



Regione Campania

**Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)**

DECRETO N. 39 DEL 25/09/2017

OGGETTO: : D.C.A. n. 33/2016- Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015. Atto aziendale Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 sud. Approvazione.

VISTA la legge 30 dicembre 2004, n. 311 recante *“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)”* e, in particolare, l'art. 1, comma 180, che ha previsto per le regioni interessate l'obbligo di procedere, in presenza di situazioni di squilibrio economico finanziario, ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, di durata non superiore ad un triennio;

VISTA l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che, in attuazione della richiamata normativa, pone a carico delle Regioni l'obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi di indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo per l'anno di riferimento, nonché la stipula di un apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale della Campania n. 460 del 20/03/2007 *“Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004”*;

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009, con la quale il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente *pro tempore* della Regione Campania quale Commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario ai sensi dell'art. 4, comma 2, del DL 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2015 con la quale sono stati nominati quale Commissario *ad acta* il dott. Joseph Polimeni e quale sub Commissario *ad acta* il dott. Claudio D'Amario;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 Luglio 2017 con la quale, all'esito delle dimissioni del dott. Polimeni dall'incarico commissariale, il Presidente della Giunta Regionale è stato nominato Commissario *ad acta* per l'attuazione del vigente piano di rientro dal disavanzo del SSR campano, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e ss.mm.ii.;

VISTA la richiamata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10/07/2017, che:

- assegna *“al Commissario ad acta l’incarico prioritario di attuare i Programmi operativi 2016-2018 e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l’erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell’ambito della cornice normativa vigente”*;
- individua, nell’ambito del più generale mandato sopra specificato, alcune azioni ed interventi come acta ai quali dare corso prioritariamente e, segnatamente, al punto xvii *“approvazione degli atti aziendali adottati dagli enti del Servizio sanitario regionale, in coerenza con la normativa vigente, ivi compreso il rispetto dei parametri standard per l’individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché in coerenza con quanto previsto dal punto i completamento ed attuazione del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in coerenza con il fabbisogno assistenziale, in attuazione del regolamento adottato con decreto del Ministero della salute del 2 aprile 2015 n. 70 ed in coerenza con le indicazioni dei tavoli tecnici di monitoraggio”*

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

VISTO il decreto commissariale n. 18 del 18 febbraio 2013, che approva il complesso degli indirizzi forniti alle aziende per l’adozione dell’atto aziendale;

CONSIDERATO che con il Decreto Commissariale n. 33 del 17 Maggio 2016 è stato approvato il documento denominato “Piano regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del DM 70/2015”, con il quale è stato recepito un nuovo metodo di programmazione dell’assistenza ospedaliera, nella riclassificazione della tipologia dei presidi ospedalieri e nella metodologia di calcolo della dotazione di posti letto;

CONSIDERATO che alle Aziende Sanitarie è stato chiesto l’adeguamento del proprio atto aziendale a quanto stabilito con il citato decreto 33/2016;

VISTO che l’Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud ha adottato la delibera n. 372 del 31.05.2017 avente come oggetto “Modifiche ed integrazione della delibera del Direttore Generale n. 246 del 05.04.2017- presa d’atto della nota regionale protocollo n. 307478 del 28 aprile 2017 osservazioni regionali – Adozione nuovo atto aziendale”;

PRESO ATTO che il Direttore Generale per la Tutela della Salute con nota prot. reg.le n. 409036 del 13.06.2017, assunta al prot. comm.le in data 13.06.17 al nr. 2706, ha comunicato le risultanze dell’istruttoria del Gruppo di Lavoro istituito con Decreti dirigenziali n. 23/2016, n. 194/2016, e n. 226/2016 che ha verificato la conformità dell’atto aziendale ai DDCCAA n. 18/2013 e n. 33/2016 e, nel proporre l’approvazione, ha espresso la prescrizione “completare ed allineare il modello organizzativo dell’assistenza territoriale a quanto previsto dal DCA 99/2016 – Piano regionale di programmazione della rete per l’assistenza territoriale 2016/2018 - entro 60 giorni dall’adozione del decreto di approvazione dell’atto aziendale”;

RITENUTO, pertanto, di poter procedere alla approvazione dell’atto aziendale dell’ Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 sud adottato con la delibera n. 372 del 31.05.2017, che risulta conforme a quanto stabilito dal DCA 18/2013 e dal DCA 33/2016;

PRESO ATTO che nel verbale del 25 luglio 2017 il Tavolo di Verifica degli Adempimenti regionali ha evidenziato che tutti gli Atti aziendali dovranno essere rimodulati e resi coerenti con il provvedimento di aggiornamento della riorganizzazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70 2015 che dovrà essere adottato dalla Struttura Commissariale al fine di recepire le indicazioni fornite dai Tavoli di Verifica ministeriale;

DECRETA

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

di **PRENDERE ATTO** della comunicazione del Direttore Generale per la Tutela della Salute prot. n. 0409036 del 13.06.2017 concernente le risultanze dell'istruttoria svolta dal Gruppo di Lavoro in merito all' esame dell'atto deliberativo n. 372 del 31.05.2017 dell'ASL Napoli 3 Sud avente come oggetto "Modifiche ed integrazioni della delibera del Direttore Generale n. 246 del 05.04.2017- presa d'atto della nota regionale protocollo n.307478 del 28 aprile 2017 osservazioni regionali – Adozione nuovo atto aziendale”;

di **APPROVARE** , per l'effetto, l'Atto Aziendale dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud allegato al presente decreto quale parte integrante e sostanziale con la seguente prescrizione: “completare ed allineare il modello organizzativo dell'assistenza territoriale a quanto previsto dal DCA 99/2016 – Piano regionale di programmazione della rete per l'assistenza territoriale 2016/2018 - entro 60 giorni dall'adozione del presente decreto”;

di **FARE** obbligo al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud della sua immediata attuazione;

di **DISPORRE** che l' Atto Aziendale dovrà essere rimodulato in coerenza con il provvedimento di aggiornamento della riorganizzazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70 2015 da adottarsi dalla Struttura Commissariale al fine di recepire le indicazioni fornite dai Tavoli di Verifica ministeriale;

di **NOTIFICARE** il presente provvedimento all'Azienda sanitaria Locale Napoli 3 Sud con l'obbligo di pubblicazione sul sito istituzionale aziendale;

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

*Per la Direzione Generale per la
Tutela della Salute ed il
Coordinamento del SSR
Avv. Antonio Postiglione*

*Per condivisione
Il Sub Commissario ad Acta
Dott. Claudio D'Amario*

DE LUCA

Oggetto: Modifica ed integrazione Deliberazione del Direttore Generale n. 246 del 5 aprile 2017 - Presa d'atto della nota regionale prot. n. 307478 del 28 aprile 2017, Osservazioni regionali - Adozione nuovo Atto Aziendale dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud.

IL DIRETTORE GENERALE

Stante le risultanze degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge;

Dichiarata, altresì, la conformità del presente atto ai principi di cui al D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, ed ai principi di cui alla legge 6 novembre 2012, n. 190.

PREMESSO che con:

- Deliberazione del Direttore Generale n. 140 del 30 settembre 2016 si procedeva all'adozione dell'atto aziendale dell'A.S.L. Napoli 3 Sud, trasmesso in Regione Campania con nota del Direttore Generale n. 80845 del 30 settembre 2016, al fine di sottoporre il documento al controllo del competente Organo regionale per l'approvazione;
- nota n. 843885 del 29 dicembre 2016, acquisita al protocollo generale in data 3 gennaio 2017 con protocollo n. 1361, allegata alla presente deliberazione quale parte integrante, la Regione Campania, all'esito dell'esame da parte del gruppo di lavoro, ha completato l'istruttoria dell'atto aziendale di cui alla citata Deliberazione n. 140 del 30 settembre 2016, e, in merito alla conformità di quanto decretato con il D.C.A. n. 18/2013, con il D.C.A. n. 33/2016 e con il D.C.A. n. 99/16 ha formulato osservazioni e rilievi;
- Deliberazione del Direttore Generale n. 25 del 25 gennaio 2017 veniva adottato il nuovo atto aziendale dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud opportunamente modificato ed integrato in virtù delle osservazioni regionali di cui alla nota prot. n. 843885 del 29 dicembre 2016, revocando la deliberazione n. 140 del 30 settembre 2016;
- nota n. 123461 del 21 febbraio 2017, assunta in pari data al protocollo generale con il n. 24702, la Direzione aziendale veniva invitata a partecipare ad un incontro con il gruppo di lavoro istituito per l'istruttoria degli atti aziendali, tenutosi in data 23 febbraio 2017; la finalità dell'incontro, tenutosi in data 23 febbraio 2017, è stata quella di approfondire e condividere delle osservazioni e dei rilievi, trasmessi, con nota n. 843885 del 29 dicembre 2016 e diretto ad una sollecita adozione da parte dell'A.S.L. Napoli 3 sud dell'atto aziendale, ulteriormente integrato e modificato;

- prendere atto delle ulteriori osservazioni e dei rilievi di cui alla nota regionale n. 307478 del 28 aprile 2017;
- modificare ed integrare la Deliberazione del Direttore Generale n. 246 del 5 aprile 2017 per la parte inerente l'allegato Atto aziendale, ottemperando alle disposizioni esplicitate nella nota di cui sopra;
- adottare il nuovo Atto Aziendale dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud, con le opportune modifiche ed integrazioni apportate, che, allegato alla presente Deliberazione, ne diviene parte integrante e sostanziale;
- dare mandato al Direttore dell'UOC Gestione Risorse Umane di trasmettere il presente atto a tutte le Organizzazioni sindacali presenti in Azienda;
- dare mandato al Direttore dell'U.O.C. Gabinetto di trasmettere la presente deliberazione al Commissario ad acta ed al Sub Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro, alla Direzione Generale per la tutela della Salute ed il Coordinamento del S.S.R., al Comitato di Rappresentanza della Conferenza dei Sindaci, al Collegio Sindacale, al Collegio di Direzione ed alle strutture aziendali centrali e periferiche;
- dare mandato al Direttore dell'U.O.C. Relazioni con il Pubblico di provvedere alla pubblicazione della presente deliberazione sul relativo link del portale aziendale, anche in ottemperanza agli obblighi di pubblicità e di trasparenza previsti dal Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 e s.m.i., di pubblicare tutti i rilievi riferiti al percorso di adozione dell'atto aziendale sul link "*Amministrazione Trasparente*"/*Rilievi e Controlli sull'Amministrazione del sito istituzionale*, di trasmettere inoltre la presente deliberazione ai componenti il Comitato Partecipativo e Consultivo in rappresentanza delle associazioni di tutela del territorio aziendale;
- dare atto che, l'esecuzione avverrà a seguito di approvazione dell'Atto aziendale da parte del Commissario ad Acta per il Piano di Rientro e di pubblicazione del relativo Decreto Commissariale sul B.U.R.C., con le opportune indicazioni degli atti consequenziali.

Il Direttore Generale
dott.ssa Antonietta Costantini



Atto
Aziendale



2017



Sommario

Sommario	2
TITOLO 1 - ELEMENTI IDENTIFICATIVI DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 3 Sud	11
1.1 Costituzione e sede legale dell'Azienda	11
1.2 Dati Socio demografici ed epidemiologici	12
1.2.1 Materiali e metodi	12
1.2.2 La piramide dell'età	13
1.2.3 Distribuzione per fasce e sesso	15
1.2.4 Tabella degli indici per Comune e Distretto	16
1.2.5 Tabella degli indici Asl Napoli 3 Sud.....	21
1.2.6 Raffronto con dati Nazionali e Regionali	22
1.2.7 Indice di dipendenza strutturale.....	22
1.2.8 Indice di vecchiaia	23
1.2.9 Indice di dipendenza anziani.....	24
1.2.10 I distretti sanitari e le competenze territoriali.....	25
1.3 Logo	26
1.4 Patrimonio.....	27
1.5 Albo Pretorio	27
1.6 Sistema valori di riferimento – principi	28
1.6.1 Centralità della Persona.....	28
1.6.2 Uguaglianza ed Imparzialità	28
1.6.3 Continuità	29
1.6.4 Trasparenza.....	29
1.6.5 Equità	29
1.6.6 Diritto di scelta.....	29
1.6.7 Partecipazione	29
1.6.8 Efficienza ed efficacia.....	29
1.7 La vision	29
1.8 Mission	30
1.8.1 Dichiarazioni etiche.....	31
TITOLO 2 – IL MODELLO ORGANIZZATIVO	33
2.1 Principi generali dell'organizzazione	33
2.2 Le funzioni di governo	34

2.2.1 La committenza.....	34
2.2.2 Il governo clinico	35
2.2.3 Il governo amministrativo ed economico-finanziario.....	37
2.3 Acquisti di beni e servizi	44
2.3.1 Unità Operativa Complessa Acquisizione Beni e Servizi	45
2.4 Attrezzature: programmazione, acquisti, gestione e manutenzione.....	45
2.4.1 Programma biennale degli acquisti di beni e servizi e il programma triennale dei lavori pubblici	46
2.4.2 Il programma triennale dei lavori pubblici	47
2.4.3 Obblighi di pubblicazione.....	47
2.4.4. La risposta organizzativa.....	47
2.5 L'Unità Operativa Complessa "Affari Legali"	49
2.5.1 La mediazione e la conciliazione finalizzata alla conciliazione nelle controversie civili e commerciali	49
2.6 L'Unità Operativa Complessa Affari Generali.....	50
2.7 Unità Operative Complesse "Servizi Amministrativi ospedalieri"	51
2.8 Strutture Complesse supporto direzione strategica	52
2.9 Definizione ed analisi dei processi organizzativi	52
2.10. La funzione di programmazione.....	53
2.11 La funzione di produzione.....	54
2.12 I regolamenti	55
2.13 Regolamenti organizzazione strutture organizzative.....	56
2.14 La Prevenzione della corruzione	56
2.14.1 Definizione di corruzione	56
2.14.2 Strategia aziendale ai fini della Prevenzione della Corruzione	56
2.14.3 Il responsabile della Prevenzione della corruzione	57
TITOLO 3 - ASSETTO ISTITUZIONALE DELL'AZIENDA SANITARIA NAPOLI 3 Sud: ORGANI E ORGANISMI	60
3.1 Gli Organi.....	60
3.2 Il Direttore Generale	60
3.3 Il Collegio Sindacale.....	62
3.4 La Conferenza dei Sindaci	63
3.5 Il Collegio di Direzione.....	63
3.6 La Direzione Strategica.....	65
3.7 Il Direttore Sanitario Aziendale	66
3.8 Il Direttore Amministrativo	67
3.9 Il Consiglio dei sanitari	67

3.10	Supporto Organizzativo: UOC “Affari Istituzionali e Segreterie”	68
3.11	Comitati e Commissioni Aziendali	68
3.11.1	Il Comitato etico.....	68
3.11.2	Commissione per il Prontuario Terapeutico	69
3.11.3	Comitato Per il Buon Uso del Sangue	69
3.11.4	Comitato per la lotta alle infezioni ospedaliere.....	69
3.11.5	Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.....	70
3.11.6	Rete aziendale referenti per la gestione del Rischio Clinico.....	71
TITOLO 4 - PARTECIPAZIONE, TUTELA, TRASPARENZA, UMANIZZAZIONE, COMUNICAZIONE.....		73
4.1	Il principio della partecipazione	73
4.2	Comitato Partecipativo e Consultivo (C.P.C).....	73
4.2.1	i compiti	73
4.2.2	Membri	74
4.3	La consulta socio sanitaria	74
4.4	La Carta dei servizi sanitari.....	75
4.4.1	Gli impegni –Metodologia individuazione Standard di Qualità - la Carta della Qualità	76
4.4.2	La carta della qualità – metodologia per l’individuazione degli impegni e degli standard	77
4.5	La Pubblica Tutela	79
4.5.1	Il reclamo	79
4.5.2	La qualità percepita	79
4.6	L’Audit Civico.....	79
4.7	Il rispetto della privacy	80
4.8	La Trasparenza	80
4.8.1	Il responsabile della Trasparenza.....	81
4.8.2	la giornata della Trasparenza.....	82
4.8.3	Accesso civico	82
4.9	L’umanizzazione	83
4.9.1	Principi organizzativi per la promozione dell’Umanizzazione	83
4.9.2	La metodologia	84
4.10	La conferenza dei servizi	84
4.11	La comunicazione istituzionale	84
4.12	L’ufficio stampa aziendale.....	85
4.12.1	Funzioni.....	85
4.12.2	Responsabile.....	86

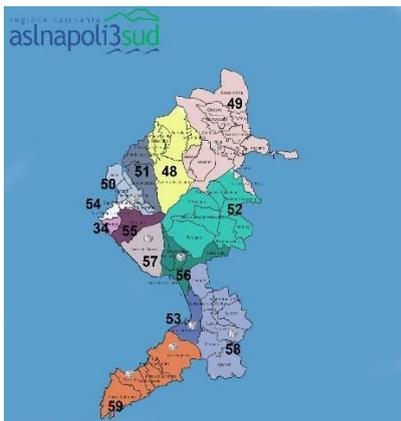
4.12.3 L'organizzazione.....	86
4.12.4 Divulgazione delle notizie	86
4.12.5 Piano della Comunicazione	86
4.13 Unità Operativa Complessa Relazioni con Il Pubblico (Umanizzazione – Tutela – Trasparenza- Comunicazione).	87
4.14 Il consenso informato.....	87
4.15 L'Assistenza agli stranieri	88
4.16 Accessibilità ed atto Aziendale.....	88
TITOLO 5 - VALORIZZAZIONE, SVILUPPO E SICUREZZA DELLE RISORSE UMANE.....	90
5.1 Clima e benessere organizzativo.....	90
5.2. Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.....	91
5.3 Unità Operativa Complessa Gestione delle risorse umane.....	92
5.3.1 L'Ufficio Relazioni Sindacali	96
5.4 La Formazione e lo Sviluppo delle risorse umane	98
5.4.1 L'Unità Operativa Complessa Formazione e Sviluppo Risorse Umane.....	99
5.5 Le relazioni sindacali	100
5.5.1 Relazioni sindacali aziendali.....	101
5.5.2 Concertazione	101
5.5.3 Consultazione.....	102
5.5.4 Informazione.....	102
5.5.5 Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza	102
5.5.6 Diritti e libertà sindacali.....	102
5.6 Attribuzione e revoca degli incarichi dirigenziali e relative modalità di valutazione.....	102
5.6.1 Procedure per l'attribuzione di incarichi di struttura complessa	104
5.6.2 Procedure per l'attribuzione di incarichi di struttura semplice e semplice dipartimentale.....	105
5.6.3 Responsabilità Dirigenziali	106
5.7 Codice di comportamento.	107
5.8 Codice disciplinare	107
TITOLO 6 - IL SISTEMA INTEGRATO DEI CONTROLLI	109
6.1 Premessa	109
6.1.1. Principi Generali del sistema dei controlli interni.....	109
6.2 Controllo di regolarità amministrativa e contabile	109
6.3 Il sistema aziendale di Controllo di Gestione.....	110
6.4 Il ciclo della performance	111
6.4.1 Obiettivi e indicatori	112

6.4.2 Monitoraggio della performance.....	112
6.4.3 il ciclo della Performance, tempi ed obblighi	112
6.4.4 Sistema di misurazione e valutazione della performance	113
6.4.5 La valutazione della Performance organizzativa	114
6.4.6 La valutazione della Performance individuale	114
6.4.7 Principi e criteri della valutazione individuale	115
6.4.8 Gli attori, le responsabilità e gli ambiti della valutazione individuale annuale	115
6.4.9 Monitoraggio Piani e Progetti.....	118
6.5 I controlli integrati interni – esterni	118
6.5.1 Analisi e controllo delle attività delle strutture sanitarie aziendali ed accreditate.....	118
6.5.2. Le attività Ispettive	119
6.5.3 Risposta organizzativa	120
6.6 Sistemi informativi di governo	120
6.7 L'Unità Operativa Complessa Sistema Informatici e sviluppo ITC	121
TITOLO 7 - L'ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	124
7.1 Strutture complesse di supporto governo clinico direzione sanitaria aziendale.....	124
7.1.1 Gestione del rischio clinico, sicurezza e qualità delle cure.....	125
7.1.2 La risposta Organizzativa – Unità Operativa Complessa Clinical Risk Management sicurezza e qualità delle Cure	125
7.1.3 UOC Formazione e Sviluppo delle Risorse Umane	126
7.1.4 UOC Professioni Sanitarie	127
7.1.5 UOC Medicina Legale Pubblica Valutativa.....	127
7.1.6 UOC Governo della Funzione Ospedaliera.....	128
7.1.7 I.P.A.S. Governo Liste di Attesa.....	128
7.1.8 I.P.A.S. Supporto organizzativo Programmazione Sanitaria.	128
7.2 Strutture a supporto Governo Tecnico Amministrativo – Direzione Amministrativa Aziendale	129
7.3 Unità Operative Complesse di supporto alla Direzione Strategica	129
7.3.1 I Dipartimenti.....	130
7.3.2 Tipologie di Dipartimento:	130
7.3.3 Il Direttore di Dipartimento	132
7.3.4 Comitato di Dipartimento.....	133
7.4 Il distretto socio - sanitario	134
7.4.1 le funzioni di governo del Distretto	135
7.4.2 Le attribuzioni del Direttore di Distretto Socio-Sanitario.....	138
7.4.3 Distretti Socio Sanitari	140

7.4.4 Modello Organizzativo	141
7.4.5 Le Nuove Articolazione Organizzative Del Distretto Socio - Sanitario.....	149
7.4.6 L'Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP)	157
7.5 Il Dipartimento Attività Territoriali e Integrazione Socio- Sanitaria.....	161
7.5.1. Modello Organizzativo	162
7.5.2 linee di attività	162
7.5.3 Le Cure Primarie e le attività territoriali	165
7.5.4 La Unità Operativa Complessa (UOC) "Cure Primarie e Attività Territoriali"	166
7.5.5 L'integrazione Sociosanitaria - UOC Coordinamento Sociosanitario.....	167
7.5.6 la UOC Cure Domiciliari.....	173
7.5.7 Le SUAP (Speciali Unità di Assistenza Permanente)	176
7.5.8 L'organizzazione Aziendale della rete delle Cure Palliative e Hospice	177
7.5.9 La UOC Coordinamento Attività Riabilitative.....	179
7.5.10 UOC Coordinamento Amministrativo	184
7.5.11 Riorganizzazione della rete dell'assistenza territoriale	186
7.5.12 La U.O.S.D. "Anziani Fragili e Demenza"	191
7.5.13 La U.O.S.D. Diabetologia e Malattie Metaboliche	194
7.5.14 La UOSD "Rete Aziendale "Ospedale – Territorio – Domicilio" per il management delle Ulcere Cutanee correlate al piede diabetico e delle ulcere cutanee di vario genere	197
7.5.15 UOSD Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD).....	199
7.5.16 UOS Dipartimentale Attività Libero Professionale	203
7.6 Dipartimento di Prevenzione	204
7.6.1 Livello centrale del Dipartimento di Prevenzione.....	206
7.6.2 Livello territoriale del Dipartimento di Prevenzione	207
7.6.3. Il Direttore del Dipartimento	212
7.6.4 Ambiti di attività propri del DP	212
7.6.5 UOC Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	215
7.6.6 UOC Servizio Epidemiologia.....	216
7.6.7 UOC Servizi Igiene e Medicina del Lavoro	216
7.6.8 UOC Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro.....	217
7.6.9 Area di Sanità Pubblica Veterinaria	218
7.6.10 Unità Operativa Complessa Amministrativa – Dipartimento di Prevenzione	221
7.6.11 Struttura Semplice Gestione sistema rapido di allerta e sicurezza degli alimenti non di origine animale. Centrale – Gestione imprese settore alimentare (SIAN).....	222

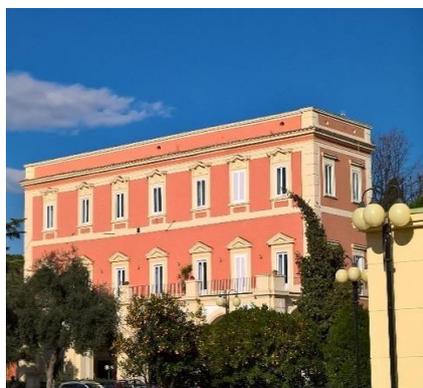
7.6.12 Struttura Semplice Gestione sistema rapido di allerta e sicurezza degli alimenti di origine animale e mangimi. Centrale – Gestione imprese settore alimentari (VET B).....	223
7.6.13 Struttura Semplice Assistenza Specialistica e prevenzione del randagismo – centrale (Vet A).....	224
7.6.14 Struttura Semplice Dipartimentale Registro Tumori di popolazione Asl Napoli 3 Sud	225
7.7 Dipartimento Assistenziale per la Salute Mentale (DSM).....	226
7.7.1 Funzioni del Dipartimento assistenziale per la Salute Mentale.....	227
7.7.2 Linee di attività	228
7.7.3 La struttura del DSM	234
7.7.4 Struttura organizzativa	234
7.8 Dipartimento Dipendenze.....	245
7.8.1 Il modello dipartimentale	246
7.8.2 Obiettivi del Dipartimento per le Dipendenze.....	247
7.9 La rete ospedaliera dell'Asl Napoli 3 Sud	249
7.9.1 Premessa.....	249
7.9.2 Domanda assistenziale.	249
7.9.3 Tasso di ospedalizzazione.	250
7.9.4 La mobilità extraregionale.	252
7.9.5 Ricoveri erogati in Regione Campania.	252
7.9.6 Distribuzione dei ricoveri per MDC e DRG.....	253
7.9.7 Presidi Ospedalieri: Modello Organizzativo.....	255
7.10 Dipartimento Scienze Mediche, Assistenza Riabilitativa Ospedaliera E Post Acuzie.....	260
7.11 Dipartimento Area Chirurgia Generale e Specialistica.....	262
7.12 Dipartimento Area Critica	264
7.13 Dipartimento Integrato Materno-Infantile	267
7.13.1 Unità Operativa Complessa Assistenza Consultoriale e Medicina di Genere.....	267
7.13.2 UOC Prevenzione e cura Patologie della Donna e del Bambino.....	270
7.13.3 U.O.S.D. Psicologia Integrata della donna e del bambino	271
7.14 Dipartimento Diagnostica per Immagini	273
7.15 Il Dipartimento Farmaceutico	274
7.16 Dipartimento Medicina di Laboratorio ed Anatomia Patologica	280
7.17. Attività assistenziali e reti ospedaliere.....	283
7.17.1 Assistenza gastroenterologica	283
7.17.2 Le attività di riabilitazione.....	283
7.17.3 La lungodegenza ospedaliera (cod. 60)	283
7.17.4 I Punti nascita e assistenza neonatale	283

7.18 Reti cliniche	284
7.18.1 Rete dell'emergenza-urgenza	284
7.18.2 La rete cardiologica.....	285
7.18.3 Rete dell'ictus cerebrale	286
7.18.4 Rete per il trauma	287
7.18.5 Interventi per la fertilità e procreazione medicalmente assistita	292
TITOLO 8 - I PARAMETRI PER L'INDIVIDUAZIONE DELLE UNITA' OPERATIVE COMPLESSE (UOC) UNITA', OPERATIVE SEMPLICI (UOS) E UNITA' OPERATIVE SEMPLICI DIPARTIMENTALI (UOSD)	294
8.1 Il Decreto del Commissario ad Acta n° 18 del 18/02/2013	294
8.2 Criteri per la individuazione delle unità operative (UOC, UOSD, UOS) in ambito non ospedaliero (ambito territoriale e delle funzioni centrali aziendali).....	295
8.3 I Nuovi standard	296
8.4 Assetto degli incarichi professionali.....	297
TITOLO 9 - DEFINIZIONE FABBISOGNO DI PERSONALE	299
9.1 Provvedimento di definizione del fabbisogno di personale dell'Azienda Sanitaria Locale.....	299
9.2 Disposizione Finale.....	299
Quadri Sinottici.....	300



TITOLO 1

*ELEMENTI IDENTIFICATIVI DELL'AZIENDA SANITARIA
LOCALE NAPOLI 3 Sud*



TITOLO 1 - ELEMENTI IDENTIFICATIVI DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 3 Sud

1.1 Costituzione e sede legale dell'Azienda

Con Legge regionale n. 16 del 28 novembre 2008, pubblicata sul BURC n. 48 ter del 1 dicembre 2008, il Consiglio Regionale della Campania ha adottato le misure finalizzate a garantire il rispetto degli obblighi di contenimento della spesa e di razionalizzazione e riqualificazione del Sistema Sanitario regionale previsti dal Piano di rientro dal disavanzo di cui alla delibera della Giunta Regionale n. 460 del 20 marzo 2007, adottata a seguito dell'Accordo sottoscritto ai sensi dell'art. 1 comma 180 della legge n. 311 del 30 dicembre 2004 tra il Presidente della Regione Campania ed i Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze; nell'ambito delle misure adottate, la citata legge regionale 16/08 ha disciplinato, all'art. 2, la modifica della legge regionale n. 32 del 3 novembre 1994, della razionalizzazione degli ambiti territoriali delle Aziende Sanitarie Locali. La delibera della Giunta Regionale n. 505 del 20 marzo 2009 costituisce la nuova Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud.

In data 10 agosto 2012 con decreto commissariale n. 98 e ss.mm.ii. il territorio del Comune di Portici è stato aggregato all'ASL Napoli 3 Sud modificandone gli ambiti e la concentrazione di popolazione di riferimento.

La Giunta regionale della Campania con la deliberazione n. 751 del 21 dicembre 2012 ha stabilito la sede legale dell'ASL Napoli 3 Sud, nel Comune di Torre del Greco (Na) 80059 – alla Via Marconi n. 66, Partita IVA 06322711216.

Il D.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e ss.mm.ii. ha attribuito, all'art. 3 comma 1bis, all'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale.

Il presente atto di diritto privato definisce la disciplina di funzionamento, ne disegna l'assetto organizzativo, identifica le gerarchie, i livelli di responsabilità e le autonomie gestionali dei dirigenti, sancisce i rapporti tra unità organizzative e definisce le finalità produttive dell'Azienda.

L'azienda ha progettato il sito web ufficiale che è: www.aslnapoli3sud.it.

Sul sito sono assolti, e continuamente aggiornati, gli obblighi ai sensi dell'art. 32 della Legge 18 giugno 2009, n. 69, e del D.lgs. 150/2009, del D.L.gs33/2013 così come modificato dal D.L.gs 97/2016 e nello specifico:

- obblighi di pubblicazione di atti e dei provvedimenti amministrativi (Delibere, Determinazioni dirigenziali, Avvisi Pubblici, Gare, Concorsi etc);
- gli elementi identificativi aziendali;
- pubblicità legale – Albo Pretorio;
- indicazioni distretti sanitari, presidi ospedalieri, dipartimenti, strutture centrali, commissioni;
- tutte le informazioni sulla direzione strategica e gli organi aziendali;
- tutte le informazioni previste dal D.lgs. 33/2013 e s.m.i. inerenti la trasparenza ai fini della prevenzione della corruzione - link Amministrazione Trasparente;
- tutte le informazioni inerenti la garanzia alla partecipazione dei portatori di interesse, alla tutela dei diritti dei cittadini e delle cittadine anche ai fini della giusta fruibilità delle strutture;

- tutte le campagne informative ai fini della promozione della salute (Piano della Prevenzione);
- la Carta dei Servizi generale – la Carta dei Servizi per struttura;
 - Tutte le azioni della prevenzione della corruzione;
 - Piano della Comunicazione Istituzionale ai sensi della legge 150/2000; ➤ Tutti Regolamenti adottati dall'azienda.

1.2 Dati Socio demografici ed epidemiologici

L'Asl Napoli 3 Sud si estende su un territorio di circa 620 Km² suddiviso in 57 Comuni. La struttura geografica del territorio non è omogenea, presentando aree diverse per composizione ed organizzazione territoriale che vanno a configurarsi come fattori ambientali diversificati quali agenti determinanti dello stato di salute. Questa azienda può essere genericamente divisa in due aree Nord e Sud, al cui centro è posto il vulcano in quiescenza Vesuvio.

La popolazione aggiornata ai dati ISTAT del 1 gennaio 2015 è pari a 1.073.493 distribuita in 57 comuni, la densità di popolazione è pari a 1731,4 ab/km con picchi elevatissimi in coincidenza dei comuni della cinta suburbana di Napoli.

1.2.1 Materiali e metodi

Al fine di fornire un quadro utile alla definizione all'offerta socio-sanitaria che risponda ad una domanda fortemente condizionata dalla distribuzione della popolazione per fasce di età, la popolazione è stata suddivisa in anziana, molto anziana, attiva, infanzia e primissima infanzia.

Le tabelle di distribuzione della popolazione sono state elaborate partendo dall'unità minima di riferimento: il comune, aggregati per distretti sanitari fino a giungere all'aggregazione per azienda.

I dati elaborati riportano in dettaglio gli indici e i dati rappresentativi della struttura della popolazione in funzione della domanda socio-assistenziale correlata alle diverse fasce di età:

- l'indice di vecchiaia, ovvero il rapporto percentuale tra popolazione con età uguale o superiore a 65 anni e popolazione con età inferiore a 15 anni;
- l'indice di dipendenza anziani, ovvero il rapporto tra la popolazione di età 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100;
- l'indice di dipendenza strutturale, ovvero il rapporto tra la somma della popolazione con età inferiore a 15 anni e la popolazione di età 65 anni e più, e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100;
- la fascia tra 0 e 4 anni, che rispecchia la domanda per la primissima infanzia;
- la fascia tra 0 e 14 anni, che rispecchia la domanda per bambini e ragazzi;
- la fascia tra 15 e 64 anni, che rispecchia la popolazione potenzialmente attiva;
- la fascia di età tra i 65 e i 75 anni, che rappresenta il bacino principale di soggetti con vecchiaia attiva e in buona salute;
- la fascia di età superiore ai 75 anni, che rappresenta la popolazione anziana, che necessita di servizi di assistenza.

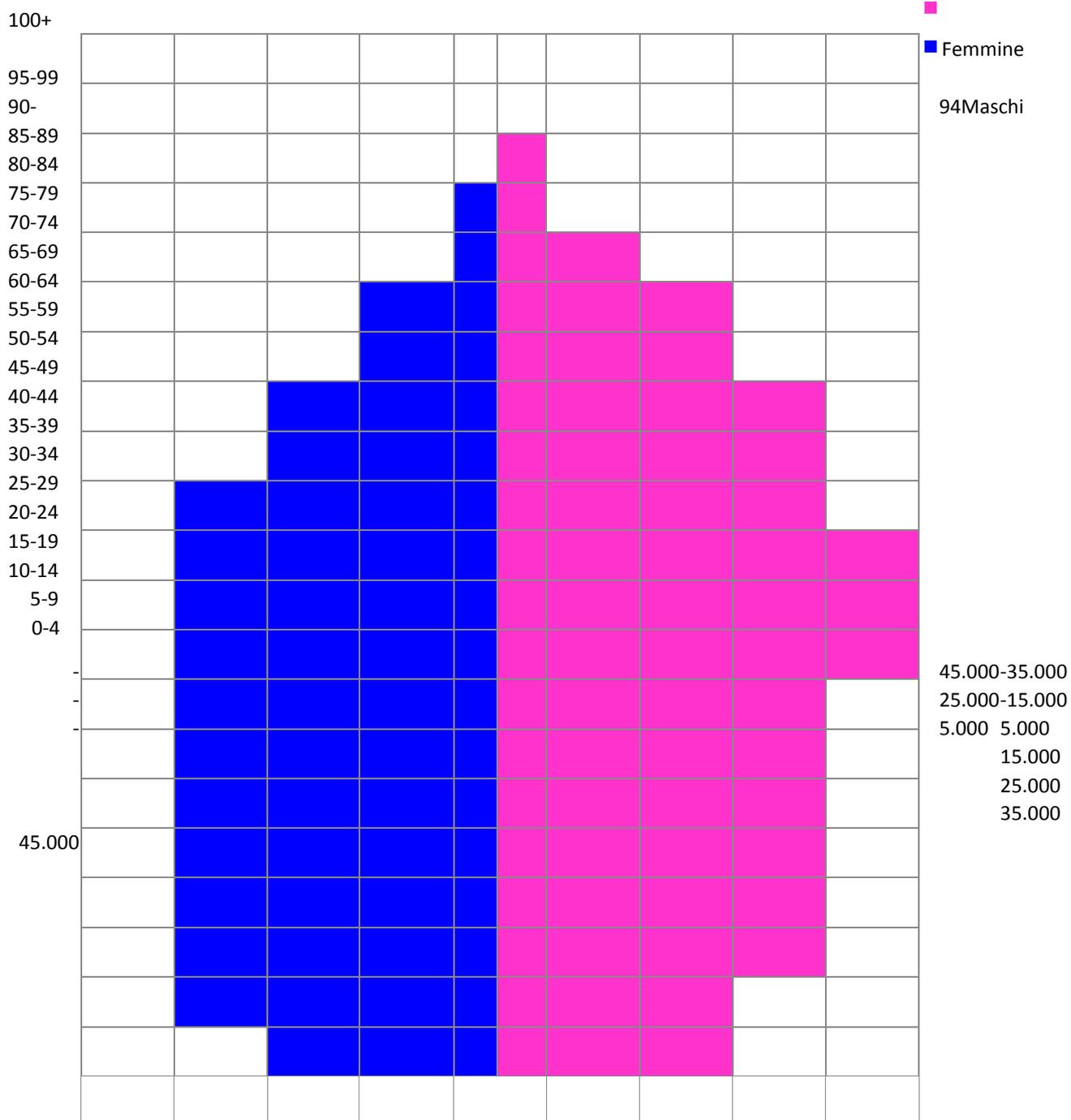
Le tabelle di seguito riportate riassumono tutti gli indicatori ed i parametri calcolati per distretto sulla base dei dati dei dati forniti dall'ISTAT <http://www.tuttitalia.it/statistiche/>

1.2.2 La piramide dell'età

La piramide dell'età è sovrapponibile alla piramide della popolazione campana essa mostra la frequenza più elevata in assoluto tra i 40 e 50 anni. L'età anziana (≥ 64 aa) mostra una prevalenza a favore del sesso femminile con un incremento di oltre due punti percentuali.

Età	Maschi		Femmine		Totale	
		%		%		%
0-4	27.009	2,52	25.563	2,38	52.572	4,90
5-9	30.434	2,84	28.752	2,68	59.186	5,51
10-14	32.459	3,02	30.944	2,88	63.403	5,91
15-19	33.129	3,09	31.679	2,95	64.808	6,04
20-24	35.667	3,32	34.789	3,24	70.456	6,56
25-29	35.309	3,29	34.100	3,18	69.409	6,47
30-34	34.459	3,21	35.194	3,28	69.653	6,49
35-39	37.275	3,47	38.282	3,57	75.557	7,04
40-44	39.420	3,67	41.884	3,90	81.304	7,57
45-49	39.471	3,68	42.329	3,94	81.800	7,62
50-54	36.851	3,43	40.105	3,74	76.956	7,17
55-59	32.005	2,98	35.121	3,27	67.126	6,25
60-64	28.742	2,68	31.136	2,90	59.878	5,58
65-69	27.870	2,60	30.467	2,84	58.337	5,43
70-74	19.801	1,84	23.065	2,15	42.866	3,99
75-79	15.226	1,42	20.027	1,87	35.253	3,28
80-84	9.789	0,91	15.423	1,44	25.212	2,35
85-89	4.563	0,43	9.278	0,86	13.841	1,29
90-94	1.328	0,12	3.615	0,34	4.943	0,46
95-99	153	0,01	621	0,06	774	0,07

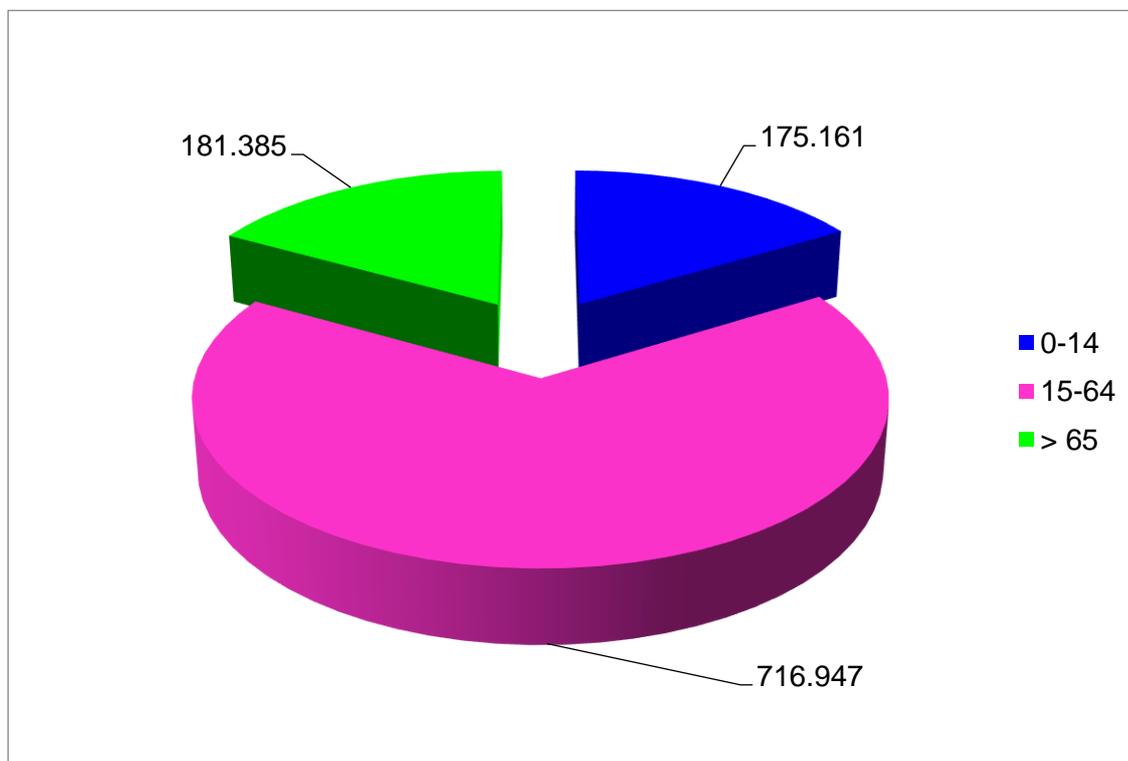
100+	24	0,00	135	0,01	159	0,01
Totale	520.984	48,53	552.509	51,47	1.073.493	100,00

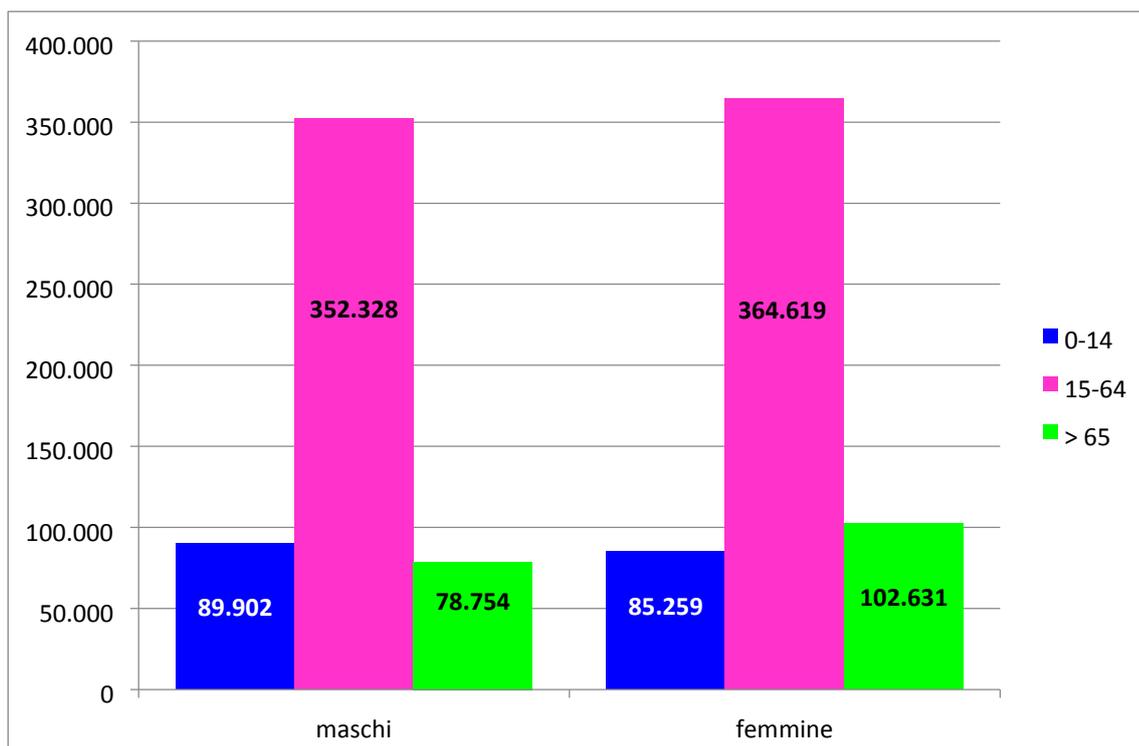


1.2.3 Distribuzione per fasce e sesso

La distribuzione per fasce di età mostra che circa i due terzi della popolazione è compreso nella popolazione attiva mentre le rimanenti due fasce - popolazione anziana e infanzia - si attestano intorno al 16%.

	Fasce Età	Maschi		Femmine		Totale	
		Numero	%	Numero	%	Numero	%
ASL NA3 Sud	0-14	89.902	8,37	85.259	7,94	175.161	16,32
	15-64	352.328	32,82	364.619	33,97	716.947	66,79
	> 65	78.754	7,34	102.631	9,56	181.385	16,90
		520.984	48,53	552.509	51,47	1.073.493	100,00





La distribuzione per sesso evidenzia una lieve prevalenza totale per il sesso femminile (51%), tale prevalenza è concentrata nella fascia maggiore di 75 aa.

1.2.4 Tabella degli indici per Comune e Distretto

Dis.	Comune	popolazione Totale al 01/01/2015	Indice di Vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione				
						0-4 anni	0-14 anni	15-64 anni	65-74 anni	> 75 anni
34	Portici	55.537	154,49	35,24	58,04	2.274	8.015	35.140	6.397	5.985

48	Brusciano	16.402	71,07	18,44	44,40	948	2.948	11.359	1.271	824
	Castello di Cisterna	7.811	66,49	18,46	46,22	540	1.483	5.342	621	365
	Mariglianella	7.749	68,15	18,79	46,37	440	1.460	5.294	592	403
	Marigliano	30.149	98,19	23,59	47,62	1.530	4.907	20.424	2.775	2.043

	San Vitaliano	6.461	74,12	20,30	47,68	382	1.198	4.375	492	396
	Somma Vesuviana	35.368	87,90	21,45	45,86	1.674	5.918	24.248	3.024	2.178
Distretto 48		103.940	83,64	21,09	46,31	5.514	17.914	71.042	8.775	6.209

Dis.	Comune	popolazione Totale al 01/01/2015	Indice di Vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione				
						0-4 anni	0-14 anni	15-64 anni	65-74 anni	> 75 anni
49	Camposano	5.341	122,71	26,31	47,75	226	775	3.615	553	398
	Carbonara di Nola	2.401	79,91	20,61	46,40	120	423	1.640	167	171
	Casamarciano	3.304	131,19	28,79	50,73	114	481	2.192	356	275
	Cicciano	12.920	114,51	24,11	45,17	513	1.874	8.900	1.148	998
	Cimitile	7.256	113,17	26,42	49,76	374	1.131	4.845	705	575
	Comiziano	1.832	152,33	37,68	62,41	98	279	1.128	232	193
	Liveri	1.618	155,05	31,83	52,35	60	218	1.062	155	183
	Nola	34.401	114,60	24,89	46,62	1.570	5.097	23.463	3.210	2.631
	Roccarainola	7.113	124,13	25,59	46,21	317	1.003	4.865	687	558
	Saviano	16.000	95,56	22,35	45,75	846	2.568	10.978	1.342	1.112
	San Paolo bel Sito	3.535	105,75	24,65	47,97	167	557	2.389	322	267
	Scisciano	5.899	87,26	21,07	45,22	293	981	4.062	439	417
	Tufino	3.785	88,45	22,87	48,72	188	658	2.545	319	263

	Visciano	4.463	137,28	28,24	48,82	188	617	2.999	383	464
Distretto 49		109.868	111,17	24,80	47,11	5.074	16.662	74.683	10.018	8.505

50	Cercola	18.465	88,70	21,42	47,57	903	3.063	12.685	1.694	1.023
	Massa di Somma	5.491	89,21	19,92	42,25	244	862	3.860	451	318
	Pollena Trocchia	13.567	81,11	20,47	45,71	674	2.350	9.311	1.141	765
	Volla	23.596	60,05	15,99	42,61	1.386	4.405	16.546	1.709	936
Distretto 50		61.119	75,25	18,95	44,14	3.207	10.680	42.402	4.995	3.042

51	Pomigliano D'Arco	39.977	115,34	26,86	50,15	1.936	6.201	26.624	4.372	2.780
	Sant'Anastasia	27.860	100,38	23,54	47,00	1.390	4.445	18.953	2.557	1.905
Distretto 51		67.837	109,09	25,48	48,84	3.326	10.646	45.577	6.929	4.685

52	Ottaviano	23.908	94,37	21,70	44,69	1.134	3.799	16.524	1.912	1.673
	Palma Campania	15.680	94,32	20,89	43,04	767	2.428	10.962	1.270	1.020
	Poggioreale	21.878	67,12	18,18	45,26	1.281	4.079	15.061	1.486	1.252
	San Gennaro Vesuviano	11.740	67,33	16,66	41,39	632	2.054	8.303	784	599

	San Giuseppe Vesuviano	29.912	80,63	19,23	43,08	1.565	4.986	20.906	2.216	1.804
	Terzigno	18.400	65,24	16,42	41,59	978	3.271	12.995	1.231	903
	Striano	8.398	75,08	19,31	45,02	440	1.489	5.791	696	422
Distretto 52		129.916	78,11	19,07	43,49	6.797	22.106	90.542	9.595	7.673

Distretto	Comune	popolazione Totale al 01/01/2015	Indice di Vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione				
						0-4 anni	0-14 anni	15-64 anni	65-74 anni	> 75 anni
53	Castellammare di Stabia	66.681	114,99	28,69	53,64	3.062	10.828	43.402	6.687	5.764

54	San Giorgio a Cremano	45.779	154,14	35,39	58,36	1.909	6.638	28.909	6.083	4.149
	San Sebastiano al Ves.	9.257	106,88	26,34	50,99	470	1.511	6.131	954	661
Distretto 54		55.036	145,38	33,81	57,07	2.379	8.149	35.040	7.037	4.810
55	Ercolano	53.972	104,53	26,39	51,65	2.688	8.987	35.591	5.512	3.882

56	Boscoreale	28.350	88,92	22,56	47,94	1.470	4.863	19.163	2.507	1.817
	Boscotrecase	10.353	110,69	26,68	50,79	508	1.655	6.866	977	855

	Torre Annunziata	42.868	118,21	31,34	57,85	2.111	7.200	27.157	4.682	3.829
	Trecase	9.094	114,92	28,61	53,51	441	1.475	5.924	956	739
	Distretto 56	90.665	107,69	27,68	53,38	4.530	15.193	59.110	9.122	7.240

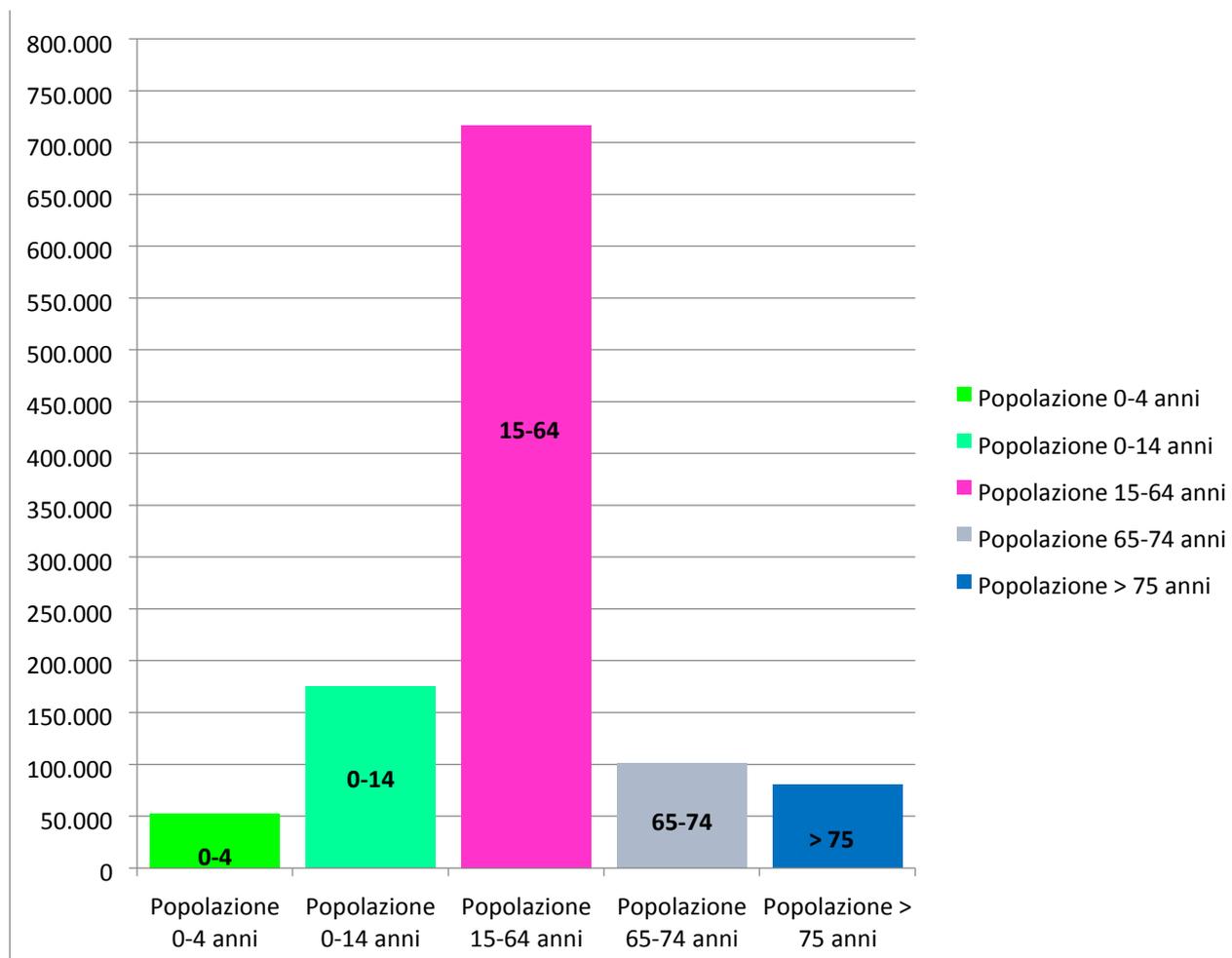
57	Torre del Greco	86.793	111,21	27,47	52,17	4.205	14.089	57.035	8.890	6.779
----	-----------------	--------	--------	-------	-------	-------	--------	--------	-------	-------

58	Agerola	7.590	125,44	30,14	54,17	396	1.183	4.923	650	834
	Casola di Napoli	3.883	63,67	19,42	49,92	251	790	2.590	264	239
	Gragnano	29.310	92,48	24,42	50,83	1.443	5.132	19.432	2.714	2.032
	Lettere	6.204	64,68	18,18	46,29	347	1.192	4.241	428	343
	Pimonte	5.985	59,12	15,61	42,03	328	1.113	4.214	347	311
	Pompei	25.397	115,90	26,94	50,19	1.173	3.931	16.910	2.413	2.143
	Sant'Antonio Abate	19.753	70,83	19,88	47,94	1.103	3.747	13.352	1.462	1.192
	Santa Maria la Carità	11.789	63,88	18,17	46,61	647	2.287	8.041	818	643
	Distretto 58	109.911	86,88	22,84	49,13	5.688	19.375	73.703	9.096	7.737

59	Massa Lubrense	14.182	114,87	27,33	51,13	702	2.233	9.384	1.286	1.279
	Meta	8.032	136,12	29,40	51,01	332	1.149	5.319	742	822
	Piano di Sorrento	13.159	134,83	31,96	55,67	604	2.004	8.453	1.457	1.245
	Sant'Agnello	9.102	129,66	30,46	53,96	424	1.389	5.912	887	914
	Sorrento	16.724	159,21	34,42	56,04	691	2.317	10.718	1.873	1.816
	Vico Equense	21.019	108,03	26,63	51,28	1.075	3.425	13.894	1.905	1.795
	Distretto 59	82.218	127,99	29,85	53,16	3.828	12.517	53.680	8.150	7.871

1.2.5 Tabella degli indici Asl Napoli 3 Sud

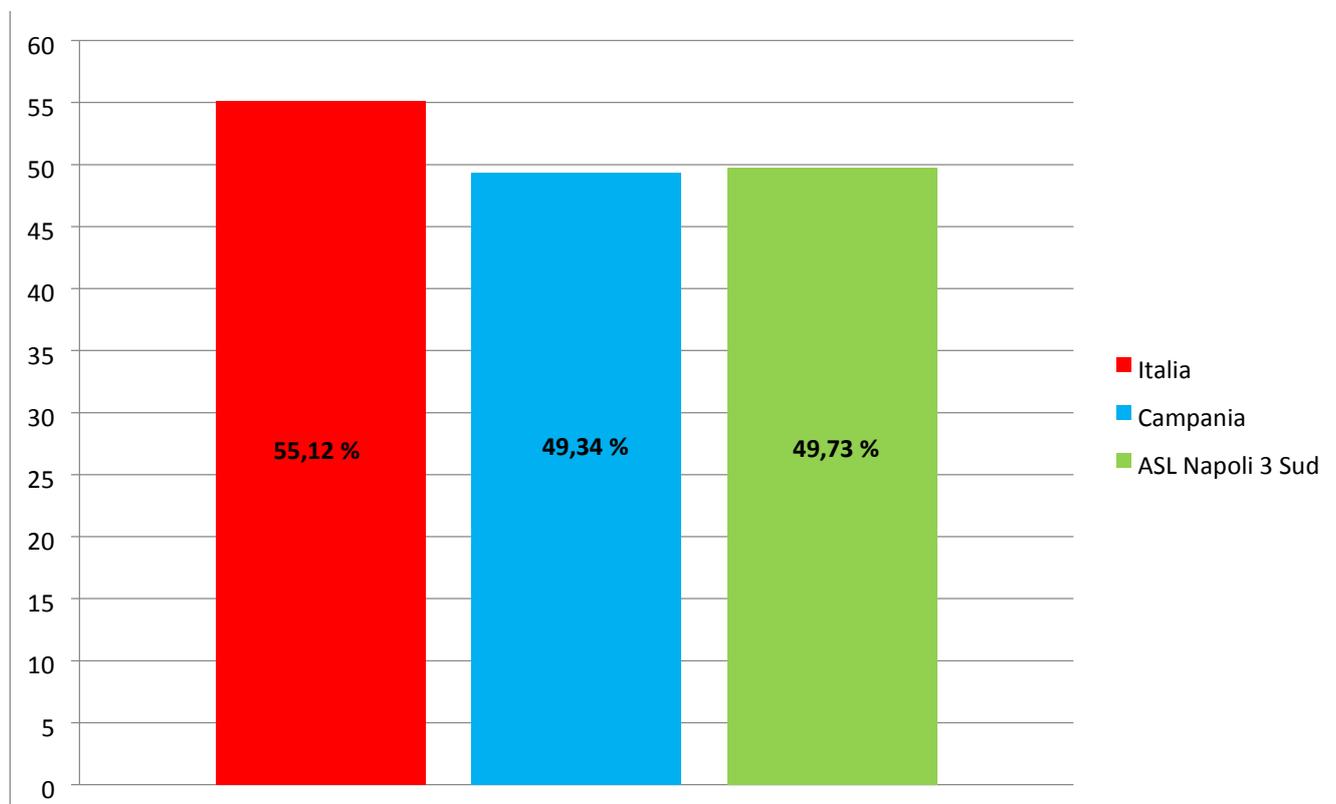
	Popolazione Totale al 01/01/2015	Indice di Vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione				
					0-4 anni	0-14 anni	15-64 anni	65-74 anni	> 75 anni
ASL Napoli 3 Sud	1.073.493	103,55	25,30	49,73	52.572	175.161	716.947	101.203	80.182



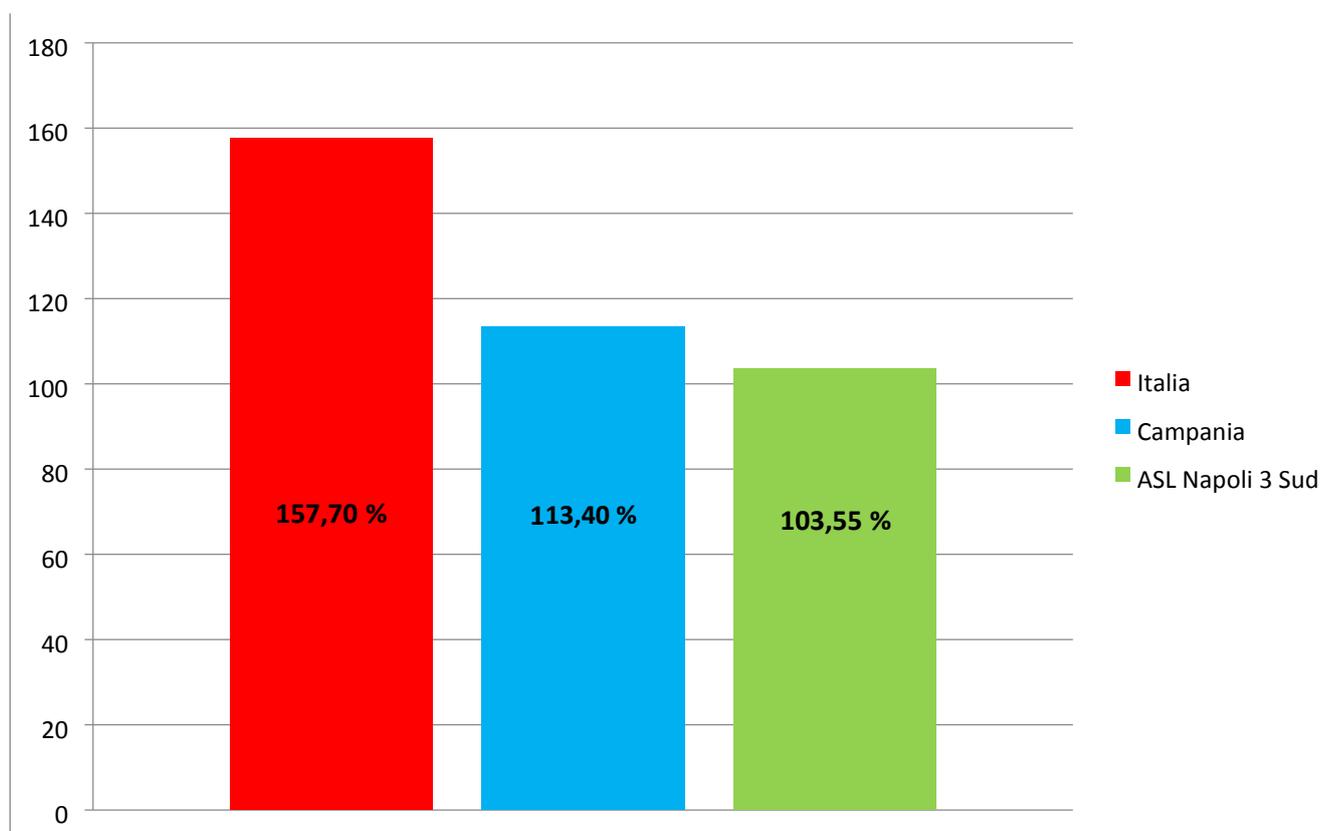
1.2.6 Raffronto con dati Nazionali e Regionali

	Popolazione Totale al 01/01/2015	Indice di Vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione		
					0-14 anni	15-64 anni	> 65
Italia	60.795.612	157,70	33,73	55,12	8.383.122	39.193.416	13.219.074
Campania	5.861.529	113,40	26,22	49,34	907.340	3.925.061	1.029.128
ASL Napoli 3 Sud	1.073.493	103,55	25,30	49,73	175.161	716.947	181.385

1.2.7 Indice di dipendenza strutturale

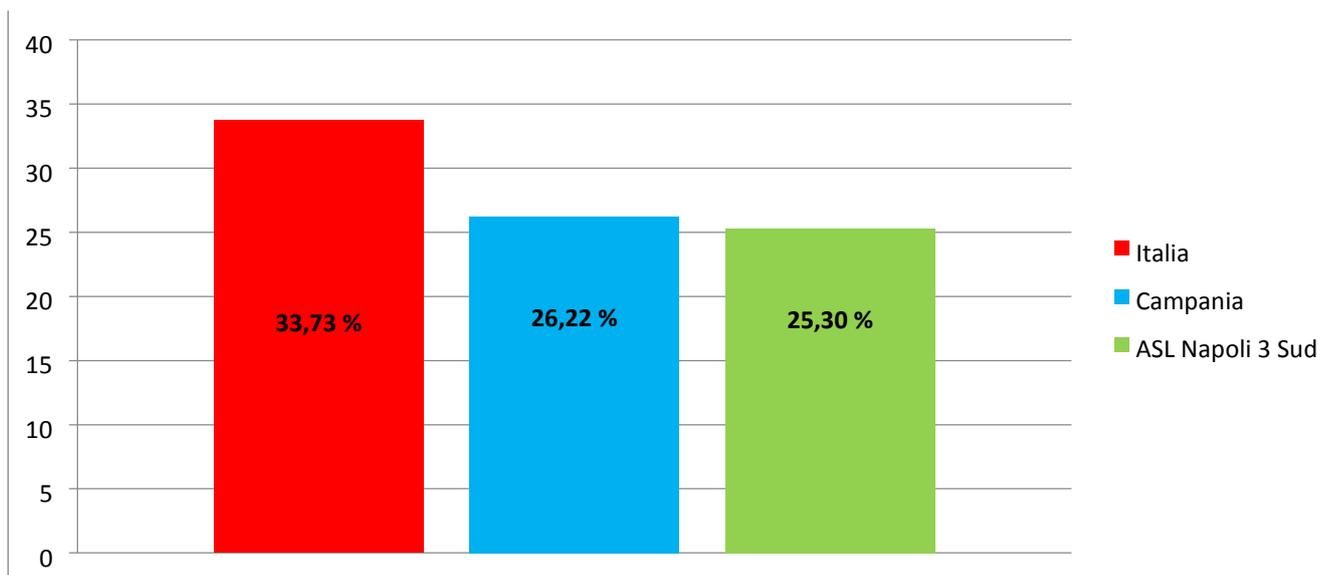


1.2.8 Indice di vecchiaia



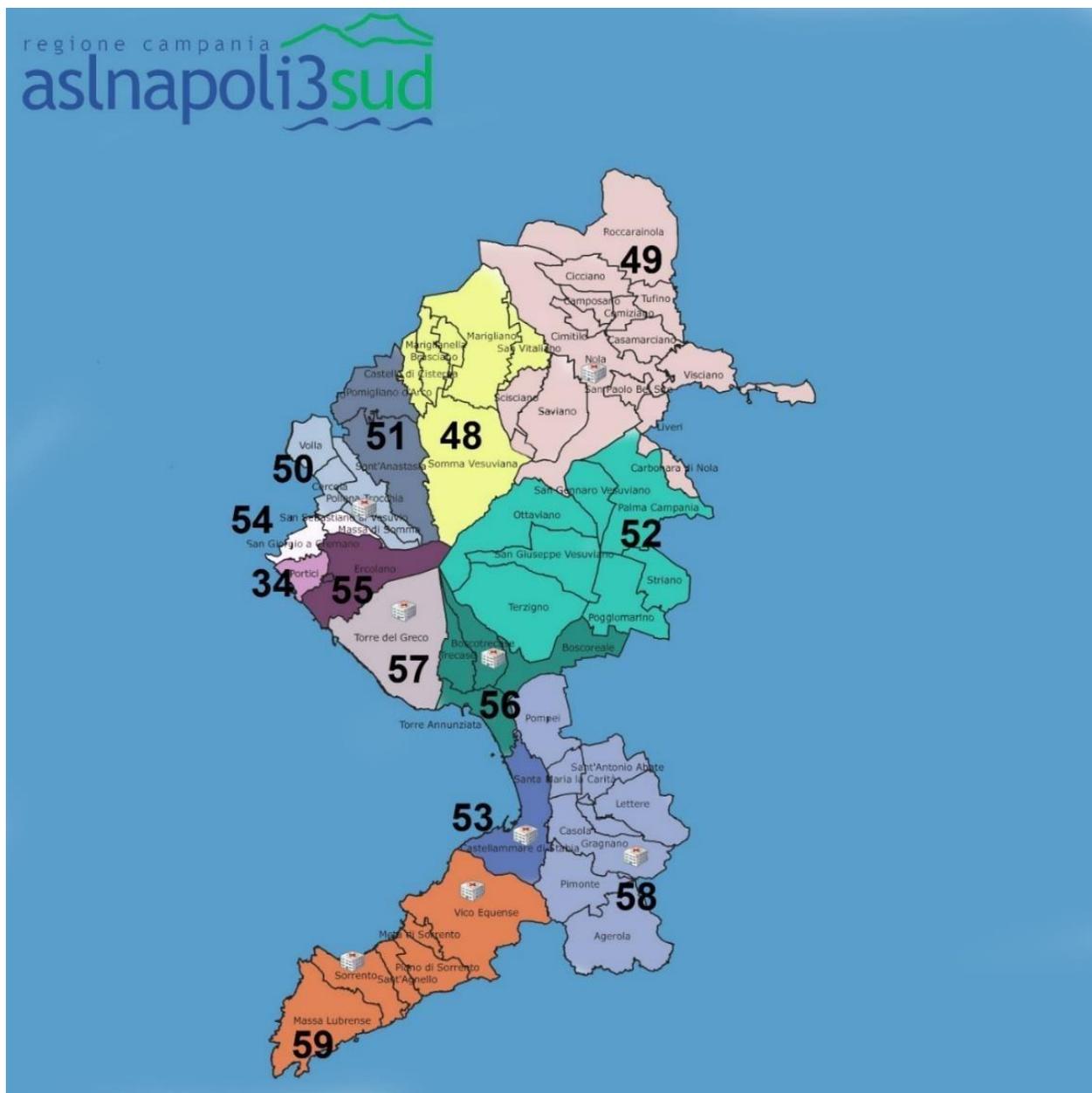
L'indicatore è un indice molto dinamico della tendenza all'invecchiamento esso cambia al variare contemporaneo del peso degli anziani al numeratore e dei giovanissimi al denominatore. Valori superiori a 100 indicano un maggiore peso della popolazione anziana rispetto ai giovanissimi, pertanto il valore calcolato per la nostra ASL pur essendo un valore inferiore ben lontano dalla media nazionale e inferiore alla media regionale ha superato il valore soglia di cento.

1.2.9 Indice di dipendenza anziani



1.2.10 I distretti sanitari e le competenze territoriali

Qui di seguito si elencano i Distretti Sanitari, i Comuni di competenza territoriale e gli ambiti sociali di riferimento.



Distretto 34 – Portici. (Ambito territoriale n. 11).

Distretto 48 - Brusciano, Castello di Cisterna, Mariglianella, Marigliano, San Vitaliano, Somma Vesuviana. (Ambito territoriale n. 22).

Distretto 49 - Nola, Camposano, Carbonara di Nola, Casamarciano, Cicciano, Cimitile, Comiziano, Liveri, Roccarainola, S.P. Belsito, Saviano, Scisciano, Tufino, Visciano. (Ambito territoriale n. 23).

Distretto 50 – Cercola, Massa di Somma, Pollena Trocchia, Volla. (Ambito territoriale n. 24).

Distretto 51 - Pomigliano d'Arco, Sant'Anastasia. (Ambito territoriale n. 25).

25/347

In pubblicazione dal

Distretto 52 - Palma Campania, Poggiomarino, Ottaviano, San Gennaro Vesuviano, San Giuseppe Vesuviano, Striano, Terzigno. (Ambito territoriale n. 26).

Distretto 53 - Castellammare di Stabia. (Ambito territoriale n. 27).

Distretto 54 - San Giorgio a Cremano, San Sebastiano al Vesuvio. (Ambito territoriale n. 28).

Distretto 55 - Ercolano. (Ambito territoriale n. 29).

Distretto 56 - Boscoreale, Boscotrecase, Torre Annunziata, Trecase. (Ambito territoriale n. 30).

Distretto 57 - Torre del Greco. (Ambito territoriale n. 31).

Distretto 58 – Agerola, Casola di Napoli, Gragnano, Lettere, Massa Lubrense, Pimonte, Pompei, Santa Maria la Carità, Sant'Antonio Abate. (Ambito territoriale n. 32).

Distretto 59 – Meta, Piano di Sorrento, Sant'Agnello, Sorrento, Vico Equense. (Ambito territoriale n. 33).

PRESIDI OSPEDALIERI

P.O. Boscotrecase
P.O. Torre del Greco
P.O. Nola con Stabilimento di Pollena
P.O. Castellammare di Stabia con Stabilimento di Gragnano
P.O. Vico Equense
P.O. Sorrento

1.3 Logo

Il logo dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud è:



Il logo è stato adottato il 4/10/2010 con la delibera n. 1101, come immediata identificazione dell'Azienda. Con la citata delibera è disposto l'utilizzo del logo, come unico simbolo rappresentativo/marchio (brand) aziendale, e che nessun altro logo di struttura o settore può essere inserito nella documentazione ufficiale.

La Scelta dell'immagine simbolo rappresenta una precisa indicazione della volontà d'identificazione dell'azienda con il territorio tutto, nel solco di una storia e di una cultura prestigiosa.

26/347

In pubblicazione dal

Il logo dell'Azienda sanitaria Locale Napoli 3 Sud è costituito dall'immagine stilizzata del Vesuvio e del Monte Somma di colore verde, sull'immagine si sovrappone sul margine sinistro l'indicazione della regione e la denominazione dell'Azienda sanitaria di colore blu intercalato dal verde dalla lettera S a seguire, ed alla base è posta la dizione per esteso e la stilizzazione del mare, per indicare l'estensione dell'Azienda anche sulla Penisola sorrentina.

1.4 Patrimonio

Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti, come risulta dal Bilancio d'Esercizio e dal registro dei cespiti, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio delle proprie attività.

I beni appartenenti all'Azienda sono classificati in beni patrimoniali disponibili e indisponibili. I primi sono i beni direttamente strumentali all'esercizio delle funzioni istituzionali, quali definiti dall'ultimo comma dell'art. 826 del codice civile, nonché i beni di interesse storico, artistico, scientifico, tecnologico, archivistico, bibliografico, naturalistico e di valore culturale.

Sono beni patrimoniali disponibili i beni destinati a produrre un reddito costituito da frutti naturali o civili e comunque tutti i beni non compresi tra quelli indicati al periodo precedente; l'Azienda provvede alla classificazione dei beni in relazione all'effettiva destinazione degli stessi.

L'Azienda riconosce la valenza strategica del patrimonio quale strumento di potenziamento e di qualificazione strutturale e tecnologica dell'offerta di servizio e, in questa prospettiva, si riserva iniziative di investimento anche mediante processi di alienazione del patrimonio da reddito e di trasferimento di diritti reali, previa la necessaria autorizzazione regionale ex art. 5 comma 2 del D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii..

L'Azienda si impegna a:

- verificare puntualmente la corrispondenza tra l'inventario fisico e la sua rappresentazione documentale e di bilancio;
- individuare la procedura al fine di monitorare, valutare e pianificare interventi migliorativi nella gestione ammortamento ed alienazione o smantellamento delle immobilizzazioni;
- adottare il Piano Triennale degli investimenti con identificazione del budget per ogni intervento programmato.
- pubblicare sul portale aziendale, secondo gli obblighi del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i.: i dati identificativi di tutti gli immobili sui quali insiste qualunque tipo di rapporto che integri una situazione di possesso a qualsiasi titolo (proprietà e altri diritti reali, concessione etc.) e anche i canoni versati, nonché quelli percepiti dall'amministrazione.

L'Azienda si prefigge lo scopo di salvaguardare e valorizzare il patrimonio di valore storico, artistico e culturale di cui dispone.

1.5 Albo Pretorio

L'Albo Pretorio dell'Asl Napoli 3 Sud è disciplinato secondo le regole tecniche, i criteri e le informazioni obbligatorie per la pubblicazione on-line con valore di pubblicità legale, le competenze, le modalità, le forme

27/347

In pubblicazione dal

ed i termini con i quali l'AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 3 Sud organizza e gestisce il proprio "Albo Pretorio Informatico", istituito in attuazione delle disposizioni contenute nell'art. 32 della Legge 18 giugno 2009, n. 69, nonché i formati dei documenti e la struttura delle informazioni associate alla pubblicazione in ambiente digitale.

Si pubblicano sull'albo pretorio informatico:

- a. Deliberazioni del Legale Rappresentante;
- b. Deliberazioni del Legale Rappresentante, quale Commissario Liquidatore delle disciolte UU.SS.LL.;
- c. Deliberazioni del Commissario ad acta;
- d. Determinazioni Dirigenziali;
- e. Bandi di concorso interni ed esterni, gare d'appalto;
- f. Atti di altri Enti e/o Istituzioni.

La pubblicazione dei documenti sull'albo on-line avviene esclusivamente in forma digitale sul sito istituzionale www.aslnapoli3sud.it.

Al fine di evitare duplicazioni, la pubblicazione sul sito istituzionale dedicato all'Albo Pretorio soddisfa in via esclusiva l'obbligo di pubblicazione legale, salvo i casi previsti espressamente dalla legge o dall'autorità giudiziaria.

Presso la sede legale dell'Asl Napoli 3 Sud nei locali dell'Unita Operativa Complessa Relazioni con il Pubblico è situata una postazione di accesso telematico all'Albo Pretorio a disposizione di portatori di interesse che hanno difficoltà ad accedere al web.

1.6 Sistema valori di riferimento – principi

L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud nasce per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria e Sociosanitaria sul territorio di competenza, utilizzando criteri di gestione ispirati a efficienza, efficacia ed economicità. Il sistema della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria e Sociosanitaria s'ispira al sistema dei valori di riferimento, ai sensi del DPCM 1994 Presidente del Consiglio Ciampi, e secondo i seguenti principi:

1.6.1 Centralità della Persona

Ai cittadini ed alle cittadine va garantito un sistema sanitario efficiente, al fine di assicurare benessere e sicurezza. Per tale motivo, la persona umana, nella globalità delle sue dimensioni e dei suoi bisogni, è al centro degli interessi dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud, ed è assunta a costante punto di riferimento per la programmazione, l'organizzazione, la gestione ed il controllo delle attività aziendali.

1.6.2 Uguaglianza ed Imparzialità

I cittadini e le cittadine accedono alle prestazioni previste ed erogate dal Sistema Sanitario Nazionale e regionale senza discriminazioni tra le diverse classi sociali. Nessuno può essere discriminato nel suo diritto all'assistenza Sanitaria e Sociosanitaria per sesso, età, convinzioni etiche, religiose, politiche, sindacali, filosofiche, razza, particolari condizioni patologiche, sociali e giuridiche.

1.6.3 Continuità

Alle cittadine ed ai cittadini deve essere sempre garantita la continuità delle cure necessarie alla riduzione dei vari problemi e/o danni alla salute, senza alcuna interruzione nello spazio e nel tempo, a tal fine si promuove l'integrazione delle attività ospedaliere con quelle territoriali, per assicurare l'assistenza agli acuti, ai convalescenti, ai lungodegenti, ai cronici e ai disabili gravi.

1.6.4 Trasparenza

È un livello essenziale delle prestazioni erogate dall'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud, ai sensi dell'art. 117, comma 2 lettera "m" della Costituzione Italiana, esplicitato nel programma Triennale della Trasparenza e dell'Integrità dell'Asl Napoli 3 Sud ai sensi del D.lgs. n. 33/2013 e s.m.i.: - Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni. Inoltre, chiunque ne abbia interesse, può richiedere accesso agli atti amministrativi dell'Azienda secondo il regolamento ex L. 241/1990 s.m.i, visibile sul portale istituzionale www.aslnapoli3sud.it – Accesso agli atti amministrativi.

1.6.5 Equità

Conforme ai principi di giustizia, in particolare nel confronto tra individui in condizioni analoghe o in condizioni diverse, anche in relazione al disomogeneo territorio aziendale.

1.6.6 Diritto di scelta

I cittadini e le cittadine hanno diritto alla libera scelta su tutto il territorio nazionale delle prestazioni erogate e garantite dai Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria e Sociosanitaria.

1.6.7 Partecipazione

L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud ritiene che sia di fondamentale importanza la partecipazione attiva dei cittadini e delle loro associazioni di rappresentanza e di tutela.

1.6.8 Efficienza ed efficacia

Tutto il sistema di offerta dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud è finalizzato all'effettiva risoluzione dei Bisogni Sanitari e Sociosanitari (efficacia), valutando nel contempo il rapporto appropriato con i costi (efficienza), applicando in tutti i processi organizzativi i principi della spending review e quindi dell'allocazione etica delle risorse.

1.7 La vision

La visione dell'Asl Napoli 3 Sud si caratterizza per la capacità di sviluppare sinergie all'interno del sistema sanitario regionale e con il contesto locale, per realizzare una rete integrata di servizi finalizzata alla tutela

della salute, in un'ottica di miglioramento continuo, di innovazione organizzativa, di sviluppo e valorizzazione delle professionalità nella logica della sostenibilità e del buon uso delle risorse.

Nel contesto della complessità aziendale, caratterizzata oltre che dalle dimensioni geografiche e dalla forte disomogeneità territoriale, anche dalla presenza di diverse Strutture Ospedaliere e Territoriali, pubbliche ed accreditate.

La vision strategica è quindi quella di un'azienda orientata ad offrire processi assistenziali ed organizzativi che tengano conto dei bisogni sanitari e sociosanitari (espressi e non espressi) dei cittadini attraverso servizi appropriati finalizzati ad ottenere la soddisfazione dei portatori di interesse. La visione strategica vede l'Azienda promuovere una gestione improntata ad una ricerca continua di nuove modalità d'offerta di servizi coerenti con l'evolversi della domanda e del bisogno, con la nuova cultura della salute e con l'innovazione continua e rapida delle conoscenze scientifiche e tecniche in campo sanitario.

1.8 Mission

Le competenze distintive dell'Asl Napoli 3 Sud si esplicano, quindi, nell'analisi dei bisogni di salute della popolazione di riferimento, nelle azioni di prevenzione e tutela delle condizioni di vita, nella cura della malattia, nel recupero della disabilità e del disagio sociale coerentemente con gli obiettivi di salute espressi nell'OMS e contenuti nel documento "La salute per tutti, obiettivi per il XXI secolo".

Il concetto di "promozione" è principio ispiratore di tutto l'agire tecnico e organizzativo:

Promozione di conoscenza, d'autonomia e sviluppo della responsabilità sociale e individuale, come condizioni per ridefinire il valore delle libertà di scelta, come premessa all'integrazione delle risorse e la valorizzazione della centralità dell'individuo e della comunità nella realizzazione del progetto individuale e sociale di salute.

In tal senso viene ribadito un ruolo fondamentale dell'Asl Napoli 3 Sud nella "promozione e tutela della salute" della comunità locale.

L'Azienda considera fattore vincente la costruzione di percorsi privilegiati di coinvolgimento dei cittadini/beneficiari dei servizi all'interno dell'Azienda, dando evidenza, in questo modo, al principio della centralità dei cittadini, quali titolari del progetto di salute, sia come singoli, sia come componenti di una comunità.

L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud, quale ente strumentale della Regione Campania, opera nel campo dell'assistenza primaria, territoriale, ospedaliera e della prevenzione; ha come missione quella di garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza previsti dal Piano Sanitario Nazionale sul territorio di competenza impiegando nei molteplici e quotidiani processi organizzativi (assistenziali ed tecnico - amministrativi) le risorse assegnate secondo criteri di efficienza, efficacia ed economicità.

L'intento dell'Azienda è di garantire il benessere nelle condizioni di vita attraverso la garanzia dell'erogazione delle prestazioni ed il continuo progresso della qualità delle stesse e dei servizi che offre (sanitari, sociosanitari, tecnici, amministrativi, professionali), secondo una corretta gestione manageriale autenticamente "patientoriented" nonché garantendo la trasparenza nelle decisioni.

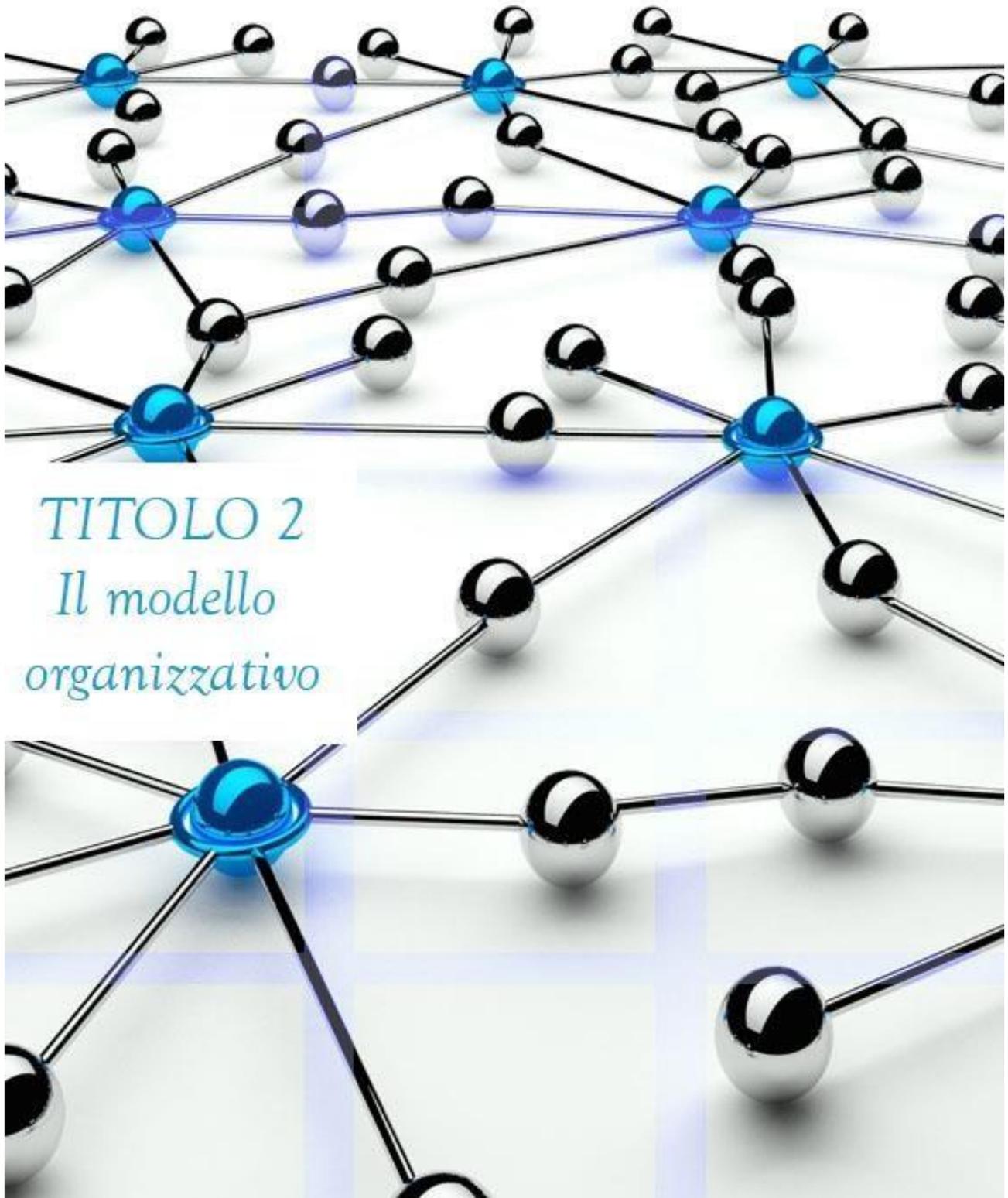
1.8.1 Dichiarazioni etiche

Nel vigente ordinamento costituzionale italiano è centrale la posizione della persona umana, stante il principio fondamentale del riconoscimento e della garanzia dei diritti inviolabili dell'individuo che viene posto al vertice di detto ordinamento.

In tale ambito l'Asl Napoli 3 Sud promuove lo sviluppo di una comunità organizzata nei diversi contesti lavorativi e sociali aziendali, per sottolineare il preciso ruolo etico di tutti coloro che sono chiamati a fornire un servizio pubblico ai cittadini. In tale ambito sono particolarmente rilevanti:

- lo sviluppo del capitale sociale aziendale, cioè il rafforzamento del suo tessuto valoriale, la fiducia e il rispetto reciproco tra i diversi attori;
- la condivisione ed interiorizzazione del modello di norme atte a regolare la reciproca convivenza;
- lo sviluppo e la diffusione all'interno delle strutture di una cultura condivisa (valori, azioni, comportamenti, orientamenti strategici) in tema di gestione delle attività improntata in senso etico;
- la creazione di un comune interesse morale fra le persone che svolgono la loro vita sociale ed economica in un particolare spazio geografico e sociale;
- l'attivazione del circolo virtuoso tra comportamenti etici, salute individuale e collettiva, produttività sociale ed economica, buon uso delle risorse;
- la ricomposizione di un'unitarietà tra la vita sociale e la vita lavorativa di coloro che nella comunità vivono e lavorano, attraverso la costituzione di una rete etica territoriale;
- la valorizzazione della "persona" intesa come essere ricco di valori morali, con un deciso rispetto per la dignità propria e altrui, con la consapevolezza di un compito nella società che ha risvolti più ampi verso il raggiungimento di finalità collettive.

Finalità primaria è creare un sistema condiviso di valori etico-professionali, di logiche e di metodiche operative, che siano terreno comune delle differenti culture tecnico-specialistiche e ne favoriscano l'integrazione di approcci e di conoscenze lungo i processi diagnostici e clinico-assistenziali, diretti al raggiungimento degli obiettivi comuni.



TITOLO 2
Il modello
organizzativo

TITOLO 2 – IL MODELLO ORGANIZZATIVO

2.1 Principi generali dell'organizzazione

L'Asl Napoli 3 Sud è un insieme ordinato di risorse (umane - professionali - finanziarie - tecnologiche) organizzato per raggiungere obiettivi di salute.

Le fondamentali caratteristiche sono:

- l'unitarietà delle sue componenti che si riconoscono in finalità comuni;
- l'autonomia gestionale.

L'Asl è un'organizzazione inserita nel Sistema Sanitario Regionale della Campania ad esso strumentale.

È un sistema di relazioni umane, efficiente e produttivo, che deve essere concretamente concentrato sulla trasformazione dei beni in valore che crea utilità sociale, per la garanzia dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza sanitaria e sociosanitaria sul territorio.

Il sistema organizzativo di competenza dell'Asl Napoli 3 Sud è un sistema aperto poiché realizza scambi di risorse, persone, informazioni e competenze; è di fatto un sistema di operazioni/processi fatto di parti e di sequenze organizzative.

È un'organizzazione poiché le sue componenti sono in condizioni di interdipendenza, con una finalità comune che è quella, appunto, di raggiungere il risultato di garantire i livelli essenziali ed uniformi di assistenza.

La struttura interna dell'Asl viene definita da tre fondamentali componenti:

- la struttura Organizzativa, gli Organi, gli Ospedali, i Distretti, i Dipartimenti, le unità operative complesse, le Commissioni ed i Comitati;
- le regole, i meccanismi ed i manuali operativi, che sono riferiti ai processi e alle procedure decisionali, con i relativi supporti gestionali e tecnologici utilizzati per il governo dell'Asl;
- gli stili ed i comportamenti con la distribuzione del potere decisionale, organizzativo sia dell'Asl che nelle varie Unità Organizzative.

L'organizzazione delle articolazioni strutturali è disposta secondo i principi del D.lgs. n. 165/2001 e s.m.i.

L'organizzazione è ispirata secondo i seguenti criteri:

1. funzionalità rispetto ai compiti ed ai programmi di attività, nel perseguimento degli obiettivi di efficienza, efficacia ed economicità;
2. ampia flessibilità;
3. dovere di garantire idonea comunicazione interna ed esterna;
4. garanzie dell'imparzialità e della trasparenza dell'azione amministrativa;
5. armonizzare gli orari di servizio e di apertura degli uffici con le esigenze dell'utenza;
6. separare le funzioni di indirizzo e controllo da quello della gestione e quindi stabilire la netta distinzione tra la funzione di committenza di Governo da quella della dirigenza.

In generale una organizzazione così complessa ha bisogno di un forte allineamento e di un sistema di assegnazione degli obiettivi, presupponendo un sistema “gerarchico” delle assegnazioni degli stessi partendo dalla direzione strategica che ricopre la funzione di committenza.

In un’organizzazione così complessa i singoli individui, tutti, tengono conto a cascata della committenza della direzione strategica.

L’Asl Napoli 3 Sud deve acquisire la visione sistemica dell’organizzazione che deve essere centrata sul valore degli uomini e delle donne dell’organizzazione e sul contesto esterno del territorio della Provincia di Napoli.

L’altra particolare attenzione deve essere dedicata ai molteplici “processi produttivi”.

In questa visione dell’Azienda, l’attenzione, centrata sull’efficacia e sull’utilizzo dei prodotti, si relaziona costantemente con l’ambiente esterno e con tutti gli stakeholders.

Il sistema Asl deve essere concentrato ed orientato ai risultati, potenziando la capacità di rispondere ai bisogni “*espressi e non espressi*” dei cittadini e delle cittadine e di tutti gli stakeholders.

L’organizzazione dell’Asl Napoli 3 Sud basa il suo orientamento sui seguenti caposaldi:

1. approccio processuale: centrato sull’analisi ai fini dell’ottimizzazione dei processi;
2. visione sistemica: dove si considera l’Asl come un sistema socio-tecnico professionale aperto, con superamento di regole rigide, ma con una ricerca costante di flessibilità e coerenza della mission e della vision, con una particolare attenzione alla continua messa in campo di azioni per la prevenzione della corruzione;
3. approccio contingente: adeguamento costante al contesto esterno, alle situazioni ambientali.

2.2 Le funzioni di governo

Volendo realizzare il principio della separazione delle attività e responsabilità di committenza da quelle di produzione delle prestazioni, al fine di gestire in modo ottimale le attività di governo aziendale e di organizzazione e gestione delle risorse assegnate, i processi produttivi ed i modelli organizzativi dell’ Asl Napoli 3 Sud dovranno gradualmente essere adattati a questa nuova realtà attraverso ulteriori atti organizzativi.

2.2.1 La committenza

La funzione di committenza, per il suo alto valore strategico, si colloca tra le funzioni di alta direzione esercitate dal Direttore Generale nei confronti di tutti i produttori di servizi sanitari e sociosanitari, interni ed esterni all’Azienda, pubblici e privati.

Tale funzione, che si esplica attraverso la valutazione e la definizione quali quantitativa delle prestazioni o delle attività necessarie per fornire un’adeguata risposta ai bisogni di salute della popolazione, necessita di un supporto di conoscenze indispensabile per la definizione dei piani annuali di attività, in base ai quali definire anche gli accordi contrattuali.

È convincimento dell’Azienda che la funzione di committenza rappresenti uno strumento fondamentale per la valorizzazione delle risorse umane perché attribuisce a queste piena capacità operativa ed autonomia gestionale attraverso la netta distinzione fra chi decide quale prestazione erogare e chi fornisce e/o eroga la

prestazione. Ciò consente di individuare i diversi ruoli istituzionali al fine di giungere anche alla definizione di un sistema premiante che tenga conto degli obiettivi raggiunti, delle performance qualitative e delle capacità individuali.

L'Azienda intende sviluppare la funzione di committenza attraverso:

- La definizione della tipologia quali quantitativa dei prodotti-servizi necessari per rispondere ai bisogni di salute dell'utenza;
- La definizione dei vari ruoli gestionali interni alla propria struttura organizzativa;
- La definizione e la negoziazione del budget per gli erogatori interni;
- La stipula dei contratti con gli erogatori esterni;
- La partecipazione delle organizzazioni rappresentanti dei cittadini;
- Rapporti con le OO.SS maggiormente rappresentative;
- La compatibilità tra gli obiettivi regionali e la disponibilità di risorse finanziarie;
- Il monitoraggio, il controllo e la verifica dei risultati nei confronti di ciascun soggetto erogatore, anche a garanzia dei diritti dell'utenza.

La responsabilizzazione si traduce nella contestabilità, che a sua volta poggia sul presupposto della piena autonomia e, di conseguenza, della responsabilità nell'esercizio delle funzioni. Autonomia gestionale per puntare alla piena valorizzazione delle risorse umane e per attribuire a queste piena capacità operativa; imputabilità e contestabilità dei risultati raggiunti per disegnare un'organizzazione aziendale orientata verso la costruzione di un sistema premiante che riconosce il primato del merito e della capacità.

Il principio della contestabilità trova concretezza negli accordi contrattuali con i soggetti produttori, che avranno la forma di accordi o di contratti di fornitura con i soggetti esterni e di accordi di budget con i centri di responsabilità dell'azienda; sia negli accordi/contratti di fornitura che negli accordi di budget vengono stabilite le caratteristiche quali quantitative delle attività da realizzare; la quantità delle risorse che l'azienda s'impegna a mettere a disposizione, i sistemi incentivanti o sanzionatori, gli eventuali meccanismi di revisione ed assestamento dei medesimi; i contenuti degli accordi/contratti di fornitura e degli accordi di budget sono informati a criteri e regole omogenei sia per i fornitori interni che per quelli esterni all'azienda, pubblici e privati.

Le funzioni di governo dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud sono: il governo clinico e il governo economico finanziario.

2.2.2 Il governo clinico

Il governo clinico è posto in capo al Direttore Sanitario aziendale, coadiuvato dalle strutture aziendali e dal Collegio di Direzione.

Il governo clinico rappresenta l'insieme dei modelli organizzativi e sistemi operativi tesi a governare i diversi comportamenti clinico-assistenziali con il fine di perseguire l'appropriatezza delle prestazioni, il giusto rapporto tra i livelli di assistenza e l'etico utilizzo delle risorse.

Si realizza applicando il miglioramento continuo dei servizi erogati con una forte e strutturata azione di controllo di qualità.

L'attribuzione di specifiche responsabilità gestionali alla componente professionale (dirigenziale e non) insieme alla partecipazione di tutte le professionalità all'elaborazione delle strategie aziendali attraverso anche il collegio di direzione, comporta la creazione di un sistema di responsabilità condivise.

Il governo clinico ha come obiettivo principale la piena affidabilità del Sistema Sanitario con un miglioramento del senso di sicurezza dei nostri cittadini/utenti.

L'implementazione della metodologia del Governo Clinico necessita, quindi, di una gestione sistemica che utilizza diversi strumenti, quali: Medicina basata sulle evidenze (EBM, EBN), le Linee Guida e i PDTA, la Gestione del rischio clinico, la Formazione continua, la HTA, la Comunicazione e la gestione della documentazione, la rilevazione dell'opinione dei cittadini etc. Nelle Organizzazioni sanitarie i diversi strumenti del Governo Clinico devono essere metodi integrativi e complementari, che devono essere utilizzati insieme o separatamente a seconda degli obiettivi prefissati o delle strategie finalizzate al miglioramento della qualità e alla riduzione dei rischi. Naturalmente la gestione del governo clinico non può prescindere dalla cornice istituzionale-politica che la sostiene e che ne fissa gli obiettivi, con una opportuna allocazione delle risorse ed una traduzione a livello organizzativo-gestionale che riesca a sostanziare le scelte operate ai vari livelli istituzionali in obiettivi vicini al mondo professionale ed orientati all'efficacia, all'appropriatezza e alla sicurezza delle prestazioni sanitarie. E' scontato che un approccio di questo tipo non fa riferimento esclusivamente al mondo medico, ma vede la partecipazione di tutti i professionisti che si muovono all'interno delle organizzazioni sanitarie. La strategia del governo clinico esce dalla autoreferenzialità delle organizzazioni sanitarie per porre concretamente al centro del sistema il paziente con i suoi bisogni, tanto che tale approccio ha indotto un mutamento profondo delle organizzazioni sanitarie, a tal proposito si pensi, ad es., all'ospedale per intensità di cura che modifica profondamente i tradizionali assetti strutturali. L'attenzione alla efficacia ed all'appropriatezza clinica ed organizzativa dell'assistenza diventa parte integrante dell'attività istituzionale, in tal modo il governo clinico traduce operativamente "l'obbligo alla qualità" imposto ai servizi ed alle organizzazioni sanitarie, in aggiunta agli altri requisiti strutturali ed organizzativi propri dell'accreditamento.

Le strutture che concorrono e supportano il direttore sanitario nella funzione di governo clinico sono tutte le unità operative complesse sanitarie, socio sanitarie di livello centrale, territoriali ed ospedaliere esplicitate nel titolo 7 del presente atto aziendale.

Le strutture Complesse centrali a supporto del Governo Clinico- Direttore Sanitario Aziendale

Sono individuate le seguenti strutture complesse centrali a supporto del direttore sanitario aziendale ai fini del governo clinico:

UOC Clinical Risk Management, sicurezza e qualità delle cure;

UOC Formazione e Sviluppo Risorse Umane;

UOC Governo Funzione Ospedaliera;

UOC Professioni Sanitarie.

UOC Medicina Legale.

UOC Professioni Sanitarie

Al fine di dare compimento a quanto previsto dalle indicazioni della legge 10 agosto 2000 n° 251 e dalla Legge Regionale del 10 aprile 2001, n°4 e per valorizzare tutte le professioni sanitarie l'Asl Napoli 3 Sud prevede la 36/347

In pubblicazione dal

istituzione della dirigenza infermieristica/tecnica sanitaria con la previsione di n° 1 struttura complessa con responsabilità di coordinamento per le seguenti linee di attività:

- Delle professioni infermieristiche ed ostetriche;
- Delle professioni della riabilitazione;
- Delle professioni tecnico sanitarie;
- Delle professioni di tecnico della prevenzione;

Le attività della UOC succitate sono integrate con le attività dei dipartimenti e delle strutture distrettuali previsti dal presente atto aziendale, avendo riguardo alla omogeneità di competenza e di intervento e dell'aree disciplinari di riferimento e/o ne determinano il collegamento funzionale.

All'atto del conferimento degli incarichi professionali saranno assegnati alla UOC Professioni Sanitarie n° 4 incarichi professionali secondo le 4 linee di attività succitate.

Ed inoltre collaborano direttamente con il direttore sanitario:

- una I.P.A.S. per il supporto tecnico organizzativo del Comitato Etico;
- una I.P.A.S. Governo Liste di Attesa;
- Una I.P.A.S. Supporto organizzativo funzione di programmazione del Direttore Sanitario

Altre Strutture Afferenti Alla Direzione Sanitaria Aziendale:

- Direzioni Mediche Di Presidio PP.OO. ➤ Direzioni Sanitari Dei Distretti.
- Dipartimento Di Prevenzione
- Dipartimento Salute Mentale;
- Dipartimento Delle Dipendenze Patologiche;
- Dipartimento Attività Territoriale E Integrazione Socio – Sanitaria;
- Dipartimento Scienze Mediche Assistenza Riabilitativa Ospedaliera E Post Acuzie;
- Dipartimento Di Chirurgia Generale e Specialistica;
- Dipartimento Area Critica;
- Dipartimento Integrato Area Materno Infantile; ➤ Dipartimento Integrato Dei Servizi; ➤ Dipartimento Assistenza Farmaceutica.

2.2.3 Il governo amministrativo ed economico-finanziario

Il governo amministrativo ed economico-finanziario è posto in capo al direttore amministrativo coadiuvato dalle strutture aziendali.

Il governo amministrativo ed economico-finanziario dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud è la funzione che presidia la compatibilità tra i livelli di assistenza programmati, concertati in sede regionale e l'allocatione delle risorse per l'esercizio delle funzioni di produzione e di committenza. Tale compatibilità può essere realizzata attraverso un processo di integrazione delle risorse disponibili.

I responsabili della produzione devono garantire la coerenza del piano annuale di attività rispetto ai principi esposti e la compatibilità tra le attività ed i servizi da assicurare con le risorse necessarie al conseguimento dei risultati.

Il governo amministrativo ed economico-finanziario rappresentano una delle linee del Governo dell'Azienda costituendone strumento indispensabile di supporto per lo sviluppo e la gestione per processi delle attività aziendali e per lo sviluppo della qualità.

Il governo amministrativo ed economico-finanziario assicura che le funzioni di supporto siano tempestive ed integrate con i servizi di produzione garantendone l'efficienza, anche attraverso il corretto utilizzo e sviluppo dei sistemi informativi, ed assicurando la qualità delle procedure organizzative di natura amministrativa e logistica.

Le risorse delle macrostrutture sono negoziate nel piano di budget annuale inserite nel ciclo della Performance Aziendale.

Il governo economico - finanziario deve consentire l'equilibrio tra le risorse assegnate dalla Regione e quelle introitate dall'Azienda ed i livelli di assistenza erogati in forma diretta dall'Azienda medesima o acquistati dai soggetti erogatori accreditati esterni. Il governo economico deve pertanto essere inserito nel più generale processo di programmazione e controllo in modo da collegarlo con il governo clinico. Esso deve essere sviluppato e valorizzato sia a livello complessivo di Azienda che a livello di ciascuna delle strutture operative di produzione/erogazione, presidio ospedaliero, distretti sanitari e Dipartimenti, dal momento che l'Azienda perseguirà i suoi obiettivi con gli strumenti della pianificazione, programmazione e gestione per budget delle risorse disponibili, che verranno assegnate alle varie articolazioni aziendali.

Gli strumenti indispensabili per il governo economico-finanziario e patrimoniale sono:

- a. Il Piano della Certificabilità del Bilancio
- b. La Programmazione Economica Finanziaria;
- c. la contabilità generale economico-patrimoniale;
- d. il sistema di budgeting e di contabilità analitica per centri di costo;
- e. il bilancio preventivo ed il bilancio pluriennale di previsione;
- f. il bilancio d'esercizio formato dal conto economico, dallo Stato patrimoniale, dalla nota integrativa e dal rendiconto finanziario.

Rientra tra le finalità del governo economico aziendale quella di emanare direttive volte alla piena applicazione dei sistemi contabili e di programmazione 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, etc.) 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.

2.2.3.1 Le strutture Complesse e non a supporto del Governo Tecnico Amministrativo - Direttore Amministrativo Aziendale.

A supporto del Governo Tecnico Amministrativo sono individuate le seguenti strutture :

- UOC Gestione Economico Finanziaria (UOC G.E.F.) *Linee di attività punto 2.2.3.23;*
- UOC Acquisizione Beni e Servizi (UOC A.B.S.); *Linee di attività punto 2.3.1;*
- UOC Gestione Affari Generali (UOC AA.GG.); *Linee di attività punto 2.6;*
- UOC Gestione Affari Legali (UOC AA.LL.); *Linee di attività punto 2.5;*
- UOC Gestione Risorse Umane (UOC G.R.U.); *Linee di attività punto 5.3;*
- UOC Valorizzazione e Manutenzione Patrimonio Immobiliare Prevenzione antisismica Immobili (UOC V.M.P.I.); *Linee di attività punto 2.4.4.1;*
- UOC Gestione Attrezzature Sanitarie (Ingegneria Clinica) (UOC G.A.S); *Linee di attività punto 2.4.4.2;*
- UOC Sviluppo e Gestione Impianti Tecnologici, Adeguamento sismico ed Antincendio (UOC S.G.T.I);
- UOC Amministrativa Ospedaliera Area Nord (UOC A.O.A.N.); *Linee di attività punto 2.4.4.3;*
- UOC Amministrativa Ospedaliera Area Sud (UOC A.O.A.S.); *Linee di attività punto 2.4.4.3;*
- UOC Amministrativa Dipartimento Attività Territoriali ed Integrazione Sociosanitaria (UOC A.D.A.T.I.S.); *Linee di attività punto 7.14.1.1;*
- UOC Amministrativa Dipartimento di Prevenzione; *Linee di attività punto 7.14.1.1;* ➤ II.PP.AA.SS. *Coordinamenti Amministrativi Dipartimenti; Linee di attività punto 7.14.4.3.*

Procedure contabili

Il risanamento economico-finanziario deve essere accompagnato da un processo di revisione delle funzioni contabili, in modo da assicurare la correttezza del bilancio e la trasparenza dei processi di monitoraggio dei costi programmati.

Strumento fondamentale per assicurare correttezza, trasparenza uniformità nelle procedure amministrativo contabili è il regolamento unico di amministrazione e contabilità, redatto secondo le disposizioni normative nazionali e regionali, individuato tra le azioni necessarie per pervenire alla certificazione del bilancio dell'Asl Napoli 3 Sud da parte della Regione Campania.

Con atto formale, l'Azienda definisce il percorso attuativo della certificabilità quale percorso metodologico finalizzato al raggiungimento di standard organizzativi, contabili e procedurali necessari a garantire la certificabilità dei dati e del bilancio.

È necessario quindi l'applicazione di una regolamentazione della materia contabile e di un sistema di procedure amministrativo - contabili che ponga l'Azienda in condizione, in ogni momento, di sottoporsi con esito positivo alle certificazioni e alle revisioni contabili stabilite con i DD.CC.AA. N° 80 del 5 luglio 2013 e n° 5/ del 2/2/2015.

2.2.3.2.1 Procedure Corretta Gestione dei documenti Contabili

Il corretto governo per la gestione dei documenti contabili è pianificato nel Piano Attuativo Certificabilità del Bilancio (P.A.C.) adottato da questa Azienda con delibera n° 11 DEL 17 GENNAIO 2017.

E' definito "Percorso attuativo della Certificabilità il percorso metodologico finalizzato al raggiungimento di standard organizzativi, contabili e procedurali necessari a garantire la certificabilità dei dati e del bilancio.

Esso rappresenta una regolamentazione della materia contabile ed un sistema di procedure organizzative/amministrativo/contabili che permette all'Asl Napoli 3 sud di sottoporsi alle certificazioni ed alle revisioni contabili stabilite dalle norme.

Il P.A.C. è quindi l'insieme delle procedure analizzate, in sequenza temporale, che permettono l'individuazione delle responsabilità, gli obiettivi di esito e di processo, con la declinazione degli indicatori misurabili.

La Gestione per Obiettivi:

Il Piano attuativo di certificabilità prevede la necessità di Programmare, gestire e successivamente controllare, su base periodica ed in modo sistemico le operazioni aziendali allo scopo di raggiungere gli obiettivi di gestione prefissati.

Gli obiettivi di tale procedura sono:

- Monitorare periodicamente e verificare il raggiungimento degli obiettivi annuali assegnati dal Direttore Generale alle strutture aziendali;
- Gestire le attività finalizzate alla definizione ed assegnazione degli obiettivi annuali alle strutture aziendali;
- Gestire le attività connesse al monitoraggio periodico ed alla valutazione della realizzazione degli stessi.

Le attività di tale procedura devono essere garantite nel rispetto della normativa contrattuale, con criteri trasparenti ed omogenei, documentabili e tracciabili, inoltre la valutazione del grado di realizzazione degli obiettivi assegnati deve essere effettuata sulla base di indicatori predefiniti, condivisi, coerenti e facilmente misurabili.

Gli obiettivi del P.A.C. sono quindi inseriti nel Piano della Performance aziendale da adottarsi entro il 31 gennaio 2017).

Nell'Atto Aziendale dell'ASL Napoli 3 Sud è stato delineato un nuovo profilo organizzativo per il controllo e la gestione per obiettivi dell'organizzazione aziendale.

Il modello di certificazione degli atti amministrativi

Il decreto Legislativo n° 118 /2011 getta le fondamenta per l'armonizzazione dei bilanci introducendo per le aziende sanitarie, a partire dall'esercizio del 2012 nuove norme contabili e di bilancio in un quadro normativo coordinato ad organico, su base nazionale al fine di superare la disomogeneità dei criteri di valutazione ed addivenire ad una coerente e trasparente comparazione al fine di garantire omogeneità nella rilevazione dei fatti di gestione, il decreto Legislativo rivede, inoltre un contenuto minimo del piano dei conti sulla base dei modelli di rilevazione ministeriali ed uno schema comune per il bilancio preventivo ed il bilancio di esercizio.

Una ulteriore ed importante tappa del percorso di certificabilità è rappresentata dal D.M. 1709/2012 che all'art. 2 decreta come gli Enti del SSN debbano garantire, sotto la responsabilità ed il coordinamento delle regioni, la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci.

In tale contesto per certificabilità si intende:

- L'applicazione di una regolamentazione della materia contabile e di un sistema di procedure amministrativo contabile che ponga l'ASL nella condizione in ogni momento di sottoporsi con esito positivo alle verifiche ed alle revisioni contabili stabilite nel medesimo decreto.

Ai fini di raggiungimento della condizione di certificabilità, la regione Campania ha avviato un percorso attuativo della certificabilità stessa, al completamento del quale la condizione sarà verificata con procedura annuale attraverso la revisione del bilancio.

In estrema sintesi, si è giunti, alla formalizzazione di un modello di "percorso virtuoso", fondato su una matrice che mette in correlazione i processi amministrativo-contabili, i dati contabili e l'organizzazione, con un percorso temporale che parte dall'analisi della situazione in essere, fino ad arrivare alla revisione contabile del bilancio, passando per l'identificazione delle criticità, dagli interventi di miglioramento e dalla identificazione delle possibili soluzioni.

L'obiettivo finale del percorso di miglioramento descritto nel modello è dunque traghettare l'ASL Napoli 3 Sud alla revisione e certificazione del bilancio.

La metodologia dell'ASL Napoli 3 Sud

La direzione generale dell'ASL applica la metodologia del miglioramento continuo della qualità al piano attuativo per la certificabilità del bilancio.

Il gruppo di coordinamento, rappresentato dalle UOC Controllo di Gestione e UOC Gestione Economico Finanziario, delle varie procedure di seguito analizzate coinvolgeranno le strutture aziendali individuate nelle schede analitiche allegate al Piano. Il coordinatore del Nucleo Operativo di Controllo, provvederà a pianificare Audit necessari al monitoraggio e controllo delle azioni pianificate, le stesse concordate tra tutti i protagonisti del processo. (il P.A.C. è controfirmato da tutte le UU.OO.CC. coinvolte).

L'azione di Audit deve essere relazionata al Direttore Generale ogni due mesi, ed al Nucleo di Valutazione o O.I.V. per le dovute interrelazioni con gli obiettivi di performance assegnati alle strutture. Le relazioni saranno pubblicate sul link Bilanci/Certificabilità del Bilancio.

E' evidente che il P.A.C. è un processo complesso che prevede il coinvolgimento e la responsabilità di tutte le strutture aziendali.

Esso deve essere visto dall'ASL Napoli 3 Sud, anche quale strumento per risolvere definitivamente i rilievi della Corte dei Conti e quindi coerente con il Piano Operativo Aziendale.

Le procedure individuate sono:

- Le Procedure di Contabilità generale;
- La Procedura Gestione Contabilità Analitica;
- La Procedura Gestione del Patrimonio;
- La Procedura Gestione Trattamento Economico del Personale;
- La Procedura Gestione dei Magazzini;
- La Procedura Governo Sistema Informativo e la Certificabilità del Bilancio; ➤ l'Analisi dei Processi sotto il profilo dei Controlli.

Le Procedure di Contabilità Generale "Ciclo Attivo" "Ciclo Passivo", "Tesoreria", e "Ciclo di Predisposizione del

Bilancio”

Le Procedure di Contabilità generale “Ciclo Attivo-Ciclo Passivo- Tesoreria e Ciclo di Predisposizione del Bilancio” saranno regolamentate con adozione di apposito manuale aziendale entro il 31 marzo 2017 presentato a cura del Direttore UOC Gestione Economica Finanziaria.

La procedura Gestione Contabilità Analitica

Il P.A.C. prevede l’analisi dei dati contabili e gestionali per aree di responsabilità, l’implementazione di un sistema di contabilità analitica, l’individuazione dei centri di costo, la riconciliazione tra contabilità generale e quella analitica”

E’ chiaramente una procedura fondamentale per implementare il sistema di contabilità analitica nell’Asl Napoli 3 sud .

La contabilità analitica è l’insieme di determinazioni economico-quantitative finalizzato a rilevare i fatti interni di gestione con particolare riferimento al calcolo dei costi e ricavi delle prestazioni, dei servizi, dei processi e dei consumi sanitari e dei risultati economici ad essi relativi.

Il Piano attuativo per la certificabilità del Bilancio è una vera opportunità per l’Asl Napoli 3 sud, non essendo mai partita la contabilità analitica in tutte le sue sequenze, la fase attuale è ancora quella della progettazione iniziale della contabilità analitica che, se si seguono rigorosamente i canoni organizzativi dettati dalla norma, avranno vita semplice nelle fasi successive di aggiornamento e di manutenzione.

I soggetti coinvolti sono in primis:

Direzione Strategica;

U.O.C. Controllo di gestione;

U.O.C. Gestione Economica Finanziaria.

Nella fase successiva tutti i responsabili delle strutture aziendali.

Le principali fasi attraverso cui si attua il processo di implementazione del sistema Contabilità analitica sono:

1. Definizione del sistema di Contabilità Analitica nell’Asl Napoli 3 sud;
2. Approvazione del Manuale di Contabilità Analitica;
3. Piano di Implementazione del sistema di Contabilità analitica.

La Contabilità analitica consentirà di visualizzare l’andamento gestionale, a livello dell’intera struttura o delle sue singole parti (ad esempio per Presidio ospedaliero o per singolo reparto o servizio).

La Procedura Gestione del Patrimonio

Le procedure di gestione del patrimonio riguardano in generale la gestione dei beni ad utilità pluriennale di proprietà o in uso all’azienda e, al fine di garantire un adeguato livello qualitativo delle informazioni e dei dati prodotti per il bilancio di esercizio.

La Procedura Gestione Trattamento Economico del Personale

42/347

In pubblicazione dal

Il P.A.C. prevede la formalizzazione dei flussi informativi connessi al trattamento economico del personale dipendente e convenzionato.

Gli obiettivi della procedura sono due:

- Formalizzare una procedura amministrativo-contabile per i flussi informativi relativi al trattamento economico del personale;
- Monitorare periodicamente la corretta applicazione delle norme in materia di trattamento economico del personale; ➤ Gestione etica dei fondi.

La dotazione organica dell'Asl Napoli 3 sud è alla base della gestione rigorosa della procedura.

Allo stato la dotazione organica dell'Asl Napoli 3 sud (elaborata secondo le linee guida regionali DCA N° 67/2016) è in fase di approvazione secondo il modello organizzativo inserito nell'atto aziendale.

La Procedura Gestione Magazzini

Il P.A.C. prevede la dimostrazione dell'effettiva esistenza fisica delle scorte a magazzino, tale previsione comporta la predisposizione di una procedura per inventari fisici periodici.

Gli obiettivi della procedura sono rivolti principalmente ad un monitoraggio costante della gestione delle scorte.

Sistema Informativo e Certificabilità del Bilancio

I Modelli dei Controlli integrati, le procedure contabili, il sistema informativo, rappresentano strumenti necessari al complesso processo che dovrebbe portare l'Asl Napoli 3 sud alla certificabilità ed in prospettiva alla certificazione del bilancio.

L' Analisi dei Processi sotto il Profilo dei Controlli

La direzione strategica per poter attivare un reale sistema, al fine di sostenere anche il processo di certificazione del bilancio, ha avuto la necessità di riformare completamente il sistema dei controlli interni. (Titolo 6).

L'Asl Napoli 3 Sud, infatti, nell'Atto Aziendale ha previsto un sistema integrato dei controlli Interni ed esterni conforme alla normativa vigente. Esso è il risultato di una forte scelta della Direzione Strategica dettata, dal bisogno di riorganizzare i servizi ai principi dei controlli della P.A., e dall'altro al dotarsi di strumenti e regole per sostenere e garantire i servizi offerti (L.E.A.) nel rispetto dei vincoli economico-finanziari, con processi di razionalizzazione della spesa pubblica, con conseguenti politiche di ridefinizione dell'offerta assistenziale e di revisione complessiva della vita dei servizi territoriali ed ospedalieri.

Tutto con una politica della gestione delle risorse umane dettata ai principi della MERITOCRAZIA.

Il Direttore Generale, in applicazione dell'atto aziendale ed ai vari regolamenti garantisce la coerenza delle attività poste in essere, ai principi di Trasparenza, Efficienza, Efficacia, Razionalizzazione e Contenimento dell'onere economico, con tendenza della massimizzazione degli effetti dell'impiego delle risorse, per il raggiungimento degli obiettivi.

Particolare attenzione deve essere rivolta all'individuazione di un sistema di monitoraggio e valutazione che comprende oltre al controllo di regolarità amministrativa contabile esercitato dal Collegio Sindacale, anche il Controllo di Gestione, la valutazione del personale ed il controllo strategico dell'attuazione delle scelte

contenute nelle direttive e negli atti di programmazione, oltre che ad un sistema di controllo di qualità dell'assistenza proprio della metodologia del Clinical Risk Management.

Il sistema dei controlli dell'ASL Napoli 3 sud individuati nell'Atto Aziendale saranno evidenziati nel *regolamento Controlli Interni*, da adottarsi entro 60 giorni dall'adozione definitiva dell'Atto Aziendale.

2.2.3.23 Unità Operativa Complessa "Gestione Economica Finanziaria".

L'Unità Operativa Complessa "Gestione Economica e Finanziaria" svolge le funzioni di supporto alla programmazione con il monitoraggio economico mediante tutte le attività correlate alla costruzione e gestione del Bilancio aziendale ed alla documentazione contabile e fiscale.

In particolare è responsabile, gestisce e cura:

- Il Piano della Certificabilità del Bilancio;
- la tenuta del Piano dei conti aziendale;
- la contabilità generale;
- la contabilità clienti e fornitori di beni e servizi;
- l'emissione e la registrazione dei documenti relativi all'aggiornamento delle partite contabili;
- la regolarizzazione contabile delle partite debitorie dei fornitori beni e servizi;
- la contabilità delle strutture accreditate e la regolarizzazione contabile delle partite debitorie;
- la contabilità delle strutture e dei servizi convenzionati;
- la regolarizzazione contabile delle partite debitorie;
- il bilancio economico preventivo;
- il Bilancio di esercizio consuntivo;
- i Rendiconti economici trimestrali ed i relativi adempimenti;
- attività tributarie (dichiarazione dei redditi, dichiarazione annuale IVA – IRAP) dando alle strutture aziendali consulenza e supporto sulla materia per l'applicazione della normativa fiscale;
- provvede alla gestione dei clienti e fornitori, alla emissione e registrazione dei documenti contabili;
- provvede alla gestione di cassa attraverso l'emissione e registrazione dei documenti contabili;
- cura inoltre la gestione delle risorse finanziarie attraverso l'emissione di reversali d'incasso e mandati di pagamento dopo averne accertato il titolo;
- cura i rapporti e la tenuta della contabilità del tesoriere e controlla le risorse finanziarie ed i relativi flussi;
- provvede alla verifica ed al riscontro della congruità contabile (e conseguente registrazione) di tutti gli atti deliberativi e dei provvedimenti dei Dirigenti con la programmazione aziendale;
- cura la contabilizzazione e la rendicontazione dei fondi e la specifica destinazione;
- cura la contabilità ed il pagamento dei rimborsi e dei reintegri;
- gestisce la riscossione delle sanzioni derivanti dalle procedure di depenalizzazione;
- collabora alla gestione del precontenzioso e del contenzioso per le materie di competenza.

2.3 Acquisti di beni e servizi

L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud, in osservanza delle disposizioni nazionali, 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 dalla Legge 28/12/2015 n°208, nonché delle disposizioni regionali, effettua, ove previsto, i
44/347

In pubblicazione dal

propri acquisti tramite il MEPA, la CONSIP, la Centrale Acquisti della Regione (SORESA) e la centrale unica degli acquisti del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti- Provveditorato Interregionale per le Opere Pubbliche.

L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud aveva già disciplinato con Delibera n. 100/2011 il proprio regolamento gli acquisti di beni e servizi in economia, lo stesso sarà aggiornato alla luce del D.lgs. del 18/04/2016 n. 50 (Nuovo Codice Appalti), ed in base alle linee guida dell'Autorità Nazionale Anti Corruzione.

2.3.1 Unità Operativa Complessa Acquisizione Beni e Servizi

È individuata la struttura *complessa Acquisizione beni e Servizi* che deve garantire la soddisfazione dei fabbisogni necessari all'attività aziendale attraverso l'acquisizione di beni e servizi alle migliori condizioni possibili attraverso le seguenti linee di attività:

- individuazione e programmazione dei fabbisogni di beni e servizi (Piano acquisti beni e servizi);
- collaborazione nella definizione del budget aziendale per beni e servizi;
- sviluppo delle politiche e delle acquisizioni aziendali;
- fornire consulenza e supporto nelle scelte di beni e servizi;
- attivare di tutte le procedure di gara, stipula e gestione dei relativi contratti di forniture di beni e servizi, inclusi quelli per la manutenzione degli elettromedicali ai sensi del D.lgs. 50/16;
- gestione dei servizi alberghieri;
- monitoraggio della spesa per consumi e supporto alla contabilità analitica e reportistica periodica;
 - gestione albo fornitori;
- tenuta e gestione dell'inventario informatizzato del patrimonio dei beni mobili;
- gestione dei magazzini di transito;
- gestione e coordinamento domiciliazione dei beni acquisiti dal fornitore all'utente finale;
- verifica l'efficienza di tutti i servizi acquistati;
- Coordina tutte le attività relative a parco automezzi dell'ASL dalle autoambulanze in diretta gestione alle auto di servizio;
- assicura il coordinamento di tutte le attività delle casse economali presenti nelle varie articolazioni strutturali (distretti, ospedali, dipartimenti) verificandone la regolarità e la congruità delle forniture elaborano anche report in benchmarking (analisi comparativa) tra strutture omologhe;
- partecipa attivamente al Piano Attuativo Certificabilità del bilancio secondo gli obiettivi assegnati (Delibera 11/2017);
- collabora alla gestione del precontenzioso e del contenzioso per le materie di competenza.

2.4 Attrezzature: programmazione, acquisti, gestione e manutenzione

2.4.1 Programma biennale degli acquisti di beni e servizi e il programma triennale dei lavori pubblici

L'Asl Napoli 3 Sud, a seguito delle linee guida dell'ANAC, adotterà il programma biennale degli acquisti di beni e servizi ed il programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali. I programmi sono approvati nel rispetto dei documenti programmatori e in coerenza con il bilancio ai sensi del D.lgs. del 18/04/2016 n. 50.

Le opere pubbliche incompiute sono inserite nella programmazione triennale.

Ai fini del loro completamento si intende utilizzare:

- a) La terza fase dell'art. 20 della Legge 67/88, ancora in corso di elaborazione da parte della Regione Campania;
- b) L'alienazione di proprietà immobiliari dismesse o non ubicate nel territorio della ASL; c) I fondi FSR 2016 – 2020;
- d) Fondi vincolati regionali, assegnati per la realizzazione di progetti sanitari;

Per il miglioramento delle strutture sanitarie territoriali, implementare formule di accordo con i Comuni ai fini della concessione di Strutture in comodato d'uso, con conseguente riduzione dei fitti passivi.

Nel documento unico di programmazione è utile sottolineare l'importanza di predisporre il piano degli investimenti correlato alle apparecchiature elettromedicali, ed in particolare quelle di alta tecnologia ove l'azienda promuove costantemente attività di valutazione ed analisi relativamente alla sicurezza, ai costi, ai benefici ed all'efficacia.

Inventario delle attrezzature

L'azienda ha in corso di completamento l'inventario delle attrezzature biomediche in dotazione, di tipo dinamico, aggiornato con informazioni archiviate su supporto informatico per:

- soddisfare gli obblighi di legge;
- disporre di dati riassuntivi;
- permettere la rintracciabilità;
- fare analisi per stabilire i criteri di sostituzione, al fine di programmare gli investimenti tecnologici tenendo conto dell'obsolescenza del parco macchine e delle singole attrezzature biomediche.

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

Le apparecchiature temporaneamente disattivate devono essere immagazzinate, protette, verificate e controllate ad intervalli idonei per garantire la soddisfazione, al momento del riutilizzo, dei requisiti di precisione, accuratezza e validità.

2.4.2 Il programma triennale dei lavori pubblici

Il programma triennale dei lavori pubblici e i relativi aggiornamenti annuali contengono i lavori il cui valore stimato sia pari o superiore a 100.000 euro e indica, previa attribuzione del codice unico di progetto di cui all'articolo 11, della legge 16 gennaio 2003, n. 3, i lavori da avviare nella prima annualità, per i quali deve essere riportata l'indicazione dei mezzi finanziari stanziati sullo stato di previsione o sul proprio bilancio, ovvero disponibili in base a contributi o risorse dello Stato, delle regioni a statuto ordinario. Per i lavori di importo pari o superiore a 1.000.000 di euro, ai fini dell'inserimento nell'elenco annuale, le amministrazioni aggiudicatrici approvano preventivamente il progetto di fattibilità tecnica ed economica.

Nell'ambito del programma di cui all'art. 2.4.2, l'Asl Napoli 3 Sud individua anche i lavori complessi e gli interventi suscettibili di essere realizzati attraverso contratti di concessione o di partenariato pubblico privato.

Nell'elencazione delle fonti di finanziamento sono indicati anche i beni immobili disponibili che possono essere oggetto di cessione. Sono, altresì, indicati i beni immobili nella propria disponibilità concessi in diritto di godimento, a titolo di contributo, la cui utilizzazione sia strumentale e tecnicamente connessa all'opera da affidare in concessione.

2.4.3 Obblighi di pubblicazione

Il programma biennale degli acquisti di beni e servizi e il programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali sono pubblicati sul profilo dell'Asl Napoli 3 Sud, sul sito informatico del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti e dell'Osservatorio.

Tutti gli atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture, nonché alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni, compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico devono essere pubblicati e aggiornati nella sezione "Amministrazione trasparente", in applicazione delle disposizioni di cui al D.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i.

Al fine di consentire l'eventuale proposizione di opposizioni, ai sensi dell'articolo 120 del codice del processo amministrativo, sono altresì pubblicati, nei successivi due giorni dalla data di adozione dei relativi atti, i provvedimenti che determinano le esclusioni dalle procedure di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali.

E' inoltre pubblicata la composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti. Nella stessa sezione sono pubblicati anche i resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione.

Gli atti sono altresì pubblicati sul sito del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti e sulla piattaforma digitale istituita presso l'Autorità Nazionale Anti Corruzione, anche tramite i sistemi informatizzati regionali e le piattaforme regionali di e-procurement interconnesse tramite cooperazione applicativa.

2.4.4. La risposta organizzativa

A supporto della direzione amministrativa aziendale nella funzione di governo di competenza sono individuate per la complessità delle materie trattate e per la vastità del territorio aziendale le seguenti Unità Operative complesse:

47/347

In pubblicazione dal

UOC Valorizzazione e Manutenzione Patrimonio Immobiliare;

UOC Sviluppo e Gestione Attrezzature Sanitarie (Ingegneria Clinica);

UOC Sviluppo e Gestione Impianti Tecnologici, Adeguamento Sismico ed Antincendio.

Resta competente, per il patrimonio mobiliare, la UOC Acquisizione Beni e Servizi.

2.4.4.1. UOC Valorizzazione e Manutenzione Patrimonio Immobiliare

Linee di attività:

- Gestione Inventario di tutti i beni immobili;
- Collabora per le aree di competenza ai fini della certificazione del Bilancio;
- Responsabile del procedimento Appalti Pubblici;
- Governo del piano di spending review per la gestione e la manutenzione del patrimonio immobiliare;
- Gestione e controllo stipula contratti;
- Responsabile rapporti centrale unica appalti pubblici;
- Attività di supporto per il miglioramento strutturale ai fini dell'accoglienza e dell'umanizzazione;
- Responsabile redazione Piano triennale per il governo delle strutture (punto 2.4.2);
- Gestione adeguamento strutture antisismiche;
- Monitoraggio, per le materie di competenza, applicazione Decreto Legislativo 3 aprile 2006, n°152 e s.m.i. "Norme in materia ambientale" secondo il regolamento aziendale.

2.4.4.2. UOC Sviluppo e Gestione Attrezzature Sanitarie.

Linee di attività

- Censimento apparecchiature elettromedicali;
- assicurare la puntuale manutenzione è fondamentale per garantire la efficienza ed efficacia delle apparecchiature biomediche in uso.
- Il piano per la manutenzione delle apparecchiature deve tenere conto:
 - delle indicazioni relative alla sicurezza;
 - delle indicazioni sulla manutenzione contenute nei manuali di servizio;
 - delle indicazioni contenute nelle normative tecniche relative alla sicurezza e al mantenimento in uso secondo gli standard di funzionalità;
 - del piano di manutenzione preventivo.

Il piano di manutenzione generale deve essere articolato sulla base delle criticità delle apparecchiature biomediche per il risultato essenziale, distinguendo tra manutenzione correttiva, preventiva e controlli periodici di sicurezza e funzionalità. Esso deve essere documentato per ciascuna apparecchiatura biomedica e reso noto ai diversi livelli operativi per consentire lo svolgimento dei compiti attribuiti al singolo operatore. È importante che la documentazione tecnica relativa alle singole apparecchiature, fornita al momento

dell'acquisto, sia a corredo dello strumento e conservata in modo da essere facilmente rintracciabile dal responsabile della manutenzione.

2.4.4.3 UOC *Sviluppo e Gestione Impianti Tecnologici, Adeguamento Sismico ed Antincendio.*

Linee di attività:

- governo, manutenzione impianti Elettrici, idrici, Antincendio, Condizionamento etc.
- sviluppo ai fini di azioni di spending review anche ai fini della sostenibilità ambientale nell'uso di tutta la rete impiantistica;
- governo del piano di adeguamento sismico secondo le linee di indirizzo del Ministero degli Interni (ad esempio "Linee di indirizzo per la riduzione della vulnerabilità sismica dell'impianto antincendio (dicembre 2011);
- controllo sulla qualità degl'impianti.
- gestisce cartelle di pagamento crediti verso i terzi.

Le strutture succitate partecipano al Piano attuativo per la certificabilità del bilancio..

2.5 L'Unità Operativa Complessa "Affari Legali".

A supporto del governo tecnico amministrativo- professionale è strutturata l'Unità operativa complessa Affari Legali con le seguenti linee di attività:

- Assistenza legale sia giudiziale, sia stragiudiziale dell'Azienda assumendone il patrocinio;
- Garantisce la consulenza legale e pareri alla direzione strategica ed a tutta la rete delle strutture aziendali;
- Garantisce le attività relativamente al processo telematico;
- Garantisce la partecipazione a tavoli tecnici per specifiche problematiche;
- Coordina tutte le attività di rapporto con gli avvocati esterni;
- Coordina le attività di mediazione e di conciliazione di cui al punto 2.5;
- Gestisce il Contenzioso Civile e procedure esecutive, contenzioso amministrativo e penale, contenzioso lavoro;
- Gestisce i ricorsi gerarchici ed al Capo dello stato;
- Collabora al Piano Attuativo Certificabilità del Bilancio;
- Garantisce attività di consulenza legale a tutte le strutture.

2.5.1 La mediazione e la conciliazione finalizzata alla conciliazione nelle controversie civili e commerciali

La mediazione è uno degli strumenti previsti dal legislatore per la definizione stragiudiziale delle controversie.

Essa originariamente è stata introdotta dal D.lgs. 28/2010, dichiarato incostituzionale per eccesso di delega, successivamente è stata reintrodotta dalla legge 9 agosto 2013, n. 98 (Decreto del fare) con il quale sono stati "corretti" i profili d'incostituzionalità della normativa originaria; è in vigore dal 20 settembre 2013 ed ha

efficacia per quattro anni; alla scadenza del termine di sperimentazione verrà stabilito se mantenere la mediazione obbligatoria o se ritenere sufficiente la mediazione volontaria.

L'art. 1 lett. a) del citato Decreto ha definito la mediazione come quella "attività, comunque denominata, svolta da un terzo imparziale e finalizzata ad assistere due o più soggetti nella ricerca di un accordo amichevole per la composizione di una controversia, anche con formulazione di una proposta per la risoluzione della stessa".

- La mediazione può essere obbligatoria, allorché è condizione di procedibilità per l'eventuale giudizio civile, facoltativa ovvero disposta dal giudice.

Le attività di mediazione e di conciliazione sono coordinate dalla UOC Affari Legali, concorrono alle attività tutte le strutture aziendali.

La UOC Affari Legali è organizzata in :

N° 1 UOS Contenzioso Civile e Procedure Esecutive.

N°1 Contenzioso Lavoro e Penale;

N° 1 IPAS Contenzioso Amministrativo;

N°1 IPAS Coordinamento Amministrativo, la funzione amministrativa, in rapporto subordinato con il Direttore della U.O.C. Affari Legali , coordina tutte le attività amministrative della U.O.C., .

In particolare *cura*:

- Il governo della gestione dei flussi documentali della UOC (la ricezione e lo smistamento corrispondenza ed il protocollo corrispondenza non riguardante affari professionali/ LEGAL-APP);
- l'attività di segreteria degli avvocati assicurando la celere istruttoria demandata alle diverse strutture aziendali competenti, a seguito di formale interpello di relazione susseguente alla notificazione di atti giudiziari (governo delle scadenze adempimenti);
- cura gli adempimenti interni ed esterni in materia di notificazione di atti giudiziari, depositi, ricerche ed altri incombeni presso le cancellerie e segreterie di ciascuna autorità giudiziaria;
- acquisizione e lavorazione sentenze o altri provvedimenti decisorii; ○ agenda e scadenziario; implementazione di dati in piattaforme informatiche;
- coordina tutta la gestione delle procedure amministrative della UOC Affari Legali secondo l'organizzazione data dal direttore della UOC;
- Supporta il direttore UOC AA.LL. , Coordinando tutta l'attività relativa alla gestione del budget assegnato alla UOC. (Determinazioni Dirigenziali e predisposizione atti deliberativi)..

2.6 L'Unità Operativa Complessa Affari Generali.

Al fine di garantire supporto al governo tecnico amministrativo è individuata la struttura complessa Affari Generali che è responsabile delle seguenti linee di attività:

- convenzioni con privati, altre strutture sanitarie, altri enti ed associazioni di Volontariato, dalla sottoscrizione fino alla cessazione del rapporto, curando la liquidazione delle relative fatture previo controllo di conformità;
- gestione immobili di proprietà ovvero detenuti dall'amministrazione limitatamente all'aspetto amministrativo (contratti di locazione/comodato/fitti attivi/fitti passivi ed oneri condominiali);
- gestione e Coordinamento attività Sinistri;
- rapporti con sistema assicurazioni;
- Gestione Anagrafe delle Prestazioni di cui all'art.53 del D.lgs. 165/2001 e s.m.i., ad eccezione del personale dipendente (a cura UOC GRU);
- coordinamento Liquidazione debiti disciolte ex UUSSLL;
- liquidazione ex art.26 LR 11/84;
- ricognizione C/C bancari intestati alle disciolte UUSSLOL e recupero somme ivi depositate;
- verifiche debiti disciolte ex UUSSLL tramite procedure GED- NET.

2.7 Unità Operative Complesse “Servizi Amministrativi ospedalieri”

Alfine di garantire le funzioni amministrative, tecnico logistiche generali e specifiche nell'ambito dei presidi ospedalieri, dipartimenti ospedalieri e dipartimenti integrati Materno Infantile, dei Servizi e dell'area Critica sono state previste due strutture complesse Amministrative e nello specifico:

- Unità operativa complessa Servizi Amministrativi Ospedalieri (P.O. di Nola, con lo Stabilimento di Pollena, P.O. di Boscotrecase e P.O. di Torre del Greco) Area Nord, con sede nel P.O. di Nola, con a supporto una struttura semplice che governa le attività amministrative presso il P.O. di Boscotrecase;
- Unità operativa complessa Servizi Amministrativi Ospedalieri (P.O. Castellammare, con lo stabilimento di Gragnano, P.O. di Sorrento e P.O. di Vico Equense) Area Sud, con sede nel P.O. di Castellammare di Stabia, con a supporto una struttura semplice che governa le attività amministrative presso il P.O. di Sorrento;

Le Unità operative complesse succitate hanno le seguenti linee di attività:

- supporto alla direzione sanitaria di presidio ospedaliero per la gestione del budget ed il raggiungimento degli obiettivi assegnati ai presidi ospedalieri di competenza;
- collaborare alla stesura del piano degli acquisti e delle manutenzioni delle attrezzature di concerto anche con le corrispondenti strutture centrali e con tutte le strutture dipartimentali;
- collaborare alla predisposizione dei piani di manutenzione ordinaria e straordinaria delle strutture ospedaliere di competenza;
- coordina tutte le attività amministrative e tecniche dei presidi ospedalieri di riferimento;
- cura, ed assume la responsabilità dei procedimenti amministrativi relativi alle acquisizioni in tema di prevenzione dei rischi per la sicurezza;
- provvede alla gestione amministrativa delle attività libero professionali intramoenia, sia per prestazioni rese in regime di ricovero che rese ambulatorialmente sia per quelle rese ai sensi degli artt 55 e 58 dei CCNLL;

- gestisce i rimborsi a Regione e Prefetture, a delegazioni Paesi stranieri per pazienti accolti e non aventi diritto all'assistenza;
- gestione amministrativa dei ricoveri degli stranieri;
- gestione amministrativa personale convenzionato;
- Recupero dei crediti per le attività ambulatoriali e dei Codici Bianchi di Pronto soccorso;
- Gestione Cassa Economale e cassa ticket su delega bancaria, provvedendo a dette attività in collaborazione con i servizi GEF ed Acquisizione Beni e Servizi;
- gestisce per le parti di competenza le funzioni di accettazione e Centro Unico di Prenotazione;
- collabora con le funzioni centrali per le materie tecnico amministrative;
- Coordina tutte le attività relativamente all'accesso agli atti amministrativi secondo il regolamento aziendale;
- supporta le strutture centrali nella gestione del Precontenzioso e del contenzioso per le aree di competenza;
- verifica gli adempimenti in materia di privacy nei presidi ospedalieri ai sensi del d.l.gs 196/2003.
- Le funzioni amministrative, tecnico logistiche generali sono inoltre garantite anche nei dipartimenti Ospedalieri..

Le funzioni tecnico-amministrative sono inoltre garantite dalle seguenti strutture: UOC Amministrativa del Dipartimento Attività territoriale ed Integrazione Socio Sanitaria, dalla UOC Amministrativa del Dipartimento di Prevenzione, dalle IPAS Amministrative dei dipartimenti territoriali.

2.8 Strutture Complesse supporto direzione strategica

Le strutture complesse identificate per il supporto della direzione strategica sono:

- Unità Operativa Affari Istituzionali e segreterie (UOC A.I.eS. Vedi Titolo n°3)
- Unità Operativa Complessa Controllo di Gestione (UOC CdG Vedi Titolo n° 6);
- Unità Operativa Complessa Sistema Integrato Controlli Interni-Esterni (UOC S.I.C.I.E. Vedi Titolo n°6);
- Unità Operativa Complessa Valutazione Risorse Umane e Performance (UOC V.P. Vedi Titolo n° 6);
- Unità Operativa Complessa Relazioni con il Pubblico (UOC R.P. Vedi Titolo n°4);
- Unità Operativa Complessa Sistemi Informatici e I.T.C. (UOC S.I Vedi Titolo n° 6.);
- Unità Operativa Complessa Prevenzione e Protezione (UOC P.P Vedi Titolo n° 5);

2.9 Definizione ed analisi dei processi organizzativi

La definizione dei processi organizzativi e l'analisi degli stessi è il cardine dello sviluppo organizzativo.

La declinazione della sequenza ordinata delle attività che conducono ai prodotti (output) e la individuazione dei rapporti sequenziali tra clienti e fornitori, dentro e fuori l'ambiente dell'Azienda, costituisce il principio di elezione per classificare e ordinare la matrice delle relazioni funzionali tra le diverse articolazioni organizzative.

Assumendo il cliente finale (l'utente dei servizi) come punto di riferimento, e la risposta ai suoi bisogni di salute quale finalità specifica dell'Azienda si individua la necessità di ottimizzare e qualificare i servizi perseguendo il miglioramento continuo della qualità organizzativa (efficienza), della qualità tecnica e dell'appropriatezza (efficacia) e della qualità percepita (soddisfazione dell'utente).

In tale prospettiva, le funzioni di gestione devono tenere sempre più conto delle aggregazioni di attività secondo il criterio del processo, che conduce alla chiara identificazione del prodotto e del suo fruitore, determinando i livelli di responsabilità e i risultati attesi delle singole posizioni organizzative in ordine alle fasi specificatamente presidiate.

Accanto alle tradizionali posizioni gestionali, quindi, si dovrà tendere ad individuare responsabilità di processo trasversali al livello delle linee di produzione, per implementare l'efficienza delle soluzioni organizzative e garantire l'unitarietà dei processi stessi.

Con riferimento a specifici problemi di salute, e per popolazioni target determinate, dovranno essere individuate responsabilità di programma con valenza aziendale, ed inter-istituzionale.

I programmi, che si pongono al livello della pianificazione e del controllo strategico, devono assicurare il coordinamento dei servizi e dei settori implicati nel percorso assistenziale auspicato per le relative popolazioni target, garantire l'omogenea realizzazione su tutto il territorio aziendale delle determinazioni dell'Azienda e monitorare i risultati in termini di valutazioni di efficacia e di efficienza degli interventi attuati.

Il Piano della certificabilità del bilancio è la rappresentazione della modalità certificata della gestione

2.10. La funzione di programmazione

È fondamentale che ci sia una vera e diffusa partecipazione alla funzione di programmazione con il coinvolgimento di tutte le componenti Aziendali.

L'azione diretta dalla direzione strategica diventa essa stessa leva del cambiamento e del miglioramento dell'organizzazione.

Partecipano quindi a supporto della programmazione, che è governata dalla direzione strategica, tutte le strutture aziendali.

Gli atti di programmazione sono la più importante azione strategica, in quanto definiscono:

- gli obiettivi;
- i progetti e le azioni;
- i tempi di attuazione;
- i risultati attesi;
- i processi organizzativi attraverso i quali si rende possibile la loro realizzazione;
- identificazione dei mezzi (risorse umane e professionali, attrezzature, struttura, risorse finanziarie etc.);
- modalità di monitoraggio e controllo;
- valutazione ed incidenza economica;
- sistema di valutazione e controllo dei risultati attesi.

Detta programmazione non può basarsi solo su criteri e valutazioni di efficienza e di economicità, ma anche connotata da valutazioni relative alla qualità e all'appropriatezza delle prestazioni in rapporto ai bisogni di salute attesi.

Nell'ambito del processo di pianificazione il *programma annuale delle attività*, nel quale vengono evidenziate le azioni ed i volumi produttivi delle singole specialità, il relativo assorbimento delle risorse, gli investimenti e, il conto economico dei costi e dei ricavi previsti per l'esercizio annuale di riferimento, dando così evidenza della programmazione economico-finanziaria di quel periodo.

La programmazione annuale è la prima sequenza di riferimento operativa gestionale della pianificazione pluriennale (triennale) e come tale deve essere coerente e compatibile con la mission istituzionale dell'Asl Napoli 3 Sud.

Il programma annuale delle attività, predisposto e sottoscritto, sulla scorta della committenza della direzione strategica alle strutture di supporto, deve essere quindi articolato in un documento che espone e motiva le scelte progettuali, le risorse necessarie e le modalità organizzative gestionali utili al perseguimento degli obiettivi di salute.

Il programma annuale delle attività deve essere inserito all'interno del ciclo della performance con tutti gli strumenti ad esso collegato di cui al titolo 5 del presente atto.

I processi di cui sopra e le modalità di connessione con il sistema dei controlli interni ed esterni sarà oggetto di specifica organizzazione interna dell'azienda.

Gli strumenti di programmazione sono:

- Il Piano Attuativo Locale del P.S.R.;
- Il Piano Attuativo Locale del Piano Territoriale Regionale (DCA 99/16);
- I Piani Attuativi Distrettuali in accordo con gli Enti Locali, attività di programmazione delegata ai direttori dei distretti sanitari;
- Il Piano della Prevenzione;
- Il Piano Attuativo della Certificabilità;
- Il Piano della Performance/ Piano annuale Attività;
- Il Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

Ed inoltre tutti i Piani e programmi previsti dal presente Atto Aziendale.

2.11 La funzione di produzione

La funzione di produzione dei servizi sanitari e sociosanitari, garantita dalle strutture dipartimentali, dai distretti sanitari e dai presidi ospedalieri, rappresenta l'insieme delle attività finalizzate all'erogazione diretta di servizi e prestazioni sanitarie e sociosanitarie, di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione effettuate nei diversi regimi consentiti comprese quelle esercitate in regime libero professionale intramurario.

Tali strutture operano in regime di autonomia tecnico professionale e gestionale nei limiti fissati dalla direzione strategica, dal presente atto e dai regolamenti di organizzazione aziendale.

2.12 I regolamenti

L'ASL Napoli 3 Sud si impegna ad emanare, e/0 ad aggiornare nei termini previsti dalla relativa normativa, i Regolamenti elencati nelle linee guida di cui al D.C.A. 18/2013, ovvero a provvedere ad un aggiornamento degli stessi. In particolare:

- a) Il Regolamento sul funzionamento del Consiglio dei Sanitari: atteso che con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 302 del 12 maggio 2016 e successiva Deliberazione del Direttore Generale n° 9 del 29/07/2016, si è provveduto a indire le elezioni per la nomina del Consiglio dei Sanitari ai sensi dell'art. 3 del D.lgs. N. 502/1992 e s.m.i.;
- b) Il Regolamento per la costituzione ed il funzionamento dei Dipartimenti: all'esito dell'adozione dell'atto aziendale nonché della conseguente validazione da parte della Regione, si darà corso alle procedure per la costituzione dei Comitati dei Dipartimenti, l'organismo collegiale dei Dipartimenti provvederanno ad adottare il regolamento sul funzionamento del Comitato stesso;
- c) Regolamento per il conferimento, il mutamento e la revoca della direzione delle strutture e degli incarichi, le modalità di valutazione degli stessi e la graduazione delle funzioni.
- d) Regolamento concernente il sistema delle relazioni sindacali;
- e) Regolamento disciplinante le modalità con cui l'azienda appalta o contratta direttamente la fornitura di beni e di servizi;
- f) Regolamento sulla formazione ed aggiornamento professionale;
- g) Regolamento sulla modalità di gestione per obiettivi e di negoziazione del budget, nonché di collegamento con il sistema premiante e sistema di misurazione e di valutazione della performance in accordo con l'Organismo Indipendente di Valutazione;
- h) Regolamento sulla modalità di funzionamento dei Distretti;
- i) Regolamento sulla modalità di funzionamento dei Presidi Ospedalieri;
- l) Regolamento sulle procedure di controllo interno e regolamento sulle procedure dei controlli esterni;
- m) Regolamento sul funzionamento del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, ai sensi dell'art. 57 del D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i.;
- n) Regolamento sul funzionamento della Consulta Socio Sanitaria, e del Comitato Partecipativo e Consultivo;
- o) Regolamento sui sistemi di protezione e di sicurezza dei dati personali ai sensi del Codice Privacy e dei Provvedimenti dell'Autorità Garante Privacy;
- p) Regolamento Governo, Organizzazione, Responsabilità, Controllo di tutta la Materia dei Rifiuti (Sanitari e non) e dell'Impatto ambientale (decreto Legislativo n° 152 del 2006 e s.m.i. e Decreto del ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio e del mare 17 dicembre 2009).
- q) Regolamento di amministrazione e di contabilità;
- r) Regolamento Attività Libero Professionale Intramoenia.

s) Regolamento per singolo Dipartimento Strutturale.

Tutti i regolamenti adottati sono pubblicati sul sito istituzionale Amministrazione Trasparente/ Regolamenti così come disposto nel D.L.gs 33/2013 e s.m.i.

2.13 Regolamenti organizzazione strutture organizzative.

Per ogni struttura complessa di livello centrale individuata nel presente atto aziendale, entro *sessanta giorni* dall'approvazione con D.G.R.C. dell'atto aziendale dell'Asl Napoli 3 Sud, si procederà all'adozione di un regolamento organizzativo interno che preveda almeno:

- Normativa di riferimento;
- posizionamento nell'organigramma;
- mission di struttura;
- analisi per funzioni – attività – Prodotti;
- organizzazione;
- sistema informativo interno ed esterno;
- formazione ed aggiornamento del personale;
- procedure ed azioni per la garanzia della sicurezza dei lavoratori.
- Riferimenti al Codice di Comportamento.

2.14 La Prevenzione della corruzione

2.14.1 Definizione di corruzione

Il concetto di corruzione contenuto nel Piano Nazionale Anticorruzione ha un'accezione ampia, è comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati. Le situazioni rilevanti sono più ampie della fattispecie penalistica, che è disciplinata negli art. 318, 319 e 319 ter Codice penale e sono tali da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel titolo II, capo I del Codice penale, ma anche le situazioni in cui – a prescindere dalla rilevanza penale – venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso ai fini privati delle funzioni attribuite, ovvero l'inquinamento dell'azione amministrativa ab externo, sia che tale azione abbia successo, sia nel caso in cui rimanga a livello di tentativo.

2.14.2 Strategia aziendale ai fini della Prevenzione della Corruzione

L'Asl. Napoli 3 Sud:

- recepisce dinamicamente le direttive nazionali per l'elaborazione della propria strategia di prevenzione della corruzione;
- pone in essere le azioni ed implementa le misure che si configurano come obbligatorie, in quanto disciplinate direttamente dalla legge, nonché sviluppa misure ulteriori di prevenzione anche in riferimento al proprio particolare contesto di riferimento che, si ricorda, è particolarmente complesso, non solo dal punto di vista organizzativo, ma anche dal punto di vista socio-culturale;

- declina gli obiettivi e le azioni individuate nel Piano Triennale della Prevenzione della corruzione (da adottare entro il 31 gennaio di ogni anno) e della Trasparenza con l'adozione della delibera di presa d'atto del Piano della Performance annuale.

Le misure di prevenzione sono tali solo se hanno un contenuto organizzativo.

Con esse vengono adottati interventi che toccano l'amministrazione nel suo complesso (si pensi alla riorganizzazione del sistema dei controlli interni ed esterni); ovvero di singoli settori, oppure in singoli processi/procedimenti tesi a ridurre le condizioni operative che favoriscono la corruzione nel senso ampio prima indicato.

Le misure da adottare, in capo ai singoli direttori e/o responsabili di struttura, devono riguardare tanto l'imparzialità oggettiva (volte ad assicurare le condizioni organizzative che consentono scelte imparziali) quanto l'imparzialità soggettiva del dirigente (per ridurre i casi di ascolto privilegiato di interessi particolari in conflitto con l'interesse generale).

È necessario che il personale comprenda che il lavoro di autoanalisi organizzativa per l'individuazione di misure di prevenzione della corruzione deve essere percepito e concepito non come un adempimento a sé stante, ma come una politica necessaria per la riorganizzazione assolutamente necessaria e strettamente integrata con una, non più rinviabile, politica di miglioramento dell'organizzazione al fine della performance organizzativa.

L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud con la Delibera n° 49 del 31 gennaio 2017 ha adottato il Piano Triennale della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza anni 2017/18/19.

La legge prevede un aggiornamento annuale, su base triennale del Piano succitato. L'aggiornamento del P.T.P.C.T. dell'Asl Napoli 3 Sud è stato redatto in coerenza con le disposizioni contenute nella Legge n. 190/2012, nel Piano Nazionale Anticorruzione, nel D.lgs. 33/2013 e s.m.i. (D.L.gs97/2017), nelle delibere e linee guida ed orientamenti dell'Autorità Nazionale Anticorruzione.

Le azioni individuate nel Piano Triennale della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza sono Area strategica della Performance dell'Asl, gli obiettivi individuati sono inserimenti nella performance di struttura ed individuale, devono diventare un importante strumento organizzativo di controllo interno al fine di prevenire reati di corruzione.

In tal senso l'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) ha promosso l'attuazione di un ciclo integrato indirizzando le amministrazioni verso la definizione all'interno del Piano della Performance di obiettivi riguardanti la Prevenzione della corruzione, la Trasparenza e l'Integrità.

Spetta al Organismo Indipendente di Valutazione il compito di valutare con rigore i dirigenti che hanno o non hanno raggiunto gli obiettivi stabiliti nel Programma Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

2.14.3 Il responsabile della Prevenzione della corruzione

Il responsabile della Prevenzione della corruzione è nominato dal legale rappresentante dell'ASL Napoli 3 Sud. La designazione del responsabile della Prevenzione della corruzione deve essere comunicata all'ANAC.

L'incarico di responsabile della Prevenzione della corruzione:

a) è individuato quale incarico aggiuntivo a quello già assegnato al dirigente;
57/347

In pubblicazione dal

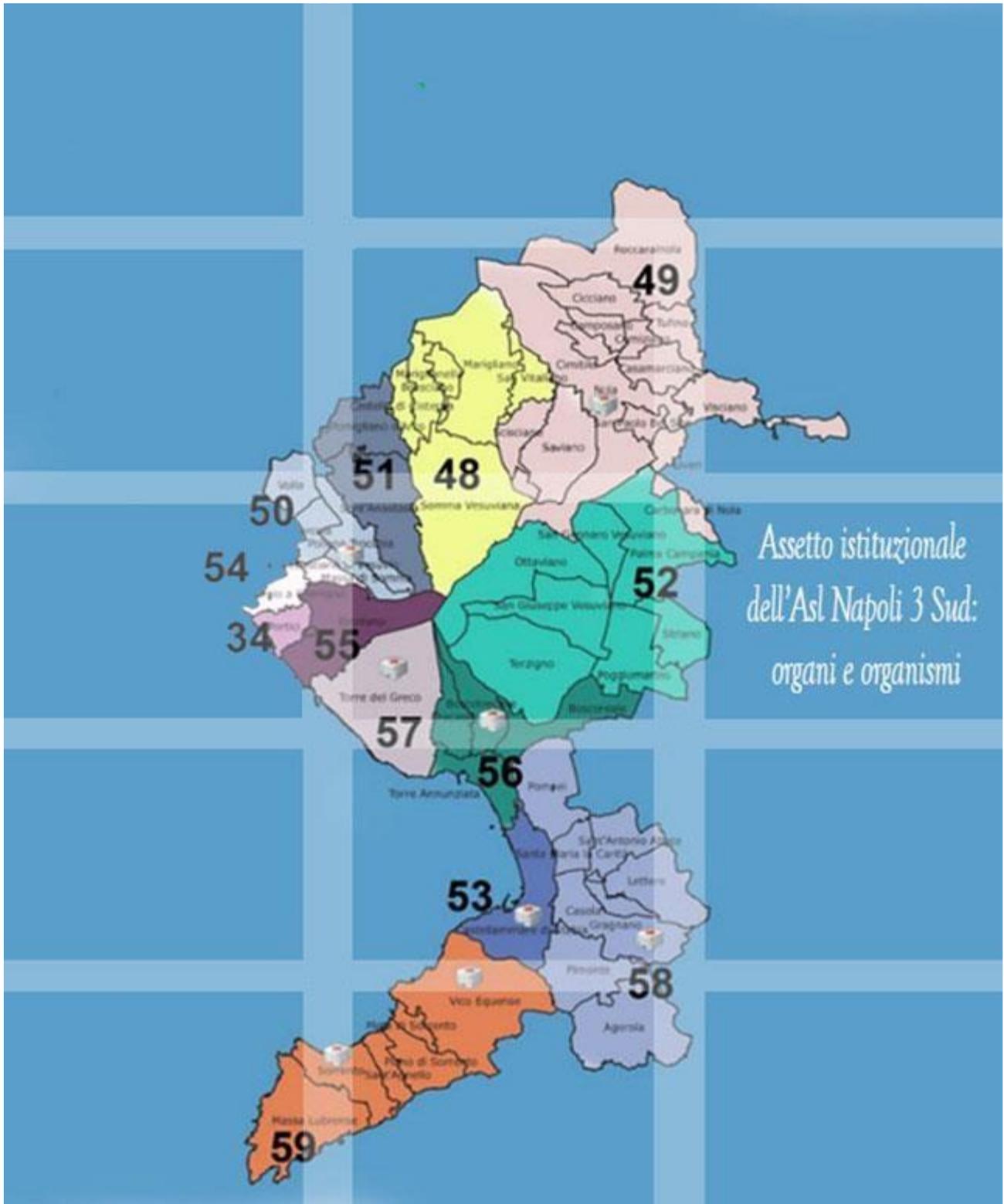
- b) è remunerato a seguito di valutazione positiva dell'attività e degli obiettivi raggiunti nell'anno precedente dall'Organismo Indipendente di Valutazione / Nucleo di valutazione. La procedura segue la metodologia e gli strumenti del Piano della Performance;
- c) resta in carico un anno ed a seguito di valutazione positiva da parte dell'O.I.V. l'incarico è rinnovato;
- d) di norma, è un dirigente dell'area contrattuale tecnico-amministrativo-professionale con incarico di struttura complessa o di struttura semplice dipartimentale, con posizione di stabilità, per evitare che l'intraprendere iniziative penetranti nei confronti dell'Organizzazione possa compromettere anche solo potenzialmente la situazione di precarietà dell'incarico.

L'ASL Napoli 3 Sud:

- a) assicura al R.P.C. lo svolgimento di adeguati percorsi formativi e di aggiornamento;
- b) assicura adeguato supporto organizzativo;
- c) comunica la nomina del R.P.C. all'ANAC;

Il sistema aziendale messo in campo per la prevenzione della corruzione prevede:

- la definizione dei ruoli e delle responsabilità;
- analisi dei processi organizzativi a rischio di corruzione;
- interventi organizzativi per contrastare la corruzione nelle aree a rischio;
- obblighi di pubblicazione ai fini del controllo diffuso;
- la rotazione del personale;
- tutte le azioni previste nel Piano triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza da adottarsi entro il 31 gennaio di ogni anno.



TITOLO 3 - ASSETTO ISTITUZIONALE DELL'AZIENDA SANITARIA NAPOLI 3 Sud: ORGANI E ORGANISMI

3.1 Gli Organi

Ai sensi dell'art. 3 del D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i. sono organi dell'azienda: il Direttore Generale, il Collegio Sindacale, il Collegio di Direzione.

3.2 Il Direttore Generale

Il Direttore Generale è titolare della rappresentanza legale ed esercita tutti i poteri di gestione dell'Azienda stessa adottando i provvedimenti necessari.

È responsabile delle funzioni di indirizzo, che esercita attraverso la definizione di obiettivi e programmi, e dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa.

Verifica il risultato dell'attività svolta e la realizzazione di programmi e progetti in relazione agli obiettivi della gestione finanziaria, tecnica, amministrativa e sanitaria.

Risponde alla Regione in relazione agli obiettivi assegnatigli all'atto di nomina e nell'ambito degli atti strategici e di programmazione regionale.

Il rapporto di lavoro del Direttore Generale è a tempo pieno e di diritto privato; si instaura con contratto disciplinato dal comma 6 dell'art. 3 e dal comma 8 dell'art. 3 bis del D.lgs. 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 a:

- la Regione, che ne indirizza l'attività ed esercita il controllo sul suo operato;
- il collegio sindacale, cui sono affidati i compiti di vigilanza sull'osservanza delle leggi e dei regolamenti e la verifica sull'attività contabile dell'azienda.
- La Conferenza dei Sindaci, che partecipa alla programmazione aziendale anche in attuazione di quella regionale ed esercita compiti di vigilanza generale sull'Azienda.

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 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;
- alla nomina del responsabile della Prevenzione della Corruzione;
- alla nomina dell'Organismo indipendente di valutazione O.I.V.;

- 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 e dei programmi delle attività territoriali;
- all'adozione del documento per la valutazione dei rischi e la nomina del responsabile del servizio di prevenzione e protezione. Tale responsabile deve essere individuato in figura diversa dal responsabile dell'area tecnica preposto alla manutenzione;
- alla verifica della corretta ed economica gestione delle risorse nonché dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa;
- alla verifica qualitativa e quantitativa dei servizi erogati;
- all'adozione di tutti gli atti deliberativi relativi alla programmazione finanziaria e di bilancio, compresi quelli formulati secondo la logica budgettaria specifica di ogni struttura e di quella complessiva aziendale;
- alla determinazione della dotazione organica 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 devono essere 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 esercitate dai dirigenti dell'Aziende ai diversi livelli, possono essere:

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

funzioni agli stessi attribuite connesse agli incarichi rispettivamente attribuiti in esito alla sottoscrizione del contratto di lavoro o con specifico atto del Direttore Generale.

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. Ove l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi si procede alla sua sostituzione.

Sul sito istituzionale in Amministrazione Trasparente sono definiti gli ambiti oggettivi e soggettivi delle attribuzioni dirigenziali e delle deleghe conferite ai singoli dirigenti.

Ciascun dirigente aziendale con attribuzione di compiti di direzione di unità operative (UOC-UOSD,UOS – Direttori di Dipartimento) di dipartimento, di distretti, di ospedali, di strutture centrali, nell'ambito della propria sfera di competenza, viene riconosciuto come centro autonomo di piena ed esclusiva responsabilità di tipo disciplinare, civile, penale ed amministrativo contabile, per la complessiva attività amministrativa e di gestione cui è deputato sulla base delle disposizioni legislative, regolamentari e contrattuali vigenti, nel rispetto delle indicazioni contenute nell'Atto Aziendale. Tale statuizione si applica altresì a ciascun dirigente aziendale non investito di compiti di direzione di articolazioni, nonché ai dirigenti con eventuale affidamento di incarichi di attività professionale, di controllo o di vigilanza.

3.3 Il Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale è un organo dell'Azienda nominato in base alle designazioni delle Autorità competenti, delle quali se ne prende atto, sulla scorta di quanto previsto dalla vigente normativa, ai sensi della Legge Regionale n. 20/2015 il Collegio sindacale:

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

- Le comunicazioni ed i referti sono trasmesse per conoscenza anche al Consiglio regionale per la trasmissione alla commissione consiliare permanente competente in materia.
- I componenti del Collegio Sindacale possono procedere ad atti di ispezione e controllo, anche individualmente.

Il Collegio Sindacale dura in carica tre anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dal Presidente della Giunta regionale, uno designato dal Ministro dell'Economia e Finanze e uno dal Ministro della Salute. I componenti del Collegio Sindacale sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili, istituito presso il Ministero di Grazia e Giustizia, ovvero tra i funzionari del Ministero del Tesoro, del Bilancio e della

62/347

In pubblicazione dal

Programmazione Economica, che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti dei collegi sindacali.

Nell'ASL Napoli 3 Sud il Collegio Sindacale è stato nominato con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 259 del 3 maggio 2016 e con Deliberazione del Direttore Generale n. 30 del 23 agosto 2016.

3.4 La Conferenza dei Sindaci

L'art. 3 del D.lgs. n.502/92 e s.m.i. disciplina, tra l'altro, le competenze della Conferenza dei Sindaci in ordine alle attività svolte dalle Aziende Sanitarie Locali statuendo che la medesima Conferenza, al fine di corrispondere alle esigenze sanitarie della popolazione, provvede alla definizione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività, esamina il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio di esercizio e rimette alla regione le relative osservazioni, verifica l'andamento generale dell'attività e contribuisce alla definizione dei piani programmatici, trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al Direttore Generale ed alla Regione.

La L.R. 4 novembre 1994 n. 32 e ss.mm.ii., all'art. 20, stabilisce le funzioni degli Organi Rappresentativi dei Comuni insistenti nel territorio di competenza di ciascuna Azienda Sanitaria Locale, le modalità di esercizio delle stesse nonché di istituzione del Comitato di Rappresentanza per quelle AA.SS.LL. il cui ambito territoriale non coincide con quello del Comune.

Con L.R. 28 Novembre 2008, n. 16, e successiva Delibera di Giunta Regionale n. 505 del 20.03.2009, per effetto delle misure straordinarie di razionalizzazione e riqualificazione del S.S.R. per il rientro dal disavanzo, la Regione Campania ha proceduto alla razionalizzazione degli ambiti territoriali delle Aziende Sanitarie Locali. A seguito dell'avvenuta modifica dell'ambito territoriale dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud, si è reso necessario procedere alla istituzione dei nuovi Organi Rappresentativi dei Comuni in esso insistenti, secondo le modalità previste dal citato art. 20 della L.R. n. 32/1994 e ss.mm.ii.

La Conferenza dei Sindaci dell'Asl Napoli 3 Sud è composta da tutti i Sindaci dei Comuni (57) che fanno parte dell'Azienda. L'attuale Presidente è il Sindaco della Città di Torre del Greco.

Il Comitato di Rappresentanza dei Sindaci è composto da cinque membri tra cui il Presidente ed il Vice Presidente eletto nel proprio seno. È presieduto dal Presidente della Conferenza dei Sindaci: attualmente la funzione è in capo al Sindaco del Comune di Torre del Greco.

Le funzioni di Segreteria della Conferenza e del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci sono svolte dal Segretario Generale del Comune di Torre del Greco.

3.5 Il Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione, ai sensi della Legge Regionale n. 20/2015, è organo dell'Azienda che lo costituisce e nomina in attuazione dell'art. 17 del D.lgs. 229/99 e s.m.i.

Rappresenta il supporto partecipativo e collabora con il Direttore Generale per il governo delle attività cliniche, la programmazione e la valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria, attraverso l'esercizio di funzioni di consulenza, di elaborazione e di verifica di processo.

Il Collegio di Direzione, in particolare:

63/347

In pubblicazione dal

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

Nello svolgimento dei compiti previsti in precedenza, il Collegio esprime parere obbligatorio sui seguenti atti:

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

Il Collegio di direzione delle Aziende sanitarie locali è composto da:

- i dirigenti delle aree amministrative e professionali;
- il dirigente responsabile dell'Unità gestione del rischio clinico/ Clinical Risk Management o equivalenti; ○ il responsabile dell'Unità prevenzione e protezione del rischio o equivalenti; ○ un delegato dei dirigenti delle professioni sanitarie;
- un direttore di Dipartimento strutturale per ciascuna area: medica, chirurgica, materno infantile, emergenza d'urgenza, dei servizi di diagnosi e cura;
- il direttore del Dipartimento di Prevenzione;
- il direttore del Dipartimento Attività territoriali ed integrazione sociosanitaria; ○ il direttore del Dipartimento di salute mentale; ○ il direttore del Dipartimento delle dipendenze patologiche; ○ il direttore del Dipartimento Farmaceutico; ○ i 13 direttori dei distretti socio - sanitari;
- i 4 direttori medici degli ospedali a gestione diretta dell'ASL;
- il medico di medicina generale responsabile dell'Ufficio di coordinamento aziendale delle cure primarie (UACP);
- il pediatra di libera scelta responsabile dell'Ufficio di coordinamento aziendale delle cure primarie pediatriche (UACPP);
- lo specialista di medicina ambulatoriale interna che ricopre il ruolo di Coordinatore dei responsabili di branca specialistica ambulatoriale o equivalenti.

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.

Il Collegio di Direzione è nominato con deliberazione del Direttore Generale, che ne è il Presidente, e dura in carica tre anni.

Il Collegio di direzione adotta il proprio Regolamento di funzionamento nel rispetto dei seguenti principi di funzionamento:

- a) previsione di un Vice Presidente vicario eletto dal Collegio tra i membri di diritto;
- b) previsione di un calendario annuale delle riunioni, con riunioni ordinarie almeno mensili, convocate dal Presidente che ne fissa l'ordine del giorno e previsione di riunioni straordinarie, in caso di urgenza, ovvero su richiesta motivata della metà più uno dei componenti; le sedute del Collegio sono verbalizzate ed è istituito un archivio delle deliberazioni; e) le assenze dei componenti alle riunioni del Collegio sono debitamente giustificate previa comunicazione scritta e con contestuale delega ad un componente di diritto del Collegio;
- c) presenza di un quorum minimo per la validità delle riunioni del Collegio di direzione non inferiore alla metà più uno;
- d) 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 pareri del Collegio di direzione sono espressi entro trenta giorni dalla richiesta del Direttore Generale. Se tali pareri non vengono espressi nel predetto termine, gli stessi si intendono favorevolmente espressi. Il Direttore Generale che intende adottare atti o provvedimenti di propria competenza in difformità al parere espresso dal Collegio è tenuto ad indicarne le ragioni in apposita relazione da trasmettere al Collegio nonché alla Giunta Regionale ed al Consiglio Regionale, attraverso la Commissione competente.

La qualità di componenti del Collegio di direzione e le relative funzioni rientrano nei compiti istituzionali di ciascun soggetto e, pertanto, ad essi non spetta alcun compenso né può essere corrisposta alcuna indennità o rimborso spese.

Nell'ASL Napoli 3 Sud il Collegio di Direzione è stato nominato dal Commissario Straordinario con deliberazione n. 31 del 25 gennaio 2016, mentre con deliberazione sempre del Commissario Straordinario n. 92 del 18 febbraio 2016 è stato preso atto del Regolamento sul funzionamento del Collegio di Direzione.

3.6 La Direzione Strategica

Il governo strategico aziendale è esercitato dalla Direzione strategica composta dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario Aziendale e dal Direttore Amministrativo Aziendale, 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 regionali;

- 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;
- la pianificazione dei sistemi di controllo.

In seno alla direzione strategica, le Aziende Sanitarie Locali coordinano l'attività di vigilanza e di controllo esterno sull'assistenza erogata dalle strutture sanitarie ubicate nel territorio di competenza.

3.7 Il Direttore Sanitario Aziendale

Il Direttore Sanitario partecipa, con il Direttore Amministrativo, unitamente al Direttore Generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'Azienda e contribuisce alla definizione delle linee strategiche e delle politiche aziendali, garantendo sia il raggiungimento del miglior rapporto efficacia-efficienza e qualità nell'allocazione delle risorse e nell'erogazione dei servizi sanitari sia l'equità nelle opportunità di accesso.

In particolare, il Direttore Sanitario:

- coadiuva il Direttore Generale nel governo dell'Azienda concorrendo, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni del Direttore Generale;
- assume diretta responsabilità solo delle funzioni attribuite alla sua competenza esclusivamente sulle materie indicate dalla Legge e su quelle specificamente indicate con apposita ordinanza del Direttore Generale;
- partecipa alla funzione di committenza, identificando la domanda di assistenza ed i bisogni di salute dell'utenza;
- cura, avvalendosi delle strutture, preposte il sistema di rilevazione dei dati relativi alle prestazioni erogate e ne verifica la qualità, riferendo al Direttore Generale sulle eventuali difformità dagli standard previsti e sulle relative responsabilità;
- pianifica, nel rispetto della programmazione sanitaria aziendale, l'allocazione delle risorse umane e tecnico-strumentali nell'ambito delle Unità Operative sanitarie di concerto con i Direttori dei Dipartimento, i Direttori delle articolazioni Aziendali centrali, i Direttori medici di Presidio e i Direttori Sanitari dei Distretti;
- esprime parere sugli aspetti igienico - sanitari delle progettazioni edilizie dell'Azienda;
- presiede il Consiglio dei Sanitari;
- coadiuva il Direttore Generale nelle iniziative previste per la partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini adottando, in particolare, le misure necessarie per rimuovere eventuali disservizi;
- cura, avvalendosi delle strutture preposte, i rapporti con le associazioni di volontariato e con gli organismi di partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini.

3.8 Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Amministrativo partecipa, con il Direttore Sanitario, unitamente al Direttore Generale, che ne ha la Responsabilità, alla direzione dell'Azienda, contribuisce alla definizione delle linee strategiche e delle politiche aziendali ed esercita funzioni di indirizzo e verifica dell'attività amministrativa e di supporto svolta al fine di garantire la legalità, l'imparzialità e l'efficace utilizzazione delle risorse disponibili.

In particolare il Direttore Amministrativo:

- coadiuva il Direttore Generale nel governo amministrativo ed economico-finanziario dell'Azienda concorrendo, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni del Direttore Generale;
- assume diretta responsabilità solo delle funzioni attribuite alla sua competenza esclusivamente sulle materie indicate dalla Legge e su quelle specificamente indicate con apposita ordinanza del Direttore Generale;
- partecipa alle funzioni di committenza collaborando alla definizione dei bisogni dell'utenza avvalendosi delle strutture preposte;
- cura, avvalendosi delle strutture preposte, il sistema di rilevazione dei dati relativi alle prestazioni erogate e ne verifica la qualità, riferendo al Direttore Generale sulle eventuali difformità dagli standard previsti e sulle relative responsabilità;
- assicura il corretto assolvimento delle funzioni di supporto tecnico, amministrativo e logistico;
- riceve gli atti e/o le proposte definite dai Direttori dei Servizi Tecnici amministrativi nelle materie di relativa competenza;
- elabora proposte nell'ambito di ogni attività di competenza informandone i Direttori delle UU.OO.CC. ed i Direttori dei Dipartimenti interessati;
- promuove ogni utile iniziativa per migliorare e razionalizzare le procedure tecniche, amministrative e contabili e di percorsi assistenziali;
- promuove ogni utile iniziativa finalizzata all'ottimizzazione dei flussi informativi;
- collabora con il Direttore Generale alla pianificazione della distribuzione del personale tecnico, amministrativo e professionale.

3.9 Il Consiglio dei sanitari

Il Consiglio dei Sanitari, è stato costituito con provvedimento del Direttore Generale (Delibera n° 209 del 28/03/2017), è un organismo elettivo dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 sud, la cui costituzione e composizione sono definite dalla normativa nazionale e regionale vigente in materia in attuazione di quanto previsto dall'art. 3, comma 12, del D.lgs. 502/92 e s.m.i..

Il Consiglio dei Sanitari è composto da:

- N°8 dirigenti medici, di cui 4 ospedalieri, 1 medico territoriale, 1 medico veterinario, 2 medici convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale;

- N° 3 dirigenti sanitari laureati non medici;
- N°2 unità del personale infermieristico di cui n°1 ospedaliero;
- N° 2 unità di personale tecnico sanitario di cui n° 1 ospedaliero;
- N° 2 unità di personale proveniente dalle professioni tecnico-riabilitative di cui n° 1 ospedaliera.

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'articolo 25 della L.R. 03/11/1994 n. 32 e s.m.i.. (delibera n° 302 del 12 maggio 2016).

Il Consiglio dei Sanitari fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale per le attività tecnico sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti. Esso si esprime altresì sulle attività di assistenza sanitaria. L'azienda si impegna a predisporre gli atti per l'indizione delle elezioni.

3.10 Supporto Organizzativo: UOC “Affari Istituzionali e Segreterie”

Nell'A.S.L. Napoli 3 Sud, è individuata la Unità Operativa Complessa “Affari Istituzionali e Segreterie” con la funzione di rapporto con le istituzioni, coordinamento di tutte le attività di supporto organizzativo e di segreteria a:

Direzione Generale;

Direzione Sanitaria Aziendale;

Direzione Amministrativa Aziendale;

Collegio di Direzione;

Collegio Sindacale;

Consiglio dei Sanitari.

La UOC Affari Istituzionali e Segreterie ha, inoltre, la funzione di verbalizzazione delle sedute deliberanti, in uno alla responsabilità organizzativa dell'Albo Pretorio Informatico.

La UOC “Affari Istituzionali e segreterie” coordina, fermo restando le singole competenze e responsabilità delle strutture aziendali, tutte le attività relative ai rapporti di collaborazione dell'Asl Napoli 3 Sud con le altre Aziende sanitarie, nonché con enti e/o organismi, di cui all'art. 4 comma 3 del D.lgs 502/1992 e s.m.i.

Sono previste nella U.O.C. Affari Istituzionali e Segreterie due I.P.A.S. così come evidenziato nei quadri sinottici.

La collocazione della struttura nell'organigramma rispetta quanto stabilito nell'art. 4 comma 4 D.lgs 165/2001.

3.11 Comitati e Commissioni Aziendali

3.11.1 Il Comitato etico

Il Ministero della Salute con D.M. dell'8/2/2013 ha fissato i criteri per la composizione ed il funzionamento dei Comitati Etici per cui la Giunta della Regione Campania ha adottato la delibera n. 16 del 23/01/2014,

avente ad oggetto "Recepimento ed esecuzione del decreto del Ministero della Salute 8 febbraio 2013 - riorganizzazione e funzionamento dei Comitati Etici in Regione Campania".

In applicazione della predetta regolamentazione in data 3 marzo 2014 il Direttore Generale dell'Asl Napoli 3 Sud, il Direttore Generale dell'Asl Salerno ed il Direttore Generale dell'A.O.U. "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" hanno sottoscritto protocollo d'intesa per la costituzione del previsto Comitato Etico Campania Sud, di cui alla delibera ASL Napoli 3 Sud n. 000133 del 5 marzo 2014, relativa alla presa d'atto del protocollo d'intesa.

Il Comitato Etico Campania Sud si è dotato del previsto regolamento di cui si è proceduto alla presa d'atto con delibera n. 528 del 25 luglio 2014.

Il Comitato Etico Campania Sud s'ispira alle Carte dei Diritti dell'Uomo, alla Dichiarazione di Helsinki, alle norme di Good Clinical Practice (D.M. Sanità del 15/7/1997), alle Raccomandazioni di Organismi Internazionali, alla deontologia medica nazionale e internazionale, alle Raccomandazioni del Comitato Etico Nazionale e a quant'altro previsto dalle regolamentazioni vigenti.

Il Comitato Etico, in coerenza con i principi ispiratori, i valori aziendali e la mission delle Aziende Sanitarie confluite, esercita una funzione consultiva in relazione a questioni etiche connesse con le attività scientifiche, assistenziali, didattiche. Al fine di proteggere e di promuovere i valori della persona umana.

Il supporto organizzativo al Comitato Etico sarà garantito da un Dirigente con funzione di Coordinatore a cui sarà conferito un I.P.A.S., afferente alla UOC Funzione Governo attività Ospedaliera.

La sede del Comitato etico Campania Sud è allocata presso l'A.S.L. Napoli 3 sud.

3.11.2 Commissione per il Prontuario Terapeutico

L'Asl Napoli 3 Sud già con delibera n° 688 del 28 maggio 2010 istituiva la Commissione per la definizione del prontuario terapeutico, alla luce del nuovo modello organizzativo previsto nel presente atto aziendale, successivamente all'approvazione dello stesso sarà necessario istituire una nuova commissione per il prontuario terapeutico unico aziendale.

3.11.3 Comitato Per il Buon Uso del Sangue

L'Asl Napoli 3 Sud con delibera n° 305 del 12 maggio 2016 e delibera n° 187 del 16/03/2017 ha costituito il Comitato Ospedaliero per il Buon uso del sangue e delle Cellule Staminali da sangue cordonale.

3.11.4 Comitato per la lotta alle infezioni ospedaliere

L'Asl Napoli 3 Sud adotta il Piano triennale per la sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere. (Delibera n° 673 del 23 dicembre 2015 Piano 2015/17- Delibera n° 188 del 16/03/2017 -).

All'uopo viene costituito il Comitato aziendale per il controllo delle infezioni ospedaliere e delle altre infezioni correlate all'assistenza.

3.11.5 Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni

L'Asl Napoli 3 Sud ha istituito, con Delibera del Direttore Generale n. 152/2011, il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG), ai sensi dell'art.57 del D.lgs. 30 marzo 2001 n. 165 (come modificato dall'art.21 della legge 18 del 4 novembre 2010) e della Direttiva emanata dai Dipartimenti della Funzione Pubblica e per le Pari Opportunità del 4 marzo 2011.

Il CUG, organismo già introdotto dalla Legge 183/2010 (c.d. collegato lavoro), non solo assume, unificandole in una logica di continuità, tutte le funzioni precedentemente attribuite ai Comitati per le Pari Opportunità e ai Comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, ma si presenta come organismo nuovo, con compiti e funzioni molto più ampi ed in linea con l'attuale processo di razionalizzazione della Pubblica Amministrazione.

La citata legge, infatti, estende la garanzia delle Pari Opportunità solo di genere alla più ampia garanzia del "benessere della persona nei luoghi di lavoro" e dell' "assenza di qualunque forma di discriminazione", diretta ed indiretta, dovuta anche all'età, alla disabilità, all'origine etnica, alla lingua, alla razza e all'orientamento sessuale (art. 21 , comma 4, Legge 183/2010).

Il Comitato contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro e della qualità della vita dei lavoratori esercitando compiti propositivi, consultivi e di verifica, nell'ambito delle competenze allo stesso demandate dalla normativa e dai CCNL.

Secondo quanto previsto dalla Direttiva emanata dai Dipartimenti della Funzione Pubblica e per le Pari Opportunità del 4 marzo 2011, il CUG opera in stretto raccordo con il vertice amministrativo dell'ente di appartenenza, esercita le proprie funzioni utilizzando risorse umane e strumentali, idonee a garantire le finalità previste dalla legge, che l'amministrazione metterà a tal fine a disposizione e deve essere consultato secondo modalità predeterminate dal vertice dell'amministrazione con atti interni (circolari, direttive).

Il CUG dell'Asl Napoli 3 Sud è composto da n. 15 componenti designati da ciascuna delle organizzazioni sindacali rappresentative, ai sensi degli artt. 40 e 43 del D.lgs. n. 165/2001, e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione, nonché da altrettanti componenti supplenti.

Conformemente alle prescrizioni di cui al punto 3.4 delle Linee Guida ministeriali del 4/03/11, il CUG ha adottato, con Delibera n. 78/2013, un proprio Regolamento di funzionamento.

Per consentire lo svolgimento dei compiti attribuiti al Comitato, data la complessità degli ambiti di interesse previsti dalla normativa di riferimento, sono state istituite tre Commissioni, per ciascuna delle quali è stato eletto un Coordinatore ed individuato un gruppo di lavoro:

- Commissione per le Pari Opportunità;
- Commissione di contrasto al fenomeno del Mobbing; □
Commissione per il Benessere Organizzativo.

Per la diffusione delle informazioni nel portale aziendale è stata inserita una pagina dedicata al Comitato Unico di Garanzia ed è stato inoltre istituito uno specifico indirizzo di posta elettronica per ciascun membro del CUG ed un indirizzo di posta certificata ad uso del Presidente.

In ottemperanza a quanto previsto dalla citata normativa, per la promozione delle funzioni consultive del Comitato, la direzione aziendale ha emanato una direttiva indirizzata a tutti i direttori delle UU.OO.CC sulle materie e modalità di consultazione del CUG.

3.11.6. Rete aziendale referenti per la gestione del Rischio Clinico

L'Asl Napoli 3 Sud con delibera n° 532 del 15 settembre 2015 ha costituito la rete aziendale dei referenti della Gestione del rischio clinico, che costituiscono il Comitato rischio clinico, coordinato dal direttore UOC Clinical Risk Management che assolve alle funzioni di Risk Manager secondo le disposizioni regionali.



TITOLO 4 - PARTECIPAZIONE, TUTELA, TRASPARENZA, UMANIZZAZIONE, COMUNICAZIONE

4.1 Il principio della partecipazione

La partecipazione è uno dei principi di riferimento del sistema dei valori dell'Asl Napoli 3 Sud.

Questa azienda ricerca ed incoraggia le forme d'integrazione, partecipazione e collaborazione nel più ampio contesto sociale delle competenze localmente distribuite, per arricchire il proprio ruolo sociale già fortemente radicato nel territorio e sviluppare la capacità di differenziazione e di specializzazione delle risposte che possono contribuire al miglioramento della qualità di vita e delle opportunità di salute dei cittadini.

L'azienda Sanitaria Locale nel recepire pienamente tale principio, ha sviluppato un sistema di partecipazione diffusa per il tramite di una serie di azioni e strumenti:

- Il Comitato Partecipativo e Consultivo;
- La Consulta socio sanitaria;
- La Carta dei Servizi Socio Sanitari;
- Il sistema di Pubblica Tutela;
- La qualità percepita;
- l'Audit Civico;
- Il rispetto della privacy;
- La Trasparenza e l'integrità;
- Il Piano per l'umanizzazione ex art. 14 del D.lgs 502/92;
- La conferenza dei servizi;
- La comunicazione istituzionale;
- L'ufficio stampa □ Il consenso informato; □ La conferenza dei Sindaci.

4.2 Comitato Partecipativo e Consultivo (C.P.C)

Il Comitato Partecipativo e Consultivo, in seguito definito C.P.C., persegue gli obiettivi, nell'autonomia della propria organizzazione, per:

- a) rafforzare il ruolo delle Associazioni di volontariato e di pubblica tutela con un efficace sistema di ascolto dei bisogni dei cittadini ed il monitoraggio dell'attività dell'Amministrazione ai sensi dell'art. 14 del D.Lgs. N° 502/92 e dell'art. 11 del D.Lgs. 150/2009 e successive modifiche;
- b) promuovere i principi di erogazione dei servizi alle persone disabili previste anche nella Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità firmata dall'Italia il 30 marzo 2007.

4.2.1 i compiti

Il C.P.C. svolge i seguenti compiti:

- a) valuta la qualità dei Servizi Sanitari e Socio-sanitari, monitorando le prestazioni erogate, le tariffe e le modalità di accesso, valorizzando il punto di vista dei cittadini;
- b) vigila sulle liste di attesa;
- c) verifica e analizza i segnali di disservizio, sia quelli relativi ai reclami pervenuti alla rete delle relazioni pubbliche sia quelli segnalati per iscritto ai membri dello stesso C.P.C;
- d) individua i fattori di qualità e/o non-qualità dei processi di erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari mediante il costante monitoraggio dei reclami o anche attraverso indagini sulla soddisfazione dei cittadini per aree specifiche di interesse e di esperienze di Audit Civico;
- e) elabora, propone e concorda con l'Azienda programmi comuni per favorire l'adeguamento dei servizi sanitari e socio-sanitari alle esigenze dei cittadini;
- f) promuove e favorisce l'informazione ai cittadini sui problemi della salute, sulla trasparenza l'integrità e la legalità della amministrazione aziendale;
- g) promuove e favorisce l'informazione ai cittadini relativamente alla dislocazione dei Servizi Sanitari e Sociosanitari sul territorio;
- h) vigila sull'osservanza del comma 4 dell'art. 14 del D.Lgs. 502/92 e successive modifiche relativo alla convocazione della conferenza dei servizi almeno annuale;
- i) svolge un ruolo consultivo qualificato nell'adozione, da parte della Direzione aziendale, del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità da aggiornare annualmente.
- j) partecipa alle commissioni, con delegati, ove è prevista la presenza di rappresentanti di cittadini.
- k) fornisce il parere previsto dall'art. 11, co. 2 del D.lgs. n° 150/09.

4.2.2 Membri

Il C.P.C. è formato dai rappresentati delle organizzazioni di volontariato regolarmente iscritte all'Albo Regionale, ovvero da organismi di tutela o di promozione sociale di rilievo nazionale operanti sul territorio di competenza aziendale .

I componenti non sono né dipendenti della Asl Napoli 3 Sud, né dipendenti di strutture convenzionate o accreditate con l'Asl Napoli 3 Sud.

4.3 La consulta socio sanitaria

Presso l'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud 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 D.lgs. n. 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;

74/347

In pubblicazione dal

- 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.

Detto organismo si riunisce almeno ogni quattro mesi su convocazione del Direttore Generale o suo delegato che lo presiede.

La Consulta socio-sanitaria è costituita da:

- il direttore sanitario aziendale;
- i direttori di distretto;
- i direttori di dipartimento;
- dal Comitato di rappresentanza dei sindaci;
- da 2 rappresentanti degli organismi di volontariato maggiormente rappresentativi nell'azienda;
- da 2 rappresentanti degli organismi di tutela dei diritti dei cittadini maggiormente rappresentativi nell'azienda;
- il responsabile dell'UOC Relazioni con il Pubblico;
- il responsabile dell'UOC Coordinamento socio sanitario.

La Consulta socio-sanitaria è costituita con provvedimento del Direttore Generale e dura in carica due anni. Il suo funzionamento è disciplinato da apposito regolamento aziendale. Per particolari esigenze, anche legate alle specificità del territorio aziendale, il Direttore Generale può, nel provvedimento di costituzione della Consulta, prevedere la partecipazione di altri soggetti istituzionali.

4.4 La Carta dei servizi sanitari

La Carta dei Servizi dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud, adottata con Delibera n. 194/2016, verifica se stessa apportando, anno per anno, i cambiamenti necessari per raggiungere una funzionalità sempre migliore, grazie alle segnalazioni di disservizi e disagi segnalati dai cittadini stessi. E' pubblicata sul sito istituzionale dove è previsto un link sull'home page.

È un'occasione per l'Azienda di mettere in pratica o rafforzare forme di collaborazione con le associazioni di volontariato e di tutela dei cittadini.

La Carta dei Servizi introdotta nel nostro Paese con la Direttiva del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994 Principi sull'erogazione dei servizi pubblici - è stata poi resa vincolante dalla Legge del 11 luglio 1995 n. 273 -

75/347

In pubblicazione dal

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 12 maggio 1995, n. 163, recante misure urgenti per la semplificazione dei procedimenti amministrativi e per il miglioramento dell'efficienza delle pubbliche amministrazioni.

È lo strumento principale per il riconoscimento del ruolo del cittadino, quale soggetto attivo sia in termini di partecipazione democratica alla scelta di politica sanitaria sul territorio, per un controllo diffuso non solo in termini di qualità; percepita, ma soprattutto ai fini dell'utilizzo delle risorse assegnate al management aziendale in termini economici, finanziari, patrimoniali.

La riforma della Pubblica Amministrazione (D.lgs. 150/2009 e s.m.i.), la Legge sulla Prevenzione della Corruzione (L. n. 190/2012) ed il D.lgs. sulla Trasparenza n. 33/2013, hanno dato vigore e nuovo impulso al processo di controllo diffuso per promuovere la cultura della cittadinanza attiva ai fini della partecipazione al miglioramento dei servizi pubblici.

La Carta dei Servizi è uno degli strumenti cardine della performance organizzativa dell'Asl Napoli 3 Sud, a cascata le Carte dei Servizi delle strutture di erogazione dei servizi sanitari, Distretti, Presidi Ospedalieri, Dipartimenti, Servizi per le dipendenze, etc., sono alla base della performance organizzativa della singola struttura, necessaria premessa anche all'accesso al salario di risultato.

La Carta dei Servizi dell'Asl Napoli 3 Sud è lo strumento finalizzato alla individuazione, promozione e diffusione nei servizi aziendali della metodologia da adottare ai fini della definizione degli standard di qualità dei servizi, che dovranno essere assunti dalle singole strutture di erogazione dell'Asl.

Tutti gli operatori di questa azienda avranno quale compito quello di apprendere, attuare e sostenere la metodologia succitata ai fini dell'assunzione degli impegni e degli obiettivi dell'Asl Napoli 3 Sud.

La carta si articola in quattro sezioni:

- Nella prima sezione l'Azienda si presenta, dichiara i suoi fini istituzionali e i principi fondamentali che devono ispirare l'erogazione delle prestazioni sanitarie;
- Nella seconda sezione vengono indicate tutte le strutture e i servizi, le modalità di accesso e come fruire delle prestazioni sanitarie che vengono offerte;
- Nella terza sezione l'Azienda delinea i suoi obiettivi, gli impegni programmatici ed infine indica con quali meccanismi monitora i risultati (standard) al fine di poter verificare e controllarne l'attività; □ Nella quarta sezione si parla dei meccanismi di tutela del cittadino.

4.4.1 Gli impegni –Metodologia individuazione Standard di Qualità - la Carta della Qualità

La Carta dei servizi è quello strumento ove l'Asl Napoli 3 Sud si impegna in azioni di miglioramento dell'organizzazione utilizzando la metodologia della qualità, già individuata con delibera n° 458 del 30 luglio 2012, secondo le linee guida dell'ANAC.

Di seguito si presenta la metodologia che gli operatori dovranno utilizzare per attivare quel processo virtuoso per la definizione degli standard di qualità.

4.4.2 La carta della qualità – metodologia per l'individuazione degli impegni e degli standard

La Carta della qualità è lo strumento aziendale finalizzato alla individuazione, promozione e diffusione, sia verso i clienti interni che esterni, della metodologia che viene adottata per la definizione degli standard di qualità dei servizi, assunti come impegno formale dell'Azienda nei confronti dei cittadini, con le Carte dei servizi e delle strutture dell'Asl Napoli 3 Sud.

La metodologia per la definizione degli standard di qualità dei servizi è suddivisa nelle sequenze e/o fasi :

- FASE I: ORGANIZZATIVA Costituzione dei gruppi di lavoro per la qualità e per le aree di bisogno.

Componenti = responsabili di processo ed operatori competenti sui diversi aspetti dei servizi erogati

Compiti = individuazione delle dimensioni della qualità effettiva, progettazione ed attuazione di interventi di miglioramento, elaborazione degli indicatori per ciascuna delle dimensioni considerate, definizione dei valori standard di riferimento.

- FASE II: INDIVIDUAZIONE DEI FATTORI DI NON QUALITÀ

In questa fase i vari gruppi di lavoro individuano in primo luogo le dimensioni più idonee a rappresentare la qualità effettiva delle diverse tipologie di servizi erogati.

Stabilite le dimensioni della qualità, si procede alla scelta dei relativi indicatori. Per ciascuna delle dimensioni considerate, in base alla relativa complessità, potranno essere previsti più indicatori, allo scopo di garantire una completa ed efficace misurazione della dimensione stessa. Gli indicatori dovranno comunque essere formulati in maniera semplice e comprensibile da parte dei cittadini. Inoltre, nella scelta degli indicatori si dovrà necessariamente tener conto anche della reale possibilità di ottenere dal sistema informativo esistente i dati necessari e le informazioni richieste per la misurazione dei risultati.

Stabiliti gli indicatori per ciascuna delle dimensioni della qualità, si passa a rilevare i punti di sofferenza del servizio in esame attraverso: l'analisi dei bisogni dell'utente; l'analisi dei reclami;

la manifestazione della non-qualità, espressa sotto forma di dissenso, di insoddisfazione, di lamentela, etc. da parte del cliente interno ed esterno (non strutturata in reclamo);

altre fonti, come ad esempio risultato indagini di Audit Civico e risultati di indagini di rilevazione qualità percepita.

Con l'ausilio di tali strumenti è possibile individuare una serie di nodi critici. Questi vanno rappresentati prima in ordine di importanza per gli utenti, poi per gli operatori interni. Infine vanno riclassificati in base alla capacità dell'Azienda di gestirli, correggerli o modificarli.

- FASE III: ANALISI DELLE CAUSE

È la fase in cui occorre analizzare le cause della non qualità rilevata.

Questa fase si compone di due distinti momenti: quello conoscitivo e quello dell'analisi. Il coinvolgimento e la partecipazione responsabile degli operatori implicati nei singoli processi produttivi sono essenziali per ottenere una corretta conoscenza.

Nel primo momento, della conoscenza, devono essere raccolte tutte le informazioni necessarie: i singoli processi produttivi devono essere scomposti in attività e queste in operazioni elementari.

Per rilevare le cause dei fattori di non qualità possono essere utilizzati gli strumenti di classici della qualità: il diagramma causa-effetto (o Ishikawa) il diagramma di flusso, il diagramma di Pareto, etc.

Una volta individuate le cause, occorre, per ognuna di queste, con adatti strumenti (ad es. analisi SWOT) valutare le resistenze, i vincoli, le opportunità, nonché i tempi ed i costi da sostenere. Giunti a tale livello di conoscenza e di analisi, le cause su cui agire con interventi di rimozione o correzione, vengono poste in ordine prioritario in base alla gestibilità aziendale. Si passa poi alla progettazione dell'intervento migliorativo (chi fa cosa, come e quando), quindi all'applicazione dell'intervento migliorativo.

➤ FASE IV: DEFINIZIONE DEGLI STANDARD, MONITORAGGIO E VERIFICA

A questo punto il gruppo di lavoro può procedere alla formulazione degli standard, può cioè fissare degli obiettivi di miglioramento del prodotto/servizio, realisticamente raggiungibili, come impegno, verificabile, da rispettare nei confronti dei cittadini.

Assunti formalmente con l'inserimento nella relativa Carta dei servizi, gli standard costituiranno forme di garanzia sul livello atteso di qualità del servizio che l'Azienda offre all'utente.

Gli standard potranno essere di tipo quantitativo o qualitativo, generali o specifici, minimi o medi, ma sempre formulati sulla base di indicatori misurabili. In altre parole, gli standard dovranno formulare chiaramente il livello di risultato che deve essere raggiunto rispetto all'indicatore.

In questa fase, inoltre, il gruppo definirà le modalità e gli strumenti che si intendono utilizzare sia per il monitoraggio del processo di miglioramento programmato, sia per la verifica del raggiungimento degli standard, attraverso riscontri oggettivi, anche effettuati a campione.

Gli standard di qualità, così definiti, costituiranno il riferimento per la definizione degli obiettivi di performance da inserire nel Piano della performance aziendale.

La valutazione dovrà essere realizzata a breve, a medio ed a lungo termine (6 mesi - 1 anno). Il gruppo di lavoro avrà anche il compito di elaborare il report e di comunicare ufficialmente i risultati.

Il sistema di verifica e di indicatori di monitoraggio, di cui l'azienda è opportuno che si doti, oltre a rappresentare un patrimonio informativo per gli operatori che controllano il processo dall'interno, dovrà essere diffuso alle associazioni di rappresentanza dei cittadini attraverso canali e sedi appropriate, come la Conferenza dei servizi, in modo da poter sviluppare un quadro di trasparenza in merito alle azioni, ai comportamenti e ai risultati che l'azienda ha promosso e conseguito.

Le strutture dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 sud, Distretti Socio Sanitari, Presidi Ospedalieri, Dipartimenti Strutturali sono impegnati nell'adozione delle singole carte dei servizi di struttura previa valutazione positiva del Comitato Partecipativo e Consultivo secondo la metodologia di Valutazione adottata con delibera n°194 del 24.03.2016 " Adozione Carta dei Servizi Pubblici Sanitari Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud".

78/347

In pubblicazione dal

4.5 La Pubblica Tutela

La soddisfazione del cittadino/a fruitore/rice di servizi sanitari e sociosanitari costituisce uno degli obiettivi prioritari dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud, che impegnata nella governance di un sistema a rete, concorre, per il tramite dei servizi sanitari e socio-sanitari pubblici e privati accreditati, a garantire il benessere della popolazione assistita che sceglie liberamente le strutture erogatrici alle quali rapportarsi.

4.5.1 Il reclamo

La segnalazione di un /una cittadino/a relativamente ad un presunto disservizio può costituire un significativo contributo al miglioramento della qualità in quanto consente di focalizzare l'attenzione sui processi di erogazione dei servizi e, se necessario, di introdurre i correttivi finalizzati al superamento delle criticità evidenziate.

Il reclamo è un messaggio trasmesso dal/la cittadino/a per comunicare che la prestazione fornita non è coerente con i suoi diritti e con le aspettative.

Il reclamo identifica un aspetto del funzionamento del soggetto erogatore dei servizi che permette al Cittadino di palesare la mancata soddisfazione delle aspettative in merito ad uno o più requisiti definiti.

Il reclamo diviene, quindi, uno degli strumenti del sistema qualità aziendale, efficacissimo per mettere in atto una politica di miglioramento continuo e costante della qualità, dando il massimo rilievo all'opinione dei/delle cittadini/e.

La procedura dei reclami è stata adottata con delibera n° 424 del 12 luglio 2012.

Il monitoraggio dei reclami viene pubblicato ogni anno sul sito istituzionale e presentato nella Conferenza dei Servizi ex art. 14 del D.lgs n. 502/92.

4.5.2 La qualità percepita

L'Asl Napoli 3 Sud deve avviare un sistema di monitoraggio costante della qualità percepita secondo una metodologia concordata a livello regionale.

La costruzione, la sperimentazione e la validazione degli strumenti per la rilevazione della qualità percepita deve essere adottata anche attraverso l'utilizzo di strumenti quali questionari con la partecipazione ed il consenso dei rappresentanti dei cittadini componenti il Comitato Partecipativo e Consultivo dell'azienda.

Le aree di intervento sono individuate nel Piano annuale delle azioni di Umanizzazione.

4.6 L'Audit Civico

L'Audit Civico è uno degli strumenti primari per la partecipazione da parte dei cittadini, alle politiche sanitarie aziendali, è infatti, una metodologia che valuta la qualità delle strutture di erogazione delle prestazioni sanitarie. Il cittadino smette di essere un puro oggetto di indagine, da interrogare con le dovute tecniche, ma diventa il soggetto valutatore che visita le strutture ed intervista i responsabili.

79/347

In pubblicazione dal

La vera sfida è quella di rappresentare il punto di vista del cittadino in maniera oggettiva, non più un'opinione soggettiva, che mette in luce aspetti della realtà considerata, generando informazioni utili per il miglioramento dei servizi, e per attivare processi di miglioramento della qualità che porterà a standard / impegni condivisi con gli stessi cittadini.

L'Asl Napoli 3 Sud con delibera n° 63 del 7 febbraio 2013 ha approvato il Piano di Lavoro "Audit Civico", che sperimentalmente ed in accordo con i componenti del Comitato Partecipativo e Consultivo ha scelto l'ambito ospedaliero per la somministrazione dei questionari a cura dei rappresentanti dei cittadini.

L'Audit Civico è un contenuto informativo obbligatorio, ai sensi della riforma della P.A. e delle indicazioni dell'ANAC, alla base della performance organizzativa dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud.

L'azienda partecipa alle esperienze di audit utilizzando la piattaforma Agenas secondo le indicazioni regionali.

4.7 Il rispetto della privacy

Il garante della Privacy ha emanato le "linee guida" in materia di trattamento di dati personali contenuti anche in atti e documenti amministrativi effettuati da soggetti pubblici per finalità di pubblicazione e diffusione sul web. (G.U. n.134 del 12/06/2014).

Bisogna distinguere, considerato il diverso profilo giuridico le disposizioni che:

- a) regolano gli obblighi di pubblicità dell'azione amministrativa per finalità di trasparenza;
- b) regolano forme di pubblicità per finalità diverse (pubblicità legale/Albo Pretorio Informatico).

L'Asl Napoli 3 Sud si impegna a ridurre al minimo l'utilizzazione dei dati personali e di dati identificativi ed identificare il relativo trattamento quando le finalità perseguite nei singoli casi possano essere realizzate mediante dati anonimi o altre modalità che permettono di identificare l'interessato solo in caso di necessità. Pertanto anche in presenza degli obblighi di pubblicazione di atti o documenti contenuti nel D.lgs. 33/2013 e s.m.i.

L'Asl Napoli 3 Sud si impegna a non rendere intellegibile i dati personali non pertinenti oppure se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto delle specifiche finalità di Trasparenza della pubblicazione. (Art. 4, comma 4, del D.lgs. n. 33/2013).

Sarà consentita la diffusione dei soli dati personali la cui inclusione in atti e documenti da pubblicare sia strettamente necessaria e proporzionata alla finalità di trasparenza perseguita dal caso concreto. È sempre vietata la diffusione di dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale.

Il sistema organizzativo (ruoli e responsabilità) a supporto della promozione e tutela della privacy è evidenziato nel regolamento adottato con Delibera n. 502/2011, che sarà riformulato entro sessanta giorni dall'adozione dell'Atto Aziendale, riformulato secondo il Regolamento europeo adottato nel 2016.

4.8 La Trasparenza

La trasparenza è un livello essenziale delle prestazioni erogate dall'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud, ai sensi dell'art. 117 comma 2 lettera "m", della Costituzione Italiana; "...è intesa come accessibilità totale (...) alle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, agli indicatori relativi ad andamenti gestionali

80/347

In pubblicazione dal

ed all'utilizzo delle risorse per il proseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione..."(art.11, comma 1 D.lgs. n. 150/09 e D.lgs. n. 33/2013).

È una nozione diversa da quella del diritto di accesso agli atti amministrativi ex art. 22 della legge 7 agosto 1990, n° 241 s.m.i. che istituisce altresì l'accesso ai documenti amministrativi (art.27, come sostituito dell'art 18 della Legge 11 febbraio 2005, n.15) attivabile solo per acquisire quei documenti necessari per azioni legali relative ad interessi individuali.

L'accessibilità totale è l'accesso da parte dell'intera collettività a "tutte le informazioni pubbliche", azioni che l'amministrazione deve garantire prioritariamente, favorendo da parte dei cittadini forme diffuse di controllo, nel rispetto dei principi di buon andamento ed imparzialità (art. 11, D.lgs. 150/09).

In riferimento alla legalità ed alla cultura dell'integrità, la trasparenza, anche per il tramite della pubblicazione di determinate informazioni pubbliche risulta strumentale alla prevenzione della corruzione.

La nuova nozione di Trasparenza si muove su tre azioni integrate tra loro:

- A. una posizione soggettiva di controllo sociale garantita ai cittadini;
- B. uno strumento di gestione e controllo dell'azione amministrativa;
- C. uno strumento di garanzia nell'uso delle risorse e nell'erogazione dei servizi al pubblico, istituzionalizzando le metodologie di miglioramento della qualità al fine di garantire standard ed impegni di qualità ai cittadini.

L'Asl Napoli 3 Sud entro il 31 gennaio di ogni anno adotta il Programma triennale della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013 riformato dal D.Lgs 97 del 2016.

4.8.1 Il responsabile della Trasparenza

L'Asl Napoli 3 Sud per la complessità dell'organizzazione, tra le più grandi Aziende Sanitarie d'Italia, già con delibera n°1551 del 28 dicembre 2010 ha individuato quale responsabile Aziendale della Trasparenza il Direttore di Struttura complessa "Relazioni con il Pubblico" con Funzioni di coordinamento di tutte le azioni aziendali riferite alla Trasparenza, quindi struttura nella unità operativa complessa Relazioni con il Pubblico la funzione del responsabile della Trasparenza.

La collocazione della struttura nell'organigramma rispetta quanto stabilito nell'art. 4 comma 4 D.lgs 165/2001.

Il responsabile individuato è il referente non solo del procedimento di formazione, adozione e attuazione del Programma Triennale della Trasparenza e dell'Integrità allegato al Piano della Prevenzione della Corruzione, ma all'intero processo di sostegno per la realizzazione di tutte le iniziative volte nel loro complesso a garantire un adeguato livello di trasparenza e di controllo anche ai fini dell'attribuzione del salario accessorio.

Tale responsabilità graverà sul responsabile Trasparenza come sopra indicato, unitamente al responsabile del procedimento e/o dei procedimenti in relazione ai quali si sia verificata la violazione dell'obbligo di trasparenza.

Il responsabile della Trasparenza segnala i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente e dal Programma triennale della Trasparenza e dell'Integrità vigente, all'Ufficio procedimenti disciplinare, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare.

81/347

In pubblicazione dal

Il responsabile della Trasparenza segnala altresì gli inadempimenti alla Direzione Strategica, all'Organismo Indipendente di Valutazione anche ai fini delle valutazioni per il rispetto della performance e della valutazione professionale individuale.

4.8.2 la giornata della Trasparenza

La Giornata della Trasparenza e dell'Integrità, in base alle nuove scadenze dettate dall'ANAC è organizzata ogni anno, ed è inserita nell'evento per la Conferenza dei Servizi ex art 14 D.lgs. n. 502/92.

È obbligatorio pubblicare sul link Amministrazione Trasparente del sito istituzionale, oltre tutti gli obblighi previsti dal D.lgs. n. 33/2013 e s.m.i. e le informazioni aggiuntive del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza su base annuale, anche una relazione sulla partecipazione e le valutazioni degli stakeholder della giornata della Trasparenza.

4.8.3 Accesso civico

Il radicamento della trasparenza riconosce a ogni cittadino una posizione qualificata rispetto all'operato dell'Asl Napoli 3 Sud. Significativa, della richiamata differenza di ratio e di consequenziale regolamentazione tra disciplina della trasparenza e disciplina sull'accesso, è la disposizione di cui all'art. 24, comma 3 della L. n° 241/90 secondo cui "non sono ammissibili istanze di accesso preordinate ad un controllo generalizzato dell'operato delle pubbliche amministrazioni" laddove, come si è detto, ai sensi dell'art.11 comma 1 del D.lgs. n° 150/09, la trasparenza è finalizzata proprio a forme diffuse di controllo sociale dell'operato delle pubbliche amministrazioni e delinea, quindi, un diverso regime di accessibilità alle informazioni.

Accesso civico a dati e documenti

L'obbligo previsto dalla normativa vigente in capo alle pubbliche amministrazioni di pubblicare documenti, informazioni o dati comporta il diritto di chiunque di richiedere i medesimi, nei casi in cui sia stata omessa la loro pubblicazione.

Allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico, chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'articolo 5-bis del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i.

L'esercizio del diritto non è sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente. L'istanza di accesso civico identifica i dati, le informazioni o i documenti richiesti e non richiede motivazione. L'istanza può essere trasmessa per via telematica secondo le modalità previste dal D.lgs. 7 marzo 2005, n. 82, e successive modificazioni.

Il rilascio di dati o documenti in formato elettronico o cartaceo è gratuito, salvo il rimborso del costo effettivamente sostenuto e documentato dall'amministrazione per la riproduzione su supporti materiali.

Il procedimento per il governo delle procedure dell'accesso civico è regolamentato nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza adottato il 31 gennaio di ogni anno con delibera n° 49.

4.9 L'umanizzazione

Il rispetto per la dignità di ogni persona è l'elemento fondamentale di tutte le decisioni che riguardano la progettazione dell'assistenza, e tutto il personale delle strutture sanitarie dell'ASL Napoli 3 Sud dovrebbe conoscere profondamente il principio della dignità e del rispetto dell'altro, soprattutto se paziente.

L'umanizzazione permette di rendere i luoghi dell'assistenza e le pratiche medico - assistenziali vicine al paziente ed alla sua famiglia conciliando politiche di assistenza e bisogno di informazione, con percorsi di cura vicini alla persona, sicuri accoglienti e senza dolore.

Umanizzazione significa porre al centro la persona umana, al centro dei percorsi sanitari e socioassistenziali in una visione olistica, ovvero considerare la totalità inscindibile della componente fisica, mentale, emotiva e spirituale.

Il valore di quanto su detto diventa ancora più rilevante quando il paziente può subire perdita di funzioni, anche cognitiva questo non deve modificare in alcun modo l'umanità della persona assistita.

Bisogna occuparsi della persona malata e non solo della malattia, della persona che soffre e della sua realtà circostante non solo del dolore.

Trascurare ciò significherebbe ridurre la medicina e la cura a mera tecnica, trasformando la relazione di cura ad una lunga serie di tecniche applicate e di servizi erogati.

4.9.1 Principi organizzativi per la promozione dell'Umanizzazione

La promozione e il sostegno di programmi ed azioni di umanizzazione all'interno dell'organizzazione ASL Napoli 3 Sud si esplicitano in:

- prendere in carico il cittadino e la cittadina nei percorsi di cura per farli sentire sicuri;
- garantire la sicurezza e la continuità assistenziale oltre l'ospedale;
- curare la relazione tra professionisti, pazienti e loro familiari;
- garantire il comfort degli ambienti;
- organizzare le risposte assistenziali in base agli effettivi bisogni dei cittadini;
- socializzare le buone pratiche di esperienze di progetti di umanizzazione già esistenti in azienda;
- assicurare la trasparenza e l'accessibilità, garantendo informazioni univoche per tutte le strutture aziendali;
- garantire la partecipazione civile quale mezzo per attivare il controllo diffuso sull'operato dell'Azienda;
- rendere coerenti tutte le azioni del piano dell'Umanizzazione dell'ASL Napoli 3 Sud con gli obiettivi strategici assegnati dalla regione Campania all'ASL e declinati ai singoli dirigenti nel Piano della Performance;

4.9.2 La metodologia

Tutta l'attività riferita alla pianificazione delle azioni per il raggiungimento degli obiettivi ai fini della garanzia dell'accoglienza e dell'umanizzazione, deve essere inserita nel processo di miglioramento continuo delle Performance organizzative (qualità attesa), ai fini della soddisfazione dei nostri cittadini.

Appare evidente che quando vengono attivati sistemi per il potenziamento delle attività di umanizzazione e di comunicazione dobbiamo definire strategie per migliorare la qualità percepita da parte del cittadino (paziente e/o familiare) o dei rappresentanti di associazioni di volontariato e di tutela. In tale ambito, infatti, il concetto di qualità del servizio non si riferisce alla qualità tecnico professionale tradizionalmente intesa, bensì alle dimensioni quali l'accoglienza, la tempestività, l'informazione, il comfort, la pulizia e l'igiene, l'accessibilità e la semplificazione delle procedure.

Sono inseriti nel piano della performance per ogni struttura azioni per il miglioramento e l'accoglienza.

4.10 La conferenza dei servizi

Il Direttore Generale, ai sensi dell'art. 14 del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. convoca, almeno una volta l'anno, apposita conferenza dei servizi quale strumento per verificare l'andamento dei servizi anche in relazione all'attuazione degli indicatori di qualità, e per individuare ulteriori interventi tesi al miglioramento delle prestazioni. Qualora il Direttore Generale non provveda, la conferenza viene convocata dalla regione.

In considerazione dell'obbligo di organizzare ogni anno la giornata della Trasparenza, ai sensi del D.Lgs. 150/2009, nell'Asl Napoli 3 Sud, l'organizzazione della Conferenza dei Servizi, ai sensi dell'art. 14 D.Lgs. 502/92, e la giornata della Trasparenza, si organizzeranno congiuntamente.

4.11 La comunicazione istituzionale

La comunicazione pubblica, è soprattutto comunicazione sociale, che si differenzia dalla comunicazione di impresa per l'interesse generale che riveste, questa, infatti, agevola il cittadino nei suoi percorsi pubblici, quindi nella corretta informazione circa l'utilizzo delle strutture e dei servizi. Attualmente la comunicazione, pur differenziandosi meramente a fini operativi in interna, esterna rivolta ai cittadini o ad Enti ed Istituzioni, rappresenta l'evoluzione di nuovi modelli indispensabili per governare le nuove complessità aziendali non più organizzate in un'ottica gerarchica, bensì per processi.

Dunque la comunicazione non più come fine, o fine di un percorso, ma strumento col quale adottare, sperimentare, verificare un processo.

Attraverso la comunicazione i cittadini, i dipendenti e tutta la rete dei portatori di interesse possono sviluppare una partecipazione attiva indispensabile per un buon governo; risulta, in tal modo, una risorsa che entra nei processi organizzativi, definisce e attiva metodi e tecnologie per migliorare la qualità dei servizi, anche in coerenza con i principi e gli obiettivi della riforma della P.A. D.lgs. n° 150/09, la riforma della Pubblica Amministrazione (Madia) e le linee guida della Autorità Nazionale Anti Corruzione ANAC sul processo di attivazione e gestione del ciclo della Performance e gli obiettivi aziendali inseriti nel Piano Triennale della Trasparenza e dell'Integrità annuale.

Occorre sviluppare metodi operativi differenziati che tengano conto da un lato della personalizzazione della comunicazione di massa e dall'altro dell'ingegnerizzazione della comunicazione interpersonale per rispondere ad esigenze semplici, ma di non facile attuazione, quali:

1. comunicare ad un numero sempre più elevato di persone;
2. raggiungere i portatori di interesse con forme diverse e integrate di comunicazione;
3. sviluppare forme di comunicazione “calda” come quella interpersonale;
4. curare i contenuti e i formati;
5. contenere i costi in dimensioni accettabili al fine di poter sviluppare questo strumento fortemente strategico ed innovativo.

Al punto in cui siamo risulta necessario, per le amministrazioni pubbliche, misurarsi con tecnologie e problemi che sollecitando una conoscenza globale, forniscano una risposta locale.

È con la Legge n. 150/00 che le attività di informazioni e la comunicazione vengono legittimate e riconosciute come costanti dell'azione di governo nella Pubblica Amministrazione.

Tale legge ha disposto che vengono realizzate attività di informazione e di comunicazione in attuazione dei principi che regolano la trasparenza e l'efficacia dell'azione amministrativa.

Lo sviluppo delle attività legate alla comunicazione determina scelte organizzative e strategiche che, se efficaci, agiscono positivamente sulla percezione della qualità del servizio reso al cittadino.

L'Asl Napoli 3 Sud persegue le seguenti finalità:

- sviluppo di una coerente politica di comunicazione integrata con i cittadini e le imprese;
- gestione professionale e sistematica dei rapporti con tutti gli organi di informazione;
- realizzazione di un sistema di flussi di comunicazione interna incentrato sull'utilizzo di tecnologie informatiche e banche dati, sia per migliorare la qualità dei servizi e l'efficienza organizzativa, sia per un pieno coinvolgimento degli operatori nel processo di cambiamento;
- formazione e valorizzazione di tutto il personale e non solo per quello impegnato nelle attività di informazione e comunicazione;
- ottimizzazione, attraverso la pianificazione e il monitoraggio delle attività di informazione e comunicazione, dell'impiego delle risorse finanziarie.

4.12 L'ufficio stampa aziendale

È istituito nell'Asl Napoli 3 Sud l'Ufficio Stampa, strutturato nell'UOC Relazioni con il Pubblico.

4.12.1 Funzioni

L'art. 9 della Legge n. 150 del 07/06/2000 “Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle Pubbliche amministrazioni” stabilisce l'istituzione dell'Ufficio Stampa nelle pubbliche amministrazioni le cui funzioni sono:

- mantenere contatti costanti con le testate giornalistiche per un'adeguata comunicazione e divulgazione delle notizie riguardanti l'azione aziendale, assicurando il massimo grado di trasparenza,

chiarezza e tempestività delle comunicazioni da fornire nelle materie di interesse l'Azienda Sanitaria Locale Na 3 Sud;

- realizzare la rassegna stampa quotidiana in relazione a tutte le notizie diffuse dai mass-media di ogni categoria che abbiano attinenza diretta o indiretta con l'Azienda Sanitaria Locale Na 3 Sud;
- curare l'immagine aziendale in ogni manifestazione di qualunque carattere che veda impegnata l'Azienda quale protagonista o compartecipe, nonché organizza conferenze stampa e collabora all'organizzazione di convegni, coordinare l'aggiornamento della web-magazine di recente istituzione sul sito internet aziendale, del giornale aziendale in cartaceo e on-line.
- L'Ufficio Stampa, per garantire una corretta ed efficiente gestione del processo informativo, collabora alla stesura del Piano della Comunicazione che deve essere approvato dalla Direzione Strategica.

4.12.2 Responsabile

La responsabilità dell'Ufficio Stampa è affidata ad un coordinatore che assume la funzione di capoufficio stampa, scelto tra professionisti iscritti all'Albo Nazionale dei Giornalisti, in base al dettato della legge 150/2000 che disciplina le attività di comunicazione nella pubblica amministrazione.

Il coordinatore/Capo Ufficio stampa ed i componenti l'Ufficio Stampa non possono esercitare per tutta la durata dei relativi incarichi, attività professionali nei settori radiotelevisivi, del giornalismo, della stampa e delle relazioni pubbliche, attività che potrebbero entrare in conflitto con gli interessi ed il sistema dei valori di riferimento dell'ASL Napoli 3 Sud.

4.12.3 L'organizzazione

L'Ufficio Stampa, operante nella UOC Relazioni con il Pubblico, è dotato di una segreteria, le cui risorse umane sono rappresentate da operatori della stessa UOC Relazioni con il Pubblico, che rispetto all'attività dell'Ufficio svolge i seguenti compiti:

- a. attività di supporto tecnico-amministrativo;
- b. attività di archiviazione e protocollo;
- c. gestione inserimento dati nel sito internet aziendale;

4.12.4 Divulgazione delle notizie

L'Ufficio Stampa, oltre ai vertici aziendali (direzione strategica) o da chi dagli Stessi delegati, rappresenta l'unica fonte ufficiale dell'Asl Napoli 3 Sud previa autorizzazione della stessa direzione strategica, autorizzata a rilasciare dichiarazioni e divulgare notizie a qualsiasi titolo all'esterno dell'Azienda.

4.12.5 Piano della Comunicazione

Ogni anno, entro il 30 novembre, sarà adottato il piano della comunicazione istituzionale che avrà le seguenti caratteristiche:

- contestualizzato nella realtà dell'Asl Napoli 3 Sud;

- coerente con gli obiettivi strategici stabiliti nel piano triennale su base annuale;
- per ogni azione comunicativa saranno individuate attività, metodi, strumenti, analisi qualità percepita, misurazione risultati raggiunti;
- per ogni azione saranno individuati i responsabili; □ per ogni azione sarà individuato il budget assegnato.

4.13 Unità Operativa Complessa Relazioni con Il Pubblico (Umanizzazione – Tutela – Trasparenza- Comunicazione).

- Per tutte le attività dell'area omogenea della Partecipazione, Umanizzazione, Tutela, Trasparenza e Comunicazione, si prevede l'organizzazione della struttura complessa Relazioni con il Pubblico, allocata nell'organigramma nelle strutture Complesse di supporto alla Direzione Strategica.
- Nella U.O.C. sono previste n° 2 I.P.A.S. :
 - n°1 I.P.A.S. per il profilo organizzativo della Pubblica Tutela e dei rapporti con le Associazioni di Volontariato;
 - n°1 I.P.A.S. per il profilo organizzativo Qualità Partecipata .

La unità operativa complessa relazioni con il Pubblico coordina tutte le attività inerenti lo Sportello Amico Trapianti e tutta la struttura comunicativa del Sistema Informativo Trapianti ai fini della promozione della cultura della donazione degli organi dei tessuti e del midollo.

La collocazione della struttura nell'organigramma rispetta quanto stabilito nell'art.4 comma 4 D.lgs. 165/2001.

4.14 Il consenso informato

L'Asl Napoli 3 Sud ha adottato con Delibera del Commissario Straordinario n. 643 del 02/12/2015 la procedura per l'informazione del paziente e l'acquisizione del consenso informato.

Il consenso informato costituisce un momento imprescindibile dell'attività sanitaria e, insieme alla cartella clinica e agli altri documenti sanitari, rappresenta uno strumento prezioso per garantire cure sicure e di qualità. L'obbligo del consenso informato è sancito dalla Costituzione, da varie norme, dai codici deontologici e dalla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea. Sotto il profilo costituzionale, il principio dell'autodeterminazione trova il suo fondamento negli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione Italiana. In ambito europeo, l'art. 3 comma 2 della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea, proclamata a Nizza il 7 dicembre 2000, riconosce il consenso libero e informato, il quale rileva non soltanto il profilo della liceità del trattamento medico ma, prima ancora, come espressione del diritto all'integrità della persona.

Il Consenso Informato è l'assenso che il paziente esprime a un trattamento sanitario, in modo libero, dopo essere stato informato sulle modalità di esecuzione, i benefici, gli effetti collaterali e i rischi prevedibili, l'esistenza di valide alternative terapeutiche nonché le eventuali conseguenze ipotizzabili del dissenso al trattamento.

La procedura per l'informazione del paziente e l'acquisizione del consenso informato Definisce le modalità relative al processo di informazione al paziente ed alla successiva acquisizione del consenso consapevole al trattamento sanitario proposto dai professionisti dell'Azienda.

La procedura si applica a tutte le prestazioni assistenziali (diagnostiche, terapeutiche, riabilitative) sia in regime di ricovero che ambulatoriale (comprese le attività svolte in regime libero professionale intramoenia), effettuate nell'Azienda Napoli 3 Sud.

Per le prestazioni psicologiche in merito al consenso informato sono state adottate con delibera n° 247 del 114.04.2016 specifiche "Linee Guida al consenso informato alle Prestazioni Psicologiche".

4.15 L'Assistenza agli stranieri

L'Asl Napoli 3 Sud assicura l'assistenza sanitaria a tutti cittadini stranieri comunitari ed extracomunitari nel rispetto degli accordi vigenti con i rispettivi paesi di origini. Garantisce altresì l'assistenza sanitaria sia agli stranieri in regola con il permesso di soggiorno (iscritti obbligatoriamente al SSN, iscritti volontariamente al SSN, non iscritti al SSN), agli stranieri in Italia per motivi di cura, agli stranieri detenuti, internati o sottoposti a misure detentive, agli stranieri non in regola con il permesso di soggiorno.

Il supporto organizzativo all' Assistenza agli Stranieri sarà garantito da un Dirigente medico con funzione di Coordinatore a cui sarà conferito un I.P.A.S., afferente alla UOC Cure Primarie e Attività territoriali.

4.16 Accessibilità ed atto Aziendale

L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 sud con il fine di promuovere una partecipazione alla pianificazione delle azioni previste nel presente atto aziendale pubblicherà il presente documento nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale in tutti i formati previsti dalla legge al fine di garantire l'approfondimento ai cittadini diversamente abili.

Il Documento sarà inoltre corredato di un glossario.

Entro un mese dall'adozione saranno previsti collegamenti ipertestuali quando saranno citate norme e delibere etc.

TITOLO 5

Valorizzazione, sviluppo e sicurezza delle risorse umane



TITOLO 5 - VALORIZZAZIONE, SVILUPPO E SICUREZZA DELLE RISORSE UMANE

5.1 Clima e benessere organizzativo

L'interesse per il benessere organizzativo ha trovato, negli ultimi decenni, sempre maggiore spazio nell'ambito delle norme sul miglioramento dell'efficienza e della qualità delle amministrazioni pubbliche. L'attenzione per questo tema è motivata dalla consapevolezza che un contesto lavorativo improntato al benessere dei lavoratori e delle lavoratrici, rappresenta un elemento imprescindibile per garantire il miglior apporto sia in termini di produttività che di affezione al lavoro.

Il miglioramento delle performance di un'organizzazione di natura pubblica, che si pone al servizio dell'intera comunità, non può prescindere da una attenta gestione e motivazione del suo personale e dal miglioramento dell'organizzazione del lavoro.

La necessità di valutare il benessere della pubblica amministrazione nasce proprio dall'esigenza di comprendere se l'organizzazione sta adempiendo in maniera efficiente ai suoi compiti di "servizio" verso i cittadini e verso i propri dipendenti.

Il Dipartimento della Funzione Pubblica, ha messo a punto un modello di misurazione del benessere organizzativo nelle pubbliche amministrazioni, secondo il quale un'organizzazione è «in buona salute» quando essa:

- allestisce un ambiente di lavoro salubre, confortevole e accogliente;
- pone obiettivi espliciti e chiari ed è coerente tra enunciati e prassi operative;
- riconosce e valorizza le competenze e gli apporti dei dipendenti e stimola nuove potenzialità
- ascolta le istanze dei dipendenti;
- mette a disposizione le informazioni pertinenti al lavoro;
- adotta tutte le azioni per prevenire gli infortuni e i rischi professionali;
- stimola un ambiente relazionale franco, comunicativo, collaborativo;
- assicura scorrevolezza operativa, rapidità di decisione, supporta l'azione verso gli obiettivi;
- assicura equità di trattamento a livello retributivo, di assegnazione di responsabilità, di promozione del personale;
- stimola nei dipendenti il senso di utilità sociale contribuendo a dare senso alla giornata lavorativa dei singoli e al loro sentimento di contribuire ai risultati comuni;
- è aperta all'ambiente esterno e all'innovazione tecnologica e culturale.

Le indagini sul clima e sullo stato di benessere psicofisico dei lavoratori costituiscono dunque il punto di partenza necessario a definire lo stato di salute dell'Azienda ed a progettare azioni di miglioramento dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro.

L'Asl Napoli 3 Sud persegue il benessere organizzativo attraverso il collegamento e la collaborazione di varie funzioni aziendali:

- la UOC Prevenzione e Protezione per l'indagine sui rischi stress-lavoro correlati e relative azioni di correzione e contrasto;
- i medici competenti per le valutazioni singole dello stato di salute psicofisica dei lavoratori;
- la UOC GRU per la valorizzazione delle competenze, la promozione di azioni di miglioramento dell'organizzazione del lavoro, la determinazione di Pari Opportunità, la conciliazione dei tempi di lavoro con i tempi di vita dei dipendenti con particolari problematiche;
- la UOC Formazione per lo sviluppo delle professionalità, il miglioramento delle capacità comunicative e relazionali, la facilitazione di esperienze di scambio e condivisione, la promozione del lavoro di gruppo;
- la UOC Relazioni con il Pubblico per il miglioramento delle modalità di comunicazione interna e per la funzione di interfaccia tra il bisogno del cittadino e la risposta competente dell'operatore, che ha come ritorno l'aumento del senso di soddisfazione lavorativa;
- l'OIV per la valutazione del Benessere Organizzativo secondo le indicazioni dell'Autorità Nazionale anti corruzione;
- il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, per le azioni preventive, consultive e di verifica sulla condizione psicofisica dei lavoratori e sulle relative azioni intraprese dall'Azienda.

5.2. Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

Le Politiche Aziendali per la Tutela della Salute dei Lavoratori Il miglioramento delle condizioni di lavoro, la tutela della salute e sicurezza dei lavoratori e la promozione della cultura della prevenzione, rappresentano obiettivi fondamentali dell'Azienda.

In tutti gli ambienti di lavoro si deve promuovere una prevenzione globale, organizzata, programmata, informata e partecipata. In questo quadro, la Direzione Strategica considera di fondamentale importanza il raggiungimento della qualità nelle condizioni di lavoro e persegue tale obiettivo attraverso l'implementazione di un sistema organizzativo aziendale in grado di fornire indicazioni procedurali per la realizzazione di azioni tendenti a sviluppare la prevenzione e la protezione al fine di garantire la sicurezza e la salute dei lavoratori. A fronte del ruolo critico e strategico della Direzione Generale, questo tipo di organizzazione coinvolge, in maniera diretta, tutti i soggetti dai massimi dirigenti, ai responsabili di unità operative e servizi, ai preposti, ai lavoratori (dipendenti, convenzionati, etc.) che, a qualsiasi titolo, svolgono attività all'interno dell'Azienda.

Per il raggiungimento di questo obiettivo l'Azienda ha istituito la Unità Complessa denominata Servizio di Prevenzione e Protezione.

La collocazione della struttura nell'organigramma rispetta quanto stabilito nell'art. 4 comma 4 D.lgs. 165/2001.

Tale Servizio svolge la funzione di responsabile tecnico in merito alla corretta applicazione delle normative in vigore in tema di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. (D.lgs. n. 81/08 e s.m.i.)

La Direzione Generale adotta lo strumento della delega ai Direttori dei Macro centri in merito alla gestione della sicurezza dei luoghi di lavoro. Per quanto riguarda gli strumenti necessari ai fini della gestione della prevenzione e del miglioramento delle condizioni di lavoro, l'Azienda, a mezzo del decentramento delle funzioni datoriali e, quindi, attraverso l'operato dei Direttori delle Strutture e con il supporto del Servizio Prevenzione e Protezione, persegue precise azioni permanenti quali il monitoraggio e la mappatura dei rischi negli ambienti di lavoro, la sorveglianza sanitaria ed epidemiologica dei lavoratori esposti a rischio, la formazione e l'informazione di lavoratori, il coinvolgimento, la partecipazione e la consultazione sistematica dei lavoratori e dei loro rappresentanti (RLS), il monitoraggio e il riesame.

Con deliberazione n° 316 del 16 dicembre 2016 si è proceduto a ridefinire il modello aziendale di organizzazione e di gestione della sicurezza nei luoghi di lavoro mediante l'individuazione del datore di lavoro ai sensi e per gli effetti dell'art.2, comma 1 lettera B del D.l.gs 9 aprile 2008, n°81 e s.m.i. . La Direzione generale ha adottato lo strumento della diretta individuazione delle funzioni datoriali in capo ai direttori dei Direttori di Distretti Sanitari, i direttori medici di presidio ospedaliero e delle altre macrostrutture , in merito alla gestione della sicurezza nei luoghi di lavoro, i quali sono dotati di piena ed effettiva autonomia gestionale, di decisione e di spesa e pertanto nell'ambito della sfera di attribuzione e delle competenze sono deputati e direttamente responsabili per l'adempimento degli obblighi elencati e disciplinati a norma dell'art.18 del D.lgs. 81/2008 e s.m.i. Resta in merito determinato che per 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.

5.3 Unità Operativa Complessa Gestione delle risorse umane

L'Unità operativa complessa per la Gestione delle risorse umane è la struttura a cui sono demandate le funzioni di attuazione di programmi e politiche del personale dipendente e convenzionato nonché della gestione degli aspetti quali-quantitativi di acquisizione e gestione giuridico-economica del personale dipendente e convenzionato.

Sono funzioni di competenza della struttura:

- Procedure di assunzione del personale con rapporto di lavoro dipendente mediante l'attivazione di concorsi e selezioni pubbliche, avvisi pubblici, richieste per l'avviamento a selezione e bandi di mobilità regionale ed interregionale, applicazione della normativa speciale per i disabili;
- Procedure per la stipula dei contratti individuali di lavoro;
- Procedure relative alle variazioni del rapporto di lavoro;
- Estinzione del rapporto di lavoro;
- Procedure di mobilità;
- Attivazione procedura per l'accertamento sanitario idoneità alle mansioni;
- Tenuta fascicoli personali del personale dipendente;
- Certificazioni di servizio del personale dipendente;
- Attestati inerenti lo "status" del personale del personale dipendente; □ Ruoli del Personale;
- Predisposizione schemi di contratti individuali di lavoro subordinato;
- Predisposizione schemi di contratti libero professionali a valenza aziendale su indicazione della Direzione aziendale;
- Controllo delle incompatibilità riferite al personale dipendente;
- Autorizzazioni allo svolgimento di attività extraistituzionali per il personale dipendente;

- Rilevazione dei dati inerenti gli incarichi conferiti e autorizzati al personale dipendente nonché ai collaboratori e consulenti esterni ai fini dell'aggiornamento dell'anagrafe delle prestazioni (Perla P.A.);
□ Gestione procedure Amministrative per l'attivazione collegi tecnici ai fini della valutazione dirigenziale;
- E' corresponsabile con la U.O.C. Performance dell'erogazione del salario di risultato;
- Aspetti giuridici relativi alle convenzioni attive con amministrazioni pubbliche e privati;

Rilevazione dati inerenti le risorse umane richiesti da enti pubblici sulla base di specifiche disposizioni normative;

- Denunce di infortuni sul lavoro e rapporti istituzionali con l'INAIL;
- Procedure per il collocamento in pensione;
- Procedure per la liquidazione delle indennità premio fine servizio;
- Riscatti INPDAP e ricongiunzione servizi con iscrizione previdenziale presso altri enti;
- Procedure per la liquidazione da parte dell'INPDAP del trattamento di fine rapporto;
- ruoli di pagamento INPDAP;
- Procedure per il riconoscimento infermità per cause di servizio, concessione equo indennizzo, pensioni di inabilità e privilegio.
- Elaborazione del conto annuale e della relativa relazione di concerto con l'Unità Operativa Complessa;
- Gestione degli aspetti economici relativi alle convenzioni attive con amministrazioni pubbliche e privati;
- Rilevazione dati economici inerenti le risorse umane richiesti da enti pubblici sulla base di specifiche disposizioni normative;
- Applicazione contratti collettivi nazionali di lavoro, contratti integrativi aziendali, legislazione nazionale e regionale per quanto concerne gli istituti di carattere economico;
- Trattamento economico di missione previa liquidazione da parte delle strutture che gestiscono direttamente il personale;
- Adempimenti del sostituto d'imposta;
- Adeguamenti mensili e periodici di natura fiscale e contributiva ivi comprese le denunce agli istituti previdenziali e assicurativi;
- Gestione compensi Direttori Generale, Amministrativo e Sanitario, Collegio Sindacale e di altri titolari di redditi assimilati a quelli di lavoro dipendente;
- Gestione dell'intera filiera delle procedure stipendiali ivi compresa la gestione anagrafica del personale e la produzione dei cedolini e l'eventuale inserimento di comunicazioni aziendali in busta paga;
- Pagamento del lavoro straordinario, dei turni di pronta disponibilità, della produttività e degli istituti contrattuali di carattere economico correlati alla presenza in servizio, previa liquidazione da parte delle strutture che gestiscono direttamente il personale;
- Pagamento corrispettivi attività libero professionali previa liquidazione su relazione da parte delle strutture che gestiscono direttamente i professionisti;
- Rilevazione dei compensi erogati ai dipendenti, inseriti nella busta paga mensile, a qualunque titolo;
- Costituzione, controllo e gestione dei fondi contrattuali relativamente all'erogazione delle relative indennità a tutto il personale dipendente;
- Cessione dello stipendio e prestiti personali al personale dipendente nonché altre forme di intervento coatto sugli stipendi;
- Gestione del sistema informativo di settore di concerto con la U.O. Sistemi Informativi ITC ivi compresa la gestione ed i rapporti con i fornitori degli attuali Sw di elaborazione paghe in uso per le tematiche gestionali, fatte salve le competenze della UO suddetta;
- Trasferimenti dati dalla procedura paghe alle contabilità gestionali e la produzione dei reports per emissione dei mandati e la compilazione del bilancio;

- Gestione corrente e vigilanza del personale a rapporto di dipendenza in relazione a: - tessere di riconoscimento personale dipendente - Tessere di riconoscimento U.P.G.; Rilevazione delle presenze e delle assenze (acquisizione delle timbrature e inserimento dei giustificativi di assenza, notifica periodica dei cartellini ai dipendenti, determinazione dei crediti o debiti orari, etc.);
- Verifica degli andamenti delle presenze ed è responsabile della valutazione complessiva dei tassi di assenza di struttura e su base aziendale;
- Istruttoria e adempimenti preliminari relativi agli istituti contrattuali di carattere giuridico ed economico correlati alla presenza in servizio.
- Monitoraggio e reportistica periodica delle norme previste dal D.lgs. 66/2003 nei confronti delle strutture cui è affidata la gestione diretta del personale;
- Gestione Informazioni per il personale sul Link di competenza sul sito istituzionale;
- Responsabile della Pubblicazione dei debiti informativi di Amministrazione Trasparente ai sensi del D.L.gs 33/2013 e s.m.i.

Alla suddetta U.O. compete inoltre:

- La collaborazione ai tavoli di trattativa sindacale per le materie di propria competenza;
- La trattazione diretta con le OO.SS. di aspetti specifici delle materie di propria competenza;
- La partecipazione a commissioni, collegi tecnici, gruppi di lavoro interdisciplinari e similari per la materia di competenza;
- L' eventuale difesa in giudizio dell'Azienda ai sensi e nei limiti dell'art. 417 bis del c.p.c., nonché eventuale assunzione del ruolo di consulente di parte in sedi giurisdizionali limitatamente alle materie afferenti alla struttura diretta;
- Il supporto tecnico all'UOC Affari Legali nei casi di contenzioso del lavoro;
- La responsabilità sui contenuti e sul costante aggiornamento del sito web aziendale per gli aspetti e le materie rientranti nelle proprie competenze;
- La partecipazione alle attività a livello regionale e interaziendale riguardanti le competenze;
- La Responsabilità della Gestione dell'Ufficio Relazioni Sindacali;
- La Responsabilità della corretta procedura ai fini della rotazione degli incarichi ai sensi del Piano Nazionale Anticorruzione e del Piano Prevenzione della Corruzione adottato entro il 31 gennaio di ogni anno.
- Attivazione dei procedimenti disciplinari di competenza del Collegio di Disciplina – Art. 55 bis - c. 4 - del D.Lgs. 165/2001 come introdotto dal D.Lgs. 150/2009;
- Gestione dei procedimenti disciplinari attivati dai Responsabili delle strutture che non hanno qualifica dirigenziale ovvero se la sanzione da applicare è più grave di quelle di cui al comma 1, primo periodo, dell'art. 55 bis, così come previsto dall' Art. 55 bis – c. 3 - del D.Lgs. 165/2001 come introdotto dal D.Lgs. 150/2009;
- Istruttoria dei procedimenti disciplinari su delega dei componenti del Collegio di disciplina ai sensi del D.Lgs. 165/2001;
- Adozione del procedimento di sospensione dal servizio del dipendente in presenza di un procedimento disciplinare laddove se ne ravvisi l'opportunità;
- Predisposizione del provvedimento di conclusione del procedimento disciplinare di competenza del Collegio di Disciplina;

- Adozione del provvedimento di sospensione del procedimento disciplinare in presenza di procedimento penale in corso ai sensi dell'Art. 55 ter del D.Lgs. 165/2001 come introdotto dal D.Lgs. 150/2009;
- Riattivazione del procedimento disciplinare a conclusione del procedimento penale ai sensi dell'Art. 55 ter – comma 4 - del D.Lgs. 165/2001 come introdotto dal D.Lgs. 150/2009;

Interpellanze alle Procure della Repubblica al fine di acquisire informazioni sullo stato e grado dei procedimenti penali in corso;

- Relazione al Responsabile Prevenzione della corruzione sullo stato dei procedimenti attivati nei confronti del personale dipendente;
- Attività di formazione del personale in relazione al Codice di Disciplina Aziendale (Delibera n. 539 del 25/07/2014) e del Codice di Comportamento Aziendale (Delibera n. 813 del 05/12/2013);
- Procedimenti di licenziamento per direttissima (30 gg.) ai sensi del D.Lgs. 116/2016;

5.3.1 L'Ufficio Relazioni Sindacali

Nell'ambito dell'assetto organizzativo della UOC Gestione Risorse Umane, allo scopo di rendere trasparente e funzionale l'istituto delle relazioni sindacali, è istituito, l'Ufficio Relazioni Sindacali.

Detto Ufficio rappresenta il riferimento sotto il profilo organizzativo e funzionale sia per le OO.SS. - RSU che per la componente aziendale della delegazione trattante.

L'Ufficio Relazioni Sindacali è tenuto ad assicurare tutte le attività funzionali ed a supporto, ed in particolare:

- a) Predisposizione e invio delle convocazioni degli incontri a livello centrale ai soggetti titolari del tavolo sindacale, di norma entro 5 giorni lavorativi dalla data di convocazione, corredandole del materiale utile ai fini del successivo confronto;
- b) Predisposizione ed invio alle R.S.U. ed alle OO.SS. di tutta la documentazione relativa all'istituto dell'informazione;
- c) Invio ai coordinatori RLS, per conoscenza, delle convocazioni rivolte alle RSU ed OO.SS. nonché il materiale all'ordine del giorno;
- d) Trasmissione via e-mail delle intese sottoscritte sia alle RSU ed alle OO.SS. ed RLS sia ai responsabili aziendali interessati al fine di dare rapida, concreta e capillare attuazione agli impegni assunti;
- e) Inoltro, a tutte le Articolazioni, delle informazioni ed assicurazione del supporto utile a garantire la corretta applicazione degli Accordi, nonché il rispetto e l'applicazione degli stessi nei diversi ambiti dell'Azienda interessati;
- f) Corretta gestione ed archiviazione di tutti gli atti relativi alle attività correlate alle Relazioni Sindacali, nonché espletamento dell'attività amministrativa connessa con l'esercizio dei diritti sindacali;
- g) Raccolta delle istanze sindacali provvedendo, tramite il supporto delle articolazioni aziendali coinvolte, ed il coordinamento del Direttore Amministrativo, alla predisposizione dell'istruttoria necessaria per la elaborazione del testo delle risposte da inoltrare delle OO.SS.- RSU nei tempi dovuti;
- h) Predisposizione di tutto quanto necessario, da un punto di vista amministrativo funzionale, per attivare il regolare svolgimento degli incontri sindacali sia delle Commissioni trattanti a livello centrale che delle Commissioni tecniche.

- i) Trasmissione delle richieste di pubblicazione di documentazione, sull'apposito link home page del sito istituzionale, alla UOC Relazioni con il Pubblico.
- j) Gestione delle richieste e relative autorizzazioni dei permessi sindacali ai sensi degli artt. 8 co.2 e 9 del CCNQ 7/8/98;

La Struttura Complessa UOC Gestione Risorse Umane è collocata nelle strutture a supporto del governo Tecnico amministrativo del Direttore Amministrativo Aziendale.

5.4 La Formazione e lo Sviluppo delle risorse umane

La formazione continua, l'aggiornamento professionale e lo sviluppo delle risorse umane assumono per l'Asl Napoli 3 Sud una valenza strategica, di sostegno ai cambiamenti organizzativi ed alla implementazione qualitativa delle prestazioni erogate.

Le risorse umane costituiscono l'elemento strategico e uno dei fattori critici di successo delle organizzazioni sanitarie, dove le *conoscenze* e le *competenze* professionali degli operatori sono direttamente connesse alla qualità delle prestazioni in termini di efficienza, efficacia ed appropriatezza. Nei servizi diretti alle persone, il rapporto utente-operatore è caratterizzato da un elevato grado di *personalizzazione* ed *umanizzazione* delle prestazioni, al punto che il giudizio sulla qualità dei servizi ne è fortemente influenzato.

Il SSN è sempre più orientato al servizio alla persona, al conseguimento di obiettivi di salute della popolazione e non di mera erogazione di prestazioni. Questo richiede, a tutti gli operatori della sanità, una maggiore e più articolata dotazione di competenze e consapevolezza, sia nell'approccio al paziente che nello svolgimento delle funzioni organizzative e gestionali richieste dal continuo processo di rinnovamento del settore, a livello operativo, motivazionale e culturale.

La formazione costituisce pertanto un investimento cruciale per promuovere lo sviluppo professionale del proprio personale, adeguandolo alle nuove acquisizioni scientifiche e tecnologiche da un lato e dall'altro alle innovazioni gestionali ed organizzative.

In questa ottica, la formazione, pur se rivolta alla persona, si inserisce nella complessità dell'organizzazione permeandosi ad un contesto evolutivo dinamico-culturale: da quello tecnico, legato alla professionalità specifica, che va sviluppata e migliorata nel tempo, a quello socio-organizzativo, che considera l'ambito operativo nel quale tale professionalità viene esercitata.

Il processo di trasformazione integrata tra sviluppo del singolo/gruppo di operatori ed esigenze della struttura organizzativa in cui sono inseriti, determina in tal modo *apprendimento e sviluppo organizzativo*.

Ciò premesso, l'Asl Napoli 3 Sud riconosce il diritto di tutti i dipendenti alla formazione ed all'aggiornamento, individuati come fondamentale strumento per la crescita professionale, il rafforzamento e lo sviluppo di nuove competenze, l'adeguamento ai continui cambiamenti in atto.

In particolare, la formazione e l'aggiornamento professionale, devono rispondere agli obiettivi aziendali e devono essere coerenti con le mansioni svolte dal singolo, all'interno dell'Unità Organizzativa, per permettere di rafforzare la capacità di gestire iniziative di miglioramento e d'innovazione dei servizi.

La formazione è un investimento che deve essere adeguatamente pianificato e valutato, in coerenza con gli obiettivi istituzionali, per come declinati nel Piano Triennale della Performance.

La formazione, infatti, rappresenta un efficace mezzo per intervenire sulle conoscenze e sulle competenze individuali, al fine di incrementarle e potenziarle per migliorare le performances individuali e, di conseguenza, quelle dell'organizzazione stessa. Pertanto nell'Asl Napoli 3 Sud la funzione formazione interagisce con i vari sistemi aziendali di programmazione decisionale e gestionale, per passare da una logica di "servizio formazione" ad una logica di "sistema della formazione", in una prospettiva culturale più ampia, che la consideri un mezzo non solo idoneo ad arricchire i *"saperi individuali"* ma anche a sviluppare *"conoscenze e capacità collettive"*.

Nell'Asl Napoli 3 Sud, inoltre, la formazione è concepita come un'importante leva di cambiamento culturale a sostegno dell'attuale spinta normativa verso il risanamento della PA, per raggiungere gli obiettivi assunti con il Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità e con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione.

5.4.1 L'Unità Operativa Complessa Formazione e Sviluppo Risorse Umane

Nell'organigramma è prevista la struttura complessa Formazione e sviluppo Risorse Umane, tra le strutture di Supporto al Governo Clinico – Direzione Sanitaria Aziendale.

Lo strumento operativo della formazione è Il Piano di Formazione aziendale, con valenza triennale ed annuale, elaborato sulla scorta dell'analisi dei bisogni formativi del personale, che ne costituisce la fase propedeutica. Nel Piano di Formazione aziendale vengono raccolte ed integrate, nello spirito della più ampia partecipazione, le indicazioni provenienti da tutte le componenti aziendali: Direzione Strategica, articolazioni aziendali, O.O.S.S., attraverso la Commissione Paritetica.

L'orizzonte pluriennale del piano della formazione è coerente con la visione della formazione come strumento strategico per il raggiungimento degli obiettivi aziendali e consente di delineare gli interventi formativi con un respiro sufficientemente ampio, in prospettiva dei cambiamenti attesi nel medio lungo periodo.

Con il Piano *triennale* vengono definite le linee strategiche della formazione nel triennio, le aree prioritarie di intervento dell'azione formativa e vengono delineati in modo sintetico obiettivi, destinatari e risorse degli interventi programmati.

Il *piano annuale* sviluppa le linee tracciate e traduce gli obiettivi strategici del piano triennale in obiettivi operativi, definendo la progettazione di dettaglio delle iniziative formative con relativi costi.

Il budget destinato annualmente alla formazione, nel rispetto della normativa vigente (art.6 D.Lgs. 78/2000 convertito in legge 122 del 30/07/2010) non sarà superiore al 50% della spesa sostenuta nell'anno 2009.

Le tipologie formative offerte in azienda per il personale dipendente e convenzionato sono:

- Formazione interna: nella quale rientrano tutti i corsi prodotti all'interno delle strutture aziendali ed è rappresentata nel Piano Formativo Aziendale annuale. Per i ruoli sanitari, come previsto per legge, la formazione interna è tutta soggetta a rilascio di crediti ECM.
- Formazione esterna: è la partecipazione a iniziative di aggiornamento organizzate da terzi, cioè extra Azienda USL, identificabili in Corsi, Congressi, Convegni, Seminari e simili organizzati da soggetti pubblici e/o privati. È autorizzata dal proprio responsabile di servizio, o, per il personale del comparto, dal proprio coordinatore tecnico-infermieristico. L'autorizzazione alla copertura dei costi è data dal referente della formazione di distretto.
- Formazione sul campo: rappresenta le attività che si svolgono sul proprio posto di lavoro e che contengono una significativa valenza didattica (es. addestramento, partecipazioni a commissioni o comitati, audit clinico, partecipazione a progetti di miglioramento, partecipazioni a ricerche). È una tipologia di formazione che può essere utilizzata per l'acquisizione dei crediti formativi ECM.

L'Asl Napoli 3 Sud è Provider accreditato regionale per l'Educazione Continua in Medicina (ECM) e gestisce tutte le attività connesse alla gestione del sistema ECM del Ministero della Salute garantendo l'acquisizione dei crediti alle categorie professionali interessate, attraverso le seguenti tipologie di attività:

Formazione residenziale (RES); Formazione sul campo (FSC); Formazione Blended (mista: RES + FSC); Attività di docenza e tutoring.

L'Asl Na3 Sud provvede annualmente all'accreditamento delle iniziative rivolte al personale sanitario inserendo sulla piattaforma regionale il piano formativo ECM, ai fini della certificazione dei crediti al proprio personale.

Al fine di garantire una formazione più specificamente indirizzata allo sviluppo delle competenze individuali la Commissione Nazionale per l'ECM ha promosso l'introduzione nelle Aziende Sanitarie del dossier formativo individuale e di gruppo, strumento di programmazione e valutazione del percorso formativo del singolo operatore e delle équipe di lavoro.

L'implementazione del dossier formativo, da costruire e gestire in collaborazione con l'UOC Gestione risorse umane, rappresenta un importante strumento per lo sviluppo e la valutazione delle competenze organizzative di cui l'azienda necessita per adeguarsi ai mutamenti del contesto.

La Unità operativa Complessa Formazione e Sviluppo Risorse Umane inoltre gestisce:

- Piani di Formazione per l'applicazione del D.lgs 81/2008 sulla prevenzione e la sicurezza in collaborazione della UOC Prevenzione e Protezione;
- Gestione territoriale del Corso di formazione regionale specialistico in Medicina Generale (CFSMG) su disposizione del direttore sanitario aziendale;
- Corsi di Formazione sulla Prevenzione della Corruzione in Accordo con Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- Corsi di Formazione a supporto dei Progetti aziendali finanziati con fondi esterni.

L'Asl Napoli 3 Sud gestisce anche le seguenti tipologie di attività formative rivolte ad Enti ed Istituzioni esterne: Corso di Laurea in Infermieristica per l'Università degli Studi di Napoli Federico II;

Tirocini formativi e di orientamento agli studenti e specializzandi di corsi universitari e di Scuole di Specializzazione formalmente riconosciute, tramite stipula di Convenzioni;

Corsi organizzati su mandato della Regione Campania (Corsi di Formazione Specifica in Medicina Generale, corsi per Operatori Socio Sanitari, Operatori Socio-Assistenziali, ecc.)

Corsi di formazione in emergenza- urgenza (BLSD-PBLS)

Inoltre organizza corsi di formazione HCCP per alimentaristi secondo i tre livelli di rischio previsti dalla normativa di riferimento.

La UOC Formazione e Sviluppo Risorse Umane è inserita dall'organigramma aziendale tra le strutture complesse a supporto del Governo Clinico.

La collocazione della struttura nell'organigramma rispetta quanto stabilito nell'art. 4 comma 4 D.lgs 165/2001.

5.5 Le relazioni sindacali

L'Accordo tra l'azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud e i soggetti sindacali firmatari si fonda sui principi di cui alle L. 7 agosto 1990, n. 241, L. 11 febbraio 2005, n. 15, L. 18 giugno 2009, n. 69 e L. 6 novembre 2012, n. 190, 100/347

In pubblicazione dal

recanti norme in materia di procedimenti amministrativi, di trasparenza e di legalità dell'azione amministrativa, al D.lgs. 30.03.2001, n. 165 e seguenti, e al D.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 recanti norme in materia di organizzazione e di rapporto di lavoro nelle amministrazioni pubbliche, nonché rispettivamente sui CC.CC.NN.LL. della dirigenza e del comparto.

Su tali presupposti normativi, la contrattazione integrativa tende ad assicurare adeguati livelli di efficienza e produttività dei servizi pubblici, incentivando l'impegno ed il perseguimento degli interessi degli utenti, nonché la tutela e la valorizzazione del personale dipendente.

5.5.1 Relazioni sindacali aziendali

L'art. 3 del CCNL del Comparto Sanità 1998/2001 prevede che il sistema delle relazioni sindacali sia strutturato in modo coerente con l'obiettivo di contemperare l'interesse al miglioramento delle condizioni di lavoro e alla crescita professionale dei dipendenti con l'esigenza delle aziende di incrementare e mantenere elevata l'efficacia e l'efficienza dei servizi erogati alla collettività. La condivisione dei predetti obiettivi auspica l'opportunità di pervenire ad uno stabile sistema di relazioni sindacali.

Il sistema delle relazioni sindacali, attraverso il quale si contemperano le esigenze dei dipendenti, espresse sia in termini di miglioramento delle condizioni di lavoro che di crescita professionale, si realizza attraverso la corretta utilizzazione di tutti gli strumenti contrattuali previsti dai contratti collettivi nazionali di lavoro.

Il sistema attiene:

1. alla contrattazione integrativa;
2. alla partecipazione sindacale che si realizza tramite gli istituti:
 - a. informazione;
 - b. concertazione;
 - c. consultazione;
 - d. commissioni, osservatori e conferenze;
3. alle procedure di interpretazione autentica.

È consentita la contrattazione collettiva integrativa, negli esclusivi limiti previsti dalle norme di legge, nelle materie relative alle sanzioni disciplinari, alla valutazione delle prestazioni ai fini della corresponsione del trattamento accessorio, della mobilità e delle progressioni economiche.

5.5.2 Concertazione

La "concertazione" consente la partecipazione sindacale in materie o scelte organizzative di competenza della Direzione non ha carattere negoziale e non comporta, comunque, obblighi di codecisione a carico del datore di lavoro pubblico. Nelle materie riservate alla concertazione dai CCCCNLL, la procedura di concertazione non può essere sostituita da altri modelli di relazioni sindacali.

La concertazione si conclude o con un'intesa o con la registrazione del mancato accordo. L'eventuale intesa redatta sempre in forma scritta impegna la Direzione a darne esecuzione. Il mancato accordo dà luogo alla

stesura di un verbale nel quale vengono descritte le posizioni conclusive delle parti. Il verbale così redatto formerà parte integrante della delibera dispositiva della Direzione aziendale.

5.5.3 Consultazione

La consultazione ha funzione di "ascolto" delle esigenze e dei punti di vista circa un determinato argomento e consiste nella acquisizione, da parte dell'Azienda, previa adeguata informazione, di un parere in forma scritta dei soggetti sindacali nelle materie individuate dal CCNL. Qualora il parere non sia espresso o pervenga oltre 15 gg. dalla ricezione degli atti esso si intende espresso in senso positivo.

5.5.4 Informazione

L'informazione è un ulteriore strumento di miglioramento del livello qualitativo dei rapporti dell'Azienda con le Organizzazioni sindacali.

Sono oggetto di informazione le materie di cui all'art. 6 lett. a) del CCNL 1998-2001 e seguenti CC.NN.L.L..

5.5.5 Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza

Si riconosce l'importanza del ruolo del R.L.S., di cui al D.lgs. n. 81/2008, e al D.lgs. n. 106/2009, che è chiamato ad un ruolo di grande rilievo nel sistema di prevenzione così come introdotto dalle norme in materia di sicurezza, si danno atto e condividono che è opportuno disciplinare il funzionamento degli R.L.S. nell'ambito della Asl Napoli 3 Sud.

5.5.6 Diritti e libertà sindacali

L'esercizio del diritto sindacale di assemblea, astensione dal lavoro e dei permessi sindacali è regolato dalle apposite norme. Le convocazioni "effettuate dall'Azienda per partecipare a trattative, confronti, concertazione e consultazione non rientrano nel monte ore spettante alle OO.SS. e alle RSU e devono quindi considerarsi a tutti gli effetti servizio effettuato qualora lo stesso sia coincidente con l'orario di servizio del dirigente sindacale interessato.

5.6 Attribuzione e revoca degli incarichi dirigenziali e relative modalità di valutazione.

La normativa sull'organizzazione delle pubbliche amministrazioni pone grande attenzione al ruolo del dirigente a cui, nel rispetto del principio di distinzione tra attività di indirizzo politico, del Direttore Generale, e attività di gestione, spetta ogni competenza - e conseguente responsabilità - *per l'attuazione dei programmi, nonché per la proposta dei conseguenti atti, attraverso la gestione delle risorse umane, finanziarie e strumentali assegnate.*

Le norme che disciplinano gli incarichi dirigenziali ne stabiliscono le procedure, le modalità di conferimento e la durata, mirando a garantire l'autonomia e l'imparzialità dell'agire amministrativo. E' infatti indispensabile

che l'Azienda assuma le relative determinazioni con una trasparente ed oggettiva valutazione della professionalità e delle caratteristiche attitudinali.

La legge fornisce delle chiare indicazioni circa le modalità di conferimento degli incarichi e l'articolo 19, comma 1, del d.lgs. n. 165 del 2001 costituisce la norma di principio cui le amministrazioni diverse da quelle statali debbono adeguarsi nell'esercizio della loro autonomia organizzativa.

Le norme contrattuali della dirigenza del comparto sanità evidenziano che il sistema degli incarichi dirigenziali, unitamente ai criteri che ne regolano la verifica e la valutazione, riveste una notevole valenza strategica e innovativa. Tale sistema, che si basa sui principi di autonomia, responsabilità e di valorizzazione del merito e della prestazione professionale, è volto a garantire il corretto svolgimento della funzione dirigenziale nel quadro delle disposizioni legislative e contrattuali vigenti.

Gli articoli 26, comma 1, e 27, comma 2, dei CC.CC.NN.LL 8.6.2000, individuano le diverse tipologie di incarico, che implicano attività gestionali e professionali, tutte funzionali ad un'efficace e proficua organizzazione aziendale, nonché ad una migliore qualità assistenziale, promuovendo all'uopo lo sviluppo professionale dei dirigenti, mediante il riconoscimento delle potenzialità, delle attitudini e delle competenze di ciascuno di essi.

Con provvedimento deliberativo n. 73 del 5.03.2015, da rimodulare all'atto dell'approvazione dell'atto Aziendale, l'Azienda ha disciplinato complessivamente la materia del conferimento e della revoca degli incarichi di tutti i ruoli dell'area dirigenziale.

L'art. 29 del C.C.N.L. 8.6.2000 presiede all'affidamento degli incarichi di struttura complessa che per la dirigenza medica, veterinaria e sanitaria prevede l'applicazione delle disposizioni di cui al D.P.R. 484/97 ed al successivo decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito in Legge 8 novembre 2012, n. 189.

Presupposto essenziale per il conferimento o la revoca degli incarichi è inoltre la valutazione dei dirigenti, diretta alla verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati oltre che a riconoscere ed a valorizzare il grado di professionalità espresso nell'espletamento del servizio in relazione all'incarico dirigenziale affidato. Il processo di valutazione è regolamentato dalla delibera n. 74 del 5 marzo 2015, da rimodulare all'atto di approvazione dell'atto Aziendale

L'accesso al ruolo dirigenziale avviene nel rispetto delle procedure previste dall'art. 15 del D.lgs. n. 502/92 e s.m.i., dai DD.PP.RR 483/97 e 484/97, e dall'art. 26 del D.lgs. 165/2001.

Non potranno essere previsti incarichi dirigenziali, così come incarichi di posizioni organizzative e di coordinamento, finanziati con risorse a carico del bilancio aziendale e non a carico dei fondi contrattuali, ad eccezione degli incarichi di direzione dipartimentale a carico del bilancio aziendale. Nel caso in cui si rilevasse che gli incarichi affidati non trovino copertura nelle risorse dedicate dei fondi contrattuali come rideterminati, dovrà essere rimodulata la graduazione degli incarichi affinché si trovi adeguata copertura, fatta salva, in alternativa, la riduzione degli incarichi.

Nel formulare i criteri per l'affidamento degli incarichi dirigenziali, l'Asl Napoli 3 Sud ha valorizzato e valorizzerà quegli aspetti che consentono di connotare ciascun incarico da conferire. Per gli incarichi di struttura 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, gli obiettivi ed eventuali risorse assegnate, i risultati attesi, le modalità di valutazione e di revoca dell'incarico.

Ai sensi di quanto disposto dall'articolo 9, comma 32, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, le aziende sanitarie che, alla scadenza di un incarico di livello dirigenziale, anche in dipendenza dei processi di riorganizzazione, non intendono, anche in assenza di una valutazione negativa, confermare l'incarico conferito al dirigente, conferiscono al medesimo dirigente un altro incarico, anche di valore economico inferiore.

Inoltre, ai sensi di quanto disposto dall'art. 1, comma 18 del D.L. 138 del 2011 convertito con modifiche dall'art. 1 comma 1 della L. n.148 del 14 settembre 2011 l'azienda può disporre, al fine di assicurare la massima funzionalità e flessibilità in relazione a motivate esigenze organizzative, nei confronti del personale con qualifica dirigenziale "il passaggio ad altro incarico" prima della data di scadenza dell'incarico ricoperto, prevista dalla normativa o dal contratto. In tal caso il dipendente conserva, sino alla predetta data, il trattamento economico in godimento a condizione che, ove necessario, sia prevista la compensazione finanziaria, anche a carico del fondo per la retribuzione di posizione e di risultato o di altri fondi analoghi".

5.6.1 Procedure per l'attribuzione di incarichi di struttura complessa

Incarichi di struttura complessa Ruolo Medico – Veterinario, Sanitario.

Il decreto legge 13 settembre 2012 n.158 (c.d. Decreto Balduzzi) recante " Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del paese mediante un più ampio livello di tutela della salute" come coordinato con la legge di conversione 8 dicembre 2012, n°189, è stata modificata ed integrata la disciplina afferente la dirigenza medica, veterinaria e dell'area sanitaria, attraverso la parziale riscrittura tra gli altri degli art.15, 15 ter e 15 septies del Decreto Legislativo n°502 del 30 dicembre 1992.

Per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa relativi alla dirigenza medica, medico veterinaria e dirigenza sanitaria l'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 sud rispetta le Linee Guida per il conferimento degli incarichi di direttore di struttura complessa relativi alla dirigenza medica, medica veterinaria e sanitaria non medica " adottate dalla regione Campania con D.C.A. n° 49 del 15 marzo 2017.

5.6.1.2 Incarico di 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.

5.6.1.3. Incarichi di struttura complessa Ruoli Tecnico, Professionale ed Amministrativo.

Mentre per la dirigenza dei ruoli medici, veterinari e sanitari, il D. Lgs 229/99 ha unificato i livelli dirigenziali sia dell'area medico-veterinaria e sanitaria del Servizio sanitario nazionale, e introdotto la distinzione degli

incarichi nelle due grandi categorie di direzione di struttura complessa (già propri dei dirigenti di ex II livello) e di struttura semplice o professionali (conferibili ai dirigenti già di I livello), per i dirigenti dei ruoli professionale, tecnico ed amministrativo la disciplina transitoria dell'art. 26 del d.lgs. 29 del 1993, i cui effetti sono stati considerati esauriti dall'omologo art. 26 del d.lgs. 165 del 2001, ha unificato i livelli dirigenziali.

Ai sensi dell'art. 51 c.2 del CCNL 5 dicembre 1996 gli incarichi nella qualifica unica di Dirigente del ruolo professionale, tecnico ed amministrativo sono affidati, a ciascun Dirigente, dalle aziende od enti, con atto scritto e motivato nel rispetto dei principi e procedure previsti dagli artt. 19 e 26 del D.Lgs. n. 29 del 1993. Nel conferimento degli incarichi le aziende o enti tengono conto - rispetto agli incarichi da conferire - della professionalità e dell'esperienza già acquisite dai Dirigenti in servizio sia in relazione alle posizioni organizzative precedentemente ricoperte dagli stessi sia ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 384/1990, con particolare riferimento per i Dirigenti dei ruoli professionale, tecnico ed amministrativo all'art. 26 del D.Lgs. n. 165 del 2001.

Il CCNL del 3 novembre 2005, all'art. 24, comma 10 stabilisce che l'Azienda può affidare gli incarichi di struttura complessa a dirigenti con esperienza di cinque anni ovvero con esperienza di tre anni ed in possesso di un attestato di master di formazione manageriale, acquisito in un periodo precedente al conferimento dell'incarico. In tal caso il dirigente interessato deve aver superato positivamente la verifica anticipata da parte del Collegio tecnico. Va, peraltro, osservato che in condizioni di urgenza e necessità, in mancanza di personale dirigente in possesso dei requisiti l'Azienda può ricorrere alla mobilità per dirigenti con esperienza quinquennale provenienti da altre Aziende o enti del SSN, ovvero a soluzioni organizzative come quella indicata per le sostituzioni di personale in caso di assenza temporanea o di vacanza organica dall'art. 18, comma 8 del CCNL 8 giugno 2000, che prevede il conferimento di incarichi ad interim.

L'attribuzione di incarichi di struttura complessa per i ruoli P.T.A., di cui all'art. 27 comma 1 lett.a), avviene attraverso l'indizione di un avviso interno.

L'Amministrazione rende conoscibili, anche mediante pubblicazione di apposito avviso sul sito istituzionale, il numero e la tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e i criteri di scelta; acquisisce le disponibilità dei dirigenti interessati e le valuta.

In caso di più candidati all'incarico da conferire, l'azienda procede sulla base di una rosa di idonei selezionati con i criteri previsti nei CC.CC.NN.LL. e nel vigente Regolamento aziendale in materia.

Gli incarichi di struttura complessa della dirigenza professionale, tecnica ed amministrativa, previsti nel Piano di organizzazione, sono conferiti sulla base della normativa nazionale, contrattuale e delle disposizioni regionali ai dirigenti dei suddetti ruoli per un periodo non inferiore a 3 anni e non superiore a 5 anni. Possono essere rinnovati per lo stesso periodo o per periodi più brevi nel caso di compimento del limite massimo di età, in relazione agli esiti delle verifiche attuate ai sensi del D.Lgs n. 502/1992 ed alle norme contrattuali.

5.6.2 Procedure per l'attribuzione di incarichi di struttura semplice e semplice dipartimentale.

Incarichi ruolo medico – veterinario - sanitario

L'incarico di responsabile di struttura semplice, intesa come articolazione interna di una struttura complessa, è attribuito dal Direttore Generale, su proposta del direttore di struttura complessa di afferenza, a un dirigente con una anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina e/o ruolo oggetto dell'incarico.

105/347

In pubblicazione dal

L'incarico di responsabile di struttura semplice intesa come articolazione interna di un dipartimento, è attribuito dal Direttore Generale, su proposta del direttore di dipartimento, sentiti i direttori delle strutture complesse di afferenza al dipartimento, a un dirigente con anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico.

Incarichi di responsabile di struttura semplice e struttura a valenza dipartimentale della dirigenza pta

- 1 Gli incarichi di struttura semplice possono essere affidati ai dirigenti dell'Area PTA che, dopo aver svolto 5 anni di attività, abbiano riportato una valutazione positiva da parte del componente Collegio Tecnico. Per attività si intende il servizio prestato, nel corrispondente ruolo e profilo, nel S.S.N. . Nel calcolo dei cinque anni di attività rientrano i periodi svolti con incarico dirigenziale a tempo determinato, senza soluzione di continuità.
- 2 Detti incarichi sono affidati con decreto del Direttore Generale, su proposta motivata del Direttore della Struttura Complessa. In caso di struttura semplice a valenza dipartimentale, la proposta è del Direttore di Dipartimento. Qualora la struttura complessa sia affidata ai sensi dell' art.18 CCNL , la proposta di affidamento di conferma o conferimento di altro incarico della medesima tipologia di pari o maggior rilievo gestionale ed economico, sarà effettuata direttamente dal Direttore Sanitario o Amministrativo Aziendale.

5.6.3 Responsabilità Dirigenziali

Ciascun dirigente aziendale con attribuzione di compiti di direzione di unità operative (UOC-UOSD,UOS –Direttori di Dipartimento) di dipartimento, di distretti, di ospedali, di strutture centrali, nell'ambito della propria sfera di competenza, viene riconosciuto come centro autonomo di piena ed esclusiva responsabilità di tipo disciplinare, civile, penale ed amministrativo contabile, per la complessiva attività amministrativa e di gestione cui è deputato sulla base delle disposizioni legislative, regolamentari e contrattuali vigenti, nel rispetto delle indicazioni contenute nell'Atto Aziendale. Tale statuizione si applica altresì a ciascun dirigente aziendale non investito di compiti di direzione di articolazioni , nonché ai dirigenti con eventuale affidamento di incarichi di attività professionale, di controllo o di vigilanza.

Il mancato raggiungimento degli obiettivi, ovvero l'inosservanza delle direttive imputabili al dirigente, valutato con i sistemi e le garanzie del decreto legislativo n°286/1998 e decreto legislativo n°150/2009 e s.m.i. ed i Contratti Nazionali di Lavoro, comporta, ferma restando l'eventuale responsabilità disciplinare secondo la disciplina contenuta nei contratti collettivi, l'impossibilità di rinnovo dello stesso incarico dirigenziale.

In relazione alla gravità dei casi, l'amministrazione può, inoltre, revocare l'incarico collocando il dirigente a disposizione dei ruoli di riferimento, ovvero recedere dal rapporto di lavoro secondo le disposizioni del codice civile e dei contratti collettivi (art.21 D.l.o.gs 30/3/2001 n° 165), nell'attesa della riforma della dirigenza e dell'adozione dei nuovi contratti collettivi di lavoro. Ciascun dirigente aziendale con attribuzione di compiti di direzione di unità operative (UOC-UOSD,UOS –Direttori di Dipartimento) di dipartimento, di distretti, di ospedali, di strutture centrali, nell'ambito della propria sfera di competenza, viene riconosciuto come centro autonomo di piena ed esclusiva responsabilità di tipo disciplinare, civile, penale ed amministrativo contabile, per la complessiva attività amministrativa e di gestione cui è deputato sulla base delle disposizioni legislative,

regolamentari e contrattuali vigenti, nel rispetto delle indicazioni contenute nell'Atto Aziendale. Tale statuizione si applica altresì a ciascun dirigente aziendale non investito di compiti di direzione di articolazioni, nonché ai dirigenti con eventuale affidamento di incarichi di attività professionale, di controllo o di vigilanza.

5.7 Codice di comportamento.

Con Delibera n. 813/2013 è stato approvato il Codice di comportamento dell'Asl Napoli 3 Sud, redatto ai sensi del DPR n. 62/2013 "Codice di Comportamento dei dipendenti Pubblici, attuativo dell'art. 54 bis del D.Lgs. 165/2001, delle linee guide dell'ANAC.

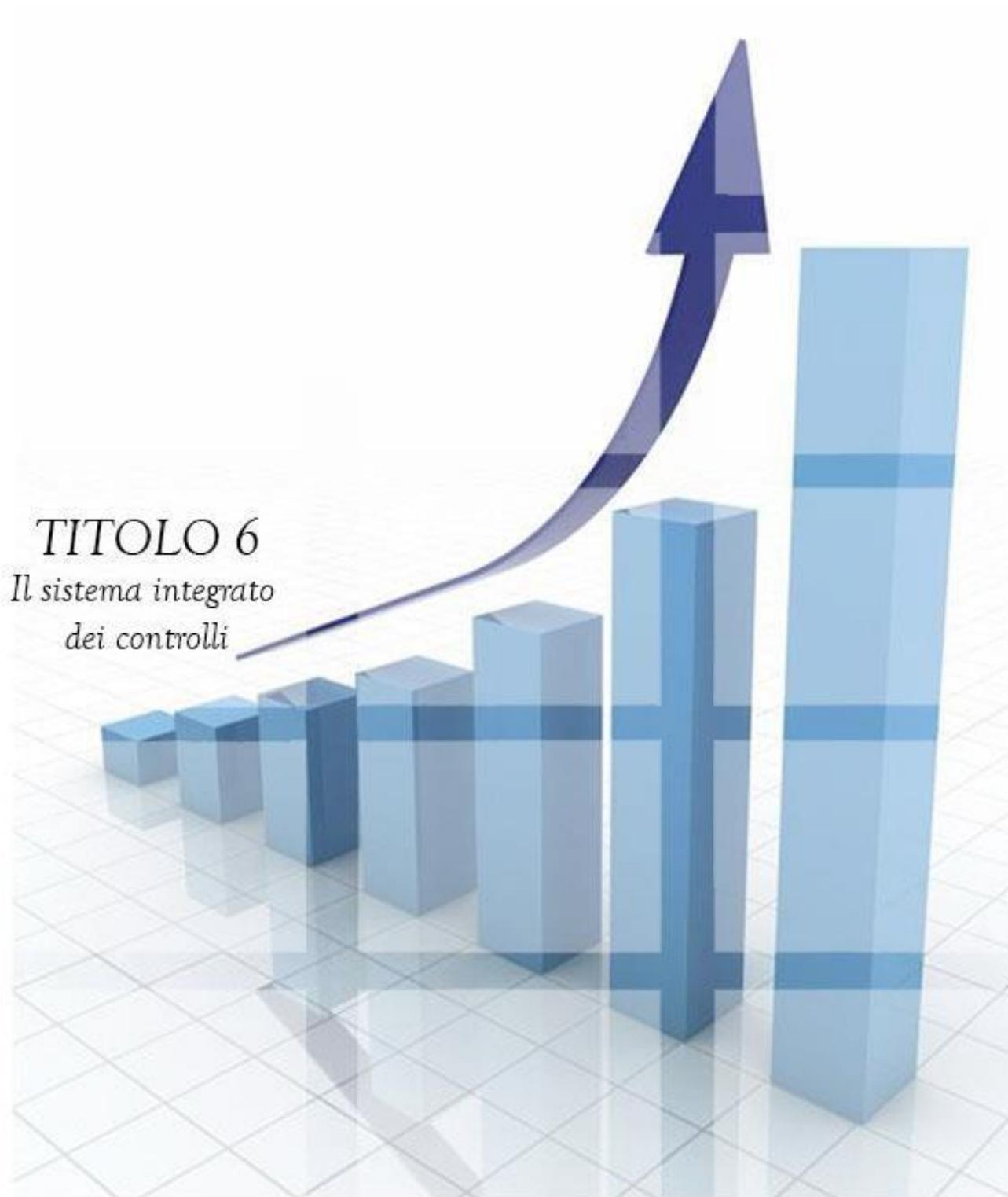
Il codice è visibile sul sito istituzionale www.aslnapoli3sud.it Amministrazione Trasparente/ codice di comportamento.

5.8 Codice disciplinare

Con Delibera n. 539/2014 è stato approvato il Codice Disciplinare dell'Asl Napoli 3 Sud.

Il codice individua criteri, modalità e termini per lo svolgimento dei procedimenti disciplinari tesi all'accertamento della responsabilità del personale dipendente dell'ASL Napoli 3 Sud in occasione del verificarsi di azioni, omissioni o fatti contrari a disposizioni legislative, contrattuali o regolamentari, ascrivibili ai dipendenti secondo rapporto di causalità, ferma restando la segnalazione alle autorità competenti in materia di responsabilità civile, amministrativa, penale ai sensi della normativa vigente. Per l'individuazione dell'autorità disciplinare competente, per le forme ed i termini del procedimento disciplinare, trovano applicazione le previsioni di cui all'art. 55 bis del D.lgs. 165/2001.

Il codice è visibile sul sito istituzionale www.aslnapoli3sud.it in Amministrazione Trasparente/Codice di disciplina.



TITOLO 6 - IL SISTEMA INTEGRATO DEI CONTROLLI

6.1 Premessa

L'Asl Napoli 3 Sud, ai sensi del D.Lgs. 286/99 e s.m.i. e del D.Lgs. 150/2009 e s.m.i., si dota di strumenti atti a:

- garantire la legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa (controllo di regolarità amministrativa e contabile);
- verificare l'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati (controllo di gestione);
- valutare le prestazioni del personale con qualifica dirigenziale (valutazione della dirigenza);
- valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi ed altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico, in termini di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti (Valutazione e Performance).
- Rilevare fattori di criticità in termini di efficienza e di efficacia, all'interno del sistema nonché di monitoraggio dei fornitori dei servizi sanitari e sociosanitari. Per tale linea di attività è stata istituita la UOC Sistema Integrato Controlli Interni ed Esterni, quest'ultima anche con funzioni di audit e quindi oltre alle classiche funzioni ispettive in materia di attività sia amministrative che sanitarie, come di seguito specificato.

6.1.1. Principi Generali del sistema dei controlli interni.

La progettazione integrata del sistema dei controlli dell'ASL Napoli 3 Sud rispetta i seguenti principi generali dettati dal D.Lgs n° 286/1999 e dal D.Lgs 150/2009:

- l'attività di valutazione e controllo strategico supporta l'attività di programmazione strategica e di indirizzo ;
- L'attività di valutazione dei dirigenti utilizza anche i risultati del controllo di gestione, ma è svolta da struttura diversa da quella a cui è demandato il controllo di gestione medesimo; ➤ Le funzioni di cui al punto 6.1.1. sono esercitate in modo integrato;

6.2 Controllo di regolarità amministrativa e contabile

Ai controlli di regolarità amministrativa e contabile provvede il Collegio Sindacale di cui all'art. 3.2 del seguente atto, oltre che gli organi appositamente previsti dalle disposizioni vigenti nei diversi comparti della pubblica amministrazione ed, in particolare, gli organi di revisione, ovvero gli uffici di ragioneria, nonché i servizi ispettivi di finanza della Ragioneria generale dello Stato e quelli con competenze di carattere generale.

E' comunque fatto divieto di affidare verifiche di regolarità amministrativa e contabile a strutture addette al controllo di gestione, alla valutazione dei dirigenti, al controllo strategico.

6.3 Il sistema aziendale di Controllo di Gestione.

Le funzioni del controllo di gestione costituiscono uno specifico obbligo normativo sancito dall'articolo 4 del D.lgs. 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).

Esse sono :

- a) la misura dell'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa. Entro sessanta giorni dalla adozione del presente atto aziendale l'Azienda dovrà procedere all'adozione del nuovo piano dei centri di costo in conformità al nuovo modello organizzativo;
- b) l'attivazione delle procedure di determinazione degli obiettivi gestionali e dei soggetti responsabili definite nel ciclo della performance ai sensi del D.lgs. 150/09 e relativi provvedimenti ANAC;
- c) la declinazione, nel piano della performance adottato entro il 31 gennaio di ogni anno degli obiettivi strategici e declina gli stessi per ogni UOC, per ogni dipartimento, per ogni distretto, per ogni presidio ospedaliero, per ogni struttura complessa, e per ogni articolazione aziendale.
- d) La Predisposizione del piano di budget, da adottarsi entro il 31 gennaio di ogni anno, seguendo i tempi e la logica del ciclo della performance;
- e) individua gli indicatori specifici per misurare efficacia, efficienza ed economicità dell'azione delle singole unità operative, inserite nelle schede di performance (visibili nell'area Amministrazione Trasparente link performance del sito web aziendale) utili strumenti per rilevare la performance di struttura, e per singolo dirigente;

La frequenza di rilevazione delle informazioni avviene con cadenza semestrale in accordo con le linee guide dell'ANAC.

L'Asl Napoli 3 Sud inoltre delinea l'insieme degli strumenti operativi per le attività di pianificazione e controllo. L'attività economica dell'Azienda deve essere 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 le tecniche *di controllo di gestione*, predisponendo un sistema di contabilità analitica coerente con i diversi livelli di responsabilità previsti dal modello organizzativo.

In particolare verranno privilegiate modalità di controllo che, oltre la sfera di mera valutazione economica dell'efficienza gestionale, a supporto esclusivo della direzione generale, evolveranno *verso un sistema di programmazione e controllo con funzioni dinamiche, di supporto metodologico ed operativo alla direzione aziendale ed ai vari livelli in cui essa si articola.*

Su tale sistema di contabilità l'Asl Napoli 3 Sud 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;
- monitoraggio costante con presentazione consuntivi dei risultati e alimentazione delle banche dati;

- progettazione e implementazione del sistema di reporting finalizzato a consentire una sistematica rilevazione dei costi e dei ricavi relativi alle diverse articolazioni aziendali (contabilità per centri di costo); costi e ricavi che rapportati ad una serie di dati relativi alle risorse disponibili ed alle prestazioni erogate consentano 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 infra annuale, 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 (benchmarking).

Inoltre dovrà sovrintendere allo sviluppo ed utilizzo del relativo sistema informativo-informatico e connesse banche dati in modo da consentire la realizzazione dell'intero processo.

Il sistema di controllo di gestione così organizzato è alla base delle procedure ai fini della *Certificazione del Bilancio*.

6.4 Il ciclo della performance

Il D.lgs. 150/2009 e le deliberazioni e le linee guida dell'Autorità Nazionale Anticorruzione hanno evidenziato l'importanza di integrare all'interno del ciclo della performance il ciclo della programmazione economica e finanziaria e di bilancio. L'Azienda si riserva di adottare entro sessanta giorni dall'approvazione dell'Atto aziendale regolamento sulla performance organizzativa, di struttura ed individuale.

Il Piano della Performance dell'Asl Napoli 3 Sud si pone l'obiettivo di inquadrare, declinare e valutare le azioni necessarie al fine di regimentare un sistema di misurazione delle performance all'interno del quadro degli adempimenti normativi, anche strumentale alla gestione del salario di risultato al fine di migliorare l'organizzazione dei servizi alle persone portatrici d'interesse.

Nel Ciclo della performance di cui il Piano della Performance è una parte, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori, i target e gli standard. Questi costituiscono gli elementi fondamentali su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione, la rendicontazione della performance che è inserita nella Relazione sulla Performance, anche essa parte del Ciclo della performance, che dovrà essere prodotta entro il 30 giugno di ogni anno.

È importante sottolineare che l'oggetto della misurazione si focalizza su fatti gestionali, sulle attività e sulle prestazioni e non sulla valutazione delle persone.

Il Ciclo di gestione della Performance mette in relazione il Sistema di Misurazione e Valutazione di tutto il personale con il Sistema Premiante.

Si sviluppa a cadenza annuale ed ha come scopo la gestione dei processi finalizzati al raggiungimento degli obiettivi definiti a livello di:

- Direzione strategica aziendale;
- Presidi ospedalieri, Dipartimenti, Distretti;
- Unità operative complesse, semplici e dipartimentali ed all'interno delle unità operative per singolo dipendente.

Le fasi del Ciclo della Performance si sviluppano annualmente attraverso:

- A) l'articolazione per Centri di Responsabilità (CdR) della pianificazione strategica che collega gli obiettivi alle risorse a seguito del processo di negoziazione del budget messo in atto dalla Direzione aziendale;
- B) il monitoraggio semestrale per l'attivazione di eventuali manovre correttive;
- C) la misurazione e la valutazione della performance organizzativa dei CdR;
- D) la misurazione e la valutazione della performance individuale dei singoli soggetti ad essi assegnati;
- E) l'erogazione al personale degli incentivi economici, distribuiti secondo la logica di trasparenza e merito, in funzione della produttività valutata a fine anno.

6.4.1 Obiettivi e indicatori

Gli obiettivi strategici vengono programmati a cadenza triennale nel piano della Performance, su base annuale, e vengono stabiliti dalla Direzione aziendale in coerenza con gli obiettivi di bilancio e con gli obiettivi definiti dalla Regione.

Gli obiettivi, articolati secondo l'albero della performance, devono:

- garantire il miglioramento della qualità dei servizi erogati e delle attività svolte;
- essere specifici e congrui rispetto ai bisogni della popolazione di riferimento;
- essere riferiti all'arco temporale di un anno;
- essere misurabili sulla base di indicatori che siano chiari, precisi, comprensibili ed interpretabili in maniera univoca;
- essere correlati alla quantità ed alla qualità delle risorse disponibili

6.4.2 Monitoraggio della performance

I Direttori di struttura promuovono il monitoraggio costante della performance rispetto agli obiettivi fissati, durante il periodo di riferimento, proponendo, laddove se ne ravvisasse la necessità, interventi correttivi.

6.4.3 il ciclo della Performance, tempi ed obblighi

Gli elementi chiave del ciclo della Performance, sia in termini di contenuto dei documenti relativi al ciclo, sia in termini di funzionamento del sistema e dei soggetti coinvolti sono:

- Fornire indicazioni utili a realizzare un migliore collegamento tra ciclo della performance e ciclo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio, sia in termini di associazione delle risorse agli obiettivi, sia in termini di gestione del processo e dei soggetti coinvolti;

- Promuovere un ciclo della performance integrato che comprenda gli ambiti relativi alla performance, agli standard di qualità dei servizi, alla trasparenza ed integrità e successivamente all'adozione del relativo piano, alle misure in tema di prevenzione e contrasto alla corruzione;
- Garantire una migliore fruibilità all'esterno delle informazioni prodotte ed una migliore comparabilità delle performance dell'Asl;
- Consentire un effettivo controllo pubblico ai fini della valutazione della efficacia, efficienza ed economicità delle attività dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 sud.

Per garantire la trasparenza, la comprensibilità e la attendibilità dei documenti che rappresentano il Ciclo di gestione della Performance, l'Azienda adotta ogni anno:

- entro il 31 gennaio, il Piano della Performance individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori, è fondamentale chiarire che il Piano della Performance è il Piano delle Attività Annuali;
- entro il 30 giugno la Relazione sulla Performance che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, rilevando gli eventuali scostamenti dai risultati attesi.

6.4.4 Sistema di misurazione e valutazione della performance

L'Azienda valuta annualmente la performance organizzativa ed individuale. La funzione di misurazione e valutazione è svolta da più soggetti:

- Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) il cui compito consiste nella validazione del sistema di misurazione e valutazione delle prestazioni nella sua globalità, e nell'attestazione del grado di raggiungimento degli obiettivi da parte di CdR dirette dai rispettivi responsabili.
- U.O.C. Performance – I.P.A.S. Struttura Tecnica Permanente (STP) la cui funzione, di supporto tecnico e metodologico all'OIV, è definita nell'art. 14 del D.lgs. 150/2009. Coordina inoltre tutte le attività del Ciclo della Performance, predisponendo tutti gli atti a carico dell'amministrazione
- il Responsabile della struttura complessa o semplice dipartimentale, cui compete la misurazione e valutazione delle prestazioni individuali del personale assegnato.

L'intero sistema di misurazione e valutazione della performance è collegata:

- all'effettivo grado di attuazione degli obiettivi e delle attività, come negoziato da ogni CdR con la Direzione aziendale;
- al grado di soddisfazione dei bisogni e degli interessi dei destinatari dei servizi;
- all'ottimizzazione della produttività attraverso la riduzione dei costi, l'impiego efficiente delle risorse;
- al miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali del personale tutto;
- alla capacità di raggiungere gli obiettivi assegnati anche con finanziamenti extra aziendali;
- all'apertura totale dei servizi all'utenza ed alla trasparenza delle relazioni con i cittadini, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione;

- al raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

6.4.5 La valutazione della Performance organizzativa

La valutazione è applicata a tutti i livelli organizzativi in funzione del grado di responsabilità previsto.

- A. L' Oggetto della valutazione è il grado di raggiungimento degli obiettivi secondo quanto definito dall'Azienda con il Piano della Performance, nel rispetto dei vincoli gestionali e di bilancio stabiliti dalla Regione.
- B. Gli obiettivi di Performance organizzativa sono assegnati dalla Direzione strategica dell'Azienda ai Responsabili delle Macrostrutture (Direzioni dei Presidi ospedalieri, Direzioni di Distretto, Dipartimenti), ai Responsabile delle strutture complesse.
- C. Con cadenza periodica trimestrale viene effettuato il monitoraggio degli obiettivi e vengono poste in essere misure correttive laddove fosse necessario.
- D. Il responsabile della U.O.C. o direttore di dipartimento soprintende le succitate attività di monitoraggio, anche in rapporto alle attività progettuali ed ai Piani annuali, in coordinamento con la UOC Performance ;
- E. A fine anno l'OIV effettua la rilevazione e la misurazione finale degli scostamenti tra obiettivi e risultati

6.4.6 La valutazione della Performance individuale

La valutazione della Performance individuale è estesa a tutti i dipendenti ed ha periodicità annuale. Prevede:

- L'attribuzione di obiettivi individuali;
- La valutazione individuale del superiore gerarchico.

La definizione degli obiettivi individuali avviene in coerenza con gli obiettivi della struttura di appartenenza tenendo conto delle attività, degli incarichi attribuiti delle diverse competenze e dei livelli di responsabilità.

Essa viene effettuata, in prima istanza, dal diretto conoscitore del valutato proprio per consentire una maggiore corrispondenza tra performance e valutazione. Di norma coincide con il Responsabile di Unità operativa cui afferisce il valutato. Nel caso in cui il valutato presti la propria attività lavorativa presso una o più strutture, ai fini del valutatore di prima istanza, ci si riferirà al Responsabile della struttura presso cui il valutato presta la sua attività in modo prevalente.

I risultati conseguiti a seguito della valutazione individuale annuale vengono inseriti nel fascicolo personale del dipendente, trasmessi dalla UOC Performance alla UOC Gestione Risorse Umane

Il processo di valutazione della Performance Individuale prevede:

- A. colloquio tra il Responsabile di Struttura/Unità Operativa e i diretti collaboratori relativamente alla concertazione degli obiettivi;
- B. assegnazione degli obiettivi;
- C. valutazione individuale comunicata dal valutatore al valutato e discussa nel colloquio di valutazione, nell'ambito del quale vengono illustrati tutti gli aspetti della valutazione e chiariti gli eventuali dubbi in merito alla valutazione stessa;

- D. la chiusura della valutazione di prima istanza prevede l'accettazione esplicita da parte del valutato;
- E. in caso di mancato accordo sugli esiti della valutazione, il valutato ricorre all'O.I.V. qualora ritenga che la valutazione sia in netto contrasto con le proprie percezioni. In questo caso l'OIV procede ad acquisire la documentazione necessaria e chiude in seconda istanza la valutazione;
- F. l'OIV, qualora lo ritenga necessario, può effettuare approfondimenti se riscontra disomogeneità evidenti tra le valutazioni acquisite o se dubita della correttezza del processo adottato;
- G. il valutato, può fare ricorso nei confronti della valutazione di seconda istanza emessa dall'OIV, che può esperire tentativi di conciliazione tra il valutato ed il suo valutatore. Laddove i tentativi di conciliazione non portino ad alcun risultato positivo, il valutato può procedere mettendo in atto forme di contenzioso nei confronti dell'Azienda.

6.4.7 Principi e criteri della valutazione individuale

I principi fondamentali in materia di valutazione, sanciti dal D.lgs. 150/09, in particolare al Titolo II, Capo I, art. 3, sono i seguenti:

- 1) le amministrazioni pubbliche adottano 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.
- 2) il rispetto delle disposizioni del Titolo II del D.lgs. 150/09 è condizione necessaria per l'erogazione di premi legati al merito ed alla performance.

L'articolazione di detti principi prevede, in particolare, che "l'applicazione degli istituti contrattuali e l'impiego delle relative risorse economiche dovranno essere inquadrati in un sistema di generale coerenza rispetto agli obiettivi del S.S.R. ed aziendali, per il raggiungimento di obiettivi di sviluppo e miglioramento oggettivamente individuati e verificabili nella loro realizzazione, escludendo logiche di automatismo e distribuzione generalizzata".

La materia relativa alla distribuzione del salario di risultato sarà oggetto di regolamentazione secondo i contratti di lavoro, previa informativa alle OO.SS.

6.4.8 Gli attori, le responsabilità e gli ambiti della valutazione individuale annuale

I soggetti coinvolti nel percorso valutativo annuale sono:

- A. il dipendente da valutare;
- B. il valutatore, responsabile della struttura alla quale il dipendente da valutare appartiene;
- C. l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV);
- D. la Struttura Tecnica Permanente (STP). (U.O.C. Performance)

Il dipendente da valutare

Secondo quanto previsto dall'art. 9 del D.lgs. 150/09, la valutazione della performance individuale del personale è collegata ai seguenti aspetti:

115/347

In pubblicazione dal

- al raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo o individuali;
- alla qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura, alle competenze dimostrate e ai comportamenti professionali e organizzativi.

Per i dirigenti in posizione di autonomia e responsabilità la valutazione della performance individuale è collegata ai seguenti aspetti:

- agli indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità;
- al raggiungimento di specifici obiettivi individuali;
- alla qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura, alle competenze professionali e manageriali dimostrate;
- alla capacità di valutazione dei propri collaboratori, dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi secondo quanto previsto dall'art. 9 del D.lgs. 150/09.

Il valutatore

I preposti alla valutazione della performance del personale del comparto e dei dirigenti sono:

A) per il personale del comparto e i dirigenti:

i titolari della Struttura complessa presso la quale gli stessi prestano servizio, ovvero, in caso di Struttura semplice di livello dipartimentale o assimilata, i titolari del dipartimento o della struttura assimilata; i dirigenti titolari della struttura complessa o del dipartimento devono essere coadiuvati, nell'espletamento delle funzioni di valutatore, dai dirigenti titolari delle strutture semplici alle quali i dipendenti da valutare sono assegnati;

B) per i direttori di struttura complessa:

nei Dipartimenti, il Direttore di Dipartimento cui afferisce la UOC o, in assenza, il Direttore Sanitario Aziendale o il Direttore Amministrativo Aziendale a seconda delle aree di pertinenza, con il supporto delle competenze necessarie o altro soggetto da loro delegato ;

nei Presidi ospedalieri, i Direttori dei Dipartimenti strutturali di assegnazione o dal Direttore Sanitario Aziendale, con il supporto delle competenze necessarie o altro soggetto da lui delegato secondo le modalità stabilite nell'Atto Aziendale nel caso dei direttori dei distretti Sanitari e dei Direttori Medici di Presidio;

per i Direttori delle UU.OO.CC di livello centrale di supporto alla Direzione Aziendale la valutazione è effettuata dal Direttore Sanitario per i direttori di area contrattuale Dirigenza Medico-Veterinaria ed area contrattuale Dirigenza sanitaria e dal Direttore Amministrativo per i direttori di area contrattuale Dirigenza TecnicoProfessionale e d Amministrativa;

L'O.I.V.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), assolve i compiti e le funzioni descritte nell'art. 14, comma 4 del D.lgs. 150/09 e in particolare garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, nonché dell'utilizzo dei premi di cui al Titolo III del D.lgs. 150/09, secondo quanto previsto dai contratti collettivi

nazionali, dai contratti integrativi, dai regolamenti interni all'amministrazione, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità.

L'OIV, è organo collegiale, i componenti sono nominati dal Direttore Generale, in ottemperanza a quanto previsto dall'art 14 del D.lg 150/09 e dalla Delibera della CIVIT n. 4 del 16/02/2010.

L'OIV resta in carica per tre anni.

L'incarico dei componenti può essere rinnovato una sola volta.

L'O.I.V. inoltre:

- Entro trenta giorni dall'adozione del Piano della Performance attiva monitoraggio di I livello sull'Avvio del ciclo della Performance ed integrazione tra il Piano della Performance ed il Piano della Prevenzione della corruzione e del programma della trasparenza ad esso allegato;
- Entro il 30 aprile relaziona sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza ed integrità dei controlli interni, incluso compilazione schede da inserire sul portale;
- Entro il 30 aprile di ogni anno monitoraggio sull'assegnazione degli obiettivi individuali per il personale dirigente e non;
- Entro il 15 settembre Documento di validazione della Relazione sulla performance dell'anno precedente;
- Entro il 30 novembre presenta il monitoraggio delle premialità;
- Fornisce parere preventivo sul codice di comportamento dei dipendenti e dei convenzionati dell'ASL Napoli 3 sud;
- Valuta e sostiene la realizzazione di indagini sul personale dipendente (benessere organizzativo) ai sensi dell'art.14 comma 5 del D.L.gs 150/09 e s.m.i.:

La Struttura Tecnica Permanente

La struttura Tecnica Permanente svolge un ruolo di interfaccia tecnica tra OIV e dirigenti nell'ambito del processo di misurazione e valutazione, interagendo con le diverse strutture e, in particolare, con quelle coinvolte nella pianificazione strategica e operativa, nella programmazione economico-finanziaria e nei controlli interni.

Assicura il necessario supporto metodologico e strumentale allo svolgimento dell'intero Ciclo di gestione della performance, alla stesura del Sistema di Misurazione e valutazione della Performance, del Piano e della Relazione della Performance.

Coadiuvare i soggetti coinvolti nel processo di misurazione e valutazione della performance e cura i rapporti tra l'Azienda e i componenti dell'OIV.

La struttura tecnica permanente è garantita dalla UOC Performance, che si avvale di un'I.P.A.S., oltre che di una U.O.S. Valutazione integrata attività sanitaria.

6.4.9 Monitoraggio Piani e Progetti

La Unità Operativa Complessa Performance ha il compito di monitorare e valutare l'andamento di tutti i Piani aziendali, le progettazioni e le programmazioni anche finanziati con i fondi esterni, al fine di integrare gli stessi con le attività inserite nel piano della Performance;

La UOC Performance è responsabile:

- della stesura della proposta del Piano della Performance entro il 10 gennaio di ogni anno alla Direzione Generale che dovrà adottare lo stesso piano entro il 31 gennaio;
- della stesura della Relazione sulla Performance che dovrà essere trasmessa entro il 3° maggio di ogni anno alla Direzione Generale.

La Relazione dovrà essere trasmessa all'OIV e pubblicata sul sito istituzionale entro il 15 giugno di ogni anno.

La UOC Performance coordina ed è responsabile della proposta della relazione sanitaria, che deve essere adottata dalla direzione strategica entro il 31 dicembre di ogni anno.

Nella UOC Performance sono previste :

N°1 Struttura semplice Valutazione Integrata Attività sanitaria;

N°1 IPAS Struttura Tecnica permanente Supporto O.I.V.

6.5 I controlli integrati interni – esterni

Il sistema dei controlli interni - esterni previsto da questa Azienda si basa sulla normativa vigente e mira a rispondere anche alle nuove istanze derivanti dalla normativa nazionale in materia di anticorruzione. Pertanto si rende necessario definire un sistema alquanto articolato che possa consentire l'analisi e la valutazione dell'azienda in tutta la sua complessità, tenendo ben presente quei settori ad alto rischio individuati dall'Agenzia Nazionale Anticorruzione (ANAC), in particolare l'area di acquisto di beni e servizi nonché i rapporti che legano le AA.SS.LL. alle strutture accreditate. D'altronde lo stesso Decreto Commissariale n. 18/2013, individuando tutti gli elementi necessari a rappresentare la complessità aziendale, pone in gran risalto proprio l'intero sistema dei controlli.

6.5.1 Analisi e controllo delle attività delle strutture sanitarie aziendali ed accreditate.

Le attività di analisi e controllo rimangono una priorità fondamentale da perseguire per il mantenimento dell'equilibrio del sistema e devono toccare tutti gli ambiti possibili di intervento a tutela della qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie e della qualità dei servizi.

A riguardo le procedure dei controlli comprendono:

- attività di controllo rivolte alle strutture dell'Azienda;
- attività di controllo rivolte alle strutture accreditate e ai professionisti convenzionati (Medici di Assistenza Primaria, Pediatri di libera scelta, e Specialisti Ambulatoriali).

In particolare le attività di controllo mirano ad evidenziare tutti i punti critici dei singoli processi aziendali e costituiscono il presupposto fondamentale per definire ed implementare nuove procedure e/o protocolli e migliorare quelle già esistenti.

A tal fine si rende necessario:

- definire ed individuare un insieme di indicatori standardizzati, predisposti sulla base delle informazioni delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), dell'attività ambulatoriale e territoriale, anche in riferimento a processi assistenziali sociosanitari integrati con gli ambiti sociali per singolo distretto sanitario;
- formulare linee guida in materia di controlli esterni ed interni, anche relativamente all'area delle strutture accreditate;
- definire un documento da allegare al Piano triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza che evidenzi tutti gli aspetti critici nel rapporto con le strutture accreditate, prevedendo e proponendo anche le necessarie ed opportune azioni correttive;
- analizzare tutte le sequenze dei processi che legano l'azienda alle strutture sanitarie accreditate;
- coordinare tutte le attività relative al Piano dei Controlli Esterni anche alla fine della pubblicazione sul sito istituzionale "Amministrazione Trasparente";
- definire un Piano di formazione per migliorare le competenze nell'area dei controlli e dell'appropriatezza.

Si individua inoltre all'interno del sistema integrato dei controlli esterni/interni *l'attività ispettiva dell'Asl Napoli 3 Sud*.

L'attività ispettiva deve esplicarsi in un'azione soprattutto di audit "preventivo", documentata ed indipendente, che ha come scopo quello di verificare la conformità dell'applicazione delle procedure definite da norme nazionali e regionali e da regolamenti Regionali e Aziendali.

6.5.2. Le attività Ispettive

Le attività ispettive si esplicitano così in un sistematico lavoro di audit, alla base del sistema qualità dell'organizzazione dell'Asl Napoli 3 Sud.

Gli audit (tipologia sanitaria e tecnico amministrativa) che, si pianificano su base annua, e possono essere anche attivati su committenza della direzione strategica, sono di diversa tipologia:

- Audit di Processo Organizzativo;
- Audit di Programma o di Progetto;
- Audit di struttura;
- Audit sulla sicurezza del lavoro (lavoratori e luoghi di lavoro); □ Audit di Sistema.

L'Audit è quindi un'attività ispettiva che parte dalla semplice ispezione su un prodotto aziendale (da una prestazione sanitaria o su un singolo atto amministrativo) fino a comprendere attività più complesse, quali ispezioni su processi organizzativi o su risposte organizzative a specifiche aree di bisogno sanitario degli stakeholders, nonché ispezioni di sistema.

I risultati delle attività svolte porteranno alla valutazione dei fattori di qualità e/o di criticità dell'organizzazione, al fine di avviare azioni condivise con le articolazioni aziendali coinvolte, finalizzate al miglioramento della qualità della stessa organizzazione.

6.5.3 Risposta organizzativa

Al fine di potenziare ed integrare il sistema dei controlli dell'Asl Napoli 3 Sud nel nuovo modello organizzativo si individuano le seguenti Unità Operative Complesse, inserite nelle strutture di supporto alla direzione strategica :

- UOC Controllo di Gestione (U.O.S. Sistemi Informativi di governo e statistica sanitaria Ospedalieri e U.O.S. Sistemi Informativi di governo e statistica sanitaria territoriale e convenzionata; ;
- UOC Performance (U.O.S. Valutazione Integrata Attività Sanitaria e I.P.A.S. Struttura Tecnica Permanente supporto O.I.V.);
- UOC Controlli integrati interni ed esterni (U.O.S. Ispettiva Amministrativa, U.O.S. Ispettiva Sanitaria).

Le Strutture complesse succitate sono individuate nell'organigramma tra le strutture di supporto alla direzione strategica.

La collocazione delle strutture nell'organigramma rispetta quanto stabilito nell'art. 4 comma 4 D.lgs 165/2001.

6.6 Sistemi informativi di governo

Il sistema informativo delle aziende sanitarie 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.

La Regione Campania ritiene, dunque, 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.

Tale conoscenza costituisce il necessario presupposto per programmare ed organizzare un'offerta dei servizi efficace ed efficiente.

I dati raccolti dalle Aziende campane 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 .

L'Azienda deve inoltre impegnarsi a promuovere, in linea con quanto disposto per le pubbliche amministrazioni dal nuovo Codice dell'amministrazione digitale (D.lgs. n.235/2010 e s.m.i.) 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 etc.).

La dematerializzazione, in uno con lo sviluppo dei sistemi comunicativi, l'utilizzo costante e diffuso della rete aziendale intranet, per le comunicazioni interne, e i portali per la comunicazione, per quelle esterne, l'utilizzo e diffusione della poste certificate (PEC e CECAP), permette 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 deve riguardare, 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 dei siti web aziendali come strumento di comunicazione aperto e trasparente che, come tale, può essere di notevole valore in sanità in quanto, tra l'altro, offre l'opportunità alle strutture sanitarie 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 è necessario che le aziende ne curino non solo l'allestimento ma il costante arricchimento ed aggiornamento.

Naturalmente l'utilizzo di tali tecnologie deve essere attentamente regolamentata e gli elementi fondamentali di tale azione regolatrice devono essere inclusi nell'atto aziendale.

L'azienda nell'atto aziendale istituisce per tale funzione una unità operativa dedicata che fa capo ad una idonea struttura organizzativa.

6.7 L'Unità Operativa Complessa Sistema Informatici e sviluppo ITC

Si prevede l'istituzione di una struttura complessa a cui sono affidate le linee di attività citate " Unità Operativa complessa Sistemi Informatici e Sviluppo ITC (Information and Communication Technology)".

L'utilizzo delle tecnologie informatiche e della rete Internet permette di innovare le attività e lo svolgimento dei procedimenti amministrativi, perseguendo gli obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità; consente di aprire nuovi canali di comunicazione e nuovi spazi di partecipazione perseguendo gli obiettivi di trasparenza e democraticità; permette di ripensare e migliorare l'erogazione dei servizi pubblici aprendo nuove possibilità di contatto e offrendo nuovi servizi, al fine di semplificare i rapporti con i cittadini e con le imprese. Attraverso le ICT è possibile in sintesi realizzare un'amministrazione pubblica digitale.

L'espressione "amministrazione digitale" indica la dematerializzazione dei documenti, ma anche la comunicazione esterna attraverso i siti web istituzionali e l'accesso ai servizi in rete, si riferisce all'utilizzo della firma digitale e della PEC come anche ai processi di e-democracy e agli open data, comprendendo anche una più generale trasformazione dell'organizzazione interna delle strutture e del lavoro dell'amministrazione pubblica

La Struttura complessa succitata è posizionata nell'organigramma aziendale tra le strutture complesse di supporto alla direzione strategica.

La struttura è individuata nell'organigramma tra le strutture di supporto alla direzione strategica, nella struttura è individuato l'I.P.A.S. Sviluppo Architettura Sistemi Informativi.



TITOLO 7
*L'articolazione
organizzativa*

TITOLO 7 - L'ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA

L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 sud è organizzata in strutture di erogazione delle prestazioni (distretti sociosanitari, presidi ospedalieri e dipartimenti) e strutture di supporto di livello centrale.

7.1 Strutture complesse di supporto governo clinico direzione sanitaria aziendale

Le Unità Operative Complesse di supporto alla Direzione Sanitaria aziendale ai fini del sostegno e sviluppo del Governo Clinico sono:

U.O.C. Clinical Risk Management, sicurezza e qualità delle cure;

U.O.C. Professioni Sanitarie;

U.O.C. Governo Assistenza Ospedaliera;

U.O.C. Medicina Legale Pubblica valutativa;

U.O.C Formazione e Sviluppo Risorse Umane;

Ed inoltre collaborano direttamente con il direttore sanitario:

- una I.P.A.S. Dirigente Medico/Sanitario per il supporto tecnico organizzativo del Comitato Etico;
- una IPAS Dirigente Medico Governo Liste di Attesa;
- una IPAS Dirigente Medico per il supporto Organizzativo / Programmazione Sanitaria.

Altre Strutture Afferenti Alla Direzione Sanitaria Aziendale:

- Direzioni Mediche Di Presidio PP.OO. ➤ Direzioni Sanitari Dei Distretti.
- Dipartimento Di Prevenzione
- Dipartimento Salute Mentale;
- Dipartimento Delle Dipendenze Patologiche
- Dipartimento Attività Territoriale E Integrazione Socio – Sanitaria
- Dipartimento Scienze Mediche Assistenza Riabilitativa Ospedaliera E Post Acuzie
- Dipartimento Di Chirurgia Generale E Specialistica
- Dipartimento Area Critica
- Dipartimento Integrato Area Materno Infantile
- Dipartimento Diagnostica x immagini ed anatomia patologica
- Dipartimento Medicina di Laboratorio
- Dipartimento Assistenza Farmaceutica

7.1.1 Gestione del rischio clinico, sicurezza e qualità delle cure

La qualità e la sicurezza delle cure rappresentano oggi un binomio inscindibile. L'Azienda adotta i principi e gli strumenti del governo clinico per la promozione del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento/mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale, affinché si sviluppi l'eccellenza clinica.

La gestione del rischio clinico rappresenta una delle tecnologie appartenenti alla famiglia degli strumenti, dei metodi e delle tecniche per progettare, organizzare, valutare e migliorare la qualità del sistema sanitario, comprese nelle azioni volte a garantire l'affidabilità delle cure dell'Asl Napoli 3 Sud, offrendo l'opportunità di una integrazione della gestione clinica e della responsabilizzazione sulle risorse economiche e sui risultati in termini di esiti.

7.1.2 La risposta Organizzativa – Unità Operativa Complessa Clinical Risk Management sicurezza e qualità delle Cure

Alla UOC Clinical Risk Management, Sicurezza e Qualità delle Cure è affidata la seguente mission: la minimizzazione dei rischi per i pazienti tramite l'identificazione dei rischi potenziali legati alle cure erogate, la comprensione dei fattori che influenzano gli eventi, l'apprendimento da lezioni derivate da eventuali eventi avversi, l'applicazione di azioni per prevenire la ricorrenza degli eventi.

In particolare, la UOC predetta garantisce le seguenti attività:

- Promuovere un efficace sistema di gestione del rischio clinico, anche attraverso l'individuazione di azioni correttive per la riduzione degli eventi avversi e lo sviluppo di buone pratiche per la sicurezza degli utenti;
- Favorire lo sviluppo di modelli organizzativi atti a prevenire il rischio clinico e a migliorare il livello di sicurezza;
- Sviluppare sistemi di monitoraggio della sicurezza e di gestione del rischio clinico, attivando gli strumenti (analisi reattiva e analisi pro-attiva) di gestione del rischio clinico secondo logiche di priorità ed adottando un approccio sistemico, che comprende lo studio degli errori, la identificazione ed il controllo delle circostanze e dei fattori che possono facilitare o determinare un danno per il paziente e la progettazione di processi assistenziali appropriati, efficaci ed efficienti;
- Predisporre il Piano Annuale Aziendale di Risk Management e i relativi progetti operativi specifici, in collaborazione con le strutture interessate;
- Approntare un sistema di verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi fissati nel piano annuale, e delle azioni intraprese dalle diverse articolazioni aziendali;
- Promuovere e sviluppare la cultura della sicurezza nei comportamenti come dovere primario di tutti gli operatori;
- Definire percorsi di formazione specifici volti alla diffusione della cultura del rischio e degli strumenti concettuali per la gestione aziendale del rischio in collaborazione con le altre strutture aziendali ed il Servizio Formazione;

- Mettere a sistema i flussi informativi già esistenti e da attivare per la gestione delle informazioni sui rischi (eventi sentinella, incidenti, contenzioso relativi ai sinistri, segnalazione e reclami degli utenti, reazioni avverse ai farmaci, ess.);
- Promuovere eventi rivolti ai cittadini e alle associazioni di volontariato e di tutela, finalizzati alla diffusione delle conoscenze rispetto al rischio connessi alle prestazioni socio-sanitarie;
- Coordinare l'attività di gestione del rischio anche attraverso l'apporto e la collaborazione dei Referenti per la sicurezza e la gestione del rischio, da individuarsi all'interno di ciascun dipartimento, presidio ospedaliero e distretto.
- Garantire lo sviluppo di programmi permanenti di revisione della pratica clinica e assistenziale;
- Perseguire l'accreditamento dei professionisti e dell'Azienda;
- Promuovere l'aderenza a criteri e standard di qualità clinica e assistenziale attraverso i sistemi di valutazione interna, perseguendo l'appropriatezza tecnico-professionale ed organizzativa;
- Promuovere le capacità e gli strumenti per reperire e valutare criticamente l'informazione scientifica e per applicarla nel proprio contesto operativo.
- Garantire livelli di sicurezza per gli utenti e gli operatori delle pratiche mediche ed infermieristiche in tutte le aree clinico-assistenziali dell'azienda in base a standard di eccellenza;

Il direttore UOC Clinical Risk Management, sicurezza e qualità delle cure, assolve la funzione di Risk manager.

La Rete aziendale referenti per la gestione del Rischio Clinico – Comitato Aziendale del rischio Clinico

L'Asl Napoli 3 Sud con delibera n° 532 del 15 settembre 2015 ha costituito la rete aziendale dei referenti della Gestione del rischio clinico, che contribuiscono alla costituzione del Comitato Aziendale del Rischio Clinico, secondo linee di indirizzo regionale, integrato, all'occorrenza, da eventuali ulteriori figure professionali necessarie.

La collocazione della struttura nell'organigramma rispetta quanto stabilito nell'art. 4 comma 4 D.lgs. 165/2001.

7.1.3 UOC Formazione e Sviluppo delle Risorse Umane

L'Asl Napoli 3 Sud per il coordinamento, l'analisi, la pianificazione, la gestione ed il controllo di tutte le azioni formative, ha istituito l'UOC Formazione e Sviluppo delle Risorse Umane

Le Linee di attività sono sviluppate nel Titolo 5.

La struttura nell'organigramma è inserita tra le strutture complesse a supporto del Governo Clinico Direzione sanitaria aziendale.

7.1.4 UOC Professioni Sanitarie

Al fine di dare compimento a quanto previsto dalle indicazioni della legge 10 agosto 2000 n° 251 e dalla Legge Regionale del 10 aprile 2001, n°4 e per valorizzare tutte le professioni sanitarie l'Asl Napoli 3 Sud prevede la istituzione della dirigenza infermieristica/tecnica sanitaria con la previsione di n° 1 struttura complessa con responsabilità di coordinamento per le seguenti linee di attività:

- Delle professioni infermieristiche ed ostetriche;
- Delle professioni della riabilitazione;
- Delle professioni tecnico sanitarie;
- Delle professioni di tecnico della prevenzione;

Le attività della UOC succitate sono integrate con le attività dei dipartimenti e delle strutture distrettuali previsti dal presente atto aziendale, avendo riguardo alla omogeneità di competenza e di intervento e dell'aree disciplinari di riferimento e/o ne determinano il collegamento funzionale.

All'atto del conferimento degli incarichi professionali saranno assegnati alla UOC Professioni Sanitarie n° 4 Incarichi Professionali secondo le 4 linee di attività succitate.

7.1.5 UOC Medicina Legale Pubblica Valutativa

La Medicina Legale Pubblica Valutativa è finalizzata a garantire prestazioni e accertamenti medico-legali ed a collegare qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie ospedaliere e territoriali, in una moderna visione del rapporto cittadino-istituzioni, che ponga la persona al centro dei percorsi assistenziali, alla luce dei principi di equità e di rispetto del pubblico interesse”.

LINEE DI ATTIVITA'

- Adozione di procedure uniformi sul tutto il territorio aziendale nel rispetto delle normative delle attività di Medicina Legale.
- Monitoraggio della rete relativa alla attività invalidità civile, in particolare la riduzione dei tempi di attesa per le visite collegiali per l'invalidità civile, l'handicap e la disabilità di cui alla legge 12 marzo 1999, n. 68 (Norme per il diritto al lavoro dei disabili).
- La creazione di osservatori medico legali, tesi alla gestione medico legale del contenzioso ed alla prevenzione dei conflitti.
- L'omogeneizzazione delle attività Medico Legali in ambito dell'accertamento necroscopico.
- L'attività di consulenza, in materia di responsabilità professionale e di prevenzione dei conflitti.
- Attività di informazione, accertamento, controllo e certificazione in ambito di diritto al lavoro, stato di salute, incapacità lavorativa, temporanea e permanente, invalidità civile, handicap, idoneità e compatibilità al lavoro.
- Attività di consulenza per finalità pubbliche inerenti i compiti del servizio sanitario regionale, collaborazione in ambito epidemiologico, educazione sanitaria e bioetica.
- Realizzazione di sistemi di valutazione monocroma globale della persona portatrice di minorazioni, in collaborazione con le altre professionalità coinvolte nella richiesta di accertamenti e valutazioni, anche mediante l'adozione di apposite linee-guida.

- Utilizzo dei dati sugli esiti dei conflitti per favorire strategie di formazione del personale e risposte organizzative e tecnico scientifiche.
- Accertamenti, certificazioni e tutte le prestazioni con finalità e natura medico-legale.
- Le prestazioni medico-legali vengono erogate attraverso le attività di coordinamento garantite da Dirigenti titolari di Incarico Professionale di Alta Specialità (uno per distretto).

Ognuna delle I.P.A.S. Distrettuali, ha una “dipendenza gerarchica e organizzativa” dal Distretto di appartenenza ed una “dipendenza funzionale” dalla UOC Di Medicina Legale Pubblica Valutativa, svolge le seguenti attività:

7.1.6 UOC Governo della Funzione Ospedaliera

Il Direttore della Unità Operativa Complessa Governo della Funzione Ospedaliera supporta il Direttore Sanitario Aziendale alla progettazione organizzativa e alla pianificazione strategica; propone al Direttore Sanitario Aziendale, d'intesa con i Direttori Medici di Presidio e Direttori di Dipartimento, le misure organizzative relative all'assetto ospedaliero complessivo.

Il Direttore UOC Governo Funzione Ospedaliera coordina le attività **di Bed Management**, garantite dai singoli Bed Managers di Presidio.

Il Bed manager presidiale garantisce tutte le attività di coordinamento e gestione della risorsa posto letto disponibile, in sinergia con gli altri Presidi aziendali.

Così viene data maggiore trasparenza nell'utilizzo dei posti letto, evitando i rischi di agevolazione a vantaggio di singoli pazienti, circostanze che a volte possono stravolgere le priorità di ricovero che devono essere invece improntate sui reali bisogni.

Il Direttore UOC Governo della Funzione Ospedaliera supporta il direttore sanitario nelle attività riferite alla gestione di crisi , facendo parte attivamente dell'Unità di Crisi aziendale.

7.1.7 I.P.A.S. Governo Liste di Attesa.

E' necessario individuare un incarico A.S. al fine di governare (pianificare/monitorare/rivalutare e ripianificare) tutti gli interventi riferiti ai Tempi di Attesa e Gestione delle Liste di Attesa.

Il Dirigente Medico con l'incarico succitato svolge le funzioni di Coordinatore della Commissione aziendale per il Contenimento delle Liste di attesa.

7.1.8 I.P.A.S. Supporto organizzativo Programmazione Sanitaria.

Il Dirigente Medico individuato collabora e supporta direttamente il Direttore Sanitario nelle attività di governo della funzione di programmazione sanitaria.

7.1.9 I.P.A.S. Supporto organizzativo Comitato Etico e Coordinamento Medico Trapianti dell'Asl Napoli 3 sud

7.2 Strutture a supporto Governo Tecnico Amministrativo – Direzione Amministrativa Aziendale

Le Unità Operative complesse di supporto alla direzione Amministrativa Aziendale ai fini del sostegno e sviluppo del governo tecnico amministrativo sono:

U.O.C. Affari Generali;

U.O.C. Affari Legali;

U.O.C. Gestione Economica Finanziaria;

U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi;

U.O.C. Gestione Risorse Umane;

U.O.C. Valorizzazione e Manutenzione Patrimonio Immobiliare;

U.O.C. Sviluppo e Gestione Impianti Tecnologici-Adeguamento Sismico ed Antincendio;

U.O.C. Sviluppo e Gestione Attrezzature sanitarie (Ingegneria Clinica);

Le Linee di attività sono sviluppate nei titoli precedenti del presente atto Aziendale.

La Direzione Amministrativa Aziendale si avvale inoltre di strutture per le attività amministrative Ospedaliere e territoriali:

- U.O.C. Servizi Amministrativi PPOO Area Nord;
- U.O.C. Servizi Amministrativi PPOO Area Sud;
- U.O.C. Servizi Amministrativi Dipartimento Territoriale ed Integrazione Sociosanitaria;
- U.O.C. Servizi Amministrativi Dipartimento di Prevenzione;
- I.P.A.S. Supporto Amministrativo Dipartimento della Salute Mentale;
- I.P.A.S. Supporto Amministrativo Dipartimento delle Dipendenze.

Le Linee di attività sono sviluppate negli articoli successivi del presente atto aziendale.

7.3 Unità Operative Complesse di supporto alla Direzione Strategica

Le Unità Operative Complesse a supporto di tutta la direzione strategica sono:

- Affari Istituzionali e Segreterie Linee di attività Titolo 2;
- Controllo di Gestione Linee di attività Titolo 6;
- Sistemi Integrato Controllo Interni ed Esterni Linee di attività Titolo 6;

- Performance Linee di attività Titolo 5;
- Sistemi Informatici (I.T.C.) Linee di attività Titolo 6;
- Relazioni con il Pubblico (Tutela/Trasparenza/Comunicazione) Linee di attività Titolo 4;
- Prevenzione e Protezione Linee di attività Titolo 5.

7.3.1 I Dipartimenti

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

Il dipartimento, a seconda della sua tipologia, è costituito da strutture organizzative, 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, medicolegali, giuridici ed economico- finanziari.

L'individuazione dei Dipartimenti sono funzionali all'Azienda e tengono conto della complessità della stessa, della sua estensione sul territorio, delle caratteristiche geomorfologiche, del numero di strutture complesse presenti e degli obiettivi che queste ultime debbono conseguire.

7.3.2 Tipologie di Dipartimento:

In rapporto alla caratterizzazione organizzativo-funzionale si distinguono:

- a)** 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.
- b)** Dipartimento Funzionale: aggregazione di strutture con il compito dell'integrazione funzionale delle attività delle singole strutture componenti finalizzata al raggiungimento di specifici obiettivi. Il Dipartimento funzionale non è dotato di autonomia gestionale e non è soggetto a rendicontazione analitica. Una medesima struttura, complessa o semplice a valenza dipartimentale, può far parte di più Dipartimenti funzionali, oltre che del proprio Dipartimento strutturale. Ai Dipartimenti funzionali si applicano, per quanto compatibili, i criteri e le modalità organizzative rappresentati per i Dipartimenti strutturali.

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

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

L'individuazione dei dipartimenti dovrà essere funzionale all'azienda e tenere conto della complessità delle funzioni, del numero di strutture complesse e degli obiettivi che quest'ultime devono conseguire.

E' il regolamento per singolo dipartimento che stabilirà la tipologia, le linee di attività i rapporti, l'organizzazione e il posizionamento nel raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Tra i principali compiti dei Dipartimenti si individuano i seguenti:

- Organizzare e pianificare la produzione (pianificazione operativa);
- Garantire, rispetto agli obiettivi assegnati dalla direzione generale, la produzione e i risultati ottenuti attraverso il controllo di qualità tecnica il controllo di efficienza;
- Misurare le performance di processo e l'analisi delle attività/del valore, di concerto con le strutture aziendali;
- Valutare l'efficacia e l'efficienza delle linee di attività di competenza;
- Assicurare l'integrazione funzionale tra le unità operative interne e tra queste e quelle distrettuali e/o ospedaliere;
- Collaborare alla definizione dei budget di struttura;
- Partecipare alla programmazione strategica aziendale, attraverso la condivisione degli indirizzi strategici dell'analisi della domanda e dell'individuazione degli indicatori critici di performance.

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

Più in particolare ad essi spetta il compito di:

- Tendere al miglioramento degli indicatori di performance riferiti all'efficienza, l'efficacia e l'economicità;
- Garantire la costante realizzazione di interventi appropriati dal punto di vista clinico.
- Ricercare la personalizzazione e l'umanizzazione degli interventi;
- Definire percorsi assistenziali o profili di cure basati sul coordinamento delle prestazioni che si rendono necessarie per elaborare, condividere ed adottare linee guida e protocolli;
- Promuovere il miglioramento continuo della qualità;
- Elaborare sistemi di indicatori utili alla valutazione e verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate a del livello di efficienza delle diverse UU.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.

L'assetto organizzativo del dipartimento presuppone:

131/347

In pubblicazione dal

- aggregazione di un numero congruo di unità operative complesse (non inferiore a tre e non superiore a 15). 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 mono specialistici;
- 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.

Aree interdipartimentali Organizzativo funzionali

Le aree funzionali inter dipartimentali rappresentano un possibile modello di gestione per funzioni sanitarie emergenti o per percorsi diagnostico-terapeutici integrati.

Esse si configurano come punti di coordinamento di attività omogenee per finalità di tipologia di intervento e garantiscono, in tal modo, una più completa presa in carico del paziente per l'intero percorso assistenziale.

A loro interno vengono definiti percorsi, linee guida e protocolli, a carattere diagnostico terapeutico e/o organizzativo, finalizzati al pieno dispiegamento del Governo Clinico.

7.3.3 Il 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 al direttore generale.

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 singola 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 ed informa il Comitato di dipartimento delle risultanze della negoziazione; gestisce il budget del dipartimento;
- garantisce l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative secondo le modalità di governo clinico come individuate nelle presenti linee guide;

- verifica il raggiungimento degli obiettivi delle unità operative e risponde dei risultati complessivi del dipartimento in relazione agli obiettivi a lui direttamente assegnati;
- E' responsabile della performance di tutte le attività dipartimentali.

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.

7.3.4 Comitato di Dipartimento

Per ogni dipartimento individuato nel presente Atto Aziendale si istituisce, 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 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, di ogni seduta verrà redatto apposito verbale, conservato in ordine cronologico presso la direzione del dipartimento, e pubblicato sul link di riferimento del sito istituzionale.

Le modalità di funzionamento del Comitato di dipartimento sono stabiliti dall'azienda con apposito regolamento, da adottare entro 60 giorni dall'approvazione dell'atto aziendale da parte della Regione Campania.

Il Comitato di dipartimento:

- Definisce le linee di indirizzo clinico ed organizzativo del dipartimento;
- Definisce linee guida utili per un più corretto indirizzo diagnostico-terapeutico; - elabora la proposta di obiettivi gestionali ed assistenziali del dipartimento;
- Adotta modelli per la verifica e la valutazione di qualità dell'assistenza erogata;
- Propone l'istituzione di gruppi operativi interdipartimentali;
- Propone piani di aggiornamento e riqualificazione del personale;

Il Comitato di dipartimento si riunisce almeno una volta ogni due mesi per la verifica periodica degli obiettivi e per individuare eventuali correttivi ed interventi idonei ad ottimizzare l'utilizzo delle risorse, nonché ogni qualvolta debba esprimersi su:

- Gestione ed utilizzazione, in modo coordinato ed integrato, delle risorse attribuite (umane, finanziarie e tecnologiche) per il perseguimento degli obiettivi;
- definizione degli obiettivi del dipartimento che verranno negoziati dal direttore dello stesso, con la direzione strategica;
- Verifica della corrispondenza dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi concordati;

- Modalità organizzative del Dipartimento nell'ambito clinico, percorsi assistenziali, presa in carico, appropriatezza, ecc..

Il Comitato inoltre individua la rosa di candidati a direttore di dipartimento da proporre al Direttore generale.

7.4 Il distretto socio - sanitario

Il Distretto sociosanitario deve assumere **un ruolo di governo** nell'ambito delle attività territoriali di tutta l'Azienda; deve infatti rappresentare il luogo fisico ed ideale presso il quale i cittadini con bisogni sanitari e sociosanitari vengono presi in carico, garantendo appropriati livelli di erogazione delle prestazioni.

A Tal fine si Coordina e si rapporta direttamente il Direttore Generale attuando le linee programmatiche aziendali.

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 Territoriale, dovranno essere garantite presso lo stesso, con una chiara definizione dei rapporti con le altre articolazioni aziendali, quali i Presidi Ospedalieri, Dipartimenti e UUOO.CC. Centrali.

Il Distretto Socio Sanitario si conferma dunque come il centro del sistema dell'Assistenza Territoriale, centro di analisi del bisogno, di committenza e 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, e dipartimento 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.

E' nel distretto sociosanitario forte, la chiave del successo dell'organizzazione di tutta la nuova rete dell'offerta territoriale, con una grande valenza di integrazione con la rete ospedaliera , obiettivo strategico dell'ASL NAPOLI 3 SUD.

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 Napoli 3 Sud, 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
- Estensione appropriata quali-quantitativa delle Cure Domiciliari
- Riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso
- 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.

7.4.1 le funzioni di governo del Distretto

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.

135/347

In pubblicazione dal

Documenti di riferimento per la programmazione sanitaria distrettuale saranno, oltre il presente documento, anche il Piano Nazionale Esiti per le tematiche assistenziali a valenza territoriale, nonché direttive specifiche regionali relative alla cosiddetta "Terra dei Fuochi". Quest'ultima tematica, come più avanti descritto, impatterà anche sulla programmazione delle attività del Dipartimento di Prevenzione che deve necessariamente raccordarsi con il Distretto di riferimento per ogni azione di programmazione e verifica.

Nel Piano delle Attività Territoriali (PAT), annualmente il Direttore del Distretto rileva 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. (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.Lg.vo 502/92 e s.m.i.) che svolge funzioni propulsive e tecnico-consultive.

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., ai dirigenti di incarichi professionali ed ai titolari di Posizioni Organizzative, rispetto ai quali è svolta l'azione di Valutazione della performance ad annualità conclusa. ***Gli obiettivi del Distretto Sociosanitario sono preventivamente negoziati direttamente con la Direzione Generale in accordo con le linee di indirizzo aziendali.***

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 professionale globale per una qualità diffusa dell'assistenza.

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.

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 la Direzione strategica deve 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, di impatto ambientale, 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 Socio sanitario negozia il budget direttamente con il Direttore Generale per lo svolgimento delle attività territoriali e di integrazione.

Attraverso un supporto amministrativo-contabile (IPAS) 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.Lg.vo 81/08 e s.m.i.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).

7.4.2 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.).

Il Direttore del Distretto, pur nel solco degli obiettivi generali assegnati, preventivamente negoziati con la direzione generale, traduce in azioni specifiche al fine di raggiungere gli obiettivi di assistenza territoriale.

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 Socio Sanitario si basa fundamentalmente su principi di:

- Autonomia organizzativa;
- Responsabilità gestionali;
- Attenzione alle reali necessità, aspettative ed analisi dei bisogni espressi ed inespressi dei cittadini.

Il Distretto Socio Sanitario viene dotato di autonomia tecnico gestionale ed economico finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio.

E', infatti, in relazione agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento che al Distretto vengono **attribuite le necessarie risorse** ed è in tal senso che va orientata la necessità di distinzione operativa tra competenza tecnico-professionale e competenza gestionale del distretto.

➤ Principali Funzioni del Direttore del Distretto sociosanitario:

- A. È responsabile del coordinamento organizzativo delle strutture distrettuali semplici, nonché di tutte le attività garantite dagli uffici distrettuali; esercita la vigilanza e il coordinamento del personale

- incardinato e assegnato al distretto ed è responsabile delle funzioni igienico-organizzative del distretto S.S;
- B. 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;
- C. 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, assicurando il continuo adeguamento quali-quantitativo ai bisogni della popolazione e alla disponibilità delle risorse;
- D. Esercita il governo della risposta alla domanda assistenziale, attraverso la promozione e la ricerca degli strumenti più idonei a garantire la appropriatezza delle prestazioni;
- E. 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;
- F. Garantisce il monitoraggio dei dati di organizzazione e attività e gestione dei flussi informativi;
- G. È deputato all'analisi dei fabbisogni formativi in coerenza con gli obiettivi aziendali al fine della definizione dei Piani Formativi da concordare nel Collegio di direzione;
- H. Redazione della relazione annuale del distretto;
- I. 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.
- J. Promozione di modelli assistenziali avanzati e sperimentali.

La garanzia delle funzioni di produzione del Distretto sociosanitario 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;
- Assistenza primaria a favore della comunità di riferimento, 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 inter distrettuale, che a mezzo di P.D.T.A, 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 (ad esempio PDTA già adottati Frattura femore o Protocolli operativi già adottati Dimissioni Protette ed attivazione assistenza domiciliare);
- 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;

- Presa in carico del cittadino disabile, 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, semiresidenziali e residenziali;
- 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);
- Controlli su tutta la rete degli accreditati del territorio di competenza.

L'attività del distretto socio sanitario si esplicita nei riguardi delle organizzazioni dipartimentali aziendali nella funzione di committenza.

Saranno i regolamenti per profilo organizzativo da adottarsi entro 60 giorni dall'adozione del presente atto aziendale a definire le singole procedure per processo organizzativo assistenziale ed anche tecnico amministrativo riferito alle attività dei sistemi dei controlli integrati.

Relativamente al rapporto distretto/dipartimenti e presidi 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 ospedalieri ad attività distrettuali e viceversa, mediante il sistema di reti professionali e i gruppi operativi interdisciplinari.

L'ASL Napoli 3sud ha già adottato il PDTA Frattura del femore ed è in via di adozione il PDTA C.a. Colon Retto.

7.4.3 Distretti Socio Sanitari

L'ASL Napoli 3 Sud, è organizzata in **13 Distretti Sanitari**, per complessivi 57 Comuni e una popolazione di riferimento di 1.073.493 cittadini residenti (Fonte ISTAT DCA n° 33/2016).

- Distretto Sanitario n. 34 - Portici
- Distretto n. 48 - Mariglianella, Marigliano, San Vitaliano, Castello di Cisterna, Somma Vesuviana, Bruscianno;
- Distretto n. 49 - Nola, Carbonara di Nola, Casamarciano, Liveri, S.P. Belsito, Saviano, Scisciano, Visciano, Camposano, Cicciano, Cimitile, Comiziano, Roccarainola, Tufino;
- Distretto n. 50 - Volla, Cercola, Pollena Trocchia, Massa di Somma;
- Distretto n. 51 - Pomigliano D'Arco, S. Anastasia;
- Distretto n. 52 - Palma Campania, Ottaviano, S. Giuseppe V. no, S. Gennaro V.no, Poggiomarino, Striano, Terzigno;
- Distretto n. 53 - Castellammare di Stabia
- Distretto n. 54 - San Giorgio a Cremano, San Sebastiano al Vesuvio
- Distretto n. 55 - Ercolano
- Distretto n. 56 - Torre Annunziata, Boscoreale, Boscotrecase, Trecase
- Distretto n.57 - Torre del Greco

- Distretto n.58 – Gragnano, Agerola, Casola di Napoli, Lettere, Pimonte, Pompei, S. Antonio Abate, S. Maria La Carità.
- Distretto n. 59 – Sant’ Agnello, Sorrento, Massa Lubrense, Meta, Vico Equense, Piano di Sorrento.

7.4.4 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.

Le specifiche attività e le procedure previste sono funzionalmente gestite complessivamente **da n° 2 UOS denominate:**

➤ **N°1 U.O.S.: Cure Primarie**

- Nella UOS di Cure Primarie afferiscono tutte le attività relative alla Assistenza Sanitaria di Base, (Gestione Centri Accreditati - Case di Cura – Centri di Specialistica Ambulatoriale, Gestione Personale Convenzionato, CUP, ...), Medicina Legale, Assistenza Integrata Pazienti Diabetici.

➤ **N°1 U.O.S.: Assistenza Territoriale**

- Nella UOS Assistenza Territoriale afferiscono tutte le attività relative all’Assistenza Anziani, al Materno Infantile, all’Integrazione Sociosanitaria e all’ Assistenza Riabilitativa, Percorsi Giuridici: prestazioni psicologiche in ambito giuridico ad alta integrazione con altre enti.

All’ interno delle UOS sopra indicate, al fine di una appropriata organizzazione e gestione, delle diverse attività in essa allocate, nonché una specifica attribuzione della filiera delle responsabilità, sono individuati specifici incarichi professionali.

UOS Cure Primarie:

- N°1 Incarico Professionale Alta Specialità: Assistenza Sanitaria di Base;
- N°1 Incarico Professionale Alta Specialità: Medicina Legale;
- N° 1 Incarico Professionale Alta Specialità: Assistenza Integrata Pazienti Diabetici.

UOS Assistenza Territoriale:

- N° 1 Incarico Professionale Alta Specialità: Assistenza Anziani;
- N° 1 Incarico Professionale Alta Specialità: Assistenza Materno Infantile;
- N° 1 Incarico Professionale Alta Specialità: Assistenza integrazione Sociosanitaria;
- N° 1 Incarico Professionale Alta Specialità: Assistenza Riabilitativa;
- N° 1 Incarico Professionale Alta Specialità: Assistenza Psicologico Clinico in ambito giuridico ad alta integrazione con Enti.

Gli incarichi professionali suddetti sono gerarchicamente dipendenti alle UU.OO.SS. di riferimento.

Le UU.OO.SS. Distrettuali sono gerarchicamente dipendenti dall' UOC Direzione 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 al Dipartimento di riferimento per le linee di attività di competenza.

Inoltre sono previste due strutture semplici, una per ciascuna RSA a gestione diretta (DS34 di Portici e DS57 di Torre del Greco), alle dirette dipendenze del Direttore del Distretto Sociosanitario. Le RRSSAA anziani dell'ASL Napoli3Sud svolgono assistenza residenziale di lungodegenza/mantenimento (R3) ad anziani non autosufficienti e residenziale estensiva a persone affette da Demenza (R2D), oltre che assistenza semiresidenziale sia di lungodegenza/mantenimento ad anziani non autosufficienti (SR) che a persone affette da Demenza (SRD).

Sono inoltre previste:

- **I.P.A.S. Coordinamento Amministrativo.**

I.P.A.S. Coordinamento Amministrativo

Collabora direttamente con il Direttore del Distretto Sociosanitario e supporta lo Stesso nelle seguenti linee di attività:

- Partecipazione Piano Attuativo certificabilità del Bilancio, Gestione personale, Gestione Scorte, Gestione attrezzature, supervisione G.O.P. personale distrettuali in accordo con la UOC G.R.U e L'UOC Amministrativa del Dipartimento Territoriale e Sociosanitario.; gestione immobili, supporto al direttore di distretto per tutto quanto è relativo alla gestione del budget; Supporto al Direttore di distretto per la gestione del Protocollo ed archivio di distretto, Gestione Ufficio di Fatturazione, Consulenza amministrativa a tutta l'organizzazione distrettuale, gestione delle informazioni da pubblicare sul sito istituzionale, si coordina funzionalmente con tutte le UUOCC tecnico-Professionali-Amministrative, supporta il direttore del distretto socio sanitario nella gestione di tutte le problematiche relative all'applicazione delle norme sull'impatto ambientale.

❖ *Le Funzioni di produzione del distretto e le relative modalità organizzative ed Individuazione delle specifiche responsabilità per l'esercizio delle diverse funzioni.*

Le funzioni di produzione del distretto sono qui esplicitate attraverso l'individuazione delle funzioni/attività attribuite alle UU.OO.SS. distrettuali (*U.O.S. Cure Primarie e U.O.S. Territoriale*) che rispondono al direttore del distretto in merito alle attività svolte dai propri collaboratori dirigenti con I.P.A.S., come di seguito indicato:

➤ **U.O. Semplice CURE PRIMARIE**

- **I.P.A.S. Assistenza Sanitaria di base**

Attività di base: Garantisce ai Cittadini iscritti al SSN L'Assistenza Medica Generica, Pediatrica, Integrativa e Specialistica attraverso gli ambulatori del Distretto o attraverso i Centri Accreditati.

Procedure di competenza (Competenze sanitarie e amministrative):

- Scelta e revoca del medico,

- Ricoveri CEE ed extra CEE e in assistenza indiretta presso le strutture accreditate,
- Rimborso dialisi e trapianti,
- Rapporto con i medici della medicina di base e della pediatria di libera scelta,
- Adempimenti, controlli e liquidazione fatture dei centri in temporaneo accreditamento,
- Punto CUP,
- Continuità assistenziale,
- Ambulatorio per STP,
- Punto prelievi,
- Servizio di assistenza farmaceutica territoriale e poliambulatorio,
- Erogazione dell'assistenza specialistica ed attivazione delle relazioni funzionali con gli altri livelli extra distrettuali dell'Azienda Sanitaria, compresi i Dipartimenti Ospedalieri,
- Continuità Assistenziale (ex guardia medica notturna e festiva) e SAUT-118
- Assistenza agli stranieri temporaneamente presenti (STP).
- Verifica e controllo di tutte le impegnative dei Centri accreditati.
- Verifica e ispezione degli studi dei M.M.G. e P.L.S.
- Verifica e controlli delle prestazioni erogate dai M.M.G. e P.L.S. sul territorio
- Controlli costanti delle cartelle cliniche e ricoveri in Case di cura accreditate
- Controlli periodici ai Centri accreditati
- Controlli prestazioni erogate ai dializzati e controlli su prestazioni erogate fuori Regione compresi ricoveri e visite al di fuori della Comunità europea.

- **I.P.A.S. Medicina Legale**

Attività di base: Rilascio delle certificazioni sanitarie su richiesta di parti (singoli cittadini od Enti) e garantisce gli accertamenti medico-legali collegiali per il riconoscimento di stati invalidanti.

Procedure di competenza (Competenze sanitarie e amministrative):

Codice della strada e guida natanti:

- Certificato di idoneità psicofisica per patenti di guida A e B (rilascio, rinnovo e duplicato).
- Certificato di idoneità psicofisica per patenti di guida C - D - E - K (rilascio, rinnovo e duplicato).
- Certificato di idoneità guida natanti (rilascio, rinnovo e duplicato).
- Certificato per esenzione uso di cinture di sicurezza.
- Certificato per contrassegno di circolazione e sosta per portatore di handicap.

Certificazioni medico-legali varie:

- Certificato di idoneità psicofisica per porto d'armi
- Certificato di idoneità psicofisica alla conduzione di caldaie a vapore e gas tossici ("patentino").
- Certificato Sanitario per ammissione voto disabili.
- Certificato di idoneità psicofisica alla frequenza di Scuole Professionali.
- Certificato di idoneità psicofisica per adozione.

- Certificato di idoneità fisica per attività varie (es. Servizio Civile - Attività di Volontariato ecc.) □
Provvedimenti di gravidanza a rischio per astensione anticipata dal lavoro.
- Certificato sanitario per la "Cessione del V° dello stipendio".
- Accertamento dell'impedimento fisico all'espressione del voto (DPR 16.5.1960, n. 570, art. 41) e per esercitare il voto da parte degli elettori non deambulanti in sedi con barriere architettoniche
- Altre certificazioni medico-legali non comprese nelle voci precedenti.

Visite collegiali:

- Certificato di idoneità psicofisica al lavoro dei disabili (ex Legge 68/99).
- Visita Medico Legale Collegiale per il riconoscimento di Invalidità Civile,
- Visita Medico Legale per la valutazione dello stato di Handicap (ex Legge 104/92).

Legge 210/92:

- Istruttoria medico-legale per la richiesta di indennizzo da parte di soggetti danneggiati a seguito di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni di sangue ed emoderivati.

Accertamenti necroscopici:

- Autorizzazioni alla cremazione
- Riscontro diagnostico
- Accertamenti necroscopici ai sensi del DPR 285/90 - Sopralluoghi di interesse giudiziario.

Visite Fiscali ex art 5 legge 300/70

- **I.P.A.S. Assistenza Integrata Pazienti diabetici**

Attività di base: visita specialistica diabetologica per la diagnosi, la cura e la prevenzione del diabete e delle complicanze croniche. Visite specialistiche per lo screening delle complicanze croniche, gestione diretta dei pazienti di tipo 1, instabilità croniche in fase evolutiva, diabete in gravidanza, diabete gestazionale, diabete secondario, diabete tipo 1 in transizione al centro dell'adulto (DGRC 1168/2005).

Procedure di competenza Competenze sanitarie e amministrative:

- Certificazione della Patologia per esenzione con codice 013 8 al primo accesso);
- Educazione Terapeutica individuale e collettiva per corretti stili di vita, gestione terapia insulinica, gestione autocontrollo glicemico domiciliare, informazione sulle complicanze croniche invalidanti, educazione alla prevenzione delle ulcere del piede, istruzioni per il diabetico che viaggia, istruzione per l'aderenza alle terapie farmacologiche;
- Addestramento all'uso del reflattometro, alla inoculazione della terapia insulinica per la prevenzione della lipodistrofia, scarico dei dati glicemici su cartella clinica informatizzata;
- Elaborazione su piattaforma regionale SANIARP dei Piani terapeutici per presidi e farmaci innovativi (PHT);
- Certificazioni relazionate per uso medico legale (esempio patente);

- Counselling ai pazienti idonei all'uso di microinfusori e monitoraggio di persone con diabete di tipo 1, diabete in gravidanza, insulino trattati portatori di microinfusori;
- Individuazione di pazienti che necessitino di eventuale holter glicemico o di sensore;
- Consenso informato per la cartella clinica cartacea ed informatizzata, consenso per il MUP (Modello unico di prescrizione su SANIARP);
- Integrazione con i medici di assistenza primaria per il miglioramento del livello di cura delle persone con diabete;
- Integrazione con l'ospedale per il terzo livello di cura;
- Integrazione con la rete del management del piede diabetico.

➤ **U.O Semplice TERRITORIALE**

- **I.P.A.S. Assistenza Anziani**

Attività di base: Garantisce l'assistenza, con interventi personalizzati, agli ultrasessantacinquenni non autosufficienti per Cure Domiciliari e CDCD; gestione della P.U.A. (Porta Unica d'Accesso) Anziani

Procedure di competenza - Competenze sanitarie e amministrative:

- Responsabile della P.U.A. Assistenza Anziani
- Gestione dell'Ambulatorio di geriatria
- Presa in carico del cittadino anziano nel Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) allocato nel distretto, sotto il governo centrale della UOSD Anziani Fragili e Demenza.
- Verifiche della modalità di accesso del cittadino anziano alle attività sociosanitarie in seguito a segnalazione del M.A.P., del familiare, dell'Ospedale, dei Servizi sociali, di altre strutture distrettuali
- Attivazione dell'A.D.I. (Assistenza Domiciliare Integrata), su proposta dell'Unità Valutazione Geriatrica (U.V.G.)
- Presa in carico del cittadino anziano in ADI ovvero in strutture semiresidenziali ovvero in strutture residenziali, in collaborazione con il dirigente con I.P.A.S. Sociosanitario
- Responsabilità dei flussi informativi Leasociosan (S.I.A.D. e F.A.R.) di competenza della P.U.A. anziani.
-

- **I.P.A.S. Materno Infantile**

Attività di base: Promozione della salute della donna e del bambino; Gestione della P.U.A. (Porta Unica d'Accesso) Età Evolutiva

Procedure di competenza - Competenze sanitarie e amministrative:

- Responsabile della P.U.A. Materno-Infantile

- Assistenza di tipo consultoriale alla famiglia, alla maternità, ai minori attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche, riabilitative;
- Attività assistenziali inerenti l'interruzione volontaria di gravidanza attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche;
- Protezione del minore in stato di abbandono e tutela della sua crescita anche attraverso affidi ed adozioni;
- Interventi di sostegno per le famiglie di minori in situazioni di disagio di disadattamento o di devianza;
- Interventi per minori soggetti a provvedimenti penali, civili, amministrativi;
- Interventi di prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abusi;
- Pratiche di affido e adozioni, equipe multidisciplinare;
- Pratiche I.V.G. e controlli per interdizione anticipata dal lavoro per gravidanza;
- Ambulatorio di ginecologia con screening per il k. utero e per il k. Mammella;
- Affiancamento per la procreazione responsabile;
- Assistenza alla gravidanza, alla gestante a rischio;
- Promozione della salute del bambino comprese le vaccinazioni (centri vaccinali);
- Promozione della salute degli adolescenti;
- Verifiche della modalità di accesso del cittadino in età evolutiva alle attività sociosanitarie in seguito a segnalazione del M.A.P., del familiare, dell'Ospedale, dei Servizi sociali, di altre strutture distrettuali
- Attivazione dell'A.D.I. (Assistenza Domiciliare Integrata) su proposta dello specialista Neuropsichiatria Infantile (N.P.I.) ovvero del pediatra
- Presa in carico del cittadino in età evolutiva in ADI ovvero in strutture semiresidenziali ovvero in strutture residenziali, in collaborazione con il dirigente con I.P.A.S. Sociosanitario
- Responsabilità dei flussi informativi Leasociosan (S.I.A.D. e F.A.R.) di competenza della P.U.A. materno-infantile.

- **I.P.A.S. Sociosanitario**

Attività di base: Realizzazione del processo di integrazione sociosanitaria per le prestazioni ai sensi del D.P.C.M.

29.11.2001 – Allegato 1C.; Coordinamento delle P.U.A. Assistenza Anziani, P.U.A. Riabilitazione, P.U.A. Materno Infantile per la presa in carico di cittadini con bisogno complessi a valenza sociosanitario

Procedure di competenza - Competenze sanitarie e amministrative:

- Valutazione dei bisogni complessi a valenza sociosanitaria;
- Su indicazione della P.U.A. Anziani ovvero della P.U.A. Materno-Infantile ovvero della P.U.A. Assistenza Riabilitativa è responsabile della convocazione della U.V.I. e delle gestione della stessa finalizzata alla presa in carico del cittadino in Cure Domiciliari (ADI) ovvero dei cittadini in R.S.A. o C.D. ovvero dei cittadini per il setting assistenziale P.T.R.I. con Budget di salute.

Risponde, inoltre, di tutte le attività previste in U.V.I., compresa la redazione condivisa del P.A.I. e la verifica della spesa

- Verifica e valutazione delle prestazioni erogate in Cure Domiciliari dall'O.S.S. (quota compartecipata)
- Verifica e valutazione delle prestazioni erogate in R.S.A. ovvero Centro Diurno allocati nel territorio di propria competenza
- Verifica e valutazione delle prestazioni compartecipate con le Cooperative Sociali e l'Ambito Sociale (setting assistenziale: P.T.R.I. con BdS) nel territorio di propria competenza
- Presa in carico del cittadino con bisogni complessi in seguito a "Dimissione Protetta" dal Presidio Ospedaliero, in collaborazione con la P.U.A. competente per l'età ovvero per la patologia
- Monitoraggio dei flussi S.I.A.D. e F.A.R. (Sistema Leasociosan) presso il distretto in collaborazione con le P.U.A. Anziani, Materno-infantile e riabilitazione.
- Verifica della coerenza del P.A.T. distrettuale con il P.A.L. adottato dall'Ambito Sociale
- Collaborazione con la direzione aziendale del Coordinamento Sociosanitario, UOS Orientamento al Welfare Territoriale, per i rapporti con l'Ambito Sociale.

- **I.P.A.S. Assistenza Riabilitativa**

Attività di base: Garantire l'assistenza materiale e sanitaria al cittadino disabile, al fine di pervenire ad un miglioramento della qualità della vita. Tutela del disabile attraverso prestazioni di riabilitazione, educative e di socializzazione, di facilitazione dell'inserimento scolastico e lavorativo, in regime domiciliare, semiresidenziale e residenziale, nella fase di lungo assistenza, compresi gli interventi e servizi di sollievo alla famiglia. Gestione della P.U.A. (Porta Unica d'Accesso) Riabilitazione

Procedure di competenza - Competenze sanitarie e amministrative:

- Responsabile della P.U.A. Assistenza Riabilitativa
- Autorizzazioni dei piani di intervento riabilitativi in collegamento con i medici prescrittori e i centri di riabilitazione accreditati, filtro e valutazione dei trattamenti in regime semiresidenziale e residenziale
- Controllo degli standard dei centri convenzionati,
- Autorizzazioni per la fornitura di protesi e/o ausili (presidi ortopedici, apparecchi per la funzione respiratoria, apparecchi per la funzione alimentare, apparecchi per la funzione acustica, visiva, ausili per assorbenza, per colo-ileo-urostomizzati, ausili per tracheotomizzati)
- Assistenza ai disabili attraverso interventi diretti al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e tramite prestazioni domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali e assistenza protesica;
- Erogazione di prestazioni riabilitative a cittadini disabili riconosciuti o che abbiano prodotto istanza di accertamento dell'handicap;
- Erogazione di cicli riabilitativi per pazienti stabilizzati

- Verifiche della modalità di accesso del cittadino adulto alle attività sociosanitarie in seguito a segnalazione del M.A.P., del familiare, dell'Ospedale, dei Servizi sociali, di altre strutture distrettuali
 - Attivazione dell'A.D.I. (Assistenza Domiciliare Integrata) su proposta della U.V.B.R. distrettuale
 - Presa in carico del cittadino adulto in ADI ovvero in strutture semiresidenziali ovvero in strutture residenziali, in collaborazione con il dirigente con I.P.A.S. Sociosanitario
 - Responsabilità dei flussi informativi Leasociosan (S.I.A.D. e F.A.R.) di competenza della P.U.A. riabilitazione.
- **I.P.A.S. Assistenza Psicologico Clinica in ambito giuridico ad alta integrazione con Enti.**
 - Garantisce la valutazione ed il sostegno alla genitorialità su disposizioni dell'autorità giudiziaria:
 - Garantisce prestazioni psicoterapeutiche in favore di donne e minori vittime di violenze.
 - Attiva sistemi integrati di presa in carico di donne e minori abusati.
 - Si rapporta con i presidi ospedalieri per i protocolli operativi a sostegno delle vittime di violenza (Percorso Rosa).
 - Garantisce tutte le procedure valutative nelle pratiche di affido e di adozione attraverso i gruppi di lavoro integrati aziendali.
- **UU.OO.SS. RSA Pubbliche (Distretto Sanitario n. 34 – Distretto Sanitario n. 57)**

Attività di base: referente gestione clinico-assistenziale e controlli appropriatezze attività rese in RSA e centri diurni pubblici:

Procedure di competenza - Competenze igienico - sanitarie e amministrative:

- Autorizzazione ai cittadini per la presa in carico in RSA pubblica (a conduzione diretta Asl-Na 3 sud)
- Verifica delle procedure previste dalla Legge Regionale N. 8 del 22 aprile 2003 ad oggetto: "Realizzazione, organizzazione, funzionamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali Pubbliche Private - RR.SS.AA."
- Verifica delle procedure previste dalla DGRC n. 2006 del 02.12.2004 ad oggetto: "L.R. n. 8 del 22 aprile 2003 -Approvazione delle "Linee d'Indirizzo sull'Assistenza Residenziale e Semiresidenziale per Anziani, Disabili e Cittadini Affetti da Demenza
- Verifica delle procedure previste dal Regolamento n. 1 del 22 giugno 2007 "regolamento recante la definizione dei requisiti ulteriori e le procedure per l'accreditamento istituzionale dei soggetti pubblici e privati che erogano attività di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, in regime di ricovero ed in regime residenziale" (accreditamento), parte generale e parte speciale.
- Verifica delle quote di compartecipazione a carico dell'Ambito sociale e/o del cittadino assistito in RSA pubblica.

Il Budget dei Distretti Sanitari

Il Budget assegnato ai Distretti Sanitari secondo la metodologia del Piano Attuativo della Certificabilità del Bilancio, è lo strumento da concordare tra il Direttore del Distretto e la Direzione Strategica. L'assegnazione del Budget prevede un monitoraggio periodico al fine del raggiungimento degli obiettivi assegnati al Direttore del Distretto. L'Assegnazione del Budget segue le regole della contabilità analitica per Centri di Costo e del Piano della Performance Aziendale.

Il Budget del Distretto è l'insieme di determinazioni economico quantitative finalizzate a rilevare i fatti interni di gestione con particolare riferimento al calcolo dei costi e dei ricavi, delle prestazioni dei servizi dei processi e dei consumi sanitari, dei risultati economici valutati con un processo costante di monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza, che viene assegnato contemporaneamente agli obiettivi di salute.

A titolo esemplificativo vengono di seguito elencati le informazioni base contenute nella scheda di Budget:

- Costo risorse umane e professionali;
- Costo Bene e Servizi;
- Interventi in materia di prevenzione e sicurezza sul lavoro;
- Prestazioni di Cure Domiciliari fornite da operatori sanitari interni ed esterni (infermieri, terapisti della riabilitazione, psicologi, dietisti);
- Prestazioni di Cure Domiciliari fornite da ditta esternalizzata con contratto con la ASL ovvero da ditta esternalizzata con contratto con l'Ambito Sociale (compartecipazione)
- Prestazioni erogate da centri accreditati;
- Costi relativi al piano della prevenzione;
- Costi interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria
- Fitti Passivi, □ Utenze; □ Ecc.

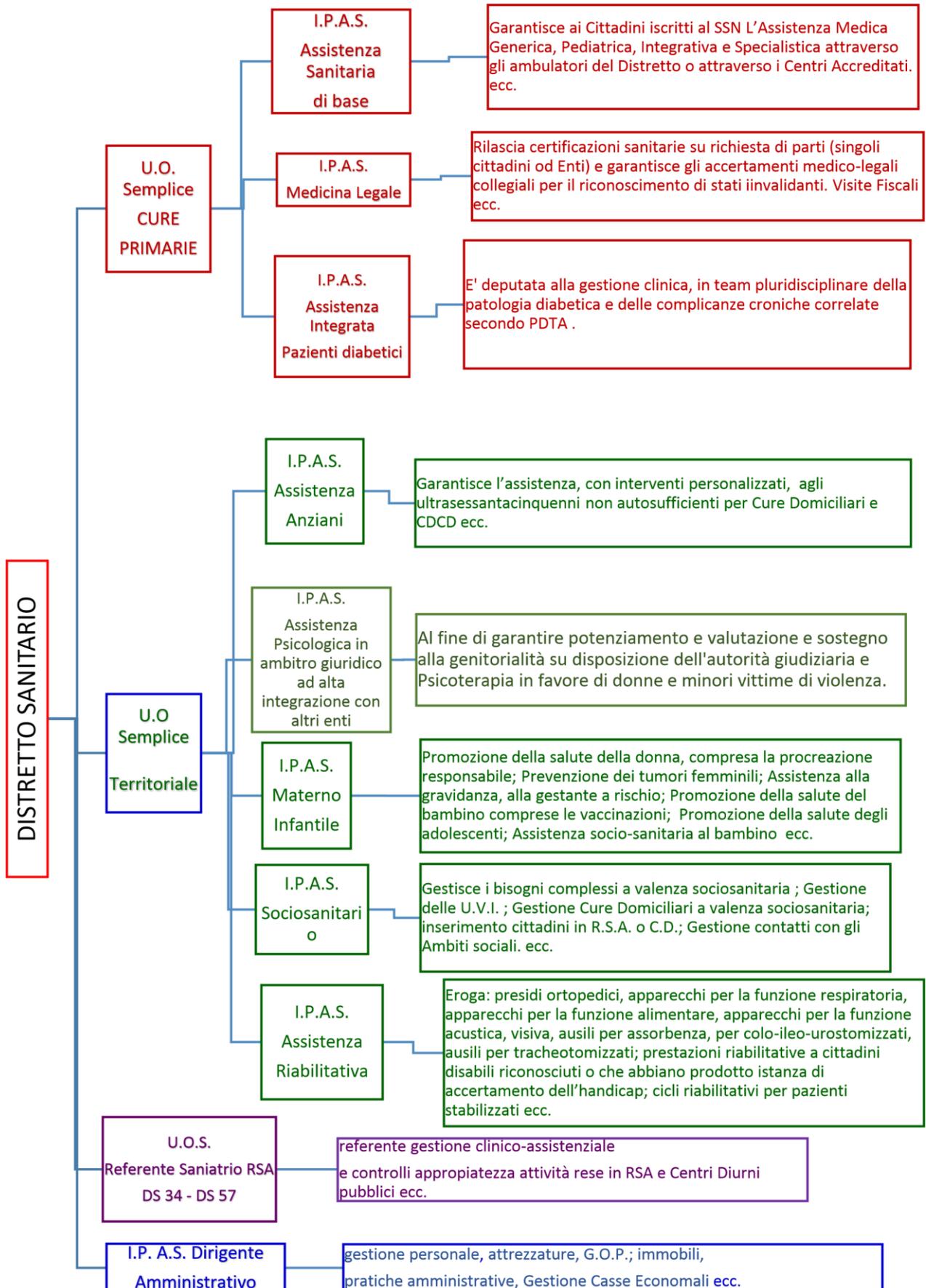
7.4.5 Le Nuove Articolazione Organizzative Del Distretto Socio - Sanitario

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 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”.



Relazione tra l' U.O.C. Medicina Legale Pubblica Valutativa ed il distretto

L'attuale modello organizzativo del U.O.C. o di Medicina Legale Pubblica Valutativa, attuato nell'A.S.L. Napoli3Sud, è di tipo "Funzionale".

Esso appare essere, oltre che sostenibile, fortemente raccomandato in quanto garante dei percorsi medicolegali, allo scopo di fornire indirizzi unitari in ambito aziendale, di assicurare il monitoraggio complessivo delle attività e, nel contempo, di concorrere a garantire l'esercizio della complessiva attività di Governo dell'Azienda.

Il citato modello organizzativo, di tipo "Funzionale", risponde, altresì, pienamente anche alle esigenze connesse ai nuovi processi scaturenti dalla normativa vigente che ha innovato i percorsi delle principali linee di "attività medico-legali rese per conto terzi" nei Distretti Sanitari Aziendali:

Considerate le caratteristiche orografiche dell' A.S.L. Napoli 3 Sud e l'estensione territoriale della stessa, l'attività dell' U.O.C. di Medicina Legale Pubblica Valutativa, è finalizzata ad assicurare anche il coordinamento e l'omogeneizzazione di attività analoghe nell'intero territorio aziendale, non esercitando ulteriori e ripetitive funzioni gestionali, ma assumendo appieno il proprio compito di insostituibile valenza "tecnico-scientifica", soprattutto nel coordinare su quest'ultimo piano, l'azione degli operatori distrettuali mediante la predisposizione di "indirizzi operativi - standard di attività - criteri valutativi - ed in particolare interpretazioni applicative uniformi di norme tecniche".

Il Governo gestionale territoriale resta, invece, in capo al Direttore del Distretto, così come la responsabilità dell'insieme di prestazioni che devono rispondere alla domanda territoriale posta dal "cittadino utente".

Il complesso principio d'autonomia decisionale medico-legale, che ha riflessi profondi in campo etico, deontologico e giuridico, e che ha trasformato il quadro d'intervento dei servizi sanitari da monodisciplinare a multidisciplinare o spesso a multiprofessionale, ha portato alla richiesta di percorsi e prestazioni appropriate nel quadro più complesso di un'organizzazione sanitaria costruita su percorsi assistenziali.

La U.O.C. di Medicina Legale agirebbe pertanto, all'interno dell'Organizzazione Sanitaria Aziendale, con una funzione trasversale, assicurando il proprio intervento fra le articolazioni aziendali in ambito territoriale.

Attività centralizzate in capo al servizio di medicina legale pubblica valutativa:

- Collegio Medico Aziendale;
- Commissione Medica Locale;
- Consulenze medico-legali su richiesta delle strutture sanitarie territoriali e di quelle ospedaliere;
- Valutazione e verifica medico-legale di procedure e protocolli assistenziali;
- Attività di formazione e di aggiornamento del personale sanitario su problematiche medico-legali (nuove disposizioni legislative, indirizzi deontologici, ecc.);
- Attività centrale di coordinamento delle attività certificative distrettuali;
- Consulenza all'Autorità Giudiziaria e con la Polizia Giudiziaria per problematiche medico-legali;
- Svolge attività di consulenza per l'Azienda, anche in ordine ai contenziosi tra essa ed altri soggetti;
- Attività centrale di coordinamento di riscontro diagnostico ex DPR 10.9.1990, n. 285 e di consulenza; per problematiche connesse ad attività di medicina necroscopica;
- Creazione di osservatori medico legali, tesi alla gestione medico legale del contenzioso ed alla prevenzione dei conflitti;

- Utilizzo dei dati sugli esiti dei conflitti per favorire strategie di formazione del personale e risposte organizzative e tecnico scientifiche.

Attività distrettuali in capo al dirigente con I.P.A.S. per la Medicina Legale

Codice della strada e guida natanti:

- Certificato di idoneità psicofisica per patenti di guida A e B (rilascio, rinnovo e duplicato).
- Certificato di idoneità psicofisica per patenti di guida C - D - E - K (rilascio, rinnovo e duplicato).
- Certificato di idoneità guida natanti (rilascio, rinnovo e duplicato).
- Certificato per esenzione uso di cinture di sicurezza.
- Certificato per contrassegno di circolazione e sosta per portatore di handicap.

Certificazioni medico-legali varie:

- Certificato di idoneità psicofisica per porto d'armi
- Certificato di idoneità psicofisica alla conduzione di caldaie a vapore e gas tossici ("patentino").
- Certificato Sanitario per ammissione voto disabili.
- Certificato di idoneità psicofisica alla frequenza di Scuole Professionali.
- Certificato di idoneità psicofisica per adozione.
- Certificato di idoneità fisica per attività varie (es. Servizio Civile - Attività di Volontariato ecc.) □
Provvedimenti di gravidanza a rischio per astensione anticipata dal lavoro.
- Certificato sanitario per la "Cessione del V° dello stipendio".
- Accertamento dell'impedimento fisico all'espressione del voto (DPR 16.5.1960, n. 570, art. 41) e per esercitare il voto da parte degli elettori non deambulanti in sedi con barriere architettoniche
- Altre certificazioni medico-legali non comprese nelle voci precedenti.

Visite collegiali:

- Certificato di idoneità psicofisica al lavoro dei disabili (ex Legge 68/99).
- Visita Medico Legale Collegiale per il riconoscimento di Invalidità Civile,
- Visita Medico Legale per la valutazione dello stato di Handicap (ex Legge 104/92).

Legge 210/92:

- Istruttoria medico-legale per la richiesta di indennizzo da parte di soggetti danneggiati a seguito di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni di sangue ed emoderivati.

Accertamenti necroscopici:

- Autorizzazioni alla cremazione
- Riscontro diagnostico
- Accertamenti necroscopici ai sensi del DPR 285/90 - Sopralluoghi di interesse giudiziario.

Visite Fiscali ex art 5 legge 300/70

Aggregazione Funzionale Territoriale (A.F.T.)

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 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.

ASL Napoli 3 Sud							
Ambito Sociale	Distretto San.	Sede di distretto	Comuni n.	Pop. 0-14 a.	Pop. 15-64 a.	Pop. > 65 a.	Pop. totale
Ambito N 11	Distretto n. 34	Portici	1	7.881	34.936	12.457	55.274
Ambito N 22	Distretto n. 48	Mariglianella	6	17.621	71.137	15215	103.973
Ambito N 23	Distretto n. 49	Nola	14	16.454	74.686	18.750	109.890
Ambito N 24	Distretto n. 50	Volla	4	10.470	42.190	8.368	61.028
Ambito N 25	Distretto n. 51	Pomigliano d'Arco	2	10.499	45.203	11.891	67.593
Ambito N 26	Distretto n. 52	Palma Campania	7	22.042	92.159	17.601	131.802
Ambito N 27	Distretto n. 53	Castellammare di Stabia	1	10.576	43.255	12.635	66.466
Ambito N 28	Distretto n. 54	San Giorgio a Cremano	2	7.964	34.736	12.053	54.753
Ambito N 29	Distretto n. 55	Ercolano	1	8.768	35.285	9.656	53.709
Ambito N 30	Distretto n. 56	Torre Annunziata	4	14.869	58.758	16.694	90.321
Ambito N 31	Distretto n. 57	Torre del Greco	1	13.802	56.529	15.944	86.275
Ambito N 32	Distretto n. 58	Pompei	8	19.030	73.466	17.202	109.698
Ambito N 33	Distretto n. 59	Vico Equense	6	12.295	53.582	16.260	82.137
TOTALI			47	172.271	715.922	184.726	1.072.919

Stima del numero di AFT della Medicina Generale e della Pediatria nella Asl Napoli 3 Sud 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, 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 convenzionate/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 Na sud 3	n. D.S.	Pop. >15anni	MMG	C.A. (titolari)	C.A. (sostituti)	n. AFT MMG	Pop. 0-14 anni	P.L.S.	n. AFT PLS	7.4.5.2
	13	900.648	780	243	18	30	172.271	157	13	

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
- 45

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.

7.4.6 L'Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP)

Accanto allo sviluppo delle AFT si prevede l'istituzione di forme organizzative più complesse denominate Unità Complesse di Cure Primarie. Le UCCP non sono forme organizzative alternative alle AFT, esse sono

collegate alle AFT e comprendono i medici o parte dei medici che ne fanno parte. L'UCCP si avvale di "risorse" esse a disposizione dal Distretto (es. personale infermieristico ed amministrativo, etc.) e dalle Municipalità (es. assistente sociale e personale amministrativo) Ambiti sociali di zona.

Detta forma organizzativa presenta le seguenti fondamentali caratteristiche:

- costituisce uno dei nodi della rete dei servizi distrettuali ed aziendali;
- ha carattere multiprofessionale e multidisciplinare;
- ha operatività h 24 per l'intero arco della settimana;
- assicura l'attività di medicina generale sia ambulatoriale che domiciliare, avvalendosi dei professionisti del ruolo unico della Medicina Generale;
- assicura l'assistenza ambulatoriale specialistica;
- assicura l'assistenza infermieristica, ostetrica, tecnica, riabilitativa e sociale a rilevanza sanitaria; • effettua la diagnostica di 1° livello;
- garantisce i necessari servizi di supporto alle attività.

In considerazione della densità abitativa, il presente piano prevede di collegare di norma a ciascuna UCCP fino ad un massimo di quattro AFT della medicina generale e di tre AFT della pediatria.

La UCCP assicura i seguenti compiti e funzioni:

- intercetta e decodifica la domanda di salute;
- garantisce l'equità e facilità di accesso attraverso l'attivazione del Punto Territoriale della Porta Unica di Accesso (PUA) per il recepimento unitario della domanda;
- effettua l'attività di prevenzione ;
- prevede la partecipazione attiva dei MMG alle campagne di screening promosse dalle Aziende;
- assicura la presa in carico globale del paziente fragile e di quello che presenta problematiche sanitarie differibili (c.d. codici bianchi);
- adotta un approccio proattivo di iniziativa ed il modello del disease management per le principali patologie croniche (diabete, piede diabetico e ulcere cutanee, scompenso cardiaco, ipertensione, bronco-pneumopatia cronica ostruttiva, nefropatie croniche, sclerosi laterale amiotrofica, demenze) prevedendo che agli ambulatori dedicati per patologia tenuti dal MMG sia presente anche lo specialista ambulatoriale;
- persegue lo sviluppo di percorsi assistenziali integrati ospedale/territorio;
- sviluppa l'assistenza domiciliare, le ammissioni/dimissioni protette e la terapia del dolore, nonché, la risposta al bisogno sociosanitario di natura complessa adottando gli strumenti della valutazione multidimensionale e della definizione del progetto assistenziale personalizzato;
- garantisce la continuità delle cure e la presa in carico con follow-up multidisciplinare dei bambini e adolescenti con malattie croniche e rare in integrazione con i servizi ospedalieri e i centri di riferimento della regione Campania.

La capacità delle UCCP di attivare processi di assistenza efficaci efficienti richiede necessariamente il superamento del lavoro per compartimenti stagni da parte delle varie figure professionali, lo sviluppo della flessibilità organizzativa, la responsabilizzazione e valorizzazione, oltre che dei medici a ciclo di scelta, anche di quelli a rapporto orario che vanno inseriti a pieno nelle attività.

La UCCP deve garantire le attività in stretto collegamento con i servizi distrettuali della terapia del dolore (assicurata da medico formato ed esperto) e delle cure domiciliari ivi incluse quelle erogate ai pazienti terminali. Ulteriore collegamento è realizzato con il Servizio Dipendenze (Ser.T.) e con la Unità Operativa di Salute Mentale (UOSM).

In presenza di adeguate condizioni logistiche, la UCCP ospita anche la Farmacia distrettuale.

UCCP della Medicina Generale e della Pediatria nella Asl Napoli 3 Sud Programmate

ai sensi DCA n. 99 del 22.09.2016

nome	tipologia	status	città
Distretto Sanitario 50- Stabilimento di Pollena Trocchia	UCCP	in programmazione	Pollena
Distretto Sanitario 57 - Plesso Bottazzi	UCCP	in programmazione	Torre del Greco
Distretto Sanitario 59	UCCP	in programmazione	Sant'Agnello
Distretto Sanitario 57 – P.O. Torre del Greco	UCCP Pediatria (esperienza pilota)	in programmazione	Torre del Greco

Il presente Atto, in conformità a quanto previsto dal DCA 99 del 22.09.2016 prevede che, a regime, saranno realizzate almeno di una UCCP per ogni distretto sanitario

Principali Obiettivi UCCP

Di seguito si riportano i principali obiettivi perseguiti dalla UCCP:

- favorire la presa in carico integrata dell'assistito;
- assicurare le ammissioni e dimissioni ospedaliere protette;
- garantire l'appropriatezza prescrittiva sia per quanto attiene all'assistenza farmaceutica che quella specialistica;
- ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso, i ricoveri ripetuti e i ricoveri inappropriati; □ implementare i percorsi assistenziali integrati ospedale –territorio.

Collegamento ed integrazione con le altre strutture sanitarie e sociosanitarie

La UCCP deve operare in collegamento con le altre strutture intermedie aziendali (Ospedali di Comunità, Hospice, Residenze Sanitarie Assistite anziani e disabili -RSA, Strutture Residenziali Intermedie della salute mentale -SIR, Centri Diurni, ecc.) ed in integrazione professionale ed operativa con i presidi ospedalieri e con i servizi sociali dell'Ente locale / Ambito Sociale di Zona.

Tali sinergie sono raggiunte con l'attività assicurata dal Coordinatore di UCCP (un rappresentante della medicina convenzionata (MMG e Specialistica Ambulatoriale) e attraverso la condivisione di specifiche intese definite dal Direttore di Distretto.

Coordinamento

La responsabilità organizzativa e gestionale della UCCP è affidata dall'Azienda (ai sensi del DCA 18 del 18.02.2015) ad un referente/coordinatore eletto, dai medici appartenenti alla stessa struttura tra i medici convenzionati che abbiano una anzianità lavorativa di almeno 5 anni, in possesso di adeguata formazione ed esperienza nella organizzazione dell'assistenza utilizzando lo strumento della gestione per processi, con particolare riferimento al paziente fragile affetto da malattia cronica e/o pluripatologie.

Il referente/coordinatore di UCCP ha il compito di favorire i processi di integrazione e collegamento sia tra i diversi professionisti, che sono impegnati nei processi di cura, che tra le diverse strutture presenti nella rete di assistenza; pertanto, di intesa con il Direttore di Distretto, egli si raccorda costantemente con i coordinatori delle AFT collegate alla UCCP e le restanti realtà sociosanitarie e sanitarie del territorio, ivi inclusi i presidi ospedalieri. Altro compito assicurato è quello di coordinare l'attività formativa degli operatori della UCCP e di quelli che con questa si integrano o collaborano. Il coordinatore risponde degli obiettivi della UCCP.

L'incarico di coordinatore dura tre anni, lo stesso decade in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati.

La unità complessa di cure primarie pediatrica (UCCP)

E' prevista, in forma sperimentale (esperienza pilota), **una UCCP Pediatrica** presso l' A.S.L. Napoli 3 Sud, che sarà ubicata presso il P.O. di Torre del Greco, che insiste sul territorio del Distretto Sanitario n. 57, il quale ospiterà anche un ulteriore struttura territoriale rappresentata da un Centro residenziale per le cure palliative – Hospice pediatrico, così come previsto con il citato Decreto 33 del 17.05.2016,

La realizzazione della UCCP pediatrica si concretizzerà previa sottoscrizione di specifiche intese/accordi tra la ASL NAPOLI 3 SUD e l'A.O. di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione Santobono Pausilipon.

La UCCP pediatrica ha carattere sovra-distrettuale e rappresenta luogo di incontro o meglio di connubio della funzione territoriale con quella ospedaliera attraverso la realizzazione di una forte integrazione ospedaleterritorio in materia di assistenza pediatrica.

I Pediatri di Libera Scelta che hanno in carico il piccolo paziente e che afferiscono alla UCCP si integrano con le competenze specialistiche rese disponibili dall'ambito ospedaliero per prestazioni ambulatoriali e a ciclo diurno non riconducibili alla degenza ma relative all'area della post-acuzie e dell'integrazione sociosanitaria.

Il Direttore di Distretto in questa forma di UCCP assume con ancora maggiore forza il ruolo di collante e di facilitatore dei processi di integrazione ospedale-territorio-ambito sociale di zona garantendo la sinergia e unitarietà dei percorsi personalizzati attivati per i pazienti di età pediatrica i quali trovano in questo modello di assistenza una risposta che assicura l'appropriatezza non solo clinica, ovvero specialistica, ma anche organizzativa, ovvero adeguata sia nel tempo che nello spazio.

Le principali finalità perseguite dalla U.C.C.P. pediatrica

- esercitare una funzione di filtro agli accessi impropri al Pronto Soccorso e ai ricoveri inappropriati in età pediatrica per casi che trovano nel territorio competenze e risposte specialistiche, fino ad oggi assicurate solo dal livello di assistenza ospedaliero;
- garantire la continuità dell'assistenza in età pediatrica attraverso la realizzazione delle ammissioni e dimissioni protette;
- operare un riassetto della rete ospedaliera e territoriale realizzando interventi tesi a riconvertire presidi o loro parti che non sono in grado di erogare cure adeguate con riferimento sia all'efficacia che all'efficienza degli interventi;
- aprire alle tematiche dell'integrazione sociale, multiculturale e multi-etnica i servizi resi alla popolazione pediatrica.

Funzioni della UCCP pediatrica in ambito ASL

Di seguito si elencano le funzioni assicurate dalla UCCP pediatrica a prevalenza ASL-Distretto Sanitario e comprendono:

- il punto di accesso territoriale;
- la Unità di Valutazione Integrata (UVI) che riconosce quale luogo privilegiato di intervento la casa del piccolo assistito e, pertanto, è in stretto collegamento con le cure domiciliari pediatriche;
- l'ambulatorio del PLS;
- la U.O. Materno Infantile distrettuale con il consultorio familiare di II livello, il centro vaccinale e l'ambulatorio infermieristico;
- la Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo pediatrico (UVBR) che assicura la continuità territoriale per l'assistenza riabilitativa pediatrica;
- il punto di continuità assistenziale a vocazione pediatrica;
- il punto prelievi;
- la mediazione culturale.

7.5 Il Dipartimento Attività Territoriali e Integrazione Socio- Sanitaria

Il Dipartimento Attività Territoriali e Integrazione Socio- sanitaria è **un Dipartimento funzionale**, che coinvolge funzionalmente le unità operative a livello territoriale ed ha come obiettivo fondamentale l'ottimizzazione dei processi e dei servizi in ambito sanitario e socio-sanitario, attraverso modalità di integrazione e coordinamento, promosse e perseguite da varie unità operative con proprie responsabilità, funzioni, competenze e diritti / doveri professionali che operano all'interno delle strutture delle aziende sanitarie.

Il Dipartimento ATISS si coordina per tutte le attività di competenza con i distretti sociosanitari, e tutte le attività ospedaliere per tutte le attività inerenti le dimissioni protette che necessitano un alto peso assistenziale.

161/347

In pubblicazione dal

7.5.1. Modello Organizzativo

Il Modello Organizzativo è individuato ai punti 7.3.1. /7.3.2/7.3.3/7.3.4.

Organizzazione

Il Dipartimento è costituito da 5(cinque) UU.OO.CC., e 6 UOSD, 5 UOS e da 4 IPAS, come di seguito indicate:
UU.OO.CC.

1. **UOC Cure Primarie e attività territoriali - 1 UOS** (Integrazione Assistenza Ospedale territorio) +n° 2 IPAS (n°1 - Assistenza Stranieri e n°1 Rete Territorio per il Management delle malattie Allergiche);
2. **UOC Coordinamento Sociosanitario** – 1 UOS (Orientamento al welfare Territoriale) e n° 1 I.P. Dirigenza Assistente Sociale;
3. **UOC Coordinamento Cure Domiciliari** – 2 UOS (n°1 Assistenza Domiciliare di 1° e 2° livello – e n° 1 Assistenza Domiciliare 3° livello e Cure palliative)
4. **UOC Coordinamento Attività Riabilitative** - 1 UOS (Controllo delle attività relative ai trattamenti riabilitativi e delle attività previste dal Nomenclatore tariffario – Coordinamento funzionale U.V.B.R.
5. **UOC Coordinamento Amministrativo + I.P. Amministrativa** .

UU.OO.SS.DD.

1. UOSD Assistenza Anziani Fragili e Demenza
2. UOSD Rete Ulcere Cutanee
3. UOSD NAD
4. UOSD Diabetologia e Malattie Metaboliche
5. UOSD Attività Libero Professionale
6. UOSD Fisiopatologia della Comunicazione

7.5.2 linee di attività

A. Sostegno , coordinamento funzionale, monitoraggio e controllo per la realizzazione della presa in carico del cittadino attraverso la istituzione in ogni distretto socio sanitario del punto unico di accesso ai servizi.

- Coordina le attività ai fini di garantire *il principio dell'equità* per la creazione dello sportello unico per le prestazioni sociosanitarie e sanitarie in ogni distretto sociosanitario, che prende in carico il cittadino portatore di problematiche spesso complesse, al fine di ottenere una risposta tempestiva ed adeguata alle proprie effettive necessità. Il Punto unico di accesso dovrebbe rappresentare la porta attraverso la quale si realizza la presa in carico da parte del SSN o l'affido del paziente all' equipe che ne ha la specifica competenza. Cesserebbe, così, la dispersione e la frammentazione degli interventi. Una presa in carico effettiva del cittadino/paziente, attraverso la definizione di precisi percorsi assistenziali, comporterebbe ripercussioni importanti anche sui livelli di appropriatezza delle prestazioni e sulla accessibilità dei servizi soprattutto dei tempi di risposta.

- B. Potenziamento dell'Assistenza a domicilio. Il mutato scenario epidemiologico e l'inversione della piramide demografica con conseguente invecchiamento degli individui, della famiglia e delle popolazioni, ha radicalmente mutato le necessità assistenziali e il profilo dei percorsi assistenziali necessari. L'incidenza crescente di patologie croniche e invalidanti e della non autosufficienza richiedono modalità assistenziali più prossime al cittadino. La costituzione di team multi professionali (MMG, Specialisti ambulatoriali, infermieri, personale della riabilitazione, assistenti sociali etc.) è in grado di realizzare, quando occorra, una ospedalizzazione a domicilio, garantendo appropriatezza, efficacia e umanizzazione delle cure e riducendo l'uso inappropriato dell'ospedale.

C. Realizzazioni delle Rete Assistenziali

Il Dipartimento ha il ruolo di coordinare e sviluppare sinergie organizzative e assistenziali su alcune tematiche di primaria importanza per il controllo ed il trattamento di malattie ad elevato impatto sociale e assistenziale, si devono determinare la creazione di nuovi modelli organizzativi con la creazione di specifiche reti assistenziali con l'integrazione delle diverse discipline specialistiche Ospedaliere e Territoriali (integrazione Ospedale – Territorio), il coinvolgimento diretto delle Cure Primarie (MMG, Pediatra di libera scelta), al fine di garantire un percorso terapeutico adeguato nell'interesse del paziente ed evitare la mobilità passiva sanitaria verso le altre Azienda Sanitarie Campane e Extra regionali, per il miglioramento dei servizi erogati dai distretti sociosanitari, ed a supporto degli stessi.

D. Coordinamento aziendale per lo sviluppo uniforme della realizzazione di forme associative dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di Libera Scelta e Continuità Assistenziale.

Il nuovo ACN (Accordo Convenzionale Nazionale) per la Medicina generale e il DCA 18 del 18.02.2015, deve rappresentare un'occasione per un passaggio definitivo alle forme di associazionismo medico, con la creazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) con l'estensione dell'assistenza sanitaria h 24 a sette giorni su sette con la partecipazione della Continuità Assistenziale. La realizzazione di un'assistenza continua territoriale è sicuramente l'esigenza più avvertita dai cittadini cronici ed è l'unica mezzo in grado di disincentivare *l'uso inappropriato dei Pronto soccorsi ospedalieri*. Per fare questo, la soluzione possibile è quella di cambiare l'attuale organizzazione delle cure primarie, con l'integrazione delle varie figure professionali presenti sul territorio MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali, Medici di Continuità Assistenziali che contribuiscono, in sinergia alle attività di assistenza primaria (visite ambulatoriali, visite domiciliari, attività programmate a domicilio, dimissioni protette dai presidi ospedalieri, servizio in RSA e presso Ospedali di comunità, filtro all'accesso al PS). Una forte responsabilizzazione e valorizzazione di tali professionisti, la rottura del lavoro per compartimenti stagni delle varie figure professionali impiegate sul territorio, compresi i medici della emergenza territoriale (118), può rappresentare una ipotesi di lavoro concreta per sperimentare in tempi stretti forme efficaci e sostenibili di continuità assistenziale.

E. Promozione delle attività di Autogestione delle patologie e family learning.

Coordinamento delle attività di formazione del cosiddetto cittadino competente (o paziente esperto) e del family learning, espressamente finalizzate alla autogestione delle malattie croniche svolgono un ruolo di importanza crescente per i motivi precedentemente accennati e connessi all'aumento esponenziale delle malattie ad andamento cronico. Attraverso l'autogestione è infatti possibile ottenere una maggiore complicità del paziente nell'iter terapeutico, prevenire i fenomeni di riacutizzazione delle patologie croniche e limitare il numero di ricoveri, come dimostrano anche i più recenti dati della letteratura.

F. Realizzazione delle S.U.A.P.

163/347

In pubblicazione dal

Coordinamento aziendale per l'Istituzione delle Speciali Unità di Accoglienza Permanente (SUAP) al fine di gestire le fasi croniche delle patologie dei pazienti cerebrolesivi per qualsiasi causa, in stato di coma vegetativo oppure affetti da uno stato cerebrale di bassa responsività, in cui risulti una presunta non modificabilità o una modificabilità molto limitata del quadro neurologico e della coscienza.

Tali setting assistenziali territoriali sono una ulteriore risorsa per gli utenti in alternativa al domicilio. Pertanto, anche queste modalità di presa in carico verranno coordinate dalla struttura centrale che si occupa delle Cure Domiciliari.

G. Le Strutture Polifunzionali per la Salute (SPS)

Il Dipartimento coordina a livello aziendale tutte le attività per la realizzazione delle Strutture Polifunzionali per la Salute (SPS) all'interno degli stabilimenti ospedalieri dismessi, così come previsto dal Piano Sanitario Regionale 2011/2013 e dall'art. 11 dell'AIR per la Medicina Generale pubblicato sul BURC n. 46 del 22.08.2013.

La SPS è costituita da un immobile o plesso che al suo interno ospita più tipologie di strutture e/o servizi sanitari territoriali, quali: UCCP, Servizio Assistenza Urgenza Territoriale (SAUT), Punto di Primo Intervento Territoriale (PPI - PSAUT), Ospedale di Comunità (OdC), Residenza Sanitaria Assistita per anziani o disabili (RSA), Centri residenziali per le cure palliative - Hospice, Centri residenziali per il trattamento terapeutico-riabilitativo dei disturbi del comportamento alimentare (DCA), ecc.

La SPS rappresenta un presidio strategico del Distretto Sanitario, una forma organizzativa avanzata, a complessità variabile e ad elevata flessibilità, un centro attivo e dinamico in grado di accogliere la domanda di salute e di pianificare la relativa risposta attivando il setting assistenziale più appropriato, nell'ottica di perseguire una più elevata economia di scala.

In altri termini, all'interno della SPS, è possibile condividere spazi, attrezzature e professionalità realizzando una organizzazione che supera l'attuale rigidità del sistema per tendere ad un modello flessibile che consente all'assistenza territoriale di recuperare sia in efficacia che in efficienza.

La responsabilità gestionale ed igienico-organizzativa e gestionale dell'intera struttura fa capo al Direttore di Distretto Socio Sanitario.

E' prevista l'attivazione dell' S.P.S. Presso lo St. di Pollena Trocchia (Distretto S.Sanitario n. 50) e dell' S.P.S. il P.O. Maresca di Torre del Greco (Distretto S.Sanitario n. 57).

H. Ospedali di Comunità (OdC)

L'OdC costituisce un presidio di degenza residenziale delle cure primarie con un numero limitato di posti letto (15-20 PL), gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai Medici di Medicina Generale e dai Pediatri di Libera Scelta che gestiscono l'intero percorso sanitario del paziente assumendosene la responsabilità clinica, mentre, la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al Direttore di Distretto che garantisce anche le necessarie consulenze specialistiche.

L'OdC possiede caratteristiche intermedie tra il ricovero ospedaliero, le risposte assistenziali residenziali (RSA) e quelle domiciliari (ADI) con le quali non si pone in una condizione di alternativa o di duplicazione, bensì, in stretto rapporto di collaborazione funzionale quale ulteriore nodo della rete di assistenza

Il DATISS ha la responsabilità di coordinare tutte le azioni necessarie per l'istituzione dell'Ospedale di Comunità a supporto del direttore del distretto sociosanitario di riferimento territoriale.

Finalità

La principale finalità che si pone la realizzazione dell'OdC sono di due tipi:

- I. preventivi, ovvero evitare l'ospedalizzazione;
- II. riabilitativi, ovvero supportare la dimissione e favorire il rientro a domicilio.

E' prevista l'attivazione di 20 pl presso lo St. di Pollena presso (Distretto S.Sanitario n. 50)

7.5.3 Le Cure Primarie e le attività territoriali

L'assistenza sanitaria erogata nelle Cure Primarie, gestite dai direttori dei distretti sociosanitari, è fondata su metodi pratici e tecnologie appropriate, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa universalmente accessibile agli individui e alle famiglie nella collettività, attraverso la loro piena partecipazione, a un costo che la collettività e i paesi possono permettersi ad ogni stadio del loro sviluppo nello spirito di responsabilità e di autodeterminazione.

Le Cure Primarie sono considerate il primo livello attraverso il quale gli individui, le famiglie e la collettività entrano in contatto con il sistema sanitario nazionale, avvicinando il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove le persone vivono e lavorano, e costituisce il primo elemento di un processo continuo di protezione sanitaria.

Le cure primarie rappresentano, dunque, una vera e propria area-sistema dotata di caratteristiche peculiari e profondamente diverse da quelle, altrettanto tipiche, dell'assistenza ospedaliera.

Per le Cure primarie a prevalere è il cosiddetto paradigma "dell'iniziativa" con il quale si intende un pattern assistenziale orientato alla "promozione attiva" della salute e al rafforzamento delle risorse personali (autocura e family Learning) e sociali (reti di prossimità e capitale sociale) a disposizione dell'individuo, specie se affetto da malattie croniche o disabilità.

Elementi fondamentali dell'area delle cure primarie sono dunque ***l'estensività ed equità*** nell'assistenza e nell'accesso alle cure, la prossimità delle cure ai luoghi di vita dei cittadini, l'integrazione tra attività sanitaria e sociale, la valorizzazione del capitale umano e sociale a disposizione dell'individuo e la partecipazione della comunità locale e dei cittadini alla programmazione dei servizi e alla valutazione delle attività e dei risultati di salute.

Il ruolo delle "cure primarie" tuttavia non può e non deve essere circoscritto al solo ambito sanitario e a quella dimensione particolare della vita dell'uomo che si identifica nella perdita di salute o nella malattia; un ***adeguato sistema di cure primarie è il mezzo più importante per promuovere in senso globale il miglioramento delle condizioni di vita delle popolazioni del mondo.***

L'Asl Napoli 3 sud al fine di sostenere e sviluppare un'assistenza ***uniforme ed equa*** su tutto il territorio aziendale per il potenziamento delle cure primarie ha previsto nel Dipartimento Assistenza Territoriale e I.S.S. una UOC Complessa.

7.5.4 La Unità Operativa Complessa (UOC) “Cure Primarie e Attività Territoriali”

Principale attività

- coordinamento ai fini dello sviluppo, sostegno, potenziamento ai fini della garanzia della uniformità ed equità delle attività di tutte le UU.OO. di Cure primarie dei Distretti socio Sanitari Aziendali ;
- Coordinamento per la predisposizione di protocolli condivisi delle attività di competenza con i Direttori dei Distretti S.Sanitari e di tutta la rete dei servizi aziendali eventualmente coinvolti;
- 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 per il raggiungimento degli obiettivi fissati dalla Direzione Strategica;
- Collaborazione con le altre articolazioni aziendali, per la rilevazione dei bisogni sanitari e sociosanitari;
- Coordinamento e monitoraggio aziendale delle Attività dei Medici di Assistenza Primaria (Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta);
- Coordinamento e monitoraggio aziendale delle Attività degli Specialisti Ambulatoriali;
- Analisi del fabbisogno dell’attività Specialistica Ambulatoriale su base aziendale;
- Partecipazione , in sinergia con gli altri attori del processo, alla predisposizione dei 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 patologia (self care), attraverso l’empowerment del paziente;
- Coordinamento funzionale per la 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) in accordo con i direttori dei distretti sociosanitari ed i MMGe PLS;
- Analisi e controllo, con il supporto dell’UOC Sistemi Informatici e della UOC Controllo di Gestione, della corretta gestione dei flussi informativi relativamente all’ area cure primarie (Medici di Assistenza Primaria, Specialistica Ambulatoriale, Gestione Integrata Pazienti Diabetici).

Assistenza territoriale rivolta agli stranieri

L’ ASL NAPOLI 3 SUD 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 166/347

In pubblicazione dal

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

Al fine di coordinare tale tipologia di attività è individuata un IPAS "Assistenza Cittadini Stranieri", afferente all' U.O.C. Cure Primarie e Attività Territoriale

Organizzazione interna dell'Unità Operativa Complessa "Cure Primarie e attività Territoriali"

All'interno della Unità Operativa Complessa "Cure Primarie e attività Territoriali" è prevista una struttura Semplice denominata **"Integrazione assistenza sanitaria Ospedale -Territorio"** e una **I.P.A.S. per l'Assistenza Cittadini Stranieri** e una **IPAS per l'integrazione Assistenza Ospedaliera Territorio per il management delle malattie allergiche**.

7.5.5 L'integrazione Sociosanitaria - UOC Coordinamento Sociosanitario

La "politica della salute" rappresenta una priorità del Piano Sanitario Nazionale, con l'evidente intenzione di promuovere solidarietà e valorizzazione degli interventi nel tessuto sociale di riferimento.

E' perciò necessario che gli interventi in alcune aree di bisogno non siano più frammentari e volontaristici, ma siano momenti altamente coordinati ed integrati tra loro, disegnando, per rispondere ad un bisogno complesso, un modello di risposta complesso ed equo, dovendo necessariamente interessare la globalità della persona, nella sua sfera fisica, psichica e sociale.

Coerentemente con tale impostazione il D.lgs. 229/99 e il successivo atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio - sanitarie (DPCM 14 febbraio 2001) definiscono le prestazioni sociosanitarie come le "attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione".

La normativa nazionale in materia ha individuato gli strumenti attraverso i quali qualificare l'integrazione:

- **Il programma delle attività territoriali (di stretta competenza distrettuale -art. 3 quater D.lgs. 229/99); □ I piani di zona dei servizi sociali e sociosanitari (L.328/2000);**
- **La definizione delle prestazioni sociosanitarie delle aree maggiormente interessate e l'attribuzione per le diverse tipologie, della spesa a carico del S.S.N. e dei Comuni (art. 3 septies D.lgs. 229/99 e D.P.C.M. 14.02.2001).**

Per qualificare gli interventi finalizzati all'integrazione socio sanitaria è necessario garantire unitarietà al processo programmatico rendendo tra loro compatibili le scelte previste dal programma delle attività territoriali e dai piani di zona, a garanzia di integrazione di investimenti e risorse, di efficienza ed economicità e di continuità assistenziale.

I due strumenti, pertanto, devono essere gestiti all'interno di un'unica strategia di programmazione, attuata in modo collaborativo tra azienda sanitaria e comune, in ordine alla rete dei servizi e degli interventi sociosanitari da garantire sul territorio.

L'ASL Napoli 3 sud , in attuazione di quanto disciplinato dalla Giunta Regionale con proprio atto di indirizzo e coordinamento provvederà a programmare e pianificare l'integrazione sociosanitaria:

- Attraverso il piano attuativo locale, a livello aziendale (PAL);
- Mediante il programma delle attività territoriali indicando, con indicazione delle attività, la localizzazione dei servizi del distretto socio sanitario e le risorse necessarie, livello di programmazione il cui responsabile è il direttore del distretto sociosanitario (PAT);
- Tramite l'accordo di programma con gli enti locali, ove individuare le prestazioni da attivare le modalità di realizzazione dei livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria e sanitaria e le risorse necessarie per garantirli rispettivamente a carico delle Aziende e dei Comuni interessati, delegato all'accordo è il Direttore del Distretto Sociosanitario.

L'integrazione sociosanitaria si realizza tenendo conto della natura dei bisogni, della fonte di erogazione delle prestazioni, della rilevanza delle componenti sanitarie, dei criteri di finanziamento, delle competenze dell'Azienda sanitaria e dei Comuni, secondo appositi atti di indirizzo legislativi e, infine, dei criteri per l'individuazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e di quelle sociali di rilevanza sanitaria.

La Unità Operativa Complessa (UOC) “Coordinamento Sociosanitario”

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.

E’ la struttura che:

- Coordina funzionalmente tutte le attività assistenziali sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria individuate dal D. Lgs 229/99, dal DPCM 14.02.01 e dal DPCM 29.11.01 e costituenti nel loro insieme l’Area Socio-Sanitaria ad Elevata Integrazione Sanitaria (materno-infantile, anziani, disabili fisici, psichici e sensoriali, patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronic-degenerative) **in sinergia con i distretti sociosanitari**, in collaborazione con tutte le strutture coinvolte.
- Propone alla direzione strategica i protocolli relativi alla “dimissione socio-sanitaria ospedaliera” in accordo con tutti gli attori del processo;
- coordina la programmazione delle attività socio-sanitarie dell’azienda (con particolare riferimento ai LEA sociosanitari) e l’integrazione tra queste e quelle sanitarie a rilevanza sociale con quelle sociali a rilevanza sanitaria, in accordo con i direttori dei distretti sociosanitari e di tutti gli attori del processo.

Nel rispetto di quanto su disposto la U.O.C. Coordinamento Sociosanitario :

- a) Sostiene e sviluppa le attività socio sanitarie di competenza dell’Azienda e opera, a sostegno delle attività dei direttori dei distretti sociosanitari, con i Comuni per raccordare attraverso una strategia programmata e condivisa gli aspetti socio sanitari del Piano di Zona, del Piano Attuativo Aziendale e dei Programmi delle Attività Territoriali Distrettuali;
- b) Supporta funzionalmente e operativamente tutte le attività centrali e territoriali nell’ambito degli indirizzi strategici della Direzione Aziendale in materia di integrazione Socio Sanitaria;
- c) Collabora con le Strutture dell’Azienda per il raggiungimento degli obiettivi fissati dalla Direzione Strategica inerenti l’offerta dei servizi per cittadini da allocare in strutture residenziali (R.S.A.) e/o Semiresidenziali (Centri Diurni);
- d) Valuta con un monitoraggio continuo dei flussi informativi “Leasociosan” la coerenza delle azioni aziendali con i dettati ministeriali e regionali.

Funzioni

La struttura complessa “Coordinamento Sociosanitario”, ai sensi delle norme vigenti e delle linee guida per la programmazione dei Servizi Socio Sanitari Integrati emanate dalla Regione Campania in allegato alla D.G.R.C. n. 6467 del 30/12/2002 – in ottemperanza al decreto n. 49/2010 e al Piano Sanitario Regionale n. 32/2011, ha la funzione strategica in grado di determinare un livello di integrazione tra:

- “Le diverse aree socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria”;
- “Le aree socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria ed i servizi dell’azienda, i Distretti Sanitari e gli Ospedali”;

169/347

In pubblicazione dal

- "l'Azienda e i Comuni, in particolare per le attività socio sanitarie di competenza della ASL e quelle di competenza dell'Ente Locale per accompagnare e sovrintendere a tutte le azioni della componente territoriale in stretto accordo con il Distretto Socio Sanitario":

Organizzazione interna dell'Unità Operativa Complessa "Coordinamento Sociosanitario"

All'interno della Unità Operativa Complessa "Coordinamento Sociosanitario" è prevista la struttura Semplice denominata "**Orientamento al welfare Territoriale**" con compiti di coordinamento e monitoraggio dei rapporti con gli Ambiti sociali e con i Responsabili Integrazione sociosanitaria dei distretti sociosanitari.

Le attività della Unità Operativa Complessa "Coordinamento Sociosanitario" vengono svolte nelle seguenti macro aree di attività:

Programmazione attività sociosanitarie;

- Coordina l'analisi dei bisogni socio-sanitari ed il monitoraggio delle attività sociosanitarie e provvede alla realizzazione e periodico aggiornamento e perfezionamento del Profilo di Comunità, articolato per Distretto-Unità Territoriale di base del Piano di Zona.
- Monitoraggio e la valutazione delle attività sociosanitarie, in termini di integrazione della raccolta, dell'analisi e del flusso dei dati relativi alle prestazioni finalizzato alla costruzione di un Sistema Informativo Socio-Sanitario Integrato, secondo le indicazioni del Piano Sanitario Nazionale e del Piano Sociale Nazionale vigenti.

Attività sociosanitarie territoriali e Coordinamento ed Area sociosanitaria ad alta integrazione sanitaria

- **Coordina funzionalmente** le attività Socio-Sanitarie territoriali (Distretti Sociosanitari/DSM/SERD)
- Analisi corrispondenza tra il Programma delle Attività Territoriali (P.A.T.) che i distretti devono redigere ed il P.A.L.; fornisce ai distretti linee di indirizzo per la redazione dei Patti per la Salute all'interno del Piano di Zona ed in riferimento all'Accordo di Programma sull'Integrazione Socio-Sanitaria sottoscritto tra ASL e Comuni.
- Verifica del Cura livello istituzionale, programmatico ed organizzativo dell'integrazione sociosanitaria nelle articolazioni centrali dell'azienda.
- Coordinamento delle attività sociosanitarie ad elevata integrazione e le attività sanitarie a rilevanza sociale, curandone l'integrazione con le attività sociali a rilevanza sanitaria previste nel Piano di Zona.
- Sviluppo e promozione nell'ASL ed all'interno del Piano di Zona di progetti innovativi in materia sociosanitaria.

Governo del sistema

- Realizzazione e implementazione dei nuovi flussi informativi del NSIS.
- Monitoraggio Flussi FAR (prestazioni residenziali per i soggetti adulti non autosufficienti) e SIAD;
- Adeguamento continuo dei sistemi aziendali (STS 11 e STS 24 FLS 21 quadro H e File H) alla Piattaforma Ministeriale LEASOCIOSAN e alle caratteristiche funzionali dei flussi ministeriali, nel corso del triennio;
- Verifica del rispetto della tempistica di invio dati;
- Analisi della coerenza con le anagrafiche di riferimento e con i flussi aggregati esistenti (FLS 21 quadro H -STS 11-ST 24).

- Monitorare la corretta implementazione del flusso SIAD, che consente la misurazione dell'indicatore n.10 della griglia E, e il popolamento del flusso stesso che consenta di raggiungere il 100% di copertura rispetto al modello FLS 21 riquadro H sia rispetto alle PIC attivate, sia rispetto alle PIC erogate.
- Verifica la corretta e completa imputazione dei dati che possa consentire anche la individuazione dei diversi livelli di assistenza domiciliare;
- Relaziona alla direzione strategica semestralmente sull'andamento dei flussi valutandone gli scostamenti;
- E' prevista la presenza nella UOC Coordinamento Sociosanitario di un dirigente sociologo anche alla luce della legge regionale 22 maggio 2017, n° 13, " Istituzione del servizio di sociologia del territorio della Regione Campania".
- **Coordinamento aziendale "Tetti di spesa e stipula intese e contratti. "**
 - Individuazione del limite di spesa annuale per ogni singolo C.A. (R.S.A.), accreditato e in possesso di accordo contrattuale, insistente territorio aziendale, in conformità alle disposizioni regionale in merito al limite di spesa annuo per le RR.SS.AA. e alle tariffe individuate dalla Regione Campania;
 - Adozione Determine liquidazione RRSSAA dell'ASL-Na 3 Sud e liquidazione RRSSAA FUORI ASL-Na 3 Sud. (Fonte normativa: Delibera Aziendale.791/2009
 - Verifica e reportistica semestrale del "fatturato" e del "liquidato" con valutazione delle procedure amministrative e contabili delle R.S.A. Fuori Regione attraverso l'acquisizione della liquidazione tecnica inviata dai Distretti S.Sanitari;
 - Coordinamento Recupero quote di Crediti degli Enti Locali per compartecipazione all'assistenza a cittadini assistiti in R.S.A. Pubbliche.
 - Verifica delle procedure di compartecipazione con gli Ambiti Sociali in attività di Cure Domiciliari con componente inscindibile sociosanitaria (prestazioni di cure domiciliari rese da O.S.S. di ditta contrattualizzata con l'ASL ovvero con l'Ambito Sociale)
 - Procedura P.T.R.I. con budget di Salute;
 - verifica Albo Cogestori e valutazione attività.

Livelli essenziali di Assistenza L.E.A.: Riequilibrio Ospedale-Territorio.

- Implementazione sistema di verifica dell'appropriatezza e dei risultati degli interventi dei profili riabilitativi – Cittadini in R.S.A.
- Potenziamento dell'assistenza domiciliare attraverso l'integrazione dell'Assistenza Ospedaliera con l'Assistenza Territoriale.

7.5.5.4 l'organizzazione della UOC Coordinamento Sociosanitario

La struttura:

- a) Regola la sua attività in riferimento alle linee programmatiche aziendali e in concerto con le altre strutture, prevedendo dei protocolli che tengono conto di procedure amministrative, tecniche e professionali;

- b) Regolamenta le sue attività principali prevedendo delle procedure specifiche formalizzate mediante protocolli, che tengono conte delle fasi di sviluppo delle attività e modalità di strutturazione;
- c) Provvede, in relazione alle caratteristiche dei singoli obiettivi, al monitoraggio periodico e formale delle attività svolte;
- d) Garantisce la condivisione delle procedure e degli obiettivi all'interno della struttura mediante riunioni organizzative formali.

Il Direttore della Struttura Complessa Coordinamento Sociosanitario

- Propone al direttore generale il Piano triennale delle attività socio sanitarie in base alla normativa nazionale, regionale e alle indicazioni del Piano Strategico Aziendale, nonché ai Piani Attuativi Distrettuali, sentiti inoltre il DSM, DD e le strutture coinvolte;
- Coordina le attività in maniera uniforme e compartecipata delle UU.OO./Porte Unitarie di Accesso per la risposta ai bisogni dei cittadini particolarmente fragili, nonché l'accesso dei cittadini ai servizi sul territorio dell'Azienda;
- Coordina l'adozione delle procedure per la presa in carico dell'assistito attraverso la valutazione multi-professionale 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. La valutazione si avvale degli strumenti SVAMA e SVAMDI approvati con deliberazioni n. 323/2012 e 324/2012. Il piano di cura personalizzato, oltre a definire la pianificazione delle attività, prevede la valutazione evolutiva dei relativi esiti da intendere come insieme dei risultati intermedi e finali riferiti, oltre che agli aspetti clinici, anche alla disabilità e alla qualità della vita, utilizzando indicatori che siano in grado di esaminare lo stato di "salute globale" della persona.
- Verifica che le procedure di attivazione, le urgenze, la tempestività del processo risultino chiaramente in linea con la volontà programmatica regionale al fine di fornire risposte al paziente chiare ed efficaci.
- Accerta che tutte le procedure attivate siano inserite sulla piattaforma LEA SOCIOSAN, relaziona alla direzione strategica sulla valutazione dei dati forniti dal sistema.
- Allestisce relazioni sintetiche di valutazione delle proposte elaborate dai singoli Distretti (progetti, protocolli tecnici operativi ed altro) da presentare alla Direzione Aziendale per la loro approvazione;
- Cura l'organizzazione delle funzioni di integrazione socio sanitaria, pianificando una omogeneità di interventi sul territorio dell'Azienda;
- Supporta e coordina i Referenti Socio Sanitari degli Uffici Socio Sanitari distrettuali in collaborazione con i direttori dei distretti sociosanitari;
- Organizza e programma le attività congiuntamente agli altri Servizi, Funzioni Aziendale e Dipartimentali;
- Cura il recupero della quota sociale, se non ancora impegnata da parte degli Enti Locali sulla base di risorse certe già stanziare nei rispettivi bilanci degli Enti Locali, per la erogazione di prestazioni socio sanitarie di cui al DPCM 29/11/01 – definizione dei Livelli di Assistenza allegato 1/C;
- Cura il procedimento nella parte conclusiva sociosanitario/amministrativo/contabile delle RR.SS.AA, insistenti nella ASL Napoli 3 Sud e momentaneamente accreditate con il SSR per prestazioni erogate a favore dei cittadini non auto sufficienti;

- Cura il procedimento nella parte conclusiva sociosanitario/amministrativo/contabile dei pazienti non auto sufficienti bisognevoli di cure presso Strutture residenziale fuori ASL e/Fuori regione;
- Collabora con il Direttore del Distretto S.Sanitario alla redazione del PAT al fine di garantire uniformità di erogazione e gestione dei servizi – “il PAT dovrà essere coerente in termini di programmazione e di tempistica con la redazione del Piano di Zona dell’Ambito Territoriale sociale.

Il raccordo tra I.P.A.S. Sociosanitarie distrettuali ed la U.O.C. Coordinamento sociosanitario aziendale

Nella U.O.C. Coordinamento Sociosanitario è attribuita una U.O.S denominata **Orientamento al welfare Territoriale, che ha il compito di:**

- 1) Raccordo con le I.P.A.S. Integrazione Sociosanitaria Distrettuali;
- 2) Monitoraggio della gestione delle UU.VV.II. nei Distretti;
- 3) Monitoraggio della uniforme applicazione delle Linee Guida per l’Accesso alle Prestazioni Sociosanitarie nei Distretti;
- 4) Monitoraggio dei Piani Finanziari per l’attuazione dell’Integrazione Sociosanitaria, concordati dai Distretti S. Sanitari con gli Ambiti Sociali ;
- 5) Affiancamento e supporto alle I.P.A.S. Sociosanitarie Distrettuali per Gestione dei rapporti con gli Ambiti Sociali;
- 6) Affiancamento alle I.P.A.S. Sociosanitarie Distrettuali per la corretta sinergia delle Attività Previste dai Piani di Zona formulati dagli Ambiti e i Piani di Attività Territoriali formulati dai Distretti Sanitari;
- 7) Affiancamento alle I.P.A.S. Sociosanitarie Distrettuali per la corretta stesura degli Accordi di Programma e dei Protocolli Operativi con gli Ambiti Sociali;
- 8) Proposte al Direttore della U.O.C. Coordinamento Sociosanitario, di atti di indirizzo, modulistica, ecc. in materia Sociosanitaria;
- 9) Promozione dei P.T.R.I. sostenuti con B.d.S. per la più appropriata offerta di prestazioni Sociosanitarie;
- 10) Di concerto con i Responsabili delle I.P.A.S. Sociosanitarie Distrettuali, propone al Direttore dell’UOC Coordinamento Sociosanitario programmi di formazione utili alla corretta applicazione delle Politiche Sociosanitarie stabilite a livello Nazionale e Regionale in accordo con i direttori dei distretti sociosanitari;

7.5.6 la UOC Cure Domiciliari

Definizione

Le cure domiciliari consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, garantiti da personale qualificato per la cura e l’assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Nell’ambito delle Cure Domiciliari Integrate risulta fondamentale l’integrazione con i servizi sociali dei comuni.

Il livello di bisogno clinico, funzionale e sociale deve essere valutato attraverso idonei strumenti che consentano la definizione del programma assistenziale ed il conseguente impegno di risorse.

173/347

In pubblicazione dal

Il sistema di Cure Domiciliari Integrate, finalizzato alla presa in carico di bisogni complessi sanitari e sociali, presuppone un elevato livello di coordinamento e di integrazione tra i diversi attori del sistema, che consenta di considerare l'unicità della persona in tutte le sue dimensioni, superando l'approccio settoriale e specialistico ed integrando competenze e servizi diversi.

Legislazione delle Cure Domiciliari

- Delibera della Giunta Regionale n. 41/2011: Approvazione del documento recante linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari: "Il sistema dei servizi domiciliari in Campania" con allegati;
- D.C.A. n. 1/2013: Approvazione documento recante "Sistema di tariffe per profili di cure domiciliari della Regione Campania";
- D.C.A. n.99/2016: Piano regionale di Programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale 20162018

Obiettivi delle Cure Domiciliari

- Garantire adeguata assistenza a persone che presentano problematiche di tipo sanitario e sociale suscettibili di trattamento domiciliare, evitando i ricoveri ospedalieri impropri e l'ingresso in assistenza residenziale;
- Favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti, perseguendo il recupero o la conservazione delle residue capacità di autonomia e relazionali;
- Favorire la permanenza a domicilio dei pazienti non trasportabili attraverso l'erogazione di cure specialistiche o piccoli interventi di norma erogati in regime di ricovero;
- Rendere possibili dimissioni ospedaliere tempestive ed assicurare la continuità assistenziale mediante lo strumento della dimissione programmata e protetta e l'assistenza domiciliare, formalizzando protocolli operativi con Aziende Ospedaliere ed IRCS;
- Supportare i *caregiver* e trasmettere loro delle competenze che possano tradursi in autonomia di intervento, consentendo una ottimizzazione delle risorse economiche e di personale;
- Migliorare la qualità della vita di persone non autosufficienti o a rischio di perdita dell'autosufficienza, favorendo il mantenimento delle capacità residue.

Tipologie di cure domiciliari

1. **Cure Domiciliari di tipo Prestazionale;**
2. **Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello ;**
3. **Cure Domiciliari Integrate di terzo livello e Cure Domiciliari palliative per malati terminali.**

1. **Le cure prestazionali**, su richiesta del MMG/PLS alla P.U.A., senza attivazione di U.V.I. (Unità di Valutazione Integrata) e predisposizione di Piano di Assistenza Individualizzato (PAI). L'assistenza viene di norma attivata dalle UU.OO. P.U.A. distinte per fasce di età; l'erogazione delle prestazioni infermieristiche e di riabilitazione è soggetta alle disponibilità delle risorse professionali specifiche ed alla pianificazione aziendale di priorità nell'erogazione delle Cure Domiciliari che può comportare l'adozione di liste d'attesa nelle Cure Domiciliari di minore livello di complessità assistenziale.

Le Cure Domiciliari di tipo Prestazionale sono caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato.

Esse costituiscono una risposta prestazionale, professionalmente qualificata, ad un bisogno di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo che non richiede una valutazione multidimensionale o l'individuazione di un piano di cura multidisciplinare.

Sono effettuate o sono richieste dal medico responsabile del processo di cura del paziente (Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta) alla P.U.A. distrettuale e sono volte a soddisfare un bisogno sanitario semplice nei casi in cui il paziente presenti limitazioni funzionali (impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni, paziente non autosufficiente o abitante in un piano alto e senza ascensore) che rendono impossibile l'accesso ai servizi ambulatoriali.

2. Le Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello:

Si rivolgono a persone che, pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi, necessitano di continuità assistenziale ed interventi programmati che si articolano sui 5 giorni (1° livello) o 6 giorni (2° livello).

La gamma di prestazioni che riguardano questa tipologia di intervento professionale comprende prestazioni mediche, medico specialistiche, infermieristiche, riabilitative, socio-assistenziali e dietologiche: tali prestazioni sono integrate tra loro in un mix all'interno di un Progetto Assistenziale Individuale, frutto del processo di valutazione multidimensionale, concordato nella seduta U.V.I.

Le UU.OO./P.U.A. distrettuali sono le strutture aziendali deputate alla presa in carico dei pazienti per tutti i livelli di complessità delle cure domiciliari ed alla erogazione delle Cure Domiciliari prestazionali, delle cure domiciliari di I° e II° livello.

Le cure sono attivate, erogate e monitorate dalle P.U.A./U.O. competente distrettuale.

3. Le Cure Domiciliari Integrate di terzo livello e le Cure Domiciliari palliative per malati terminali: sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità erogata da équipe multi professionali in possesso di specifiche competenze.

Consistono in interventi professionali rivolti a malati che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche riferite a:

- Malati terminali (affetti da patologie oncologiche e non);
- Malati portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (Sclerosi Laterale Amiotrofica, Sclerosi Multipla, Distrofia muscolare, etc.);
- Pazienti con necessità di nutrizione artificiale enterale e parenterale;
- Pazienti con necessità di ventilazione assistita;
- Pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza;
 - Fasi avanzate e complicate di malattie croniche che necessitano di terapia del dolore-cure palliative e/o N.A.D. e/o trasfusioni di sangue ed emoderivati.

Il bisogno di natura complessa è caratterizzato dalla necessità di attivazione del percorso di dimissioni protette dalle UU.OO.CC. di Rianimazione o da UU.OO. ospedaliere, delle UU.OO.SS. di Terapia del Dolore e/o Cure Palliative presenti nelle 4 UUOCC di Rianimazione dell'Asl Napoli 3 sud.

La presa in carico dei minori comporterà la partecipazione, per le competenze specifiche, dei Pediatri di Libera scelta, del Dipartimento Materno Infantile, delle funzioni materno infantili distrettuali, delle UU.OO. Ospedaliere di Pediatria competenti per territorio ed del Referente Aziendale per le Malattie Rare.

Le altre tipologie di pazienti affetti dalle patologie compatibili con l'inserimento in Cure Domiciliari di terzo livello e per le Cure Palliative a pazienti terminali, dopo la presa in carico distrettuale da parte della U.O./P.U.A. competente, saranno gestiti dai distretti con la collaborazione dell'U.O.S Assistenza Domiciliare di Terzo Livello (UOC Cure Domiciliari) per le competenze specifiche e per facilitare l'integrazione ospedale-territorio.

I pazienti con necessità di nutrizione artificiale enterale e parenterale appartengono ad una categoria con un ampio spettro di gravità e stabilità ed il criterio della instabilità e della diagnosi prevalente guiderà la presa in carico e l'attribuzione delle competenze assistenziali. La indicazione alla gestione da parte delle Cure Domiciliari deve essere proposta dal Responsabile del Centro di Nutrizione Artificiale Domiciliare, su richiesta dei Direttori dei Distretti Sociosanitari.

Le attività descritte per la presa in carico in UVI del paziente in Cure Domiciliari di qualsiasi livello sono realizzate all'inizio dell'arruolamento del cittadino/paziente nel sistema delle Cure Domiciliari e saranno ripetute, per analizzare gli esiti sullo stato di salute del paziente, con frequenza variabile in relazione al piano assistenziale.

L'organizzazione delle cure domiciliari sono attualmente organizzate secondo delibere aziendali (n° 463/2015-n°19/2015- n° 463 del 2015), all'atto dell'approvazione dell'atto aziendale sarà necessario rimodulare le regole e le procedure secondo il nuovo modello organizzativo.

Organizzazione interna dell'Unità Operativa Complessa di Cure Domiciliari.

All'interno della Unità Operativa Complessa Cure Domiciliari è individuata una Unità Operativa Semplice denominata "Assistenza Domiciliare di 1° e 2° livello" e una Unità Operativa Semplice denominata "Assistenza Domiciliare di 3° livello".

Per la propria funzione di monitoraggio, valutazione e controllo delle attività sanitarie domiciliari, la UOC "Cure Domiciliari" si interfaccia a livello del distretto socio sanitario con i Direttori degli stessi e con i Responsabili delle P.U.A. distrettuali.

La UOC Cure Domiciliare ha la funzione di monitorare la garanzia dell'equità di accesso alle cure domiciliari in maniera uniforme su tutto il territorio aziendale, con un monitoraggio costante della qualità percepita dai cittadini delle cure prestate, di concerto con la UOC Relazioni con il Pubblico.

Inoltre relaziona alla direzione generale sull'andamento dei costi per singolo distretto sociosanitario.

7.5.7 Le SUAP (Speciali Unità di Assistenza Permanente)

Programmate ai sensi del DCA n. 99 del 22.09.2016

SUAP di Pollena Trocchia	SUAP pubblico	12 PPLL in programmazione	Pollena Trocchia
SUAP di Gragnano	SUAP pubblico	12 PPLL in programmazione	Gragnano

La Direzione Strategica Aziendale ha dato parere favorevole alla istituzione delle Speciali Unità di Accoglienza Permanente (SUAP) con l'obiettivo di gestire le fasi croniche delle patologie dei pazienti cerebrolesi per qualsiasi causa, in stato di coma vegetativo oppure affetti da uno stato cerebrale di bassa responsività, in cui risulti una presunta non modificabilità o una modificabilità molto limitata del quadro neurologico e della coscienza.

La "presa in carico" territoriale, nella fase degli esiti, segue le procedure di accesso, segnalazione e valutazione secondo il modello per le dimissioni a domicilio esplicitate nel D.C.A. n. 21 del 09.03.2015

Il fabbisogno di PP.LL. SUAP presso l'ASL-Na 3 Sud è stato determinato a livello regionale **in n. 42 PP.LL.**

Nell'ambito delle progettualità di cui ai fondi obiettivi di Piano 2012/2013, ed in ottemperanza alla riconversione dei PPLL Ospedalieri esistenti, l'Azienda ha presentato due proposte per l'attivazione di 12 PP.LL. SUAP Stabilimento di Gragnano del P.O. di Castellammare e di 12 PP.LL. SUAP presso lo Stabilimento di Pollena Trocchia del P.O. di Nola.

I restanti n. 18 pp.ll. potranno essere autorizzati a privati che ne hanno fatto richiesta.

L'organizzazione, la gestione, i profili prestazionali, i livelli di responsabilità e di controllo saranno oggetto di specifica regolamentazione .

7.5.8 L'organizzazione Aziendale della rete delle Cure Palliative e Hospice

Le cure palliative a terminali, specifico setting assistenziale, costituiscono la Rete aziendale delle Cure Palliative, a norma della già citata L. 38/2010, si correlano con la Rete regionale delle Cure Palliative e, sono parte integrante delle Cure Domiciliari, ma di fatto non sono sovrapponibili o assimilabili alle Cure Domiciliari di 3° livello, così come definito nel DCA n.1/2013 e n°98/2016 né si possono riassorbire in un unico profilo assistenziale, poiché per la loro erogazione necessitano di un'equipe dedicata, pluridisciplinare, con opportuna formazione e competenze del personale, hanno standard e profili assistenziali diversi dalle Cure di 3° livello (nota 4 a piè di pag. n. 6 del DGRC n. 41/2011).

La Terapia del Dolore e le Cure Palliative sono assicurate con percorsi integrati sociosanitari, tra servizi territoriali ed ospedalieri.

Le Cure Palliative per malati terminali, o più precisamente, per patologie croniche degenerative a prognosi infausta, oncologiche e non oncologiche, sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità di pazienti che presentano specifiche criticità:

- Malati c.d. terminali, oncologici e non, in fase avanzata di patologia
- Malati con patologie neurologiche degenerative/progressive
- Malati con esigenze di nutrizione artificiale enterale (compresa PEG) e parenterale
- Malati ematologici bisognosi di trasfusione di sangue ed emoderivati
- Fasi avanzate e complicate di malattie croniche che necessitano di terapia del dolore, infusione continua di farmaci e di tutte le procedure sopra elencate
- Pazienti in stato vegetativo o di minima coscienza e/o con necessità di ventilazione assistita.

Le Cure Domiciliari rappresentano un setting da privilegiare, anche per i malati terminali, come da L. n. 38/2010 e D.C.A. n. 46/2015.

177/347

In pubblicazione dal

La rete si completa con la presenza **dell'Hospice**, struttura residenziale, disciplinata dai DCA n. 4/2011 e n. 128/2012, in modo da determinare condizioni favorevoli alla continuità di assistenza.

Di tale rete fanno parte anche le SUAP, di recente istituzione e in fase di realizzazione nella nostra Azienda. Considerando che sul territorio dell'azienda non sono stati attivati ancora gli Hospice, pertanto, esistono 4 unità di Cure Palliative che coincidono con gli Spoke di Terapia del Dolore dei PP.OO., ufficialmente individuati a livello regionale ed aziendale quale nodi della rete per la terapia del dolore (D.C.A. n. 22/2015)

Attualmente le cure palliative sono affidate a queste strutture, il cui responsabile è un medico specialista in anestesia e rianimazione, che ha le competenze e la formazione in cure palliative istituzionalmente certificata (D.C.A. n. 57 del 21/06/2016).

I Centri Spoke assicurano l'insieme degli interventi sanitari ed assistenziali di terapia del dolore erogati in regime ambulatoriale, di Day Hospital e di ricovero ordinario.

Tali strutture sono già attualmente dotate di personale medico e infermieristico, all'uopo formato, ma utilizzato part time, e sono di fatto già in rete, a norma della L. 38/2010 e del DCA 22/2015, essendo in costante rapporto con i Distretti e, attraverso loro, con i MMG, secondo procedure condivise. Tali equipe sono qualificate e specializzate per la presa in carico dei malati che necessitano di Cure Palliative, erogando le prestazioni a livello territoriale, pur mantenendo una specifica professionalità e competenza ospedaliera, e rappresentano la più completa risposta alle esigenze di deospedalizzazione di ammalati cronici complessi, alla dimissione protetta e al ricorso al c.d. Day Hospice.

All'interno delle 4 Unità Operative Complesse Anestesia e Rianimazione si individuano 4 UOS di terapia del dolore, ubicate presso le strutture ospedaliere dei PP. OO. Nola, Boscotrecase, Castellammare, Sorrento, distribuite omogeneamente su tutto il territorio ASL.

Per uniformare le modalità di presa in carico, i percorsi assistenziali, di erogazione delle prestazioni ed i rapporti con i Distretti, le 4 unità operative Complesse Anestesia e Rianimazione si relazionano con la UOC Cure Domiciliari al fine di stilare programmi, redigere progetti e protocolli operativi specifici (PDTA) e per tutte le altre problematiche inerenti la garanzia dell'assistenza domiciliare.

Per tutto quanto non previsto, si fa riferimento alla DGRC n°41/2011, al DCA n. 4/2011 e successive modifiche di cui al DCA n.128/2012, e DCA n°98/2016, DCA N°99/2016 ai regolamenti interni all'ASL attualmente vigenti e ai LEA di ultima definizione.

Il termine inglese Hospice designa una struttura sanitaria residenziale per malati terminali.

Si tratta di un luogo d'accoglienza e ricovero temporaneo, nel quale il paziente viene accompagnato nel processo assistenziale con un appropriato sostegno medico, psicologico e spirituale.

L'Hospice include il sostegno psicologico e sociale delle persone che sono legate al paziente, per cui si può parlare dell'Hospice come di un approccio sanitario inclusivo (globale, olistico) che vada oltre all'aspetto puramente medico della cura, intesa non tanto come finalizzata alla guarigione fisica ma letteralmente al "prendersi cura" della persona nel suo insieme.

Il DCA n. 128 del 10.10.2012 ad oggetto: Presa d'atto del parere ministeriale n. 146 del 18/05/2011 Modifica del decreto 4 del 10 gennaio 2011 "Approvazione del documento recante Linee d'indirizzo per l'accesso alla rete delle cure palliative, standard e profili professionali" ha definito i requisiti necessari per l'accreditamento delle strutture che assicurano l'assistenza ai malati terminali e delle unità di cure palliative e di terapia del

dolore domiciliari presenti in ciascuna regione per individuare in modo omogeneo ed uniforme la rete di assistenza di cure palliative e terapia del dolore.

La progettazione e la realizzazione della rete delle cure palliative, si attua a livello distrettuale e richiede il coordinamento delle attività palliative con quella socio assistenziale, realizzando l'obiettivo di soddisfare i bisogni della persona malata e della sua famiglia.

Per quanto riguarda l'organizzazione della rete di cure palliative pediatriche, occorre considerare che la bassa numerosità di utenti eleggibili in cure palliative pediatriche e in terapia antalgica, la complessità e la specializzazione delle competenze utili richiedono una risposta specialistica ma anche una disponibilità di un intervento prossimo al luogo di vita del minore.

Il D.C.A. n.33/2016 ha previsto che l'Azienda attivi **un Centro residenziale di Cure Palliative pediatriche** presso il P.O. di Torre del Greco ed il D.C.A. n. 99/2016 ha definito i percorsi diagnostico terapeutici, riabilitativi e di supporto per garantire la presa in carico e assistenza del bambino con dolore, moderato o severo, e della sua famiglia, con patologia inguaribile eleggibile nelle Cure Palliative.

Elemento essenziale della rete è il Centro di riferimento regionale di Terapia del Dolore e Cure Palliative pediatriche che è stato individuato nel D.C.A. n. 22/2015 nell'A.O.R.N. Santobono-Pausilipon.

È prevista l'attivazione di n. 52 PP.LL. Hospice presso l'ASL Napoli 3 Sud.

Sono stati previsti n. 12 PP.LL. Hospice presso il P.O. di Torre del Greco che diventerà l'unica realtà aziendale pubblica per questa tipologia.

Altri n. 40 PPLL Hospice sono stati già autorizzati a privati che hanno fatto richiesta.

1 setting assistenziali territoriali (S.U.A.P., Hospice), in corso di realizzazione, rappresentano una ulteriore risorsa per gli utenti in alternativa al domicilio.

La U.O.C. Cure Domiciliari ha il compito di coordinare le procedure riguardanti le modalità di presa in carico ed i percorsi per tali setting assistenziali (P.D.T.A.) ed inoltre provvede al monitoraggio costante della qualità percepita da parte dei fruitori dei servizi coordinandosi con la UOC Relazioni con il Pubblico.

La U.O.C. Cure Domiciliari e la U.O.C. Relazioni con il Pubblico attivano protocolli operativi di dimissioni protette con gli ospedali di riferimento regionali (I.R.C.S. Pascale, A.O.R.N. Cardarelli, A.O.R.N. Monaldi, A.O.R.N. Santobono-Pausilipon, ecc.) all'interno dei percorsi di umanizzazione dell'Azienda.

Il governo e la gestione del budget ed il controllo delle attività ed i rapporti con le singole strutture, S.U.A.P. ed Hospice (Pubbliche e Private) è affidato al distretto competente per territorio.

7.5.9 La UOC Coordinamento Attività Riabilitative

La riabilitazione è un processo di soluzione dei problemi e di educazione nel corso del quale si porta una persona a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative.

Il processo riabilitativo coinvolge anche la famiglia del soggetto e quanti sono a lui vicini. Di conseguenza, il processo riabilitativo riguarda, oltre che aspetti strettamente clinici anche aspetti psicologici e sociali.

Per raggiungere un buon livello di efficacia qualsiasi progetto di riabilitazione, per qualsiasi individuo, deve quindi essere mirato su obiettivi plurimi, programmati in maniera ordinata, perché l'autonomia raggiungibile

nei diversi ambiti possa tradursi in autonomia della persona nel suo complesso e, comunque, in una migliore qualità della vita della persona.

Le attività Sanitarie e le attività Sociali in Riabilitazione sono :

- "*attività sanitarie di riabilitazione*" gli interventi valutativi, diagnostici terapeutici e le altre procedure finalizzate a portare il soggetto, affetto da limitazioni, a contenere o minimizzare la sua disabilità, ed il soggetto disabile a muoversi, camminare, parlare, vestirsi, mangiare, comunicare e relazionarsi efficacemente nel proprio ambiente familiare lavorativo, scolastico e sociale.
- "*attività di riabilitazione sociale*" le azioni e gli interventi finalizzati a garantire al disabile la massima partecipazione possibile alla vita sociale con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative, indipendentemente dalla gravità delle menomazioni e delle disabilità irreversibili al fine di contenere la condizione di disabilità.

Si deve peraltro riconoscere e ricordare che in ciascuno dei due tipi d'intervento, in quel momento prevalenti per la persona assistita, l'altro aspetto è comunque presente e va opportunamente curato al fine di ottimizzare i risultati definitivi e accelerarne i tempi.

Le attività sanitarie di riabilitazione, ad eccezione di quelle rivolte al superamento di disabilità minimali, segmentarie e/o transitorie, richiedono obbligatoriamente la presa in carico clinica globale della persona mediante la predisposizione di un *progetto riabilitativo individuale* e la sua realizzazione mediante uno o più *programmi riabilitativi*.

Tipologie degli interventi riabilitativi e Reti Integrate dei Servizi

Sul piano operativo è utile distinguere fra interventi riabilitativi prevalentemente di tipo sanitario ed interventi riabilitativi prevalentemente di tipo sociale, facenti capo a specifiche reti integrate di servizi e di presidi riabilitativi, a loro volta necessariamente intimamente connesse (come anche definite nella raccomandazione R (92) 6 del Comitato dei Ministri del Consiglio di Europa) organizzate anche attraverso il ricorso a strutture diurne o residenziali e/o in forma domiciliare, allo scopo di garantire assistenza qualificata.

La legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti della persone handicappate (L. 104/92) e successive modifiche ed integrazioni, nonché la vigente normativa regionale, definiscono in modo chiaro ed articolato gli interventi a sostegno dell'inserimento e dell'integrazione sociale (attività di riabilitazione sociale).

Il percorso integrato sociosanitario implica una intima connessione dei programmi di intervento sanitario, finalizzati a sviluppare tutte le risorse potenziali dell'individuo, con gli interventi sociali orientati a sviluppare e rendere disponibili le risorse e le potenzialità ambientali, amplifica e rinforza l'intervento riabilitativo, consentendo l'inserimento o il reinserimento del disabile nei diversi cicli della vita sociale e il miglioramento della sua qualità della vita e della sopravvivenza.

In tale contesto vanno collocate anche le risposte per la "tutela a vita" di soggetti completamente non autosufficienti o a responsabilità minimale. Tali tipologie di svantaggio e di disabilità pongono problematiche nuove e sono in progressivo aumento, come emerge dai più recenti dati epidemiologici relativi alle gravi disabilità quali quelle derivanti dagli esiti di gravi:

- danni cerebrali, (le lesioni vascolari acquisite di elevata gravità, i traumi cranioencefalici, gli stati di coma, le malformazioni vascolari),

180/347

In pubblicazione dal

- lesioni midollari,
- cardiopatia ischemica grave complicata,
- scompenso cardiaco,
- insufficienza respiratoria,
- altre condizioni patologiche di pari gravità.

Il Percorso Riabilitativo integrato socio-sanitario

L'organizzazione di un piano integrato d'intervento riabilitativo prevede accanto alle cure ospedaliere e specialistiche, anche strutture di prevenzione, di cure ambulatoriali e/o domiciliari, di lungodegenza e d'assistenza.

I presidi ad alta tecnologia e le stesse cure ospedaliere non possono essere considerati da soli i fondamenti né del sistema sanitario in senso lato, né della medicina riabilitativa.

La medicina riabilitativa è una pratica medica che più di altre deve garantire la continuità di trattamento, da prevedere in luoghi con caratteristiche operative diverse in base alla necessità dei pazienti.

Non vi è, infatti, un'unica struttura valida per tutti i pazienti, ma opzioni multiple integrate, a vari livelli di complessità e di risorse investite, concepite in una corretta programmazione regionale.

Le strutture ospedaliere (di 2° e 3° livello) devono far parte di una rete integrata ospedaliera e territoriale, il che presuppone anche la contemporanea crescita dei servizi sociali e delle strutture di supporto e di accoglienza. Il mancato sviluppo della rete integrata porterà inevitabilmente ad un utilizzo improprio, con inutile e gravoso dispendio economico, ed anche danno all'utenza, alimentando vane speranze e ritardando il raggiungimento di una delle tappe fondamentali del processo di riabilitazione: l'accettazione della disabilità.

Il "progetto riabilitativo" presuppone un percorso terapeutico ed una pianificazione degli interventi che chiaramente ha un inizio, un obiettivo e, necessariamente, deve avere una fine; in altre parole, il paziente restituito nella misura maggiore e nelle condizioni migliori possibili al suo precedente tessuto sociale ed ambientale.

Questa problematica va, quindi, affrontata pur considerando che è certamente molto più semplice pensare all'accesso ad un presidio di medicina riabilitativa che non all'uscita dal trattamento.

Nell'ambito di questo percorso possono, dunque, essere riconosciuti alcuni momenti costanti, anche nella variabilità individuale delle singole storie. Tra questi sono riconoscibili:

- A. Accesso al Sistema di assistenza riabilitativa;
- B. Passaggi intermedi dell'intervento sanitario;
- C. Passaggio all'intervento sociale;
- D. Uscita dal percorso.

I compiti della UOC Coordinamento Attività Riabilitative

Tutte le attività precitate sono coordinate funzionalmente dalla UOC Coordinamento Attività riabilitativa, che deve:

- Sviluppare e sostenere l'organizzazione della rete dei servizi di riabilitazione e i criteri generali per gli interventi di assistenza riabilitativa attivabili all'interno dei livelli uniformi di assistenza previsti dal Piano Sanitario Nazionale (PSN)
- Proporre, adottando una metodologia di coinvolgimento di tutti gli attori del processo, il modello aziendale di percorso integrato sociosanitario attraverso l'individuazione di soluzioni organizzative più idonee in relazione alle esigenze della programmazione aziendale, alle caratteristiche proprie dei bisogni della popolazione e delle risorse esistenti e disponibili, concordando pienamente con quanto contenuto nelle Linee Guida per la riabilitazione in Regione Campania, così come individuate dall'Area Generale di Coordinamento (Assistenza Sanitaria) della Regione con Deliberazione N. 482 del 25.03.2003 e succ. mod. int.
- Monitorare e verificare tutte le fasi dell'intervento riabilitativo secondo la Deliberazione N. 482 del 25.03.2003 e.s.m.i. (Fase della prevenzione del danno secondario e delle conseguenti menomazioni; Fase della riabilitazione intensiva; Fase di completamento. Fase di mantenimento e/o di prevenzione della progressione della disabilità) attraverso il monitoraggio delle attività della Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo (U.V.B.R.) dell'A.O. o dell'A.S.L, ivi comprese le attività specifiche in capo all'U.V.B.R. integrata Ospedale – Territorio ai sensi del DCA n°99/2016;
- Monitorare l'adesione ai "criteri generali di accesso" secondo l'art. 8, comma 5 del Decreto legislativo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, attuati dai responsabili delle UVBR distrettuali o da altro organismo legittimato alla presa in carico di particolare utenza (Minori con specifiche Patologia – N.NP.I.A.) I presidi extra ospedalieri provvedono ad eseguire le visite specialistiche finalizzate alla presa in carico del paziente e sono tenuti a garantire tutte le procedure necessarie a definire il profilo funzionale del soggetto ai fini della predisposizione del piano individualizzato d'intervento, comprensivo del progetto riabilitativo individuale, in stretta relazione con la diagnosi clinica e funzionale dello stesso, nonché ad erogare prestazioni finalizzate al massimo recupero delle disabilità rilevate e a verificarne i relativi esiti.
- Coordinare le attività di rapporti con i CC.AA. eroganti prestazioni riabilitative (definizione tetti di spesa per singola struttura, liquidazione delle competenze maturate, adeguamento organizzativo e strutturale dei CC.AA. alla normativa vigente, etc.), occupandosi anche della qualità percepita dai fruitori dei servizi nei CCAA.
- Implementare omogenee procedure autorizzative e di erogazione per gli ausili ed i presidi ortopedici, con riferimento anche al recupero di presidi impersonali (delibera 239 del 06/05/2015).
- Organizzare il centro Informazione ausili dell'Asl Napoli 3 sud.
- Analisi fabbisogni riabilitativi popolazione Asl Napoli 3 sud, con presentazione report entro mese di ottobre di ogni anno alla Direzione strategica;
- Governo liste di attesa prestazioni riabilitative aziendali e private accreditate, con relazione sull'andamento e sui tempi di attesa minimi e massimi alla direzione strategica trimestrale.
- Coordinamento, monitoraggio e valutazione del rispetto dei decreti del commissario ad acta su tutta la problematica riabilitativa..

Percorso Riabilitativo e U.V.B.R.

L'ASL-Na 3 Sud ha adottato la Deliberazione N. 279 DEL 03.05.2016 ad oggetto: istituzione delle Unità di Valutazione Bisogno Riabilitativo Territoriale (U.V.B.R.) e ha stabilito che:

1 - l'U.V.B.R. (unità di valutazione del bisogno riabilitativo) è lo strumento operativo per l'integrazione funzionale ed organica tra le diverse anime della riabilitazione:

- Riabilitazione per acuti v/s riabilitazione post-acuti
- Intensiva v/s estensiva
- Ospedaliera v/s territoriale
- Sanitaria v/s socio-sanitaria.

2 - In ognuna delle descritte fasi o percorsi è fondamentale stabilire e codificare non solo il bisogno ma anche individuare le opportunità che il SSR è in grado di porre in essere al fine del soddisfacimento della domanda di "buona sanità" in ambito riabilitativo, partendo ovviamente dal concetto primario che la buona strategia non può prescindere dalla migliore allocazione delle risorse in un contesto condiviso di appropriatezza degli investimenti (terapeutici, economici, sociali).

3 - come descritto nelle Linee Guida della riabilitazione approvate con DGRC n. 482/2004 nelle AASSLL "...l'U.V.B.R. è costituita da un team di professionisti afferenti ai Medici prescrittori in carico alle UU.OO. della Riabilitazione distrettuale..." identificando in tal modo le professionalità in essa presenti e la loro appartenenza, nel senso esplicito di "rendicontazione" del proprio operato e condivisione delle strategie operative a chi è preposto alla direzione e responsabilità di quella U.O. (di Riabilitazione).

Le Unità di Valutazione Bisogno Riabilitativo Territoriale presso ciascun Distretto Socio Sanitario dell'ASL NA3 Sud sono così composte (U.V.B.R. adulti e minori):

Coordinatore: Dirigente Medico

Componenti: Fisiatra e Neuropsichiatra infantile (specificamente per gli aspetti neuro-cognitivi in età infantile adolescenziale) componenti effettivi ed indispensabili; altri specialisti (foniatra, pneumologo, cardiologo, ecc.) e figure professionali (Psicologi, Terapisti della Riabilitazione, infermieri, Assistenti Sociali, ecc.) componenti aggiuntivi, presenti a seconda del caso specifico;

L'Organizzazione della UOC Coordinamento Attività Riabilitative

Nella UOC Coordinamento Attività Riabilitative è prevista l'individuazione della UOS:

"UOS per il controllo delle attività relative ai trattamenti riabilitativi e delle attività previste dal Nomenclatore tariffario."

L'attività di controllo consisterebbe nelle seguenti azioni:

- 1) controllo da remoto della produzione dei medici prescrittori in quantità e qualità, con maggior riferimento al rispetto di criteri di estrema appropriatezza delle prescrizioni in rapporto alla diagnosi ed alle terapie prescritte (tipologia-frequenza-durata-outcome);
- 2) verifica dei dati mensili dell'erogato da parte dei CC.AA. per una analisi degli scostamenti dagli standard prescrittivi, in precedenza determinati a livello globale aziendale;
- 3) verifica e monitoraggio delle CC.OO.MM strutturali e funzionali;
- 4) verifica dell'implementazione, da parte dei CC.AA. e delle UUOOAARR, delle piattaforme FILE C e FILE H.
- 5) controllo, attraverso l'utilizzo di piattaforma informatica in fase di implementazione, delle procedure adottate da tutti i distretti socio sanitari della ASL, del numero e tipo di ausili concessi, del comportamento dei medici prescrittori, delle ditte fornitrici, al fine di monitorare i flussi fisiologici e soprattutto quelli patologici, evidenziandone distonie, difformità, scostamenti dalla media standard, anomalie interpretative dello stesso Nomenclatore.
- 6) Istruisce relazione sugli scostamenti evidenziati al Direttore UOC, che avrà cura, a sua volta trimestralmente di relazionare alla direzione strategica.

7.5.10 UOC Coordinamento Amministrativo .

Per lo svolgimento dei propri compiti istituzionali, il Dipartimento Attività territoriali e Integrazione Sociosanitaria si avvale della Unità Operativa Complessa COORDINAMENTO AMMINISTRATIVO ASSISTENZA TERRITORIALE ED INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA (Struttura complessa), con funzione di supporto tecnico-amministrativo al Dipartimento, affidata ad un Responsabile Amministrativo che opera in collegamento con i Referenti Amministrativi in dotazione organica alle UU. OO. CC. del Dipartimento Attività territoriali e Integrazione Socio-Sanitaria, Distretti Sanitari ed i Servizi Centrali della Azienda, coadiuvando il Direttore del Dipartimento. Essa rappresenta la struttura di gestione uniforme delle attività amministrative.

Alla UOC Coordinamento Amministrativo sono attribuiti i seguenti compiti:

- Supportare il Direttore del Dipartimento e gli altri Responsabili delle strutture complesse che ne fanno parte, nella gestione dei processi di programmazione e controllo dei macro processi di natura amministrativa (Giuridica, liquidazioni, altro);
- Espletare attività di indirizzo giuridico e di consulenza, nell'ambito di competenza, per il personale tecnico/amministrativo in dotazione organica alle UU.OO.CC. del Dipartimento Attività territoriali e Integrazione Socio-Sanitaria ed alle I.P.A.S. Amministrative dei distretti sociosanitari;
- Monitoraggio e Controllo del sistema informatico rilevamento presenze delle risorse umane assegnate al Dipartimento Attività Territoriale ed Integrazione Sociosanitaria;
- Monitoraggio e controllo di secondo livello delle variabili stipendiali del personale dipendente e convenzionato;
- Supporto al Direttore del Dipartimento e ai Responsabili delle UU.OO.CC. dello stesso, nel processo di definizione del budget annuale contrattato con la direzione Strategica;

- Supporto alla UOC Coordinamento Sociosanitario, U.O.C. Cure Domiciliari ed ai distretti Sanitari per l'individuazione dei fondi delle attività progettuali per garantire servizi qualificati e promuovere nuovi interventi sanitari e sociosanitario;
- Supporto alla UOC Coordinamento Sociosanitario e UOC Cure Domiciliari e ai distretti Sanitari per il monitoraggio delle prestazioni erogate per le Cure Domiciliari di primo, secondo livello, terzo livello e cure palliative a malati terminali, inerenti tutte le attività, con il controllo della congruità rispetto ai budget per profili di cura, come da Decreto Commissario ad Acta n. 1/2013;
- Supporto alla UOC "Coordinamento Sociosanitario" per il recupero quote di Crediti degli Enti Locali annuale per compartecipazione all'assistenza a cittadini assistiti in RR.SS.AA. Pubblica;
- Monitoraggio e verifica del rispetto della tempistica prevista, dalla normativa vigente in materia, per la liquidazione mensili delle fatturazioni emesse da Centri Accreditati e Contrattualizzati della Macroarea Specialistica Ambulatoriale e Ospedalità da parte dei Direttori dei Distretti Sanitari;
- Liquidazioni rimborsi spese sanitarie sostenute da utenti presso Centri di Altissima Specializzazione in Italia Legge 87/88 su specifica istruttoria dei Distretti di competenza;
- Liquidazioni rimborsi spese sostenute da utenti presso Centri di Altissima Specializzazione all'Estero su specifica istruttoria dei Distretti di competenza;
- Liquidazione rimborso prestazioni trasporto Talassemici su specifica istruttoria dei Distretti di competenza;
- Liquidazioni rimborsi spese pazienti emodializzati su specifica istruttoria dei Distretti di competenza;
- Liquidazioni rimborsi a cittadini con tubercolosi su specifica istruttoria dei Distretti di competenza;
- Gestione amministrativa contabile (rimborsi, altro) relativa ai cittadini extra comunitari e temporaneamente presenti (S.T.P.) sul territorio Aziendale e per i cittadini stranieri – turisti che utilizzano i servizi aziendali. Monitoraggio e Controllo di primo livello delle variabili stipendiali del personale dipendente e convenzionato;
- Assicurare per la parte amministrativa l'applicazione degli Accordi Collettivi Nazionali e Regionali di Medicina Generale, Pediatria di libera scelta, Continuità assistenziale, Specialistica Ambulatoriale, altro;
- Supportare (tecnico - amministrativo) il vertice aziendale nel definire le strategie funzionali della medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali; supportando il Comitato ex art. 23 degli MMG e PLS nei rapporti con le organizzazioni sindacali aziendali, provinciali e regionali firmatarie degli ACN.
- Curare la gestione, con particolare riferimento al profilo economico, amministrativo della mobilità del personale interna e esterna, nonché giuridico, del rapporto di lavoro con i professionisti con rapporto convenzionale impegnati nel sistema delle Cure primarie (MAP, PLS, Continuità Assistenziale Medici Specialisti Ambulatoriali e altre figure sanitarie specialistiche in rapporto di convenzione) e delle altre articolazioni aziendali.
- Svolgere attività di supporto tecnico alla Direzione Strategica per gli incontri con i rappresentanti sindacali;
- Supportare (Tecnico Amministrativo) la Direzione Strategica per la definizione del Budget per la formazione aziendale obbligatoria e in ECM del personale che afferisce all'area della medicina convenzionale ai sensi dell'art.8 del D.L.gs 229/99, in raccordo con l'UOC Formazione e sviluppo risorse umane ed UOC Cure primarie ed assistenza territoriale;

- Monitoraggio periodico della spesa per tutte le figure sanitarie in regime di convenzione;
- Curare il rispetto della normativa vigente in ordine al corretto svolgimento del rapporto lavorativo;
- Curare l'adempimento degli istituti previdenziali e assicurativi del personale in convenzione;
- Coordinare funzionalmente le attività delle unità operative amministrative distrettuali, in modo da assicurare una gestione univoca ed uniforme delle stesse;
- Gestisce tutte le attività di precontenzioso riferito al personale convenzionato;
- Gestisce tutte le attività di contenzioso del personale convenzionato;
- Liquidazioni stipendiali a Medici della Medicina Generale, Pediatri di Libera scelta, medici della Continuità assistenziale e Specialisti Ambulatoriali;

7.5.11 Riorganizzazione della rete dell'assistenza territoriale

L'analisi dei sistemi di assistenza sanitaria nelle varie ASL della Regione Campania, sia con riferimento alla adeguatezza delle strutture, dei posti letto, sia dell'assetto dell'assistenza territoriale, sia con riferimento alla spesa, ha evidenziato la assoluta necessità che una buona programmazione riequilibri il rapporto oggi esistente fra il livello essenziale di assistenza ospedaliero e il livello essenziale di assistenza territoriale, con la ineludibile necessità di potenziare l'assistenza territoriale, con adeguate risorse umane, tecnologiche e strutturali, al fine di garantire appropriatezza e qualità di specifici percorsi diagnostici e terapeutici che oggi trovano inappropriate risposte negli ospedali.

Il potenziamento delle reti assistenziali rappresenta l'elemento di fondamentale importanza nell'ambito dell'assetto organizzativo. Le patologie oggetto delle già citate reti, infatti, per prevalenza e ricadute in termini di costi aziendali, rappresentano parte preponderante di tutte le patologie trattate dall'Azienda. Approcciare il trattamento delle stesse in maniera omogenea e standardizzata significa aumentare il livello di efficacia in termini di salute e di efficienza operativa in termini di costi.

Le reti assistenziali previste avranno il compito non solo di ricompattare l'offerta sanitaria relativa a quel filone di patologia ed alle complicanze connesse, ma anche di predisporre follow-up programmati, con prenotazioni accorpate, al fine di aumentare la compliance del paziente e intercettare così accessi e ricoveri impropri.

Relazioni tra i presidi ospedalieri e i distretti per la gestione integrata del paziente

Il riequilibrio e l'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale costituisce oggi uno degli obiettivi prioritari di politica sanitaria verso cui i sistemi sanitari più avanzati si sono indirizzati per dare risposte concrete ai nuovi bisogni di salute, determinati dagli effetti delle tre transizioni (epidemiologica, demografica e sociale), che hanno modificato il quadro di riferimento negli ultimi decenni portando ad un cambiamento strutturale e organizzativo.

In quest'ottica si pongono la legge 135/12, il Decreto del Ministero della Salute 70/2015 e il Piano Ospedaliero regionale DCA 33/16, che hanno previsto la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,52 posti letto per 1000 abitanti – popolazione pesata – tra cui 2,95 posti letto x 1000 abitanti e 0,56 x 1000 abitanti per posti letto post - acuzie. Ciò rende necessario potenziare le formule alternative al ricovero e valorizzare la rete specialistica ambulatoriale, in un quadro di differenziazione di livelli erogativi articolati sulla base dell'effettivo potenziale di gestione della complessità.

L'ospedale va quindi concepito anche come uno snodo di alta specializzazione del sistema di cure per la cronicità, che interagisca con la specialistica ambulatoriale e con l'assistenza primaria, attraverso nuove formule organizzative che prevedano la creazione di reti multispecialistiche dedicate e "dimissioni assistite" nel territorio, finalizzate a ridurre il drop-out dalla rete assistenziale, causa frequente di ri-ospedalizzazione a breve termine e di outcome negativi nei pazienti con cronicità.

Tale orientamento è in linea con quanto previsto dal citato D.M. n. 70 del 2 aprile 2015 recante la definizione degli standard ospedalieri, che prevede che le iniziative di continuità ospedale territorio possano anche includere la disponibilità di strutture intermedie, la gestione della fase acuta a domicilio mediante gruppi multidisciplinari, programmi di ospedalizzazione domiciliare per particolari ambiti clinici, centri di comunità /poliambulatori, strutture di ricovero nel territorio gestite anche dai medici di medicina generale.

L'Asl provvederà, con atti successivi, alla definizione di percorsi integrali di cura per la gestione delle malattie croniche, definendo le azioni specifiche delle singole articolazioni coinvolte.

LA DIMISSIONE PROTETTA DEL PAZIENTE FRAGILE

Il sistema locale dei servizi è destinato prioritariamente alle persone di ogni fascia di età che si trovano in condizioni di emarginazione e di isolamento sociale per povertà o per limitazioni all'autonomia personale. Tutto questo rende indispensabile l'articolazione di un percorso chiaro e condiviso tra istituzioni e cittadino per assicurare dimissioni protette dall'ospedale e accompagnate sul territorio, per una nuova rete di servizi nei singoli Distretti Sociosanitari e per interventi sempre più portati al domicilio del cittadino in difficoltà di natura sanitaria e socioassistenziale.

La procedura adottata dall'Azienda per l'anno 2016 e da implementarsi per l'anno 2017 si occupa, in prima fase, dei pazienti anziani ricoverati in reparti dei P.O. del territorio della ASL-Na 3 sud, in fase di dimissione, per i quali sia stato ipotizzato, sulla base degli elementi di valutazione socio-sanitaria evidenziati, la necessità di attivare percorsi di continuità assistenziale Ospedale-Territorio.

In seconda fase, durante l'anno 2017, la procedura sarà estesa a tutte le fasce di età e prevede già da oggi la presa in carico in "Dimissione Protetta" di cittadini ricoverati in Aziende Ospedaliere Regionali con le quali sono stati formulati formali e condivisi protocolli d'intesa.

La procedura ha lo scopo di garantire il miglior progetto assistenziale che la situazione comporta, prevedendo la dimissione protetta a domicilio o l'inserimento temporaneo presso strutture ritenute idonee alla tipologia della problematica socio-sanitaria del paziente.

Così come previsto dalla delibera ASL-Na 3 sud n. 347 del 28.12.2016, la Dimissione Protetta deve assicurare:

- La continuità assistenziale fra Ospedale e Territorio, consentendo il miglior inserimento possibile in ambito domestico e familiare o nella struttura adeguata,
- L'integrazione fra servizi territoriali (distretti sociosanitari, servizi sociali territoriali, strutture semiresidenziali e residenziali) e i servizi ospedalieri nel passaggio della presa in carico del paziente nei modi e tempi previsti.

Per l'attivazione della procedura "Dimissione Protetta" sono attivati:

- Reparti Ospedalieri della ASL-Na 3 sud
- Distretti Sanitari della Asl Na 3 sud
- Responsabili attività sociosanitarie dei distretti (U.O. Attività territoriale - IPAS Sociosanitario)

187/347

In pubblicazione dal

- Medici Assistenza Primaria
- Specialisti Ambulatoriali dei distretti
- Responsabili P.U.A. - UO Assistenza Anziani distrettuali
- Responsabile UOS Assistenza Anziani dei Servizi Centrali
- Direzione UOC Coordinamento sociosanitario
- Direzione UOC Fasce Deboli
- Ambiti territoriali Sociali del territorio ASL-Na 3 sud

Metodologia operativa

I Responsabili Medici dei Reparti dei Presidi Ospedalieri ASL Na 3 sud (così come individuati dalle direzioni sanitarie) richiedono, attraverso il rispettivo Coordinatore, ai Responsabili della P.U.A. Anziani l'attivazione della procedura "Dimissione Protetta".

Sarà cura dei distretti "prendere in carico" il cittadino anziano dimesso da una divisione ospedaliera e procedere alle "Cure Domiciliari" così come previste e regolamentate dal DCA n. 1/2013.

Il Responsabile della Porta Unica di Accesso (P.U.A.) Assistenza Anziani del distretto di residenza del cittadino, ricevuta la richiesta motivata di Dimissione Protetta, predispone un P.A.P. (Progetto assistenziale Provvisorio) entro 48 ore dalla richiesta, e successivamente un P.A.I. (Progetto Assistenziale Individualizzato) entro 30 giorni dall'attivazione del P.A.P.

L'attivazione del P.A.P. va segnalata ad horas al M.A.P. del cittadino.

Lo strumento proposto e da utilizzare per la richiesta di "Dimissione Protetta" da parte della Divisione Ospedaliera è la "Scheda di Segnalazione per Dimissione Protetta Cittadino Anziano (> 65 Anni) con Bisogno Complesso Sociosanitario - Richiesta Cure Domiciliari - Palliative", fruibile in formato elettronico.

Lo strumento da utilizzare in sede distrettuale è la scheda S.Va.M.A. (Scheda Valutazione Multidimensionale Anziani).

L'ASL Napoli 3 sud dovrà provvedere alla stipula di protocolli operativi per le dimissioni protette con aziende Ospedaliere ed IRCS del territorio metropolitano.

L'integrazione Ospedale Territorio – Reti Assistenziali operative

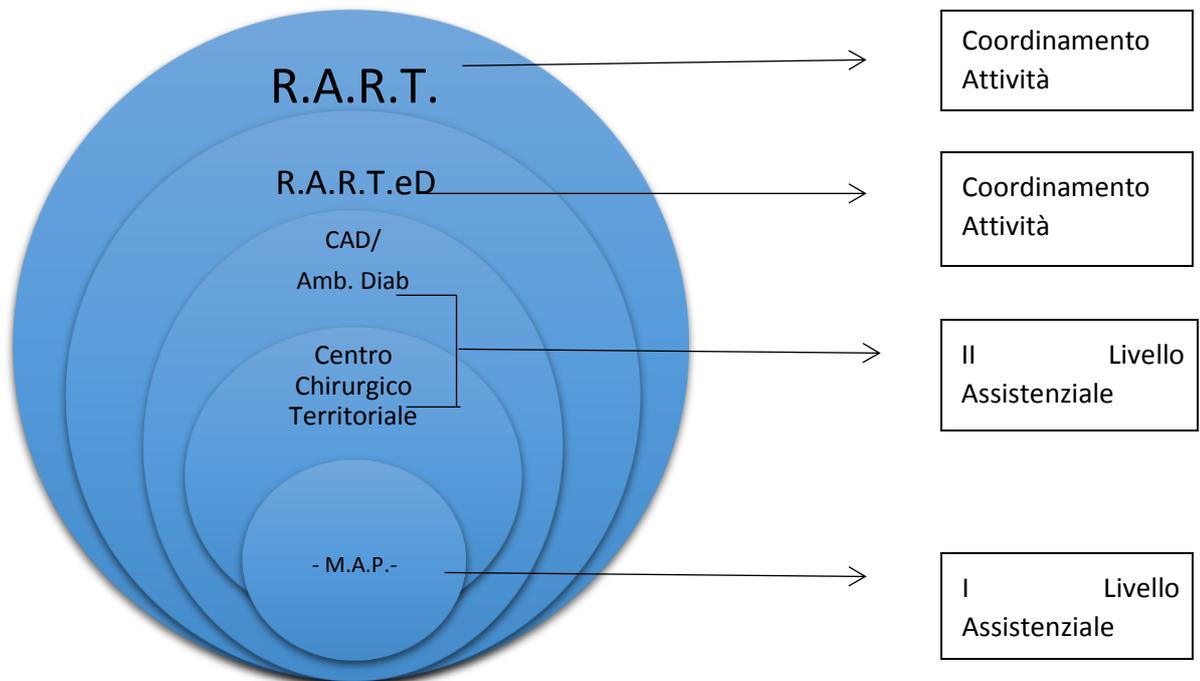
Questa Azienda in linea con gli indirizzi pronunciati in diversi documenti dell'OMS e delle Società Scientifiche Nazionali ed Internazionali, e da specifici DCA Regionali, ha determinato una nuova organizzazione dell'approccio di alcune tematiche di primaria importanza per il controllo ed il trattamento di malattie ad elevato impatto sociale e assistenziale, e specificamente nel Management della cura delle ulcere cutanee correlate al piede diabetico, e del Management delle malattie allergologiche.

Tali strategie devono comprendere sia lo sviluppo di integrazioni fra le diverse discipline specialistiche Ospedaliere e Territoriali (integrazione Ospedale – Territorio), coinvolte nelle patologie sopra indicate, il coinvolgimento diretto delle Cure Primarie (MMG, Pediatra di libera scelta) attraverso la condivisione con la Medicina specialistica, di percorsi diagnostico terapeutici e linee guida operative da utilizzare come strumenti di Governo Clinico e di Good Practice nell'interesse della salute del paziente.

Rete Aziendale “Ospedale – Territorio - Domicilio” per il management delle ulcere cutanee correlate al piede diabetico e delle ulcere cutanee di vario genere

Nell’ Asl Napoli 3 Sud è operativa una rete Ospedale – Territorio e Domiciliare per la cura delle ulcere cutanee correlate al piede diabetico e delle ulcere di vario tipo (RART) (Delibera del Commissario Ad Acta n. 30 del 15.02.2015) , in applicazione a quanto previsto dal D.C.A. n. 43/14, nella quale operano in sinergia diverse figure professionali Medici Ospedalieri, Medici Territoriali, Specialisti Ambulatoriali, Medici di Assistenza primaria, e personale specializzato del comparto., nei vari livelli Assistenziali previsti (I e II livello assistenziali) con una organizzazione che prevede, oltre ai Centri di I livello costituiti sostanzialmente dagli ambulatori dei MMg e PLS territoriali e/o le loro forme di associazione (AFT e UCCP), 5 Centri di secondo livello costituito da un Centro Chirurgico Territoriale (CCT) e Centro Diabetologico con un bacino di utenza ciascuno di circa 200.000 abitanti.

L’attività territoriale svolta dai Centri di II livello per la cura delle ulcere cutanea viene integrata da una rete per la cura della ulcere cutanee in ambiente domiciliare (RART-eD) con notevole vantaggio assistenziale del paziente per un appropriato recupero funzionale dello stesso.



Centri di Primo Livello

CENTRO DI PRIMO LIVELLO

FORME ASSOCIATIVE (AFT e/o UCCP ecc) responsabili/referenti Medici di Assistenza Primaria (MMG e PLS)

Centri di Secondo Livello

CENTRO DI SECONDO LIVELLO - AREA POLIDISTRETTUALE A

Distretti sanitari: 34 (Centro Chirurgico Territoriale) – 54 – 55

189/347

In pubblicazione dal

Responsabile: ricoperto con Incarico Professionale Alta specializzazione

CENTRO DI SECONDO LIVELLO - AREA POLIDISTRETTUALE B

Distretti sanitari: 56 – 57 (Centro Chirurgico Territoriale)

Responsabile: Ricoperto con Incarico Professionale Alta specializzazione

CENTRO DI SECONDO LIVELLO - AREA POLIDISTRETTUALE C

Distretti sanitari: 53 – 58 (Centro Chirurgico Territoriale) – 59

Responsabile: Ricoperto con Incarico Professionale Alta specializzazione

CENTRO DI SECONDO LIVELLO - AREA POLIDISTRETTUALE D

Distretti sanitari: 49 (Centro Chirurgico Territoriale) – 52

Responsabile: Ricoperto con Incarico Professionale Alta specializzazione

CENTRO DI SECONDO LIVELLO - AREA POLIDISTRETTUALE E

Distretti sanitari: 48 – 50 (Centro Chirurgico Territoriale) – 51

Responsabile: Ricoperto con Incarico Professionale Alta specializzazione

Modello Organizzativo

Sono Stati previsti per i Responsabili dei centri di Secondo Livello (Centro di Chirurgia Territoriale CCT e Centro Diabetologico) per le attività di coordinamento un Incarico Professionale per entrambi figure professionali previste come responsabili

Per le Attività coordinamento della Rete è prevista una IPAS afferente al Dipartimento di Cure Primarie

Rete Aziendale “Ospedale – Territorio” per il management delle Malattie Allergiche

Con Delibera 430 del 22.07.2015 l'Asl Napoli 3 Sud ha costituito una Rete Aziendale Ospedale Territorio per il management delle malattie allergiche costituita da 3 livelli assistenziali, il 1° livello costituiti sostanzialmente dagli ambulatori dei MMG e PLS territoriali e/o loro forma di associazione / AFT e UCCP), un secondo livello costituiti da 5 centri allergologici territoriali con un bacino di utenza di circa 200.000, e un terzo livello di Centri Allergologici nei Presidi Ospedalieri Aziendali (P.O. Nola e P.O. Torre del Greco e P.O. Vico Equense).

CENTRO ALLERGOLOGICO DI PRIMO LIVELLO

FORME ASSOCIATIVE (AFT e/o UCCP ecc) responsabili/referenti Medici di Assistenza Primaria (MMG e PLS)

CENTRI ALLERGOLOGICI AZIENDALI DI SECONDO LIVELLO

CENTRO ALLERGOLOGICO DI SECONDO LIVELLO

AREA POLIDISTRETTUALE A - Distretti sanitari: n. 49 – n. 50 – n. 51

Responsabile: ricoperto con Incarico Professionale Alta specializzazione

CENTRO ALLERGOLOGICO DI SECONDO LIVELLO

AREA POLIDISTRETTUALE B - Distretti sanitari: n. 48 – n. 52

Responsabile: ricoperto con Incarico Professionale Alta specializzazione

Centro Allergologico Di Secondo Livello

AREA POLIDISTRETTUALE C - Distretti sanitari: n. 34 – n. 54 – n. 55 – n. 57
Responsabile: ricoperto con Incarico Professionale Alta specializzazione

CENTRO ALLERGOLOGICO DI SECONDO LIVELLO

AREA POLIDISTRETTUALE D - Distretti sanitari: n. 56 – n. 58

Responsabile: ricoperto con Incarico Professionale Alta specializzazione

CENTRO ALLERGOLOGICO DI SECONDO LIVELLO

AREA POLIDISTRETTUALE E - Distretti sanitari: n. 53 – n. 59

Responsabile: ricoperto con Incarico Professionale Alta specializzazione

POLI ALLERGOLOGICI AZIENDALI DI III LIVELLO

POLO ALLERGOLOGICO DI III LIVELLO

UOC PNEUMOLOGIA St. DI POLLENA

Responsabile: ricoperto con Incarico Professionale Alta specializzazione

POLO ALLERGOLOGICO DI III LIVELLO

U..O.C. MEDICINA GENERALE P.O. DI VICO EQUENSE

Responsabile: ricoperto con Incarico Professionale Alta specializzazione

POLO ALLERGOLOGICO DI III LIVELLO

U.O.C. MEDICINA GENERALE E UOC PEDIATRIA P.O. VICO EQUENSE

con indirizzo: Allergia respiratoria, alimentare, dermatologica, da farmaci, da imenotteri e lattice

Responsabile: ricoperto con Incarico Professionale Alta specializzazione

Modello Organizzativo

Sono Stati previsti per i Responsabili dei Centri di Secondo Livello e Responsabili dei Centri di Terzo Livello per le attività di specifica competenza un Incarico Professionale.

Per le Attività coordinamento aziendale della Rete è prevista, all'interno della UOC Cure Primarie ed attività territoriali, una IPAS " Rete Allergologica".

7.5.12 La U.O.S.D. "Anziani Fragili e Demenza"

Assistere un target che si caratterizza per disabilità e/o cronicità (che connota fragilità) comporta la necessità del coinvolgimento di tutte le articolazioni aziendali di diagnosi e cura. Le principali articolazioni aziendali

191/347

In pubblicazione dal

coinvolte sono le Cure Domiciliari, le Assistenze Anziani distrettuali, le strutture semiresidenziali e residenziali geriatriche, e le ex UVA (poi CDCD alla luce del Piano Regionale Demenza). In particolare è fondamentale la necessaria Integrazione con l'Ospedale e la forte valenza di integrazione Socio-Sanitaria, oltre che un rapporto diretto con i MMG e la specialistica ambulatoriale.

Finalità:

L'assistenza agli anziani è una funzione che attraversa tutti i livelli organizzativi dell'azienda e tutte le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

La UOSD Assistenza Anziani Fragili e Demenza coordina il sistema complesso ed integrato di relazioni interdisciplinari, di strutture, di operatori e di referenti territoriali e sociali che, nell'ambito della ASL programma, promuove, verifica tutte le attività di prevenzione, cura, diagnosi, riabilitazione e reinserimento ambientale degli utenti e di formazione degli operatori, necessarie per assicurare una efficace e sostanziale tutela della salute psicofisica della popolazione anziana e delle persone affette da demenza, prevenendo la non autosufficienza e perseguendo il recupero di quelle funzioni che risultassero deficitarie.

L'Area funzionale-organizzativa si configura come struttura semplice dipartimentale con la finalità di coordinare le attività di strutture omogenee per finalità e tipologia di intervento.

Funzioni

Coordinamento, indirizzo e valutazione dei risultati conseguiti nell'area omogenea per:

- La razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche, dei materiali di consumo e dei servizi sanitari intermedi;
- Il miglioramento dell'efficienza gestionale dei processi di coordinamento e di controllo, della qualità delle prestazioni erogate, del livello di umanizzazione delle strutture interne al singolo Dipartimento, del rapporto tra direzione generale e direzione delle singole strutture;
- Il miglioramento e l'integrazione dell'attività di formazione e aggiornamento;
- La razionalizzazione e lo sviluppo dei percorsi diagnostici e terapeutici e di quelli volti a garantire la continuità assistenziale.

Compiti

- Individua priorità rispetto agli obiettivi da raggiungere assegnati dal Direttore del Dipartimento
- Partecipa al coordinamento delle attività domiciliari e coordina quelle semiresidenziali e residenziali destinate agli anziani
- Garantisce omogenei livelli assistenziali quali-quantitativi su tutto il territorio aziendale
- Sceglie metodologie e strumenti da utilizzare
- Controlla e verifica la qualità e l'umanizzazione del servizio erogato
- Raccoglie ed elabora i flussi informativi attraverso sistemi informatici
- Sviluppa progettazione, innovazione, implementazione
- Svolge attività didattica

- Garantisce il coordinato utilizzo della rete complessiva dei servizi socio-sanitari destinati alle persone anziane, ed a quelle affette da Demenza, tramite la verifica costante delle disponibilità esistenti sul territorio e la gestione dei rapporti conseguenti ai Piani di Zona con gli ambiti socio-sanitari (328/2000).
- Coordinamento delle attività di assistenza agli anziani per omogeneizzare i livelli di assistenza su tutto il territorio della ASL.
- Programmazione e organizzazione di attività integrate di psicogeriatrica. (Progetto Ministeriale CRONOS e Piano Alzheimer Regionale)
- Attivazione e sviluppo di programmi di controllo sul funzionamento della rete e di verifica delle qualità dei modelli operativi e delle prestazioni al fine di omogeneizzare la qualità delle prestazioni nelle diverse realtà distrettuali. Le procedure di accreditamento e di controllo di qualità saranno effettuate a per garantire l'uniformità delle prestazioni erogate (omogeneizzazione della Valutazione MultiDimensionale e degli standard di qualità di assistenza geriatrica).
- Coordinamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.) e dei Centri Diurni (CD) dell'Azienda (a gestione diretta) e monitoraggio e verifica delle strutture accreditate. Gestione della Lista di Attesa delle RSA e dei Cd Anziani e Demenza.
- Coordinamento delle associazioni di volontariato che collaborano ai progetti;
- Centralizzazione dei dati informativi verificando l'efficienza/efficacia dei progetti, la loro documentazione ed analisi, assicurando una supervisione delle attività.
- In raccordo con il Servizio Relazioni con il Pubblico della ASL svolgere attività di informazione sui servizi esistenti sul territorio della ASL, sulle modalità e sui criteri di accesso sia a strutture pubbliche che private convenzionate.
- Attività didattica e, in raccordo con il Settore Formazione, promozione e programmazione delle attività di formazione e aggiornamento del personale.
- Collaborazione a programmi di educazione alla salute fisica e psicogeriatrica attraverso attività di prevenzione.
- Predisposizione ed attuazione progetti di ricerca e prevenzione nell'area geriatrica.

La UOSD Assistenza "Anziani Fragili e Demenza" svolge attività mirate all'implementazione del "Piano Nazionale demenze-Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze", attraverso l'applicazione in sede aziendale del DCA n. 52 del 29/05/2015 ad oggetto: Recepimento Accordo Stato-Regioni del 30/10/2014 e approvazione "Indicazioni operative per la prevenzione, la diagnosi, la cura e la presa in carico delle persone con demenza: verso il P.D.T.A. demenze".

Le unità di valutazione Alzheimer cambiano denominazione, divengono Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD), quali fulcro della rete di assistenza per i disturbi cognitivi. I CDCD saranno distinti in Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze di II livello e in Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze di I livello allocati nei distretti, sotto il governo centrale della UOSD Anziani Fragili e Demenza che ne cura l'implementazione, monitora il funzionamento e ne valuta gli esiti.

7.5.13 La U.O.S.D. Diabetologia e Malattie Metaboliche

Il Diabete mellito è una patologia cronica, invalidante se non curata, epidemica, ad elevato impatto socio-sanitario ed economico.

Essa è la terza causa di morte nel mondo e l'unica non trasmissibile (la prima e la seconda sono la malaria e la tubercolosi).

La rilevanza del Diabete si ripercuote a cascata in Europa, in Italia e quindi in Campania .

Si prevede che nel 2030 si quadruplicheranno le persone che ne sono affette.

L'assistenza alla persona con diabete prevede secondo la L.N.n°115/1987 Centri di cura che prevedano la presenza di molteplici figure professionali (Medici responsabili, infermieri, medici specialisti diabetologi, dietisti, podologi).

Con la Deliberazione della Regione Campania n°1168 del 2005 sono state approvate Le Linee di Indirizzo per l'organizzazione dell'attività diabetologica e il percorso assistenziale del paziente diabetico.

Con la Delibera Regionale n°330 avente ad oggetto: DGRC n°1168...ulteriori determinazioni , La regione definiva il fabbisogno di Centri Diabetologici per il secondo livello assistenziale pubblici e privati per l'assistenza al paziente diabetico dell' ASL NA 3 SUD in 11 centri diabetologici territoriali considerando lo standard di riferimento di un 1 Centro Diabetologico ogni 100.000 abitanti. L' ASL NA 3 SUD con delibera n° n° 19 del 08.08.2016 avente ad oggetto: individuazione fabbisogni centri diabetologici aziendali ai sensi della DGRC n°330 del 06/07/2016, nel rispetto del fabbisogno regionale, ha individuato una rete di 11 centri diabetologici territoriali di cui 7 pubblici e 4 accreditati che sono deputati alla cura del diabete mellito e delle complicanze croniche secondarie.

Programmazione dei Centri Diabetologici Aziendali – motivazioni e criteri di scelta

L' Azienda ASL NA 3 SUD, tenuto conto:

- degli standard di riferimento regionali di n° 1 Centro ogni 100.000 abitanti ai sensi della Delibera Regionale n. 330/16;
- della Delibera Aziendale n. 30 del del 05.02.2015 , con la quale veniva costituita una rete Aziendale " Ospedale Territorio – Domicilio" per il Management delle Ulcere Cutanee correlate al piede diabetico e delle ulcere cutanee di vario genere, ai sensi di quanto disciplinato dal Decreto Commissariale n. 43 del 04.07.2014, con la quale si individuavano 5 Centri di secondo livello in 5 aree funzionali Poli-distrettuali ;
- dell' ubicazione territoriale dei Centri Diabetologici privati già accreditati (Distretto Sanitario n. 34 , Distretto Sanitario n. 49, Distretto Sanitario n. 56, Distretto Sanitario n. 53);
- della distribuzione demografica dei cittadini residenti nei Distretti Sanitari dell' ASL NA 3 SUD,

Ha individuato le sedi operative dei 7 Centri Diabetologici Pubblici di prossima istituzione, come di seguito indicati:

1. Centro Diabetologico Distretto Sanitario n. 48
2. Centro Diabetologico Distretto Sanitario n. 51
3. Centro Diabetologico Distretto Sanitario n. 52
4. Centro Diabetologico Distretto Sanitario n. 54
5. Centro Diabetologico Distretto Sanitario n. 57
6. Centro Diabetologico Distretto Sanitario n. 58

7. Centro Diabetologico Distretto Sanitario n. 59

Finalità

L'obiettivo della struttura Semplice Dipartimentali è quello di progettare una risposta ai bisogni di salute del paziente con diabete caratterizzata da un forte coordinamento ed integrazione tra operatori, attraverso l'identificazione di percorsi diagnostico terapeutici condivisi dalle diverse componenti della rete collaborativa, la predisposizione di un pannello di indicatori per la valutazione dell'efficacia degli interventi clinico assistenziali e dell'efficienza dei modelli organizzativi e la realizzazione di programmi di informazione ed educazione dei pazienti.

In ogni contesto l'argomento dell'organizzazione dei servizi rivolti alle persone affette da diabete mellito, viene affrontato con la finalità di:

- identificare la rete di servizi più efficace per conseguire i migliori obiettivi di salute in relazione alle diverse fasi di malattia;
- organizzare e realizzare gli interventi dei diversi livelli specialistici e delle cure primarie con modalità integrate e coordinate;
- superare le logiche dell'erogazione delle prestazioni e promuovere quelle della progettazione ed organizzazione dei processi di cura;
- prevedere che gli interventi assistenziali siano basati sui principi delle prove di efficacia;
- consolidare i sistemi di misura dell'intero processo di cura e identificare gli ambiti di miglioramento;
- affermare il modello assistenziale della gestione integrata come il più efficace e il più economico per la cura delle persone con diabete mellito;
- uniformare, tenendo conto dei diversi contesti organizzativi presenti in un determinato territorio, le strategie di intervento ;
- ridurre i ricoveri inappropriati connessi a complicanze acute e croniche.

Il modello organizzativo di riferimento è una "rete" costituita dai servizi specialistici integrati territoriali e ospedalieri.

Tra le figure professionali territoriali fanno parte il MMG/PLS, l'infermiere dei servizi territoriali, il dietista, il podologo, il farmacista e i volontari delle associazioni.

La rete dei servizi per la gestione integrata della malattia diabetica permette che il paziente:

- venga inviato al servizio diabetologico per la valutazione complessiva, per l'impostazione terapeutica e per l'educazione strutturata alla gestione della malattia;
- venga seguito in modo attivo, secondo una medicina di iniziativa, da parte del proprio MMG/PLS, al fine di garantire il raggiungimento e il mantenimento degli obiettivi stabiliti;
- effettui una visita generale almeno ogni sei mesi presso il MMG/PLS e una valutazione complessiva presso la struttura diabetologica secondo le indicazioni riportate dal protocollo di follow-up concordato tra MMG/PLS e servizio diabetologico, se l'obiettivo terapeutico è raggiunto e stabile e non sono presenti gravi complicanze;

- acceda, inoltre, al servizio diabetologico per visite non programmate e/o urgenti ogni qual volta, a giudizio del MMG/PLS, ve ne sia la necessità.

Funzioni

L'Unità Operativa semplice dipartimentale ha funzioni di:

- Coordinamento redazione dei percorsi assistenziali e presa in carico e relativo monitoraggio con modalità definite delle persone affette da diabete complicato in collaborazione con i MAP;
- Monitoraggio gestione delle persone affette da diabete mellito tipo 1 –tipo 2 –diabete in gravidanza/ transizione dei pazienti in età adulta –erogazione relazioni per commissioni invalidi- relazioni per commissione patenti;
- Monitoraggio dei budget e della appropriatezza prescrittiva dei farmaci e dei dispositivi per diabetici;
- Coordinamento funzionale organizzativo della rete diabetologica del management del piede diabetico ;
- interazione con le Associazioni di pazienti per attivare *l'empowerment* sistematico dei pazienti stessi e per elaborare la Carta dei servizi del Paziente Diabetico;

Compiti

L' unità operativa semplice dipartimentale di Diabetologia ha quali obiettivi il coordinamento della prevenzione, diagnosi e cura delle complicanze croniche invalidanti infatti:

- Coordina i Centri diabetologici aziendali (territoriali, privati accreditati);
- Coordina le attività dei PDTA di integrazione tra i centri territoriali e con i centri diabetologici ospedalieri per il terzo livello di assistenza delle complicanze croniche;
- Garantisce, attraverso un miglioramento dello standard qualitativo e quantitativo il rispetto dello svolgimento delle attività coinvolte nel management della cura del Diabete;
- Coordina l'Individuazione delle metodologie e strumenti innovativi al fine di sostenere lo sviluppo della rete assistenziale;
- Predisporre relazione alla direzione strategica ed elabora i dati delle cartelle informatizzate attraverso i sistemi informatici, pertanto lo scopo che si prefigge è il potenziamento su base aziendale del miglior controllo metabolico possibile e della migliore prevenzione/cura delle complicanze acute e croniche del diabete mellito.

I destinatari del servizio sono le persone affette da Diabete mellito, i loro familiari e tutti coloro che si occupano della loro assistenza.

L'UOSD di Diabetologia svolge, inoltre, azione di supporto e di collaborazione con il Direttore del dipartimento e con le Unità Operative complesse ad esso afferenti, con i Direttori dei Distretti Sociosanitari ed i presidi ospedalieri relativamente alla gestione integrata del paziente diabetico.

Coordina con le associazioni di volontariato, e di concerto con la UOC Relazioni con il Pubblico predisporre specifici protocolli d'intesa da sottoporre alla direzione strategica.

Individua priorità rispetto agli obiettivi da raggiungere assegnati dal Direttore del Dipartimento

196/347

In pubblicazione dal

Attiva sistemi di monitoraggio per la Garanzia di livelli assistenziali quali-quantitativi su tutto il territorio aziendale .

Controlla e verifica la qualità e l'umanizzazione del servizio erogato, di concerto con la UOC Relazioni con il Pubblico.

Raccoglie ed elabora i flussi informativi attraverso sistemi informatici verificando l'efficienza/efficacia della rete la loro documentazione ed analisi, assicurando una supervisione delle attività.

Sviluppa progettazione, innovazione, implementazione

Attivazione di programmi di controllo sul funzionamento della rete e di verifica delle qualità dei modelli operativi e delle prestazioni al fine di omogeneizzare la qualità delle prestazioni nelle diverse realtà distrettuali

Definire e/o aggiornare le schede cliniche e la cartella clinica

Definire e/o aggiornare protocolli e procedure di cura adottati dalla rete;

Individuare indicatori di processo e di esito;

Raccogliere tutte le relazioni di attività dei singoli centri di I e II livello con relativi report;

- Raccogliere e processare i dati epidemiologici;
- Valutare periodicamente il livello di efficacia e di efficienza della rete e di ogni singolo centro;
- Entro il 31 dicembre di ogni anno, invia al Direttore del Dipartimento Attività Territoriali e Integrazione Socio – Sanitaria, la relazione annuale sull'attività delle rete, con il relativo piano di attività per l'anno successivo.(per la rete del piede per quanto attiene alle competenze dei centri diabetologici e per la rete dei centri per le attività diabetologiche in toto)
- In raccordo con il Servizio Relazioni 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 della rete assistenziale.
- Attività didattica e, in raccordo con la UOC Formazione, promozione e programmazione delle attività di formazione e aggiornamento del personale.
- Collaborazione a programmi di educazione alla salute fisica attraverso attività di prevenzione.
- Predisposizione ed attuazione di eventuali progetti di ricerca e prevenzione.

7.5.14 La UOSD “Rete Aziendale “Ospedale – Territorio – Domicilio” per il management delle Ulcere Cutanee correlate al piede diabetico e delle ulcere cutanee di vario genere

L'entità del fenomeno è importante, sia per il numero di pazienti coinvolti che per i tempi e le risorse necessarie per il trattamento del problema e rappresenta una patologia ad elevato significato sociale sia in termini di spesa pubblica e assistenziale che di perdita di giornate lavorative. Le ulcere da decubito colpiscono maggiormente la popolazione geriatrica: l'incidenza delle lesioni da decubito nei soggetti ospedalizzati di tutte le età varia dal 4 al 9% ed aumenta del 10-25% negli anziani. Sono a maggior rischio i pazienti diabetici ed ipertesi, per i danni al microcircolo; anche l'incontinenza rappresenta un fattore di rischio. Il problema riguarda non solo i pazienti ricoverati ma principalmente pazienti assistiti a domicilio

197/347

In pubblicazione dal

coinvolgendo tutti gli operatori sanitari sia gli specialisti che i medici di base, sia gli infermieri ospedalieri che di distretto. Questo dato mette in risalto il carattere sociale del problema ed è reso ancora più significativo dalla limitata tendenza alla guarigione (il 20% delle ulcere cutanee sono ancora aperte dopo 2 anni, e l'8% non risultano guarite dopo 5 anni). Peraltro, in meno dell'8% dei casi la durata della patologia ulcerativa è stata inferiore ad un anno, mentre nel 47% dei casi le ulcere si sono presentate per un periodo variabile da 1 a 10 anni e nel 45% per più di 10 anni

Strutturare in ambito aziendale una rete delle attività ambulatoriali (Territoriali e Ospedalieri) e domiciliare di gestione delle Ulcere Cutanee in collaborazione con la UOC Cure Primarie e Attività Territoriali, e con la medicina convenzionata (MMG, PLS e Specialisti ambulatoriali di altre branche) e Presidi Ospedalieri aziendali, con la condivisione e sviluppo di protocolli assistenziali condivisi con le strutture coinvolte;

Sviluppare una struttura che si proponga come interlocutrice accreditata per lo sviluppo di una rete di collaborazioni con la Medicina del Territorio e Ospedaliera.

Funzioni

Coordinamento, indirizzo e valutazione dei risultati conseguiti nell'area omogenea per:

- La razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche, dei materiali di consumo dei Centri di II Livello;
- Il miglioramento dell'efficienza gestionale dei processi di coordinamento e di controllo, della qualità delle prestazioni erogate, del livello di umanizzazione delle strutture interne al singolo Dipartimento, del rapporto tra direzione generale e direzione delle singole strutture;
- Il miglioramento e l'integrazione dell'attività di formazione e aggiornamento;
- La razionalizzazione e lo sviluppo dei percorsi diagnostici e terapeutici e di quelli volti a garantire la continuità assistenziale.

Compiti

- Concorda le priorità rispetto agli obiettivi da raggiungere assegnati dal Direttore del Dipartimento;
- Partecipa al coordinamento delle attività in ambito distrettuale e ospedaliero;
- Coordina il monitoraggio delle attività ai fini della garanzia omogenei livelli assistenziali quali-quantitativi su tutto il territorio aziendale;
- Coordina le scelte metodologiche e gli strumenti da utilizzare
- Partecipa alle attività di controllo e verifica della qualità e dell'umanizzazione del servizio erogato, collaborando con la UOC Relazioni con il Pubblico.
- Raccoglie ed elabora i flussi informativi attraverso sistemi informatici verificando l'efficienza/efficacia della rete la loro documentazione ed analisi, assicurando una supervisione delle attività.
- Sviluppa progettazione, innovazione, implementazione

- Sviluppo di programmi di controllo sul funzionamento della rete e di verifica delle qualità dei modelli operativi e delle prestazioni al fine di omogeneizzare la qualità delle prestazioni nelle diverse realtà distrettuali e domiciliari
- Definire e/o aggiornare le schede cliniche e la cartella clinica
- Definire e/o aggiornare protocolli e procedure di cura adottati dalla rete;
- Individuare indicatori di processo e di esito;
- Raccogliere tutte le relazioni di attività dei singoli centri di I e II livello con relativi report;
- Raccogliere e processare i dati epidemiologici;
- Valutare periodicamente il livello di efficacia e di efficienza della rete e di ogni singolo centro;
- Entro il 31 dicembre di ogni anno, invia al Direttore del Dipartimento Attività Territoriali e Integrazione Socio – Sanitaria, la relazione annuale sull'attività delle rete, con il relativo piano di attività per l'anno successivo.
- In raccordo con il Servizio Relazioni con il Pubblico della ASL svolgere attività di informazione sui servizi esistenti sul territorio della ASL, sulle modalità e sui criteri di accesso nei vari livelli della rete assistenziale.
- Attività didattica e, in raccordo con il Settore Formazione, promozione e programmazione delle attività di formazione e aggiornamento del personale.
- Collaborazione a programmi di educazione alla salute fisica attraverso attività di prevenzione.
- Predisposizione ed attuazione di eventuali progetti di ricerca e prevenzione.

7.5.15 UOSD Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD)

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

- a) la prevenzione ed il trattamento della malnutrizione;
- b) il miglioramento del decorso clinico e della prognosi di numerose patologie;
- c) la significativa riduzione di morbilità e mortalità;
- d) la sensibile riduzione della ospedalizzazione del malato e della spesa economica.

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

Indicazioni della NAD

La NAD deve essere immediatamente attivata, in via temporanea o permanente, quando non sia possibile o non sia consigliata la nutrizione orale, in presenza di una delle seguenti patologie previste nelle linee guida della Società Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale (SINPE) come Nutrizione Parenterale Domiciliare

(NPD) e Nutrizione Entrale Domiciliare (NED). Per NPD-st (short-term) si intendono trattamenti per periodi di tempo limitati; per NPD-IICB si intendono trattamenti per periodi lunghi espletati per Insufficienza Intestinale Cronica Benigna (IICB) o altre situazioni di elevata complessità clinica.

<p>NUTRIZIONE PARENTERALE Insufficienza intestinale reversibile o irreversibile conseguente a: PER LA NPD-st</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Patologie neoplastiche</i> (in presenza di impossibilità alla nutrizione per via orale o enterale e di condizioni cliniche adeguate alla terapia nutrizionale sostitutiva) • Altre patologie con indicazione NPD short term 	<p>NUTRIZIONE ENTERALE Impossibilità o controindicazione alla nutrizione per via orale conseguente a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • DISFAGIA DA OSTRUZIONE AL TRANSITO • DELLE PRIME VIE DIGESTIVE • <i>Patologie neoplastiche</i> (tumori regione capocollo, tumori esofago, stomaco, duodeno, in fase terapeutica e non)
<p>PER LA NPD PER IICB</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sindrome da intestino corto</i> (esiti di ampie resezioni per infarto mesenterico, malattia di Crohn, enterite attinica, volvolo,) • <i>Alterazioni della motilità intestinale</i> (pseudo-ostruzione; esiti tardivi di enterite attinica; neuropatie tossiche ed ischemiche) • <i>Malassorbimenti gravi transitori</i> (fase iniziale pancreopatie, morbo di Whipple, fistole digestive) • <i>Patologie rare</i> (errori metabolici congeniti, sclerodermia, linfangectasia, malassorbimenti intrattabili, amiloidosi, VIP syndrome) • <i>Situazioni cliniche rare reversibili</i> (iperemesi gravidica, patologie immunitarie) 	<p>DISFAGIA FUNZIONALE</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Patologie neurologiche</i> (coma cerebrale, esiti di eventi cerebrovascolari acuti e di traumi cerebrali; malattie croniche progressive come la demenza senile, la malattia di Parkinson, la sclerosi multipla, la malattia del motoneurone) • Alterazioni rare della motilità delle prime vie digestive (acalasia, ...) • Necessità di integrazione alla nutrizione per via orale • SITUAZIONI CLINICHE CARATTERIZZATE DA ELEVATE RICHIESTE ENERGETICHE • Esiti di gravi traumi e gravi ustioni • PATOLOGIE INTESTINALI IN FASE TERAPEUTICA • Malattia di Crohn

ORGANIZZAZIONE ED EROGAZIONE DELLA NAD

Con Delibera n°797 del 03/12/2007, fu istituito il Centro Aziendale di Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD) dell'ASL NA5 in ottemperanza a quanto richiesto dal DGRC 236 del 16 /02/2005;

La NAD dovrà essere prescritta ed attuata attraverso Unità Operative (Servizi e/o Reparti) dedicate definite come U.O. di Nutrizione Clinica e NAD. Queste U.O. sono identificate secondo quanto previsto dai Criteri di Accreditamento ADI-SINPE tra le U.O. Ospedaliere già operanti ed eventualmente da potenziare, o istituite ex novo dove mancanti e necessarie.

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. L'ASL definisce 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.

L'attività di consulenza del medico specialista per la Nutrizione Artificiale Domiciliare prevede:

- Visita medica e valutazione dello stato nutrizionale,
- Scelta del tipo e della via di somministrazione dei nutrienti,
- Posizionamento di sonde naso-gastriche,
- Sostituzioni di Gastrostomie Endoscopiche Percutanee, prescrizione di un piano terapeutico.
- Le consulenze nutrizionali sono richieste dalle seguenti strutture aziendali: Cure Domiciliari; UUOO Distrettuali, Presidio Ospedaliero, RSA.

Alcuni pazienti vengono seguiti in Ospedale e poi a domicilio, altri invece provengono da nosocomi extraregionali che contattano l'Unità NAD all'atto della dimissione per il proseguimento domiciliare della terapia.

L'U.O.S.D. NAD è responsabile della gestione nutrizionale domiciliare ed interagisce con il medico ospedaliero, di medicina generale ed il medico del distretto.

Quest'attività consente di trattare al domicilio pazienti che negli anni precedenti avrebbero richiesto convenzioni con ditte esterne specializzate nel campo della NAD e limitare al minimo suddette convenzioni che potrebbero essere completamente azzerate in caso di potenziamento delle strutture aziendali coinvolte.

7.5.17 UOSD Fisiopatologia della comunicazione

La comunicazione è un aspetto essenziale della vita umana, tanto che "è impossibile non comunicare".

I Disturbi della Comunicazione hanno molte possibili espressioni, possono manifestarsi isolati o in comorbidità con altri disturbi. Si possono manifestare difficoltà connesse alla comprensione linguistica e difficoltà connesse prevalentemente alla produzione corretta delle parole, oppure difficoltà relative al normale fluire e alla cadenza della voce.

L'unità operativa assicura la diagnosi e il trattamento delle patologie caratterizzate dai disturbi della comunicazione garantendo il coordinamento e l'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare necessarie al raggiungimento degli obiettivi diagnostici e terapeutici programmati.

Collabora con tutta la rete dei servizi territoriali e dipartimentali, in particolar modo con la UOC Neuropsichiatria Infantile, inserita nel Dipartimento di Salute Mentale.

BUDGET DIPARTIMENTO ATTIVITA' TERRITORIALI

201/347

In pubblicazione dal

Il Budget assegnato al Dipartimento Attività territoriali secondo la metodologia del Piano Attuativo della Certificabilità del Bilancio, è lo strumento da concordare tra il Direttore del Dipartimento e la Direzione Strategica. L' assegnazione del Budget prevede un monitoraggio periodico al fine del raggiungimento degli obiettivi assegnati al Direttore del Dipartimento. L' Assegnazione del Budget segue le regole della contabilità analitica per Centri di Costo e del Piano della Performance Aziendale. A seguito dell'approvazione dell'Atto Aziendale e dell'istituzione del Dipartimento si provvederà ad adottare uno specifico regolamento attuativo per la gestione del Budget.

Modalità Organizzative e relazioni funzionali tra le Funzioni Distrettuali e le Funzioni Centrali corrispondenti

Le relazioni tra le funzioni distrettuali (U.O.C. e I.P.A.S.)

- 1 - i Dirigenti con incarico I.P.A.S. dei distretti Sanitari sono responsabili delle proprie linee di attività come specificato nell'organizzazione del distretto s.sanitario. Essi sono subordinati al Responsabile della corrispondente U.O. Semplice (UOS) distrettuale.
- 2 - le U.O. semplici (UOS) distrettuale hanno la funzione del coordinamento delle attività, del controllo delle prestazioni, del monitoraggio dei dati e della valutazione degli esiti dei corrispondenti e subordinati dirigenti con I.P.A.S. del distretto.
- 3 - Il direttore del distretto, oltre le funzione già esplicitate, provvede al governo del distretto attraverso il coordinamento, il controllo, il monitoraggio e la valutazione delle subordinate U.O. Semplici.

Le funzioni delle U.O. Complesse del Dipartimento Attività Territoriali e Integrazione Sociosanitaria (D.A.T.I.S.) e loro ruolo verso le proprie U.O. Semplici e dei dirigenti con I.P.A.S.

Le U.O. Complesse del D.A.T.I.S. sono responsabili:

- A - del coordinamento aziendale delle linee di attività ad esse attribuite e di specifica competenza
- B - delle relazioni con i direttori di distretto sanitario
- C - del coordinamento, del controllo, del monitoraggio e della valutazione delle attività dei propri dirigenti responsabili di U.O. semplice ovvero di I.P.A.S.

Inoltre essi rispondono al Direttore del D.A.T.I.S. in merito alle proprie attività

Le funzioni delle U.O. Semplici a valenza Dipartimentale (UOSD)

Le U.O. Semplici a valenza Dipartimentale (UOSD) del D.A.T.I.S. sono responsabili:

- A - del coordinamento delle specifiche linee di attività ad esse attribuite e di specifica competenza;
- B - dell'appropriata gestione delle risorse strutturali, tecnologiche, strumentali e umane ad esse affidate;

202/347

In pubblicazione dal

C - delle relazioni con i direttori di distretto sociosanitario per le specifiche competenze;

Le U.O. Semplici a valenza Dipartimentale (UOSD) del D.A.T.I.S.S. collaborano con le U.O. Complesse del D.A.T.I.S.S. per le attività di monitoraggio delle attività;

Le U.O. Semplici a valenza Dipartimentale (UOSD) rispondono al Direttore del D.A.T.I.S.S. in merito alle proprie attività.

Il Direttore del Dipartimento Attività Territoriali e Integrazione Sociosanitaria (D.A.T.I.S.S.):

È responsabile delle relazioni interne ed esterne del D.A.T.I.S.S.,

Ha la funzione di:

A - coordinamento delle attività delle U.O. Complesse e U.O. Semplici a valenza Dipartimentale (UOSD);

B - attraverso le proprie U.O.C. e U.O.S.D. procede all'acquisizione dei dati di attività del D.A.T.I.S.S. e della loro valutazione; all'acquisizione dei dati per il monitoraggio delle attività; all'acquisizione dei dati per la valutazione delle attività;

C- attraverso le proprie U.O.C. e U.O.S.D. verifica della coerenza tra le attività svolte e quelle previste dalla legislazione nazionale, regionale o aziendale.

7.5.16 UOS Dipartimentale Attività Libero Professionale

- supporta la Commissione Paritetica nello svolgimento delle sue attività, comprese quelle di segreteria;
- accoglie le istanze dei professionisti in materia di libera professione, redatte su apposito modello aziendale e corredate dal nulla osta del Direttore Sanitario Aziendale che, allo scopo, si avvale delle professionalità che riterrà di coinvolgere;
- istruisce entro 45 giorni lavorativi le relative pratiche da sottoporre all'autorizzazione del Direttore Generale che a sua volta deve esprimersi di norma entro i successivi 45 giorni lavorativi;
- detiene i rapporti con i professionisti e con le entità esterne all'Azienda per l'area delle prestazioni a pagamento;
- detiene l'elenco dei professionisti autorizzati, costituendo apposito fascicolo che contenga copia dell'autorizzazione e tutta la documentazione di riferimento, provvedendo, d'intesa con l' U.O.C. Relazioni con il Pubblico, a pubblicizzare, anche con inserimento sul sito aziendale, l'elenco con le discipline di riferimento e l'orario degli ambulatori;
- rileva i volumi delle prestazioni erogate in libera professione da sottoporre alla Commissione Paritetica per il confronto con i volumi delle corrispondenti prestazioni effettuate in attività istituzionali. Questi ultimi vengono forniti dalle Direzioni Sanitarie dei PP.OO. dei Distretti e dei Dipartimenti.
- procede alla adozione della determina di liquidazione delle competenze ai Dirigenti Sanitari e al personale di supporto amministrativo e sanitario con le modalità previste nel regolamento ALPI;
- collabora con i professionisti per la stesura dei preventivi eventualmente richiesti;
- fornisce indicazioni sulle attività di informazione rivolte all'utenza;

203/347

In pubblicazione dal

- istruisce, entro 45 giorni dal ricevimento, le pratiche amministrative per le richieste di convenzionamento per attività di consulenza e le inoltra al Servizio AA.GG. che elabora l'atto deliberativo di convenzione;
- propone soluzioni organizzative in collaborazione con le Unità Operative interessate;
- supporta la Commissione Paritetica nel monitoraggio dell'equilibrio economico dell'ALPI, in base alle risultanze dell'apposita contabilità separata detenuta dal Servizio GEF, ai sensi dell'art. 5 comma 5 del D. Lgs.502/92 e s.m.i., che deve tenere conto di tutti i costi diretti ed indiretti, nonché delle spese alberghiere relative all'esercizio dell'ALPI (art. 3 comma 6 della Legge 724/94);

predispone la modulistica d'uso.

- partecipa alla contrattazione decentrata con le OO.SS. della Dirigenza Sanitaria per la individuazione delle categorie aventi diritto ad accedere al 5% del fondo di perequazione ai sensi dell'art. 57 comma 2 lettera i) del vigente CCNL per la Dirigenza Medica e Veterinaria. (Tutti i verbali sono agli atti di questa UOSD).
- Partecipa alla contrattazione decentrata con le OO.SS. della Dirigenza Sanitaria finalizzata alla revisione ed aggiornamento del Regolamento Aziendale ALPI.
- Coordina e dispone l'attivazione delle procedure informatiche e delle attività obbligatorie previste dalla Legge n. 189/2012 per i medici autorizzati a svolgere l'ALPI ovvero:
 1. la fatturazione elettronica delle prestazioni erogate per il successivo invio alla Tessera Sanitaria e al MEF per il 730 precompilato da inoltrare agli utenti;
 2. collegamento, mediante una infrastruttura di rete tra l'Azienda e gli studi medici, per l'espletamento del servizio obbligatorio di prenotazione tramite CUP e attivazione di sistema di pagamento tracciabile (tramite c/c postale, bonifici bancari, POS).
- Dispone l'aggiornamento della banca dati dei Dirigenti autorizzati all'ALPI con indicazione delle specialità erogate, le sedi, gli orari, le tariffe.
- Dispone il caricamento manuale delle fatture ALPI rilasciate in copia cartacea sul sistema TS.
- Effettua i sopralluoghi, in collaborazione con il Servizio Tecnico, per l'individuazione degli spazi dedicati all'ALPI al fine di consentire il passaggio al regime ordinario dell'esercizio della libera professione intramuraria all'interno dei presidi e superare il regime dell'intramoenia allargata.
- Partecipa alla Commissione Paritetica ALPI .

7.6 Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è una macrostruttura operativa dell'Azienda che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie acute e croniche e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita, attraverso il recepimento e l'attuazione degli indirizzi contenuti nel Piano Sanitario Regionale e nel Piano Sanitario di Prevenzione. A tal fine promuove azioni volte a sorvegliare lo stato di salute della popolazione e i suoi determinanti e ad individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti e con gli altri dipartimenti, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. Partecipa alla formulazione del programma di attività, fornendo proposte d'intervento nelle materie di competenza.

Il Dipartimento di Prevenzione 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 e le funzioni del Dipartimento di Prevenzione 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.

La struttura organizzativa del dipartimento di Prevenzione si ispira ai principi evidenziati ai punti 7.3.1/7.3.2/7.3.3/7.3.4.

Inoltre la norma del D.L. n. 158 del 13.09.2012, convertito con modificazioni nella Legge n. 189 del 8.11.2012, le strutture organizzative dell'area di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare devono operare quali centri di responsabilità dotati di autonomia tecnico funzionale ed organizzativa nell'ambito della struttura dipartimentale e rispondono del perseguimento degli obiettivi dipartimentali aziendali, dell'attuazione delle disposizioni normative e regolamentali, regionali, nazionali ed internazionali, nonché della gestione delle risorse economiche attribuite.

L'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione è modulata, superando la frammentarietà delle funzioni e garantendo la piena integrazione tra le UU.OO. che lo compongono, secondo i principi di flessibilità, adattabilità, revisione periodica, orientamento progettuale delle attività, tenendo conto delle peculiarità dei vari ambiti territoriali, degli insediamenti produttivi presenti, del radicamento territoriale dei servizi, dell'entità numerica della popolazione (umana ed animale), delle caratteristiche orografiche, della viabilità, dei collegamenti in ambito provinciale, delle esigenze culturali dei territori nonché delle loro specifiche richieste prestazionali.

L'architettura organizzativa declinata garantisce le seguenti funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica (Livelli essenziali di assistenza):

- 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 primaria delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening;
- Sorveglianza e prevenzione nutrizionale;

Il Dipartimento di Prevenzione contribuisce inoltre alle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronico-degenerative, curando in particolare l'attuazione del Piano Regionale di Prevenzione, in collaborazione con gli altri servizi e Dipartimenti Aziendali.

Per il Dipartimento di Prevenzione si prevede un'organizzazione su due livelli: livello centrale e livello territoriale.

7.6.1 Livello centrale del Dipartimento di Prevenzione

Il livello centrale, cui sarà affidata la “mission funzionale” e cioè di direzione tecnico organizzativa e gestionale complessiva, che sovrintenderà alla programmazione generale delle attività, alla verifica dell’efficienza, dell’efficacia e della qualità degli interventi e del rispetto dei Livelli di Assistenza, costituito dalla tecnostruttura dipartimentale nella quale sono incardinate le seguenti strutture:

UU.OO.CC.

1. UOC Servizio Igiene e Sanità Pubblica
2. UOC Servizio Epidemiologia e Prevenzione
3. UOC Servizio Prevenzione e Sicurezza Luoghi di Lavoro
4. UOC Servizio Igiene degli Alimenti e della nutrizione
5. UOC Servizio Igiene e Medicina del Lavoro
6. UOC Servizio Veterinario Sanità Animale
7. UOC Servizio Veterinario Igiene degli Alimenti di Origine Animale
8. UOC Servizio Veterinario Igiene degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche
9. UOC Amministrativa.

1. U.O.S.D. Registro Tumori

UU.OO.SS. Livello Centrale

- Sicurezza Alimentare e allerte alimenti –Gestione delle imprese alimentari (SIAN)
- Gestione del sistema rapido di allerta e sicurezza degli alimenti di origine animale e mangimi – Gestione delle imprese alimentari (Vet. B);
- Assistenza specialistica e prevenzione del randagismo - (Vet A);
- Igiene della nutrizione (SIAN).

Incarichi di Alta Specializzazione (I.P.A.S.) che afferiscono alle seguenti Strutture:

UOC IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE

- I.P.A.S. Ispettorato Micologico;
- I.P.A.S. Fitosanitari e contaminanti chimici negli alimenti.

UOC IGIENE E SANITA’ PUBBLICA

- I.P.A.S. Igiene suolo e abitato, bonifiche urbane;
- I.P.A.S. Medicina dello sport.

UOC EPIDEMIOLOGIA E PREVENZIONE

- I.P.A.S. Screening oncologici e malattie cronic-degenerative;
- I.P.A.S. Educazione alla Salute;
- I.P.A.S. Profilassi Internazionale Medicina dei Viaggiatori;
- I.P.A.S. Manutenzione e sviluppo dei sistemi di sorveglianza e dei sistemi informativi per la salute Programma A - PRP;
- I.P.A.S. Infezioni e Salute Programma G - PRP.

206/347

In pubblicazione dal

UOC SANITA' ANIMALE

- I.P.A.S. Piani di risanamento allevamenti.

UOC IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE

- I.P.A.S. Ristorazione collettiva e pubblica;
- I.P.A.S. Epidemiologia Veterinaria.

UOC IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE

- I.P.A.S. Benessere degli animali da reddito e da compagnia.

UOC IGIENE E MEDICINA DEL LAVORO

- I.P.A.S. Amianto;
- I.P.A.S. Rischio Chimico.

UOC SICUREZZA E PREVENZIONE DEGLI AMBIENTI DI LAVORO

- I.P.A.S. Impiantistica.

UOSD REGISTRO TUMORI

- I.P.A.S. Analisi Ricerca;
- I.P.A.S. Integrazione Processi assistenziali oncologici.

7.6.2 Livello territoriale del Dipartimento di Prevenzione

Costituito dalle Strutture Semplici (U.O.S.), dipendenti amministrativamente dalla Direzione del Dipartimento e funzionalmente, per le attività, dalle Strutture Complesse di competenza afferenti al Dipartimento.

Esse rappresentano il livello operativo delle attività di Sanità Pubblica, Prevenzione e Sicurezza dei Luoghi di Lavoro, di Sicurezza alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria ed hanno territori di competenza sovra distrettuali ed, in particolare:

UU.OO.SS di Prevenzione Collettiva – inter-distrettuali	n°06
UU.OO.SS Luoghi di Lavoro – inter-distrettuali	n°02
UU.OO.SS Veterinaria (Vet.A) – inter-distrettuali	n°02
UU.OO.SS. Veterinaria (Vet.B) –inter-distrettuali	n°0 3
U.O.S Veterinaria (Vet.C) – inter-distrettuale	n°01

Nell'attesa della riorganizzazione e dell'individuazione degli incarichi professionali dell'Area medica e medica Veterinaria rispettivamente per le linee di attività territoriale della Prevenzione Collettiva e dei servizi Veterinari si stabilisce, per la tipologia geomorfologica del territorio e per la vocazione turistica dello stesso (presenza sul territorio di alberghi e ristoranti), di prevedere un Incarico Professionale di Alta Specialità Veterinario (Igiene degli Alimenti Area B) ed un Incarico Professionale medico di alta Specialità in penisola sorrentina. Organizzando uffici sul territorio sia per le linee di attività veterinarie che per la prevenzione collettiva.

In particolare, il Dipartimento di Prevenzione, così come statuito dalla Legge Regionale 32/94, si articola in tre Aree di Coordinamento cui afferiscono, rispettivamente i seguenti Servizi:

“Area di Sanità Pubblica”:

UOC Igiene e sanità pubblica;

UOC Epidemiologia e Prevenzione;

UOC Igiene degli alimenti e della nutrizione.

“Area di Prevenzione e Sicurezza Luoghi di Lavoro”:

UOC Igiene e medicina del lavoro;

UOC Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro.

“Area Sanità Pubblica Veterinaria”

UOC Sanità animale;

UOC Igiene degli alimenti di origine animale;

UOC Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

Le Aree di Coordinamento di Sanità Pubblica, di Sanità Pubblica Veterinaria e di Prevenzione e Sicurezza Luoghi di Lavoro svolgono funzioni di coordinamento delle attività delle UU.OO.CC. ad esse afferenti.

I coordinatori sono nominati dal Direttore Generale tra i Direttori delle UU.OO.CC. afferenti alla propria Area.

Le Strutture complesse svolgono, a livello centrale, per le rispettive competenze, le funzioni di programmazione, indirizzo tecnico e controllo (monitoraggio costante) relative a tutte le attività svolte a livello centrale e periferico.

Per l’Area di Sanità Pubblica, l’operatività dei Servizi, è così garantita:

□ Il Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN), a livello centrale, si articola in due Unità Operative Semplici:

- 1) Sicurezza Alimentare, Allerta Alimenti e Gestione Imprese Settore Alimentare,
- 2) Igiene della Nutrizione, che coadiuvano il Direttore del Servizio in ambiti specifici di attività proprie.

- Il Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) e il Servizio di Epidemiologia e Prevenzione (SEP) non prevedono Unità Operative Semplici a livello centrale.

I tre Servizi, SIAN, SISP e SEP, a livello periferico, sono correlati con le 6 UU.OO.SS. di Prevenzione Collettiva territoriali, che hanno il compito di svolgere tutte le attività programmate dai Servizi Centrali, tenuto conto che il carico di lavoro assegnato è pari a 1/3 per ognuno dei tre Servizi di riferimento, attraverso la programmazione annuale e le verifiche periodiche sul grado di raggiungimento degli obiettivi.

Per l'Area di Sanità Pubblica Veterinaria, l'operatività dei Servizi, è così garantita:

- Il Servizio Veterinario di Sanità Animale (Area A) a livello centrale, si articola in una Unità Operativa Semplice, Assistenza Specialistica e Prevenzione del Randagismo, mentre a livello periferico in due UU.OO.VV. Specialistiche territoriali.
- Il Servizio Veterinario Igiene degli Alimenti di Origine Animale (Area B) a livello centrale, si articola in una Unità Operativa Semplice, Gestione Sistema Rapido di Allerta, Sicurezza Alimentare e Gestione delle Imprese del Settore Alimentare, mentre a livello periferico in tre UU.OO.VV. Specialistiche territoriali.
- Il Servizio Veterinario di Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (Area C), che non ha Unità Operative Semplici Centrali, a livello periferico è articolato in una U.O.V. specialistica territoriale.

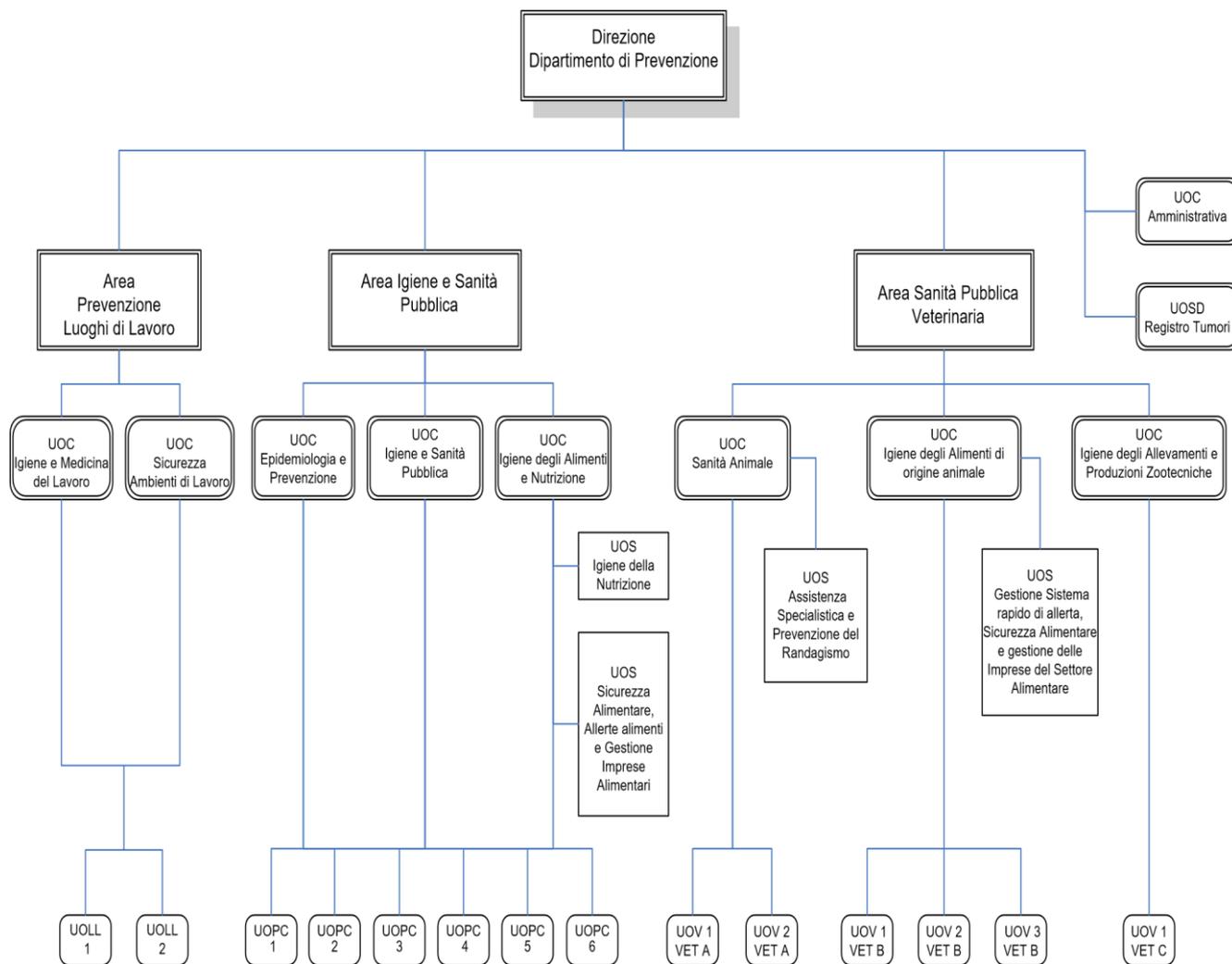
Per l'Area di Prevenzione Luoghi di Lavoro, l'operatività dei Servizi, è così garantita:

- Il Servizio Igiene e Medicina del Lavoro (S.I.M.L.) e il Servizio Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (S.P.S.A.L.); entrambi non hanno Unità Operative Semplici Centrali, mentre a livello periferico sono articolati in due Unità Operative Semplici Luoghi di Lavoro (UU.OO.L.L.) il cui carico di lavoro è riferito per ½ a ciascuno dei rispettivi Servizi, S.I.M.L. e S.P.S.A.L.

Le UU.OO.SS. centrali dipendono, amministrativamente e funzionalmente dal Servizio Centrale di appartenenza.

Le UU.OO.SS. Periferiche (UU.OO.P.C., UU.OO.VV. e UU.OO.LL.) sono dipendenti direttamente dal Dipartimento di Prevenzione, dal punto di vista amministrativo, mentre funzionalmente e tecnicamente fanno capo ai Servizi Centrali.

FUNZIONIGRAMMA DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE



ARTICOLAZIONE CENTRALE



AREA PREVENZIONE E SICUREZZA		AREA SANITA' PUBBLICA			AREA SANITA' VETERINARIA		PUBBLICA		
UOC MEDICINA E IGIENE DEL LAVORO	UOC PREVENZIONE E SICUREZZA	UOC EPIDEMIOLOGIA E PREVENZIONE	UOC IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE	UOC IGIENE E SANITA' PUBBLICA	UOC SANITA' ANIMALE	UOC IGIENE DEGLI ALIMENTI DI O.A.	UOC IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E PROD ZOOTEC.	UOC AMM/V	UOSD REGISTRO TUMORI
			UOS IGIENE DELLA		UOS ASSISTENZA	UOS GESTIONE			
			NUTRIZIONE		SPECIALISTICA PREVENZIONE DEL RADA GISMO	IRASFF AZIENDALE ALIMENTI DI O.A. e G.I.S.A.			
			UOS GESTIONE IRASFF AZIENDALE ALIMENTI VEGETALI e G.I.S.A.						

ARTICOLAZIONE TERRITORIALE, AMBITI E SEDI

UU.OO.LL.		UU.OO.P.C.		UU.OO.VV					
AMBITO		AMBITO		AREA A	AMBITO	AREA B	AMBITO	AREA C	AMBITO
U.O.LL. 1	Ds. 48 - 49 - 50 - 51 - 52 - 54	U.O. P.C. 1	Ds 48 - 49	U.O.V. 1	Ds 34 - 48 - 49 - 50 - 51 - 52 - 54 - 55	U.O. V. 1	Ds 48 - 49 - 52	U.O. V. 1	Ds. 34 - 48 - 49 - 50 - 51 - 52 - 53 - 54 - 55 - 56 - 57 - 59 - 59
U.O. L.L. 2	Ds 34 - 53 - 55 - 56 - 57 - 58 - 59	U.O.P. C. 2	Ds 52	U.O.V. 2	Ds 53 - 56 - 57 - 58 - 59	U.O. V. 2	Ds 34 - 50 - 51 - 54 - 55 - 57		
		U.O.P. C. 3	Ds 50 - 51 - 54			U.O. V. 3	Ds 53 - 56 - 58 - 59		

		U.O.P. C. 4	Ds 34 – 57 – 55						
		U.O.P. C. 5	Ds 56 - 58						
		U.O. P.C. 6	Ds 53 - 59						

Alla luce di quanto sopra, si evince una contrazione delle UU.OO.SS., che a livello territoriale comporta l'accorpamento delle UU.OO. distrettuali, con nuovi ambiti coincidenti con territori di più Distretti. Tale nuova articolazione comporterà la riduzione del numero dei Responsabili, con assegnazione delle nuove UU.OO.SS. territoriali mediante procedure previste dalla legge.

7.6.3. Il Direttore del Dipartimento

Il Direttore del Dipartimento assume funzioni di direzione e coordinamento delle attività.

E' nominato dal Direttore Generale, secondo i criteri dell'art.7.3.1 e rimane titolare della struttura complessa cui è preposto.

La nomina avviene con atto deliberativo motivato, così come previsto dalla normativa vigente.

La durata dell'incarico non è superiore a tre anni e lo stesso può essere rinnovato, di norma, per una sola volta.

Il Direttore del Dipartimento svolge le seguenti funzioni:

- assicura il funzionamento del Dipartimento;
- partecipa alla contrattazione per la definizione degli obiettivi dipartimentali e l'assegnazione del budget;
- esamina periodicamente le risorse attribuite al Dipartimento secondo il criterio di aggiornamento del budget e gestisce le risorse medesime;
- ha la gestione delle risorse strumentali e patrimoniali;
- promuove verifiche periodiche sulla qualità;
- rappresenta il Dipartimento nei rapporti con la Direzione Aziendale;
- rappresenta il Dipartimento con gli Enti esterni, Regione, Prefettura, Arpac, IZS, Comuni, ecc.;
- presiede la Commissione Locale ex DGRC 7301/01 e s.m.i., per il rilascio dei pareri autorizzativi delle Strutture sanitarie e socio-sanitarie;
- coordina il CCAA per l'accreditamento delle Strutture sanitarie e socio-sanitarie.

7.6.4 Ambiti di attività propri del DP

UOC Servizio Igiene e Sanità Pubblica

212/347

In pubblicazione dal

- Valutazione resa in Conferenza di servizi per rilascio di autorizzazione alla realizzazione ed all'esercizio di nuovi impianti di smaltimento e recupero dei rifiuti;
- Valutazione resa in Conferenza di servizi per rilascio di autorizzazione alla realizzazione ed all'esercizio di impianti di ricerca e di sperimentazione;
- Valutazione resa in Conferenza di servizi per rilascio autorizzazione alle emissioni in atmosfera agli impianti che producono emissioni;
- Valutazione resa in Conferenza di servizi per rilascio di autorizzazione alla realizzazione ed all'esercizio di nuovi impianti di smaltimento e recupero dei rifiuti;
- Valutazione resa presso la Commissione Multidisciplinare per le attività autorizzative, di vigilanza e di controllo delle strutture residenziali e semiresidenziali;
- Parere per la redazione del piano comunale di classificazione acustica;
- Parere per approvazione alla costruzione di loculi aerati;
- Pareri su piani urbanistici;
- Parere su progetti (nuove costruzioni, ampliamenti, ristrutturazioni, varianti in corso d'opera) di edilizia residenziale;
- Parere per vigilanza su abitabilità + agibilità;
- Nulla osta igienico-sanitario per apertura stagionale stabilimenti termali;
- Valutazione resa in Comitato Tecnico Provinciale per rilascio di autorizzazione allo scarico di reflui industriali fuori fognatura;
- Giudizio di qualità ed idoneità d'uso sulle acque destinate al consumo umano su nuove captazioni;
- Parere per il rilascio di autorizzazione comunale in deroga ai valori limite di rumorosità per lo svolgimento di attività temporanee e di manifestazioni in luogo pubblico o aperto al pubblico e per spettacoli a carattere temporaneo ovvero mobile;
- Parere preventivo su lavori edilizi di edifici destinati ad attività produttive, commerciali, agricole;
- Parere su progetti di edilizia produttiva per il rilascio da parte del Comune della concessione in deroga e comunque nei casi in cui siano necessarie valutazioni tecnico-discrezionali;
- Parere su richiesta dell'interessato su progetti di interventi edilizi che riguardano immobili con destinazione ricettiva, scolastica, sanitaria, socio assistenziale, commerciale, sportiva, ricreativa, stabilimenti balneari e termali, cimiteri;
- Parere per l'apertura di stabilimenti di produzione, preparazione e confezionamento dei detersivi;
- Riconoscimento idoneità dei carri destinati al trasporto dei cadaveri su strada;
- Attestazione annuale dello stato di manutenzione dei carri destinati al trasporto dei cadaveri su strada;
- Accertamento idoneità dei locali adibiti a rimessa di carri funebri e delle relative attrezzature;
- Intervento di assistenza nelle esumazioni straordinarie disposte dall'autorità giudiziaria o autorizzate dal sindaco;
- Dichiarazione sulla esistenza/inesistenza di condizioni pregiudizievoli alla salute pubblica per la autorizzazione alla esumazione straordinaria di salma di persona morta di malattia infettiva contagiosa;
- Parere sulla immediata raccolta dei resti mortali in cassette ossario, qualora le salme estumulate si trovino in condizione di completa mineralizzazione;
- Parere per approvazione dei progetti di costruzioni di sepolture private nei cimiteri nonché per relativi ampliamenti, ristrutturazioni, varianti in corso d'opera e riduzione vincolo cimiteriale;

- Parere per soppressione dei cimiteri;
- Partecipazione in seno alla Commissione di vigilanza di cui all'art. 23 LRT 16/00 per il rilascio dell'autorizzazione, diniego, revoca e variazioni per la distribuzione all'ingrosso di medicinali per uso umano;
- Valutazione igienico sanitaria resa nell'ambito della Commissione sulle Farmacie per il rilascio dell'autorizzazione all'apertura ed esercizio delle farmacie e dei dispensari farmaceutici, delle farmacie per trasferimento;
- Valutazione resa in Commissione per autorizzazione ambulanze;
- Parere per l'apertura di piscine pubbliche o private ad uso pubblico;
- Parere per autorizzazione ad utilizzare gas tossici;
- Pareri farmacie e attività di autodiagnostica nelle farmacie;
- Nulla osta igienico-sanitario per l'impiego di diserbanti/disseccanti in aree extra agricole;
- Valutazione resa nella Commissione Pubblico Spettacolo per il rilascio dell'autorizzazione all'apertura di strutture ricreative (sala ballo, giochi, etc.);
- Valutazione resa nella Commissione di esperti per il rilascio della autorizzazione al funzionamento di servizi residenziali e semiresidenziali per minori;
- Parere per inabitabilità di alloggio;
- Rilascio pareri congruità uso esplosivo;
- Caratterizzazioni ambientali e piani di bonifica (D.L.vo 152/2006);
- Governo e, coordinamento e valutazione Sistema di controllo tracciabilità dei rifiuti (D.M. dell'ambiente e della tutela del territorio e del Mare 17 dicembre 2009);
- Attestazioni idoneità alloggio per rilascio carta soggiorno;
- Pareri sui regolamenti comunali di rilevanza igienico-sanitaria ed ambientale, del regolamento edilizio e di polizia mortuaria, nonché di quelli previsti dalla normativa in materia ambientale (LRT 16/2000 - art 5);
- Pareri su esercizi di commercio all'ingrosso di farmaci;
- Vigilanza sull'esercizio di attività di strutture ricettive (alberghi, RTA, campeggi, villaggi turistici, aree di sosta, parchi di vacanza);
- Vigilanza sugli istituti scolastici e servizi educativi;
- Vigilanza sulle carceri;
- Vigilanza farmacie e depositi farmaceutici veterinari;
- Vigilanza su altre attività in materia di igiene pubblica;
- Vigilanza sull'esercizio attività tatuaggio e piercing;
- Vigilanza sull'esercizio di attività di parrucchieri e centri estetica;
- Vigilanza su strutture e impianti sportivi;
- Vigilanza in impianti di piscina;
- Dichiarazione sulla esistenza/inesistenza di condizioni pregiudizievoli alla salute pubblica per l'autorizzazione alla estumulazione del feretro destinato ad essere trasportato in altra sede;
- Disposizioni per trasporto di urne contenenti residui della cremazione, nel caso di presenza di nuclidi radioattivi;
- Monitoraggio degli impianti di pubblico acquedotto al fine della verifica dei criteri di potabilità ed eventuali indicazioni al gestore ed all'autorità sanitaria dei provvedimenti necessari, controllo sulle acque destinate al consumo umano;

- Vigilanza sugli ambulatori di medicina dello sport accreditati;
- Interventi per inconvenienti igienico sanitari segnalati che potrebbero determinare rischi per la salute collettiva, comprensivi di eventuali accertamenti tecnici;
- Valutazione di impatto sanitario sulla popolazione circostante impianti civili ed industriali;
- Permessi di trasporto e seppellimento per prodotti abortivi e parti anatomiche riconoscibili;
- Proposta riduzione periodo di osservazione nei casi di morte per malattia infettiva-diffusiva
- Prescrizioni per mantenimento in osservazione di salme di persone cui siano stati somministrati nuclidi radioattivi;
- Vigilanza e controllo sul servizio di trasporto delle salme e proposta provvedimenti necessari ad assicurarne la regolarità;
- Disposizioni in materia di osservanza delle misure protettive per trasporto, trattamento e destinazione dei cadaveri portatori di radioattività;
- Certificazione di osservanza delle prescrizioni di cui all'art. 30, per estradizione dal Paese di salme dirette verso Stati non aderenti alla Convenzione internazionale di Berlino;
- Controllo sui trattamenti per ottenere l'imbalsamazione dei cadaveri;
- Certificazione/attestazione igienico-sanitario per idoneità alloggio;
- Collocamento al lavoro dei disabili Partecipazione a Commissioni Medico Legali;
- Realizzazione di altri corsi di formazione previsti da normative specifiche;
- Valutazione resa in Conferenza dei servizi per rilascio di autorizzazione integrata ambientale detta AIA; □ Controllo delle apparecchiature per trattamento acque potabili.

7.6.5 UOC Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

- Controllo Ufficiale teso a Riconoscimento di cui a Reg. Ce 852/2004 di stabilimenti alimenti destinati ad una alimentazione particolare;
- Accertamento di idoneità dei locali da destinarsi alla vendita di prodotti fitosanitari e loro coadiuvanti per rilascio autorizzazione comunale;
- Vigilanza sull'esercizio di attività di agriturismo;
- Vigilanza su Aziende Agricole per fitosanitari;
- Attività di controllo ufficiale conseguenti ad allerta relativi ad alimenti e MOCA;
- Attività di campionamento ufficiale su alimenti per Piani di controllo comunitari, nazionali regionali ed aziendali;
- Interventi per tossinfezioni alimentari;
- Segnalazione per sospetta adulterazione e/o verifica stato conservazione alimenti;
- Vigilanza sull'impiego di prodotti fitosanitari in agricoltura;
- Controllo Ufficiale Sicurezza Alimentare in imprese registrate e riconosciute;
- Attività di audit interni e supervisione professionale;
- Effettuazione dei controlli a destino disposti da PIF/USMAF su merci provenienti da paesi terzi;
- Effettuazione dei controlli a destino disposti da USMAF su funghi provenienti da paesi terzi;
- Valutazione resa in sede di Commissione esame per rilascio certificazione alla vendita di prodotti fitosanitari e loro coadiuvanti;
- Atti prescrittivi con sanzione amministrativa;
- Emissione giudizio di commestibilità alimenti su richiesta OSA;
- Certificazioni relative agli esami della commestibilità dei funghi al commercio;

- Altre certificazioni nell'interesse del privato di competenza esclusiva ASL;
- Definizione in sede di Commissione provinciale di progetti formativi per corsi di aggiornamento obbligatorio ai fini del rilascio certificato di abilitazione alla vendita e autorizzazione acquisto prodotti fitosanitari;
- Realizzazione dei corsi di preparazione per il conseguimento di abilitazione al riconoscimento specie fungine;
- Realizzazione di altri corsi di formazione previsti da normative specifiche;
- Docenza tecnico-sanitaria in ambito di accordi/convenzioni con finalità di prevenzione ritenute di rilevante interesse per la ASL effettuata in orario di lavoro;
- Interventi di educazione alla salute, di informazione e di promozione della salute; □
Elaborazione materiale informativo/divulgativo.

7.6.6 UOC Servizio Epidemiologia

- Intervento a seguito di notifica di malattia infettiva;
- Interviste telefoniche e report effettuati per lo studio Passi;
- Counseling al viaggiatore internazionale;
- Sorveglianza vaccinale;
- Campagna vaccinale;
- Programmazione dell'immunizzazione della popolazione tramite vaccini e monitoraggio, unitamente ai Servizi Materno – Infantile, delle attività vaccinali;
- Tutte le attività sanitarie conseguenti collegate a segnalazioni di morsicature che vedono coinvolti come morsicato l'uomo o altri animali;
- Indagine di popolazione e sorveglianza epidemiologica;
- Gestione RENCAM;
- Sorveglianza sui fattori di rischio delle malattie croniche-degenerative e degli incidenti;
- Sorveglianza sulla natalità;
- Raccolta ed elaborazione informazioni analitiche sui comportamenti che costituiscono un rischio evitabile di malattia e/o un fattore di protezione della salute della popolazione;
- Supporto tecnico-metodologico all'attuazione dei programmi di screening, secondo i protocolli identificati con atti formali dalla Regione, collaborando all'individuazione delle priorità e garantendo la completezza del percorso diagnostico-terapeutico.

7.6.7 UOC Servizi Igiene e Medicina del Lavoro

- Valutazione di impatto sanitario sulla popolazione lavorativa;
- Sorveglianza su ex esposti a cancerogeni e ricerca attiva malattie professionali;
- Revoca/conferma del giudizio di idoneità rilasciato dal medico competente;
- Certificazione medica per responsabile tecnico preposto all'esercizio dell'attività di revisione;
- Idoneità pre assuntiva alla mansione;
- Accertamenti sanitari di iniziativa;
- Idoneità all'utilizzo dei gas tossici;
- Idoneità volontari antincendio;

- Visita collegiale art. 5 L. 300;
- Visita specialistica di Medicina del Lavoro;
- Idoneità dipendenti pubblica amministrazione;
- Idoneità guida ambientale;
- Idoneità iscrizione corsi professionali;
- Indagini di igiene del lavoro;
- Esami in sede di Commissione Regionale per accertamento della idoneità per abilitazione alle operazioni relative all'impiego di gas tossici ai fini del rilascio da parte del Comune del relativo patentino;
- Certificati per restituibilità di ambienti bonificati per amianto;
- Atti prescrittivi con sanzione amministrativa;
- Idoneità autoriparatori;
- Certificazione medica per responsabile tecnico preposto all'esercizio dell'attività di revisione; □
Visite collegiali per dispensa servizio, cambio mansione Commissioni medico legali.

7.6.8 UOC Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

- Accertamento dei fattori di rischio di tutte le attività lavorative;
- Vigilanza e controllo in tutti i luoghi di lavoro;
- Vigilanza e controllo nei cantieri edili;
- Atti prescrittivi e comunicazioni di reato alla Procura riferiti a tutti gli ambienti lavorativi;
- Inchieste di infortuni sul lavoro;
- Inchiesta sulle modalità di accadimento degli infortuni sul lavoro e individuazione delle responsabilità con relazione conclusiva;
- Verifiche periodiche di impianti in ambienti di vita, in regime di esclusività;
- Verifiche periodiche di impianti in ambienti di vita, in regime di concorrenza;
- Omologazione di impianti elettrici antideflagranti;
- Verifiche della conformità delle macchine ai R.E.S. (Requisiti Essenziali di Sicurezza);
- Raccolta, elaborazione e diffusione di dati statistici relativi alla sicurezza negli ambienti di lavoro;
- Atti prescrittivi con sanzione amministrativa;
- Vigilanza REACH;
- Accertamento di tirocinio per aspiranti conduttori di generatori di vapore;
- Informazione all'utenza sulle normative, procedure e conoscenze tecniche e scientifiche inerenti gli ambienti destinati ad attività lavorative, gli impianti, le macchine, le attrezzature e i dispositivi di protezione individuali;
- Consulenza alle aziende, mediante pareri preventivi su progetti di nuovi insediamenti produttivi (edifici, locali, posti di lavoro, impianti), ampliamenti e adattamenti di insediamenti preesistenti;
- Formazione alla sicurezza delle figure istituzionali previste dal D. Lgs. n° 81/08 e s.m.i. (datori di lavoro, dirigenti, preposti, lavoratori, ASPP, RSPP, RLS);
- Educazione alla sicurezza degli allievi delle scuole di ogni ordine e grado.

7.6.9 Area di Sanità Pubblica Veterinaria

UOC Servizio Veterinario Sanità Animale

- Profilassi delle malattie infettive, infestive e diffuse degli animali, ivi comprese le zoonosi, ed i relativi interventi e provvedimenti di Polizia Veterinaria;
- Piani di bonifica sanitaria, di contenimento e di eradicazione delle malattie di interesse
- Antropozoonosico e zoonosanitario, previsti dalle norme vigenti, con i relativi accertamenti e provvedimenti;
- Vigilanza sulle esecuzioni dei piani di profilassi delle malattie degli animali;
- Vigilanza sui mezzi di trasporto degli animali, sull'importazione, esportazione e trasporto degli animali; □ Vigilanza sugli ambulatori veterinari;
- Informazione ed educazione sanitaria relativa alla Sanità Pubblica Veterinaria e promozione della formazione permanente del personale addetto;
- Rilascio di certificazione di interesse pubblico e privato;
- Raccolta, elaborazione e valutazione epidemiologica dei dati statistici;
- Trasmissioni di informazioni e collegamento con gli organi regionali, con i Servizi Veterinari di altre ASL, con Enti ed organizzazioni pubbliche o private operanti nel settore;
- Funzioni indicate nell'art. 7 comma 1 lettera B della Legge 23/12/78 n 833, nonché ogni altra funzione in materia prevista dalle vigenti norme;
- Gestione Anagrafe del bestiame, implementazione Banca Dati Nazionale;
- Anagrafe bovina - Disposizioni sanzionatorie;
- Anagrafe canina e felina, implementazione Banca dati Regionale;
- Prevenzione del fenomeno del randagismo mediante il controllo della popolazione canina e felina;
- Pronto Soccorso animali vaganti feriti;
- Vigilanza su canili pubblici e privati;
- Educazione, formazione, informazione ed assistenza veterinaria sui temi di competenza;
- Controlli sulla fauna selvatica, sinantropi, sugli animali morti e fauna marina (cetacei, tartarughe, ecc.)

UOC Servizio Veterinario Igiene degli alimenti di origine animale

- Ispezione, vigilanza e controllo sugli alimenti di origine animale (carne, pesce, latte, uova, miele e prodotti derivati) nelle fasi di macellazione, trasformazione, lavorazione, deposito, trasporto e commercializzazione e somministrazione;
- Controllo igienico-sanitario degli alimenti di origine animale nei luoghi di produzione (macelli, laboratori di sezionamento e confezionamento carni, laboratori di produzione di preparazioni e prodotti a base di carne, salumifici, stabilimenti di lavorazione e trasformazione del latte, stabilimenti di lavorazione e trasformazione di prodotti ittici, laboratori di confezionamento del miele);
- Controlli veterinari nei Centri di depurazione molluschi (CDM) e nei Centri di spedizione molluschi (CSM);
- Controlli veterinari nei Centri di imballaggio uova e produzione degli ovo-prodotti;
- Controlli veterinari negli Stabilimenti di lavorazione stomaci, vesciche ed intestini;

- Controllo igienico-sanitario degli alimenti di origine animale negli esercizi di commercializzazione (macellerie, supermercati, pescherie, spacci vendita di alimenti di origine animale, aree mercatali, depositi all'ingrosso di alimenti freschi e congelati di origine animale);
- Controllo igienico-sanitario degli alimenti di origine animale sugli automezzi adibiti al trasporto di alimenti di origine animale e loro derivati;
- Ispezioni e controlli effettuati per il Sistema Rapido di allerta (RASFF);
- Ispezione e certificazione delle carni suine macellate a domicilio per autoconsumo;
- Validazione delle SCIA ai fini della registrazione delle imprese che operano nel settore degli alimenti di origine animale ai sensi del Regolamento CE 852/04;
- Rilascio di parere su progetto e collaudo degli stabilimenti adibiti alla produzione, trasformazione e deposito di alimenti di origine animale ai fini del riconoscimento ai sensi del Regolamento CE 853/04;
- Rilascio di certificazioni per l'esportazione di alimenti di origine animale;
- Controlli veterinari sugli alimenti di origine animale provenienti da Paesi UE;
- Controlli veterinari sugli alimenti di origine animale provenienti da Paesi terzi (extra UE); Audit sulle buone prassi igieniche (GHP) e sulle procedure di autocontrollo (HACCP) nelle imprese del settore;
- Supervisione sulle attività di controllo ufficiale e sul livello di know how del personale;
- Ispezioni per reclami inerenti la macro area igiene degli alimenti di origine animale;
- Ispezioni per attività in favore di imprese o privati;
- Verifica della corretta applicazione delle procedure tese a garantire la sicurezza degli alimenti di origine animale nelle imprese del settore;
- Promozione e partecipazione ad interventi di educazione alla salute rivolti agli operatori del settore alimentare;
- Attività di Polizia Giudiziaria per quanto attiene le specifiche attività o su delega dell'Autorità Giudiziaria;
- Vigilanza sull'esercizio di attività di agriturismo;
- Effettuazione dei controlli sui punti sbarco;
- Verifica del 5% delle pratiche SCIA presentate dagli OSA; □ Raccolta ed elaborazione di dati statistici;

UOC Servizio Veterinario Igiene degli Allevamenti e Produzioni zootecniche

- Controllo e vigilanza sulla distribuzione ed impiego del farmaco veterinario e programmi per la ricerca dei residui di trattamenti illeciti o impropri;
- Studio degli eventi avversi potenzialmente associati al trattamento farmacologico, al fine di valutarne l'incidenza e identificarne il relativo rapporto di causalità;
- Vigilanza e controllo sulla produzione, trasporto, commercializzazione e somministrazione alimenti compresi quelli medicati, destinati agli animali da reddito e da affezione;
- Controllo e vigilanza sulla riproduzione animale;
- Controllo sulla produzione del latte;
- Sorveglianza sul benessere degli animali da reddito, da affezione e di quelli destinati alla sperimentazione animale, anche durante il trasporto;

- Vigilanza sui presidi e istituzioni veterinarie pubbliche e private, sulla professione e sulle attività paraveterinarie (tolettature, vendita di animali da affezione);
- Controllo sull'igiene delle strutture, delle tecniche di allevamento e delle produzioni, anche ai fini della promozione della qualità dei prodotti di origine animale;
- Vigilanza e controllo degli animali e delle strutture utilizzati a fini sperimentali o scientifici;
- Controllo e vigilanza sulla raccolta, il trasporto, il magazzinaggio, la manipolazione, la trasformazione, l'uso o l'eliminazione dei sottoprodotti di origine animale (SOA); Monitoraggio ai fini della classificazione delle acque e delle produzioni negli impianti di molluschicoltura;
- Educazione, formazione, informazione ed assistenza veterinaria sui temi di competenza del Servizio;
- Vigilanza e controllo dell'igiene nella filiera zootecnica, vigilanza e controllo dei rischi derivanti dalla presenza di contaminanti ambientali, residui di farmaci e sostanze illecite nelle produzioni primarie;
- Rilascio dei nulla osta per l'autorizzazione al commercio all'ingrosso di farmaci veterinari;
- Rilascio autorizzazione alla detenzione di scorte di farmaci per uso veterinario;
- Vidimazione e controllo dei registri degli interventi terapeutici;
- Vigilanza e controllo sul corretto impiego dei farmaci e sul rispetto dei tempi di sospensione;
- Ricerca dei residui di farmaci e di contaminanti ambientali;
- Repressione dei trattamenti illeciti o comunque non consentiti;
- Rilascio parere finalizzato all'autorizzazione per la produzione di mangimi in aziende articolo 10 Reg. CE 183/2005;
- Rilascio parere finalizzato alla produzione di mangimi medicati;
- Registrazione aziende produzione, trasporto, stoccaggio, commercializzazione mangimi destinati ad animali produttori di alimenti;
- Vigilanza e controllo sulle attività di riproduzione animale;
- Vigilanza e controllo sulla produzione latte;
- Vigilanza sul Benessere animale in allevamento, nei ricoveri animali, sui mezzi di trasporto, durante il trasporto e la macellazione degli animali.

Unità Operativa Semplice Centrale - Igiene della Nutrizione (SIAN)

La legge Regionale Campania n°10 del 2002 prevede che, per ciò che attiene l'organizzazione dell'Area alimenti e nutrizione, le AA.SS.LL. facciano riferimento alle linee guida approvate con Decreto del Ministero della Sanità

16 ottobre 1998. "Linee guida concernenti l'organizzazione del Servizio di igiene degli alimenti e della nutrizione (SIAN) nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione delle AA.SS.LL."

Nelle dette linee guida sono previste due Aree Funzionali (A.F.): l'Area Funzionale Igiene degli Alimenti e delle Bevande (I.A.B.) e l'Area Funzionale Igiene della Nutrizione (I.N.) che corrispondano, sotto il profilo organizzativo ad almeno due Unità Operative.

Competono all'Area Funzionale Igiene della Nutrizione le seguenti funzioni:

- Sorveglianza nutrizionale: raccolta mirata di dati epidemiologici consumi ed abitudini alimentari, rilievi dello stato nutrizionale per gruppi di popolazione;

- Interventi di prevenzione nutrizionale per la diffusione delle conoscenze di stili alimentari corretti e protettivi alla popolazione generale e per gruppi di popolazione (genitori, insegnanti, alimentaristi, infanzia ed età evolutiva, anziani, e altre specificità) con l'utilizzo di tecniche e strumenti propri dell'informazione e dell'educazione sanitaria;
- Attività informative, "Numeri verdi" per la diffusione delle linee guida per la prevenzione nutrizionale;
- Interventi Nutrizionali per la ristorazione collettiva: predisposizione, verifica e controllo sulle tabelle dietetiche, indagini sulla qualità nutrizionale dei pasti forniti e consulenza sui capitolati per i servizi di ristorazione con l'apporto tecnico degli altri Servizi ed Unità Operative di competenza (Servizi Veterinari, U.O. Igiene Alimenti e Bevande);
- Consulenza per l'aggiornamento in tema nutrizionale per il personale delle strutture di ristorazione pubbliche e private (scuola, attività socio-assistenziali, assistenza domiciliare, mense aziendali, ecc.);
- Interventi nei settori produttivi e commerciali di competenza, in collaborazione con il Servizio Veterinario, per la promozione della qualità nutrizionale (etichettatura nutrizionale, dieta equilibrata, prodotti dietetici e per l'infanzia, rapporti favorevoli qualità nutrizionale/trattamenti di conservazione e produzione, ecc.);
- Consulenza dietetico-nutrizionale (prevenzione, trattamento ambulatoriale, terapia di gruppo per fasce di popolazione a rischio);
- Rapporti di collaborazione e consulenza con strutture specialistiche e medici di medicina generale;
- Elaborazione di proposte per la formazione e l'aggiornamento del personale sanitario, tecnico e amministrativo afferente all'Area Funzionale.

Le competenze dell'Area Funzionale Igiene della Nutrizione possono essere riconducibili alle seguenti articolazioni funzionali: sorveglianza nutrizionale; educazione alimentare; nutrizione collettiva; dietetica preventiva.

7.6.10 Unità Operativa Complessa Amministrativa – Dipartimento di Prevenzione

Le linee di attività di questa Unità Operativa Complessa sono:

- Supportare la direzione amministrativa aziendale per tutte le attività inerenti il governo tecnico amministrativo relativamente alle attività del Dipartimento di Prevenzione;
- Supportare il Direttore del Dipartimento di Prevenzione e gli altri responsabili di struttura complessa che ne fanno parte, nella gestione dei processi di programmazione e controllo dei macro processi organizzativi di natura tecnico- amministrativa;
- Espletare attività di indirizzo giuridico e di consulenza, nell'ambito di competenza, per il personale tecnico –amministrativo – professionale in dotazione al D.P.;
- Garantisce consulenza giuridico amministrativa con studio, ricerca, analisi sulle problematiche proposte dalle strutture del D.P., relaziona circa i ricorsi promossi da stakeholder esterni ed interni al D.P.;
- Coordina tutte le attività amministrative relative al Piano della Prevenzione dell'ASL Napoli 3 Sud.
- Monitoraggio e controllo del sistema informatico rilevamento presenze delle risorse umane assegnate al D.P.;

- Monitoraggio e controllo di primo livello delle variabili stipendiali del personale dipendente e convenzionato;
- Monitoraggio periodico delle spese sostenute per la gestione del D.P.;
- Supporto tecnico-amministrativo al Direttore DP nel processo di contrattazione ai fini dell'assegnazione del Budget da assegnare al D.P.;
- Assicura il supporto organizzativo e le attività di segreteria al Comitato di Coordinamento Aziendale per l'Accreditamento e al Comitato di Dipartimento ed ad eventuali Conferenze di Servizio organizzate dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione.
- Disciplina ed assicura tutte le attività di comunicazione interna al D.P.;
- Supporta il Direttore del Dipartimento nelle attività inerenti Procedimenti Disciplinari inerenti il personale del D.P.;
- Supporto Amministrativo per tutte le attività Intramoenia del Personale dipendente del D.P.;
 - Supporta il Direttore del Dipartimento nella gestione dell'Ufficio di Fatturazione del D.P. (Fattura PA);
- Gestione flusso documentale della direzione del dipartimento di Prevenzione (registrazione, classificazione, archiviazione, invio, ritiro e recapito della corrispondenza, analisi e distribuzione della corrispondenza in entrata, tenuta, cura ed archiviazione dei provvedimenti e di ogni altra documentazione di interesse della direzione dipartimentale;
- Supporta la direzione del dipartimento per tutte le procedure inerenti la predisposizione di determinazioni e proposte di deliberazione alla direzione generale;
- Gestione sanzioni amministrative (attività di registrazioni verbali di contestazioni di violazioni amministrative, valutazioni tesi difensive proposte, audizioni, emissioni ordinanze-ingiunzioni di pagamento, di archiviazione/annullamento/revoca, costituzione in giudizio a seguito di ricorsi in opposizione presso la competente A.G. interventi udienze, proposte recupero crediti, statistiche;
- Applicazione D.lgs. 194/08 "Disciplina delle modalità di rifinanziamento dei controlli sanitari ufficiali in attuazione del regolamento CE n°882/04" con il quale vengono stabilite le tariffe a carico degli operatori dei settori sottoposti alla verifica di conformità alla normativa da parte delle autorità competenti, in materia di mangimi e di alimenti ed alle norme sulla salute e sul benessere animale e le modalità di riscossione di tali tariffe. Gestione contabilità, flussi informativi tra servizi e gli operatori del settore alimentari sottoposti a tale normativa, la UOC Gestione Economica Finanziaria aziendale e la Regione Campania;
- Supporta il Direttore del Dipartimento di Prevenzione per tutte le attività inerenti il Programma Triennale della Trasparenza, partecipando alla redazione del link Dipartimento di Prevenzione del sito istituzionale;
- Partecipa alla elaborazione del Piano dei Controlli esterni previsto dall'art.25 del D.L.gs 33/2013 e s.m.i.

7.6.11 Struttura Semplice Gestione sistema rapido di allerta e sicurezza degli alimenti non di origine animale. Centrale – Gestione imprese settore alimentare (SIAN)

7.6.12 Struttura Semplice Gestione sistema rapido di allerta e sicurezza degli alimenti di origine animale e mangimi. Centrale – Gestione imprese settore alimentari (VET B)

Il livello della “Prevenzione collettiva e sanità pubblica” include le attività e le prestazioni volte a tutelare la salute e la sicurezza della comunità.

Il livello si articola in aree di intervento che includono programmi/attività volti a perseguire specifici obiettivi di salute.

La Sicurezza alimentare con il Sistema di Allerta rapido rappresenta una delle Aree più importanti dei LEA. Gli enormi cambiamenti che hanno interessato il sistema alimentare, caratterizzato non più da uno stretto rapporto tra produzione e consumo ma nel quale gioca un ruolo fondamentale la conservazione degli alimenti, pongono oggi nuovi problemi e punti critici da risolvere per garantire la sicurezza alimentare. E l'Europa si sta attrezzando per rispondere alle paure dei consumatori, mettendo in campo una serie di strutture e di metodologie che garantiscano la sicurezza degli alimenti ‘dalla fattoria alla tavola’. La sicurezza alimentare può essere garantita solo da pratiche adeguate di produzione e manipolazione degli alimenti, che nel loro insieme costituiscono una serie di misure di prevenzione e di controllo dei rischi. Se queste misure non sono applicate correttamente, gli alimenti contaminati da diversi agenti, di natura fisica, chimica e microbiologica, possano causare una serie di patologie, che in qualche caso si rivelano anche letali. Per garantire la sicurezza degli alimenti, a partire dal prodotto grezzo fino a quello confezionato che giunge sulla tavola dei consumatori, sono state messe a punto nel tempo diverse strategie e metodi di prevenzione delle contaminazioni e di controllo della correttezza delle operazioni svolte dagli operatori del settore.

Il RASFF, Rapid Alert System for Food and Feed (Sistema di allerta rapido per alimenti e mangimi) è stato istituito per fornire un efficace strumento di scambio delle informazioni circa le misure adottate in risposta all'individuazione di un rischio connesso con alimenti o mangimi a tutte le autorità preposte al controllo degli stessi nei diversi Paesi.

Questo scambio di informazioni aiuta gli Stati membri ad agire più rapidamente e in maniera coordinata in caso di minacce per la salute causate da questo genere di prodotti.

Giuridicamente il sistema si fonda sul regolamento CE/178/2002, il quale stabilisce i principi e i requisiti generali della legislazione alimentare, istituisce l'Autorità europea per la sicurezza alimentare (EFSA) e fissa procedure nel campo della sicurezza dei prodotti alimentari.

Agli artt. 50, 51 e 52, in particolare, sono definiti campo d'applicazione, finalità e procedure del RASFF.

Recentemente la normativa in materia è stata aggiornata dal regolamento (Ue) n. 16/2011 della Commissione del 10 gennaio 2011, recante disposizioni di applicazione relative al sistema di allarme rapido per gli alimenti ed i mangimi, entrato in vigore il 31 gennaio 2011.

Come funziona

L'efficacia del RASFF è garantita dalla semplicità della sua struttura: esso consiste essenzialmente in “punti di contatto” chiaramente identificati nella Commissione europea, nell'EFSA (l'Autorità europea per la sicurezza alimentare), nell'ESA (Autorità di vigilanza dell'European Free Trade Association) e, a livello nazionale, nelle autorità individuate dai singoli Paesi membri (i 27 Stati membri dell'UE ed i 4 dell'EFTA).

Tutti i soggetti coinvolti si scambiano informazioni in modo chiaro e strutturato attraverso la compilazione di modelli che assicurano l'omogeneità delle segnalazioni.

Il Ministero della Salute, e per la precisione la sua Direzione Generale degli Organi Collegiali per la Tutela della Salute, è il punto di contatto italiano per il sistema di allerta comunitario.

Con propria Circolare prot. n. 606/20.1/3/1110 del 15 maggio 2003, il Ministero ha fornito indicazioni ai propri uffici periferici – Uffici Veterinari per gli Adempimenti Comunitari (UVAC), Posti di Ispezione Frontalieri (PIF), Uffici periferici di Sanità (USMAF) e alle Regioni e Province Autonome, in ordine alle competenze e alle modalità operative in caso di riscontro di “frode tossica o di prodotti nocivi o pericolosi per la salute pubblica”, e ha invitato le Regioni e Province autonome a predisporre un proprio sistema di allerta, per assicurare il flusso delle comunicazioni tra centro e periferia, nonché per fornire gli opportuni indirizzi alle Aziende Sanitarie Locali.

La completezza e la tempestività delle comunicazioni, anche a livello nazionale, sono garantite dall'uso di schede di notifica standard e dal loro invio a mezzo posta elettronica.

Il campo di applicazione del RASFF.

Lo scopo del RASFF, come si è detto, è quello di fornire alle autorità di controllo un efficace strumento di scambio delle informazioni circa le misure adottate per garantire la sicurezza degli alimenti.

In ottemperanza alla disposizioni ministeriali, la Regione Campania ha disciplinato il Sistema di Allerta Rapido, prevedendo nodi di Allerta regionale e nelle AA.SS.LL.

Per ogni ASL la Regione ha istituito due nodi di Allerta:

- Per il SIAN, con un Responsabile Medico per la gestione delle allerta e sicurezza degli alimenti non di origine animale, fornendo una propria PEC;
- Per i Servizi Veterinari, con un Responsabile Veterinario per la gestione delle allerta e sicurezza degli alimenti di origine animale e mangimi, con un altrettante specifica PEC.

7.6.13 Struttura Semplice Assistenza Specialistica e prevenzione del randagismo – centrale (Vet A).

L'Asl Napoli 3 Sud con 57 comuni con 1.077.000 abitanti ha 80.000 cani iscritti all'anagrafe canina Regionale con un devastante fenomeno di randagismo che comporta notevoli spese per il mantenimento dei cani nei canili, per l'accalappiamento degli stessi e per richieste di risarcimento danni determinati da animali vaganti; a questo si aggiunge il degrado ambientale per l'alterato rapporto uomo – animale – ambiente, e le continue richieste di intervento per l'aumentato senso etico della popolazione.

L'unica strategia per contrastare il fenomeno prevede: l'anagrafe canina, la sterilizzazione dei randagi ed interventi di pronto soccorso per gli animali senza padrone.

La Clinica Veterinaria di Torre del Greco con le articolazioni territoriali di Piano di Sorrento e Portici rappresenta la struttura sanitaria veterinaria di riferimento per la prevenzione ed il contrasto del randagismo con gli oltre duemila interventi annui.

Le prestazioni, di natura specialistica, anche di secondo livello (diagnostica per immagine, diagnostica di laboratorio, traumatologia ed ortopedia), vengono erogate tramite servizio attivo diurno e turnazione di 224/347

In pubblicazione dal

pronta disponibilità notturna e festiva con particolare attenzione all'appropriatezza dei costi e delle prestazioni.

I Medici Veterinari che ivi operano sono formati con specifici percorsi specialistici.

7.6.14 Struttura Semplice Dipartimentale Registro Tumori di popolazione Asl Napoli 3 Sud

E' prevista l'istituzione di una struttura semplice dipartimentale al fine di sostenere e sviluppare nell'ASL Napoli 3 sud le attività del Registro Tumori di popolazione su tutto il territorio aziendale.

La U.O.S.D. svolge :

- Studi di epidemiologia descrittiva (incidenza, mortalità, prevalenza, sopravvivenza in campo oncologico);
- Studi di epidemiologia valutativa (percorsi sanitari in oncologia- valutazione impatto di interventi sanitari di prevenzione screening organizzati di popolazione);
- Valutazione di indicatori di processo e di esito di interventi di sanità pubblica in campo oncologico;
- Studi di epidemiologia ambientale (possibili nessi e/o correlazioni tra cancro e criticità ambientali, governo sistema di geo localizzazione, con dettaglio di particella censuale, non solo dei casi di incidenza e mortalità oncologica, ma dell'intera popolazione residente nell'area di riferimento al fine di permettere di individuare possibili effetti sanitari localizzati);
- Studi di epidemiologia occupazionale (Studi di possibili rapporti o correlazioni tra esposizioni professionali e cancro);
- Studio e valutazione dell'impatto determinanti sociali sulla salute della popolazione interessata, in collaborazione con tutti gli Enti Locali coinvolti;
- Coordinamento studi e sviluppo metodologie al fine di monitorare gli indicatori di deprivazione sia a livello comunale sia a livello individuale;
- Responsabilità dei rapporti inter istituzionali su tutto quello che riguarda la gestione del Registro Tumori;
- Partecipazione agli studi di monitoraggio sullo stato della salute residente in aree definite a rischio ambientale;
- Collaborazione al sistema di sorveglianza degli stili di vita della popolazione residente, con tutte le strutture deputate del Dipartimento di Prevenzione e di altre strutture coinvolte a livello aziendale (PASSI-OKKIO, PASSI D'ARGENTO, HBSC), al fine di monitorare con maggiore dettaglio territoriale i fattori di rischio delle patologie cronico degenerative ed il loro effetto confondente rispetto alle patologie ambiente correlate;
- Coordinamento, con il supporto della U.O.C. Formazione e Sviluppo aziendale, progetti di formazione, con l'obiettivo di implementare le competenze sul campo;
- Coordinamento le attività di Trasparenza dell'azione e di pubblicità in coordinamento con l'U.O.C. Relazioni con il Pubblico.

Sono previsti nella U.O.S.D. Registro Tumori del Dipartimento di Prevenzione due I.P.A.S.

7.7 Dipartimento Assistenziale per la Salute Mentale (DSM)

Il Dipartimento assistenziale per la Salute Mentale (DSM) è un dipartimento strutturale a direzione unica. È una macrostruttura complessa con autonomia gestionale e tecnico-organizzativa ed ha valenza di soggetto negoziale con la Direzione Aziendale.

Esso costituisce il sistema integrato di relazioni interdisciplinari, di strutture, di presidi, di operatori e di referenti territoriali e sociali che, nell'ambito della ASL, programma, promuove, attua, coordina e verifica le attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei fruitori dei servizi, al fine di assicurare la tutela della salute mentale della popolazione.

La mission del Dipartimento assistenziale per la Salute Mentale (DSM) è garantire:

- Continuità delle cure, personalizzazione del progetto terapeutico per tutti i pazienti ed in particolare per quelli con elevati bisogni clinici e riabilitativi, percorsi di cura a differente intensità assistenziale;
- Servizi flessibili, orientati sui bisogni e sulle persone, “recovery-oriented” e organizzati in équipe multidisciplinari.

Il Dipartimento assistenziale per la Salute Mentale mette in campo politiche ed azioni che mirano a:

- Promuovere la salute mentale come aspetto della salute generale;
- Garantire la produzione di prestazioni e servizi centrati sui bisogni delle persone;
- Tutelare i diritti di effettiva cittadinanza delle persone sofferenti per un disturbo psichico attraverso la promozione di un pieno inserimento sociale e lavorativo;
- Promuovere percorsi omogenei di cura per la presa in carico precoce delle persone sofferenti per un disturbo psicopatologico;
- Garantire il libero accesso ai servizi offerti favorendo il superamento di ogni forma di pregiudizio, di discriminazione e la crescita di una cultura che elimini lo stigma nei confronti dei portatori di disturbi psicopatologici;
- Produrre servizi essenziali e prestazioni appropriate, assicurando l'unitarietà e la continuità degli interventi con un uso razionale delle risorse;
- Implementare l'approccio multidisciplinare e interdisciplinare ad ogni livello della rete dei servizi dipartimentali, realizzando un'effettiva integrazione con gli altri servizi sanitari e sociali aziendali ed extra-aziendali, per favorire una risposta tempestiva, globale e definita nel tempo;
- Valorizzare come risorsa dei servizi la partecipazione delle associazioni dei familiari e degli utenti, del volontariato, del privato sociale ed imprenditoriale;
- Partecipare alla vita sociale e culturale della collettività, impegnandosi a promuovere una cultura della eguaglianza, della solidarietà e della non discriminazione.

7.7.1 Funzioni del Dipartimento assistenziale per la Salute Mentale

Al fine di garantire la prevenzione, cura e riabilitazione del disagio psichico, nell'ambito territoriale della ASL, il Dipartimento Assistenziale per la Salute Mentale assicura:

- 1) L'accoglimento e la valutazione della domanda dell'utente e/o della famiglia;
- 2) La presa in carico degli utenti, definendone i relativi criteri per la gestione;
- 3) La continuità dell'assistenza mediante il coordinamento tra S.P.D.C. (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) e territorio;
- 4) L'espletamento dei Trattamenti Sanitari Obbligatori (T.S.O.) e degli Accertamenti Sanitari Obbligatori (A.S.O.), definendone i criteri e le modalità per la realizzazione;
- 5) Gli interventi domiciliari e negli ambienti di vita e di lavoro dei pazienti;
- 6) Gli interventi per il coinvolgimento e sostegno alle famiglie;
- 7) L'elaborazione di specifici progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati (PTRP) per i pazienti in carico al DSM;
- 8) La gestione multidisciplinare degli utenti con problemi di salute mentale di qualsiasi età;
- 9) Promozione di azioni di coordinamento/integrazione per gli utenti anziani con problemi di salute mentale;
- 10) Il rapporto con i medici di base ed i Servizi del Distretto Socio Sanitario;
- 11) La collaborazione con le associazioni di volontariato e di familiari ed utenti;
- 12) Il coordinamento con i servizi sociali delle altre Istituzioni ed utilizzo delle risorse non sanitarie del territorio da parte degli utenti;
- 13) Le iniziative a favore dell'inserimento riabilitativo degli utenti e rapporti con il privato sociale ed imprenditoriale, mediante l'integrazione con i Piani Sociali di Zona, contrastando l'emarginazione e lo stigma;
- 14) Promozione di programmi di sostegno abitativo per garantire il passaggio da strutture ad elevata intensità assistenziale verso quelle a bassa intensità, fino ad esperienze il più possibile autonome;
- 15) Formazione professionale permanente per tutti gli operatori;
- 16) Attività di didattica e tirocinio rivolte a tutte le figure professionali in percorsi di formazione;
- 17) Ricerca e sperimentazione di nuovi modelli gestionali ed operativi;
- 18) Sviluppo di aree di intervento specialistico per le nuove forme di disagio;
- 19) Attività di prevenzione e di educazione alla salute rivolte alla popolazione a rischio;
- 20) Il rapporto con le strutture accreditate e/o provvisoriamente accreditate con i SS.SS.RR.;
- 21) Attivazione di un sistema di documentazione dei casi gravi presi in carico (ammessi e dimessi) e attenzione volta a rilevare eventuali drop out (i cosiddetti "persi di vista")
- 22) Raccolta, elaborazione e valutazione dei flussi informativi;
- 23) Partecipazione alla elaborazione del Piano di Attività Territoriale Socio Sanitario per la parte di competenza.
- 24) Elaborazione della Carta dei servizi del Dipartimento di Salute Mentale.

7.7.2 Linee di attività

Utenti ad alta intensità assistenziale

In salute mentale lo sviluppo di percorsi di cura è ancora più necessario che in altre aree della medicina in quanto la variabilità dei trattamenti, fermo restando la personalizzazione degli stessi, risulta molto pronunciata. A maggior ragione ciò vale per il trattamento degli utenti ad alta intensità assistenziale, per la presenza di consistenti problemi clinici e psicosociali che necessitano di interventi complessi da declinare in specifici percorsi di cura, dove indicare i professionisti responsabili del caso, i vari setting in cui viene erogato l'intervento, le tempistiche cliniche e organizzative, la descrizione delle procedure.

L'intensità assistenziale non è determinata meramente dalla diagnosi ma dal grado di gravità manifestato e dalle risorse necessarie per raggiungere la migliore prognosi possibile ed il più alto grado di recovery dell'utente

Altri benefici, connessi all'adozione dei percorsi di cura, includono una maggiore soddisfazione ed una migliore comunicazione tra i membri dell'equipe curante e la possibilità di cambiamenti nella cultura organizzativa del servizio, attraverso la promozione della collaborazione e dell'intervento multidisciplinare.

Il DSM propone e realizza le azioni, riportate di seguito, per la gestione degli utenti ad alta intensità assistenziale:

1. Facilita l'accessibilità alle strutture del DSM dei cittadini, in particolare dei giovani, con disturbi psichici e stati mentali a rischio, promuovendo progetti/protocolli specifici di collaborazione tra DSM, UOC Neuropsichiatria infantile, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e altri soggetti della rete sanitaria e socio-sanitaria, al fine di favorire una valutazione ed un trattamento precoci;
2. La presa in carico dell'utente con disturbo mentale grave all'esordio e dei suoi familiari avviene attraverso una serie continuativa ed intensiva di contatti a livello territoriale con l'elaborazione del Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP) individuando il case manager e le figure professionali che comporranno l'equipe multidisciplinare che gestirà il percorso di cura dell'utente;
3. Flessibilità, attraverso una costante verifica delle potenzialità evolutive del paziente e il conseguente adattamento delle linee di intervento;
4. Coerenza, mediante l'impegno congiunto di tutta l'Unità Operativa e del DSM, a realizzare il principio della continuità terapeutica;
5. Il lavoro di rete costituisce un metodo di essenziale importanza, anche utilizzando strumenti di esplorazione delle reti sociali informali (naturali) e formali (servizi), nell'ambito della presa in carico del paziente complesso e dell'integrazione dei trattamenti;
6. L'equipe multidisciplinare effettua una completa valutazione multi professionale dei problemi clinici e psicosociali; valuta anche la famiglia sotto il profilo dei bisogni e del carico familiare;
7. La realizzazione del PTRP non è confinata agli spazi del DSM, ma si predilige massimamente la possibilità di offrire percorsi di cura nei luoghi di vita, di formazione, di lavoro e in ogni altro laboratorio o contesto sociale che permetta l'inserimento degli utenti;
8. A tutti gli utenti inseriti in PTRP sono erogati normalmente interventi terapeutici e riabilitativi di supporto al lavoro e allo studio, basati sulle evidenze;
9. A tutti gli utenti è assicurato il monitoraggio e la sicurezza dei trattamenti psicofarmacologici in ogni fase del trattamento, per la gestione degli eventi avversi e per custodire la salute fisica e stili di vita corretti, nel migliore dei modi possibili, attraverso un regolare monitoraggio, anche in collaborazione col medico di medicina generale

10. Nella fase di mantenimento e promozione del recupero psicosociale i pazienti con disturbo mentale ricevono all'interno del DSM un trattamento continuativo, di natura multi professionale, con il coinvolgimento di più figure professionali, specie se, accanto ai problemi clinici, sono presenti compromissioni di funzioni e abilità, problemi relazionali, carenza di supporto e di attività strutturate nella vita quotidiana
11. Sono offerti gruppi di self-help e di sostegno tra pari, che mirino all'inclusione sociale e alla recovery
12. Agli utenti in età lavorativa, che siano disoccupati o presentino problemi lavorativi, sono offerti interventi di inserimento e sostegno al lavoro; la realizzazione dei PTRP, si avvarrà della collaborazione delle agenzie del terzo settore e degli enti locali

➤ **Disturbi del Comportamento Alimentare**

Il DSM si occupa della prevenzione, cura e riabilitazione degli utenti affetti da disturbi del comportamento alimentare. Il DSM promuove attività di informazione e prevenzione primaria nella comunità. Presso gli "Sportelli DCA", strutture a bassa soglia d'accesso, i cittadini possono rivolgersi liberamente per ricevere informazioni sui DCA e/o una preliminare valutazione della loro condizione ed essere avviati a valutazioni e percorsi successivi specifici nel caso della sussistenza di una condizione clinica significativa. La presa in carico e la gestione di utenti con DCA prevede l'elaborazione del PTRP multidisciplinare in cui si effettua la valutazione globale dei bisogni di cura e gli interventi per affrontarli. Il modello di assistenza con attività di tipo ambulatoriale e/o semi-residenziale territoriale, prossime ai luoghi di vita degli utenti, è quello adottato da questo DSM, in conformità a quanto definito dal Ministero della Salute in merito all'appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi del comportamento alimentare (Quaderni del Ministero della Salute, Luglio-Agosto 2013). La gestione dei PTRP avviene attraverso due "ambulatori dedicati" sovra-distrettuali e un servizio sperimentale denominato Continuum, in partnership con il terzo settore, che eroga attività riabilitative di tipo semiresidenziale. In particolari situazioni, connesse a crisi di contesto (familiare, sociale, ecc.), è possibile ricorrere ad interventi di tipo residenziale per periodi di tempo estremamente brevi. Il modello assistenziale adottato è pienamente conforme a quanto atteso a livello regionale come descritto nel DCA 19/2016.

➤ **Emergenza Psichiatrica**

Il DPR 7 aprile 1994 "Progetto Obiettivo Salute Mentale 1994-1996" affida al DSM l'unitarietà della programmazione e della gestione delle attività in Psichiatria. All'interno di questo perimetro stabilisce che il DSM fornisce attività di consulenza ai reparti ospedalieri attraverso il Servizio Psichiatrico per la Diagnosi e Cura (SPDC) o, in caso di mancanza dello stesso nel PO, attraverso le articolazioni territoriali del DSM medesimo durante i loro orari di apertura.

Il DPR 1 novembre 1999 "Progetto Obiettivo Salute Mentale 1998-2000" ribadisce quanto sopra e prescrive che entro 24 mesi dalla sua applicazione si definiscano "... protocolli, linee-guida..." per la gestione dell'emergenza psichiatrica.

Il PSR 2011-2013 declina il problema dell'emergenza psichiatrica come segue: "...omissis... si evidenzia, infatti, la necessità di rivedere il disegno organizzativo del funzionamento della emergenza sulle 24 ore superando le diseconomie derivanti soprattutto dall'eccesso di personale utilizzato nelle sedi territoriali per garantire gli interventi nelle ore notturne e festive diurne ...omissis... anche perché sono già attivi i servizi di emergenza territoriale (deputati al primo livello della emergenza). La situazione genera addirittura un paradosso quando

229/347

In pubblicazione dal

si considera che negli stessi servizi si registra invece una cronica carenza di personale nelle ore diurne in cui è più alta e pressante la richiesta prestazionale...” “Collegare l'emergenza notturna e festiva al servizio di emergenza territoriale consentirebbe, inoltre, al servizio di psichiatria territoriale di riassumere la propria funzione istituzionale di servizio specializzato di secondo livello e di garantire la continuità terapeutica anche in acuzie, grazie alla vicinanza della équipe curante competente territorialmente. Omissis ... Tale modello operativo consente una maggiore e più appropriata attivazione dei LEA sia in una ottica prestazionale che in termini di monitoraggio e controllo dei progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati (PTRI)...”

Lo stesso Piano prescrive una serie di azioni: “...In questo scenario assume rilievo il nuovo Piano di Riassetto delle reti ospedaliere (DCA n. 33/2016) sia nella parte che definisce la collocazione dei presidi ospedalieri di ricovero (SPDC) e la quantizzazione dei posti letto, sia nella parte dei Dipartimenti strutturali Integrati delle Emergenze (DIE) riferita alla individuazione della rete dei SPDC... omissis ... la definizione degli accorpamenti territoriali per l'emergenza notturna e festiva; la regolamentazione del lavoro notturno e festivo con la riorganizzazione delle modalità dell'intervento e l'ottimizzazione nell'uso delle risorse professionali (mediche e di comparto) disponibili...”

Fissa obiettivi da raggiungere: “...omissis... Obiettivi aziendali a breve termine (entro il 1°anno):

- Regolamenti Aziendali tra DSM e Servizio di Emergenza Territoriale 118

Il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n 70 (G.U. N°127 del 4/6/2015) sulla definizione degli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera stabilisce che il SPDC è collocato nei DEA 1° livello. Afferma che la titolarità dei trasporti medici protetti non solo primari ma anche secondari urgenti è del servizio 118. Nella stesso D.M. si sottolinea che “...*la sede dei P.S. è la struttura organizzativa deputata ad effettuare in urgenze ed emergenza la stabilizzazione clinica del paziente con il ricovero eventuale oppure il trasferimento urgente al DEA di livello superiore di cura, in continuità di assistenza, secondo protocolli concordati per patologia...*”.

Infine, sempre secondo il D.M., il P.S. è l'unico luogo adatto alla stabilizzazione in sicurezza di tutti i pazienti con patologia acuta, pertanto la UOSM o il domicilio del paziente, devono essere considerati alla stregua di un qualsiasi altro luogo del territorio dove avviene una emergenza ed il trasporto dai suddetti luoghi sono trasporti primari urgenti.

Attualmente il DSM garantisce consulenze per tutti i cittadini al di sopra dei 18 anni con problemi di emergenza psichiatrica attraverso il SPDC, nell'arco delle 24h ed ha stipulato idoneo protocollo, come previsto dalle normative, con le articolazioni aziendali coinvolte nella gestione dell'emergenza in vigore dal 1 gennaio 2015. La rete ospedaliera come previsto dal DCA 33/2016 prevede la realizzazione di 3 SPDC uno presso il P.O. di Nola, uno presso quello di Boscotrecase ed uno presso il P.O. di Castellammare di Stabia, per un totale di 48 posti letto ordinari più 6 posti letto di DH.

In ottemperanza al DCA 105/2014 (linea progettuale 19.1), che prevede di rendere disponibili “...risorse e interventi organizzati, dedicati alla gestione dell'emergenza psichiatrica in adolescenza (12-18 anni) e disponendo, per tale eventi critici, di un punto di riferimento aziendale di pronta accoglienza residenziale e successiva gestione per il tempo necessario alla stabilizzazione clinica...” presso il reparto di pediatria del P.O. di Nola saranno destinati 2 posti letto per l'accoglienza di tali soggetti con disturbi psichiatrici in fase acuta. La struttura ospitante garantirà ogni intervento di tipo logistico, alberghiero e strumentale diagnostico.

L'attivazione e la gestione dei 2 posti letto prevedono che:

1. la consulenza di emergenza sarà fornita dallo psichiatra di turno presso il SPDC. È prevista la realizzazione di un il SPDC presso il medesimo P.O.
2. la contestuale attivazione di un'équipe multi professionale, costituita in base al bisogno prevalente, si occuperà della presa in carico e della gestione del ricovero, in collaborazione con il personale del reparto di pediatria, ed il successivo invio verso il setting assistenziale più appropriato.

L'équipe multidisciplinare, organizzata sul modello della pronta disponibilità, sarà di riferimento sia in casi di emergenza psichiatrica territoriale che nei casi di minori in fase clinica di grave acuzie psichiatrica e sottoposti a provvedimenti della Autorità Giudiziaria (previsti dal DPR.448/88 e dalla DGRC .621/12).

Detta equipe multidisciplinare, attestata la gravità del quadro clinico e verificata la necessità di ricovero del minore si potrà avvalere dei PPLL, all'uopo dedicati dall'Azienda, in cui sistemare il giovane paziente sotto la cura e tutela del personale componente la equipe multidisciplinare che per l'occasione provvederà a garantire il servizio h24 per tutta la durata del transitorio ricovero.

Naturalmente la funzione del ricovero nelle gravi condizioni di sofferenza psichica in Età Evolutiva deve configurarsi come una possibile risorsa clinica all'interno comunque del continuum della presa in carico globale della situazione psicopatologica e di vita del minore che ha il suo fulcro nei Servizi Territoriali.

➤ **Integrazione Socio-Sanitaria**

Tutte le prestazioni erogate dal DSM sono, per definizione (DPCM 29 novembre 2001- DPCM 12 gennaio 2017), prestazioni ad alta integrazione socio-sanitaria a prevalenza sanitaria o sociale e le Unità Operative di Salute Mentale costituiscono Porta Unica di Accesso (PUA) per le problematiche di competenza. Da ciò discende che, costantemente, sono promosse azioni di integrazione con gli Enti Locali, agenzie del territorio e il privato sociale per la corretta erogazione delle prestazioni previste dai LEA. L'implementazione dei PTRP prevede la valutazione ed approvazione in seno alla Commissione di Valutazione Integrata (UVI), organo distrettuale a cui partecipano tutti gli attori chiamati a realizzare il progetto terapeutico definito per l'utente. Il DSM interviene sempre con propri rappresentanti, ai quali è delegato anche il potere di spesa nei limiti del budget del DSM e con le modalità previste dalla normativa. L'elaborazione del progetto terapeutico in commissione UVI non è intesa meramente come la compartecipazione della spesa ma, piuttosto, come lo spazio dove porre in sinergia tutte le risorse che possono concorrere al processo di recovery dell'utente anche in funzione di nuovi modelli assistenziali come il Budget di Salute (DGRC 483/2012, DCA 16/2013).

➤ **L'attività di riabilitazione del DSM**

La riabilitazione psichiatrica costituisce parte fondante dei programmi terapeutici del DSM. I percorsi riabilitativi possono essere realizzati all'interno del DSM e/o avvalendosi di strutture del privato sociale.

Il DSM è dotato di 80 posti letto residenziali (Strutture Residenziali) e di 151 posti letto per attività semiresidenziali (Centri Diurni), a gestione diretta.

Il privato sociale offre e può essere partner per programmi residenziali, semi-residenziali e territoriali (attività riabilitative a domicilio e Work-Experience).

Per ogni utente viene definito il Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP). Il DSM monitora lo svolgimento dei PTRP in termini di esiti.

La continuità terapeutica è un indice di qualità dell'intervento che questo Dipartimento assicura richiedendo che i PTRP di ogni utente siano sottoposti a verifica trimestrale per la valutazione dei risultati raggiunti e per mantenere un livello di appropriatezza più alto possibile. La verifica prevede visite dell'équipe presso la sede di realizzazione del PTRP (es.: SR aziendale, Struttura del privato sociale, etc.). Il PTRP è redatto con un format unico approvato ed utilizzato all'interno del DSM. Le SR del DSM dispongono di 80 posti letto e svolgono PTRP ad alta intensità assistenziale. Le strutture residenziali (SR) del DSM sono considerate, in termini funzionali, come un unico service aziendale per la disponibilità dei posti letto, con una lista d'attesa unica.

La gestione delle stesse e l'organizzazione dei modelli operativi è affidata al personale dell'UU.OO.CC., in cui sono allocate in rapporto costante con l'équipe dell'U.O. da cui proviene l'utente.

I Centri Diurni del DSM forniscono interventi riabilitativi di tipo semiresidenziale. Il panorama delle attività offerte è molto variegato in funzione della formazione e delle attitudini degli operatori dedicati. Le attività riabilitative sono sostenute da tecniche ed interventi basati sull'evidenza scientifica.

➤ **Disturbi ad alta incidenza e prevalenza**

Il DSM utilizza la metodica dell'assunzione in cura per trattare i disturbi ad alta incidenza e prevalenza come disturbi dello spettro ansioso, le distimie, le sindromi da disadattamento. Il modello dell'assunzione in cura è rivolto a questi utenti che hanno bisogno di interventi specialistici ma non di interventi complessi e multi professionali. Agli utenti sono offerti percorsi di cura con trattamenti farmacologici e psicoterapici.

➤ **Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatorii**

Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori (ASO e TSO) sono garantiti nel rispetto delle leggi e delle Raccomandazioni della Conferenza Unificata Stato-Regioni del 29 aprile 2009 recepite con la DGRC 1379/2009. I TSO e gli ASO essendo disposti con provvedimento del Sindaco, vengono notificati dalla Polizia Municipale, che ne cura anche l'esecuzione, in collaborazione con i servizi sanitari. Qualora nel corso dell'effettuazione del TSO dovessero configurarsi condizioni di emergenza tali da richiedere un trasporto del paziente con ambulanza medicalizzata l'intervento è reso dal servizio Sires-118.

Nelle urgenze il personale del DSM fornisce attività di consulenza di II livello e collabora con le agenzie che intervengono nelle varie fasi delle procedure valutative ed operative (118, Polizia Municipale, Presidi Ospedalieri, ecc.).

➤ **La formazione**

Il DSM attribuisce una valenza strategica alla elaborazione, sostegno e realizzazione di percorsi di formazione ed aggiornamento professionale destinati al proprio personale, nel rispetto delle linee di indirizzo Nazionali, Regionali ed Aziendali. Le attività formative del DSM sono incardinate nei percorsi del "Piano della Performance" e, quando possibile, sono sostenute da iniziative accreditate ECM. Il DSM è inserito nella rete formativa regionale. È sede di tirocinio delle Scuole di Specializzazione in Psichiatria dell'Università Federico II e dell'Università Luigi Vanvitelli. Per quest'ultima accoglie anche gli studenti per il tirocinio formativo previsto dal Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica. Sono attive convenzioni per i tirocini

formativi: pre e post laurea per i corsi di laurea in Psicologia e di specializzazione in Psicoterapia, in raccordo con la UOC Formazione e sviluppo aziendale.

➤ **Flussi Informativi e fascicolo sanitario informatizzato**

Tutta l'utenza del DSM è registrata in una piattaforma informatica. Il sistema garantisce la produzione dei flussi informativi, verso Regione e Ministero, per il Sistema Informativo Salute Mentale (SISM). Il personale del DSM, fornito di username e password, in funzione del proprio profilo professionale, accede alle varie sezioni della piattaforma informatica per inserire le informazioni di propria competenza rispetto all'utente. La piattaforma è consultabile in ogni articolazione del DSM e da qualunque postazione collegata alla rete intranet aziendale

(ad es.: pronto soccorso, PP.OO.) con l'indubbio vantaggio di avere sempre i dati clinici disponibili per gli utenti registrati. La piattaforma è direttamente collegata all'Anagrafe Pazienti Centralizzata (APC). Essa rappresenta la base del processo di dematerializzazione che il DSM sta realizzando nel rispetto del Codice Privacy.

➤ **Attività gestionale - amministrativa**

Il DSM, essendo un dipartimento strutturale e centro di costo, negozia il budget con la direzione strategica per poter garantire l'erogazione delle prestazioni previste dai LEA. Per la gestione del budget, quindi, è svolta un'intensa attività di programmazione e monitoraggio della spesa. Il DSM si è dotato di alcuni sistemi di controllo per verificare l'acquisto delle prestazioni dal privato sociale in quanto l'acquisizione delle prestazioni per la realizzazione del PTRP avviene con contratti stipulati per singolo utente. Le diverse fasi in cui si trova il processo di accreditamento in Regione Campania, per le strutture che erogano prestazioni di salute mentale (a prevalenza sanitaria o a prevalenza sociale), allo stato, non ha consentito la contrattualizzazione complessiva in base ai fabbisogni della nostra aziende. Inoltre, non sempre è possibile reperire in ambito regionale strutture idonee alla realizzazione dei PTRP elaborati dal DSM (si pensi all'assenza, a tutt'oggi, di strutture per i progetti residenziali per utenti affetti da disturbi del comportamento alimentare). Questo determina l'acquisto di prestazioni in ambito extra-regionale e, di conseguenza, si è sottoposti alla legislazione della regione dove insiste la struttura con la necessità di istruire percorsi amministrativi con regole e modalità diverse, anche considerando che le prestazioni di riabilitazione psichiatrica non sono soggette a compensazione interregionale. L'utilizzo del budget avviene attraverso determinazioni dirigenziali adottate dal direttore del DSM. Esse sono precedute da una fase istruttoria che contempla la verifica dell'appropriatezza clinica e la regolarità da un punto di vista amministrativo del fornitore del servizio (titoli autorizzativi, DURC, ecc.).

L'attività amministrativa comporta anche la gestione del personale attraverso la piattaforma aziendale Gestione Operativa del Personale e la gestione dei contenziosi legali con l'istruttoria della documentazione da fornire al servizio Affari Legali.

Si espleta, anche, un'attività di gestione del fondo economale per spese minute del DSM che implica la tenuta di una contabilità.

Per l'attività amministrativa il DSM si interfaccia, anche, con l'UOC Acquisizione Beni e Servizi, l'UOC Affari Generali, l'UOC Gestione Economica Finanziaria, l'UOC Prevenzione e Protezione, i Servizi Tecnici e qualunque altra articolazione aziendale richiesta dai procedimenti.

233/347

In pubblicazione dal

7.7.3 La struttura del DSM

Il Dipartimento Assistenziale Integrato per la Salute Mentale persegue le sue finalità tramite l'azione delle seguenti unità organizzative:

- Direzione del Dipartimento;
- Strutture Complesse: Unità Operative Complesse per la Salute Mentale (n° 9 Terr. + n° 2 Centrale);
- Strutture Semplici a valenza dipartimentale;
- Strutture semplici differenti a seconda della articolazione funzionale ed organizzativa propria di ciascuna UOC;
- Incarichi professionali di alta specializzazione - Aree funzionali dipartimentali.

Le strutture del Dipartimento Assistenziale Salute Mentale si configurano come centri di costo, mentre centro di responsabilità resta esclusivamente la direzione dipartimentale.

Le articolazioni centrali del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale, in staff alla Direzione dipartimentale, garantiscono azioni inter-unità operative e di coordinamento centrale tra le Unità Operative Complesse territoriali.

Il dipartimento ha i seguenti organi:

1. Direttore di Dipartimento
2. Comitato di Dipartimento
3. Assemblea di Dipartimento

I principi organizzativi dell'organizzazione del dipartimento di salute mentale si ispirano ai principi organizzativi degli art. 7.3.1/7.3.2/7.3.3/7.3.4.

7.7.4 Struttura organizzativa

□ **Unità Operativa Complessa Psicologia Clinica e Psicoterapia**

Definisce, negli ambiti di propria competenza, apposite procedure operative e protocolli d'intervento inerenti le attività psicologiche effettuate nel DSM. Coordina le attività, garantendo livelli uniformi di assistenza psicologica in tutte le articolazioni strutturali dipartimentali. Le prestazioni saranno erogate in tutti i setting assistenziali previsti dall'Azienda.

Gli ambiti in cui declina le proprie azioni sono quello sociale, educativo e biomedico.

Articola le attività psicologiche, psicodiagnostiche, psicoterapiche in:

- Psicologia clinica
- Psicologia di consultazione e di collegamento
- Psicologia della salute e di comunità
- Attività di psicologia dell'organizzazione
- Attività scientifica

- Attività di prevenzione

□ **Unità Operativa Complessa Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza**

Lo stato di benessere in età evolutiva è uno degli obiettivi principali del Piano sanitario regionale; la rilevanza della salute mentale per il benessere in età evolutiva e successivamente in età adulta richiede di affrontare questo tema in un'ottica di sistema che include il sanitario, il sociale e l'educativo con il coinvolgimento attivo dei familiari e deve mirare a potenziare i fattori protettivi ambientali non agendo soltanto e direttamente sul singolo.

La promozione e la tutela della salute mentale in età evolutiva e dell'adolescenza deve mettere al centro il minore nel suo contesto naturale di vita (familiare, educativo, socioculturale) e rappresenta pertanto una priorità che deve essere oggetto di investimenti mirati e di risposte appropriate.

In questo ambito, l'Azienda Sanitaria locale Napoli 3 sud assicura le attività di prevenzione, diagnosi, cura e abilitazione nella fascia di età 0-18 anni, prevedendo anche **la Unità Operativa Complessa di Neuropsichiatria Infantile (UOC NPIA)**.

La UOC NPIA avrà l'obiettivo di garantire l'omogeneità negli orientamenti, nei modelli di funzionamento e negli assetti organizzativi delle attività di NPIA, in accordo con le attività dei distretti socio sanitari, del Dipartimento Materno Infantile e del Dipartimento attività Territoriali ed Integrazione Sociosanitaria

Attualmente la gestione della NPIA è collocata nei Consultori Familiari, considerata la complessità e la criticità delle attività di tutela della salute mentale e di quelle rivolte alla disabilità in età evolutiva, tenuto conto che esse richiedono una specifica competenza specialistica e un elevato livello di integrazione e di articolazione tra servizi distrettuali e sovradistrettuali, bisogna realizzare un modello organizzativo che sia capace di coniugare l'unitarietà della programmazione, l'appropriatezza delle risposte, l'omogeneità degli interventi con il decentramento distrettuale e una valida integrazione socio-sanitaria.

A tal fine e coerentemente con quanto previsto dalle norme legislative vigenti, per assicurare l'esercizio unitario e omogeneo di programmi uniformi e appropriati di cura e di assistenza per i minori con problematiche neuropsichiatriche o con disabilità, l'Asl Na 3 sud realizza **N° 6 Nuclei** territoriali di Neuropsichiatria Infantile e Adolescenziale (N.NP.I.A.) a competenza inter-distrettuale, con un bacino di popolazione di riferimento non superiore ai 200.000 abitanti.

Il singolo Nucleo territoriale di NPIA deve assicurare le attività e gli interventi per la tutela della salute mentale, cura e sostegno al benessere psicologico e abilitazione dell'età evolutiva, esercita funzioni di prevenzione, tutela, diagnosi, cura, abilitazione, inserimento scolastico e sociale dei soggetti in età evolutiva (0-18 anni) che presentano disabilità, disturbi di tipo neurologico, neuropsicologico, psichiatrico, e dello sviluppo, nonché situazioni di disagio psico-sociale e relazionale.

La UOC NPIA ha il compito di coordinamento e di indirizzo di tutte le attività di NPIA, è un Centro Unico Aziendale per la Salute Mentale in età evolutiva, in supporto alla Direzione Strategica e a tutta la rete dei servizi, evidenziando l'alta valenza di integrazione sociosanitaria per tutti gli interventi necessari.

L'individuazione della UOC NPIA nel Dipartimento di Salute mentale evidenzia la necessità di uniformare la collocazione delle specifiche attività nell'ambito di una autonomia professionale dei Neuropsichiatri Infantili mai riconosciuta, collocata in una dimensione prevalentemente territoriale con una forte valenza sociosanitaria degli interventi da mettere in campo.

I Nuclei di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (N.NP.I.A.)

Con il presente Atto Aziendale, come predetto, si prevedono l'istituzione autonoma, a valenza pluri distrettuale **di n° 6 Nuclei** di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (N.NP.I.A.) costituiti da équipe multi-professionali e multidisciplinari coordinate **dal Neuropsichiatra infantile**. *I Nuclei di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NNPIA) garantiscono le seguenti funzioni, anche attraverso gli strumenti distrettuali di integrazione P.U.A e U.V.I. ed U.V.B.R.;*

- prevenzione, diagnosi, e cura delle patologie neurologiche, dei disturbi dello sviluppo affettivo e relazionale, delle patologie della sfera cognitiva e dei disturbi neuropsicologici;
- presa in carico terapeutica e riabilitativa, dei soggetti in età evolutiva: nell'ambito del programma terapeutico e assistenziale garantiscono direttamente la prescrizione e il monitoraggio di terapia farmacologica, le prestazioni di psicoterapia e riabilitative, compatibilmente con la complessità del caso e con l'organizzazione del servizio;
- valutazione del bisogno riabilitativo ed elaborazione definizione del progetto di presa in carico globale individualizzato della persona con definizione di programmi terapeutici, abilitativi, riabilitativi e socio-riabilitativi, attuazione, monitoraggio degli interventi e valutazione dei risultati, in raccordo con il Distretto SS, secondo modalità proprie dell'approccio integrato e nella strategia della continuità terapeutica;

- integrazione scolastica degli alunni disabili ai sensi della normativa vigente (Diagnosi Funzionale, Profilo Dinamico Funzionale, PEI, partecipazione ai GLH);

partecipazione alla Valutazione Integrata per l'accesso ai servizi sociosanitari, e per l'elaborazione del PAI (Piano Assistenziale Individuale);

- formazione e informazione alla famiglia e all'ambiente sociale del minore per una efficace gestione delle sue problematiche;
- integrazione operativa con le UOSM e le IPAS Riabilitazione dell'età adulta per garantire la transizione e la continuità dei percorsi assistenziali, al compimento del 18° anno di età dei soggetti con disturbi psichiatrici e disabilità neuropsichiatriche.

Per ciascun soggetto in carico deve essere individuato il care giver, anche in considerazione della problematica prevalente, per garantire la massima partecipazione della famiglia alla valutazione e alle scelte terapeutiche e assistenziali.

La promozione e la tutela della salute mentale in età evolutiva deve mettere al centro il minore nel suo contesto naturale di vita (familiare, educativo e socioculturale).

Le attività di prevenzione, diagnosi, cura ed abilitazione della salute mentale in età evolutiva sono assicurate nell'Asl Napoli 3 sud dai Neuropsichiatri Infantili, in collaborazione con tutta la rete professionale dell'Asl.

La Unità operativa Complessa N.P.I.A avrà il compito di coordinare la realizzazione di un modello organizzativo che sia capace di coniugare l'unitarietà della programmazione, l'appropriatezza delle risposte, l'omogeneità degli interventi garantiti dal distretto socio sanitario e dai servizi ad integrazione sociosanitaria.

Coordinerà tutte le attività inerenti la costituzione di Nuclei Territoriali di Neuropsichiatria Infantile e Adolescenziaria (N.NP.I.A.) in accordo con i direttori dei distretti sociosanitari e delle strutture dipartimentali.

Strategie e caratteristiche organizzative dei Nuclei territoriali di Neuropsichiatria Infantile e Adolescenti

Principi organizzativi ispiratori della costituzione dei N.NP.I.A., affinché queste complesse attività non possano esaurirsi in singole e frammentarie prestazioni specialistiche sono:

- l'esistenza di un luogo unico per il territorio di riferimento per i minori con problemi neuropsichiatrici e le loro famiglie e la sua presenza stabile, chiara e visibile all'interno dell'offerta dei servizi socio-sanitari territoriali;
- l'accesso diretto dell'utenza;
- una modalità di accoglienza specifica e competente in un ambiente dedicato;
- un modello di funzionamento orientato alla presa in carico, al lavoro in equipe e alla dimensione territoriale;
- l'elaborazione e la realizzazione del percorso di presa in carico multidisciplinare in risposta a bisogni gravi e/o complessi di salute;
- la continuità delle cure e la personalizzazione del progetto di intervento;
- l'operare continuamente in connessione con i pediatri, le scuole, i servizi e le agenzie del territorio e della comunità locale;
- l'organizzazione delle attività per il miglior inserimento scolastico del minore con disturbi neuropsichiatrici e/o con disabilità;
- l'integrazione scolastica degli alunni disabili ai sensi della normativa vigente (Diagnosi Funzionale, Profilo Dinamico Funzionale, PEI, partecipazione ai GLH);
- lo sviluppo di un sistema informativo specifico.

➤ Nell'ambito della operatività degli istituendi N.NP.I.A. si ritiene dover fornire indicazioni operative, nell'ottica della omogeneità delle attività.

Risulta fondamentale garantire:

- la presenza a regime di equipe multi-professionali e multidisciplinari composte dalle figure professionali esperte nel campo: neuropsichiatri infantili, psicologi clinici per l'età evolutiva, assistenti sociali, fisioterapisti, terapisti della neuro-psicomotricità dell'età evolutiva, logopedisti, educatori professionali, infermieri, il personale opererà secondo protocolli operativi tra la UOC NPI ed i distretti sociosanitari di riferimento dei nuclei Territoriali;
- la Responsabilità del N.NP.I.A. ad un Neuropsichiatra infantile;

- la peculiarità dell'intervento abilitativo in età evolutiva per minori con disturbi neuropsichiatrici e con disabilità di competenza esclusiva del N.NP.I.A. per questo settore di intervento. La valutazione del bisogno abilitativo in età evolutiva rientra nei programmi integrati di presa in carico;
- il potenziamento del lavoro di presa in carico che permette di contribuire in maniera decisiva alla realizzazione dei percorsi di vita e di salute dei minori con problemi psicologici, neuropsichiatrici o con disabilità e delle loro famiglie, direttamente nei contesti ambientali e territoriali di appartenenza; lo sviluppo a livello territoriale di percorsi di "adattabilità" ambientale per migliorare la qualità di vita dei bambini e degli adolescenti affetti da disabilità o handicap si e delle loro famiglie, seguendo tre linee di attività: sostegno alla famiglia, inclusione scolastica e inclusione sociale;
- lo sviluppo di raccordi e di protocolli con i distretti sanitari ed il D.ATISS per garantire la continuità dei programmi di cura dei minori in carico al raggiungimento dell'età adulta.
- programmi di intervento per l'area dei disturbi dello spettro autistico;
- lo sviluppo di interventi integrati ospedale-territorio;
- lo sviluppo e il potenziamento della formazione inter-istituzionale per il riconoscimento dei problemi di salute mentale nel mondo della scuola e per il miglioramento delle capacità e opportunità di prevenzione e trattamento nella rete dei servizi;
- Laddove necessario, in relazione alle patologie e alle problematiche che si presentano, il Distretto ed il D.A.TI.SS. ed il DSM dovranno garantire la collaborazione di altre figure professionali.
- Per ciascun soggetto in carico deve essere individuato il care giver, anche in considerazione della problematica prevalente, garantita la massima partecipazione della famiglia alla valutazione e alle scelte terapeutiche e assistenziali.

I disturbi dello spettro autistico

I disturbi dello spettro autistico in base ai diversi studi esistenti in letteratura si manifestano con una prevalenza estremamente variabile, da 40 a 90 casi per 10.000, mentre, la loro frequenza è pari a 1:150 nati e, considerato l'indice di natalità regionale può stimarsi che in Campania l'incidenza di nuovi casi è di circa 339 bambini per anno (nati al 01.01.2016 = 50.779).

L'autismo rappresenta una condizione patologica inabilitante che ha un impatto devastante sulla qualità di vita degli individui che ne sono affetti e dei loro nuclei familiari i quali vengono investiti da un notevole carico assistenziale. Le conoscenze sulla materia sono in continua evoluzione e, ad oggi, persistono ancora incertezze sulla eziologia del disturbo, sulla diagnosi, sui confini nosografici con altre sindromi e sulla possibile evoluzione a lungo termine. In tale contesto gli operatori possono apparire disorientati e, in mancanza di un'adeguata ed uniforme rete di assistenza sanitaria e protezione sociale, le famiglie vivono tale condizione con estrema sofferenza e disagio.

Il presente atto aziendale intende 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, sociosanitarie e sociali. L'obiettivo è quello di superare l'attuale frammentazione degli interventi attraverso la realizzazione di una rete di assistenza che integri le attività dell'Asl con gli Enti Locali e le scuole del territorio, 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.

Una forte e serrata rete di assistenza è pertanto indispensabile per perseguire le seguenti finalità:

- favorire il massimo sviluppo delle diverse competenze compromesse dal disturbo, nonché, il potenziamento delle autonomie e il miglioramento della qualità della vita;
- sviluppare l'empowerment dell'intero nucleo familiare;
- contrastare le possibilità di impoverimento sociale, relazionale ed economico ed il rischio di disgregazione del tessuto familiare;
- accrescere la sensibilità e disponibilità della società a farsi carico anche di queste particolari forme di disabilità;
- supportare e sostenere la più ampia possibilità di inclusione sociale;
- realizzare soluzioni assistenziali idonee ad intervenire allorquando la famiglia non è più in grado di provvedere e di sostenere il carico.

La scuola e il pediatra di libera scelta rivestono un ruolo importante nella intercettazione precoce delle condizioni di rischio e di possibile sviluppo del disturbo e, pertanto, hanno una funzione strategica nel favorire la precocità della diagnosi e la tempestività della riabilitazione da parte delle competenti strutture territoriali.

Si riconosce, altresì, il ruolo attivo e determinante della famiglia nella elaborazione e realizzazione del progetto di vita della persona con disturbo dello spettro autistico.

Tale riconoscimento è in linea con la raccomandazione di riferimento di cui alle Linee Guida del Ministero della Salute aggiornate ad ottobre 2015 la quale prevede che i programmi di intervento mediati dai genitori sono raccomandati nei bambini e negli adolescenti con disturbi dello spettro autistico, poiché sono interventi che possono migliorare la comunicazione sociale e i comportamenti problema, aiutare la famiglia a interagire con i loro figli, promuovere lo sviluppo e l'incremento della soddisfazione dei genitori, del loro empowerment e benessere emotivo.

I bisogni di salute ricadenti nell'ambito neurologico, psichiatrico, psicologico e abilitativo 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, le funzioni di coordinamento tecnico-scientifico, come già indicato, sono assicurate dal centro unico aziendale, che ha il compito di garantire l'uniformità scientifica della prestazione.

Resta nella responsabilità di ciascun Direttore del Distretto la garanzia per l'uniformità delle procedure di accesso e l'omogeneità della presa in carico territoriale, l'assegnazione delle risorse, la valutazione di soddisfazione dell'utenza e degli outcomes raggiunti.

Per raggiungere sempre maggiori livelli di qualità, efficacia ed efficienza nell'erogazione dell'assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico, questa Azienda assicura la formazione continua di tutti gli operatori coinvolti (sanitari, sociali e insegnanti) e dei familiari dei pazienti.

Il bisogno formativo viene concordato tra i Direttori dei Distretti, il Direttore UOC NPIA, il Direttore DSM, il Dipartimento ATISS e la UOC Formazione e Sviluppo Risorse Umane che lo inserisce nella proposta formativa annuale.

La prevenzione, diagnosi, cura e abilitazione (ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale) del bambino e dell'adolescente con disturbi dello spettro autistico è assicurata dal livello territoriale specialistico competente, all'interno del N.N.P.I.A. privilegiando, ogni qualvolta possibile, i contesti naturali di vita.

E' infatti a questo livello della rete che viene definito, con la partecipazione e condivisione della famiglia, il progetto di assistenza personalizzato dell'assistito e del suo nucleo familiare con possibilità di attivazione anche del budget di cura che costituisce un contributo alle spese sostenute per la cura dei pazienti inseriti nei percorsi abilitativi e riabilitativi riconosciuti dalle Linee Guida Ministeriali sull'Autismo e dalla Regione Campania.

La presa in carico integrata viene effettuata, come già menzionato, dall'equipe multi-professionale e multidisciplinare dell'N.N.P.I.A. specificamente formata, per ogni assistito è individuato un responsabile del caso con funzione di coordinamento degli interventi e di formazione/informazione della famiglia.

I N.N.P.I.A. si integrano costantemente con i 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.

- ***Con delibera n° 338 del 28 dicembre 2017 è stato istituito il primo centro aziendale per la diagnosi la cura e la terapia con la presa incarico dei bambini con diagnosi di spettro Autistico.***

E' prevista nella UOC N.P.I. l'istituzione della I.P.A.S. Coordinamento del Centro per l'Autismo.

- S.P.D.C. Sono previste n° 2 strutture semplici dipartimentali negli ospedali (codice 40 / Psichiatria) n°1 nel presidio Ospedaliero di Nola , ed n° 1 con responsabilità sulle SPDC dei Presidi Ospedalieri di Boscotrecase e di Castellammare di Stabia.**

- UOSD Coordinamento e Supporto gestione Progetti Terapeutici Riabilitativi Personalizzati (PTRP)**

Il Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale è un dipartimento strutturale ed è ordinatore di spesa. Acquista prestazioni di tipo sociosanitario dal pubblico extra-regionale e dal privato regionale ed extraregionale con un'ampia varietà di scenari normativi. A supporto della Direzione dipartimentale per le attività di contrattazione, gestione del budget e di ogni altro finanziamento di cui è destinatario il Dipartimento è necessaria una struttura semplice di livello dipartimentale. Essa assicura il controllo delle procedure per la determinazione della spesa per la realizzazione dei PTRP in strutture extra aziendali e con

personale ad interim. Partecipa ai tavoli tecnici aziendali, a supporto della direzione, per la definizione dei tetti spesa e per le procedure di contrattualizzazione delle strutture accreditate.

○ **IPAS Attività Amministrative**

Il Dipartimento Salute Mentale è sede di un'ampia attività amministrativa che va dalla gestione del personale, articolato in numerosi profili professionali, alla gestione delle attrezzature e della loro manutenzione, alla gestione amministrativa delle attività rivolte agli utenti, alla gestione del fondo economico, infine, ai provvedimenti con i quali il Direttore alloca le risorse economiche e gestisce l'acquisizione di quanto è necessario a garantire i LEA. L'attività che ne risulta è molto complessa perché coordina tutto il personale deputato a funzioni amministrative all'interno del DSM per garantire adeguato supporto amministrativo al Direttore del Dipartimento, nonché per il supporto amministrativo alle attività afferenti a tutte le Unità Operative.

Nel Dipartimento assistenziale di Salute Mentale sarà inoltre prevista un Incarico Professionale "Dirigenza Servizio Sociale".

Strutture Operative Territoriali

□ **Unità Operative Complesse per la Salute Mentale degli adulti**

Le UU.OO.CC.S.M. sono strutture complesse con competenza distrettuale e/o pluridistrettuale.

Le UU.OO.CC.S.M., inoltre, partecipano a tutte le attività distrettuali ed interdistrettuali che si configurano contigue con la tutela della Salute Mentale, attivando forme di integrazione con le altre UU.OO del Distretto e degli Ambiti Sociosanitari. L'integrazione tra l'UOSM e le altre UU.OO del Distretto deve essere finalizzata all'attuazione di una strategia unitaria che, nel rispetto delle singole competenze, soddisfi il bisogno di salute dell'utenza. Sono previsti incarichi di alta specialità per le attività assistenziali nei distretti, che non sono sede di UOCSM, come da organigramma allegato.

All'interno delle UU.OO.CC. territoriali è prevista l'allocazione di alcune strutture semplici, che, opportunamente, garantiranno sul territorio, con una funzione di service dipartimentale, la risposta a problemi complessi che riguardano l'utenza già in carico al DSM e l'emergere di nuove condizioni di disagio mentale.

➤ ***Di seguito si elencano le caratteristiche di queste strutture:***

- ✓ **UU.OO.SS.** Coordinamento delle attività riabilitative e dei piani terapeutici personalizzati (PTRP) - strutture residenziali e semiresidenziali assicura funzioni volte alla riabilitazione psico-sociale di tutti gli utenti di pertinenza che ne abbisognino. A tal fine predispone distinti progetti secondo la tipologia dei bisogni dei singoli assistiti. Tali progetti sono attivati sia in sede sia all'esterno. Il Centro Diurno (CD) è ubicato in idonei locali e svolge le sue funzioni durante tutti i giorni feriali. Tali funzioni possono essere svolte anche in giornate festive per specifici programmi.

Il DSM è dotato di posti letto residenziali (Strutture Residenziali ad alta intensità assistenziale, Comunità alloggio, Gruppi appartamento), anche attraverso l'istituto della convenzione, al fine di attuare l'intervento terapeutico e riabilitativo di salute mentale nelle sue varie graduazioni ed articolazioni, da periodico a continuativo, con forme di protezione differenziate e flessibili in rapporto alle condizioni di salute degli utenti e secondo piani personalizzati d'intervento. Le modalità di organizzazione, funzionamento ed inserimento degli ospiti nelle strutture residenziali sono definite in uno specifico regolamento.

➤ **UOSD Clinical Governance ed Integrazione Sociosanitaria**

Il moderno assetto dipartimentale richiede che l'organizzazione e lo svolgimento dell'attività di una struttura sanitaria, siano finalizzati alla responsabilizzazione ed alla partecipazione. La clinical governance implica l'utilizzo di strategie gestionali in ambito sanitario basate su quattro aspetti fondamentali:

1. la responsabilità e la tracciabilità;
2. la trasparenza e l'integrità;
3. il coinvolgimento e la partecipazione;
4. l'etica e valore del lavoro.

Sulla base di quanto premesso sono assicurati:

- supporto alla programmazione, monitoraggio e valutazione delle progettazioni e dei relativi obiettivi;
- sostegno al coordinamento di tutti i programmi di integrazione socio-sanitaria e alla gestione delle risorse per la loro realizzazione e all'implementazione di nuovi strumenti gestionali (ad esempio: budget di salute);
- collaborazione con tutte le articolazioni del DSM al fine del raggiungimento degli obiettivi pianificati e dei compiti istituzionali assegnati allo stesso
- Cura la raccolta, il monitoraggio e l'elaborazione dei flussi informativi aziendali, regionali e nazionali. Garantisce l'assolvimento di tutti i debiti informativi dipartimentali.

Tutte le attività sono svolte a sostegno delle UUOCC del dipartimento di salute mentale, che dovrà concordarsi per queste linee di attività con tutte le strutture aziendali.

- **IPAS Coordinamento Progetti Terapeutici Riabilitativi Personalizzati (PTRP) utenti sottoposti a misure di sicurezza e misure detentive**

La chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari ha reso necessario, per ottemperare alla Legge 81/2014, riorganizzare alcuni assetti del DSM. È necessaria una costante attività di prevenzione e di interfaccia con numerose agenzie del territorio (Magistratura, Amministrazione Penitenziaria, Enti Locali, AA.SS.LL) e di coordinamento dei Progetti Terapeutici Personalizzati elaborati in favore di persone sottoposte a pena e/o misure di sicurezza alternative, anche della popolazione minorenni. Questo richiede un elevato grado di coordinamento delle articolazioni del DSM e di interazione verso le suddette agenzie. Tutta l'attività è garantita da una struttura semplice dipartimentale.

- **IPAS "Day Hospital per l'appropriatezza prescrittiva e la sicurezza farmacologica"**

Il Day Hospital nasce come un modello per attività specialistica programmabile che comporta l'attivazione di interventi, articolati e interdisciplinari. Vuole essere funzionale alla necessità di gestione di alcune situazioni cliniche complesse per le quali il ricovero, in regime ordinario, risulta inappropriato ma tali da richiedere, comunque, una presa in carico del paziente da parte del referente individuato, per un inquadramento globale e la definizione della relativa gestione assistenziale in tempi necessariamente brevi.

È una struttura che assicura il monitoraggio delle terapie farmacologiche al fine di implementare l'efficacia e l'appropriatezza prescrittiva. Svolge attività di valutazione clinica in regime di Day-hospital permettendo screening diagnostico-strumentali per gli utenti in trattamento farmacologico a supporto delle UU.OO.CC. e per gli utenti in dimissione dal SPDC.

○ **IPAS “Tutela e Comunicazione”**

In rapporto con l’UOC “Relazioni con il Pubblico”, cura le seguenti linee di attività:

- Gestione e monitoraggio qualità percepita;
- Supporto alla Direzione dipartimentale per lo sviluppo e gli impegni della Carta dei Servizi;
- Supporto alla Direzione dipartimentale per le azioni previste dal Piano Triennale della Trasparenza e del Piano della Prevenzione della Corruzione;
- Supporto alla Direzione dipartimentale quale componente del comitato di redazione del link Dipartimento Salute Mentale sul homepage istituzionale;
- Rapporto con le associazioni di volontariato secondo il regolamento aziendale;
- Supporto alla direzione dipartimentale per tutte le campagne di comunicazione istituzionale.

○ **IPAS “Sviluppo Risorse Umane DSM”**

Collabora con la Direzione Dipartimentale e la UOC “Formazione e Sviluppo Risorse Umane” per la programmazione, l’organizzazione e la gestione della formazione di tutti gli operatori del Dipartimento. La formazione sarà fondata sul principio della compartecipazione e dell’analisi dei bisogni formativi, finalizzata al perseguimento degli obiettivi aziendali e dipartimentali.

Verifica, altresì, la coerenza delle attività formative facoltative con i suddetti obiettivi.

Garantisce, altresì, il supporto alla didattica ed al tutoraggio (insegnamenti universitari, tirocini, stage, ecc.) in integrazione con le strutture deputate.

○ **IPAS “Stalking e Mobbing”**

Ha il compito di promuovere attività di ricerca e studio sui fenomeni dello stalking e mobbing garantendo, altresì, orientamento ed assistenza alla popolazione servita dall’ ASL Napoli 3 Sud.

In particolare, per quanto riguarda lo stalking, le attività saranno rivolte sia alle vittime del fenomeno, sia agli stalker, con lo scopo di mettere in capo azioni finalizzate alla prevenzione delle condotte violente. Dovrà realizzare campagne di informazione e sensibilizzazione coinvolgendo tutte le agenzie territoriali (EE.LL., Scuole, Associazioni, ecc.) implicate nei processi socioculturali territoriali.

Per quanto attiene al mobbing l’obiettivo è quello di realizzare un servizio di tipo consulenziale, che al di là della specificità del fenomeno, possa offrire risposte a bisogni anche più genericamente connessi alle condizioni di disagio lavorativo. In rete col Servizio di Prevenzione e Protezione, dovrà analizzare e proporre “politiche” per la prevenzione dello stress lavoro correlato e delle condizioni psicopatologiche ad esso connesse.

○ **IPAS “Disturbi del Comportamento Alimentare”**

Si occupa dell’analisi e coordinamento delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione, così come descritto nell’apposito paragrafo, svolte dalle singole unità operative e rivolte a cittadini affetti da disturbi del comportamento alimentare. Coadiuvata le attività di elaborazione dei PTRP e le attività di integrazione e collegamento con le strutture accreditate e/o provvisoriamente accreditate che offrono prestazioni di riabilitazione per persone affette da DCA.

○ **IPAS “Comorbilità e Psichiatria di consultazione”**

Si occupa di attività di ricerca e studio del fenomeno della comorbilità e del coordinamento delle attività svolte dalle singole Unità Operative considerando che gli utenti del DSM sviluppano patologie correlate all'uso dei farmaci, all'abuso di sostanze, alla scarsa capacità di gestione della propria salute. L'attività di consultazione riguarda essenzialmente la diagnosi e il trattamento, nei suoi aspetti farmacologici e psicoterapici, del paziente ricoverato di un reparto di medicina generale o specialistica; l'attività di collegamento o liaison comporta un rapporto di collaborazione più stretto con l'équipe curante e interviene anche sui problemi che gli operatori sanitari incontrano nella relazione terapeutica e nella assistenza dei pazienti.

✓ **UU.OO.SS. Centro Salute Mentale**

L'obiettivo del DSM è garantire la facile accessibilità ai processi di cura e equità nella loro fruizione su tutto il territorio aziendale. L'interazione-integrazione con i Distretti Sanitari attraverso l'UVI, l'UVBR è alla base dell'erogazione delle prestazioni di Salute Mentale che sono, per loro natura, ad alta integrazione sociosanitaria. Le UU.OO.CC.S.M. sono pluri-distrettuali. Per assicurare l'erogazione dei LEA e favorire l'accesso dei cittadini con problemi di salute mentale in ogni distretto sanitario, è necessario attivare Centri di Salute Mentale nei distretti in cui non è presente la sede dell'U.O. Quindi si programmano le seguenti UOS “Centro di Salute Mentale” presso il DS 58 di Gragnano, DS 34 di Portici, DS 55 di Ercolano, DS 48 di Marigliano.

7.8 Dipartimento Dipendenze

Contesto Normativo

Il Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza" aggiornato, da ultimo, con le modifiche apportate dal D. Lgs. 29 ottobre 2016, n. 202, cui si sono susseguite numerose normative nazionali e regionali per l'organizzazione dei Servizi per le Dipendenze, è la normativa di riferimento a cui ci si ispira per l'organizzazione del Dipartimento per le Dipendenze.

La Regione Campania ha recepito la normativa nazionale, con interventi normativi tra i quali che si riportano i più rilevanti:

- DGRC N. 2136 del 28/07/2003 (Organizzazione servizi dipendenze nelle AA.SS.LL. - Dipartimento per le dipendenze. Linee di Indirizzo per la riorganizzazione del sistema di Servizi e Strutture per le Dipendenze)□
- DGRC N. 1910 del 16/12/2005 (Rete Ser.T. e strategie d'intervento per l'assistenza ai tossicodipendenti)□□
- 3. DGRC n.620 del 13/11/2012 - Indirizzi operativi per la presentazione delle richieste per la attivazione di programmi terapeutico-riabilitativi ai sensi del D.P.R. rivolti a detenuti tossicodipendenti;
- 4. DGRC n.621 del 13/11/2012 - Indirizzi operativi per la gestione per gli inserimenti in comunità terapeutica dei minori tossicodipendenti e/o portatori di disagio psichico sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria;
- 5. DGRC n. 807 del 27/12/2012 - Fondo lotta alla Droga finanziamenti residui annualità precedenti. Programmazione interventi di prevenzione e contrasto delle dipendenze patologiche;
- 6. Decreto 135 del 10/10/2012 (Approvazione atto di indirizzo per l'adozione dell'atto aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Campania)
- 7. Decreto 6 del 14/01/2013 (Approvazione atto di indirizzo per l'adozione dell'atto aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Campania)
- 8. Decreto 18 del 18/02/2013 (Approvazione atto di indirizzo per l'adozione dell'atto aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Campania – Ulteriori integrazioni)
- 9. Piano Sanitario Regionale
- 10. DECRETO N. 20 del 29.04.2014 - Atti di indirizzo per la diagnosi di presenza di problemi alcol/droga correlati e/o di alcol-tossicodipendenza in soggetti che richiedono il rilascio/rinnovo della patente di guida alla commissione medica locale (art. 186 e art.187 del codice della strada – D.Lgs. n.285 del 30/04/1992 e s.m.i.).
- 11. DCA 99 del 22/09/2016 (Piano regionale di Programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale 2016 – 2018)

L'evoluzione della problematica delle dipendenze, da quella legata alle sostanze stupefacenti tradizionali, quali eroina, cocaina, acidi, alle dipendenze da alcol, tabacco e da farmaci, a quelle comportamentali compulsive e additive quali il gambling, sesso compulsivo, shopping compulsivo, ecc.), ha comportato la

necessità di una rinnovata organizzazione in grado di leggere le richieste ed offrire risposte idonee, assumendo strumenti diversificati, proponendo accessi facilitati, nel rispetto della privacy del paziente, al fine di ottenere una buona compliance terapeutica. Inoltre, l'estensione delle dipendenze a nuove fasce di popolazione, specie i minori, e a nuovi ambiti sociali e di genere, la difficile identificazione della dipendenza in quanto tale rendono ragione della necessità di una revisione della mission che sia sempre di più "esterna" ai luoghi classici di cura, che attui "fuori da sé" l'azione di presa in carico del paziente che, troppe volte, deve passare attraverso la presa di coscienza e l'accettazione della dipendenza in quanto patologia. Di fatto i Servizi per le Dipendenze si trovano a dover gestire, negli stessi luoghi e con personale non sempre completamente formato per le nuove richieste ad assicurare risposte all'utenza "storica", ormai fortemente persistente all'interno dei servizi e con andamento di malattia cronica, ed a una nuova utenza che chiede risposte diverse e necessariamente differenziate da quelle classiche, elaborate negli anni precedenti prevalentemente per i soggetti dediti soprattutto all'uso di eroina. La diversificazione dei problemi e la molteplicità degli approcci espone l'area delle Dipendenze a disomogeneità multiple, sia sotto il profilo organizzativo che dell'approccio terapeutico, che non deve mai perdere di vista la continuità assistenziale, la garanzia dei L.E.A., l'appropriatezza e la gestione in sicurezza dei trattamenti.

Tale esigenza ha reso necessario, con la Legge 79/2014, la modifica di alcuni articoli del T.U. 309/90, con il cambio di denominazione da Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T.) a Servizi per le Dipendenze (Ser.D.). Cambiamento, non solo terminologico, ma termometro della complessità del fenomeno non più legato esclusivamente sull'uso di sostanze, ma anche su base comportamentale.

Consapevole di questa complessità, la Regione Campania già dal 2003 ha deliberato un modello organizzativo dipartimentale per il governo clinico delle dipendenze, sulla scorta di una strategia di fondo di implementazione e potenziamento dei servizi pubblici all'interno di una modalità di intervento che privilegi la valutazione multidimensionale del bisogno, percorsi terapeutici integrati appropriati e verificabili, raccordo sistematico intraaziendale e con le realtà del territorio nel rispetto di una logica di rete con la strutturazione di protocolli di presa in carico globale, raccomandando collaborazione e sinergia con l'Area della Salute Mentale per una visione unitaria e complessiva del paziente "a doppia diagnosi" che non rientri nel gioco perverso dello scarica-barile.

La risposta alla complessità della evoluzione del fenomeno delle Dipendenze può essere affrontata solo con un raccordo sistematico, in una logica di rete, tra tutte le componenti pubblico-privato che sia capace di leggere i bisogni e programmare congiuntamente la modifica del sistema di offerta sanitaria e sociosanitaria adeguato all'evoluzione del fenomeno.

7.8.1 Il modello dipartimentale

Il dipartimento delle Dipendenze rappresenta il punto di riferimento aziendale per le competenze e la operatività in campo di promozione della salute, cura e riabilitazione. È un Dipartimento necessariamente orientato alla rete territoriale, per sviluppare forti sinergie con le famiglie, le scuole, i servizi sociali, coinvolgendo i cittadini in generale, in maniera trasversale. Il dipartimento e le sue articolazioni operative territoriali diventano un patrimonio della popolazione di riferimento sia per gli aspetti sociali, sia per quelli sanitari, inseriti anche nelle attività di contrasto da parte delle autorità competenti (sotto il profilo sia educativo, sia preventivo), con strumenti efficaci di comunicazione attraverso programmi permanenti di informazione e sensibilizzazione.

La rilevanza dell'impatto sociale delle dipendenze e dell'azione dannosa prodotta a livello somatico, comporta deterioramenti irreversibili delle funzioni cognitive, comportamentali, psichiche, esecutive e sociali, che rendono ragione di una nuova e impellente necessità di affrontare il problema delle dipendenza con una nuova intensità e nuove motivazioni.

Il Dipartimento delle Dipendenze pertanto acquista una nuova identità, complessità e responsabilità nella gestione del soggetto con dipendenza patologica. Per tale motivo i nuovi Ser.D. devono operare in un contesto organizzativo unitario, nell'esecuzione di processi assistenziali, terapeutici e riabilitativi basati su evidenze scientifiche, di cui il Dipartimento si fa garante sotto l'aspetto tecnico-scientifico ed organizzativo. Gli strumenti operativi sono quelli della presa in carico globale del paziente e del nucleo familiare ove necessario, nel contesto di lavoro ove possibile, non trascurando l'obiettivo dell'uscita dal processo di cura e riabilitazione, con il superamento dell'idea che la dipendenza sia cronica ed irreversibile.

Il Dipartimento ha come finalità generale quella di sviluppare una serie di azioni concertate e coordinate nell'area ad elevata integrazione socio-sanitaria delle dipendenze da sostanze psicoattive e da comportamenti additivi, tendenti a perseguire gli obiettivi della politica socio-sanitaria regionale ed aziendale. Per le caratteristiche rapidamente evolutive delle forme di dipendenza, è necessario una forte flessibilità organizzativa nel contesto del Dipartimento e dei Ser.D.

Sono organi del Dipartimento delle Dipendenze:

- il Direttore del Dipartimento ;
- il Comitato di Dipartimento;
- l'Assemblea del Dipartimento;
- la Consulta di Dipartimento.

I principi organizzativi dell'organizzazione del dipartimento delle dipendenze si ispirano gli art. 7.3.1/7.3.2/7.3.3/7.3.4.

7.8.2 Obiettivi del Dipartimento per le Dipendenze

Il Dipartimento, attraverso le UU.OO. Ser.D. ed altre articolazioni funzionali/organizzative promuove il perseguimento dei seguenti principali obiettivi:

- attuare la direzione strategica e il coordinamento delle unità operative interessate verso obiettivi comuni;
- definire ed attuare procedure operative basate sull'evidenza concordate e applicate da tutti, al fine di rendere omogenei e coordinati tutti i vari tipi di intervento sul territorio;
- coordinare ed assicurare l'adozione di standard omogenei per le attività di raccolta, archiviazione, elaborazione, interpretazione, diffusione e la trasmissione dei dati alle amministrazioni regionali e centrali;
- promuovere l'allineamento con le indicazioni aziendali e regionali;
- controllare e verificare la qualità dell'assistenza fornita e lo sviluppo dei programmi comuni concordati;
- studiare e proporre soluzioni per ottimizzare le procedure, con particolare riguardo alla riduzione dei tempi di attesa per l'entrata in trattamento, dei trattamenti impropri e della riduzione del tasso di

mancata presa in carico, in collaborazione con tutte le varie strutture della ASL coinvolte nell'assistenza alle persone dipendenti;

- individuare le soluzioni operative per l'ottimizzazione dell'accesso degli utenti alla rete dei servizi socio-sanitari pubblici e privati (Ser.D., reparti ospedalieri, comunità, cooperative sociali);
- incentivare l'umanizzazione dei rapporti tra le strutture sanitarie, i pazienti e le loro famiglie;
- promuovere le attività di aggiornamento e formazione degli operatori sulla base delle indicazioni delle diverse unità operative;
- garantire il raccordo nell'attuazione della programmazione nel settore delle dipendenze tra ASL e privato sociale, scuola, enti locali, comunità terapeutiche, volontariato.

Le aree della dipendenza e degli abusi ricomprendono le patologie da:

- sostanze stupefacenti;
- abuso d'alcool;
- abuso di farmaci non prescritti;
- tabagismo;
- comportamenti compulsivi.

Costituisce area di particolare interesse il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) per il quale si intende:

- realizzare una rete di assistenza che agisca adottando l'approccio integrato con presa in carico globale dell'assistito;
- prevedere che le attività garantite dai Ser.D. (soprattutto accoglienza e consulenza) siano potenziate e qualificate realizzando ulteriori interventi personalizzati, diversificati e coordinati, per la prevenzione - cura e riabilitazione con possibilità di recupero delle persone affette da tale disturbo compulsivo;
- istituire un Osservatorio aziendale sui disturbi da dipendenza comportamentale patologica, in raccordo con l'Osservatorio regionale, con funzione di sostegno delle attività di rete e di raccolta dati;
- promuovere, in integrazione con le agenzie del territorio e le associazioni di settore, una vigorosa e capillare azione di sensibilizzazione ed informazione sulla necessità di individuare ogni possibile condizione di rischio e vulnerabilità, nonché la presenza di sintomi "sentinella" che consentano di porre con tempestività la diagnosi e di intraprendere il trattamento quanto più precocemente possibile.

Il potenziamento dei servizi e azioni di contrasto alle dipendenze si avvale delle linee del DCA n. 86 dell'8.8.2016 (Piano di Azione Regionale di contrasto alle Dipendenze Patologiche), mirato al potenziamento ed all'implementazione delle azioni di contrasto alle Dipendenze svolte dai Servizi pubblici per le Dipendenze (Ser.D.), con specifici finanziamenti dedicati, inoltre fa riferimento al DCA 99/2016.

La rete dei Servizi pubblici per le Dipendenze dell'Asl Napoli 3 sud si compone di n° 5 Unità Operative Complesse ed n° 1 Unità Operativa semplice dipartimentale:

248/347

In pubblicazione dal

1. **Castellammare di Stabia/ Sorrento;**
2. **Torre Annunziata;**
3. **Torre del Greco;**
4. **Nola**
5. **Somma Vesuviana**

□ **Pomigliano D'Arco N°1 U.O.S.D. "Dipendenze Comportamentali ed Osservatorio delle Dipendenze"** allocata con linee di attività specifiche dei servizi delle dipendenze con , inoltre **funzioni di Osservatorio aziendale dei disturbi da dipendenza** comportamentale patologica con funzione di :

- supporto alla direzione dipartimentale per il raccordo con l'Osservatorio regionale ;
- coordinamento dei dati territoriali necessari per assolvere al debito informativo regionale, a sostegno delle attività di tutte le strutture dipartimentali;
- nella UOSD è strutturato il centro Antifumo/ Tabagismo attivo da più di dieci anni , a cui viene assegnata un I.P.A.S..

Gli I.P.A.S. del Dipartimento delle dipendenze sono **in N° 12** e sono esplicitate nel quadro sinottico, tale organizzazione ha permesso di garantire omogenei livelli di assistenza su tutto il territorio aziendale, considerati i limiti dettati dalla normativa vigente in termini di UUOCC e UOOS.

7.9 La rete ospedaliera dell'Asl Napoli 3 Sud

7.9.1 Premessa

L'attività di ricovero rappresenta un imponente capitolo delle prestazioni sanitarie a cui si associa un notevole assorbimento di risorse economiche. In questo particolare momento storico è diffusa in tutti i sistemi sanitari avanzati la tendenza alla deospedalizzazione che trova riscontro non solo nelle attuali risorse economiche limitate ma, è supportata anche dalle società scientifiche mediche che chiedono il trattamento di patologie a bassa complessità in setting assistenziali diversi dall'ospedaliero sia per non allontanare il paziente dal suo ambiente sia per non esporlo a patologie connesse alla permanenza in ospedale. La domanda di prestazioni di ricovero è diffusa in tutta la popolazione ma, si incrementa maggiormente in quei territori ove non è sviluppata un'adeguata offerta di prestazioni sanitarie sostitutive secondo modelli organizzativi di tipo territoriale.

7.9.2 Domanda assistenziale.

La migrazione fuori regione è pari circa al 5%, inferiore alla media regionale che oscilla tra il 7,5% e l'8 % comprendendo i casi di migrazione programmata per patologie specifiche e i casi "involontari" per emergenza. La nostra ASL non essendo limitrofa al confine regionale non risente della migrazione extra regionale a breve raggio.

La domanda assistenziale è soddisfatta per poco più del 50% dall'offerta extra-aziendale regionale, la rimanente dalle strutture incidenti nella nostra ASL. E' utile specificare che la popolazione di alcuni comuni della nostra Azienda, in particolare quelli dell'area suburbana del capoluogo sia per vocazione che per vicinanza rivolgono prevalentemente la loro domanda assistenziale alle aziende sanitarie metropolitane.

249/347

In pubblicazione dal

7.9.3 Tasso di ospedalizzazione.

Il tasso grezzo di ospedalizzazione, calcolato quale rapporto tra i dimessi residenti nell'ASL e la popolazione, per mille abitanti, escludendo i neonati sani, è compreso all'interno del range dei tassi delle altre AA.SS.LL. ed è superiore a quello nazionale. I tassi di ospedalizzazione, calcolati negli anni, mostrano anche per la popolazione della nostra ASL una tendenza alla deospedalizzazione, in linea con le attuali tendenze nazionali in materia di ricovero.

Informazioni più specifiche sulla domanda assistenziale di ricovero emergono dalla distribuzione dei tassi per fasce di età. La domanda di ricovero è maggiore al di sotto dell'anno di vita, si abbassa notevolmente per la popolazione attiva mostrando già un trend in ascesa per la fascia dai quaranta anni in poi.

Il grafico relativo a tutta la popolazione mostra un picco per la fascia 30-34 dovuto all'azione dei ricoveri per DRG di parto o connessi al parto. Infatti, nei grafici elaborati per sesso nelle femmine è particolarmente evidente mentre, è completamente assente nei maschi. Il picco mostra anche come rispetto alle precedenti generazioni l'età procreativa si è spostata verso fasce più alte, le cui motivazioni socio-culturali possono essere oggetto di una specifica analisi.



Figura 1 - Tasso grezzo ospedaliero, maschi per 1000. - Anno 2010

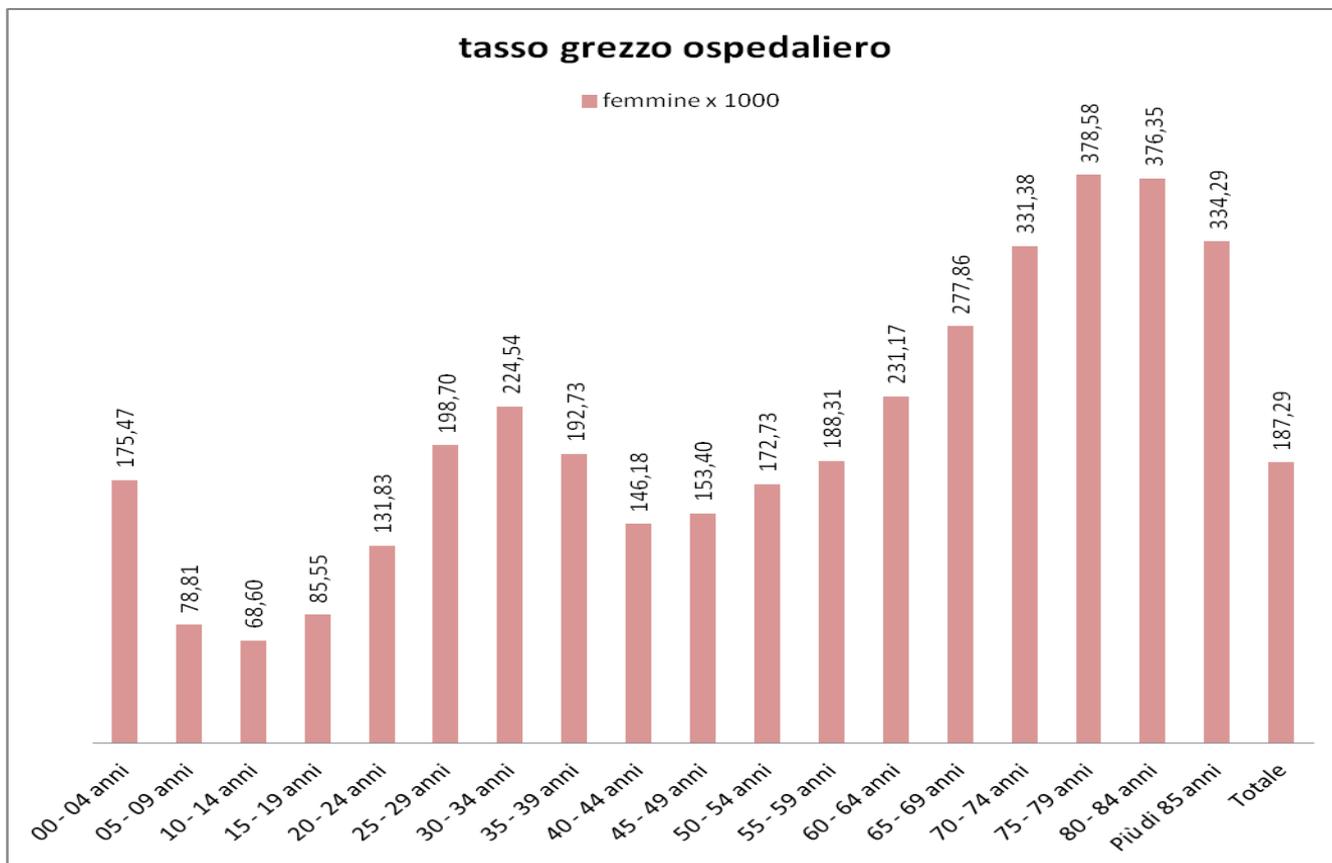


Figura 2 - Tasso grezzo ospedaliero, femmine x 1000 – Anno2010.

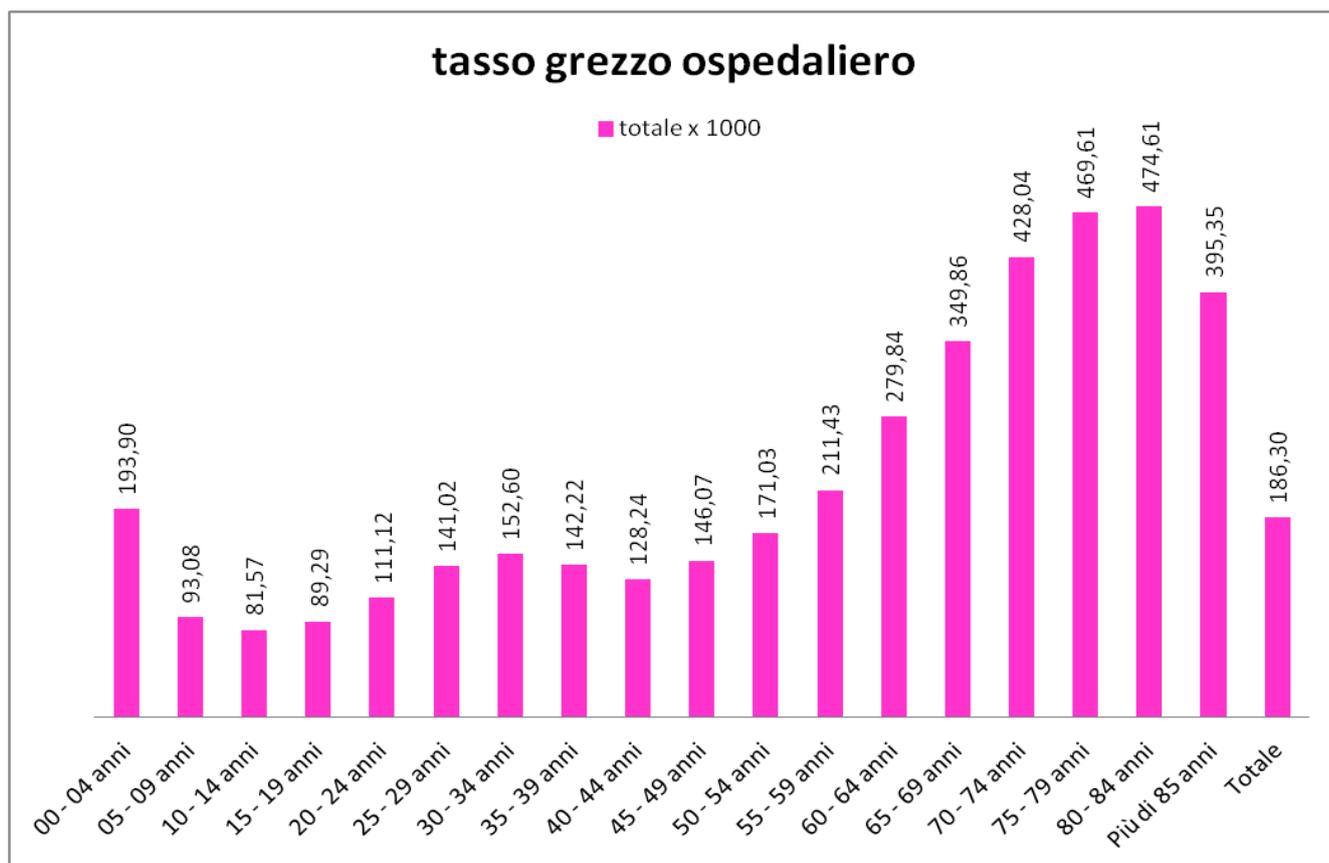


Figura 3 - Tasso grezzo ospedaliero, totale x 1000.- Anno2010

7.9.4 La mobilità extraregionale.

La mobilità extra regionale è pari circa all' 5%, il valore rientra nel range delle altre ASL della Regione Campania, non risente di una mobilità di confine in quanto il territorio dell'ASL Napoli 3 Sud non è confinante con le altre regioni, si associa per caratteristiche cliniche all' intera mobilità extraregionale.

La domanda extra regionale oltre ad essere per lo più caratterizzata da ricoveri a complessità medio-alta risente di motivazioni non strettamente cliniche:

- i cosiddetti "viaggi della speranza" effettuati per patologie che possono ampiamente essere trattate anche in regione
- migrazione verso centri di eccellenza per patologie di media complessità la cui visibilità attira il paziente in grado di affrontare eventuali trasferte extra-regionali □ fenomeni di migrazione temporanea per lavoro o per turismo .

Stante le premesse e considerato il valore non alto della migrazione il fenomeno può essere considerato non influente nel contesto della domanda espressa e soddisfatta in Regione.

7.9.5 Ricoveri erogati in Regione Campania.

L' analisi della domanda dei ricoveri effettuati in Regione merita particolare attenzione in quanto rappresenta oltre il 90% dei ricoveri e possiamo considerarla come l'intera domanda della popolazione.

Inoltre, considerato che la nostra ASL è abbastanza centrale rispetto al territorio regionale, le distanze sono facilmente colmabili, tutte le Aziende ospedaliere della Regione sono facilmente raggiungibili la migrazione intraregionale non si configura come mancata offerta ma, è dovuta alla libera scelta del paziente.

A questo si aggiunga che la nostra ASL è confinante con la città di Napoli ove è concentrata la maggiore densità di posti letto della Regione che per tradizione e vocazione delle popolazioni limitrofe rappresentano il riferimento ospedaliero.

La migrazione sanitaria intraregionale è tale solo secondo una stima economico-finanziaria in quanto i ricoveri erogati in regione, a parer nostro, devono essere considerati complessivamente, senza effettuare una differenza tra ricoveri intra-aziendali ed extra-aziendali e costituiscono la reale risposta alla domanda di ricovero della popolazione.

Distribuzione dei ricoveri per fasce di età della popolazione.

L'età pediatrica presenta una netta prevalenza di ricoveri medici.

La popolazione attiva ha un rapporto nettamente a favore dei ricoveri in DH rispetto ai ricoveri ordinari. Il ricorso alle cure ospedaliere è distribuito in egual misura tra i DRG medici e chirurgici.

il paziente anziano presenta una più bassa percentuale di ricorso al DH in quanto la maggiore complessità determinata da un organismo non più giovane richiede il ricorso al ricovero ordinario. Il ricorso alle cure ospedaliere è prevalente per i DRG medici.

7.9.6 Distribuzione dei ricoveri per MDC e DRG

Ricoveri ordinari

Analisi per MDC

L'uso della Classificazione Diagnostica maggiore consente di raggruppare i DRG per apparati organi o gruppi di malattie consentendo la visualizzazione delle specialità cliniche cui principalmente è rivolta la domanda assistenziale.

Le malattie dell'apparato cardiovascolare rappresentano la prima causa di ricorso al ricovero, assorbendo il maggior numero di risorse. I dati confermano il trend nazionale: sono ampiamente diffuse nella popolazione e meritano particolare attenzione nella programmazione aziendale in termini di prevenzione primaria e secondaria.

Al secondo posto troviamo le malattie della gravidanza, parto e puerperio collegate all'evento nascita.

Seguono in termini percentuali le Malattie dell'apparato osteomuscolare e tessuto connettivo (MDC8) e Malattie e disturbi dell'apparato digerente. Per entrambi è da evidenziare i ricoveri 0-1 giorno hanno un peso non trascurabile essendo indicativo di un utilizzo del ricovero per queste patologie che merita particolare attenzione in termini di appropriatezza.

Seguendo la tabella in ordine decrescente compaiono gli altri MDC secondo una distribuzione la cui analisi merita di essere integrata dalla distribuzione per DRG.

Analisi per DRG

253/347

In pubblicazione dal

L'analisi dei DRG più frequenti in ricovero ordinario pone alle prime frequenze i DRG collegati all' evento nascita che per omogeneità di tipologia di codifica risultano essere i più frequenti. Similmente si verifica per il DRG 410 mostrando quanto il trattamento chemioterapico delle patologie neoplastiche assorbe in termini di risorse.

Successivamente si ha il prevalere di DRG afferenti alle malattie cardiache, che anche nella distribuzione per DRG si confermano ai primi posti.

Il DRG 183 Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC, rientrante nei DRG dei LEA, è presente con ricoveri pari a 0-1 giorno evidenziando una bassa complessità delle patologie trattate e la possibilità di conversione in altri setting assistenziali in una corretta gestione del paziente.

Il DRG 202 cirrosi ed epatite alcolica presente tra i DRG più frequenti conferma l'alto tasso di diffusione di questa patologia nella nostra ASL.

Ricoveri in DH

I DRG più frequenti sono i DRG chirurgici (cristallino, aborto, ernia) il che è indicativo dell'adeguamento delle strutture di ricovero per la scelta di setting assistenziali favorevoli per il paziente e premianti per la struttura secondo le politiche tariffarie adottate dalla Regione Campania. Infatti i DRG rientrano nell' elenco dei DRG LEA soggetti ad abbattimento per superamento delle soglie in regime ordinario e con tariffa premiante per erogazione in day surgery.

Parimenti per il DRG 410, oltre ad avere una sua specifica indicazione scientifica in regime di DH, la Regione Campania al fine di favorire il ricorso al DH e quindi la deospedalizzazione ha previsto per le strutture pubbliche il rimborso di una particolare categoria di farmaci antiblastici ad alto costo in quanto la tariffa del DH non avrebbe coperto i costi del trattamento.

I tassi di ospedalizzazione della nostra popolazione rientrano nella media regionale. In conformità al piano regionale di rientro, che vuole un decremento del tasso di ospedalizzazione regionale; è necessario a livello aziendale proseguire ed incentivare le politiche di deospedalizzazione affinché il loro trend sia in continuo decremento.

Le patologie per cui la popolazione ricorre al ricovero sono quelle ampiamente diffuse nella popolazione quali le malattie cardiovascolari e le patologie neoplastiche.

La domanda di ricovero per le patologie trattabili in day-hospital è ben orientata conferendo un appropriatezza organizzativa. Tuttavia il tasso di ospedalizzazione deve ancora decrescere per poter giungere ad un'appropriatezza clinica ed organizzativa compatibile con un sistema sanitario efficace ed efficiente a risorse limitate.

Nell' ASL Napoli 3 Sud si lavora per attuare quanto previsto dal piano di rientro della Regione Campania: riduzione del tasso di ospedalizzazione e sostituzione dell'offerta di attività ricovero con setting assistenziali diversi.

La nostra azienda in questa ottica sta lavorando per implementare e rafforzare tutte quelle attività sanitarie la cui offerta consente di attivare percorsi di cura appropriati.

Le strategie programmate:

254/347

In pubblicazione dal

- verifica dell' appropriatezza dei ricoveri a cui sono sottoposte tutte le strutture di ricovero;
- potenziamento dell' ADI e dell' ADO che già risultano implementate sul territorio aziendale con soddisfacente copertura dello stesso;
- attivazione distrettuale di percorsi terapeutici con prevenzione delle complicanze per la terapie di patologie croniche a larga diffusione;
- miglioramento dell' integrazione tra ospedale e MMG sia a livello di pre ricovero, appropriatezza prescrittiva, sia durante il ricovero, informativa sull' evoluzione della patologia, sia alla dimissione, attivazione di percorsi territoriali per il prosieguo delle cure
- diffusione delle carte dei servizi per la conoscenza e la scelta del paziente per i servizi che offrono la risposta più specifica al loro bisogno di salute, appropriatezza clinica.
- conversione delle attività sanitaria ospedaliera a bassa complessità verso i regimi a ciclo diurno e verso l' attività ambulatoriale.

Il raggiungimento dell'appropriatezza prescrittiva, clinica, temporale ed organizzativa in sanità è un obiettivo ambizioso e non facilmente raggiungibile ma, sicuramente l'attività di ricovero è quella che meglio si presta a questa sfida.

7.9.7 Presidi Ospedalieri: Modello Organizzativo

L'Ospedale è la struttura tecnico-funzionale, che comprende tutte le funzioni di assistenza destinate a persone affette da patologie sia mediche che chirurgiche in fase acuta e post acuta nei diversi ambiti specialistici, che per gravità, complessità o intensità di cura non possono essere trattate nell'ambito dei servizi territoriali o a domicilio; contribuisce al progetto di salute della comunità attuando le politiche aziendali attraverso un impiego efficace ed efficiente delle risorse assegnate.

Persegue un'azione diagnostico terapeutica improntata alla continuità assistenziale, fondata sull'approccio polispecialistico e multi-professionale attuato attraverso l'integrazione delle attività appropriate al caso, sia interne al Presidio Ospedaliero che esterne allo stesso.

Ciascuna prestazione deve essere fornita nella forma assistenziale che risulta più appropriata, ponendo al centro il paziente con le sue esigenze di cura e i suoi bisogni di assistenza. L'Ospedale supporta, pertanto, il *percorso di continuità delle cure*, collaborando con le strutture territoriali per la presa in carico clinicoassistenziale del paziente.

L'Ospedale, inoltre, basa le sue azioni sul miglioramento continuo della qualità in modo da perseguire efficacia ed efficienza organizzativa anche mediante l'integrazione operativa con l'ospedalità privata accreditata, sostenendo equità nell'accesso ed uguaglianza e affidabilità nelle risposte ai cittadini.

Il DM 70/15 definisce un nuovo modello di classificazione dei Presidi inseriti nella rete ospedaliera, prevedendone 3 diversi livelli di complessità, in relazione al bacino di utenza e ad uno standard di discipline minime per la configurazione al relativo livello. Tale classificazione viene recepita dalla Regione Campania, con il Decreto del Commissario ad Acta n.33/2016 prevedendo per la Asl Napoli 3 Sud due presidi di I livello (PP.OO. di Nola e di Castellammare) e quattro presidi ospedalieri di base (PP.OO. di Boscotrecase, di Torre del Greco, di Sorrento, di Vico Equense); nel periodo di vigenza del Piano è programmata dalla Regione

Campania la valutazione di una progettualità per la creazione di struttura ospedaliera unica per la Penisola Sorrentina.

Il modello di rete ospedaliera previsto dalla programmazione regionale, in particolare dal Piano Ospedaliero Regionale, è quello denominato *hub e spoke*, che prevede la concentrazione della casistica più complessa, o che richiede più complessi sistemi produttivi/erogatori, in un numero limitato di centri (*hub*), che trattino volumi di attività tali da garantire la miglior qualità di assistenza erogata e il miglior utilizzo delle risorse organizzative disponibili. L'attività di tali centri è integrata attraverso connessioni funzionali con quella dei centri periferici (*spoke*) che assicurano l'assistenza per la casistica residua.

Il Piano Ospedaliero regionale per la Asl Napoli 3 Sud prevede il potenziamento dei Presidi Ospedalieri di Castellammare e di Nola quali presidi di 1° livello e quattro presidi di base (PP.OO. Boscotrecase – Torre del Greco – Sorrento – Vico Equense) ; nel periodo di vigenza del Piano Ospedaliero ex DCA33/16 è programmata dalla Regione Campania la valutazione di una progettualità per la creazione di struttura ospedaliera unica per la Penisola Sorrentina.

L'ospedale unico, se viene così valutato dalla regione Campania, avrà la possibilità di essere definito dalla stessa Regione Campania quale Azienda Ospedaliera, potrebbe infatti rispondere ai bisogni di una popolazione che presenta rilevanti problemi di accesso ai servizi resi da altri presidi ospedalieri sia dell'ASL Napoli 3 Sud che da parte delle AASSLL limitrofe, soprattutto per patologie tempo dipendenti. Tale soluzione ridurrebbe notevolmente i costi di gestione correlati alla presenza di due presidi ospedalieri di Sorrento e di Vico Equense che, comunque non riescono a garantire tutte le emergenze sia per i cittadini residenti sia per i visitatori, considerata la forte natura turistica della Penisola Sorrentina, non solo nel periodo estivo.

La sotto dotazione strutturale della NA3 Sud, caratterizzata da un patrimonio edilizio carente per strutture nell'area di emergenza/urgenza, funzionalmente è colmata da alcuni Presidi circostanti nonché dal DEA I livello di Nocera Inferiore, in Area Salerno, e dal DEA di II Livello Ospedale del Mare.

Con l'entrata a regime dell'Ospedale del Mare nell'ASL NA1 ed una prima verifica dei flussi è prevista una rivalutazione dell'offerta dell'area, valutando l'opportunità di nuove sinergie e integrazioni.

Complessivamente la ASL Napoli 3 Sud viene incrementata di 388 posti letto in allineamento con gli standard attesi secondo il DM 70/15.

Presso la Asl Napoli 3 Sud sono programmati 4 *Ospedali di base* sede di Pronto Soccorso (bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, tempo di percorrenza inferiore a 60 minuti verso il DEA di riferimento e numero di accessi P.S, superiore a 20.000). Sono deputati ad effettuare in emergenza-urgenza procedure diagnostiche, trattamenti terapeutici, ricoveri oppure stabilizzazione clinica e trasferimenti urgenti 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. I pronto soccorso sono dotati di letti di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) proporzionali al bacino di utenza e alla media degli accessi.

1. P.O. di Sorrento, con ruolo *spoke* nella rete cardiologica e PST rete Trauma, con disciplina di Oncologia e di Riabilitazione (cod. 56);
2. P.O. di Vico Equense, *spoke* I nella terapia del dolore, *spoke* I rete emergenze pediatriche riceve implementazione di Psichiatria.
3. P.O. di Boscotrecase, con ruolo *spoke* nella rete cardiologica, *spoke* I rete emergenze pediatriche, PST rete Trauma, *spoke* rete emergenze gastroenteriche, *spoke* I rete terapia del dolore. Attraverso il completamento della struttura con interventi di edilizia sanitaria

sulla rimanente parte nel plesso Boscotrecase, considerato il bacino di utenza, esso mantiene una attività nell'area dell'emergenza di tipo multi – disciplinare.

4. P.O. di Torre del Greco, che rimane dotato di proprio Pronto Soccorso, viene configurato anche quale polo oncologico e di lungodegenza e riabilitazione. La struttura ospiterà inoltre un Hospice pediatrico e una UCCP pediatrica.

Sono, inoltre, programmati 2 Ospedali sede di DEA di I livello (bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, con un numero di accessi annui appropriati superiore a 45.000): Presidio Ospedaliero di Nola, con lo st. di Pollena, e Presidio di Castellammare di Stabia, con lo stabilimento di Gragnano.

Eseguono tutti gli interventi previsti per gli ospedali sede di PS e svolgono 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, trasferiscono in continuità di assistenza al DEA di II livello (hub) per livello superiore di cura.

- Presidio Ospedaliero di Nola con lo st. di Pollena (che viene reinserito nella rete ospedaliera), con funzione di spoke IMA, spoke ictus, PST rete Trauma, spoke II livello terapia del dolore, spoke II rete emergenze pediatriche. Anch'esso situato nel territorio Terra dei Fuochi riceve un incremento nella disciplina Oncologia e l'istituzione di Ematologia. Lo Stabilimento di Pollena è configurato quale P.O. senza PS annesso al DEA di Nola. E' costituita un'unica AFO Medica con Medicina, Pneumologia e Gastroenterologia, nonché la disciplina di Riabilitazione (cod. 56).
- Presidio Ospedaliero di Castellammare di Stabia, con lo Stabilimento di Gragnano, ha funzione di spoke nella rete Ictus, hub di I livello nella rete cardiologica, PST nella rete traumatologica, spoke I nella terapia del dolore, spoke II rete emergenze pediatriche. Viene inoltre istituita la TIN.

La complessiva dotazione di posti letto e delle funzioni esplicitate dalle strutture Ospedaliere pubbliche, tramite le unità operative, è disciplinata dal predetto piano ospedaliero, licenziato dalla Regione Campania, indicate nelle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate allegate, per un totale di 1130 p.l. programmati.

L'organizzazione ospedaliera della Asl Napoli 3 Sud Azienda si fonda sul modello dipartimentale, come si evince dalle schede allegate al presente atto aziendale. L'organizzazione dipartimentale, come riportato dall'art. 17bis del D.Lgs 502/92 e s.m.i., è riconosciuta come *"il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività dell'Azienda Sanitaria Locale"*.

Il modello dipartimentale è il modello ordinario di gestione della Asl Napoli 3 Sud secondo quanto previsto dal DCA n.18/2013 della Regione Campania e dal DCA33/2016 e dal DCA 67/2016.

Tale modello organizzativo persegue l'efficienza organizzativa, favorendo l'efficacia e l'appropriatezza dell'intervento sanitario, l'accessibilità dell'utente ai servizi sanitari offerti.

L'organizzazione dipartimentale consente il coordinamento delle attività cliniche, favorendo l'efficienza e l'integrazione delle attività delle unità operative, perseguendo l'integrazione con gli altri livelli assistenziali ed un più razionale e promuovendo i processi di responsabilizzazione della dirigenza.

Il modello dipartimentale favorisce la valorizzazione e la responsabilizzazione degli operatori, promuovendo le professionalità e le competenze attraverso un efficace ed integrato impiego delle risorse, l'elaborazione di protocolli, procedure e percorsi assistenziali basati sulle evidenze cliniche.

Il Dipartimento, unità organizzativa fondamentale dell'Azienda, è costituito da strutture, complesse e semplici a valenza dipartimentale, omogenee, omologhe, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono, quindi, tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale.

Le strutture che compongono il Dipartimento sono aggregate in una specifica tipologia organizzativa e gestionale, finalizzata a fornire risposte unitarie, tempestive e complete rispetto ai compiti attribuiti.

Per quanto attiene invece alla definizione degli organi, delle modalità organizzative e delle regole di funzionamento, si rimanda ai regolamenti aziendali di attuazione.

L'assetto organizzativo della rete ospedaliera dell'ASL NA3 Sud viene delineato tenendo conto della presenza sul territorio di n. 6 Presidi Ospedalieri, di cui 2 PP.OO. di I livello (P.O. Nola con lo st. di Pollena, P.O. di Castellammare di Stabia con lo stabilimento di Gragnano), e n.4 PP.OO. di base aggregati P.O. di Boscotrecase e P.O. di Torre del Greco, P.O. di Vico Equense e P.O. di Sorrento, per garantire alla popolazione la maggior uniformità possibile in termini di accessibilità e qualità dei servizi erogati, utilizzando al meglio le risorse disponibili, introducendo l'operatività del coordinamento ospedaliero: il modello organizzativo adottato è quello del "funzionamento in rete degli ospedali".

L'obiettivo generale cui si ispira tale modello, è quello di garantire, nell'ambito della rete di produzione, omogeneità delle risposte sanitarie, adeguati livelli di qualità e sicurezza, in condizione di distribuzione equa delle risorse.

La scelta del *modello organizzativo a rete* permette di valorizzare i singoli presidi ospedalieri come luogo di produzione al servizio delle comunità locali e dell'intero territorio aziendale, realizzando non solamente un'equa distribuzione delle risorse ma anche introducendo sinergie funzionali e operative. Tale modello, oltre a consentire il trasferimento dei pazienti tra i vari punti della rete, offre l'opportunità di disporre della possibilità dello spostamento anche delle professionalità all'interno della rete, garantendo appropriatezza dei setting assistenziali e potenziamento del knowledge management.

L'attività ospedaliera, a prescindere dal numero di sedi, è diretta da un Direttore medico di presidio, responsabile organizzativo-funzionale della funzione ospedaliera, e dal Direttore della Unità Operativa Complessa Governo della Funzione Ospedaliera, al quale è ricondotto il ruolo di coordinamento della rete e garante dell'omogeneità dell'organizzazione e dell'applicazione di tutte le norme ed i regolamenti aziendali, nominato dal Direttore Generale, ed in supporto al Direttore Sanitario Aziendale.

Capisaldi di tale organizzazione sono, da un lato i Presidi Ospedalieri, intesi come stabilimenti di produzione, e dall'altra i Dipartimenti clinici, a matrice trasversale, i quali apportano le necessarie professionalità, e comunque orientati a garantire l'assistenza ospedaliera, stante la trasversalità, l'omogeneità dei percorsi e degli atteggiamenti clinici.

Gli attori diventano quindi in particolar modo:

- Il Direttore della Unità Operativa Complessa Governo della Funzione Ospedaliera per le attività di sovrintendenza a garanzia del corretto andamento nelle singole Direzioni Mediche di Presidio e nei Dipartimenti rispetto agli obiettivi aziendali di integrazione;

- I Direttori dei Dipartimenti, quali titolari della produzione;
- I Direttori Medici dei Presidi (Unità Operative Complesse), garanti del funzionamento della struttura di produzione e dell'organizzazione generale dei singoli Presidi.

Il Direttore della Unità Operativa Complessa Governo della Funzione Ospedaliera collabora con il Direttore Sanitario Aziendale alla progettazione organizzativa e alla pianificazione strategica; propone al Direttore Sanitario Aziendale, d'intesa con i Direttori Medici di Presidio e Direttori di Dipartimento, le misure organizzative relative all'assetto ospedaliero complessivo; sovrintende alla realizzazione, all'interno delle strutture ospedaliere, delle indicazioni aziendali di governo clinico; concorre alla definizione delle politiche aziendali in materia di libera professione e ne garantisce l'attuazione nell'ambito ospedaliero.

I Dipartimenti ospedalieri ed i Dipartimenti Sanitari integrati, in coerenza con la realizzazione concreta della rete dei Presidi e dei Distretti, si configurano come dipartimenti strutturali e trasversali con le attività territoriali, per soddisfare due elementi organizzativi di base, la *qualità clinico-assistenziale* e l'*efficienza gestionale*.

I Dipartimenti hanno responsabilità sulle risorse professionali, garantiscono omogeneità dei processi assistenziali, si rapportano ai Direttori Medici di Presidio, al Direttore della Unità Operativa Complessa Governo della Funzione Ospedaliera e al Direttore Sanitario Aziendale, e forniscono supporto alla Direzione Generale per la definizione delle linee strategiche aziendali.

Al Direttore UOC Direzione Medica di Presidio compete, in particolare, la responsabilità di garantire le condizioni organizzative e tecnico sanitarie necessarie al raggiungimento degli obiettivi delle singole unità operative, contribuendo al raggiungimento degli obiettivi dei Dipartimenti e sviluppando la continuità delle cure all'interno dell'ospedale in raccordo con i servizi territoriali.

Il Direttore Medico di Presidio, avvalendosi della collaborazione di un team sanitario, infermieristico ed amministrativo, opera nelle seguenti aree di attività:

- a) area della programmazione, dando attuazione agli indirizzi strategici della direzione generale e garantendo l'integrazione dei dipartimenti ospedalieri e l'efficienza ed efficacia delle linee produttive;
- b) area igienico-organizzativa e della gestione operativa.

Il Direttore Medico di Presidio Ospedaliero:

- Opera in posizione di linea al Direttore Sanitario di Azienda, con ruolo di responsabilità nell'espletamento delle funzioni di direzione a lui delegate;
- Assicura il contributo e l'integrazione funzionale delle UU.OO. del Presidio Ospedaliero alle linee di programma dell'azienda;
- Contribuisce all'individuazione delle linee di sviluppo e delle azioni comprese nelle responsabilità dei settori della Direzione Sanitaria Presidiali;
- Concorre alla definizione dei criteri e delle priorità di allocazione delle risorse per le UU.OO., verificando la congruità tra risorse assegnate e obiettivi prefissati d'intesa con i Direttori dei Dipartimenti;

Con apposito successivo regolamento verranno declinate le specifiche funzioni gestionali e organizzative, igienistiche e medico-legali, le attività di supporto per le unità operative, le attività di gestione e supervisione
259/347

In pubblicazione dal

dei servizi generali di supporto alle attività sanitarie, le attività di promozione e sviluppo della qualità dell'assistenza, nonché gli adempimenti relativi al D. Lgs. 81/08 e s.m.i., oltre agli adempimenti relativi al D. Lgs 152/2006, in collaborazione con altri uffici del Presidio e dell'Azienda.

Si definiscono, nello specifico, le seguenti linee di attività delle Direzioni mediche di presidio:

- Attività gestionali ed organizzative;
- Attività di igiene ospedaliera e attività medico-legali;
- Attività di gestione e supervisione dei servizi generali di supporto alle attività sanitarie (in collaborazione con le altre articolazioni aziendali coinvolte);
- Attività di promozione e sviluppo della qualità dell'assistenza erogata.

I Direttori medici di presidio rispondono alla Direzione Generale nella figura del Direttore Sanitario aziendale, e al Direttore della UOC Governo della Funzione Ospedaliera per le azioni/attività trasversali, che necessitano di coordinamento tecnico-operativo in quanto legate a ripercussioni sui servizi ospedalieri e sulla continuità dell'assistenza (es. infezioni ospedaliere, aspetti strutturali, logistici, di rischio e sicurezza ai sensi del D. Lgs. 81/2008).

Sono individuate n.4 UU.OO.CC. Direzioni Medica di Presidio, come di seguito indicate:

DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO					
P.O. Nola - St. Pollena	P.O. Boscotrecase - P.O. Torre del Greco	P.O. Castellammare - St. Gragnano	P.O. Sorrento - P.O. Vico Equense	Totali	UOC
1	1	1	1		4

In supporto alla funzione di governo tecnico-amministrativo del Direttore Amministrativo aziendale, al fine di perseguire un'azione omogenea e coordinata a livello aziendale, per garantire le funzioni amministrative ospedaliere nell'organizzazione dei presidi ospedalieri e dei relativi Dipartimenti di afferenza, vengono individuate due strutture amministrative denominate:

- Unità Operativa Complessa Amministrativa PP.OO. Nola/Pollena e Boscotrecase/Torre del Greco
- Unità Operativa Complessa Amministrativa PP.OO. Castellammare/Gragnano, Sorrento/Vico.

Le linee di attività sono delineate nel Titolo n° 2.

Le organizzazioni dipartimentali, di seguito evidenziate, si ispirano ai principi organizzativi degli articoli dell'atto aziendale artt. 7.3.1; 7.3.2; 7.3.3; 7.3.4.

7.10 Dipartimento Scienze Mediche, Assistenza Riabilitativa Ospedaliera E Post Acuzie

Il Dipartimento delle Scienze Mediche, assistenza riabilitativa ospedaliera e post acuzie, costituito da unità operative omogenee sotto il profilo dell'attività o delle risorse umane e tecnologiche impiegate, ricomprende

l'Area della Medicina Interna, dell'Oncologia, della Nefrologia, della Gastro-enterologia, della lungodegenza e dell'assistenza riabilitativa ospedaliera.

A tale Dipartimento afferiscono, inoltre, le attività specialistiche di: Ematologia, Malattia del Fegato, Reumatologia, Dermatologia, Geriatria, Pneumologia e Malattie del Ricambio.

Il dipartimento riunisce personale di ambiti diversi, costituito da unità operative omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono tra loro interdipendenti, pur mantenendo le proprie autonomie e responsabilità professionali.

Il Dipartimento sviluppa percorsi assistenziali di eccellenza, finalizzati al trattamento della post – acuzie, nell'ottica della continuità assistenziale, per il recupero funzionale ed il miglioramento delle condizioni di salute dei pazienti dopo un evento acuto, attraverso la collaborazione tra le professionalità che vi operano e la formazione degli operatori. Il ricovero presso l'Unità di Lungodegenza è rivolto a quegli utenti che, terminata la fase di acuzie, necessitano di un prolungamento del trattamento in regime ospedaliero in quanto i postumi della patologia di base non consentono l'immediato rientro in ambito domiciliare o il trasferimento ad altro setting assistenziale.

Il piano ospedaliero regionale di cui al DCA 33/2016 prevede per la disciplina Lungodegenti - codice 60 - complessivamente n. 74 p.l. per i quali è stata effettuata solo una redistribuzione ed accorpamento presso lo st. di Pollena (anziché P.O. di Nola), P.O. di Torre del Greco (accorpamento con i p.l. previsti al P.O. di Boscotrecase), confermando i 32 p.l. dello stabilimento di Gragnano; al fine di garantire la distinzione dei percorsi e favorire la costituzione di AFO Mediche.

Per quanto concerne la disciplina di Reumatologia - codice 71 – prevista dal piano ospedaliero regionale presso il P.O. di Boscotrecase si è provveduto alla programmazione di tali p.l. presso il P.O. di Torre del Greco, P.O. funzionalmente collegato al P.O. di Boscotrecase, sia per l'immediata disponibilità di spazi assistenziali sia per la distinzione dei percorsi dei pazienti affetti da patologie acute rispetto ai pazienti affetti da patologie croniche.

Confluiscono nel Dipartimento Area medica e medicina specialistica le seguenti UU.OO.CC.:

1. Oncologia P.O. di Nola
2. Medicina e AFO indirizzo respiratorio st. di Pollena
3. Medicina e AFO P.O. di Torre del Greco
4. Medicina e AFO Stabilimento di Gragnano
5. Medicina e AFO P.O. di Vico Equense
6. Gastroenterologia Torre del Greco
7. Nefrologia/emodialisi P.O. di Castellammare
8. Pneumologia
9. Lungodegenza
10. Attività Riabilitative

E la seguente U.O.S.D.:

1. N. 1 Ematologia (Nola)
2. N. 1 Nutrizione clinica Area Nolana

3. N. 1 Gastroenterologia P.O. Nola
4. N.1 Nefrologia /Emodialisi del P.O. di Nola* ***(L'attuale UOC di Nefrologia sarà sostituita dalla UOSD Nefrologia bloccando il turnover alla scadenza dell'incarico contrattualizzato dell'attuale direttore UOC. L'Azienda Sanitaria Locale si impegna a non attivare una UOC di nuova istituzione al fine di garantire lo standard di 130 unità operative complesse)***

E le seguenti UU.OO.SS.:

1. N. 1 DH Oncologico Torre del Greco (cui afferiscono i 4 p.l. del St. di Sorrento)
2. N. 1 Lungodegenza Stabilimento Pollena.
3. N. 1 Lungodegenza Torre del Greco
4. N. 1 Reumatologia P.O. Torre del Greco
5. N. 1 Unità Fegato Stabilimento di Gragnano
6. N. 1 Malattie del ricambio P.O. Vico Equense
7. N. 1 Dialisi P.O. di Castellammare (+ C.A.D. con 10 p.t. organizzati nel territorio della Penisola Sorrentina)

7.11 Dipartimento Area Chirurgia Generale e Specialistica

Il Dipartimento di Area Chirurgica, costituito da unità operative omogenee sotto il profilo dell'attività o delle risorse umane e tecnologiche impiegate, assicura Diagnosi, cura medica e chirurgica e programmazione della cura riabilitativa, attraverso attività ambulatoriale, ricovero ordinario, Week Surgery e Day Surgery.

Il piano ospedaliero regionale di cui al DCA 33/2016 prevede per la disciplina di Ortopedia e traumatologia - il codice 38 - complessivi 104 p.l. che sono stati rimodulati al fine di razionalizzare l'uso delle risorse (strutturali e umane), tenuto conto del collegamento funzionale e dell'assetto organizzativo dei PP.OO., con una Direzione Medica di Presidio e dei servizi per due plessi ospedalieri, P.O. di Boscotrecase con P.O. di Torre del Greco,

P.O. di Sorrento con P.O. di Vico Equense, P.O. di Nola con lo st. di Pollena, P.O. di Castellammare con lo stabilimento di Gragnano. Tale programmazione, inoltre, consente di concentrare le attività di Urgenza ed Emergenza presso i PP.OO. di Nola, Castellammare, Boscotrecase, Sorrento, e di perseguire il raggiungimento degli obiettivi regionali per l'allineamento degli esiti relativi al trattamento delle fratture di femore nei pazienti anziani nelle 48 ore, nonché un utilizzo ottimale delle sale operatorie, separando il percorso dei pazienti con patologie traumatologiche dal percorso dei pazienti affetti da patologie croniche.

Inoltre, relativamente alla disciplina Otorinolaringoiatria – codice 38 – nel presente atto i 10 p.l. previsti dal piano ospedaliero regionale, di cui al DCA 33/2016, presso il P.O. di Castellammare sono stati rimodulati con lo spostamento di n. 2 p.l. presso il vicino P.O. di Vico Equense per le attività di Day Surgery, considerato sia il modello attualmente sperimentale della UOC di Otorinolaringoiatria del P.O. di Castellammare sia la necessità di decongestionare le attività del Blocco Operatorio di Castellammare, costituito da sole due sale operatorie di cui una dedicata alle emergenze/urgenze.

Il Dipartimento ricomprende le seguenti UU.OO.CC.:

1. Chirurgica Area Nolana

2. Chirurgica Area vesuviana
3. Chirurgica Castellammare
4. Chirurgica Area sorrentina
5. Oculistica Nola
6. Oculistica Castellammare
7. ORL Nola-BTC-Castellammare
8. Ortopedia Area Nolana
9. Ortopedia Area vesuviana
10. Ortopedia Castellammare
11. Ortopedia Area sorrentina

E la seguenti U.O.S.D.:

1. N. 1 Day Surgery sede di Pollena
2. N. 1 Chirurgia Endoscopica sede di Pollena
3. N. 1 Urologia (Castellammare-Nola)
4. N. 1 Chirurgia Oncologica Torre del Greco

E le seguenti UU.OO.SS.:

1. N. 1 Chirurgia laparoscopica P.O. di Nola
2. N. 1 Chirurgia Vascolare P.O. Boscotrecase
3. N. 1 Chirurgia laparoscopica P.O. di Castellammare
4. N. 1 Chirurgia laparoscopica P.O. Sorrento/Vico Equense
5. N. 1 Patologia maculare P.O. di Boscotrecase (afferente UOC Oculistica P.O. Nola)
6. N. 1 Patologia vitreo-retinica P.O. Vico Equense (afferente UOC Oculistica P.O. Castellammare)
7. N. 1 Otorinolaringoiatria P.O. di Boscotrecase (afferente UOC Otorinolaringoiatria P.O. Castellammare)
8. N. 1 Otorinolaringoiatria P.O. di Nola (afferente UOC Otorinolaringoiatria P.O. Castellammare)
9. N. 1 Traumatologia P.O. di Nola
10. N. 1 Patologia degenerativa delle grosse articolazioni P.O. Torre del Greco (afferente alla UOC Ortopedia P.O. Boscotrecase)
11. N. 1 Traumatologia P.O. di Castellammare
12. N.1 Patologia degenerativa delle grosse articolazioni P.O. Vico Equense (afferente alla UOC Ortopedia del P.O. di Sorrento)

7.12 Dipartimento Area Critica

Al fine di garantire il coordinamento tra le diverse strutture e sedi deputate all'Emergenza, è istituito il Dipartimento dell'Area Critica; il dipartimento, costituito da unità operative omogenee sotto il profilo dell'attività e delle risorse umane e tecnologiche impiegate, ha la responsabilità gestionale delle risorse assegnate e rappresenta punto di riferimento all'interno del Sistema di emergenza, coordinato dalla Centrale Operativa 118 NA EST, assicurando in tempo reale una risposta ai casi di emergenza – urgenza. In particolare, è parte integrante di una rete che attraverso trasporti con ambulanze o elisoccorso, assicura ai pazienti in condizioni critiche il trattamento necessario o comunque le cure appropriate nella sede disponibile più opportuna all'interno della rete ospedaliera aziendale e Regionale. Tutte le strutture afferenti cooperano per la partecipazione alla procedura dei prelievi d'organo e tessuti ogni qual volta se ne presenti la necessità, in collegamento con il Centro Regionale di riferimento per i Trapianti. La Cardiologia e la Neurologia pur essendo specialità mediche, sono state inserite nel Dipartimento di Area critica per la predominanza delle funzioni relative **alle reti per le patologie tempo dipendenti**.

Attesa la necessità di governare il percorso clinico dei pazienti affetti da patologie ad esordio acuto, si è proceduto ad una parziale conversione di posti letto di Medicina Generale, previsti dal piano regionale, in posti letto per la disciplina Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, nei presidi di Nola, Boscotrecase, Castellammare e Sorrento, anche in considerazione dell'offerta di pp.II. delle case di cura accreditate presenti sul territorio aziendale.

In particolare, tenuto conto, che per le discipline Medicina Generale (codice 26) e Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza (codice 51) il piano regionale prevede pp.II. 150 per la disciplina di Medicina Generale e pp.II. 16 per la disciplina Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, vista la presenza di Pronto Soccorso in tutti i Presidi Ospedalieri aziendali (tranne che negli stabilimenti di Pollena e di Gragnano), al fine di garantire un adeguato setting assistenziale ai pazienti affetti da patologie acute, come preannunciato e condiviso nei colloqui con la struttura commissariale, si è proceduto ad una redistribuzione e trasformazione dei pp.II. della disciplina di Medicina Generale aumentando, nel contempo, la disponibilità di pp.II. per la disciplina di Medicina D'Urgenza; tale provvedimento ha anche tenuto conto dei presidi funzionalmente collegati, e della distinzione dei percorsi tra le attività di urgenza/emergenza e le attività assistenziali per i pazienti cronici.

Disciplina Medicina Generale codice 26	p.l.	Disciplina Medicina e chirurgia D'accettazione e d'urgenza codice 51	p.l.
St. Pollena	14	P.O. Nola	18
P.O. Nola	12		
P.O. Torre del Greco	20	P.O. Castellammare	20
P.O. Boscotrecase	8		
St. Gragnano	10	P.O. Boscotrecase	16
P.O. Castellammare	8		
P.O. Vico Equense	16	P.O. Sorrento	16
P.O. Sorrento	8		
Totali p.l.	96		70

Confluiscono nel Dipartimento Area Critica le seguenti UU.OO.CC.:

1. Cardiologia P.O. di Nola;
2. Cardiologia P.O. di Boscotrecase;
3. Cardiologia P.O. di Castellammare (cui afferisce la cardiologia del P.O. di Sorrento);
4. MCAU e P.S. P.O. di Nola;
5. MCAU e P.S. P.O. di Castellammare;
6. MCAU e P.S. P.O. di Boscotrecase (cui afferisce il P.S. del P.O. di Torre del Greco);
7. MCAU e P.S. P.O. di Sorrento (cui afferisce il P.S. del P.O. di Vico Equense);
8. Anestesia e terapia intensiva P.O. di Nola;
9. Anestesia e terapia intensiva P.O. di Castellammare;
10. Anestesia e terapia intensiva PP.OO. di Sorrento e Vico Equense;
11. Anestesia e terapia intensiva PP.OO. di Boscotrecase e Torre del Greco;
12. Sistema Emergenza 118;
13. UOC Neurologia P.O. Castellammare;
14. UOC Neurologia Nola.

Le seguenti UU.OO.SS.:

1. N. 1 Emodinamica P.O. di Nola;
2. N. 1 UTIC P.O. di Nola;
3. N. 1 Elettrofisiologia P.O. di Nola;
4. N. 1 UTIC P.O. di Boscotrecase;
5. N. 1 Emodinamica P.O. di Castellammare;
6. N. 1 UTIC P.O. di Castellammare;
7. N. 1 UTIC P.O. di Sorrento;
8. N. 1 Elettrofisiologia P.O. di Sorrento;
9. N. 1 Pronto Soccorso e OBI P.O. di Castellammare;
10. N. 1 Pronto Soccorso e OBI P.O. di Nola;
11. N. 1 Pronto Soccorso e OBI PP.OO. di Boscotrecase e Torre del Greco;
12. N. 1 Pronto Soccorso e OBI PP.OO. di Sorrento e Vico Equense;
13. N. 1 Terapia intensiva P.O. di Nola;
14. N. 1 Terapia intensiva P.O. di Boscotrecase;
15. N. 1 Terapia intensiva P.O. di Castellammare;
16. N. 1 Terapia intensiva P.O. di Sorrento;
17. N. 1 Terapia del dolore P.O. di Nola;
18. N. 1 Terapia del dolore P.O. di Boscotrecase;
19. N. 1 Terapia del dolore P.O. di Castellammare;
20. N. 1 Terapia del dolore P.O. di Sorrento;
21. N. 1 Stroke Unit P.O. Nola;
22. N. 1 Stroke Unit P.O. Castellammare di Stabia.

Ed infine, n. 1 la UOSD Neurologia del P.O. di Boscotrecase

Si rimanda alla Rete Cardiologica ed alla Rete dell'ictus cerebrale per un maggiore approfondimento delle problematiche relative all'organizzazione della risposta cardiologica e neurologica all'interno del Dipartimento area Critica.

Le Cure Palliative per malati terminali, o più precisamente, per patologie croniche degenerative a prognosi infausta, oncologiche e non oncologiche, sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità di pazienti che presentano specifiche criticità:

- Malati c.d. terminali, oncologici e non, in fase avanzata di patologia
- Malati con patologie neurologiche degenerative/progressive
- Malati con esigenze di nutrizione artificiale enterale (compresa PEG) e parenterale
- Malati ematologici bisognosi di trasfusione di sangue ed emoderivati
- Fasi avanzate e complicate di malattie croniche che necessitano di terapia del dolore, infusione continua di farmaci e di tutte le procedure sopra elencate
- Pazienti in stato vegetativo o di minima coscienza e/o con necessità di ventilazione assistita.

Le Cure Domiciliari rappresentano un setting da privilegiare, anche per i malati terminali, come da L. n. 38/2010 e D.C.A. n. 46/2015.

La rete si completa con la presenza dell'Hospice, struttura residenziale, disciplinata dai DCA n. 4/2011 e n. 128/2012, in modo da determinare condizioni favorevoli alla continuità di assistenza.

Di tale rete fanno parte anche le SUAP, di recente istituzione e in fase di realizzazione nella nostra Azienda. Considerando che sul territorio dell'azienda non sono stati attivati ancora gli Hospice, pertanto, esistono 4 unità di Cure Palliative che coincidono con gli Spoke di Terapia del Dolore dei PP.OO., ufficialmente individuati a livello regionale ed aziendale quale nodi della rete per la terapia del dolore (D.C.A. n. 22/2015)

Attualmente le cure palliative sono affidate a queste strutture, il cui responsabile è un medico specialista in anestesia e rianimazione, che ha le competenze e la formazione in cure palliative istituzionalmente certificata (D.C.A. n. 57 del 21/06/2016).

I Centri Spoke assicurano l'insieme degli interventi sanitari ed assistenziali di terapia del dolore erogati in regime ambulatoriale, di Day Hospital e di ricovero ordinario.

Tali strutture sono già attualmente dotate di personale medico e infermieristico, all'uopo formato, ma utilizzato part time, e sono di fatto già in rete, a norma della L. 38/2010 e del DCA 22/2015, essendo in costante rapporto con i Distretti e, attraverso loro, con i MMG, secondo procedure condivise. Tali equipe sono qualificate e specializzate per la presa in carico dei malati che necessitano di Cure Palliative, erogando le prestazioni a livello territoriale, pur mantenendo una specifica professionalità e competenza ospedaliera, e rappresentano la più completa risposta alle esigenze di deospedalizzazione di ammalati cronici complessi, alla dimissione protetta e al ricorso al c.d. Day Hospice.

All'interno delle 4 Unità Operative Complesse Anestesia e Rianimazione si individuano 4 UOS di terapia del dolore, ubicate presso le strutture ospedaliere dei PP. OO. Nola, Boscotrecase, Castellammare, Sorrento, distribuite omogeneamente su tutto il territorio ASL.

Per uniformare le modalità di presa in carico, i percorsi assistenziali, di erogazione delle prestazioni ed i rapporti con i Distretti, le 4 unità operative Complesse Anestesia e Rianimazione si relazionano con la UOC 266/347

In pubblicazione dal

Cure Domiciliari al fine di stilare programmi, redigere progetti e protocolli operativi specifici (PDTA) e per tutte le altre problematiche inerenti la garanzia dell'assistenza domiciliare.

Per tutto quanto non previsto, si fa riferimento alla DGRC n°41/2011, al DCA n. 4/2011 e successive modifiche di cui al DCA n.128/2012, e DCA n°98/2016, DCA N°99/2016 ai regolamenti interni all'ASL attualmente vigenti e ai LEA di ultima definizione.

7.13 Dipartimento Integrato Materno-Infantile

Il Dipartimento Integrato Materno-Infantile è la struttura aziendale funzionale integrata Ospedale-Territorio che supera la concezione di struttura solamente funzionale, deputata allo svolgimento di funzioni complesse finalizzate alla tutela della salute della donna e del soggetto in età evolutiva, dal periodo prenatale all'adolescenza, con i seguenti obiettivi: la sicurezza della gravidanza e della nascita insieme al benessere e alla protezione della salute fisica e mentale del bambino e dell'adolescente; ricomprende le seguenti unità operative complesse.

Relativamente alla disciplina di Pediatria – codice 39 – nel presente atto si è proceduto alla sola redistribuzione dei posti letto previsti dal piano ospedaliero regionale, di cui al DCA 33/2016, alla luce della disattivazione del punto nascita del P.O. di Boscotrecase.

P.O. di Nola p.l. 12	P.O. Castellammare 18 p.l.
P.O. Boscotrecase 10 p.l.	P.O. Vico Equense 12 p.l.

Presso il reparto di pediatria del P.O. di Nola n.2 posti letto saranno dedicati all'accoglienza di pazienti con disturbi psichiatrici in fase acuta al fine di dare compiuta risposta alle necessità determinate dall'emergenze psichiatriche in adolescenza (12-18 anni) e disponendo, per tale eventi critici, di un punto di riferimento aziendale di pronta accoglienza residenziale e successiva gestione per il tempo necessario alla stabilizzazione clinica..."

Confluiscono nel Dipartimento integrato materno-infantile le seguenti UU.OO.CC.:

1. UOC Pediatria- Terapia intensiva neonatale (TIN) P.O. di Nola
2. UOC Pediatria P.O. di Castellammare
3. UOC Neonatologia e Terapia intensiva neonatale (TIN) P.O. di Castellammare
4. UOC Pediatria P.O. di Vico Equense (cui afferisce la Pediatria del P.O. di Boscotrecase)
5. UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. di Nola
6. UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. di Castellammare
7. UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. di Vico Equense
8. UOC Assistenza Consultoriale e Medicina di Genere;
9. UOC Prevenzione e Cura Patologie della donna e del bambino;

7.13.1 Unità Operativa Complessa Assistenza Consultoriale e Medicina di Genere

L'Unità Operativa Complessa di Assistenza Consultoriale è finalizzata al coordinamento delle attività relative alla salute riproduttiva, del periodo primale (preconcepimento, endo ed esogestazione) e medicina di genere.

La Medicina di Genere - Gender Medicine, studia le differenze e le somiglianze biologiche, psicologiche e sociali

tra i generi e la loro influenza sullo stato di salute e di malattia; essa si propone quindi di approfondire le conoscenze attuali per gestire in modo migliore le malattie e le cure.

L'attenzione al genere è dunque attenzione all'equità, non solo come equità di trattamento, ma anche come adeguatezza e appropriatezza di cura ottimizzata secondo il proprio genere ed è dunque un obiettivo strategico della unità operativa complessa di assistenza consultoriale che va verso una medicina personalizzata, cioè più aderente alle specifiche necessità di ciascuno, e quindi più efficace ed economica.

I consultori da sempre offrono assistenza e strumenti informativi e formativi sulla salute e la cura del corpo, tenendo presenti le peculiarità connesse ai generi femminile e maschile:

- Sul territorio, attraverso i distretti;
- Sul versante educativo, nelle scuole di ogni ordine e grado;
- Sul versante formativo, nel contesto accademico con particolare riferimento alle aree di formazione

La vision dell'intersettorialità, equità, partecipazione e corresponsabilità, sostenibilità e buone pratiche Il Consultorio familiare è un servizio che garantisce le cure primarie nell'area della salute sessuale, riproduttiva della donna, dei minori, delle coppie e delle famiglie, con equipe multidisciplinari (ostetrica, ginecologo, psicologo, assistente sanitario, assistente sociale, neuropsichiatra infantile, pediatria, infermieri ed infermieri pediatrici) e offre percorsi preventivi e diagnostico terapeutici integrati con le strutture presenti nel territorio di riferimento.

I Consultori dell'ASL Napoli 3 sud sono organizzati in 23 sedi territoriali dislocate in tutti i Distretti Sociosanitari.

La UOC A.C. e M. d G coordina funzionalmente tutte le attività consultoriali garantite dai Distretti sociosanitari. L'Unità Operativa Complessa Assistenza Consultoriale e Medicina di Genere ha l'obiettivo di:

- Monitorare, valutare e qualificare i diversi percorsi assistenziali basandosi sulla dimostrazione di efficacia dei principali interventi di prevenzione, diagnosi e terapia svolti sia in ambito consultoriale, sia in integrazione con le strutture del Dipartimento Materno Infantile e con tutta la rete dei servizi aziendali;
- Diffondere e migliorare le modalità di lavoro che hanno caratterizzato l'attività consultoriale degli ultimi anni.
- Qualificare ulteriormente il servizio reso attraverso la produzione e l'implementazione di linee guida condivise e basate sull'approccio interdisciplinare alle problematiche affrontate, all'attenzione alla relazione ed all'ascolto, alla lettura dei bisogni dell'utente, alla presa in carico, ed all'invio ad altri servizi su percorsi e protocolli definiti;
- Garantire il diritto di informazione al cittadino (in questo caso particolarmente alle donne e alle coppie) sui percorsi sanitari, e sociosanitari, presupposto indispensabile per un consenso informato, e promuovere con particolare attenzione agli adolescenti, una esigenza consapevole di autotutela della propria salute e l'adozione di "stili di vita adeguati";
- Garantire l'accesso ai servizi di base, quali i consultori familiari e servizi pediatrici, ai soggetti più deboli:

Donne e bambini immigrati, adolescenti e fasce di popolazione ad alto rischio sociale;

Promuovere l'Assistenza alla gravidanza/puerperio - percorso nascita nei consultori familiari:

- Promuovere l'assistenza e supporto alla salute del bambino;
- Migliorare la salute del bambino da 0 a 3 anni e la sua salute futura attraverso interventi di prevenzione primaria e secondaria da realizzare nelle prime epoche della vita (programma C del piano di Prevenzione Regionale 2014/2018);
- Promuovere e sostenere percorsi assistenziali per la procreazione responsabile - percorso contraccezione
- Promuovere e sostenere percorsi di assistenza alle donne e alle coppie con problemi di sterilità - percorso sterilità, I livello;
- Promuovere e sostenere percorsi di assistenza al singolo e alla coppia per difficoltà di ordine sessuale;
- Promuovere e sostenere percorsi di assistenza al singolo, alla coppia e alla famiglia per difficoltà relazionali e disagio psichico - percorso psicologico – relazionale;
- Promuovere e sostenere percorsi di assistenza alla menopausa ed all'età post-fertile - percorso menopausa;
- Promuovere e sostenere percorsi di assistenza alla donna con problemi ginecologici - percorso patologie ginecologiche benigne;
- Promuovere e sostenere percorsi dedicati agli adolescenti (Spazio adolescenti);
- Medicina di genere;
- Promuovere e sostenere percorsi per le donne immigrate e loro bambini;
- Governare l'informatizzazione dei Consultori Familiari per lo scambio informativo tra strutture consultoriali e non e, per la rilevazione dei dati di attività e degli indicatori dei progetti ai fini di un continuo monitoraggio della performance delle attività consultoriali;
- Uniformare i processi assistenziali al fine di una garanzia di equità su tutto il territorio aziendale;
- Pubblicare sul sito istituzionale tutte le attività inerenti le informazioni utili sia per la comunicazione istituzionale, anche ai fini della promozione alla salute che ai fini dell'amministrazione trasparente;
- Coordinare il percorso IVG per la parte relativa all'attività consultoriale;

L' U.O.C. Assistenza Consultoriale e Medicina di Genere svolge la propria attività nelle aree di intervento del consultorio familiare, definite da numerose leggi nazionali e regionali, prevalentemente quelle che hanno la finalità di promuovere la salute sessuale, riproduttiva e relazionale del singolo, del minore, della coppia e della famiglia attraverso interventi socio-sanitari che si realizzano anche in collaborazione con gli Enti e le Istituzioni locali, le associazioni di volontariato, le attività aziendali di educazione alla salute e che si esplicano in diversi ambiti di attività.

Percorso Nascita

Il "Percorso Nascita", comprende tutte le attività dei corsi di accompagnamento alla nascita e in esogestazione possibilmente in coppia: incontri con neo genitori, sostegno all'allattamento materno, visite domiciliari in puerperio, corsi di massaggio al neonato, consulenze psicologiche.

- Particolare attenzione viene dedicata alle mamme fragili per la prevenzione della depressione post partum;
- Pediatria consultoriale e pediatria di comunità;
- Vaccinazioni dell'età pediatrica;

- Counseling pre vaccinale;
- Consulenze di puericultura;
- Osservazione dello sviluppo psicomotorio dei bambini;
- Visite pediatriche dei bambini stranieri non iscritti al S.S.N. (STP, ENI);
- Consulenza sanitaria per Nidi d'Infanzia Comunali;
- Addestramento del personale dei nidi di infanzia comunale sulle manovre di disostruzione da corpo estraneo delle vie respiratorie;
- Incontri di Educazione alla Salute rivolti ai genitori;

Medicina preventiva di comunità dell'età evolutiva (MPCEE)

L'attività è svolta da operatori sanitari che operano su richiesta in sedi scolastiche di ogni ordine e grado, fornendo in particolare:

- Attività di educazione alla salute, in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione e Dipartimento della Salute Mentale e delle Dipendenze
- Attività di sorveglianza igienico-sanitaria in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione
- Attività socio-sanitaria in collaborazione con il Dipartimento di Assistenza Territoriale e Assistenza Socio Sanitaria

Assistenza scolastica/domiciliare

Assistenza infermieristica a scuola o a domicilio rivolta a minori o alunni con disabilità.

Promozione della salute nelle scuole

- Tutte le azioni previste nel programma D in concerto con le altre strutture aziendali del piano di Prevenzione Regionale 2014/2018 "VERSO LE SCUOLE PROMOTRICI DI SALUTE"
- Promozione della salute di genere.

Ambulatorio Medicina di Genere:

La medicina tradizionale finora non aveva tenuto conto delle differenze di genere dei pazienti (uomo-donna) offrendo un unico prodotto paritario ad entrambi.

La Comunità Scientifica sta dimostrando il contrario e sulla scorta delle evidenze scientifiche internazionali l'UOC ASSISTENZA CONSULTORIALE E MEDICIAN DI GENERE prevede l'attivazione di un ambulatorio che tiene conto di queste differenze in ambito internistico (cardiovascolare, immunologico, etc.).

7.13.2 UOC Prevenzione e cura Patologie della Donna e del Bambino

Finalità

Promuovere buone pratiche per stili di vita volte a prevenire le patologie emergenti nei bambini e adolescenti quali obesità e dipendenze che si ripercuotono inevitabilmente sulla vita del soggetto adulto e della famiglia.

Prevenzione primaria e secondaria dei tumori della sfera genitale femminile, governance degli screening oncologici e partecipazione alla rete oncologica regionale.

Educazione alla salute e alla sessualità per la donna/coppia in età fertile e in menopausa; prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse e tutela della fertilità favorendo una procreazione responsabile e

270/347

In pubblicazione dal

consapevole e sostenendo la salute materna e neonatale. Assistenza e sostegno alla donna con problemi ginecologici; consulenza alla donna/coppia sulla contraccezione, infertilità, sterilità, soprattutto in ambito ospedaliero ed in accordo con le strutture territoriali e la UOC Assistenza Consultoriale e medicina di genere.

Promuovere il parto spontaneo anche attraverso la parto analgesia.

Promuovere il percorso nascita e supportare con interventi mirati il bambino, soprattutto ammalato o disabile e le famiglie con un insieme integrato di servizi e di offerta attiva assistenziale;

Assicurare continuità e integrazione tra le cure alla maternità e quelle all'infanzia tra ospedale e territorio. .

Attività principali

- ✓ Umanizzazione dell'assistenza con particolare riferimento al momento della nascita;
- ✓ Promozione della dimissione protetta e dell'assistenza domiciliare integrata;
- ✓ Attivazione di procedure finalizzate alla più ampia collaborazione tra ospedale e territorio
- ✓ Coordinamento aziendale delle attività dei P.L.S.;
- ✓ Organizzare per le coppie a rischio genetico una gestione efficiente di consulenza genetica e di diagnosi prenatale anche attraverso collegamenti con i centri di riferimento regionali;
- ✓ Favorire un'adeguata informazione sulle misure di prevenzione prenatale ed in età infantile, garantendo l'implementazione di percorsi assistenziali che assicurino un rapido accesso ai servizi sanitari e alle procedure preventive, diagnostiche e terapeutiche per l'infanzia;
- ✓ Programmazione, gestione e monitoraggio di tutte le fasi dei programmi di screening oncologici della sfera genitale femminile;
- ✓ Individuazione e presa in carico delle donne in età pre -screening con fattori di rischio esistenti anche al fine di diffondere una maggiore cultura della prevenzione;
- ✓ Interventi di prevenzione primaria rivolti alla fascia adolescenziale e donne adulte su obesità, vita sedentaria, alimentazione, e dipendenze patologiche;
- ✓ Interventi per la tutela della fertilità favorendo una procreazione responsabile e consapevole incentivando il parto spontaneo e l'allattamento al seno;
- ✓ Elaborazione di protocolli di transizione, per i soggetti affetti da patologie croniche manifestatesi in età pediatrica, da strutture che erogano cure pediatriche a strutture che erogano cure per gli adulti;
- ✓ Interventi per la prevenzione della rosolia congenita e delle altre malattie prevenibili con la vaccinazione;
- ✓ Coordinare le attività delle Interruzioni Volontarie di Gravidanza per la parte attinente alle strutture ospedaliere;

Nel Dipartimento Materno Infantile è prevista la seguente U.O.S.D.: Psicologia Integrata della donna e del bambino

7.13.3 U.O.S.D. Psicologia Integrata della donna e del bambino

Coordina tutte le linee di attività riferite:

- All'Assistenza Psicologica al fine di garantire i LEA e LEA Sociosanitari secondo anche le Linee Guida Regionali – Area delle responsabilità familiari – Adolescenza – Minori;
- Agli interventi richiesti allo psicologo all'interno dei percorsi delle Unità Operative Materno Infantile Distrettuali ed Ospedaliere;
- Alle attività di assistenza Psicologica prevalentemente rivolte al singolo, ai gruppi, a donne, coppie, bambini e adolescenti in difficoltà;
- ✓ Alle prestazioni conseguenti sia alle segnalazioni fatte dal Tribunale Ordinario, Tribunale per i minori, dagli Uffici Minori della Questura, dagli EE.LL. per le Adozioni nazionali e internazionali e gli Affidi familiari, Tutela e diagnosi del casi di Maltrattamento e Abuso, che a tutte le problematiche socio sanitarie, che richiedono una continuità di presenza dello psicologo clinico;
- ✓ Presa in carico con modalità multidisciplinare dei casi di depressione post partum;

Le funzioni

- *promozione* del miglior livello di benessere psico-fisico, all'interno di ciascun progetto/programma della A.S.L., al fine di qualificare e ottimizzare l'utilizzo delle risorse- Psicologi della A.S.L. NA 3Sud, in ordine alla definizione delle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;
- *sostegno e qualificazione*, dell'attività di programmazione degli altri Servizi della Direzione Sanitaria per gli interventi specifici e compartecipati, e per i rispettivi programmi-progetti obiettivo, attraverso protocolli di funzioni del Servizio, rivolti ai soggetti di Salute, in forma grupppale, collettiva o di comunità;
- *organizzazione* delle attività psicodiagnostiche e valutative, per l'età evolutiva in sede Distrettuale ed Interdistrettuale;
- *programmazione, coordinamento, e organizzazione funzionale* delle attività psicologiche specialistiche, al fine di integrare e completare l'offerta complessiva dei servizi della ASL NA3Sud.
- *coordinamento* della funzione e delle attività psicologiche all'interno dei programmi obiettivo di salute, tramite la sua sottoarticolazione distrettuale e interdistrettuale, a fronte di sprechi di risorse e sovrapposizioni.
- Coordinamento della complessità e specificità della funzione psicologica e delle attività ad essa correlate che vanno dall'intervento psicologico per i bambini (Adozione – Maltrattamento e Abuso – Violenza Assistita); per gli adolescenti e le loro famiglie; per la donna, (Percorso Nascita, 1000 giorni, Promozione Allattamento al seno, Procreazione Responsabile, Violenza di Genere, Discriminazione di genere) per le coppie (Problematiche Genitorialità-MTS-Sterilità etc...), i gruppi; per i progetti obiettivo regionali; per i problemi di comunità e per l'integrazione socio-sanitaria; ai frequenti rapporti con il Tribunale Ordinario e per i Minori; Procura della Repubblica e Ufficio Minori della Questura) e per tutte attività calate in un territorio (Asl Napoli 3 Sud) con altissimi fattori di rischio attesa la sua peculiarità socio-economica;
- Coordinamento delle attività degli psicologi al fine di uniformare e razionalizzare gli interventi, le procedure e le risorse con relativo aumento quali - quantitativo delle seguenti attività e tipologie di prestazioni erogate sia direttamente che nell'integrazione con le altre Unità Operative Distrettuali;

All'interno della suddetta U.O.S.D che deve garantire una appropriata organizzazione e gestione delle diverse attività in esse allocate, nonché una specifica attribuzione della filiera delle responsabilità sono da individuare specifici incarichi professionali di alta specializzazione di seguito elencati:

- 1 incarico di alta specializzazione – Polo/ Percorso Adozione
- 1 incarico di alta specializzazione - Percorsi valutativi e di sostegno alla genitorialità su disposizione dei
Tribunali Ordinari e Minorili / Conflittualità di coppia- bambini Contesi
- 1 incarico di alta specializzazione - Percorso Maltrattamento e Abuso/ Violenza di genere.

E le seguenti UU.OO.SS.:

1. N. 1 Terapia intensiva neonatale P.O. di Nola (afferente alla UOC Pediatria P.O. Nola);
2. N. 1 Emergenze Pediatriche P.O. di Castellammare (afferente alla UOC Pediatria P.O. Castellammare);
3. N. 1 Terapia intensiva neonatale P.O. di Castellammare (afferente alla UOC TIN P.O. Castellammare);
4. N. 1 Emergenze pediatriche P.O. Boscotrecase (afferente alla UOC Pediatria P.O. Vico Equense);
5. N. 1 Emergenze Ostetriche e Gravidanze a rischio P.O. di Nola;
6. N. 1 Emergenze Ostetriche e Gravidanze a rischio P.O. di Castellammare;
7. N. 1 Emergenze Ostetriche e Gravidanze a rischio P.O. di Vico Equense;
8. N. 1 Prime 1000 giorni di vita del bambini nella UOC Assistenza Consultoriale e Medicina di Genere;
9. N. 1 Prevenzione patologie della donna nella UOC. Prevenzione e Cura patologie della donna e del bambino (screening oncologici).

7.14 Dipartimento Diagnostica per Immagini

Il dipartimento Diagnostica x immagini ha come mission quella di garantire:

- Migliore coordinamento del complesso delle attività di assistenza, ricerca e formazione nell'area scientifica di riferimento;
- Coordinamento monitoraggio e sviluppo delle prestazioni di competenza nelle attività territoriali e di prevenzione territoriali con rapporto con tutte le strutture coinvolte per singolo obiettivo di salute;
- Miglioramento della qualità dell'assistenza in raccordo con le strutture aziendali (Risk Management etc);
- Collabora per i profili di competenza ai Percorsi diagnostici/terapeutici per la gestione integrata dei processi di diagnosi e cura;
- Realizza economie di scala e di gestione;
- Collabora per i profili di competenza alle attività di controllo dell'azienda sanitaria Napoli 3 sud.

Confluiscono nel Dipartimento DIA.PI le seguenti UU.OO.CC. (unità operative complesse):

1. N. 1 Radiologia P.O. Castellammare
2. N. 1 Radiologia P.O. Sorrento
3. N. 1 Radiologia P.O. Nola
4. N. 1 Radiologia P.O. Boscotrecase

5. N. 1 Radioterapia P.O. Torre del Greco

E le seguenti UU.OO.SS.:

1. N. 1 Radiologia interventistica P.O. di Nola
2. N. 1 Radiologia interventistica P.O. di Boscotrecase
3. N. 1 Radiologia interventistica P.O. di Castellammare

7.15 Il Dipartimento Farmaceutico

Il Dipartimento Farmaceutico è la struttura organizzativa dell'ASL che garantisce l'organizzazione e l'esercizio delle attività aziendali finalizzate al governo del processo di assistenza farmaceutica, rappresentando una struttura di coordinamento con funzioni di indirizzo tecnico scientifico per le strutture ad esso afferenti con l'obiettivo di garantire livelli organizzativi omogenei in ambito aziendale.

Il Dipartimento Farmaceutico si propone i seguenti obiettivi prioritari:

- Qualificare, monitorare e razionalizzare l'impiego dei farmaci nelle strutture sanitarie aziendali favorendo il contenimento della spesa;
- Potenziare l'attività di vigilanza nelle strutture pubbliche e private convenzionate;
- Accrescere il livello quali-quantitativo dell'informazione e documentazione sull'uso e le caratteristiche del farmaco;
- Contrastare, nei limiti della propria competenza, la diffusione nel mercato di farmaci contraffatti, falsi e/o frutto di rapine;
- Analizzare e monitorare la spesa farmaceutica convenzionata contribuendo attivamente alla definizione delle strategie aziendali per l'uso ottimale delle risorse economiche disponibili;
- Contribuire al raggiungimento degli obiettivi generali di contenimento della spesa con le attività di distribuzione diretta e per conto dei farmaci PHT e di assistenza integrativa.

Il Dipartimento Farmaceutico assolve alle seguenti funzioni:

- a. Partecipa alla programmazione della politica farmaceutica aziendale;
- b. Negozia con la Direzione aziendale le risorse annuali;
- c. Coordina tutte le strutture afferenti il Dipartimento definendo le procedure operative comuni per far convergere esperienze scientifiche, tecniche e gestionali;
- d. Qualifica e razionalizza l'impiego dei farmaci favorendo il contenimento della spesa;
- e. Definisce le procedure operative di vigilanza e controllo;
- f. Standardizza la qualità delle prestazioni farmaceutiche;
- g. Stabilisce ambiti e modalità per l'informazione e la documentazione sull'uso e le caratteristiche dei farmaci;
- h. Promuove programmi coordinati di formazione di tipo specialistico;

- i. Coordina la realizzazione dei progetti in materia farmaceutica;
- j. Contribuisce alla progettazione dei protocolli terapeutici e delle attività di educazione alla salute;
- k. Verifica, sulla base delle indicazioni regionali ed aziendali, l'applicazione degli standards di funzionamento delle unità operative;
- l. Attiva la ricerca nell'area del farmaco anche in collaborazione con le diverse facoltà universitarie;
- m. Svolge funzioni di integrazione inter-dipartimentale ed inter-istituzionale;
- n. Collabora con i singoli distretti e con il coordinamento dei distretti per la programmazione delle attività distrettuali ed inter-distrettuali;
- o. Promuove ed attiva modalità di integrazione con le altre aziende sanitarie, con gli enti locali, con gli ordini professionali, con le associazioni di volontariato, con l'università degli studi, i centri di ricerca e le società scientifiche.

Il Dipartimento Farmaceutico si articola in 5 strutture complesse:

1. ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALI AREA NORD
2. ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALI AREA SUD
3. ASSISTENZA FARMACEUTICA DISTRETTI AREA NORD
4. ASSISTENZA FARMACEUTICA DISTRETTI AREA SUD
5. GOVERNO ASSISTENZA FARMACEUTICA E CONVENZIONATA

E' istituita 1 IPAS Amministrativa dipendente direttamente dal Direttore di Dipartimento.

1. **UOC - ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALI AREA NORD**
2. **UOC - ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALI AREA SUD**

Provvedono all'assistenza farmaceutica svolgendo le attività tipiche dei Servizi di Farmacia Ospedaliera.

Il Direttore della UOC - ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALI AREA NORD è responsabile delle Farmacie Ospedaliere dei PP.OO. di Nola, con lo st. di Pollena, di Boscotrecase, di Torre del Greco.

Il Direttore della UOC - ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALI AREA SUD è responsabile delle Farmacie Ospedaliere dei PP.OO. di Castellammare, con lo st. di Gragnano, di Sorrento e di Vico Equense.

Ciascuna UOC si articola in:

- **Unità Operativa Semplice - GESTIONE FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI AREA NORD** allocata nel P.O. di Boscotrecase.
- **Unità Operativa Semplice - GESTIONE FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI AREA SUD** allocata nel P.O. Sorrento.

Principali attività svolte:

- Programmazione fabbisogno farmaci, dispositivi, diagnostici, reattivi, materiali protesici, prodotti per dialisi, disinfettanti, presidi, materiale di medicazione e quant'altro di competenza utilizzato nei P.O.;
- Formulazione delle proposte d'acquisto;
- Ricezione dei prodotti e relativo controllo quali-quantitativo;

275/347

In pubblicazione dal

- Stoccaggio dei prodotti secondo le diverse condizioni di conservazione;
- Preparazioni galeniche (nutrizionali, galeniche magistrali, officinali e specifiche);
- Predisposizione reports di spesa per diffondere ai diversi livelli di responsabilità informazioni utili al corretto utilizzo della risorse;
- Distribuzione del 1° ciclo di terapia alle dimissioni;
- Gestione del file F e delle procedure ad esso connesse;
- Dispensazione di medicinali e dispositivi medici in regime di assistenza domiciliare ospedaliera;
- Vigilanza sugli armadi farmaceutici di reparto mediante periodiche ispezioni;
- Adempimenti legati alle sostanze stupefacenti e psicotrope e al loro utilizzo in ambiente ospedaliero;
- Attività di informazione al personale medico ed infermieristico;
- Partecipazione alla Commissione Aziendale per il Repertorio dei Dispositivi Medici;
- Partecipazione alla Commissione Aziendale per il Prontuario Terapeutico Aziendale;
- Partecipazione a programmi del dipartimento finalizzati ad obiettivi comuni;
- Attività di Farmacovigilanza in ambito ospedaliero e di raccordo con il Servizio di Farmacovigilanza Aziendale;
- Partecipazione alle Commissioni Tecniche di Valutazione;
- Coordinamento delle procedure per l'applicazione nelle farmacie ospedaliere delle "Norme di buona preparazione dei medicinali in Farmacia" come definite nella ultima edizione della Farmacopea Ufficiale della Repubblica italiana;
- Coordinamento e definizione delle procedure inerenti la gestione delle forniture anche con riguardo agli adempimenti amministrativo-contabili;
- Rilevazione e monitoraggio dei dati di consumo e delle giacenze dei magazzini per una gestione integrata delle scorte con riduzione degli immobilizzi di magazzino e conseguenziali economie di gestione.

3. UOC - ASSISTENZA FARMACEUTICA DISTRETTI AREA NORD

4. UOC - ASSISTENZA FARMACEUTICA DISTRETTI AREA SUD

Provvedono all'assistenza farmaceutica svolgendo le attività tipiche dei Servizi di Farmacia Distrettuale. Il Direttore della UOC - ASSISTENZA FARMACEUTICA DISTRETTI AREA NORD è responsabile delle Farmacie dei Distretti 48, 49, 50, 51, 52, 54.

Il Direttore della UOC - ASSISTENZA FARMACEUTICA DISTRETTI AREA SUD è responsabile delle Farmacie dei Distretti 53, 55, 56, 57, 58, 59.

Ciascuna UOC si avvale di:

- **IPAS - Coordinamento Attività Distretti Area Nord**
- **IPAS - Coordinamento Attività Distretti Area Sud**

Principali attività svolte:

- Coordinamento e programmazione fabbisogno farmaci, galenici, disinfettanti e dispositivi medici;
- utilizzati nelle UU.OO. dipartimentali e distrettuali afferenti alle singole strutture;
- Formulazioni delle proposte di acquisto dei beni sanitari;

- Ricezione dei prodotti e relativo controllo quantitativo;
- Stoccaggio dei prodotti secondo le diverse condizioni di conservazione;
- Carico Bolla di accompagnamento (DDT) nel sistema di gestione di magazzino;
- Erogazione diretta ai cittadini, avente diritto, dei farmaci di fascia H;
- Erogazione diretta ai cittadini, avente diritto, dei farmaci inseriti nell'elenco Legge n. 648/96;
- Erogazione diretta ai cittadini, avente diritto, dei farmaci di fascia PH-T;
- Erogazione ai Centri di Emodialisi dei farmaci: Epo e Ferlixit (e/o similari, fascia H);
- Erogazione diretta ai cittadini, avente diritto, dei farmaci per le malattie rare;
- Erogazione diretta ai cittadini, avente diritto, di alimenti, integratori e farmaci per le malattie metaboliche;
- Erogazione diretta ai cittadini, avente diritto, di microinfusori per diabetici, talassemici e parkinsoniani;
- Programmazione fornitura esterna dispositivi per stomie come da Nomenclatore tariffario;
- Erogazione farmaci e prodotti per nutrizione artificiale e dispositivi medici correlati in regime di assistenza domiciliare ospedaliera (ADO);
- Erogazione farmaci e prodotti per nutrizione artificiale e dispositivi medici correlati in regime di assistenza domiciliare integrata (ADI);
- Scarico ai centri di costo del Distretto con procedura informatica OLIAMM;
- Archivio DDT;
- Predisposizione reports di spesa per diffondere ai diversi livelli di responsabilità informazioni sul corretto utilizzo della risorse;
- Coordinamento invio reports di spesa per diffondere ai diversi livelli di responsabilità informazioni sul corretto utilizzo della risorse;
- Gestione EDF: durante il periodo in esame è stato utilizzato il gestionale EDF al fine di registrare i pazienti afferenti alle strutture, il farmaco erogato e l'analisi del valore dei farmaci stessi;
- Coordinamento e definizione delle procedure inerenti la gestione delle forniture anche con riguardo agli adempimenti amministrativo-contabili;
- Coordinamento/ monitoraggio consumo/ giacenze magazzino per una gestione integrata delle scorte con riduzione immobilizzi e conseguenti economie gestionali (proc. inform.);
- Rilevazione/ monitoraggio dati consumo / giacenze magazzino per una gestione integrata delle scorte con riduzione immobilizzi e conseguenti economie gestionali (proc. inform.)

5. UOC - GOVERNO ASSISTENZA FARMACEUTICA E CONVENZIONATA

L'UOC - GOVERNO ASSISTENZA FARMACEUTICA E CONVENZIONATA ha funzioni di programmazione, sviluppo, coordinamento, controllo e governo dell'assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera.

Il Direttore è responsabile della U.O.C. articolata nelle seguenti UU.O.S e IPAS:

- Unità Operativa Semplice – Farmaceutica Convenzionata
- Unità Operativa Semplice – Vigilanza, Farmacovigilanza, Gestione Clinica e Informazione sul Farmaco
- Unità Operativa Semplice – Analisi della Spesa, Monitoraggio e Flussi Informativi
- Unità Operativa Semplice – Assistenza Farmaceutica Integrazione H/T e DPC

- IPAS - Logistica Dispositivi Medici, Presidi, Protesi - Segreteria Prontuari - IPAS - Logistica Farmaci, Nutrizione Clinica -Malattie Rare

Principali attività svolte:

- Accettazione mensile delle ricette SSN, verifica documenti contabile e liquidazione mensile della spesa convenzionata
- Acquisizione ed elaborazione dei dati contenuti nelle ricette farmaceutiche, attraverso sistemi informatici integrati con sistemi di lettura ottica e banche dati
- Controlli contabili delle ricette farmaceutiche, sulla base delle suddette elaborazioni informatiche
- Analisi dei profili prescrittivi dei medici e dei dati di prescrizione distrettuali, ottenuti tramite le elaborazioni informatiche, per la programmazione dei controlli sulla congruità delle prescrizioni, di concerto con i servizi distrettuali delle cure primarie
- indagini di farmacoutilizzazione, farmacoepidemiologia e farmacoconomia, basate sui dati ottenuti con la elaborazione informatica
- Indagini finalizzate alla evidenziazione di patologie emergenti e di fenomeni di distorsione prescrittiva - Controlli tecnico – sanitari sulle prescrizioni farmaceutiche
- Gestione del Contenzioso
- Controlli di validità degli elementi costituenti la ricetta, sotto il profilo della corretta prescrizione e spedizione
- Vigilanza e controllo sull'applicazione della convenzione nazionale e regionale farmaceutica, con accessi nelle farmacie convenzionate dell'ASL
- Istruzione delle pratiche per la commissione farmaceutica aziendale in sede tecnica ed in sede di vigilanza
- Esecuzione delle decisioni della commissione farmaceutica aziendale
- Partecipazione alle commissioni aziendali e distrettuali per la valutazione delle prescrizioni farmaceutiche non conformi alle limitazioni e alle condizioni stabilite dalla C.U.F. (legge n. 425/96 e accordo nazionale MMG e PLS)
- Esecuzione delle decisioni delle commissioni anzidette finalizzate al recupero della spesa indebitamente prodotta, d'intesa con i servizi delle cure primarie
- Tenuta dei "registri U.S.L." ed elaborazione dei dati in essi contenuti
- Adempimenti relativi alle segnalazioni dei furti di ricettarti, farmaci, dispositivi medico-chirurgici e quant'altro inerente le farmacie
- Attività istruttoria per la distribuzione delle ricette per farmaci stupefacenti utilizzati nella terapia del dolore
- Relazione trimestrale sull' andamento della spesa farmaceutica convenzionata
- Istruzione dei provvedimenti autorizzativi di trasferimento della titolarità delle farmacie
- Istruzione dei provvedimenti autorizzativi di trasferimento dei locali delle farmacie
- Istruzione dei provvedimenti autorizzativi della gestione ereditaria delle farmacie
- Istruzione dei provvedimenti di riconoscimento e liquidazione dell'indennità di disagiata residenza ai farmacisti rurali

- Istruzione dei provvedimenti autorizzativi per Distributori Intermedi
- Istruzione dei provvedimenti autorizzativi Parafarmacia
- Istruzione e predisposizione dei provvedimenti relativi ai turni e alle ferie delle farmacie
- Istituzione, conservazione e gestione dei fascicoli farmacie, parafarmacie, distributori intermedi
- Predisposizione dei capitolati tecnici per l'approvvigionamento dei medicinali, materie prime, disinfettanti, presidi medico- chirurgici, materiale di medicazione, diagnostici, reattivi, materiale protesici, prodotti per dialisi nonché altri dispositivi medici e articoli sanitari di competenza utilizzati nelle strutture sanitarie aziendali;
- Partecipazione alle commissioni tecniche per la valutazione dei prodotti oggetto di gara ai fini dell'aggiudicazione;
- Definizione delle procedure per l'approvvigionamento dei medicinali extra- prontuario secondo le direttive emanate con apposite linee guida regionali;
- Coordinamento delle procedure per la gestione informatica dei magazzini di farmacia, degli ordini e delle statistiche di consumo;
- Tenuta ed aggiornamento della banca dati del sistema informatico delle farmacie ospedaliere e interdistrettuali;
- Rilevazione e monitoraggio dei dati di consumo e delle giacenze dei magazzini, al fine di permettere una gestione integrata delle scorte, con riduzione degli immobilizzi di magazzino e conseguenti economie di gestione;
- Analisi dell'andamento della spesa farmaceutica ospedaliera;
- Indagini di farmacoutilizzazione, farmacoepidemiologia e farmacoeconomia;
- Predisposizione di sistemi di reporting atti a diffondere a tutti i livelli di responsabilità informazioni utili al corretto utilizzo delle risorse ed alla ottimizzazione dei processi decisionali;
- Presiede la commissione per il prontuario terapeutico aziendale (P.T.O.A.);
- Partecipazione ai gruppi di lavoro per la stesura di protocolli terapeutici e di percorsi assistenziali nell'area ospedaliera;
- Partecipazione a programmi di integrazione e continuità ospedale/territorio;
- Pianificazione per l'approvvigionamento di farmaci, galenici, dispositivi medici, diagnostici, ecc. alle diverse articolazioni aziendali;
- Gestione dei flussi informativi enti superiori (Regione, Arsan, Aifa etc)
- Monitoraggio della corretta prescrizione farmaceutica
- Analisi e controllo della farmaceutica convenzionata;
- Strategie mirate al contenimento della spesa farmaceutica convenzionata;
- Monitorare e controllare la spesa per l'assistenza farmaceutica ospedaliera e territoriale
- Gestione dei rapporti con OO.SS. mediche e dei farmacisti titolari pubblici e privati
- Collaborazione nell'aggiornamento della banca dati del sistema informatico di gestione dei Magazzini - Programmazione e definizione fabbisogni
- Rilevazione e monitoraggio continuo dei dati di consumo e delle giacenze dei magazzini per una corretta gestione integrata delle scorte con riduzione degli immobilizzi di magazzino e conseguenti economie di gestione

Il Direttore del Dipartimento ed i Dirigenti che operano nel Dipartimento Farmaceutico sono in possesso di laurea in Farmacia.

La Responsabilità dell'IPAS Amministrativa viene affidata ad un Dirigente Amministrativo o, temporaneamente, in mancanza, ad un dipendente del comparto ruolo amministrativo cat. DS.

7.16 Dipartimento Medicina di Laboratorio ed Anatomia Patologica

La progettazione dei servizi di Medicina di Laboratorio tiene conto dei seguenti criteri:

- la normativa di riferimento nazionale e regionale (DCA 55/2010);
- le linee guida AGENAS;
- la riorganizzazione della rete ospedaliera;
- la concentrazione dei siti produttivi, in quanto le tecnologie oggi disponibili rendono antieconomiche dimensioni inferiori a certi livelli (500.000 prestazioni): l'OMS classifica come "piccolo" un Laboratorio in grado di produrre 500.000- 1.000.000 di test all'anno, "medio" uno in grado di produrne 2-3 milioni. - l'evoluzione del processo di informatizzazione che permette i collegamenti in rete tra le varie strutture e/o punti di erogazione del servizio, compresi i centri prelievi;
- la concentrazione degli esami a più alto costo e più bassa frequenza anche ai fini del controllo di appropriatezza;
- l'articolazione dei servizi di Medicina di Laboratorio secondo il modello del Dipartimento strutturale deve favorire una maggior integrazione, preservando la dignità e lo sviluppo delle singole discipline;
- l'attribuzione delle attività specifiche di Laboratorio, necessarie all'erogazione dei livelli di assistenza trasfusionali, alle strutture competenti di Medicina di Laboratorio, restando in capo alle strutture di Medicina trasfusionale l'esecuzione degli esami immunoematologici e le attività di produzione, distribuzione e razionale utilizzo di sangue e emoderivati;
- il corretto equilibrio tra Laboratori generali, articolati anche in settori specialistici, e Laboratori specializzati con autonomia organizzativa, in rapporto alla disciplina e alla tipologia di attività interessata, anche per bacini di utenza sovra-aziendali e/o provinciali;
- l'integrazione dei Laboratori specialistici e di ricerca, anche dei Policlinici Universitari e delle IRCCS, con tutti i Laboratori della rete;
- le particolari situazioni territoriali e orografiche ;
- la distribuzione dell'offerta del privato accreditato.

Il Dipartimento MdL inoltre opera per garantire :

- Migliore coordinamento del complesso delle attività di assistenza, ricerca e formazione nell'area scientifica di riferimento;
- Coordinamento monitoraggio e sviluppo delle prestazioni di competenza nelle attività territoriali e di prevenzione territoriali con rapporto con tutte le strutture coinvolte per singolo obiettivo di salute (Prevenzione oncologica);
- Miglioramento della qualità dell'assistenza in raccordo con le strutture aziendali (Risk Management etc);
- Collabora per i profili di competenza ai Percorsi diagnostici/terapeutici per la gestione integrata dei processi di diagnosi e cura;
- Realizza economie di scala e di gestione;

- Collabora per i profili di competenza alle attività di controllo dell'azienda sanitaria Napoli 3 sud.

-

Il decreto n.55 del 30/09/2010 della Regione Campania definisce i principi su cui elaborare i piani attuativi aziendali e, nel caso specifico, la previsione delle unità operative delle discipline afferenti all'area diagnostica e dei servizi.

Tale decreto orienta verso un accentramento delle attività all'interno di un singolo presidio ovvero tra più presidi all'interno dell'ASL. Nello specifico il suddetto decreto spinge verso un processo di informatizzazione tale da collegare le varie strutture, verso una concentrazione di esami ad alto costo e bassa frequenza, verso l'attribuzione alle strutture competenti di Medicina di Laboratorio degli esami necessari all'erogazione dei livelli di assistenza trasfusionale, lasciando in capo alla Medicina trasfusionale stessa l'esecuzione degli esami immunoematologici e la produzione e l'utilizzo di sangue ed emoderivati.

Fermo restando come obiettivo il bisogno del paziente da soddisfarsi attraverso la capillarizzazione dei punti prelievo, si rende necessaria la realizzazione del Laboratorio Unico Logico (LUL) integrato con i vari servizi informatici, di massimizzare l'efficienza di tutte le strutture sfruttandone al meglio le tecnologie e le risorse. Il modello organizzativo da perseguire è definito "core lab" cioè un laboratorio ad alta capacità produttiva collegato a laboratori autonomi ad elevata specializzazione.

Questo obiettivo ha reso necessaria la dismissione di laboratori a bassa produzione, la rideterminazione dei Laboratori in strutture senza emergenza, la eliminazione di duplicazioni di servizi ad alto investimento tecnologico, accorpamento di attività, la centralizzazione delle attività specialistiche ad alta complessità, collegamenti informatici tra strutture aziendale e dipartimentali ecc.

L'Azienda per la Medicina di Laboratorio e l'Anatomia Patologica dell'ASL Napoli 3 Sud risulta così organizzata:

- **UOC di Patologia Clinica P.O. s. Maria della Pietà di Nola** con attività specialistica di autoimmunità e farmaci.
- **UOC di Patologia Clinica St. cav. R. Apicella di Pollena Trocchia (PCT)** e laboratorio di tossicologia di 2° livello di Sant'Anastasia con attività specialistica di allergologia, screening sulla popolazione (FOBT), biologia molecolare, TORCH e Virologia, Tossicologia di 2° livello.
- **UOC di Patologia Clinica P.O. S. Leonardo di Castellammare di Stabia** e laboratorio di Microbiologia attualmente allocato a Gragnano con attività specialistica di microbiologia, ematologia e coagulazione.
- **UOC di Patologia Clinica P.O. S. Anna e S. Maria della Neve di Boscotrecase** con attività specialistica di biologia molecolare e proteine specifiche e che incorpora il laboratorio del P.O. Maresca di Torre del Greco con funzioni di emergenza (h 24) in quanto tale presidio comporta attività chirurgiche.
- **UOC di Patologia Clinica P.O. S. Maria della Misericordia di Sorrento** allocato presso il distretto di Sant'Agnello che svolge determinazioni "esoteriche" (vitamine, calcitonina, ecc.) che incorpora il laboratorio di Sorrento e Vico Equense che svolgono attività di emergenza (h24).
- **Servizio Immunotrasfusionale** esegue esami immunoematologici ed attività di produzione, distribuzione e razionale utilizzo di sangue ed emoderivati. Coordina le attività di rapporto con i donatori di sangue di tutto il territorio aziendale;
- **U.O.C. Anatomia Patologica** garantisce gli esami specifici macroscopici degli organi o microscopici dei tessuti e delle cellule, ed ha un ruolo fondamentale nella pianificazione di eventuali terapie mediche o chirurgiche fornendo diagnosi accurate per pazienti in cui si sospetta una malattia. L'indagine anatomopatologica permette di distinguere tra tessuti normali, infiammazione, tumori benigni e maligni

ed altre condizioni patologiche. Opera in tutti i settori della diagnostica anatomo-patologica e si avvale di diverse metodiche:

- Autopsia • Biopsia • Esame intraoperatorio • Citologia: studio morfologico di cellule isolate prelevate dagli organi. (Può essere attuato a scopo diagnostico o preventivo, come nel caso del Pap-test).
- Tecniche di patologia molecolare: sono tecniche di biologia molecolare a fini diagnostici. Sono molto sensibili ma solitamente complesse e costose. Ne sono alcuni esempi l'evidenziazione del DNA del micobatterio tubercolare (TBC) o del virus del papilloma umano (HPV).

L' U.O.C. di Anatomia Patologica si coordina con le strutture che si occupano di Prevenzione oncologica.

Afferisce alla UOC Anatomia Patologica la UOS Istocitopatologia diagnostica molecolare strutturata presso il P.O. di Boscotrecase.

Questa organizzazione è resa possibile anche grazie ad una notevole spinta verso una informatizzazione tra i vari presidi e distretti ed un avanzato sistema di trasporto di campioni biologici che riduce al minimo gli errori e disguidi così come esplicitamente dettato dal predetto decreto regionale n.55.

Inoltre sempre nell'ottica della ottimizzazione delle risorse e del personale come indicato dal decreto 55/2010 si propone la seguente redistribuzione delle attività e degli esami ad alta complessità:

- **per il P.O. S. Maria della Pietà di Nola:** autoimmunità ed allergologia in quanto determinazioni eseguite sullo stesso strumento e con stessa metodica;
- **per la Patologia Clinica Territoriale (PCT) dello st. Cav. R. Apicella di Pollena Trocchia:** biologia molecolare, programmi di screening di popolazione, TORCH e virologia; inoltre questo presidio ingloba anche il laboratorio di tossicologia di 2° livello di Sant'Anastasia dove si eseguono dosaggi di droghe (su diversi matrici biologiche) a finalità terapeutiche e legali e può eseguire anche il dosaggio dei farmaci.
- **per il P.O. Castellammare di Stabia: ematologia specialistica, coagulazione specialistica ;**
- per tutta l'azienda esami in citofluorimetria a carico **della UOSD Citofluorimetria** allocata presso il P.O. di Castellammare di Stabia;
- **per il P.O di Boscotrecase: proteine specifiche e urgenze;**
- **per il P.O di Sorrento: esami "esotERICI" (Vitamine, calcitonina ecc.) e microbiologia specialistica (l'atto aziendale alloca una UOS di microbiologia).**

Inoltre alla luce della definizione di dipartimento e delle raccomandazioni del decreto 55/2010, cioè aggregazioni distinte di unità (UOC) funzionali affini, omogenee e complementari collegabili tra loro, con attrezzature, strumentazioni e personale con stessa professionalità sia della dirigenza che del comparto pertanto interscambiabile, si rende necessaria la istituzione del Dipartimento di Medicina di Laboratorio (nell'attesa del Dipartimento di Medicina di Laboratorio della Provincia di Napoli –ASL Napoli 3 sud e ASL Napoli 2 nord).

7.17. Attività assistenziali e reti ospedaliere

7.17.1 Assistenza gastroenterologica

Il modello adottato dalla Regione prevede rimodulazioni delle modalità organizzative di assistenza finalizzata a realizzare “alta integrazione” tra le strutture, mediante gestione delle urgenze in gastroenterologia e in endoscopia digestiva, programmando sulla scorta dei dati epidemiologici, entro sei mesi dall’adozione del Piano Ospedaliero, la realizzazione di una specifica Rete per la risposta alle emergenze gastroenteriche, composta dalle unità di gastroenterologia con endoscopia digestiva organizzate secondo il sistema Hub & Spoke.

7.17.2 Le attività di riabilitazione

Nel piano sono assegnati all’ ASL Napoli 3 Sud n.100 posti letto di riabilitazione (cod.56). Per quanto riguarda i modelli organizzativi e la tipologia di pazienti eleggibili a detto setting assistenziale.

7.17.3 La lungodegenza ospedaliera (cod. 60)

Per la lungodegenza sono stati assegnati 74 posti letto.

7.17.4 I Punti nascita e assistenza neonatale

Il piano ospedaliero ha programmato un percorso tendente a realizzare entro il 31.12.2018 una rete di offerta costituita da punti parto che assicurano almeno 1.000 parti/anno fatte salve specifiche deroghe.

La Regione Campania, con delibera N.460 del 20.03.2007 ha approvato il piano di rientro dal disavanzo e al punto e) ha previsto le misure di razionalizzazione dei punti nascita; al punto g) del suddetto piano sono previste una serie di misure tra le quali è programmata la disattivazione dei punti nascita con un numero di parti inferiori a 500. Alla luce dei dati di attività registrati nell’ultimo triennio dalla UOC Ostetricia e Ginecologia degli P.O. Boscotrecase (anno 2013: 366 parti, con una percentuale di parti cesarei pari al 57%, anno 2014: 391 parti, con una percentuale di cesarei del 52%, anno 2015: 283 parti, con una percentuale di cesarei del 45%), tenuto conto delle Raccomandazioni contenute nell’Accordo Stato-Regioni del 2010 in tema di sicurezza e appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita (fissando in almeno 1000 parti/anno il parametro standard a cui tendere per il mantenimento dei punti nascita, fissando comunque un valore soglia non inferiore a 500 parti/anno) e tenuto conto, infine, anche delle indicazioni contenute nel Decreto 70 del 2.4.2015, “Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” in merito all’applicazione delle soglie di volume di attività di cui all’Accordo Stato-Regioni del 16.12.201, si è proceduto nell’aprile 2016 alla disattivazione della UOC di Ostetricia e Ginecologia di P.O. Boscotrecase

Punti di nascita pubblici	Punti di nascita accreditati	Punti nascita da disattivare	Punto nascita disattivato
P.O. Castellammare Di Stabia	CdC La Madonnina SRL San Gennaro Vesuviano	CdC S. Lucia San Giuseppe Vesuviano	P.O. di Boscotrecase

P.O. Vico Equense	CdC Maria Rosaria SPA Pompei		
P.O. Nola	CdC N.S. di Lourdes SPA Massa Di Somma		
	CdC S. Maria La Bruna SRL Torre Del Greco		
	CdC Villa Stabia Castellammare Di Stabia		

Il piano prevede una riorganizzazione della rete assistenziale neonatale prevedendo due livelli di assistenza:

- 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.

Presso la Asl Napoli 3 Sud sono previsti 12 p.l. di Neonatologia (di cui 6 al P.O. di Castellammare e 6 al P.O. di Vico Equense) e 18 posti letto di terapia intensiva (di cui 10 al P.O. di Castellammare ed 8 al P.O. di Nola).

7.18 Reti cliniche

7.18.1 Rete dell'emergenza-urgenza

In tutti i Pronto Soccorso aziendali è prevista un'area di triage globale, attiva nelle 24 ore, secondo le indicazioni contenute nel DCA n.57/2012, implementando i percorsi clinici condivisi finalizzati a dare risposte efficaci ed efficienti ai bisogni di salute dei cittadini.

È programmata, nei Pronto Soccorso aziendali, l'attivazione dell'Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) con dotazione di sistemi di monitoraggio multi-parametrico.

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.

I Pronto Soccorso degli Ospedali aziendali, a regime, saranno dotati di un organico unico e funzionalmente integrato sotto la responsabilità di un dirigente medico.

Nella rete della emergenza urgenza vanno ridefiniti i rapporti con il Servizio della Continuità Assistenziale. Così come attualmente erogato il servizio di Continuità assistenziale si configura quale prevalente medicina di attesa. Nella prossima applicazione del DM 70/15 e nella rivisitazione del DCA n. 18/2015 questo servizio troverà una ricollocazione funzionale anche nell'area dell'emergenza-urgenza con collegamento alla centrale operativa attraverso il numero unico 118 e nei presidi territoriali (anche in PS/DEA) per l'assistenza ai codici bianchi.

Alle centrali operative viene assegnato il monitoraggio delle attività in funzione dell'appropriatezza delle cure nell'ambito delle prestazioni di emergenza urgenza. Infine, il Servizio della continuità assistenziale parteciperà in integrazione alla rete delle Cure Primarie nell'ambito delle AFT/UCCP per le quali è in progettazione la rete regionale. Il modello operativo di ridefinizione del Servizio della continuità assistenziale verrà declinato attraverso uno specifico decreto.

E' prevista l'attivazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale, secondo le indicazioni del Piano regionale, nonché il collegamento, particolarmente per quanto riguarda le reti per patologie tempo-dipendenti, alla rete emergenza-urgenza.

Le reti sono costruite secondo il modello hub e spoke, previsto dalla Regione Campania.

Le reti cliniche tempo-dipendenti previste sono:

1. La rete IMA;
2. La rete Stroke;
3. La rete Traumatologica;
4. La rete delle Emergenze Pediatriche;
5. La rete dell'Emergenze Digestive; 6. La rete Neonatologica con i punti nascita.

7.18.2 La rete cardiologica

La Rete cardiologica regionale ha lo scopo di garantire a tutti i pazienti con infarto "STEMI" pari opportunità di accesso alle procedure 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 e/o trombolisi;
- Utilizzare il sistema di riperfusione più efficace per il paziente su tutto il territorio regionale;
- Assicurare il trattamento interventistico con angioplastica al maggior numero di pazienti, in particolare a quelli con shock cardiogeno ed a più alto rischio, ed ai pazienti con controindicazioni alla trombolisi;
- Ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti con IMA attraverso una diagnosi precoce e l'utilizzo ottimale dei sistemi di teletrasmissione Elettrocardiografica a distanza in primis da parte del 118;
- Migliorare la prognosi dei pazienti con IMA;
- Razionalizzare l'impiego delle risorse.

Il modello organizzativo regionale adottato è quello di una rete di intervento territoriale imperniato sul Servizio di Emergenza del 118 a cui si affianca una rete inter-ospedaliera coordinata di tipo Hub e spoke (spoke: UTIC, Hub di 1° livello: UTIC con Emodinamica Interventistica; Hub di 2° livello: UTIC, Emodinamica Interventistica e Cardiochirurgia). Nella rete per l'emergenza cardiovascolare, l'UTIC, di qualsiasi livello, è il perno attorno al quale ruota l'organizzazione dell'assistenza al paziente cardiopatico acuto. Vanno collegati

in rete ospedali con differenti livelli di complessità, ponendo al centro le relazioni tra le diverse unità operative, per poter centralizzare o decentrare il paziente ricoverato, secondo le necessità di ciascuno.

La programmazione regionale ha definito la Rete cardiologica della Asl Napoli 3 Sud prevedendo complessivamente Centri Spoke (Cardiologia con UTIC senza Emodinamiche Interventistiche) e Hub di 1° livello (Cardiologie con UTIC con Emodinamica Interventistica), programmando un Hub di 2° livello di riferimento presso l'Ospedale del Mare (Cardiologia con UTIC-Emodinamica Interventistica e Cardiochirurgia), per rispondere ai bisogni dell'area metropolitana di Napoli e ai bacini di utenza anche di Napoli 2 e Napoli 3.

E' programmato un reparto di cardiologia riabilitativa post acuta presso il P.O. di Torre del Greco al fine di garantire una gestione più idonea dei pazienti, con un più agile turnover dei posti letto per acuti cardiologici.

7.18.3 Rete dell'ictus cerebrale

La rete tempo-dipendente regionale per lo stroke prevede livelli assistenziali diversi per dotazione strutturali e capacità assistenziali, ed utilizza un modello organizzativo di tipo Hub e spoke, prevedendo 7 unità ictus (stroke unit) in Hub e 14 unità ictus (stroke unit) in spoke.

Il numero di posti letto regionali programmati è stato elaborato in funzione dei dati epidemiologici (i dati 2013 evidenziano che il tasso regionale chirurgico delle emorragie cerebrali è di poco superiore al 20% dei casi ricoverati; la trombolisi negli ictus con trombosi è inferiore all'1%. Il dato ufficiale risulta sottostimato per mancata segnalazione sulla SDO della relativa procedura di trombolisi e degli obiettivi regionali di cura per l'ictus:

- Trattare chirurgicamente o per via endovascolare il 30% dei casi di emorragia cerebrale, incluso l'ESA;
- Effettuare la trombolisi sistemica e/o endovascolare al 10% dei casi di ictus trombotico;
- Assicurare adeguata assistenza in ambiente idoneo a tutti i casi di ictus e TIA.

Sono previsti i seguenti nodi della rete:

- **Centri Hub:** corrispondono alle Unità per l'ictus di 2° livello (propriamente identificate come Stroke Unit), costituite da aree di assistenza sub-intensiva, in ospedali dotati di unità operative di neurologia, neuroradiologia e neurochirurgia, con consolidata esperienza nella trombolisi sistemica e nell'approccio chirurgico sia endovascolare neuroradiologico sia vascolare neurochirurgico. Per le emorragie cerebrali, ed in particolare per l'Emorragia Subaracnoidea si prevedono posti letto dedicati, che in relazione ai volumi di attività ed ai modelli organizzativi aziendali, possono essere allocati in neurochirurgia o nelle unità stroke.
- **Centri Spoke, generalmente ubicati nei D.E.A. di I livello,** dotati di aree di degenza con parte dei letti monitorati, preferibilmente dislocate nelle **unità di neurologia ed autorizzati alla trombolisi sistemica.** Tutti gli ospedali con pronto soccorso, ai quali giungono autonomamente la maggior parte dei casi di ictus, sono funzionalmente integrati nella rete stroke. Questi ospedali sono connessi, in via telematica per la trasmissione delle immagini, ai centri ictus spoke o hub, ai quali trasferiscono i pazienti selezionati dagli stessi. I pazienti non trasferiti sono ricoverati nelle degenze di medicina o geriatria.

Fanno parte della rete con i relativi posti letto dedicati le strutture ospedaliere di riabilitazione e di lungodegenza che riserveranno posti dedicati alla gestione post ictus.

Qualsiasi trasferimento di pazienti con ictus al centro ictus (Spoke-Hub) di riferimento, dal 118 o da altri ospedali, deve essere preventivamente autorizzato dal centro stesso; il centro ictus (Spoke-Hub) non può rifiutare il trasferimento di pazienti suscettibili di terapia trombolitica o chirurgica dall'area di proprio competenza. Trasferire pazienti, che non hanno possibilità di giovare della tecnologia delle unità stroke (Spoke-Hub), senza l'autorizzazione del centro (Spoke-Hub) rischia di produrre un intasamento ed un malfunzionamento degli stessi e quindi di vanificare la funzione stessa della rete.

Gli ospedali con pronto soccorso sono connessi con le predette unità stroke, alle quali hanno la possibilità di trasferire pazienti selezionati, assistendo gli altri casi nelle degenze di neurologia, medicina e geriatria.

Nell' ASL Napoli 3 Sud sono programmati **due centri Spoke nei DEA di I livello, quali Nola e Castellammare di Stabia, attrezzati per la trombolisi sistemica.**

La patologia emorragica va indirizzata, seguendo flussi già esistenti, ai centri Hub quali:

- Hub dell'ospedale di Nocera Inferiore per le aree interne;
- Ospedale Loreto Mare per la zona contigua alla città di Napoli e della fascia costiera;
- Ospedale del Mare, allorché in funzione, tenderà a sostituire entrambi data la posizione geografica e la facilità di accesso

7.18.4 Rete per il trauma

La rete regionale è stata disegnata sulla base dell'accordo Stato Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 4 aprile 2002, "*Linee guida per l'organizzazione di un sistema integrato di assistenza ai pazienti traumatizzati da mielolesioni e/o cerebrolesioni*", che ha individuato la necessità di sistemi integrati extraintraospedalieri di assistenza ai soggetti colpiti da traumatismo (detti Sistemi Integrati per l'Assistenza al Trauma Maggiore, SIAT), imperniati su strutture ospedaliere specificamente competenti nella cura del trauma definite "Centri Trauma" o "Trauma Centers" e sui Centri di Riabilitazione.

Più recentemente il Regolamento "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'Assistenza ospedaliera", approvato con Intesa Stato Regioni n. 95 del 5 agosto 2014, ha esplicitamente previsto la necessità di costituire sistemi integrati extra-intraospedalieri di assistenza ai soggetti colpiti da traumatismo detti SIAT, con la finalità di assicurare la cura definitiva del paziente con trauma maggiore nel minor tempo possibile e nel luogo più adatto. I traumi cosiddetti minori afferiscono all'Ospedale più vicino dotato di un Pronto Soccorso, indipendentemente dalla sua appartenenza e dal suo livello nell'ambito del SIAT (Sistema Integrato assistenza Trauma).

Se a seguito della valutazione medica tali pazienti vengono considerati affetti da lesioni potenzialmente a rischio per la sopravvivenza, deve essere possibile attivare un trasferimento presso i centri trauma del SIAT (trasporti secondari urgenti a carico del 118). Si identifica quindi un modello di rete ospedaliera che si dota, tra le altre funzioni, di un'organizzazione specifica per la cura del trauma maggiore con la partecipazione degli altri Ospedali non compresi nella rete ma deputati alla cura dei traumi minori.

Secondo il modello SIAT tutti i traumi con criteri di triage indicativi di trauma maggiore devono essere trasportati al centro trauma in relazione alla tipologia delle lesioni e alla necessità di eventuali alte specialità al fine di rispettare il più possibile il principio di centralizzazione primaria, cioè del trasporto immediato al

287/347

In pubblicazione dal

luogo di cura definitiva. In caso di impossibilità al controllo e al trattamento in sede extra-ospedaliera dell'instabilità respiratoria o circolatoria da parte del personale sanitario, il paziente deve essere trasportato, indipendentemente dal tipo di lesioni, al più vicino centro trauma per la stabilizzazione iniziale per poi essere trasferito, se necessario, alla struttura di livello superiore, una volta ottenuto il controllo della funzione cardio, avvalendosi di tecnologie per la trasmissione di immagini e dati. Il principio operativo di centralizzazione permette non solo di ottenere la concentrazione della patologia maggiore in poche sedi ove vengono predisposte le risorse specifiche, ma anche di consentire un addestramento adeguato e continuativo delle équipes di sanitari.

Il CTS (Centro Traumi ad alta Specializzazione) funge da ospedale di riferimento per i traumi della sua area di competenza e deve essere in grado di accogliere pazienti provenienti dal resto del SIAT con problematiche poli-distrettuali o che necessitino di alte specialità, qualora non presenti presso gli altri Ospedali della rete;

Il CTZ (Centro Traumi di Zona), PST (Presidi di Pronto Soccorso per Traumi). Il CTS, per il suo ruolo specialistico, deve sempre avere a disposizione letti in area critica per accettare i pazienti provenienti da tutto il SIAT, che richiedano le sue attrezzature e competenze. La Regione predisporrà adeguati protocolli operativi e formativi per il buon funzionamento della rete. Nella maggior parte dei casi i pazienti traumatizzati gravi hanno un trauma cerebrale e/o midollare, motivo per il quale la neurochirurgia entra nella rete del SIAT.

L'intero sistema è costituito da una rete di strutture ospedaliere tra loro funzionalmente connesse e classificate sulla base delle risorse e delle competenze disponibili in:

Centri Traumi di alta Specializzazione (CTS): afferenti a DEA di II livello con Trauma Team del Dipartimento di Emergenza dedicato alla gestione del Trauma maggiore, in grado di accogliere pazienti con problematiche polidistrettuali o che necessitino di alte specialità, qualora non presenti presso gli altri Ospedali della Rete (CTZ, PST). Tali centri identificano e trattano 24 ore su 24, in modo definitivo, qualsiasi tipo di lesione mono o polidistrettuale e garantiscono le cure intensive necessarie, salvo alcune funzioni particolarmente specifiche svolte in centri regionali (Centro Grandi Ustionati, Unità Spinale Unipolare e Riabilitazione del cranioleso, Camera Iperbarica, Centro Antiveleni).

I Centri Trauma di alta Specializzazione, in Campania, sono individuati presso:

- CTS Campania Centro - Ospedale del Mare, per il bacino d'utenza afferente alla macro-area di Napoli, in attesa di attivazione dell'Ospedale del Mare svolge una funzione vicariante il CTZ Cardarelli;
- CTS Campania Nord - AO S. Anna e S. Sebastiano di Caserta per il bacino d'utenza afferente alle macroaree di Caserta, Benevento ed Avellino;
- 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 livello che garantiscono H24 il trattamento in modo definitivo di tutte le lesioni tranne quelle connesse con tutte o alcune alte specialità. (P.O. di Nola e P.O. di Castellammare di Stabia).

Presidi di Pronto Soccorso per Traumi (PST): individuati in tutti i Pronto Soccorso aziendali, che garantiscono il trattamento immediato, anche chirurgico, delle lesioni con instabilità cardio-respiratoria prima di un eventuale trasferimento ad una struttura di livello superiore. Per garantire la massima ricettività possibile da parte del CTZ, devono essere previsti protocolli concordati per la precoce presa in carico da parte del PST dei pazienti che hanno risolto presso il CTZ la fase acuta e non richiedono più trattamento specialistico.

Il modello così configurato assicura l'integrazione con le Strutture di riabilitazione post-acuta (Unità spinali, U.O. Medicina riabilitativa), in modo da garantire la presa in carico del paziente ed ogni azione finalizzata ad una riabilitazione efficace.

La rete per l'emergenza pediatrica

La rete dell'emergenza pediatrica è strutturata attraverso il modello "Hub e Spoke".

Nel territorio della Asl Napoli 3 Sud sono presenti solo punti spoke della rete.

Livello Spoke II: pediatria ubicata negli Ospedali sedi di DEA quali Castellammare e Nola, inseriti nel percorso dell'emergenza, collocandoli in rete con l'Hub di riferimento; con Pronto Soccorso pediatrico con guardia attiva ed Osservazione Breve Intensiva;

Livello Spoke I: Spoke di I Livello ubicati negli Ospedali sedi di P.S. (Boscotrecase, Vico Equense) fanno capo al DEA più vicino.

Rete neonatologica e punti nascita

Il piano ospedaliero ha programmato un percorso tendente a realizzare entro il 31.12.2018 una rete di offerta costituita da punti parto che assicurano almeno 1.000 parti/anno fatte salve specifiche deroghe.

La Regione Campania, con delibera N.460 del 20.03.2007 ha approvato il piano di rientro dal disavanzo e al punto e) ha previsto le misure di razionalizzazione dei punti nascita; al punto g) del suddetto piano sono previste una serie di misure tra le quali è programmata la disattivazione dei punti nascita con un numero di parti inferiori a 500. Alla luce dei dati di attività registrati nell'ultimo triennio dalla UOC Ostetricia e Ginecologia del P.O. Boscotrecase (anno 2013: 366 parti, con una percentuale di parti cesarei pari al 57%, anno 2014: 391 parti, con una percentuale di cesarei del 52%, anno 2015: 283 parti, con una percentuale di cesarei del 45%), tenuto conto delle Raccomandazioni contenute nell'Accordo Stato-Regioni del 2010 in tema di sicurezza e appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita (fissando in almeno 1000 parti/anno il parametro standard a cui tendere per il mantenimento dei punti nascita, fissando comunque un valore soglia non inferiore a 500 parti/anno) e tenuto conto, infine, anche delle indicazioni contenute nel Decreto 70 del 2.4.2015, "Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" in merito all'applicazione delle soglie di volume di attività di cui all'Accordo Stato-Regioni del 16.12.2011, si è proceduto nell'aprile 2016 alla disattivazione della UOC di Ostetricia e Ginecologia del P.O. di Boscotrecase.

Punti di nascita pubblici	Punti di nascita accreditati	Punti nascita da disattivare	Punto nascita disattivato
P.O. di Castellammare Di Stabia	CdC La Madonnina SRL San Gennaro Vesuviano	CdC S. Lucia San Giuseppe Vesuviano	P.O. Boscotrecase
P.O. di Vico Equense	CdC Maria Rosaria SPA Pompei		
P.O. di Nola	CdC N.S. di Lourdes SPA Massa Di Somma		
	CdC S. Maria La Bruna SRL Torre Del Greco		

	CdC Villa Stabia Castellammare Di Stabia		
--	---	--	--

Il piano prevede una riorganizzazione della rete assistenziale neonatale prevedendo due livelli di assistenza:

- 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: Terapia intensiva neonatale - TIN (cod. 73): in grado di assistere neonati patologici, quali quelli bisognosi di terapia intensiva e ad alta complessità.

Presso la Asl Napoli 3 Sud sono previsti 12 p.l. di Neonatologia (di cui 6 al P.O. di Castellammare e 6 al P.O. di Vico Equense) e 18 posti letto di terapia intensiva (di cui 10 al P.O. di Castellammare ed 8 al P.O. di Nola).

La rete per le emergenze gastroenteriche

Il modello adottato dalla Regione prevede rimodulazioni delle modalità organizzative di assistenza finalizzate a realizzare "alta integrazione" tra le strutture, mediante gestione delle urgenze in gastroenterologia e in endoscopia digestiva, programmando sulla scorta dei dati epidemiologici, la realizzazione di una specifica Rete per la risposta alle emergenze gastroenteriche, composta dalle unità di gastroenterologia con endoscopia digestiva organizzate secondo il sistema Hub & Spoke.

Ai punti Hub, dotati di tutte funzioni diagnostiche e terapeutiche che permettano una presa in carico completa del paziente con emorragia digestiva, devono afferire i casi selezionati per la loro complessità. Ai punti spoke, dotati di un Pronto Soccorso con servizio di pronta disponibilità endoscopica nei notturni e festivi e di almeno una funzione di gastroenterologia dedicata (o all'interno dell'AFO di Medicina) afferiscono i pazienti che hanno bisogno comunque di una assistenza specialistica.

Una Rete territoriale di presa in carico del paziente, con il coinvolgimento della Medicina Generale ed una forte integrazione Ospedale-Territorio, per la prevenzione e la gestione delle patologie correlate sarà ugualmente necessaria nella definizione del Piano Territoriale dell'assistenza.

Nella Asl Napoli 3 Sud è programmato un punto Spoke della rete presso l'Ospedale di Torre del Greco dotato di posti letti, nonché l'implementazione presso l'Ospedale di Nola.

La rete Nefrologica

In adempimento a quanto previsto dal Piano ospedaliero regionale, si prevede la implementazione della rete nefrologica aziendale al fine di garantire la più appropriata risposta assistenziale ai pazienti affetti da patologie renali croniche, tenendo in debito conto come tale malattia rappresenti una priorità in ambito epidemiologico (rif. OMS e CDC), nonché il potenziamento dell'assistenza domiciliare per la dialisi peritoneale.

A tal fine saranno potenziate le attività che consentono la maggiore integrazione tra il setting ospedaliero e quello territoriale mediante la definizione di percorsi diagnostico-terapeutici dedicati e specifici programmi

di prevenzione con il coinvolgimento dei Medici della Medicina generale e degli specialisti delle strutture pubbliche ed accreditate.

Inoltre è confermato il centro dialisi assistenza decentrata (CAD) attivo presso il Distretto 59, sede di Sant'Agnello, che è dotato di 10 posti tecnici, e garantisce visite specialistiche nefrologiche e attività di consulenza, nonché tecniche dialitiche continue (CRRT continuous renal replacement therapy) ai reparti dell'area critica dei PP.OO. di Vico Equense e di Sorrento.

La rete per la terapia del dolore

La rete per la Terapia del dolore 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. 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.

I nodi della rete sono rappresentati da:

1. Ambulatori dei Medici di Medicina Generale/Pediatri di libera scelta, forme di aggregazione funzionale previste dagli accordi collettivi con la Medicina Generale-AFT-UCCP;
2. Centri SPOKE/centri ambulatoriali di terapia del dolore;
3. Centro di Terapia del dolore HUB/centro ospedaliero di terapia del dolore.

Il DCA 22/2015 stabilisce standard e fabbisogni e definisce la rete regionale prevedendo un centro Hub presso il P.O. Nola e 3 centri spoke, rispettivamente presso il P.O. di Sorrento, il P.O. di Boscotrecase, il P.O. di Castellammare.

Rete oncologica

I dati del registro tumori Aziendale dimostrano che per il sesso maschile i siti maggiormente colpiti da neoplasie maligne risultano polmone e prostata, seguiti da colon e retto.

Nel sesso femminile il tumore della mammella è risultato essere il più frequente, seguito da colon-retto e polmone. 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).

La Rete Oncologica aziendale prevede un approccio multidisciplinare e multi-presidiale, a più livelli e con forti integrazioni, basato sul concetto ormai universale della presa in carico globale del paziente, finalmente tutelato nel percorso di diagnosi e cura da PDTA regionali, sostenuti da Evidenze Scientifiche, e assistito in setting di cura predeterminati che consentano il massimo dell'appropriatezza ed il massimo della qualità.

La rete è trasversale ed è basata sui principi dell'integrazione Ospedale-Territorio, con la definizione di poli chirurgici di comprovata qualità, con la previsione di strutture idonee a garantire l'assistenza terminale e palliativa (attivazione di un'Hospice nel P.O. di Boscotrecase) e l'implementazione della rete per la terapia del dolore, in adempimento a quanto previsto dal Piano Ospedaliero regionale.

7.18.5 Interventi per la fertilità e procreazione medicalmente assistita

Il Piano regionale prevede una riorganizzazione e qualificazione dell'offerta pubblica di PMA, nonché di interventi per l'onco-fertilità e la conservazione dei gameti e tessuti gonadici, collegando i punti di offerta in un'ottica di rete.

L'Asl Napoli 3 Sud provvederà all'implementazione delle azioni previste per una migliore risposta efficace ed efficiente del territorio aziendale, secondo le indicazioni che saranno declinate dai previsti specifici provvedimenti regionali.

In particolare, presso la UOC di Ostetricia e Ginecologia del P.O. di Castellammare è attivo il Centro di procreazione medicalmente assistita (PMA), iscritto al Registro Nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità, che garantisce le seguenti tecniche di I livello:

- Inseminazione sopra cervicale in ciclo naturale eseguita utilizzando tecniche di preparazione del liquido seminale;
- Induzione dell'ovulazione multipla associata ad inseminazione sopra cervicale eseguita utilizzando tecniche di preparazione del liquido seminale;
- Eventuale crioconservazione dei gameti maschili.

TITOLO 8

*I parametri per l'individuazione
delle Unità Operative Complesse (UOC),
Unità Operative Semplici (UOS),
e Unità Operative Semplici Dipartimentali (UOSD)*

TITOLO 8 - I PARAMETRI PER L'INDIVIDUAZIONE DELLE UNITA' OPERATIVE COMPLESSE (UOC) UNITA', OPERATIVE SEMPLICI (UOS) E UNITA' OPERATIVE SEMPLICI DIPARTIMENTALI (UOSD)

8.1 Il Decreto del Commissario ad Acta n° 18 del 18/02/2013

Il Decreto del Commissario ad Acta n° 18 del 18/02/2013 indicava i seguenti criteri ai fini della individuazione dei numeri totali di unità operative complesse e semplici comprensive delle semplici dipartimentali:

➤ criteri per l'individuazione delle UU.OO.CC:

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

➤ criteri per l'individuazione delle UOSD:

Le Unità operative semplici dipartimentali sono caratterizzate da:

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

➤ criteri per l'individuazione delle UOS:

Le Unità operative semplici sono caratterizzate da:

- a) esistenza di una unità operativa complessa;
- b) dotazione di risorse professionali, operative e organizzative adeguate qualitativamente e quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi;
- c) 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 U.O.S. ospedaliera deve erogare prestazioni sia in regime di ricovero che ambulatoriali 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;
- garantire una efficiente gestione delle risorse in dotazione.

8.2 Criteri per la individuazione delle unità operative (UOC, UOSD, UOS) in ambito non ospedaliero (ambito territoriale e delle funzioni centrali aziendali)

➤ Criteri per l'individuazione delle UU.OO.cC:

- a) Rilevanza delle attività svolte per volume e tipologia;
- b) Rilevanza del livello di responsabilità per la gestione della struttura;
- c) Valore delle risorse professionali, operative e organizzative, adeguate qualitativamente e quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi;
- d) Articolazione interna della struttura e livello di diversificazione delle responsabilità;
- e) 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;

➤ Criteri per l'individuazione delle UU.OO.SS.DD:

I criteri e i parametri da utilizzare per la costituzione, il mantenimento delle UOSD in ambito territoriale sono:

- a) capacità di erogare autonomamente servizi sul territorio;
- b) congrua dotazione di risorse professionali, operative e organizzative adeguate qualitativamente e quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi;
- c) funzione strategicamente rilevante per il buon funzionamento del Dipartimento, senza sovrapposizione con le attività delle stesse.

➤ Criteri per l'individuazione delle UOS:

I criteri e i parametri da utilizzare per la costituzione, il mantenimento e la riconversione delle UOS in ambito territoriale sono i seguenti:

- a) esistenza di una struttura complessa già esistente e pienamente configurata;
- b) utilizzazione di risorse umane, strutturali, strumentali e materiali indispensabili per realizzare gli obiettivi di cui ai successivi punti;
- c) funzione strategicamente rilevante per il buon funzionamento della UOC di appartenenza e, per il tramite di questa, ed eventualmente del Dipartimento in cui essa è compresa.

Ogni UOS territoriale deve poter erogare prestazioni di prevenzione, ambulatoriali di natura diagnostica clinica e strumentale, specialistiche specifiche, medico-legali e di natura terapeutica o riabilitativa in misura tale da: - contribuire al contenimento dei tempi di attesa entro i limiti stabiliti in sede regionale e/o nazionale; - contribuire all'appropriatezza prescrittiva e al contenimento della spesa sia di farmaci che dispositivi medici.

8.3 I Nuovi standard

L'emanazione del decreto Ministeriale n° 70 del 2015 e del D.C.A. n° 33 del 2016 "Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015, imponendo un nuovo metodo di programmazione dell'assistenza ospedaliera e secondo le linee guida ministeriali ha individuato i seguenti parametri di riferimento:

Standard UU.OO.CC. Ospedali - n° 1 struttura Complessa per ogni 22 posti letto, lo standard è da intendersi a livello aziendale;

Standard UU.OO.CC. Territoriali n° 1 struttura Complessa per ogni 13.515 residenti;

Standard Unità Operative semplici e Semplici Dipartimentali n°1,31 ogni struttura complessa, sia in ambito territoriale che in ambito ospedaliero.

I Parametri di riferimento sono:

Posti Letto Totali N° 1130;

Abitanti Residenti n° 1.073.493. (1/1/2015 rilievo DCA 33/16).

Tetto massimo n° UU.OO.CC. Ospedaliere x 1130 P.L.: 22 PL = n° Tot. 51,3.

Tetto Massimo n° UU.OO.CC. Territoriali Abitanti 1.073.493: 13.515 = n° Tot. 79,4 .

Tetto massimo n° UU.OO.CC. a livello aziendale n° 130,7

Tetto massimo n° UU.OO.SS. e UU.OO.SS.DD. n°170,3.

Le strutture Complesse e le strutture semplici e semplici dipartimentali individuate nel presente atto aziendale rientrano nei tetti massimi consentiti dalla succitata normativa, esattamente n° 130 unità operative Complesse e 170 tra unità operative semplici dipartimentali ed unità operative semplici.

E' opportuno specificare che per la UOSD di Nefrologia /Emodialisi del P.O. di Nola* (**L'attuale UOC di Nefrologia sarà sostituita dalla UOSD Nefrologia bloccando il turnover alla scadenza dell'incarico contrattualizzato dell'attuale direttore UOC. L'Azienda Sanitaria Locale si impegna a non attivare una UOC di nuova istituzione al fine di garantire lo standard di 130 unità operative complesse**)

8.4 Assetto degli incarichi professionali

Al fine di assicurare la rilevanza delle funzioni ad alto contenuto tecnico professionale, l'Azienda individua le 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 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.

Nel presente atto aziendale sono previsti gli incarichi professionali riferiti alle attività territoriali (distretti/ Dipartimento Prevenzione/ Dipartimento Integrato salute Mentale e Dipendenze patologiche) e per le attività di livello centrale. All'atto della definizione della dotazione organica (DCA 67/2016) saranno previsti incarichi professionali sia per il livello ospedaliero, ove se ne verifichi la necessità anche in carenza di previsione di strutture semplici, per i vincoli normativi.



TITOLO 9 - DEFINIZIONE FABBISOGNO DI PERSONALE

9.1 Provvedimento di definizione del fabbisogno di personale dell'Azienda Sanitaria Locale

Applicazione Decreto Commissario ad Acta Regione Campania n°67 del 14 luglio 2016.

La Regione Campania, ritenuto di dover intervenire sulla metodologia da adottare per la definizione delle dotazioni organiche delle Aziende sanitarie, rilevato che allo stato attuale non risultano essere stati individuati i benchmarks (dati di riferimento per la comparazione) di riferimento nazionali relativi allo standard da applicare per individuare la consistenza numerica del personale dipendente per profili, ruoli e posizioni, ha adottato il D.C.A. n° 67 del 14 luglio 2016; ha stabilito quindi di dover procedere individuando a livello regionale criteri/parametri di riferimento per la quantificazione delle unità di personale da prevedere nell'ambito delle dotazioni organiche, anche allo scopo di garantire una sostanziale omogeneità di servizi nelle aziende sanitarie del territorio Regionale .

L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud entro sessanta giorni dall'approvazione dell'Atto aziendale e quindi del modello organizzativo previsto, adotterà la dotazione organica necessaria a sostenere lo sviluppo e l'attuazione di quanto deciso nello stesso atto aziendale.

9.2 Disposizione Finale

La necessità di adeguare i livelli prestazionali ed organizzativi, specialmente a livello ospedaliero e territoriale, alle indispensabili riallocazioni di risorse umane e strumentali ed alle nuove esigenze in materia di formazione degli operatori, determina la particolare complessità dei processi di riorganizzazione aziendale scaturente dall'adozione del su esteso atto aziendale; pertanto, il progressivo percorso che condurrà alla nuova configurazione aziendale dovrà essere dettagliato in un successivo provvedimento di adozione , stante l'approvazione dell'atto aziendale da parte della Regione Campania, anche in funzione dell'acquisizione delle risorse necessarie.

In ogni deliberazione o altro provvedimento finale aziendale successivo all'approvazione dell'atto aziendale da parte della regione Campania, che riguardi anche indirettamente l'assetto organizzativo dell'azienda (ad esempio affidamento degli incarichi) il Direttore Generale dovrà attestare che la statuizione è conforme alle previsioni dell'atto aziendale.

Infine considerato che l'attuale organizzazione dell'Asl Napoli 3 Sud presenta un numero di Unità operative semplici e semplici dipartimentali che si discosta dagli standard previsti dal D.C.A. 18/2013 nel conferimento degli incarichi di struttura semplice risulta infatti che l'attuale organizzazione aziendale prevede un numero di strutture semplici pari N°198 che devono essere ricondotte nel numero 170 così come previsto nel presente atto aziendale;

Che in tal senso si espressa la magistratura contabile con ordinanza n°2015/42/GPL del 25/01/2016 rilevando danno erariale per le strutture in eccesso.

Si ritiene pertanto che a seguito dell'approvazione dell'atto aziendale con delibera della Direzione Generale si dovrà procedere immediatamente al conferimento degli incarichi di struttura semplice nella tipologia e nel numero previsto dallo stesso atto aziendale.

Quadri Sinottici

COLLEGIO DI DIREZIONE	DIRETTORE GENERALE	COLLEGIO SINDACALE
DIRETTORE SANITARIO CONSIGLIO DEI SANITARI	STRUTTURE SUPPORTO DIREZIONE STRATEGICA UOC AFFARI ISTITUZIONALI E SEGRETERIE UOC SISTEMI INFORMATICI ITC UOC PERFORMANCE UOC SISTEMA INTEGRATO CONTROLLI INTERNI - ESTERNI UOC RELAZIONI CON IL PUBBLICO, TRASPARENZA, TUTELA, COMUNICAZIONE UOC CONTROLLO DI GESTIONE UOC PREVENZIONE E PROTEZIONE	DIRETTORE AMMINISTRATIVO
STRUTTURE SUPPORTO GOVERNO CLINICO UOC CLINICAL RISK MANAGEMENT, SICUREZZA E QUALITA' DELLE CURE UOC GOVERNO FUNZIONE OSPEDALIERA UOC PROFESSIONI SANITARIE UOC FORMAZIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE UOC MEDICINA LEGALE IPAS GOVERNO LISTE DI ATTESA IPAS COMITATO ETICO/COORD. Trapianti IPAS SUPPORTO ORGANIZZATIVO PROGRAMMAZIONE	COMITATI E COMMISSIONI COMITATO PARTECIPATIVO E CONSULTIVO E CONSULTA SOCIO-SANITARIA COMITATO PER LA LOTTA ALLE INFEZIONI OSPEDALIERE NUCLEO OPERATIVO DI CONTROLLO COMMISSIONE PER IL PRONTUARIO TERAPEUTICO COMITATO PER IL BUON USO DEL SANGUE COMITATO RISCHIO CLINICO COMITATO UNICO DI GARANZIA COMITATO ETICO	STRUTTURE SUPPORTO GOVERNO TECNICO AMMINISTRATIVO UOC AFFARI GENERALI UOC AFFARI LEGALI UOC GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI UOC AMMINISTRATIVA OSPEDALIERA AREA NORD UOC AMMINISTRATIVA OSPEDALIERA AREA SUD UOC GESTIONE RISORSE UMANE UOC VALORIZZAZIONE E MANUTENZIONE PATRIMONIO IMMOBILIARE UOC GESTIONE ATTREZZATURE SANITARIE (INGEGNERIA CLINICA) UOC SVILUPPO E GESTIONE TELECOMUNICAZIONI ED IMPIANTISTICA UOC COORDINAMENTO AMMINISTRATIVO D.P. ASSISTENZA TERRITORIALE SOCIO-SANITARIA IPAS AMMINISTRATIVA DIPARTIMENTO DIPENDENZE UOC AMMINISTRATIVA DIP. PREV IPAS AMMINISTRATIVA DSM
DIPARTIMENTI SANITARI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE DIPARTIMENTO FARMACEUTICO DIPARTIMENTO ATTIVITA' TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE DIPARTIMENTO DIPENDENZE DIPARTIMENTO AREA MEDICA DIPARTIMENTO AREA CRITICA DIPARTIMENTO POST-ACUZIE DIPARTIMENTO Diagn. per immagini. DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO ED ANAT. PATOL.	DISTRETTI SANITARI DISTRETTO 48 DISTRETTO 51 DISTRETTO 54 DISTRETTO 57	DISTRETTO 49 DISTRETTO 52 DISTRETTO 55 DISTRETTO 58
DISTRETTO 34 DISTRETTO 50 DISTRETTO 53 DISTRETTO 56 DISTRETTO 59	UOC Direzione Medica di Presidio P.O. Castellammare di Stabia St. Gragnano UOC Direzione Medica di Presidio P.O. Vico Equense P.O. Sorrento	
OSPEDALI UOC Direzione Medica di Presidio P.O. Nola – DEA I Livello Stabilimento di Pollena UOC Direzione Medica di Presidio P.O. Boscotrecase – P.O. Maresca		

Strutture Supporto governo clinico			
UNITA' OPERATIVE COMPLESSE	N.	UNITA' OPERATIVE SEMPLICI	N.
UOC CLINICAL RISK MANAGEMENT SICUREZZA, E QUALITA' DELLE CURE	1	UOS SICUREZZA DEI PAZIENTI E BUONE PRATICHE	1
UOC GOVERNO FUNZIONE OSPEDALIERA	1		
UOC PROFESSIONI SANITARIE	1	IPAS Infermieristiche n°4	
UOC FORMAZIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE	1	UOS PROGETTAZIONE E PIANIFICAZIONE Percorsi Formativi	1
		IPAS Gestione ECM	
UOC MEDICINA LEGALE	1		
TOTALE	5	TOTALE	2

N.B.

In supporto alla direzione sanitaria è prevista l'istituzione:

- Una I.P.A.S. Comitato Etico e Coordinamento Trapianti;
- Una I.P.A.S. Governo Liste di attesa;
- Una I.P.A.S. Supporto Organizzativo per Programmazione Sanitaria.

Strutture Supporto Governo Tecnico Amministrativo			
UNITA' OPERATIVE COMPLESSE	N.	UNITA' OPERATIVE SEMPLICI e IPAS	N.
UOC AFFARI GENERALI	1	UOS CONVENZIONI FITTI ATTIVI E PASSIVI	1
UOC AFFARI LEGALI	1	UOS CONTENZIOSO CIVILE E PROCEDURE ESECUTIVE	2
		UOS CONTENZIOSO Lavoro e Penale	
		N°1 IPAS Contenzioso Amministrativo N°1 IPAS Coord. Attività Amministrativa	
UOC GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA	1	UOS BILANCIO	2
		UOS FLUSSI FINANZIARI	
UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	1	UOS PIANIFICAZIONE, PROGRAMMAZIONE E ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	1
		IPAS INVENTARIO E SERVIZI ALBERGHIERI	
		IPAS PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO A.B.S.	
UOC SERVIZI AMMINISTRATIVI OSPEDALIERI NOLA	1	UOS GESTIONE AMMINISTRATIVA BOSCO	1
UOC SERVIZI AMMINISTRATIVI OSPEDALIERI CASTELLAMMARE	1	UOS GESTIONE AMMINISTRATIVA SORRENTO	1
UOC GESTIONE RISORSE UMANE	1	UOS ACQUISIZIONE E GESTIONE GIURIDICA	2
		UOS GESTIONE ECONOMICA E PREVIDENZIALE	
		IPAS PROCEDIMENTI DISCIPLINARI	
UOC VALORIZZAZIONE E MANUTENZIONE PATRIMONIO IMMOBILIARE	1	IPAS PROGETTAZIONE E RISTRUTTURAZIONE PATRIMONIO IMMOBILIARE	
UOC SVILUPPO E GESTIONE IMPIANTI TECNOLOGICI_ADEGUAMENTO SISMICO ED ANTINCENDIO	1	IPAS TELECOMUNICAZIONI ED IMPIASTISTICA	
UOC SVILUPPO E GESTIONE ATTREZZATURE SANITARIE (INGEGNERIA CLINICA)	1	IPAS CONTROLLO, VALUTAZIONE E VALORIZZAZIONE APPARECCHIATURE SANITARIE E TECNOLOGICHE ANCHE DOMICILIARI	
TOTALE	10	TOTALE	10

Strutture Supporto Direzione strategica			
UNITA' OPERATIVE COMPLESSE	N.	UNITA' OPERATIVE SEMPLICI ed IPAS	N. UOOSS
UOC AFFARI ISTITUZIONALI E SEGRETERIE	1	IPAS Segreterie Organi IPAS Rapporti Istituzionali	
UOC CONTROLLO DI GESTIONE	1	UOS SISTEMI INFORMATIVI DI GOVERNO E STATISTICA SANITARIA ospedaliera UOS SISTEMI INFORMATIVI DI GOVERNO E STATISTICA SANITARIA territoriale e convenzionata	2
UOC SISTEMI INFORMATICI ITC	1	IPAS SVILUPPO ARCHITETTURA SISTEMI INFOR.	
UOC SISTEMA INTEGRATO CONTROLLI INTERNI - ESTERNI	1	UOS ISPETTIVA ATTIVITA' AMMINISTRATIVE UOS ISPETTIVA ATTIVITA' SANITARIE	2
UOC RELAZIONI CON IL PUBBLICO	1	IPASPUBBLICATUTELA IPAS QUALITA' PERCEPITA	
UOC PERFORMANCE	1	UOS VALUTAZIONE INTEGRATA ATTIVITA' SANITARIA IPAS STRUTTURA TECNICA PERMANENTE SUPPORTO ORGANISMO INDIPENDENTE VALUTAZIONE	1
UOC PREVENZIONE E PROTEZIONE	1	UOS SORVEGLIANZA SANITARIA	1
TOTALE UOC	7	TOTALE U.O.S.	6

Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud
2017



Dipartimento Attività Territoriali ed Integrazione Socio Sanitaria

Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici	Unità Operative Semplici Dip.li	Incarichi Professionali A.S.
Coordinamento Sociosanitario	1 Orientamento al Welfare territoriale		1 IP Assistente Sociale
Cure primarie ed attività territoriali	1 Integrazione assistenza ospedale territorio		1 Assistenza cittadini Stranieri 1 Rete allergologica
Cure Domiciliari	1 Assistenza Domiciliare I e II Livello 1 Assistenza Domiciliare di III Livello		
Coordinamento attività Riabilitative	1 Controllo trattamenti Riabilitativi e prestazioni nomenclatore tariffario – coordinamento UVBR distrettuali		
Coordinamento Amministrativo			1 Rapporto e supporto UUOCC Dipartimentali
		1 Fisiopatologia della comunicazione	
		1 Attività libero professionale Intramoenia (ALPI)	
		1 Rete ulcere cutanee	
		1 Nutrizione a domicilio	
		1 Assistenza anziani fragili e demenza	
		1 Diabetologia e Malattie Metaboliche	
Totale UOC N° 5	Totale UOS N° 5	Totale UOSD N° 6	Totale IPAS N° 4

Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud
2017



Distretto Socio Sanitario			
Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici	Incarichi Professionali A.S.	Incarichi Professionali
Direzione Distretto Sociosanitario N° 34	Cure Primarie	1 Assistenza Sanitaria di base 1 Medicina Legale 1 Assistenza Integrata Pazienti Diabetici	Supporto Amministrativo Direzione Distretto Sociosanitario
	Assistenza Territoriale	1 A. Anziani 1 A. Materno Infantile 1 A. Sociosanitaria 1 A. Riabilitativa n°1 1 A. Psicologica Giuridica ad alta integr. con Enti	
	R.S.A.		
Direzione Distretto Sociosanitario N° 48	Cure Primarie	1 Assistenza Sanitaria di base 1 Medicina Legale 1 Assistenza Integrata Pazienti Diabetici	Supporto Amministrativo Direzione Distretto Sociosanitario
	Assistenza Territoriale	1 A. Anziani 1 A. Materno Infantile 1 A. Sociosanitaria 1 A. Riabilitativa 1 A. Psicologica Giuridica ad alta integr. Con Enti	

Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud
2017



Direzione Distretto Sociosanitario N° 49	Cure Primarie	1 Assistenza Sanitaria di base 1 Medicina Legale 1 Assistenza Integrata Pazienti Diabetici	Direzione Supporto Amministrativo Distretto Sociosanitario
	Assistenza Territoriale	1 A. Anziani 1 A. Materno Infantile 1 A. Sociosanitaria 1 A. Riabilitativa 1 A. Psicologica Giuridica ad alta integr. con Enti	
Direzione Distretto Sociosanitario N° 50	Cure Primarie	1 Assistenza Sanitaria di base 1 Medicina Legale 1 Assistenza Integrata Pazienti Diabetici	Supporto Amministrativo Direzione Distretto Sociosanitario
	Assistenza Territoriale	1 A. Anziani 1 A. Materno Infantile 1 A. Sociosanitaria 1 a. Riabilitativa 1 Psicologica Giuridica ad alta integr. con Enti	

Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud
2017



Direzione Distretto Sociosanitario N° 51	Cure Primarie	1 Assistenza Sanitaria di base 1 Medicina Legale 1 Assistenza Integrata Pazienti Diabetici	Supporto Amministrativo Direzione Distretto Sociosanitario
	Assistenza Territoriale	1 A. Anziani 1 A. Materno Infantile 1 A. Sociosanitaria 1 A. Riabilitativa 1 A. Psicologica Giuridica ad alta integr. con Enti	
Direzione Distretto Sociosanitario N° 52	Cure Primarie	1 Assistenza Sanitaria di base 1 Medicina Legale 1 Assistenza Integrata Pazienti Diabetici	Supporto Amministrativo Direzione Distretto Sociosanitario
	Assistenza Territoriale	1 A. Anziani 1 A. Materno Infantile 1 A. Sociosanitaria 1 A. Riabilitativa 1 A. Psicologica Giuridica ad alta integr. con Enti	

Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud
2017



Direzione Distretto Sociosanitario N° 53	Cure Primarie	1 Assistenza Sanitaria di base 1 Medicina Legale 1 Assistenza Integrata Pazienti Diabetici	Supporto Amministrativo Direzione Distretto Sociosanitario
	Assistenza Territoriale	1 A. Anziani 1 A. Materno Infantile 1 A. Sociosanitaria 1 A. Riabilitativa 1 A. Psicologica Giuridica ad alta integr. con Enti	
Direzione Distretto Sociosanitario N° 54	Cure Primarie	1 Assistenza Sanitaria di base 1 Medicina Legale 1 Assistenza Integrata Pazienti Diabetici	Supporto Amministrativo Direzione Distretto Sociosanitario
	Assistenza Territoriale	1 A. Anziani 1 A. Materno Infantile 1 A. Sociosanitaria 1 A. Riabilitativa 1 A. Psicologica Giuridica ad alta integr. con Enti	

Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud
2017



Direzione Distretto Sociosanitario N° 55	Cure Primarie	1 Assistenza Sanitaria di base 1 Medicina Legale 1 Assistenza Integrata Pazienti Diabetici	Supporto Amministrativo Direzione Distretto Sociosanitario
	Assistenza Territoriale	1 A. Anziani 1 A. Materno Infantile 1 A. Sociosanitaria 1 A. Riabilitativa 1 A. Psicologica Giuridica ad alta integr. con Enti	
Direzione Distretto Sociosanitario N° 56	Cure Primarie	1 Assistenza Sanitaria di base 1 Medicina Legale 1 Assistenza Integrata Pazienti Diabetici	Supporto Amministrativo Direzione Distretto Sociosanitario
	Assistenza Territoriale	1 A. Anziani 1 A. Materno Infantile 1 A. Sociosanitaria 1 A. Riabilitativa 1 A. Psicologica Giuridica ad alta integr. con Enti	
Direzione Distretto Sociosanitario N° 57	Cure Primarie	1 Assistenza Sanitaria di base 1 Medicina Legale 1 Assistenza Integrata Pazienti Diabetici	Supporto Amministrativo Direzione Distretto Sociosanitario
	Assistenza Territoriale	1 A. Anziani 1 A. Materno Infantile 1 A. Sociosanitaria 1 A. Riabilitativa 1 A. Psicologica Giuridica ad alta integr. con Enti	
	RSA		

Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud
2017



Direzione Distretto Sociosanitario N° 58	Cure Primarie	1 Assistenza Sanitaria di base 1 Medicina Legale 1 Assistenza Integrata Pazienti Diabetici	Supporto Amministrativo Direzione Distretto Sociosanitario
	Assistenza Territoriale	1 A. Anziani 1 A. Materno Infantile 1 A. Sociosanitaria 1 A. Riabilitativa 1 A. Psicologica Giuridica ad alta integr. con Enti	
Direzione Distretto Sociosanitario N° 59	Cure Primarie	1 Assistenza Sanitaria di base 1 Medicina Legale 1 Assistenza Integrata Pazienti Diabetici	Supporto Amministrativo Direzione Distretto Sociosanitario
	Assistenza Territoriale	1 A. Anziani 1 A. Materno Infantile 1 A. Sociosanitaria 1 A. Riabilitativa 1 A. Psicologica Giuridica ad alta integr. con Enti	
Totale UU.OO.CC N° 13	Totale UOS N° 28	Totale IPAS N° 106	Totale IPAS AMMINISTRATIVE N° 13

Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud
2017



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE – Livello Centrale			
Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici	UOS semplici dipartimentali	Incarichi Professionali A.S.
Igiene e Sanità Pubblica (SISP)			1.Igiene suolo ed abitato, bonifiche urbane 1.Medicina dello Sport
Epidemiologia e Prevenzione (SEP)			1.Educazione alla Salute 1.Screening oncologici e malattie croniche degenerative 1.Manutenzione e Sviluppo dei sistemi di sorveglianza e dei sistemi informativi per la salute – Programma A (PRP) 1.Infezioni e Salute – Programma G (PRP) 1.Profilassi Internazionale Medicina dei Viaggiatori
Prevenzione e Sicurezza Luoghi di Lavoro			1.Impiantistica
Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN)	1.Igiene della Nutrizione 1.Gestione del sistema rapido di allerta e sicurezza degli alimenti non di origine animale e Gestione Imprese Alimentari		1.Ispettorato Micologico 1.Fitosanitari e Contaminanti Chimici negli Alimenti
Igiene e Medicina del Lavoro			1.Amianto 1.Rischio Chimico
Veterinario Sanità Animale (Vet-A)	1.Assistenza Specialistica Prevenzione del randagismo		1.Piano di risanamento Allevamenti
Veterinario Igiene degli Alimenti di origine Animale (Vet-B)	1 Gestione del sistema rapido di allerta e sicurezza degli alimenti di origine animale– centrale e Gestione Imprese Alimentari		1.Epidemiologia veterinaria 1.Ristorazione collettiva e pubblica
Veterinario Igiene degli allevamenti e Produzioni Zootecniche (Vet-C)			1.Benessere degli animali da reddito e da compagnia
Coordinamento Amministrativo			
		1.Registro tumori popolazione	1.Analisi e ricerca 1.Integrazione Processi Assistenziali Oncologici
Totale Parziale Livello centrale DP UOC N° 9	Totale parziale livello centrale D UOS N° 4	Totale Parziale UOSD N° 1	Totale Parziale IPAS N° 18

Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud
2017



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE – Livello Territoriale			
Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici	Unità Operative Semplici Dip.	Incarichi Professionali A.S.
	N° 6 prevenzione collettiva inter distrettuali		N°1 Penisola Sorrentina
	N° 2 Luoghi di Lavoro inter distrettuali		
	N° 6 Veterinarie N° (2Vet A – n°3 Vet B – n°1Vet C)		N°1 Penisola Sorrentina
Totale Parziale DP UOC n. 0	Totale parziale liv. Territoriale UOS n. 14	Totale Parziale liv. Territoriale UOSD n. 0	Totale Parziale IPAS n. 2
Totale UOC N° 9	TOTALE UOS N° 18	TOTALE UOSD N° 1	TOTALE IPAS N° 20.

Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud
2017



AREA CENTRALE DIPARTIMENTO ASSISTENZIALE PER LA SALUTE MENTALE

Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici	Unità Operative Semplici Dip.	Incarichi Professionali A.S.
Psicologia Clinica e Psicoterapia			
		1 Clinical Governance ed Integrazione Sociosanitaria	
		1 Coord. e supporto gestione PTRP	
			1 Attività Amministrative
Neuropsichiatria Infanzia ed Adolescenza			1 I.P.A.S. Centro Autismo
			1 Coord. PTRP utenti sottoposti a misure di sicurezza ex. OPG e misure detentive.
			1 Day Hospital
			1 Sviluppo risorse umane
			1 Disturbi comportamento alimentare
			1 Tutela e Comunicazione
			1 Comorbilità
			1 Stalking e Mobbing
Parziale Totale UOC N° 2	Parziale Totale UOS N° 0	Parziale Totale UOSD N° 2	Parziale Totale IPAS N° 10

Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud
2017



Dipartimento Assistenziale per la Salute Mentale

Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici	Unità Operative Semplici Dip.	Incarichi Professionali A.S.
Salute Mentale Territorio C/mmare	1 Coord. Attività riabilitative e P.T.R.P. 1 Centro Salute Mentale Gragnano		
Salute Mentale Territorio Sorrento	1 Coord. Attività riabilitative e P.T.R.P.		
Salute Mentale Territorio Torre Annunziata	1 Coord. Attività riabilitative e P.T.R.P.		
Salute Mentale Territorio Ercolano\Torre del Greco	1 Coord. Attività riabilitative e P.T.R.P. 1 Centro Salute Mentale Ercolano		
Salute Mentale Territorio San Giorgio a C.\Portici	1 Coord. Attività riabilitative e P.T.R.P. 1 Centro Salute Mentale Portici		1 Centro Salute Mentale Portici
Salute Mentale Territorio Pollena	1 Coord. Attività riabilitative e P.T.R.P.		
Salute Mentale Territorio Marigliano\Pomigliano	1 Coord. Attività riabilitative e P.T.R.P. 1 Centro Salute Mentale Marigliano		
Salute Mentale Territorio Nola	1 Coord. Attività riabilitative e P.T.R.P.		
Salute Mentale Territorio Terzigno	1 Coord. Attività riabilitative e P.T.R.P.		
Parziale Totale UOC N° 9	Parziale Totale UOS N° 13	Parziale Totale UOSD N° 0 N°2* S.P.D.C.	Parziale Totale IPAS N° 1
Totale UOC N° 11	Totale UOS N° 13	Totale UOSD N° 4	Totale IPAS N° 12

Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud
2017



DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE (S.P.D.C.)						
Codice	Disciplina	Presidio Ospedaliero	p.l.	UOC	UOS	UOSD
40	Psichiatria	Nola	18			1
40	Psichiatria	Boscotrecase	18			1
40	Psichiatria	Castellammare	18			
TOTALI			54	0	0	2*

N.B. * Le strutture Semplici dipartimentali (SPDC) con Posti Letto sono state già calcolate nel quadro sinottico del Dipartimento di salute mentale

La Struttura semplice Dipartimentale di Boscotrecase è Responsabile della gestione anche della SPDC del Presidio Ospedaliero di Castellammare di Stabia

Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud
2017



DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE			
Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici	Unità Operative Semplici Dip.	Incarichi Professionali A.S.
Servizio Dipendenze Territorio C/mmare Sorrento			1 Alcolismo 1 Tabagismo
Servizio Dipendenze Territorio Torre Annunziata			1 Malattie Infettive 1 Integrazione Territoriale
Servizio Dipendenze Territorio Torre del Greco			1 Dipendenze Comportamentali 1 Promozione della Salute
Servizio Dipendenze Territorio Nola			1 Problematiche Medico Legali e Dipendenze Detenuti. 1 Dipendenze Comportamentali
Servizio Dipendenze Territorio Somma Vesuviana.			1 Alcolismo
		1 "Dipendenze Comportamentali ed Osservatorio Dipendenze" in Pomigliano D'Arco	1 Tabagismo
Funzioni A.S. Dipartimentali			1 Coordinamento attività amministrative. 1 Comorbilità psichiatrica
Totale UOC N° 5	Totale UOS N° 0	Totale UOSD N° 1	Totale IPAS N°12

Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud
2017



DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHE, ASSISTENZA RIABILITATIVA OSPEDALIERA E POST ACUZIE															
Strutture Complesse secondo DCA 18/2013 (446:22= 20,72)															
Disciplina	codice disciplina	P.O. Nola p.i.	St. Pollena	P.O. Bosco p.i.	P.O. Torre del Greco p.i.	P.O. C/mare p.i.	St. di Gragnano p.i.	P.O. Sorrento p.i.	P.O. Vico Equense p.i.	Totale p.i.	UOC	UOS	UOSD		
Oncologia	64	10			16			4		30	1 UOC P.O. di NOLA				
											1 UOS DH Oncologico P.O. Torre del G. (affidente UOC Oncologia Nola)				
											4 p.i. P.O. Sorrento afferiscono alla UOC Oncologia P.O. Nola				
Ematologia	18	10			8					18			1 UOSD Ematologia P.O. Nola		
											8 p.i. P.O. Maresca di Torre del Greco afferenti alla UOSD Ematologia del P.O. di Nola				
Medicina Generale	26	12								96	afferiscono alla UOC Medicina di Pollena - attivabili a seguito di riqualificazione strutturale		1 UOSD Nutrizione clinica P.O. Nola		
			14								1 UOC Medicina sede Pollena				
				8								afferiscono alla UOC Medicina di Torre del Greco - attivabili a seguito di riqualificazione strutturale			
					20							1 UOC Medicina sede Torre del G.			
						8						afferiscono alla UOC Medicina di Gragnano - attivabili a seguito di riqualificazione strutturale			
							10					1 UOC Medicina sede Gragnano	1 UOS Malattie del Fegato St. di Gragnano (Afferente UOC Medicina St. Gragnano)		
									8			Afferiscono alla UOC Medicina di Vico Equense - attivabili a seguito di riqualificazione strutturale			
								16		1 UOC Medicina P.O. Vico E					
Dermatologia	52						6			6	Afferenti alla UOC Medicina St. di Gragnano				

Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud
2017



Reumatologia	71		10		10	1 UOS Reumatologia P.O. Torre del Greco (afferente UOC Medicina P.O. Torre del G.)	
Geriatría	21		10		10	Afferente alla UOC di Medicina P.O. di Gragnano	
Malattie del Ricambio	19			4	4	1 UOS Malattie del Ricambio P.O. Vico E. (afferente UOC Medicina P.O. Vico E.)	
Pneumologia	68		8		16	1 UOC ST. Pollena	
				8		8 p.l. di Pneumologia del P.O. di Castellammare afferenti alla UOC di Pneumologia dello stabilimento di Pollena	

Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud
2017



Segue

DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHE, ASSISTENZA RIABILITATIVA OSPEDALIERA E POST ACUZIE														
Disciplina	codice disciplina	P.O. Nola p.i.	Stabilimento Pollena p.i.	P.O. Bosco p.i.	P.O. Torre d. Greco p.i.	P.O. C/mare p.i.	Stabilimento Gragnano p.i.	P.O. Sorrento p.i.	P.O. Vico Equense p.i.	Totale p.i.	UOC	UOS	UOSD	
Gastroenterologia e Endoscopia dig	58	4			16					20	1 UOC P.O. Torre del Greco		1 UOSD Gastroenterologia Nola	
Nefrologia/ emodialisi	29					8				14	1 UOC P.O. Caastellammare	1 UOS Dialisi P.O. C/mare (con 12 p.t. + CAD con 10 p.t. afferente)		
		6									n.b. esistenza UOC che verrà soppressa e bloccato il turn-over*		1 UOSD P.o Nola*	
Lungodegenza	60		16				32			74		1 UOS Lungodegenza Stabilimento Pollena		
					26						1 UOC Stabilimento di Gragnano			
												1 UOS Lungodegenza P.O. Torre del Greco		
Attività riabilitative	56		24		24		32		20	100	Afferiscono alla UOC Attività riabilitative Stabilimento di Gragnano			
											Afferiscono alla UOC Attività riabilitative Stabilimento di Gragnano			
												1 UOC Stabilimento Gragnano		
												Afferiscono alla UOC Attività riabilitative Stabilimento di Gragnano		
TOTALE p.i.		38	66	8	120	24	90	32	20	398	Totale UOC 10	Totale UOS 7	Totale UOSD 4	

Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud
2017



DIPARTIMENTO CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA

Disciplina e Codice Disciplina		P.O. Nola p.l.	St. Pollena p.l.	P.O. Bosco p.l.	P.O. Torre del Greco p.l.	P.O. Castellammare p.l.	St. di Gragnano p.l.	P.O. Sorrento p.l.	P.O. Vico E. p.l.	Totale p.l.	U.O.C	U.O.S.	U.O.S.D.	
Chirurgia Generale	9	16								118	1 UOC P.O. Nola	1 UOS Chir. Laparoscopica P.O. Nola		
			6										1 UOSD Day Surgery St. di Pollena 1 UOSD Chirurgia Endoscopica sede St. Pollena	
				24								1 UOC P.O. Boscotrecase	1 UOS Chir. Vascolare P.O. Boscotrecase	
					16									1 UOSD Chirurgia ad indirizzo oncologico sede P.O. Torre del Greco
						20						1 UOC P.O. Castellammare	1 UOS Chir. Laparoscopica P.O. Castellammare	
								20				1 UOC P.O. Sorrento	1 UOS Chir. Laparoscopica P.O. Sorrento/Vico	
											16	16 p.l. P.O. Vico Equense afferenti alla UOC Chir P.O. Sorrento		
Urologia	43					10				16			1 UOSD Urologia P.O. Castellammare	
		6									6 p.l. P.O. di Nola afferenti alla UOSD sede P.O. Castellammare			
ORL	38	6								24		1 UOS P.O. Nola (affidente alla UOC del P.O. di Castellammare)		
					8						1 UOC P.O. Castellammare			
						8						1 UOS P.O. Boscotrecase (affidente alla UOC del P.O. di Castellammare)		
									2		2 p.l. ORL del P.O. di Vico Equense afferiscono alla UOC di ORL del P.O. di Castellammare			

Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud
2017



Oculistica	34	6							30	1 UOC P.O. Nola				
			8							1 UOC P.O. Castellammare				
				8							1 UOS Patologia maculare P.O. Boscotrecase (afferente alla UOC Oculistica del P.O. di Nola)			
								8			1 UOS Patologia vitreo-retinica P.O. Vico Equense (afferente alla UOC Oculistica del P.O. di Castellammare)			
Ortopedia	36	16							104	1 UOC P.O. Nola	1 UOS traumatologia P.O. Nola			
			4							<i>*nota bene: strutturalmente dipendente UOC Ortopedia Nola</i>				
				16							1 UOC P.O. Boscotrecase			
					8							1 UOS patologia degenerativa delle grosse articolazioni afferente alla UOC Ortopedia Bosco		
											1 UOC P.O. Castellammare	1 UOS traumatologia P.O. Castellammare		
								24			1 UOC P.O. di Sorrento			
										16		1 UOS patologia degenerativa delle grosse articolazioni afferente alla UOC Ortopedia del P.O. di Sorrento		
TOTALI p.l.	50	10	56	24	66		44	42	292	Totale 11 U.O.C.	Totale 12 U.O.S.	Totale 4 U.O.S.D.		

Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud
2017



		DIPARTIMENTO AREA CRITICA												
Disciplina	Codice disciplina	P.O. Nola p.l.	St. Pollena p.l.	P.O. Bosco p.l.	P.O. Torre d. Greco p.l.	P.O. C/mare p.l.	St. Gragnano p.l.	P.O. Sorrento p.l.	P.O. Vico E p.l.	Totale p.l.	U.O.C	U.O.S.		
Cardiologia	8	14										1 UOC P.O. Nola	1 UOS Emodinamica P.O. Nola 1 UOS Elettrostimolazione P.O. Nola	
		12										1 UOC P.O. Boscotrecase		
		12										52	1 UOC P.O. Castellammare	1 UOS Emodinamica P.O. Castellammare
									14				1 UOS Elettrostimolazione P.O. Sorrento (afferente UOC Cardiologia P.O. Castellammare)	
Unità Coronarica	50	6											1 UOS UTIC P.O. Nola afferente UOC Cardiologia	
		6											1 UOS UTIC P.O. Boscotrecase afferente UOC Cardiologia	
		8										26	1 UOS UTIC P.O. Castellammare afferente UOC Cardiologia	
									6				1 UOS UTIC P.O. Sorrento afferente UOC Cardiologia	
Medicina e chirurgia d'accezzazione e d'urgenza	51	18										1 UOC P.O. Nola	1 UOS Pronto soccorso e O.B.I. P.O. Nola	
		16										70	1 UOC P.O. Boscotrecase	1 UOS Pronto soccorso e O.B.I. P.O. Boscotrecase e P.O. Torre del Greco
		20											1 UOC P.O. Castellammare	1 UOS Pronto soccorso e O.B.I. P.O. Castellammare
									16				1 UOC P.O. Sorrento	1 UOS Pronto soccorso e O.B.I. P.O. Sorrento e P.O. Vico E.
Sistema Emergenza 118											1 UOC Sistema Emergenza 118			

Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud
2017



Disciplina	codice disciplina	P.O. Nola p.l.	St. Pollena p.l.	P.O. Bosco p.l.	P.O. Torre d. Greco p.l.	P.O. C/mare p.l.	St. Gragnano p.l.	P.O. Sorrento p.l.	P.O. Vico E p.l.	Totale p.l.	U.O.C	U.O.S.	
Terapia intensiva	49	8									1 UOC P.O. Nola	1 UOS Terapia intensiva P.O. Nola 1 UOS Terapia del dolore P.O. Nola	
		8									1 UOC P.O. Boscotrecase	1 UOS Terapia intensiva P.O. Boscotrecase 1 UOS Terapia del dolore P.O. Boscotrecase	
		8									8 p.l. afferenti alla direzione della UOC Terapia Intensiva di Boscotrecase		
		10									1 UOC P.O. C.mare	1 UOS Terapia intensiva P.O. Castellammare 1 UOS Terapia del dolore P.O. Castellammare	
		6									1 UOC P.O. Sorrento	1 UOS Terapia intensiva P.O. Sorrento 1 UOS Terapia del dolore P.O. Sorrento	
		4								4 p.l. afferenti alla direzione della UOC Terapia Intensiva di Sorrento			
Neurologia	32	16								48	1 UOC P.O. Nola	1 UOS stroke unit	
		16											1 UOSD P.o. Boscotrecase
		16										1 UOC P.O. Castellammare di Stabia	1 UOS Stroke unit
Totale p.l.		62		58	8	66		42	4	240	Totale 14 UOC		Totale 22 UOS + 1 UOSD

Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud
2017



DIPARTIMENTO INTEGRATO AREA MATERNO-INFANTILE

Disciplina	codice disciplina	P.O. Nola p.l.	St. Pollena p.l.	P.O. Boscotrecase p.l.	P.O. Torre d. Greco p.l.	P.O. C/mare p.l.	St. di Gragnano p.l.	P.O. Sorrento p.l.	P.O. Vico Ep.l.	Totale p.l.	UOC	UOS	UOSD		
PEDIATRIA	39	12								52	1 UOC P.O. di NOLA				
				10								1 UOS Emergenze Pediatriche afferenti alla UOC Pediatria del P.O. di Vico Equense			
						18						1 UOC P.O. C_mare	1 UOS Emergenze Pediatriche		
									12			1 UOC P.O. Vico E.			
NEONATO LOGIA	62					6				12	i 6 p.l. afferiscono alla UOC TIN P.O. C_mare				
								6			i 6 p.l. afferiscono alla UOC Pediatria P.O. Vico E.				
Terapia Intensiva TIN	73	8								18	1 UOS TIN P.O. Nola afferente alla UOC Pediatria P.O. Nola				
						10					1 UOC TIN P.O. C_mare	1 UOS TIN P.O. C_mare			

325/347

In pubblicazione dal

Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud
2017



OSTETRICA e GINECOLOGIA	37	20						64	1 UOC P.O. Nola	1 UOS Emergenze ostetriche e gravidanze a rischio P.O. Nola	
				24					1 UOC P.O. C_mare	1 UOS Emergenze ostetriche e gravidanze a rischio P.O. C_mare	
							20		1 UOC P.O. Vico E.	1 UOS Emergenze ostetriche e gravidanze a rischio P.O. Vico E.	

Assistenza consultoriale e medicina di genere									1 UOC	1 UOS Primi 1000 giorni di vita dei bambini nella UOC Assistenza Consultoriale e Medicina di Genere	
Prevenzione e Cura patologie della donna e del bambino									1 UOC	1 UOS Prevenzione patologie della donna nella UOC Prevenzione e Cura patologie della donna e del bambino (screening oncologici)	
Psicologia integrata della donna e del bambino											1 UOSD Psicologia integrata della donna e del bambino
Totale	40		10		58		38	146	Totali 9 UOC	Totali 9 UOS	Totali 1 UOSD

Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud
2017



Dipartimento Diagnostica per Immagini					
Integrato Ospedale Territorio discipline senza p.l.					
Disciplina	Codice disciplina	Presidio Ospedaliero	UOC	UOS	UOSD
Radiologia	69	UOC Nola –(responsabile delle attività anche per lo St. di Pollena)	1	1*	
Radiologia	69	UOC Boscotrecase - (Responsabile delle attività anche per il P.O. Torre del Greco)	1	1*	
Radiologia	69	UOC Castellammare - Responsabile delle attività dello Stabilimento di Gragnano	1	1*	
Radiologia	69	Sorrento - Responsabile delle attività del P.O. Vico Equense	1		
Radioterapia	74	Torre del Greco	1		
			5	3	0

* Radiologia interventistica

327/347

In pubblicazione dal

Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud
2017



DIPARTIMENTO FARMACEUTICO				
Disciplina	Presidio Ospedaliero	UOC	UOS	UOSD
Assistenza Farmaceutica Area Nord	Nola (Pollena/Torre del Greco/Boscotrecase)	1	1*	
Assistenza Farmaceutica Area Sud	Castellammare (Gragnano/Vico Equense/Sorrento)	1	1**	
Assistenza Farmaceutica Distretti Area Nord	DS 48, DS 49, DS 50, DS 51, DS 52, DS 54	1		
Assistenza Farmaceutica Distretti Area Sud	DS 34, DS 57, DS 56, DS 55, DS 53, DS 58, DS 59	1		
Governo Assistenza Farmaceutica e convenzionata		1	4	
TOTALI		5	6	0

* UOS Assistenza Farmaceutica P.O. Boscotrecase afferente UOC AFAN P.O. Nola

** UOS Assistenza Farmaceutica P.O. Sorrento afferente UOC AFAN P.O. Castellammare di Stabia

Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud
2017



DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO E ANATOMIA PATOLOGICA					
Disciplina	Codice disciplina	Presidio Ospedaliero	UOC	UOS	UOSD
Patologia Clinica	106	Nola	1	1	
Patologia Clinica/territoriale	106	Pollena	1	1	
Patologia Clinica	106	Boscotrecase – Torre del Greco	1	1	
Patologia Clinica	106	Castellammare di Stabia - Gragnano	1	1	
Patologia Clinica	106	Sorrento Vico Equense	1	1	
Servizio Immunotrasfusionale	109	Castellammare di Stabia	1		
Anatomia Patologica	03	Boscotrecase	1	1	
Citofluorimetria					1
TOTALI			7	6	1

329/347

In pubblicazione dal

Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud
2017



DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO					
P.O. Nola - St. Pollena	P.O. Boscotrecase - P.O. Torre del Greco	P.O. Castellammare - St. di. Gragnano	P.O. Sorrento - P.O. Vico Equense	Totali	UOC
1	1	1	1		4

Per Ogni UOC Direzione Medica di Presidio è individuato una IPAS **“IGIENE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE”** Dirigenza Medica a sostegno delle attività della UOC DMdP x un totale di n.4 I.P.A.S.

P.O. NOLA - Discipline con PL					
Disciplina Ospedaliera (da DM 70/2015)	Codice Disciplina (da Modelli HSP 12-13)	PL	UOC	UOS	UOSD
Cardiochirurgia infantile	06				
Cardiochirurgia	07				
Cardiologia	08	14	1	1	
Chirurgia generale	09	16	1	1	
Chirurgia maxillo-facciale	10				
Chirurgia pediatrica	11				
Chirurgia plastica	12				
Chirurgia toracica	13				
Chirurgia vascolare	14				
Day Hospital	02				
Day Surgery	98				
Dermatologia	52				
Detenuti	97				
Ematologia	18	10			1
Fisiopatologia della riproduzione umana nell'ambito della Ginecologia Ostetrica	57				
Gastroenterologia	58	4			1
Geriatra	21				
Grandi ustionati	47				
Malattie endocrine, del ricambio e della nutriz	19				
Malattie infettive e tropicali	24				
Medicina del lavoro	25				
Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza	51	18	1	1	
Medicina generale	26	12			1
Medicina nucleare con PL	61				
Nefrologia	29	6			1
Nefrologia abilitato al trapianto di rene	48				
Nefrologia pediatrica	77				
Neonatologia	62				
Neurochirurgia	30				
Neurochirurgia pediatrica	76				
Neurologia	32	16	1	1	
Neuropsichiatria infantile	33				
Oculistica	34	6	1		
Odontoiatria e stomatologia	35				
Oncoematologia pediatrica	65				
Oncologia con posti letto	64	10	1		
Ortopedia e traumatologia	36	16	1	1	
Ostetricia e ginecologia	37	20	1	1	
Otorinolaringoiatria	38	6		1	
Pediatria	39	12	1		
Pneumologia	68				
Psichiatria	40	18			1
Reumatologia	71				
Terapia del dolore con PL	99				
Terapia intensiva	49	8	1	1	
Terapia intensiva neonatale	73	8		1	
Unità coronarica nell'ambito della cardiologia	50	6		1	
Urologia	43	6			
Urologia pediatrica	78				
Day hospital	02				
Angiologia	05				
Medicina sportiva	15				
Medicina legale	27				
Unita Spinale	28				
Medicina termale	41				
Pensionanti	67				
Detenuti	97				
Day surgery	98				
Lungodegenti	60				
Recupero e Rieducazione Funzionale	56				
Neuroriabilitazione	75				
TOTALE		212	10	10	5

P.O. NOLA - Discipline senza PL				
Disciplina Ospedaliera (da DM 70/2015)	Codice Disciplina (da Modelli HSP 12-13)	UOC	UOS	UOSD
Allergologia	01			
Anatomia e istologia patologica	03			
Angiologia	05			
Dietica/dietologia				
Direzione Sanitaria di Presidio		1		
Emodialisi	54			
Emodinamica (come unità semplice Nell'ambito della cardiologia)	08		1	
Farmacia ospedaliera		1		
Fisica sanitaria				
Genetica medica				
Immunologia e centro trapianti	20			
Laboratorio d'analisi		1	1	
Medicina nucleare senza PL				
Medicina Sportiva	15			
Medicina Termale	41			
Microbiologia e virologia				
Neuroradiologia				
Oncologia senza PL	64			
Radiologia	69	1	1	
Radioterapia oncologica	74			
Servizio trasfusionale				
Terapia del dolore senza PL	99		1	
Tossicologia	42			
TOTALE		4	4	0

St. Pollena - Discipline con PL					
Disciplina Ospedaliera (da DM 70/2015)	Codice Disciplina (da Modelli HSP 12-13)	PL	UOC	UOS	UOSD
Cardiochirurgia infantile	06				
Cardiochirurgia	07				
Cardiologia	08				
Chirurgia generale	09	6			2
Chirurgia maxillo-facciale	10				
Chirurgia pediatrica	11				
Chirurgia plastica	12				
Chirurgia toracica	13				
Chirurgia vascolare	14				
Day Hospital	02				
Day Surgery	98				
Dermatologia	52				
Detenuti	97				
Ematologia	18				
Fisiopatologia della riproduzione umana nell'ambito della Ginecologia Ostetrica	57				
Gastroenterologia	58				
Geriatrics	21				
Grandi ustionati	47				
Malattie endocrine, del ricambio e della nutriz	19				
Malattie infettive e tropicali	24				
Medicina del lavoro	25				
Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza	51				
Medicina generale	26	14	1		
Medicina nucleare con PL	61				
Nefrologia	29				
Nefrologia abilitato al trapianto di rene	48				
Nefrologia pediatrica	77				
Neonatologia	62				
Neurochirurgia	30				
Neurochirurgia pediatrica	76				
Neurologia	32				
Neuropsichiatria Infantile	33				
Oculistica	34				
Odontoiatria e stomatologia	35				
Oncoematologia pediatrica	65				
Oncologia con posti letto	64				
Ortopedia e traumatologia	36	4			
Ostetricia e ginecologia	37				
Otorinolaringoiatria	38				
Pediatria	39				
Pneumologia	68	8	1		
Psichiatria	40				
Reumatologia	71				
Terapia del dolore con PL	99				
Terapia intensiva	49				
Terapia intensiva neonatale	73				
Unità coronarica nell'ambito della cardiologia	50				
Urologia	43				
Urologia pediatrica	78				
Day hospital	02				
Angiologia	05				
Medicina sportiva	15				
Medicina legale	27				
Unita Spinale	28				
Medicina termale	41				
Pensionanti	67				
Detenuti	97				
Day surgery	98				
Lungodegenti	60	16		1	
Recupero e Rieducazione Funzionale	56	24			
Neuroriabilitazione	75				
TOTALE		72	2	1	2

Stabilimento di POLLENA - Discipline senza PL				
Disciplina Ospedaliera (da DM 70/2015)	Codice Disciplina (da Modelli HSP 12-13)	UOC	UOS	UOSD
Allergologia	01			
Anatomia e istologia patologica	03			
Angiologia	05			
Dietica/dietologia				
Direzione Sanitaria di Presidio				
Emodialisi	54			
Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della cardiologia)	08			
Farmacia ospedaliera				
Fisica sanitaria				
Genetica medica				
Immunologia e centro trapianti	20			
Laboratorio d'analisi		1	1	
Medicina nucleare senza PL				
Medicina Sportiva	15			
Medicina Termale	41			
Microbiologia e virologia				
Neuroradiologia				
Oncologia senza PL	64			
Radiologia	69			
Radioterapia oncologica	74			
Servizio trasfusionale				
Terapia del dolore senza PL	99			
Tossicologia	42			
TOTALE		1	1	0

P.O. CASTELLAMMARE - Discipline con PL					
Disciplina Ospedaliera (da DM 70/2015)	Codice Disciplina (da Modelli HSP 12-13)	PL	UOC	UOS	UOSD
Cardiochirurgia infantile	06				
Cardiochirurgia	07				
Cardiologia	08	12	1		
Chirurgia generale	09	20	1	1	
Chirurgia maxillo-facciale	10				
Chirurgia pediatrica	11				
Chirurgia plastica	12				
Chirurgia toracica	13				
Chirurgia vascolare	14				
Day Hospital	02				
Day Surgery	98				
Dermatologia	52				
Detenuti	97				
Ematologia	18				
Fisiopatologia della riproduzione umana nell'ambito della Ginecologia Ostetricia	57				
Gastroenterologia	58				
Geriatrics	21				
Grandi ustionati	47				
Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	19				
Malattie infettive e tropicali	24				
Medicina del lavoro	25				
Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza	51	20	1	1	
Medicina generale	26	8			
Medicina nucleare con PL	61				
Nefrologia	29	8	1	1	
Nefrologia abilitato al trapianto di rene	48				
Nefrologia pediatrica	77				
Neonatologia	62	6			
Neurochirurgia	30				
Neurochirurgia pediatrica	76				
Neurologia	32	16	1	1	
Neuropsichiatria Infantile	33				
Oculistica	34	8	1		
Odontoiatria e stomatologia	35				
Oncoematologia pediatrica	65				
Oncologia con posti letto	64				
Ortopedia e traumatologia	36	20	1	1	
Ostetricia e ginecologia	37	24	1	1	
Otorinolaringoiatria	38	8	1		
Pediatria	39	18	1	1	
Pneumologia	68	8			
Psichiatria	40	18			
Reumatologia	71				
Terapia del dolore con PL	99				
Terapia intensiva	49	10	1	1	
Terapia intensiva neonatale	73	10	1	1	
Unità coronarica nell'ambito della cardiologia	50	8		1	
Urologia	43	10			1
Urologia pediatrica	78				
Day hospital	02				
Angiologia	05				
Medicina sportiva	15				
Medicina legale	27				
Unita Spinale	28				
Medicina termale	41				
Pensionanti	67				
Detenuti	97				
Daysurgery	98				
Lungodegenti	60				
Recupero e Rieducazione Funzionale	56				
Neuroriabilitazione	75				
TOTALE		232	12	10	1

P.O. CASTELLAMMARE - Discipline senza PL				
Disciplina Ospedaliera (da DM 70/2015)	Codice Disciplina (da Modelli HSP 12-13)	UOC	UOS	UOSD
Allergologia	01			
Anatomia e istologia patologica	03			
Angiologia	05			
Dietica/dietologia				
Direzione Sanitaria di Presidio		1		
Emodialisi	54		1	
Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della cardiologia)	08		1	
Farmacia ospedaliera		1		
Fisica sanitaria				
Genetica medica				
Immunologia e centro trapianti	20			
Laboratorio d'analisi		1	1	
Medicina nucleare senza PL				
Medicina Sportiva	15			
Medicina Termale	41			
Microbiologia e virologia				
Neuroradiologia				
Oncologia senza PL	64			
Radiologia	69	1	1	
Radioterapia oncologica	74			
Servizio trasfusionale		1	1	
Terapia del dolore senza PL	99		1	
Tossicologia	42			
TOTALE		5	6	0

Stabilimento GRAGNANO - Discipline con PL					
Disciplina Ospedaliera (da DM 70/2015)	Codice Disciplina (da Modelli HSP 12-13)	PL	UOC	UOS	UOSD
Cardiochirurgia infantile	06				
Cardiochirurgia	07				
Cardiologia	08				
Chirurgia generale	09				
Chirurgia maxillo-facciale	10				
Chirurgia pediatrica	11				
Chirurgia plastica	12				
Chirurgia toracica	13				
Chirurgia vascolare	14				
Day Hospital	02				
Day Surgery	98				
Dermatologia	52	6			
Detenuti	97				
Ematologia	18				
Fisiopatologia della riproduzione umana nell'ambito della Ginecologia Ostetrica	57				
Gastroenterologia	58				
Geriatrics	21	10			
Grandi ustionati	47				
Malattie endocrine, del ricambio e della nutriz	19				
Malattie infettive e tropicali	24				
Medicina del lavoro	25				
Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza	51				
Medicina generale	26	10	1	1	
Medicina nucleare con PL	61				
Nefrologia	29				
Nefrologia abilitato al trapianto di rene	48				
Nefrologia pediatrica	77				
Neonatalogia	62				
Neurochirurgia	30				
Neurochirurgia pediatrica	76				
Neurologia	32				
Neuropsichiatria Infantile	33				
Oculistica	34				
Odontoiatria e stomatologia	35				
Oncoematologia pediatrica	65				
Oncologia con posti letto	64				
Ortopedia e traumatologia	36				
Ostetricia e ginecologia	37				
Otorinolaringoiatria	38				
Pediatria	39				
Pneumologia	68				
Psichiatria	40				
Reumatologia	71				
Terapia del dolore con PL	99				
Terapia intensiva	49				
Terapia intensiva neonatale	73				
Unità coronarica nell'ambito della cardiologia	50				
Urologia	43				
Urologia pediatrica	78				
Day hospital	02				
Angiologia	05				
Medicina sportiva	15				
Medicina legale	27				
Unita Spinale	28				
Medicina termale	41				
Pensionanti	67				
Detenuti	97				
Day surgery	98				
Lungodegenti	60	32	1		
Recupero e Rieducazione Funzionale	56	32	1		
Neuroriabilitazione	75				
TOTALE		90	3	1	0

Stabilimento di GRAGNANO - Discipline senza PL

Disciplina Ospedaliera (da DM 70/2015)	Codice Disciplina (da Modelli HSP 12-13)	UOC	UOS	UOSD
Allergologia	01			
Anatomia e istologia patologica	03			
Angiologia	05			
Dietica/dietologia				
Direzione Sanitaria di Presidio				
Emodialisi	54			
Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della cardiologia)	08			
Farmacia ospedaliera				
Fisica sanitaria				
Genetica medica				
Immunologia e centro trapianti	20			
Laboratorio d'analisi				
Medicina nucleare senza PL				
Medicina Sportiva	15			
Medicina Termale	41			
Microbiologia e virologia				
Neuroradiologia				
Oncologia senza PL	64			
Radiologia	69			
Radioterapia oncologica	74			
Servizio trasfusionale				
Terapia del dolore senza PL	99			
Tossicologia	42			
TOTALE		0	0	0

P.O. BOSCOTRECASE - Discipline con PL					
Disciplina Ospedaliera (da DM 70/2015)	Codice Disciplina (da Modelli HSP 12-13)	PL	UOC	UOS	UOSD
Cardiochirurgia infantile	06				
Cardiochirurgia	07				
Cardiologia	08	12	1		
Chirurgia generale	09	24	1	1	
Chirurgia maxillo-facciale	10				
Chirurgia pediatrica	11				
Chirurgia plastica	12				
Chirurgia toracica	13				
Chirurgia vascolare	14				
Day Hospital	02				
Day Surgery	98				
Dermatologia	52				
Detenuti	97				
Ematologia	18				
Fisiopatologia della riproduzione umana nell'ambito della Ginecologia Ostetrica	57				
Gastroenterologia	58				
Geriatrics	21				
Grandi ustionati	47				
Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	19				
Malattie infettive e tropicali	24				
Medicina del lavoro	25				
Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza	51	16	1	1	
Medicina generale	26	8			
Medicina nucleare con PL	61				
Nefrologia	29				
Nefrologia abilitato al trapianto di rene	48				
Nefrologia pediatrica	77				
Neonatologia	62				
Neurochirurgia	30				
Neurochirurgia pediatrica	76				
Neurologia	32	16			1
Neuropsichiatria Infantile	33				
Oculistica	34	8		1	
Odontoiatria e stomatologia	35				
Oncoematologia pediatrica	65				
Oncologia con posti letto	64				
Ortopedia e traumatologia	36	16	1		
Ostetricia e ginecologia	37				
Otorinolaringoiatria	38	8		1	
Pediatria	39	10		1	
Pneumologia	68				
Psichiatria	40	18			1
Reumatologia	71				
Terapia del dolore con PL	99				
Terapia intensiva	49	8	1	1	
Terapia intensiva neonatale	73				
Unità coronarica nell'ambito della cardiologia	50	6		1	
Urologia	43				
Urologia pediatrica	78				
Day hospital	02				
Angiologia	05				
Medicina sportiva	15				
Medicina legale	27				
Unita Spinale	28				
Medicina termale	41				
Pensionanti	67				
Detenuti	97				
Day surgery	98				
Lungodegenti	60				
Recupero e Rieducazione Funzionale	56				
Neuroriabilitazione	75				
TOTALE		150	5	7	2

Boscotrecase - Discipline senza PL				
Disciplina Ospedaliera (da DM 70/2015)	Codice Disciplina (da Modelli HSP 12-13)	UOC	UOS	UOSD
Allergologia	01			
Anatomia e istologia patologica	03	1	1	
Angiologia	05			
Dietica/dietologia				
Direzione Sanitaria di Presidio		1		
Emodialisi	54			
Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della cardiologia)	08			
Farmacia ospedaliera			1	
Fisica sanitaria				
Genetica medica				
Immunologia e centro trapianti	20			
Laboratorio d'analisi		1	1	
Medicina nucleare senza PL				
Medicina Sportiva	15			
Medicina Termale	41			
Microbiologia e virologia				
Neuroradiologia				
Oncologia senza PL	64			
Radiologia	69	1	1	
Radioterapia oncologica	74			
Servizio trasfusionale				
Terapia del dolore senza PL	99		1	
Tossicologia	42			
TOTALE		4	5	0

P.O. MARESCA TORRE DEL GRECO - Discipline con PL

Disciplina Ospedaliera (da DM 70/2015)	Codice Disciplina (da Modelli HSP 12-13)	PL	UOC	UOS	UOSD
Cardiochirurgia infantile	06				
Cardiochirurgia	07				
Cardiologia	08				
Chirurgia generale	09	16			1
Chirurgia maxillo-facciale	10				
Chirurgia pediatrica	11				
Chirurgia plastica	12				
Chirurgia toracica	13				
Chirurgia vascolare	14				
Day Hospital	02				
Day Surgery	98				
Dermatologia	52				
Detenuti	97				
Ematologia	18	8			
Fisiopatologia della riproduzione umana nell'ambito della Ginecologia Ostetrica	57				
Gastroenterologia	58	16	1		
Geriatrics	21				
Grandi ustionati	47				
Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	19				
Malattie infettive e tropicali	24				
Medicina del lavoro	25				
Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza	51				
Medicina generale	26	20	1		
Medicina nucleare con PL	61				
Nefrologia	29				
Nefrologia abilitato al trapianto di rene	48				
Nefrologia pediatrica	77				
Neonatologia	62				
Neurochirurgia	30				
Neurochirurgia pediatrica	76				
Neurologia	32				
Neuropsichiatria Infantile	33				
Oculistica	34				
Odontoiatria e stomatologia	35				
Oncoematologia pediatrica	65				
Oncologia con posti letto	64	16		1	
Ortopedia e traumatologia	36	8		1	
Ostetricia e ginecologia	37				
Otorinolaringoiatria	38				
Pediatria	39				
Pneumologia	68				
Psichiatria	40				
Reumatologia	71	10		1	
Terapia del dolore con PL	99				
Terapia intensiva	49	8			
Terapia intensiva neonatale	73				
Unità coronarica nell'ambito della cardiologia	50				
Urologia	43				
Urologia pediatrica	78				
Day hospital	02				
Angiologia	05				
Medicina sportiva	15				
Medicina legale	27				
Unita Spinale	28				
Medicina termale	41				
Pensionanti	67				
Detenuti	97				
Day surgery	98				
Lungodegenti	60	26		1	
Recupero e Rieducazione Funzionale	56	24			
Neuroriabilitazione	75				
TOTALE		152	2	4	1

P.O. MARESCA TORRE DEL GRECO - Discipline senza PL				
Disciplina Ospedaliera (da DM 70/2015)	Codice Disciplina (da Modelli HSP 12-13)	UOC	UOS	UOSD
Allergologia	01			
Anatomia e istologia patologica	03			
Angiologia	05			
Dietica/dietologia				
Direzione Sanitaria di Presidio				
Emodialisi	54			
Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della cardiologia)	08			
Farmacia ospedaliera				
Fisica sanitaria				
Genetica medica				
Immunologia e centro trapianti	20			
Laboratorio d'analisi				
Medicina nucleare senza PL				
Medicina Sportiva	15			
Medicina Termale	41			
Microbiologia e virologia				
Neuroradiologia				
Oncologia senza PL	64			
Radiologia	69			
Radioterapia oncologica	74	1		
Servizio trasfusionale				
Terapia del dolore senza PL	99			
Tossicologia	42			
TOTALE		1	0	0

P.O. S. M. MISERICORDIA SORRENTO - Discipline con PL

Disciplina Ospedaliera (da DM 70/2015)	Codice Disciplina (da Modelli HSP 12-13)	PL	UOC	UOS	UOSD
Cardiochirurgia infantile	06				
Cardiochirurgia	07				
Cardiologia	08	14		1	
Chirurgia generale	09	20	1	1	
Chirurgia maxillo-facciale	10				
Chirurgia pediatrica	11				
Chirurgia plastica	12				
Chirurgia toracica	13				
Chirurgia vascolare	14				
Day Hospital	02				
Day Surgery	98				
Dermatologia	52				
Detenuti	97				
Ematologia	18				
Fisiopatologia della riproduzione umana nell'ambito della Ginecologia Ostetricia	57				
Gastroenterologia	58				
Geriatrica	21				
Grandi ustionati	47				
Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	19				
Malattie infettive e tropicali	24				
Medicina del lavoro	25				
Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza	51	16	1	1	
Medicina generale	26	8			
Medicina nucleare con PL	61				
Nefrologia	29				
Nefrologia abilitato al trapianto di rene	48				
Nefrologia pediatrica	77				
Neonatologia	62				
Neurochirurgia	30				
Neurochirurgia pediatrica	76				
Neurologia	32				
Neuropsichiatria Infantile	33				
Oculistica	34				
Odontoiatria e stomatologia	35				
Oncoematologia pediatrica	65				
Oncologia con posti letto	64	4			
Ortopedia e traumatologia	36	24	1		
Ostetricia e ginecologia	37				
Otorinolaringoiatria	38				
Pediatria	39				
Pneumologia	68				
Psichiatria	40				
Reumatologia	71				
Terapia del dolore con PL	99				
Terapia intensiva	49	6	1	1	
Terapia intensiva neonatale	73				
Unità coronarica nell'ambito della cardiologia	50	6		1	
Urologia	43				
Urologia pediatrica	78				
Day hospital	02				
Angiologia	05				
Medicina sportiva	15				
Medicina legale	27				
Unita Spinale	28				
Medicina termale	41				
Pensionanti	67				
Detenuti	97				
Day surgery	98				
Lungodegenti	60				
Recupero e Rieducazione Funzionale	56	20			
Neuroriabilitazione	75				
TOTALE		118	4	5	0

P.O. S. M. MISERICORDIA SORRENTO - Discipline senza PL				
Disciplina Ospedaliera (da DM 70/2015)	Codice Disciplina (da Modelli HSP 12-13)	UOC	UOS	UOSD
Allergologia	01			
Anatomia e istologia patologica	03			
Angiologia	05			
Dietica/dietologia				
Direzione Sanitaria di Presidio		1		
Emodialisi	54			
Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della cardiologia)	08			
Farmacia ospedaliera			1	
Fisica sanitaria				
Genetica medica				
Immunologia e centro trapianti	20			
Laboratorio d'analisi		1	1	
Medicina nucleare senza PL				
Medicina Sportiva	15			
Medicina Termale	41			
Microbiologia e virologia				
Neuroradiologia				
Oncologia senza PL	64			
Radiologia	69	1		
Radioterapia oncologica	74			
Servizio trasfusionale				
Terapia del dolore senza PL	99		1	
Tossicologia	42			
TOTALE		3	3	0

P.O. VICO EQUENSE - Discipline con PL					
Disciplina Ospedaliera (da DM 70/2015)	Codice Disciplina (da Modelli HSP 12-13)	PL	UOC	UOS	UOSD
Cardiochirurgia infantile	06				
Cardiochirurgia	07				
Cardiologia	08				
Chirurgia generale	09	16			
Chirurgia maxillo-facciale	10				
Chirurgia pediatrica	11				
Chirurgia plastica	12				
Chirurgia toracica	13				
Chirurgia vascolare	14				
Day Hospital	02				
Day Surgery	98				
Dermatologia	52				
Detenuti	97				
Ematologia	18				
Fisiopatologia della riproduzione umana nell'ambito della Ginecologia Ostetricia	57				
Gastroenterologia	58				
Geriatria	21				
Grandi ustionati	47				
Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	19	4		1	
Malattie infettive e tropicali	24				
Medicina del lavoro	25				
Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza	51				
Medicina generale	26	16	1		
Medicina nucleare con PL	61				
Nefrologia	29				
Nefrologia abilitato al trapianto di rene	48				
Nefrologia pediatrica	77				
Neonatologia	62	6			
Neurochirurgia	30				
Neurochirurgia pediatrica	76				
Neurologia	32				
Neuropsichiatria Infantile	33				
Oculistica	34	8		1	
Odontoiatria e stomatologia	35				
Oncoematologia pediatrica	65				
Oncologia con posti letto	64				
Ortopedia e traumatologia	36	16		1	
Ostetricia e ginecologia	37	20	1	1	
Otorinolaringoiatria	38	2			
Pediatria	39	12	1		
Pneumologia	68				
Psichiatria	40				
Reumatologia	71				
Terapia del dolore con PL	99				
Terapia intensiva	49	4			
Terapia intensiva neonatale	73				
Unità coronarica nell'ambito della cardiologia	50				
Urologia	43				
Urologia pediatrica	78				
Day hospital	02				
Angiologia	05				
Medicina sportiva	15				
Medicina legale	27				
Unita Spinale	28				
Medicina termale	41				
Pensionanti	67				
Detenuti	97				
Day surgery	98				
Lungodegenti	60				
Recupero e Rieducazione Funzionale	56				
Neuroriabilitazione	75				
TOTALE		104	3	4	0

P.O. VICO EQUENSE - Discipline senza PL				
Disciplina Ospedaliera (da DM 70/2015)	Codice Disciplina (da Modelli HSP 12-13)	UOC	UOS	UOSD
Allergologia	01			
Anatomia e istologia patologica	03			
Angiologia	05			
Dietica/dietologia				
Direzione Sanitaria di Presidio				
Emodialisi	54			
Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della cardiologia)	08			
Farmacia ospedaliera				
Fisica sanitaria				
Genetica medica				
Immunologia e centro trapianti	20			
Laboratorio d'analisi				
Medicina nucleare senza PL				
Medicina Sportiva	15			
Medicina Termale	41			
Microbiologia e virologia				
Neuroradiologia				
Oncologia senza PL	64			
Radiologia	69			
Radioterapia oncologica	74			
Servizio trasfusionale				
Terapia del dolore senza PL	99			
Tossicologia	42			
TOTALE		0	0	0

TABELLA RIEPILOGATIVA

AREA	UOC	UOS	UOSD
STRUTTURE SUPPORTO GOVERNO CLINICO	5	2	
STRUTTURE SUPPORTO GOVERNO TECNICO AMMINISTRATIVO	10	10	
STRUTTURE SUPPORTO DIREZIONE STRATEGICA	7	6	
DIPARTIMENTO ATTIVITÀ TERRITORIALI ED INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	5	5	6
DISTRETTI SOCIO SANITARI	13	28	
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	9	18	1
DIPARTIMENTO ASSISTENZIALE PER LA SALUTE MENTALE	11	13	4
DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE	5		1
DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHE	10	7	4
DIPARTIMENTO CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA	11	12	4
DIPARTIMENTO AREA CRITICA	14	22	1
DIPARTIMENTO INTEGRATO MATERNO INFANTILE	9	9	1
DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	5	6	
DIPARTIMENTO Diagnostica x Immagini.	5	3	
DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO e Anatomia patologica	7	6	1
UOC DIREZIONI MEDICHE DEI PRESIDI OSPEDALIERI	4		
TOTALI	130	147	23

TOTALI secondo standard nazionali e regionali UOC N. 130 TOTALI UOS/UOSD N. 170

TRASMISSIONE AL COLLEGIO SINDACALE

La presente deliberazione è stata trasmessa al Collegio Sindacale della A.S.L. ai sensi dell'art. 35 comma 3 della L. R. 03.11.94 n. 32 con nota n. _____ in data _____

TRASMISSIONE AL COMITATO DI RAPPRESENTANZA DELLA CONFERENZA DEI SINDACI

La presente deliberazione è stata trasmessa al Comitato di Rappresentanza dei Sindaci ai sensi dell'art. 35 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. _____ in data _____

TRASMISSIONE ALLA GIUNTA REGIONALE

La presente deliberazione è stata trasmessa alla Struttura Regionale di Controllo della G.R.C. ai sensi dell'art.35 della L.R.03.11.94 n. 32 con nota n. _____ in data _____

PROVVEDIMENTO DELLA GIUNTA REGIONALE

Deliberazione della G.R. n. _____ del _____

Decisione: _____

IL FUNZIONARIO

INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA _____ A:

DIRETTORE SAN. D' AZIENDA	U.O.C. MATERNO INFANT. DISTRET.	
DIRETTORE AMM. D' AZIENDA	U.O.C. MEDICINA LEGALE PUBBL.VAL.	
COLLEGIO SINDACALE	U.O.C. PATOLOGIA CLINICA	
U.O.C. GABINETTO	U.O.C. PREVENZIONE E PROTEZIONE	
U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE	U.O.C. Progr. PIAN. VAL. ATTIV. SAN	
U.O.C. AFFARI GENERALI	U.O.C. PSICOL.INTEG.DONNA E BAMB.	DISTRETTO N. 52
U.O.C. AFFARI LEGALI	U.O.C. RELAZIONE CON IL PUBBLICO	DISTRETTO N. 53
U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERV.	U.O.C. RISK MANAGEMENT	DISTRETTO N. 54
U.O.C. ASSISTENZA DISTRETTUALE	U.O.S. ISPETTIVA AMM.VA	DISTRETTO N. 55
U.O.C. ASSISTENZA OSPEDALIERA	U.O.S. ISPETTIVA SANITARIA	DISTRETTO N. 56
U.O.C. ASS.ZA RIABILITATIVA AREA A	SERV. COORD.TO COMIT.ETICO CAMP. SUD	DISTRETTO N. 57
U.O.C. ASS.ZA RIABILITATIVA AREA B	COORD.TO GESTIONE LIQUIDATORIA	DISTRETTO N. 58
U.O.C. ASSISTENZA SANITARIA	COORD.TO PROGETTI FONDI	DISTRETTO N. 59
U.O.C. EPIDEMIOLOGIA VALUTATIVA	COORD.TO SOCIO SANITARIO AZIEND	OO.RR. AREA NOLANA
U.O.C. FASCE DEBOLI	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	OO.RR. AREA STABIESE
U.O.C. FORMAZ. E AGGIORN. PROF.	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	OO.RR. GOLFO VESUVIANO
U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINAN	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	OO.RR. PENISOLA SORRENTINA
U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE	DISTRETTO N. 34	U.O.S. A.L.P.I.
U.O.C. TECNICO AREA NORD	DISTRETTO N. 48	
U.O.C. TECNICO AREA SUD	DISTRETTO N. 49	
U.O.C. GEST.TECN.SISTEMI INFORM.	DISTRETTO N. 50	
U.O.C. MATERNO INFANT. OSPEDAL.	DISTRETTO N. 51	