dal patrimonio edilizio reale esistente, in questo Atto Aziendale vengono declinate e formalizzate in maniera compiuta le principali Reti dell’Emergenza Urgenza, le Reti Tempo-dipendenti e le Reti cliniche per le principali Patologie.

Il disegno della rete costituisce il principale modello di governo del sistema e rende esplicita e comunica in maniera chiara la visione sanitaria complessiva, lo sviluppo del sistema dell’Emergenza/Urgenza e dell’assistenza in senso lato. Descrive, inoltre, i modelli di riorganizzazione del SSR per una migliore efficienza ed assistenza, sviluppa nuove forme di organizzazione e fornisce gli indirizzi per il miglioramento del sistema nel suo insieme.

La costruzione della Rete, nella sua dimensione di macroarea della provincia di Salerno e di intera regione, permette di rendere la sanità regionale il più equa possibile, nell’ordine principale della sicurezza e dell’appropriatezza delle cure.

Le reti non sono immutabili, per definizione devono risultare flessibili, nell’ambito di mutate esigenze o per sopravvenute criticità. Affinché la “rete” sia efficace, essa deve essere basata sull’esistenza di un PDTA regionale che definisce in maniera chiara ed inequivocabile il ruolo dei nodi della rete nel processo assistenziale, attraverso anche una adeguata formazione omogenea degli operatori della rete stessa.

Per alcune attività assistenziali ad elevatissima specialità e a bassa diffusione, o in particolari contingenze temporali, potranno essere organizzate equipe specializzate che si muovono nell’ambito della Rete.

Articolazione della Rete dell’emergenza-Urgenza

Premessa

All’interno dell’impianto della rete 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 del PRO, nonché il collegamento delle reti tempo-dipendenti alla rete emergenza-urgenza.

Le reti cliniche tempo-dipendenti previste sono:

- La rete emergenza/urgenza;

ATTO AZIENDALE

- La rete ima;
- La rete ictus;
- La rete traumatologica;
- La rete delle emergenze pediatriche;
- La rete dell'emergenze digestive;
- La rete neonatologica.

Le reti sono costruite secondo il modello hub e spoke, previsto su due o tre livelli, per permettere, secondo le esigenze assistenziali del paziente, anche un cambio di setting assistenziale. Nei paragrafi successivi viene riportata l'articolazione della rete emergenza-urgenza, alla base della costruzione della rete ospedaliera, delle reti tempo-dipendenti e delle altre reti per patologia.

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. È necessario ancora migliorare i livelli di raccordo tra strutture ospedaliere e sistema urgenza-emergenza 118.

Vanno previsti, nell'applicazione del presente Atto, adeguati sistemi di trasporto anche di tipo secondario, sia nell'ambito delle reti che tra stabilimenti di uno stesso presidio.

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 coinvolte 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.

La Rete Territoriale Emergenza-Urgenza e il Sistema 118

Il Sistema Sanitario per l'emergenza-urgenza è 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

ATTO AZIENDALE

assistenza sanitaria di emergenza) e dell'Atto d'Intesa Stato-Regioni del 17 maggio 1996 e s.m.i.

La rete territoriale dell'Emergenza/Urgenza ed il sistema 118 devono agire in coerenza e nel rispetto dei nodi delle Reti Tempo-dipendenti e delle Reti cliniche.

La Centrale Operativa del 118

La C.O.T 118 ha funzioni prevalentemente tecnico-organizzative, svolge compiti di processo 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, adeguata risposta 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 della rete, sulla base di comuni linee guida e protocolli operativi, per realizzare la continuità terapeutica tra il territorio e l'ambiente ospedaliero. In esse vi operano medici e infermieri con specifico addestramento in grado di effettuare una valutazione immediata del livello di urgenza della chiamata. Il personale al momento della risposta:

- **Localizza l'evento** tramite le informazioni ricevute al momento della risposta;
- **Valuta la gravità dell'evento**, ponendo alcune domande semplici al chiamante, e assegna alla richiesta una priorità di intervento attraverso l'attribuzione di un codice colore di gravità;
- **Invia i mezzi di soccorso** idonei all'emergenza e al suo livello di priorità. I mezzi generalmente utilizzati sono le **ambulanze** (che possono essere "*medicalizzate*", cioè con medico a bordo, "*infermieristiche*" con infermiere a bordo, oppure "*primo soccorso*", con soccorritori adeguatamente addestrati e formati all'intervento di soccorso e alle manovre di rianimazione con defibrillatore), l'**automedica** e l'intervento, quando ritenuto necessario, dell'**elisoccorso**;
- **Coordina lo svolgimento dell'intervento di soccorso**, assicurando l'efficace risposta extra-ospedaliera e raccordandosi con i presidi ospedalieri per assicurare idonee cure ai pazienti soccorsi;
- **Gestisce l'intera rete territoriale di emergenza-urgenza sanitaria**, compreso il trasporto di organi, se richiesto.

ATTO AZIENDALE

Per adempiere alle loro funzioni le Centrali Operative sono dotate di un sistema informatico, di applicativi per la geolocalizzazione dei mezzi di soccorso, sistemi radio e telefonici.

Solo la Centrale Operativa 118 può inviare mezzi di soccorso in risposta alle richieste di intervento, avendo questa il fondamentale compito di gestire la **Rete Territoriale di Emergenza Sanitaria**. La Rete di Emergenza Territoriale è composta da numerose postazioni, diffuse sul territorio di competenza, di ambulanze ed automediche e si integra con la Rete di Elisoccorso Regionale. La rete territoriale è integrata con i Presidi Ospedalieri affinché al giusto soccorso consegua il trasporto del paziente in un Ospedale idoneo e predisposto per il trattamento della specifica patologia. L'attività del 118 è regolata in particolare dal "Sistema Dispatch", un documento organizzativo che nasce dalla esigenza di rendere omogenea la risposta all'emergenza sul territorio regionale, ottimizzando l'operato dei sistemi 118 e garantendo la migliore assistenza sanitaria possibile in situazioni di emergenza/urgenza.

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, ma anche delle condizioni di viabilità e orografiche sono state così programmate:

- COT Avellino
- COT Benevento
- COT Caserta
- COT Napoli 1 centro
- COT Napoli 2 ovest
- COT Napoli 3 est
- **COT Salerno**

Il fabbisogno di mezzi

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 Km². La Asl Salerno implementerà il numero di mezzi di soccorso avanzato mediante auto-mediche e mezzi di soccorso di base ed il numero complessivo di mezzi di soccorso base secondo le necessità in base al numero di interventi in codice verde. Di seguito si riporta il fabbisogno regionale come da DCA 103/2018 calcolato tenendo conto anche delle indicazioni riportate nel documento Agenas "Monitor 27 del 2011".

Fabbisogno regionale MSA per provincia DCA 103/2018			
	Km ²	Ab.	TOTALE
AV	2.806	421.523	9
BN	2.080	279.127	7
CE	2.651	923.445	14
NA	1.179	3.101.002	33
SA	4.954	1.101.763	19
TOTALE	13.671	5.826.860	82

ATTO AZIENDALE

La funzione di elisoccorso

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 a 550 all'anno. Il servizio di elisoccorso deve essere integrato con il sistema di soccorso a terra, tramite adeguata reti di eli-superfici notturne a servizio delle destinazioni sanitarie, ed eli-superfici a servizio di comunità isolate o aree disagiate.

Considerata l'estrema lunghezza geografica della Regione Campania, e la presenza di 3 isole a grande impatto turistico, pur essendo le missioni attualmente svolte al di sotto delle 600 unità annue, viene programmato a livello regionale il mantenimento di 2 basi operative regionali Helicopter emergency medical service (HEMS) (Cardarelli, Pontecagnano). Di seguito si riporta la tabella delle elisuperfici, ed in particolare quelle attive nell'area della provincia di Salerno.

ATTO AZIENDALE

BASI OPERATIVE DELLE ELISUPERFICI		
Denominazione	Coordinate	Nota
Napoli A.O.R.N. "Cardarelli"	40°52,085 N – 014°13,556E	N
Aeroporto Pontecagnano	40°37,12N – 014°54,45E	N
ELISUPERFICI A SERVIZIO DI COMUNITA' ISOLATE		
Denominazione	Coordinate	Nota
Capri	40°35,525 N - 014°12,091 E	
Ischia Casamicciola	40°45,085 N – 013°53,924 E	N
Procida	40°44,60 N – 014°00,49 E	N
ELISUPERFICI OCCASIONALI INTERESSATE E NON INTERESSATE DA ATTIVITÀ SIGNIFICATIVA AREA SALERNO		
Denominazione	Coordinate	Nota
AGROPOLI (SA)	40°20,450 - 015° 00,100 - Campo sportivo	
AMALFI (SA)	40°37,930 - 014°36,180 - Estremità molo est	
BATTIPAGLIA	40° 36,430 - 014° 58,980 - Spazio antistante l'ospedale	
CAPACCIO (SA)	40° 25,050 - 015° 04,040 - Campo sportivo in terra	
CAVA DEI TIRRENI	40°42,010 - 014°42,230 - Stadio vicino al cimitero	
EBOLI	40°37,040 - 015°03,300 - Campo sportivo vicino autostrada	
MAIORI (SA)	40° 38,900 - 014° 38,100 - Molo parte terminale della diga	
MERCATO SAN SEVERINO (SA)	40° 46,600 - 014° 44,800 - Campo sportivo adiacente ospedale	
MINORI (SA)	40° 38,900 - 014° 37,650 – Pontile	
NOCERA INFERIORE (SA)	40° 44,800 - 014° 39,150 - Campo sportivo presso caserma	
OLIVETO CITRA (SA)	40° 41,400 - 015° 13,900 - Presso l'ospedale	
PAGANI	40°44'50,30 - 14° 36'52,77 -	
POLLA (SA)	40° 30,833 - 015° 29,633 - Campo sportivo	
POSITANO (MONTEPERTUSO) (SA)	40° 37,970 - 014° 29,636 - A NE del paese, in quota	
POSITANO (CARCARONE)	40°37,683 - 14° 29,116 - Piccolo quadrato in cemento pos. A valle ss 163 interno insenatura	
POSITANO (MOLO PORTO)	40° 37,683 - 14° 29,116 - Piccolo spazio a forma di triangolo, in cemento posto all'estremità N della spiaggia del paese	
ROCCADASPIDE	40°25'28,49 - 15° 11'30,60 - Terrazzamenti in asfalto area adiacente l'ospedale	
SALERNO	40°38,750 - 014°48,600 -	

La rete territoriale nel sistema di emergenza/urgenza

Il Sistema Emergenza Urgenza Territoriale 118 dell'Asl Salerno è gestito dall'UOC Emergenza – COT 118 e si compone di una Centrale Operativa unica (DCA 103/2018) nelle sue due componenti di Salerno e Vallo della Lucania, e di una parte territoriale composta da postazioni mobili diversamente composte.

La Centrale Operativa nelle sue due componenti di Salerno e Vallo della Lucania è composta da sei postazioni operatore, più altre postazioni con varie attribuzioni: gestione delle maxi-emergenze, telecardiologia ecc.

Ciascuna delle postazioni è dotata della strumentazione per i sistemi di telefonia, di telecomunicazioni, del server di gestione informatica (che utilizza un software per la gestione delle chiamate di soccorso, la registrazione delle chiamate, l'attivazione dei mezzi di soccorso e l'archiviazione con funzioni di segreteria degli interventi svolti sul territorio) e della strumentazione dedicata alla registrazione del flusso telefonico in entrata e in uscita sulla rete telefonica 118.

La strumentazione non consente la registrazione di conversazione telefoniche fra strutture sanitarie facenti parte del territorio interessato dal servizio operativo, quando la Centrale Operativa non sia coinvolta.

ATTO AZIENDALE

Organizzazione dei mezzi di soccorso

Sul territorio dell'ASL Salerno sono operativi vari mezzi di emergenza, che vengono implementati nel periodo estivo per far fronte agli aumentati afflussi nelle zone turistiche.

La dotazione dei mezzi di emergenza è, su scelta aziendale, normalmente omogenea, onde permettere una piena interscambiabilità degli stessi; tuttavia, essa può variare in particolar modo su mezzi speciali, come idro-ambulanze e moto mediche.

Gli equipaggi delle ambulanze e delle auto mediche sono costituiti da personale misto dipendente ASL e personale delle associazioni in convenzione con l'ASL Salerno e può variare a seconda delle esigenze del momento e delle risorse disponibili:

- Equipaggio 1- (Auto Medica) - Mezzi Soccorsi Avanzato – MSA:
 - 1 medico dipendente o convenzionato;
 - 1 infermiere;
 - 1 autista soccorritore.
- Equipaggio 2 – (Ambulanza) – Mezzo Soccorso Base - INDIA:
 - 1 infermiere;
 - 1 autista soccorritore.
- Equipaggio 3 – (Ambulanza) – Mezzo Soccorso Base – VICTOR
 - 1 autista soccorritore;
 - 1 soccorritore volontario

Ai mezzi di soccorso innanzi descritti si aggiungono l'elisoccorso, le idro-ambulanze e le moto mediche che offrono la possibilità di trasportare un'équipe specializzata in luoghi distanti e disagiati nei quali i mezzi convenzionali avrebbero maggiori difficoltà, riducendo anche i tempi di trasferimento dei pazienti critici negli ospedali più idonei.

Gli elicotteri hanno gestione prevalentemente regionale e vengono movimentati dalla centrale operativa regionale (CORE), le idro-ambulanze vengono attivate prevalente nel periodo estivo onde permettere di raggiungere via mare zone di difficile o impossibilitato accesso terrestre.

Le moto mediche permettono una migliore operatività in complesse situazioni di mobilità sia urbana che extraurbana e consentono di raggiungere tempestivamente aree disagiate e/o intensa mobilità, soprattutto nell'area ad elevato afflusso turistico.

Auto medica e protocolli operativi

L'automedica, classificata come un *Mezzo di Soccorso Avanzato* (MSA) è un mezzo di soccorso utilizzato per trasportare sul luogo dell'evento un'équipe sanitaria con competenze avanzate e la relativa attrezzatura medica ed un importante tassello nel sistema di emergenza territoriale, che permette un rapido trasporto di un'équipe sanitaria avanzata sul luogo di un evento sanitario critico, permettendo una maggiore flessibilità nell'impiego della figura medica sui soccorsi in emergenza.

L'attivazione dell'automedica avviene su esclusiva decisione da parte della Centrale Operativa competente, normalmente in associazione ad un mezzo di soccorso base (INDIA o VICTOR) su indicazione di un codice di gravità maggiore. Dopo la valutazione del paziente e l'erogazione delle prime cure, l'équipe può, in base alla

ATTO AZIENDALE

gravità del quadro clinico, accompagnare il paziente in ospedale a bordo dell'ambulanza oppure riprendere attività di automedica, affidando il paziente alle cure dell'equipaggio del mezzo congiuntamente intervenuto.

L'automedica può quindi, fornire supporto avanzato ai mezzi di soccorso di base in caso di situazioni gravi o particolarmente complesse, oppure, a volte, intervenire per trattare direttamente un paziente che non necessiti del successivo trasporto in ospedale. Interviene generalmente solo su codici di maggiore gravità, lasciando tutti gli altri codici ai mezzi INDIA o VICTOR.

Fornisce quindi, un **supporto avanzato ai mezzi di soccorso di base** in caso di situazioni gravi o particolarmente complesse, oppure, a volte, interviene per **trattare direttamente un paziente** laddove la Centrale operativa ritenga necessario l'intervento di un medico.

Oltre alla rete territoriale la configurazione dell'ASL Salerno prevede la riorganizzazione della rete dell'emergenza/urgenza, disegnando una rete di presidi, a complessità crescente, che metta in relazione le componenti ospedaliere e territoriali. Dall'identificazione del ruolo assegnato ad ogni struttura, descritto per singole macroaree, ne deriva un disegno a matrice della rete dell'emergenza/urgenza ospedaliera e territoriale come di seguito riportato:

MODELLO A MATRICE EMERGENZA/URGENZA TERRITORIALE ED OSPEDALIERA MACROAREA SALERNO						
HUB	SPOKE	OSPEDALE SEDE DI PRONTO SOCCORSO	OSPEDALE DI ZONA DISAGIATA	PRESIDI TERRITORIALI DI ASSISTENZA	CENTRALE OPERATIVA	POSTAZIONI TERRITORIALI
DEA II LIVELLO	DEA I LIVELLO	PRONTO SOCCORSO	PRONTO SOCCORSO DISAGIATO	SENZA FUNZIONE DI EMERGENZA	118	EMERGENZA
A.O.U. RUGGI DI SALERNO	P.O. NOCERA	P.O. OLIVETO CITRA	P.O. ROCCADASPIDE	P.O. AGROPOLI	COT SALERNO	DS 60 - 1.Nocera Inferiore - 2.Nocera Superiore
	P.O. EBOLI					DS 61 - 3.Angri - 4.Scafati 1 - 5.Scafati 2
	P.O. BATTIPAGLIA	P.O. SCAFATI	P.O. CASTIGLIONE DI RAVELLO	P.O. PAGANI (stabilimento DEA Nocera ad indirizzo oncologico)		DS 62 - 6.Sarno - 7.Pagani - 8.San Marzano sul Sarno
	P.O. SARNO					DS 63 - 9.Cava dei Tirreni - 10.Vietrisul Mare - 11.Amalfi - 12.Maiori - 13.Positano
	P.O. VALLO DELLA LUCANIA	P.O. MERCATO S. SEVERINO (PO DELL'AO U RUGGI)		DA PROCIDA (stabilimento a indirizzo riabilitativo dell'AO U Ruggi)		DS 64 - 15.Eboli 16.Oliveto Citra 17.Buccino 18.Serre 19.Campagna
	P.O. SAPRI					DS 65 - 20.Battipaglia - 21.Bellizzi
	P.O. POLLA	P.O. CAVA DE TIRRENI (PO DELL'AO U RUGGI)				DS 66 - 22.Salerno1 - 23.Salerno2 - 24.Salerno3 - 25.Salerno4 26.Salerno5 - 27.Salerno6 28.Salerno7 - 29.Salerno8
						DS 67 - 30.Mercato San Severino 31.Fisciano - 32.Baronissi - 33.Siano
						DS 68 - 34.Pontecagnano - 35.Giffoni Valle Piana - 36.Acerno
						DS 69 - 37.Piaggine - 38.Bellosguardo - 39.Capaccio 1 40.Capaccio 2 - 41.Capaccio 3 42.Rocccadaspide
						DS 70 - 43.Agropoli 1 44.Agropoli2 - 45.Agropoli 3
						46.S.M. Castellabate - 47.Ascea - 48.Gioi - 49.Vallo della Lucania 1 50.Vallo della Lucania 2 51.Montano Antilia 52.Omignano
						DS 71 - 52.Centola/Palinuro - 53.Camerota Polcastro - 54.Casaletto Spartano - 55.Sapri DS 72 - 56. Padula/Montesano - 57.Teggiano - 58.Sanza - 59.Polla/Sant'Arsenio - 60.Sala Consilina

La rete degli ospedali nel sistema emergenza-urgenza

I livelli ospedalieri

La modalità di risposta all'emergenza-urgenza nell'ASL Salerno si articola su diversi livelli funzionalmente differenziati ma organizzati in maniera gerarchica, tale da comprendere strutture ospedaliere di base, DEA di I° e II° livello. 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 P.S.) per bacini di utenza inferiori agli 80.000 abitanti. In questi presidi 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:
 - un reparto di 20 posti letto di medicina generale con un proprio organico di medici e infermieri;
 - 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. È 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 posti letto di osservazione breve intensiva (OBI) proporzionati al bacino di utenza ed 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.

Organizzazione area assistenza emergenza

In ogni ospedale dotato di pronto soccorso è presente un'area di triage infermieristica, 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”*.

ATTO AZIENDALE

I Posti letto di Osservazione Breve Intensiva (OBI) sono previsti nei Pronto Soccorso dei presidi ospedalieri sede di DEA di I e nei presidi dotati di PS con un numero di accessi/anno non inferiori 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 confort. 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 sono considerate nella dotazione totale dei posti letto dedicati al ricovero ospedaliero. Le postazioni di OBI sono dotate 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 d'emergenza e d'urgenza). Per la ASL Salerno, i presidi che rientrano nella fattispecie summenzionata sono il DEA di Nocera/Pagani/Scafati ed il DEA Vallo della Lucania. 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 dirigente medico. Dovranno inoltre essere previsti percorsi diagnostico terapeutici integrati con le unità operative di Medicina Generale.

Il modello programmato complessivamente 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, per l'ASL Salerno, **n° 2 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.

Esclusivamente nella sede del PO di Roccadaspide (PO afferente al DEA Eboli/Battipaglia/ Roccadaspide) 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. La ASL Salerno sta predisponendo la modalità di presa in carico, procedure di assistenza e percorsi atti a garantire i trasferimenti in emergenza-urgenza.

Di seguito la tabella della rete provinciale per l'emergenza/urgenza che pone in raccordo tutte le strutture ospedaliere identificandone il rispettivo ruolo nella rete, declinata per le singole aree geografiche per la cui articolazione è stato utilizzato il modello a matrice proposto da Agenas.

DCA 103/2018 - Rete dell'Emergenza-Urgenza nella Macro-Area della Provincia SA				
AREA	DEA II (HUB)	DEA I (SPOKE)	PS	Struttura In Zona Particolarmente Disagiata
ASL SA	AOU Ruggi di Salerno	P.O. Vallo della Lucania P.O. Nocera P.O. Eboli P.O. Battipaglia P.O. Sarno P.O. Polla P.O. Sapri	P.O. di Cava dei Tirreni P.O. Mercato S. Severino P.O. Oliveto Citra P.O. di Scafati	PO Italia Giordano di Castiglione di Ravello P.O. Roccadaspide

L'articolazione delle reti tempo dipendenti

La necessità di intervenire in situazioni di urgenza all'interno di definiti parametri temporali è universalmente riconosciuta come **gold standard** assistenziale, oltre che di buon senso e di logica. Le Evidenze Scientifiche raccomandano per le singole patologie, oltre la tempestività dell'intervento, l'adesione a protocolli e procedure, racchiuse ordinariamente nello strumento specifico del PDTA.

È perciò indispensabile, nel contesto di una programmazione di rete tempo dipendente, prevedere che il percorso assistenziale che procede lungo la traccia della rete, sia governato sotto il profilo clinico, da dichiarati e condivisi modelli esplicitati nei PDTA. Ove necessario, nel rispetto dell'equità di accesso alle cure, l'ASL Salerno potrà sottoscrivere accordi di confine per la gestione di eventuali criticità.

La rete cardiologica (rete ima): il DCA n.64 del 16.07.2018

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 di Terapia Intensiva Coronarica (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 intraospedaliera, applicando protocolli diagnostico-terapeutici e percorsi differenziati 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 un 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;

ATTO AZIENDALE

- Migliorare la prognosi dei pazienti con IMA;
- Razionalizzare l'impiego delle risorse.

La Regione con il DCA n. 64 del 16.07.2018 (a cui ci si richiama integralmente per i dettagli operativi) ha affermato l'esigenza di razionalizzare il funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), improntata al superamento del modello di cure incentrato sull'Ospedale e sulla singola prestazione, puntando all'integrazione tra assistenza primaria, medicina delle comunità e servizi sociali. Partendo da parametri standard quali bacini d'utenza, volumi di attività ed esiti delle cure, la riprogrammazione ha assegnato nuovi ruoli specifici e modalità di integrazione secondo il modello dipartimentale e di intensità delle cure. Devono essere garantite, nell'ambito del medesimo dipartimento, azioni di riorganizzazione di elevata flessibilità, adattabili ai diversi contesti ospedalieri fino al raggiungimento di una riorganizzazione in "Rete", strumento per l'attuazione della continuità dell'assistenza nel percorso intra ed extra ospedaliero.

Poiché tale modello implica relazioni stabili, non di natura gerarchica ma di interdipendenza, tra i diversi nodi (intesi come punti di accesso) della Rete, ciascuno dei quali caratterizzato da autonomia decisionale e obiettivi istituzionali specifici e legati fra loro da relazioni e connessioni continue, occorre predisporre forme di cooperazione che, superando le tradizionali barriere istituzionali e facilitando gli scambi, puntino a livellare le disomogeneità, con l'obiettivo principale di assicurare alla popolazione un livello di assistenza garante del soddisfacimento dei LEA.

Le Reti per l'Emergenza-Urgenza costituiscono un ambizioso banco di prova della riorganizzazione ospedaliera e sono designate al trattamento di patologie complesse "tempo-dipendenti", la cui efficacia si basa su tempestività, appropriatezza clinica, multidisciplinarietà ed integrazione professionale, operativa ed informativa.

Per ciò che attiene le reti tempo-dipendenti ed in particolare la rete per l'infarto, operata una prima ricognizione degli specifici nodi, sono stati individuati gli HUB rappresentati da DEA di II e I livello.

Si individuano 6 Centrali Cardiologiche (CC) per la refertazione dei tracciati ECG che hanno sede presso le UTIC delle seguenti Aziende: AO Colli-Monaldi di Napoli per le Macro-aree di Napoli 2 Nord e Napoli 3 Sud, AOU Federico II per la Macro-area di Napoli 1 Centro, AO Sant'Anna e San Sebastiano per la Macroarea di Caserta, AO Rummo per la Provincia di Benevento, AO Moscati per la Provincia di Avellino, e AOU San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona per la Macroarea di Salerno.

La Rete IMA è concepita allo scopo di facilitare l'accesso rapido di un paziente affetto da STEMI in atto all'Emodinamica del Centro HUB attivo nel bacino d'utenza nel quale si opera il soccorso. Il DCA 64/2018 mira a costituire riferimento per un percorso omogeneo se non uniforme, eventualmente superando precedenti logiche locali.

Secondo il più volte citato DM 70/2015, un Centro HUB deve servire un bacino di 300.000-600.000 persone, il che, per l'ASL Salerno ha comportato l'individuazione di 3 HUB.

L'assetto ideale di un centro HUB secondo requisiti specifici che, in sintesi, riguardano l'operatività dell'Emodinamica H24, 365/365 giorni, volumi di prestazioni adeguati (minimo 250, ottimale 400 interventi di angioplastica/anno, il 30% dei quali per "angioplastiche primarie", da un minimo di 100/anno), almeno 3 operatori medici esperti (ottimale 5) ed una dotazione strumentale di 2 angiografi (di cui almeno 1 fisso, dedicato) e la disponibilità del contropulsatore aortico, oltre che una elevata expertise clinica dell'UTIC (monitoraggio pressorio cruento, ultrafiltrazione continua, gestione di cateteri venosi centrali,

ATTO AZIENDALE

ecocardiografia trans-esofagea).

La Tabella che segue riporta, in un disegno a matrice, i centri HUB individuati per l'area della provincia di Salerno:

	HUB RETE CARDIOLOGICA	SPOKE RETE CADIOLOGICA
Macroarea SALERNO	AOU RUGGI PO NOCERA PO EBOLI PO VALLO DELLA LUCANIA	PO POLLA PO SARNO PO SAPRI PO FUCITO - MERCATO S. SEVERINO PO DELL'OLMO - CAVA DE TIRRENI

La rete ictus (rete stroke): il DCA n.63 del 29.07.2019.

L'ictus cerebrale è una patologia grave e disabilitante che, nel nostro Paese, rappresenta la terza causa di morte, dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie. Circa 150.000 italiani ne vengono colpiti ogni anno e la metà dei superstiti rimane con problemi di disabilità anche grave. In Italia, le persone sopravvissute con esiti più o meno invalidanti sono oggi circa 800.000, ma il fenomeno è in crescita sia perché si registra un invecchiamento progressivo della popolazione, sia perché tra i giovani è in aumento l'abuso di alcool e droghe.

La Rete STROKE è concepita allo scopo di facilitare l'accesso di ogni paziente verso il più vicino Ospedale attrezzato ("ready") per la cura dello Stroke, nell'ambito del bacino d'utenza nel quale il soccorso avviene, nel minor tempo possibile dall'esordio della patologia e costituisce il riferimento per un percorso omogeneo, se non uniforme, superando eventuali precedenti logiche locali, a cominciare dalla prassi del trasporto del paziente con sospetto di Stroke al pronto soccorso dell'ospedale più vicino.

La mancanza di una rete di emergenza Stroke costruita secondo il modello HUB e Spoke è la prima causa per la quale meno pazienti ricevono un trattamento riperfusivo. Data l'ampia variabilità riscontrata nella pratica clinica corrente, scopo di questo modello organizzativo è quello di incrementare il numero delle Trombolisi (TL), la cui rapida erogazione è più probabile qualora il paziente, ai primi segni di ictus in atto, allerti il sistema dell'Emergenza Territoriale per il trasporto diretto ad una Stroke Unit (SU). Circa la fase ospedaliera, in accordo a quanto indicato dalla European Stroke Organization (ESO) nel piano di azione 2018-2030 per l'Ictus, l'organizzazione dei servizi rientra tra gli obiettivi, mirando prioritariamente al trasporto primario del paziente acuto ad un ospedale pronto all'erogazione immediata del trombolitico (bypassando altri ospedali eventualmente più vicini), al fine di ricoverare almeno il 90% dei pazienti colpiti da ictus in una Unità Neurovascolare Stroke Unit (SU), quale primo livello di cura.

In tal senso, diversamente dal modello descritto nel Piano Regionale Ospedaliero (PRO), il DCA 63/2019 ritiene di confermare l'identificazione, adottata dal DM 70/2015, dei nodi della Rete in: Stroke Unit di secondo livello (SU2L), centri di cura omnicomprensivi, e Stroke Unit di primo livello (SU1L), centri connessi ai precedenti, dotati di diagnostica avanzata, autorizzati alla cura trombolitica H24.

A questi centri di cura si devono funzionalmente collegare altri Ospedali con posti di degenza neurologica strutturati, definiti Spoke, destinati a decongestionare le SU quando necessario, assicurando la continuità di ricovero in ambito neurologico prima della fase di riabilitazione.

ATTO AZIENDALE

RETE STROKE MACROAREA SALERNO			
Macro Area	Stroke Unit II Livello SU2L	Stroke Unit I livello SU1L	Spoke (Neurologie e P.L.)
SALERNO	A.O.U. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona	P.O. Umberto I - Nocera Inf.*	
		P.O. S. Luca - Vallo della Lucania	P.O. Maria SS. Addolorata - Eboli
		P.O. Luigi Curto - Polla	
* Individuata come SU2L fino ad attivazione nuovo HUB ASL Napoli 3 Sud			

Macro Area	Unità di Riabilitazione (Cod 56)	PL	Unità Lungodegenza (Cod 60)	PL	TOTALE P.L.
SALERNO	A.O.U. Ruggi, P.O. Da Procida – SA	56	A.O.U. Ruggi, P.O. Da Procida - SA	30	279
	P.O. Scafati	40	A.O.U. Ruggi, P.O. Cava dei Tirreni	25	
	P.O. Agropoli	60	P.O. Scafati	20	
			P.O. Agropoli	20	
			P.O. Sapri	16	
			P.O. Roccadaspide	12	

Il più volte citato DM 70/2015 ha dettagliato l'assetto ideale delle SU di I e II Livello secondo requisiti specifici.

Le **SU1L** si caratterizzano per la presenza minima di:

- Competenze multidisciplinari (compreso personale specializzato per l'erogazione di procedure neuronologiche di eco-colorDoppler dei tronchi sovraortici e dei vasi intracranici e di procedure ecocardiografiche, incluse o esistenti nel contesto della struttura);
- Almeno un neurologo dedicato per turno lavorativo e personale infermieristico esperto;
- Possibilità di monitoraggio di almeno un posto letto;
- Riabilitazione precoce (fisioterapia, logopedia, terapia occupazionale);
- Terapia fibrinolitica endovenosa h24/7;
- Pronta disponibilità neurochirurgica (anche in altra sede con supporto tecnologico tele-diagnostico);
- Disponibilità h24 di TC cerebrale e/o Angio-TC con apparecchio volumetrico multistrati ad almeno 16 strati e/o RM encefalo, RM DWI, Angio-RM;
- Collegamento operativo con le SU2L per invio immagini e consultazione (telemedicina);
- Collegamento operativo (protocolli condivisi di valutazione del danno e della disabilità, di indicatori di processo riabilitativo e di esito) con il territorio e con una o più strutture riabilitative.

Oltre a quanto previsto per le SU1L, le **SU2L** devono garantire i seguenti standard:

- Unità di norma a conduzione neurologica;
- Personale dedicato h24/7;

ATTO AZIENDALE

- Neuroradiologia h24/7 con: TC volumetrica multistrato a 64 strati, con programmi di ricostruzione angiografica e perfusionale;
- Apparecchio da 1,5 Tesla per RM, RM-DWI, RM-PWI e angio-RM con pacchetto per rapida effettuazione;
- Sala di interventistica endovascolare con Angiografo digitale (h24/7 o reperibilità);
- Neurochirurgia (h24/7 o reperibilità);
- Chirurgia vascolare (24/7 o reperibilità),
- Trombectomia meccanica (urgenza), stenting extra ed intracranico;
- Embolizzazione di malformazioni AV, aneurismi (urgenza ed elezione);
- Endoarterectomia (urgenza);
- Craniotomia decompressiva;
- Clipping degli aneurismi.

L'adeguata programmazione della dotazione organica, propedeutica alla effettiva implementazione della Rete, è stata definita a livello regionale con l'emanazione di specifici decreti ai quali si rimanda, e ciò vale anche per quanto attiene l'adeguamento della dotazione strumentale.

Dal momento che accorciare il tempo di trasporto del paziente è un fattore fondamentale, l'individuazione della SU deve anche rispondere al criterio della competitività temporale, attraverso la sua "centralità" nei vari territori.

La programmazione della Rete STROKE è l'occasione per fornire opportune soluzioni per il riequilibrio territoriale delle zone più svantaggiate, attraverso una riconfigurazione tesa a soddisfare, nella offerta territoriale, la domanda corrispondente. I Bacini di competenza sono stati disegnati sui Distretti Sanitari così come definiti dal DM 99/2016 che, salvo rare eccezioni, diventano Unità territoriali di base. Di seguito l'organizzazione della macroarea Salerno ed il ruolo dell'ASL Salerno nella rete.

MACRO AREA SALERNO DATI DCA 63/2019

Popolazione	1.101.763
Ictus ischemici (indice di ospedalizzazione per residenti)	955
Emorragie cerebrali (indice di ospedalizzazione per residenti)	463
Estensione territorial (Kmq)	4.954,00
Distretti sanitari	13
Comuni	158
Bacini operativi	4
COT	Salerno
Stroke Unit di II Livello *Individuata come SU2L fino ad attivazione nuovo HUB ASL Napoli 3 sud	A.O.U. S.Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona *P.O. Umberto I – Nocera inf.
Stroke Unit di I Livello	P.O. di Polla
	P.O. S. Luca – Vallo della Lucania
Centri Spoke	
	P.O. Maria SS. Addolorata - Eboli
Unità di riabilitazione e lungodegenza (cod 56 – 60 – 75)	A.O.U. Ruggi, P.O. Da Procida - SA

ATTO AZIENDALE

	P.O. di Polla e Sant'Arsenio
	A.O.U. Ruggi, P.O. Cava de' Tirreni
	P.O. Roccadaspide
	P.O. Agropoli
	P.O. Scafati
	P.O. di Sapri

BACINI UTENZA RETE STROKE A REGIME						
PROVINCIA	DISTRETTO	DISTRETTO LOCALITÀ	B12	B13	B14	B15
			PO NOCERA	AOU RUGGI	PO POLLA	PO VALLO D/L
			387.440	501.011	135.285	190.426
SA	60	NOCERA INFERIORE	93.000			
SA	61	ANGRI/SCAFATI	96.327			
SA	62	SARNO/PAGANI	88.682			
SA	63	CAVA/COSTA D'AMALFI		93.224		
SA	66	SALERNO		145.802		
SA	67	MERCATO SAN SEVERINO		70.343		
SA	68	GIFFONI VALLE PIANA		80.219		
SA	64	EBOLI (COMUNE DI EBOLI)		40.146		
SA	64	EBOLI (ALTRI COMUNI)			63.042	
SA	65	BATTIPAGLIA		71.277		
SA	69	CAPACCIO ROCCADASPIDE			5.639	49.711
SA	72	SALA CONSILINA/POLLA			66.604	
SA	70	VALLO DELLA LUCANIA				96.313
SA	71	SAPRI				44.402
NA	58	POMPEI	109.431			

Rispetto a tale assetto “a regime”, nelle more dell’attivazione del secondo HUB della Macroarea Napoli 3 Sud, che nell’attuale Piano è programmato nel DEA di I Livello San Leonardo di Castellammare di Stabia, la popolazione residente nella zona a sud- ovest del Vesuvio (400.000 residenti circa), viene “in prima applicazione” ripartita tra gli HUB dei Bacini confinanti: Ospedale del Mare, in deroga al bacino Massimo previsto dalla Legge 70/2015, e **P.O. Umberto I di Nocera Inferiore (SA)**. Tale rimodulazione assegna la connotazione al **P.O. Umberto I di Nocera Inferiore (SA) di Stroke Unit di 2 livello**.

La rete per il trauma

Premessa

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 nel quale 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 extra-intraospedalieri 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)

ATTO AZIENDALE

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 di lesioni 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. 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 craniocervicale, Camera Iperbarica, Centro Antiveneni). **Il CTS individuato per la provincia di Salerno è 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;
- **Centri traumi di zona (CTZ):** individuati presso DEA di I o II livello che garantiscono H24 il trattamento in modo definitivo di tutte le lesioni tranne quelle connesse con tutte o alcune alte specialità. **I CTZ individuati presso l'ASL Salerno ed afferenti al CTS Campania Sud** sono:
 - CTZ - PO Umberto I di Nocera;
 - CTZ - PO S. Luca di Vallo della Lucania.

ATTO AZIENDALE

- **Presidi di Pronto Soccorso per Traumi (PST):** 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 sono.
 - PST Sarno
 - PST Sapri
 - PST Battipaglia
 - PST Oliveto Citra
 - PST Polla

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.

ATTO AZIENDALE

LA RETE TRAUMATOLOGICA AREA SALERNO			
AREA	CTS	CTZ	PST (*)
SALERNO	AOU Ruggi	PO Vallo della Lucania PO Nocera Inferiore	PO Battipaglia PO Sarno PO Polla PO Sapri PO Oliveto Citra

Reti per patologia

La rete dell'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 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; 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.

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, la Regione Campania, in deroga, ha deciso 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.

I livelli sono pertanto così definiti:

Livello hub:

- Centro della Grande Emergenza e dell'Emergenza Specialistica presso l'AO Santobono-Pausilipon nel quale sono presenti tutte le attività di alta specialità. Per le grandi ustioni e i grandi avvelenamenti l'AO Santobono-Pausilipon si configura spoke dell'HUB Regionale AO Cardarelli. Per le emergenze infettivologiche complesse e neuro-infettivologiche l'AO Santobono-Pausilipon, si configura spoke

ATTO AZIENDALE

dell'HUB Regionale AO dei Colli – PO Cotugno ove sono presenti UU.OO. di Malattie infettive per adulti e dove è possibile isolare pazienti pediatriche;

- Centro dell'Emergenze Pediatriche presso l'Ospedale del Mare che gestisce le emergenze pediatriche dell'area sud-regionale nell'ambito del polo materno-infantile.

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 e devono avere le seguenti caratteristiche:

- Devono essere ubicate in Ospedali sedi di DEA;
- Devono essere in rete con l'HUB di riferimento;
- Devono disporre di una consulenza pediatrica in P.S. h24 e di una Osservazione Breve Intensiva.

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. Le caratteristiche degli Spoke di I livello sono le seguenti:

- Possono essere ubicati presso gli ospedali sedi di PS;
- Fanno capo al DEA più vicino;
- Devono disporre di una consulenza pediatrica in P.S. h 24 e di una Osservazione Breve Intensiva.

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 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.);
 - 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 <3-5 anni, cefalea/emicrania, convulsioni e/o recidive in bambino con epilessia, sospetta assunzione impropria farmaci/tossici, etc.);
 - le situazioni di disagio socioeconomico/emarginazione e per le quali è incerta la compliance alle

ATTO AZIENDALE

misure terapeutiche o difficile la rivalutazione del paziente nei giorni immediatamente successivi.

Tali premesse permettono di declinare la rete per l'emergenza pediatrica nella macroarea di Salerno nella configurazione illustrata in tabella.

DISTRIBUZIONE NODI RETE EMERGENZE PEDIATRICHE			
AREA	HUB	SPOKE II	SPOKE I
SALERNO	A.O. SANTOBONO-PAUSILIPON POLO MATERNO INFANTILE OSPEDALE DEL MARE	AOU Ruggi PO Nocera Inferiore PO Vallo della Lucania	P.O. Sarno P.O. Polla P.O. Battipaglia P.O. 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 inferiori a 1000 parti/ anno. Considerato che le chiusure già intervenute e quelle programmate determineranno un maggior afflusso verso le restanti strutture, il percorso nella ASL Salerno non potrà che avere un carattere graduale partendo, salvo le deroghe (zone difficilmente accessibili e isole), dal limite inferiore dei 500 parti con volumi di soglie inferiori al previsto. In sintesi, si dovrà valutare la redistribuzione e la programmazione anche in relazione al D.M. dell'11/11/2015.

Al tema dei punti nascita è strettamente collegato anche quello della assistenza neonatale e del servizio di trasporto neonatale. La Regione Campania in tal senso con DCA n.62/2018 ha emanato le Linee di Indirizzo per la riorganizzazione dello STEN e dello STAM.

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 atto mantenuti i punti di accesso per neonatologia e T.I.N.

Il DM 70/2015 avvia la fase applicativa del processo di riqualificazione 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 riqualificazione 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, necessita di azioni di miglioramento del sistema organizzato ed integrato di assistenza pediatrica e neonatale. Va sicuramente rafforzato il modello di integrazione ospedale-territorio per le cure pediatriche 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:

ATTO AZIENDALE

- 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.

I Punti Nascita

Nel prosieguo del processo di adeguamento della rete dei Punti Nascita nell'ASL Salerno si sta procedendo all'applicazione della normativa vigente con l'obiettivo di raggiungere il nuovo standard volumi/esiti pari ad almeno 1000 parti/annui.

PUNTI NASCITA PUBBLICI E PRIVATI ACCREDITATI ASL SALERNO		
PUNTI NASCITA		N° PARTI
PUBBLICI	P.O. BATTIPAGLIA	< 1000
	P.O. NOCERA	> 1000
	P.O. POLLA	< 1000
	P.O. SAPRI	< 1000
	P.O. SARNO	< 1000
	P.O. VALLO DELLA LUCANIA	< 1000
PRIVATI ACCREDITATI	CDC VILLA DEL SOLE - SALERNO	> 1000
	ISTITUTO CLINICO MEDITERRANEO - ICM - AGROPOLI	< 1000

La riorganizzazione della rete neonatologica e delle terapie intensive neonatali

Nell'attuale situazione della Regione Campania si registrano alcune discrasie che riducono l'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%).

Il DCA 103/2018 prevede dunque una riorganizzazione della rete assistenziale neonatale che integri 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. I livelli di assistenza neonatale sono due:

- **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.

Di seguito si riporta la programmazione prevista dal DCA 103/2018 per l'ASL Salerno per le discipline di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale:

Il sistema dello sten e dello stam: il DCA 62 del 05.7.2018

Sistema Trasporto Materno Assistito – STAM

Il superamento delle precedenti criticità nei sistemi STEN e STAM viene garantito dall'adozione del DCA 62 del 5.07.2018, avente per oggetto approvazione linee di indirizzo per la riorganizzazione dello STEN e l'attivazione dello STAM in Regione Campania.

L' accordo del 16 dicembre 2010 tra Governo e Regioni sul documento “Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e della appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo” (G.U. Serie Generale, n.13 del 18 gennaio 2011) ha sancito l'impegno a procedere a una riorganizzazione regionale del percorso nascita.

Tale accordo ha indicato che: “è necessario, in connessione con la riorganizzazione dei punti nascita, si proceda all'assicurazione dei servizi di trasporto assistito materno (STAM) e neonatale d'urgenza (STEN)” e che, nel processo di ridefinizione della rete di assistenza materna e neonatale sia espressamente prevista e realizzata “l'attivazione, completamento e messa a regime del sistema di trasporto assistito (STAM) e neonatale d'urgenza (STEN).

Le evidenze scientifiche dimostrano che i neonati pretermine, nati in strutture dotate di Terapia Intensiva Neonatale (inborn), hanno maggiore sopravvivenza ed outcome rispetto ai nati outborn, che hanno avuto, pertanto, necessità di trasferimento. Ne consegue che la scelta più idonea ai fini dell'appropriatezza e sicurezza delle cure è la centralizzazione delle gravidanze a rischio, che corrisponde al modello del trasporto in utero, universalmente riconosciuto come la modalità più efficace e sicura per garantire alla gestante ed al neonato l'assistenza più qualificata.

Il sistema di trasferimento in emergenza della gestante con gravidanza a rischio, che richiede assistenza di un livello superiore (HUB), non erogabile nel punto nascita di ricovero (SPOKE), è stato indicato quale uno degli strumenti irrinunciabili per la migliore assistenza della gestante.

Il sistema mira ad ottenere un collegamento funzionale tra le strutture di diverso livello (HUB e SPOKE), in modo da erogare le cure ostetriche e perinatali appropriate secondo il livello di necessità, rispettando i principi di appropriatezza, di utilizzo ottimale delle risorse, e della sicurezza materno/fetale

Ogni anno in Campania vengono trasferiti più 1600 neonati. L'indice di trasferimento neonatale Campano è di 2,5%, ben lontano da quello ideale che si attesta all'1,5%. I dati di attività nazionali fanno rilevare che la percentuale di nati che necessitano di trasporto in un Centro di II livello per cure intensive e/o semintensive, oscilla tra lo 0,7 e il 2,8%. La Campania si colloca nella dimensione percentuale più alta, esprimendo come già evidenziato, una disfunzione della rete assistenziale che dovrà essere corretta.

Di seguito si riporta la programmazione dei posti letto cod. 62 e cod. 73, comprensivi dei PL della AOU San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona che viene individuata quale centro HUB, destinato allo STAM per la provincia di Salerno:

PROGRAMMAZIONE POSTI LETTO TERAPIA INTENSIVA NEONATALE E NEOANATOLOGIA				
Azienda	Denominazione struttura	Cod. 62	Cod. 73	Totale
207	P.O. S.LUCA VALLO LUCANIA	6	0	6
	P.O. S.M. SPERANZA BATTIPAGLIA	8	4	12
	P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	10	6	16

ATTO AZIENDALE

Totale ASL SA		24	10	34
904	AOU SAN GIOVANNI DI DIO E RUGGI D'ARAGONA	20	8	28
Totale		44	18	62

Sistema trasporto neonatale d'emergenza – sten

Secondo i dati CEDAP (certificati di assistenza al parto) 2015, in regione Campania si sono registrati 3.094 parti pretermine su un totale di 52.270 parti/anno, pari al 6,03% del totale. I nati con severa prematurità (<32 settimane) ammontano a 473 rappresentando lo 0,92% del totale⁹.

Le evidenze scientifiche dimostrano che i neonati pretermine, nati in strutture dotate di Terapia Intensiva Neonatale (inborn), hanno maggiore sopravvivenza ed outcome rispetto ai nati outborn che hanno avuto, pertanto, necessità di trasferimento. Ne consegue che la scelta più idonea ai fini dell'appropriatezza e sicurezza delle cure è la centralizzazione delle gravidanze a rischio, che corrisponde al modello del trasporto in utero, universalmente riconosciuto come la modalità più efficace e sicura per garantire alla gestante ed al neonato l'assistenza più qualificata. Non sempre, però, questa modalità risulta attuabile, in quanto, pur nelle migliori condizioni organizzative e sanitarie, alcune complicanze gravi insorte durante il travaglio non risultano prevedibili. Inoltre, circa l'1-2% dei nati a termine da parto eutocico necessita di assistenza alla nascita e, una quota di questi ha bisogno di ricovero in centri di terapia intensiva neonatale (T.I.N.) in modo del tutto inatteso. In tali condizioni, si rende indispensabile il trasporto del neonato dal punto nascita ad una struttura dotata di T.I.N.

Il Servizio di Trasporto Neonatale di Emergenza mira a rappresentare l'anello di congiunzione tra i numerosi punti nascita della regione Campania e i centri di Terapia Intensiva Neonatale, rispettando i principi di appropriatezza e di utilizzo ottimale delle risorse.

Lo STEN è il servizio dedicato al trasporto dei neonati critici/patologici dai centri nascita ai centri di II livello dotati di TIN e/o di Patologia Neonatale, al fine di assicurare la migliore assistenza ad ogni neonato nella struttura più idonea alle sue necessità. In Europa i modelli organizzativi più utilizzati sono il:

- **Servizio dedicato:** ovvero un sistema dedicato esclusivamente al trasporto neonatale con organico e strutture proprie. Tale modello deve essere utilizzato in aree ad elevata intensità abitativa oppure a bassa intensità abitativa ed estesa, con la presenza di punti nascita distanti tra loro. La numerosità dei trasporti da effettuare (almeno 300/400 anno) definisce le risorse necessarie. L'esclusività dell'attività dovrebbe consentire tempi di attivazione di pochissimi minuti
- **Servizio attivabile su richiesta:** costituito da medici ed infermieri non dedicati. In tal caso le UTIN di maggiori dimensioni, funzionalmente collegate ai centri HUB di una determinata area, effettuano attività di trasporto oltre la normale attività assistenziale. E' una modalità organizzativa generalmente adatta a grandi aree con relativamente bassa concentrazione di abitanti dove si presuppone che la numerosità di neonati potenzialmente a rischio generi un numero relativamente basso di trasporti/anno. Questa modalità organizzativa ben si adatta alla copertura di ampi territori favorendo il rapido intervento dell'equipe di trasporto. Il volume è pari a 100 trasporti/anno. Va definita una modalità organizzativa che consente un tempo di attivazione massimo di 30' ottenibile h24.

In regione Campania sono stati previsti 4 servizi di Trasporto Neonatale che, per bacino d'utenza, saranno

⁹ Fonte DCA 103/2018

ATTO AZIENDALE

tutti servizi dedicati.

Per il territorio della provincia di Salerno ed Avellino (bacino di utenza circa 12.000 parti/anno) è previsto lo **STEN AORN San Giovanni di Dio e Ruggi D’Aragona**.

Lo STEN prevede le seguenti tipologia di trasferimento assistito:

- Trasporti primari: trasferimenti effettuati dai centri di I livello, non in grado di erogare le cure necessarie, ai centri di II livello;
- Trasporti inter-secondari: trasferimenti effettuati tra centri di II livello al fine di eseguire accertamenti diagnostici urgenti, non effettuabili in loco, e/o interventi di particolare rilievo in regime di urgenza, quindi non programmabili, presso strutture di alta specializzazione (Cardiochirurgia, Chirurgia Pediatrica, Neurochirurgia etc) oppure per la mancanza di posti letto in un centro di II livello, nel rispetto delle indicazioni per l’attivazione del servizio (criterio dell’emergenza-urgenza);
- Back-transport: trasferimenti presso l’ospedale di provenienza di neonati che non necessitano più dell’assistenza intensiva o subintensiva, per favorire il ricongiungimento al nucleo familiare e ridurre il carico del lavoro delle TIN.

Nel documento tecnico allegato al DCA 62/2018 all.2 sono descritte modalità di attivazione, indicazioni all’attivazione, equipe di trasporto, mezzi e attrezzature, tempi di adeguamento, modalità di acquisizione del consenso informato.

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.

L’organizzazione della rete

Le emergenze/urgenze in gastroenterologia presentano un percorso complesso che combina aspetti gestionali

ATTO AZIENDALE

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 gastroenterostinali. 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 e Spoke come indicato in tabella:

RETE EMERGENZE GASTROENTERICHE		
Area Salerno	HUB Emergenza Gastroenterologiche	SPOKE Emergenza Gastroenterologiche
	AOU Ruggi d'Aragona	PO di Nocera Inferiore
		PO di Vallo della Lucania

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;

ATTO AZIENDALE

- la scoperta di efficaci misure di prevenzione della sua progressione.
- l'enorme costo del trattamento.

Dalle valutazioni effettuate dal Ministero della Salute 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 4900 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.11

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;
- Medici specialisti in nefrologia.

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 di strutture e 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 in nefrologia delle strutture pubbliche.

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,

ATTO AZIENDALE

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.



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 fisioterapia, 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:

ATTO AZIENDALE

DISTRIBUZIONE RETE TERAPIA DEL DOLORE
TERRITORIO SALERNO



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 v.b. 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 da 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. Obiettivo dichiarato e ultimo della Rete Oncologica della Campania (ROC) è l'aumento della sopravvivenza oncologica in Regione Campania ed il miglioramento della qualità di vita dei pazienti affetti da cancro. È evidente che tale obiettivo, misurabile in

ATTO AZIENDALE

tempi medio-lunghi ed influenzato anche da altri fattori, quali introduzione di nuove tecnologie diagnostiche ed avanzamenti della ricerca e della pratica clinica, necessiti di un work in progress nella programmazione ed attuazione, su base regionale, di una serie di processi operativi finalizzati.

Strutturazione della rete oncologica regionale

La strutturazione della Rete Oncologica Regionale, che ha preso avvio con il DCA n. 98 del 28/09/2016 ed è proseguita con numerosi altri Decreti attuativi, inizialmente da parte del Commissario ad Acta e successivamente della Direzione Generale Tutela della Salute e Programmazione del S.S.R. campano, poggia da un lato sulla definizione e condivisione, su base regionale, di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali specifici per sedi tumorali e dall'altro nella identificazione di standard regionali assistenziali di riferimento, tra cui l'individuazione delle strutture in possesso di dimostrata expertise abilitate alla gestione chirurgica dei tumori.

In tale ottica, il DCA 58/2019 aveva:

- Individuato il triennio 2019/2021 quale “**fase di transizione monitorata**” in cui si sarebbe dovuto passare dalla fase di polverizzazione totale dei percorsi sanitari in oncologia, sia intra che extra regionali, ad uno stato di governance piena del sistema stesso, con miglioramento degli standard assistenziali misurabili e significativi miglioramenti degli indicatori di esito da valutare;
- Definito i criteri relativamente ai quali valutare l'expertise delle strutture da abilitare alla gestione chirurgica dei tumori, criteri sostanzialmente legati ai volumi minimi effettuati di attività chirurgica specifica (interventi/anno/sede);
- Individuato un primo gruppo di strutture abilitate ad operare nell'ambito della Rete Oncologica Regionale per il periodo di transizione indicato.

A causa della pandemia intervenuta nel 2020 e 2021, nel pieno del periodo di attuazione del DCA 58/2019, il SSR, come avvenuto su scala nazionale, ha dovuto stravolgere totalmente la propria attività per far fronte alle urgenze poste dall'epidemia da Covid 19, per cui è risultato impossibile attuare pienamente il decreto ed evitare, come programmato, la polverizzazione dei percorsi oncologici di diagnosi e cura. A tal proposito con DGRC 477/2021 e DGRC 272/2022 fermi restando i principi ispiratori e gli obiettivi posti dal DCA 58/2019, è stata spostata in avanti la fase di transizione.

I criteri indicati per la realizzazione di tale nuova fase attuativa sono:

- **Periodo di transizione da monitorare:** anni 2022/2024, con verifiche annuali e valutazione finale triennale (Allegato 3 DGRC 477/2021);
- **Codici di diagnosi e procedure con i quali valutare i volumi chirurgici:** quelli già decretati dal DCA 58/2019 per le prime tredici neoplasie ivi indicate e quelli approvati dal Gruppo Tecnico di Lavoro della ROC nella seduta del 30/12/2020, per le altre nove neoplasie da inserire in Rete, per un totale di diciannove neoplasie. La valutazione dei volumi chirurgici sede specifici effettuati avverrà sulla scorta delle SDO fornite e la valutazione dei volumi chirurgici sarà riferita al numero dei pazienti trattati e non al numero dei ricoveri effettuati.

1) Standard strutturali/operativi preliminari delle strutture: le strutture, pubbliche e private accreditate, che intendono entrare nella ROC devono indicare:

- La neoplasia, anche più di una, per la quale si richiede l'ingresso nella ROC;

ATTO AZIENDALE

- Il Presidio Ospedaliero individuato nell'ambito delle Aziende Sanitarie;
- La ASL di riferimento territoriale (per le Strutture private accreditate);
- L'equipe chirurgica specifica identificata (almeno primo chirurgo);
- Il Centro Regionale di Riferimento Polispecialistico/ Centro Regionale di Riferimento Polispecialistico Universitario (CORP/CORPUS) e Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM) di riferimento specifico per neoplasie per le quali si richiede l'ingresso nella ROC;
- Il laboratorio di anatomia patologica di riferimento, purché l'attività di refertazione di quest'ultimo sia in linea con quanto prescritto dall'allegato 28 del DD 221 del 23/06/2021" PDTA Anatomia Patologica Regione Campania 2021 e da successivi aggiornamenti dello stesso PDTA;
- Le strutture di riferimento per i trattamenti di radioterapia e/o chemioterapia;
- Partecipazione alle sedute dei GOM di riferimento e presa in carico i pazienti per i trattamenti specifici, in osservanza delle tempistiche e delle procedure previste dai relativi PDTA.

VOLUMI MINIMI CHIRURGICI DGRC 477/2021

Allegato 3 DGRC 477/2021					
RETE ONCOLOGICA REGIONE CAMPANIA					
VOLUMI MINIMI CHIRURGICI SEDI SPECIFICI INDICATI PER LA PARTECIPAZIONE ALLA RETE ONCOLOGICA REGIONE CAMPANIA - FASE DI TRANSIZIONE					
SEDE TUMORALE	VOLUMI CHIRURGICI DI RIFERIMENTO - n°pazienti		VOLUMI MINIMI FASE DI TRANSIZIONE *** n.° pazienti		
	CUT OFF RIFERIMENTO *	CUT OFF ridotto (20%) **	1° anno - 2022	2° anno - 2023	3° anno - 2024
			50% - n°	70% - n°	100% - n°
MAMMELLA	150	120	60	84	120
COLON	50	40	20	28	40
RETTO	30	24	12	17	24
STOMACO	30	24	12	17	24
PANCREAS	15	12	6	8	12
POLMONE	100	80	40	56	80
MELANOMA	50	40	20	28	40
PROSTATA	30	24	12	17	24
RENE	30	24	12	17	24
VESCICA	20	16	8	11	16
CERVICE	15	12	6	8	12
OVAIO	30	24	12	17	24
TESTICOLO	20	16	8	11	16
ENDOMETRIO	15	12	6	8	12
TESTA COLLO	20	16	8	11	16
SNC	30	24	12	17	24
FEGATO CHIRURGIA.	30	24	12	17	24
FEGATO NON CHIRURGIA	20	16	8	11	16
TIROIDE	20	16	8	11	16

*I CUT OFF DI RIFERIMENTO INDICATI PER SINGOLA PATOLOGIA SI RIFERISCONO AL NUMERO OTTIMALE DI PAZIENTI CHE OGNI STRUTTURA DOVREBBE TRATTARE CHIRURGICAMENTE OGNI ANNO PER LA PATOLOGIA ONCOLOGICA INDICATA

** CUT OFF DI RIFERIMENTO RIDOTTI DEL 20% . COSTITUISCONO IL RIFERIMENTO SU CUI VENGONO CALCOLATI I VOLUMI CHIRURGICI MINIMI INDICATI PER LA FASE DI TRANSIZIONE.

*** CALCOLATI SUI CUT OFF RIDOTTI