



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

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

DECRETO n. 3 del 24/01/2017

OGGETTO: D.C.A. n. 33/2016 Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015. Atto aziendale AOU San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona di Salerno. Approvazione.

PREMESSO:

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

VISTI

- gli esiti delle elezioni amministrative regionali dello scorso 31 maggio 2015 ;
- i commi nn.569 e 570 dell'art. 1 della legge 23 dicembre 2014, n. 190 "*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)*" con cui –

in recepimento delle disposizioni di cui all'art. 12 del Patto per la Salute 2014 – 2016 – è stato previsto che “ *La nomina a commissario ad acta per la predisposizione, l'adozione o l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario, effettuata ai sensi dell'articolo 2, commi 79, 83 e 84, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni, e' incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento*”;

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

VISTO

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

VISTO

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

VISTO

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

VISTI:

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

fino al 10 giugno 2013 e si è proceduto alla nomina del gruppo di lavoro per la valutazione della conformità degli atti aziendali alle Linee di indirizzo regionali;

CONSIDERATO :

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

VISTO :

- che l'AOU S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno ha adottato l'Atto Aziendale con la delibera n. 123 del 30.09.2016 ;

PRESO ATTO :

- che il Gruppo di Lavoro, istituito con DDCCAA n. 23/2016 e n. 194/2016, con verbale del 18.10.2016 con nota prot. reg.le n. 693168 del 24.10.2016, ha espresso alcuni rilievi;
- che a seguito di tali osservazioni l'AOU ha riadottato l'Atto Aziendale con Delibera n. 299 del 9.12.2016;
- che in data 19.12.2016 con nota prot. reg.le 824839, il Gruppo di Lavoro, nel rappresentare la conformità dell'atto aziendale – delibera n. 299/2016 - con il DCA 18/2013 e con il DCA 33/2016, ha segnalato variazioni nella distribuzione di alcuni posti letto fra i diversi presidi ospedalieri che compongono l'Azienda;
- che, con nota prot. Comm.le 7436/C del 20.12.2016, la Struttura Commissariale ha chiesto di acquisire elementi in ordine al rilievo rappresentato;
- che, con nota prot. reg.le 835729 del 23.12.2016, il Gruppo di Lavoro ha riscontrato la richiesta chiarendo che le variazioni evidenziate riguardano discipline della stessa Area;

VISTO :

- il report prodotto dal tavolo DM 70 dei ministeri affiancanti del 21 Dicembre 2016 che ha messo in evidenza alcune eccedenze di UOC complessivamente a livello regionale che dovranno progressivamente essere riassorbite;

RITENUTO, pertanto,

di poter procedere alla approvazione dell'Atto Aziendale della AOU San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona di Salerno che risulta adeguato ai parametri stabiliti dal D.M. 70/2015 e recepiti con il DCA N. 33/2016 :

D E C R E T A

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

Di **PRENDERE ATTO** delle risultanze pervenute dal Gruppo di Lavoro, istituito presso la Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento SSR, in merito all'esame dell'atto deliberativo n. 299 del 9.12.2016 dell' AOU San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona ;

Di **APPROVARE**, , l'Atto aziendale dell' AOU San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno, allegato alla presente, che è parte integrale e sostanziale e che risulta adeguato ai parametri del DM 70/2015 così come recepiti nel DCA n. 33/2016, con la prescrizione di valutare da parte della Direzione della AOU la riduzione delle UOC in eccesso relative alle discipline di alta specialità insistenti nello stesso presidio ospedaliero.

Di **FARE OBBLIGO** al Direttore Generale della sua immediata attuazione;

Di **NOTIFICARE** il presente provvedimento alla AOU San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno, con l'obbligo di pubblicazione sul sito istituzionale aziendale - sezione atti amministrativi - che abbia accesso libero - (art. 32 della legge 18.06.2009, n.18);

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

Il Sub Commissario ad Acta
Dott. Claudio D'Amario

Il Commissario ad Acta
Prof. Joseph Polimeni

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 299 DEL 9 DIC. 2016

OGGETTO: ADOZIONE ATTO AZIENDALE

La presente Deliberazione è stata pubblicata all'Albo on line il 13 DIC. 2016 per rimanervi 10 giorni. Esecutiva per decorrenza termini, trascorsi 10 gg. dalla data di pubblicazione, ai sensi dell'art. 35 della L.R. 32/94. Inviata al Collegio Sindacale in data 13 DIC.2016	In data 9 DIC. 2016 l'Avv. Nicola Cantone, Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria "S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona – Scuola Medica Salernitana", giusta D.G.R.C. n. 174 del 01/08/2016, in esecuzione della Delibera di G.R.C. n. 430 del 27.07.2016, ed acquisiti i pareri del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo ha adottato il seguente provvedimento.
Nei casi di controllo preventivo, ai sensi dell'art. 35 della L.R. 32/94, per la parte non disapplicata (giusta circolari Regione Campania): Trasmessa all'organo di controllo il _____ Ricevuta dall'organo di controllo il _____ Approvazione per decorrenza termini (40 gg dal ricevimento) il _____ Approvazione con provvedimento di G.R. n. ____ del _____ Richiesta chiarimenti e/o sospensione termini con provvedimento G.R. n. ____ del _____ Annullamento con provvedimento di G.R. n. ____ del _____	Registrazione contabile come da scheda contabile agli atti (art. 1 comma 3, regolamento ciclo passivo procedure per i pagamenti - Deliberazione n 542/2014)

- Che, con deliberazione n. 60 del 24/03/2016 del Commissario Straordinario di questa AOU, in ottemperanza alle normative in materia, veniva adottato l'Atto Aziendale;
- Che, a seguito della entrata in vigore del DCA Regione Campania n.33/2016, si è resa necessaria una rivisitazione dell'atto sopra citato;
- che, pertanto, con deliberazione n. 47 del 07/09/2016, si procedeva alla adozione di un nuovo Atto Aziendale, rispondente alle indicazioni del nuovo Piano Ospedaliero indicate nel Decreto Commissariale citato al punto che precede;
- che infine, con deliberazione n. 123 del 30/09/2016, si rimodulava l'Atto in argomento al fine di recepire le necessarie modifiche correttive suggerite dal Direttore Sanitario Aziendale;

CONSIDERATO

- che, a valle dell'adozione dell'Atto Aziendale (deliberazione 123/2016), il Gruppo di Lavoro regionale "Atti Aziendali", in data 18 ottobre, formulava diverse indicazioni nel merito, pervenute con nota prot. 0693169 del 24 ottobre 2016;

RITENUTO

- necessario modificare l'atto aziendale ed il relativo collegato (da ultimo deliberato con atto n. 123/2016) in guisa da renderlo coerente con le indicazioni pervenute con la nota sopra richiamata;

ACQUISITA

l'intesa con il Magnifico Rettore dell'Università di Salerno, comunicata con nota n. 99698 del 06/12/2016 (All. n. 1);

FATTA RISERVA

di adeguare l'Atto Aziendale ed i relativi allegati alle eventuali prescrizioni Regionali in materia;

Attestato che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è legittimo e utile per il servizio pubblico;

Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo, che sottoscrivono per la conferma:

Il Direttore Sanitario
Dott. Nicola Silvestri

Il Direttore Amministrativo
Dott. Oreste Florenzano

(Giusta decreto D.P.G.R.C. 174/2016 in esecuzione della delibera di G.R.C. n. 430 del 27.07.2016)

Per tutto quanto in premessa che qui si intende integralmente richiamato:

DELIBERA

- **di riadattare** l'Atto Aziendale allegato alla presente deliberazione per formarne parte integrante e sostanziale e, con esso, il Piano di Organizzazione e Funzionamento Aziendale (POFA) e la relazione introduttiva del Commissario Straordinario e, per l'effetto, revocare la delibera n. 123/2016 avente ad oggetto: *"Adozione Atto Aziendale - Disposizioni del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai Disavanzi del Settore Sanitario della Regione Campania n.542/C del 10.02.2016 e 599/C dell'11.02.2016"*;
- **di trasmettere** il presente atto deliberativo al Presidente della Giunta Regionale della Campania, al Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Salerno, al Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Campania, al Dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali della Regione Campania, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale della Regione Campania;
- **di trasmettere**, altresì, il presente atto al Collegio Sindacale, ai sensi della normativa vigente;
- **di conferire** alla presente deliberazione immediata eseguibilità;
- **di pubblicare** la stessa sul sito internet aziendale.

IL DIRETTORE GENERALE
Avv. Nicola Cantone



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SALERNO

ALLEGATO ALLA DELIBERA

299 del 09 DIC. 2016

UNISA +

Atto Az.le

ALL 1

Prot. n. 99698
del 06.12.16
I/4

Al Direttore Generale
Azienda Ospedaliero - Universitaria
"San Giovanni di Dio - Ruggi d'Aragona -
Scuola Medica Salernitana"
Avv. Nicola CANTONE

Oggetto: Atto aziendale AOU "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" Salerno.

Gentile Direttore,

in riferimento alla sua comunicazione del 05.12.2016, relativa alle lievi modifiche apportate all'Atto Aziendale dalla Commissione Azienda/Università all'uopo costituita, esprimo piena condivisione.

La saluto cordialmente

7/12/16

Dr. Selvestri

Dr. Floriano

Firmano per me Dr. Selvestri

IL RETTORE
Aurelio Tommasetti

IL DIRETTORE GENERALE
Avv. Nicola Cantone



Piano di organizzazione e funzionamento aziendale (POFA)

Anno 2016

seguito **"Azienda"**, è il documento nel quale, in accordo con i principi ed i contenuti espressi nell'Atto Aziendale, vengono definiti:

- la Struttura organizzativa aziendale, costituita dalla tecnostruttura e dai Dipartimenti assistenziali integrati (D.A.I.) con la specificazione di quelli a direzione ospedaliera e a direzione universitaria (con la indicazione di UOC, UOSD, UOS, coordinamenti e posizioni organizzative);
- le sedi nelle quali è costituita l'Azienda;
- i principali percorsi di cura;
- i posti letto per struttura (con specifica a Direzione universitaria ed ospedaliera) e delle soglie operative minime;
- la dotazione organica (acquisito il parere degli organismi universitari competenti, previa consultazione delle OO.SS.): personale distinto per ruoli, discipline, profilo professionale e tipologia contratto;
- i costi (quantificazione preventiva dei costi al fine di garantire la compatibilità economica).

Il documento è redatto in conformità:

- agli standard definiti dal Decreto Balduzzi e dal Decreto Commissariale n. 18/2013 per quanto riguarda la determinazione del numero di unità operative complesse, semplici e semplici dipartimentali;
- al Decreto Commissariale n. 33 del 17 maggio 2016;
- ad un orientamento teso a redistribuire i 1037 posti letto programmati e fissati dal DCA 33.2016 in tutti le Sedi costituenti l'Azienda in base alle annessioni definite con i Decreti n. 73/2010, 13/2011 e 17/2011 al fine di assicurare una specifica "vocazione assistenziale" ed ogni singola Sede, ma nell'ambito di un disegno integrato ed unitario dell'intero sistema di offerta dell'Azienda, garantito dai percorsi diagnostici terapeutici delle patologie di maggior impatto;
- ad una determinazione della dotazione organica elaborata in funzione di volumi di attività con i quali tentare di intercettare i flussi di mobilità passiva, che così incisivamente caratterizzano il territorio salernitano e da target di riferimento costituiti da importanti AOU operanti nel territorio nazionale;
- una quantificazione dei costi di produzione che preveda, al di là dei necessari sforzi di applicazione e degli interventi dettati dalla spending review, un'indicazione sul versante dei trasferimenti di un costo di esercizio che riconosca pienamente la mission dell'Azienda, e della piena individuazione dei reali costi di produzione dei Plessi di Cava, Da Procida, Mercato San Severino e Costa d'Amalfi almeno ai livelli riconosciuti di quanto gli stessi erano Presidi della ASL di Salerno 1 e 2.

1 - Innovazione organizzativa dell'AOU San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona: una città della salute a Salerno	5
2 - La nuova anatomia dell'Azienda: I 5 Plessi	7
a - La Sede ospedaliera "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" di Salerno	7
b - La Sede ospedaliera "Santa Maria dell'Olmo" di Cava de' Tirreni	7
c - La Sede ospedaliera "Amico Gaetano Fucito" di Mercato San Severino	8
d - La Sede ospedaliera "da Procida" di Salerno	9
e - La Sede Costa d'Amalfi Castiglione di Ravello	9
3 - I Dipartimenti	10
3.1 - Il Dipartimento Assistenziale Integrato dell'Area Critica	10
3.2 - Il Dipartimento Assistenziale Integrato della Riabilitazione e del Post Acuzie	11
3.3 - Il Dipartimento Assistenziale Integrato Cardio-Toraco-Vascolare	11
3.4 - Il Dipartimento Assistenziale Integrato delle Chirurgie Generali, Specialistiche e dei Trapianti	12
3.5 - Il Dipartimento Assistenziale Integrato Testa - Collo	13
3.6 - Il Dipartimento Assistenziale Integrato delle Scienze Mediche	13
3.7 - Il Dipartimento Assistenziale Integrato di Igiene e Medicina Valutativa	14
3.8 - Il Dipartimento Assistenziale Integrato di Diagnostica per immagini	15
3.9 - Il Dipartimento Assistenziale Integrato Materno-Infantile	15
3.10 - Il Dipartimento Assistenziale Integrato di Oncoematologia	16
4 - La nuova fisiologia dell'Azienda: i "laboratori" e i percorsi di cura	17
4.1 - Il percorso dell'emergenza-urgenza	17
4.2 - Traumatologia e Trauma Center	18
4.3 - Il percorso delle patologie cardiovascolari e la cardiologia per acuti	18
4.4 - Le patologie neurovascolari: il percorso ictus	19
4.5 - Il Percorso Onco-Ematologico	19
4.6 - Il tessuto dei servizi di Imaging e di Laboratorio POC TELEMEDICINA	20
5 - La Struttura organizzativa aziendale	21
6 - La tecnostruttura amministrativa, tecnica e sanitaria	23
7 - Staff di Direzione Sanitaria e Amministrativa	24
7.1 - Unità Operativa complessa Affari generali e supporto agli organi ed organismi aziendali	28
7.2 - Unità Operativa Complessa Patrimonio mobiliare e immobiliare	28
L'UOC :	28
7.3 - Unità Operativa complessa Affari legali	29
7.4 - Unità Operativa complessa Acquisizione di beni e servizi	30



7.5 - Unità Operativa complessa Gestione Economico Finanziaria.....	30
7.6 - Unità Operativa complessa Gestione delle Risorse umane.....	31
7.7 - Unità Operativa complessa Sistemi informativi	32
7.8 - Unità Operativa complessa Programmazione e controllo di gestione	33
7.9 - Unità Operativa complessa Ingegneria clinica	34
7.10 - Unità Operativa complessa Tecnico Manutentivo.....	35
7.11 - Posizioni organizzative direttamente afferenti allo Staff di Direzione Amministrativa	37
8 - Staff di Direzione sanitaria.....	37
8.1 - Unità Operativa complessa Governo gestione degli accessi e Flussi informativi.....	40
8.2 - Unità Operativa complessa Direzione Medica – Ruggi, da Procida e Costa d’Amalfi e Coordinamento dei Presidi Ospedalieri Aziendali.....	41
8.3 - Servizio Infermieristico, Tecnico, Riabilitativo Aziendale (S.I.T.R.A.)	44
8.4 - Farmacia Ospedaliera	45
8.5 - Direzioni mediche delle Sedi dell’AOU	48
8.6 - Farmacologia Clinica	50
9 - I Dipartimenti assistenziali integrati	51
9.1 - DAI Area critica	52
9.2 - DAI della Riabilitazione e Post Acuzie.....	56
9.3 - DAI cardio-toraco-vascolare	58
9.4 - DAI delle Chirurgie Generali, Specialistiche e Trapianti	61
9.5 - DAI Testa - Collo.....	63
9.6 - DAI delle Scienze Mediche	65
9.7 - DAI di Igiene e Medicina Valutativa	68
9.8 - DAI di Diagnostica per Immagini	71
9.9 - DAI Materno Infantile	74
9.10 - DAI Oncoematologico.....	77
9.11 - Le Posizioni organizzative e i Coordinamenti dei DAI.....	79
10 - La dotazione organica.....	91
10.1 - Determinazione del fabbisogno di risorse umane	94
11 - I costi	104

L'Accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome per l'attuazione del Piano sanitario nazionale 2003-2005 (24 luglio 2003) recita *"I problemi connessi all'attuale contesto del SSN, [...] il sottoutilizzo o l'utilizzo improprio di risorse nel sistema, impongono una reinterpretazione del rapporto territorio-ospedale, potenziando e riorganizzando l'offerta di prestazioni sul territorio, riservando l'assistenza ospedaliera sempre più alle patologie acute"*. Questo modifica il tradizionale sistema di offerta sanitaria fondata prioritariamente sull'ospedale, a favore del territorio quale soggetto attivo che intercetta il bisogno sanitario e si fa carico in modo unitario e continuativo delle necessità sanitarie e socio-assistenziali dei cittadini.

La Regione Campania, negli atti di programmazione sanitaria, persegue un modello nel quale il territorio sia sempre più il luogo dove il cittadino trova strutture in grado di risolvere i propri problemi, così da ricorrere alla struttura ospedaliera solo per selezionate necessità. Il territorio deve sempre più rappresentare il primo accesso del cittadino alle cure.

La razionalizzazione della rete ospedaliera costituisce, per la Regione, lo strumento principale per il raggiungimento di tale obiettivo e ad esso tende il ridisegno del sistema di offerta secondo il paradigma Hub&Spoke¹ come disposto dal Decreto 33/16 "Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM70/2015,2016-2018".

Con il presente documento, nell'ambito delle azioni da mettere in atto per la razionalizzazione dell'offerta, come strumento elettivo di equità, efficienza e qualità dei servizi, si individua il perseguimento dell'efficienza operativa delle strutture ospedaliere confluite in Azienda, in particolare per quanto attiene al riconoscimento chiaro ed esplicito delle strutture di erogazione delle prestazioni.

In particolare, l'Azienda persegue l'individuazione di profili di offerta organizzati per intensità di cura e per vocazione di ciascuna Sede ospedaliera e la definizione del modello a rete dell'assistenza in un'ottica di razionalizzazione dell'erogazione delle prestazioni, che punta ad eliminare le duplicazioni e la frammentazione, ottimizzare la logistica e l'offerta strumentale secondo criteri di economia di scala, ridurre la variabilità dei comportamenti clinici e prescrittivi secondo criteri di economia di know how e garantendo nel contempo la qualità e l'equità di accesso.

Per offrire la migliore assistenza secondo principi di efficienza e di governo clinico, l'Azienda persegue l'articolazione secondo l'intensità di cura, prevedendo la definizione di 3 differenti aree di attività:

Alta intensità - terapia intensiva, sub-intensiva, sale operatorie / interventistiche;

Media Intensità - degenza ordinaria;

Bassa Intensità - Degenza DH, Day Surgery, riabilitazione estensiva, lungodegenza, ambulatorio tradizionale e Day Service.

¹ Modalità di produzione e distribuzione dell'ASSISTENZA OSPEDALIERA SECONDO IL PRINCIPIO DELLE RETI INTEGRATE che prevede la concentrazione della casistica più complessa, o che richiede più complessi sistemi produttivi, in un numero limitato di centri (HUB) che trattino volumi di attività tali da garantire la miglior qualità dell'assistenza erogata e il miglior utilizzo delle risorse organizzative disponibili. L'attività di tali centri è fortemente integrata attraverso connessioni funzionali con quella dei centri periferici (SPOKE) che assicurano l'assistenza per la casistica residua.



pazienti possono transitare dall'una all'altra e le unità funzionali operanti all'interno dei dipartimenti seguono i pazienti, garantendo la continuità assistenziale e la presa in carico.

In tale ottica, il modello organizzativo segue una tendenza biunivoca:

da un lato, esso assicura la “congruenza verticale” dei percorsi, individuando per ciascun bisogno di salute il livello di cura e assistenza appropriato;
dall'altro persegue una costante “integrazione orizzontale” tra gli specialisti clinici i quali, in collaborazione multidisciplinare, realizzano il progetto diagnostico-terapeutico.

A distinguere, dunque, i livelli di erogazione secondo un'ottica di razionalizzazione non concorrerà, da sola, la concentrazione dei poli di offerta per tipologia di prestazioni quanto la stratificazione della domanda in funzione dell'intensità del bisogno espresso.

Secondo questa impostazione, con provvedimenti successivi al presente atto, sarà ricercata una architettura geografica dell'offerta secondo la quale:

Il San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno gestisca la casistica di medio-alta complessità e intensità assistenziale, cui andranno destinati, quindi, interventi a maggior grado di sofisticazione e coordinamento e a maggior contenuto tecnologico;

Il Santa Maria Incoronata dell'Olmo di Cava de' Tirreni e il Gaetano Amico Fucito di Mercato San Severino gestiranno la casistica di medio-bassa complessità e intensità assistenziale, cui andranno destinati, quindi, interventi a minor grado di sofisticazione e coordinamento e a minor contenuto tecnologico;

Il Giovanni da Procida di Salerno affinerà la propria vocazione di Sede per la riabilitazione e la post-acuzie;

Il Costa d'Amalfi di Castiglione di Ravello mantiene la funzione di accesso in urgenza e ambulatorio.

In tale ottica e nella logica di completare il processo di definitiva integrazione dei presidi ospedalieri, l'Azienda gestirà la casistica come previsto dal Piano Regionale, distinguendo, cioè:

1. Prestazioni di base caratterizzate da un'ampia domanda e da bassa complessità, da erogare presso strutture a storica vocazione territoriale;
2. Prestazioni caratterizzate da medio-alta complessità e/o più bassa domanda, da garantire presso strutture erogatrici individuate in ambito aziendale di più elevata complessità.

Le prestazioni di cui al punto 1) saranno distribuite presso le Sedi dell'Azienda e identificate principalmente come primi accessi (quelli in cui il problema è affrontato per la prima volta ed in cui viene formulato un preciso quesito diagnostico con un accesso a prevalente mediazione del front office del CUP e dei PS).

Le prestazioni di cui al punto 2) saranno concentrate eminentemente presso il “San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona” e identificate principalmente come prestazioni di secondo livello, con un accesso a prevalente mediazione del medico specialista ospedaliero (gatekeeper per ricoveri, case manager per PDT ecc), ancorché regolarmente gestito all'interno di agende CUP, ovvero attraverso il DEA e la CO 118.

L'innovazione organizzativa di maggior rilievo, tuttavia, sta nel fatto che, accanto ad una connotazione specialistica e “vocazionale” dei Plessi e dei Dipartimenti, gli uni e gli altri

sinergia e propulsione dei percorsi diagnostici e terapeutici dei pazienti. I **Dipartimenti**, secondo una direttrice orizzontale, diventano i **<contenuti operativi>** dei plessi e il motore dei percorsi stessi: lungo di essi il paziente si muove fermandosi in posizioni diverse a seconda del bisogno assistenziale e del target di salute.

Ne deriva la costituzione di una vera e propria "Città della Salute", in cui ciascun Sede acquisirà una particolare vocazione di laboratorio per lo sviluppo scientifico-assistenziale:

Il **Santa Maria dell'Olmo di Cava de' Tirreni**, nel sistema integrato aziendale dell'emergenza urgenza, funge da plesso di riferimento per l'area metelliana che va oltre la città di Cava de' Tirreni. Alle attività tipiche del sistema di emergenza urgenza vengono affiancate attività di elezione di alta specialità.

Il **Gaetano Amico Fucito di Mercato San Severino**, in virtù della vicinanza alla sede del campus di Fisciano, sarà la sede elettiva delle sperimentazioni nel campo dell'integrazione tra Assistenza, Didattica e Ricerca. Ospiterà inoltre la sede della Facoltà di odontoiatria.

Il **Giovanni da Procida di Salerno** sarà la fucina delle sperimentazioni nell'ambito dell'health aging e del recupero e della riabilitazione.

Il **Costa d'Amalfi di Ravello**, in una visione d'insieme del *"SISTEMA CAMPANIA"* dovrà assicurare non solo appropriati livelli di assistenza sanitaria per i residenti ma anche svolgere un ruolo di *"GARANZIA"* per le attività turistiche che rappresentano un volano essenziale per l'economia regionale.

L'Azienda si riserva, in tal senso, di attivare ogni utile iniziativa atta a coinvolgere le istituzioni locali e regionali in una iniziativa che necessariamente ha i caratteri di trasversalità.

2 - La nuova anatomia dell'Azienda: I 5 Plessi

a - La Sede ospedaliera "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" di Salerno

La Sede ospedaliera "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" di Salerno accoglie la **casistica ad alta intensità e l'emergenza-urgenza ad alto contenuto assistenziale**. La Cardiologia, la Cardiochirurgia, la Chirurgia Vascolare ed Endovascolare, l'Area Critica con Rianimazione e Terapia Iperbarica, i Servizi Diagnostici "core" e quelli interventistici, il Centro Trapianti, le Chirurgie Specialistiche, la Psichiatria, la Stroke Unit.

b - La Sede ospedaliera "Santa Maria dell'Olmo" di Cava de' Tirreni

La Sede ospedaliera "Santa Maria dell'Olmo" di Cava de' Tirreni garantirà una funzione di Pronto Soccorso e OBI.

Il Pronto Soccorso e presa in carico del paziente sarà supportato dalle attività chirurgia generale, dalla rianimazione e dalla medicina generale, da una cardiologia con UTIC. La previsione di una dotazione tecnologica avanzata (tele-ECG, telemedicina) in costante collegamento con le specialità emergenziali e cardiovascolari del Ruggi rappresenta un requisito innovativo ed efficiente per la gestione di tale tipologia di accessi.

rappresenta il terzo DRG (il secondo, se sommato al suo omologo con complicanze) in fuga dalla provincia di Salerno verso altre regioni italiane (Toscana, in particolare).

In questo gruppo di ricoveri, la patologia tiroidea – endemica in Campania - rappresenta senz'altro la casistica più nutrita. Anche la migrazione extraprovincia è significativa². Si tratta, anche qui, di casi che potrebbero essere trattati in regimi meno dispendiosi per il SSN (*Day Service per malattie Tiroidee, DGRC 102/2009*), limitando la fuga, altrettanto notevole, dei relativi interventi chirurgici³.

Tale linea d'attività seguirà il paziente trattato presso le SS.OO. poc'anzi menzionate, per tutto quanto attiene il post-operatorio.

La sede di Cava, vedrà potenziata l'attività traumatologica ortopedica.

Tale azione è rivolta all'abbattimento dei tempi di intervento nei pazienti traumatizzati ma anche nei pazienti anziani vittime di fratture di femore, dove la nostra regione registra un tasso di intervento nelle 48 dal trauma a dir poco risibile.

La sede Ospedaliera "Santa Maria Incoronata dell'Olmo" di Cava de' Tirreni ospiterà anche il Centro per la Procreazione Medicalmente Assistita.

c - La Sede ospedaliera "Amico Gaetano Fucito" di Mercato San Severino

La Sede ospedaliera "Amico Gaetano Fucito" di Mercato San Severino si configura come **ospedale del giovane adulto**, preparandosi a diventare un centro d'offerta strategico nel campo della **chirurgia bariatrica, dell'endoscopia operativa, della prevenzione e terapia dell'ipovisione nell'adulto**. Il PO di Mercato San Severino ospiterà al proprio interno anche le Strutture di **Odontostomatologia** capaci di fornire adeguata risposta assistenziale spaziando dalla prevenzione fino all'implantologia, nonché la Facoltà di Odontoiatria.

Nel PO G. Fucito è prevista una linea di attività di Nefrologia che svolgerà attività di Dialisi.

Accanto all'implementazione dei livelli di assistenza medica destinati alle patologie ad alto impatto epidemiologico (la Cardiologia) e alla gestione dell'urgenza-emergenza (Pronto Soccorso con O.B.I., UTIC), la sede di Mercato San Severino, nella nuova fisionomia dell'Azienda, si rivolge alla diagnosi e alla terapia dei disturbi dell'età giovane adulta, con particolare riferimento alla chirurgia bariatrica, disciplina ospedaliera destinata a fronteggiare il sempre crescente allarme dell'obesità in Regione Campania. Secondo i dati raccolti dal sistema di sorveglianza Passi, il 32% degli adulti risulta in sovrappeso, mentre l'11% è obeso: complessivamente, quindi, più di quattro adulti su dieci (42%) sono in eccesso ponderale.

La Campania, in particolare, mostra la più alta prevalenza di sovrappeso e obesità infantile rispetto a tutte le altre regioni italiane e a gran parte dei Paesi europei. Tra i bambini della nostra Regione il 48,8 % presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità (dati Sistema di Sorveglianza Okkio alla Salute 2012). In quest'ambito, Salerno detiene la più alta percentuale di pazienti in sovrappeso (se si considera che la popolazione salernitana è il 19% di quella campana, si possono comprendere anche i valori assoluti).

² Di circa 2500 ricoveri di pazienti salernitani per malattie endocrine, 2200 avvengono in strutture diverse dall'Azienda; di queste, circa 700 in strutture di altre province campane.

³ Quasi 300 gli interventi sulla tiroide effettuati fuori regione, oltre la metà dei quali in Toscana; 141 i casi fuori provincia e circa 100 al Ruggi.

Ancora, il nuovo assetto aziendale punta sul PO di Mercato San Severino per concentrare la complessità dell'*Endoscopia Operativa*. Rientra, questa specialità, *“tra i settori che richiedono una forma organizzativa ad alta integrazione”*, soprattutto in riferimento alla Gestione delle Urgenze, visto l'impatto sulla salute e la rilevanza della componente organizzativa sul risultato delle prestazioni, come richiamato dal Piano Ospedaliero Regionale.

Nella Sede ospedaliera di Mercato San Severino sarà confermata la linea d'attività ambulatoriale di Angiologia Medica.

d - La Sede ospedaliera “da Procida” di Salerno

La Sede ospedaliera Da Procida, nel cuore di Salerno, si connota tradizionalmente come polo dell'health aging e della lungodegenza, del recupero e della riabilitazione grazie al potenziamento e alla differenziazione/specializzazione di tali funzioni, fortemente integrate con le aree di acuzie posizionate negli altri plessi dell'Azienda.

Quasi sconosciuta come specialità pubblica in Regione, la Riabilitazione non è solo una forma di civiltà assistenziale, ma è qui prevista come insieme di aree cliniche specialistiche ad alta competenza ed alto impatto sanitario ed epidemiologico, in grado di influenzare la prognosi *quoad vitam* e *quoad valetudinem* di numerose affezioni acute e croniche, traumatiche e non.

La differenziazione specialistica nelle varie unità di riabilitazione e, al contempo, la loro convivenza entro un'unica struttura, favoriscono quelle sinergie di know-how e di presa in carico globale del paziente scientificamente correlate al successo degli outcomes medici e di recupero sia clinico sia sociale.

La lungodegenza, insieme alla riabilitazione, è l'altra grande assente del SSR campano. Intesa come un ambito di recupero e cura fortemente specialistico e con una specifica vocazione all'anziano fragile, necessita se si considera che in Italia il 50% delle giornate di degenza è destinata alle persone con più di 65 anni, e che la degenza media dei cittadini ultrasessantacinquenni è doppia rispetto a quella dei giovani adulti, e talvolta erogata in un regime non congruo al fabbisogno, la previsione della lungodegenza associata alla riabilitazione è di indubbio valore sia assistenziale che economico-organizzativo.

e - La Sede Costa d'Amalfi Castiglione di Ravello

Il PO Costa d'Amalfi negli ultimi atti programmatori (DCA 33.2016) viene definito STRUTTURA in zone particolarmente disagiate (zone montane, isole, ecc).

In questi presidi ospedalieri occorre garantire una attività di pronto soccorso con la conseguente disponibilità dei necessari servizi di supporto attività di medicina interna, di chirurgia ridotta con funzioni chirurgiche non prettamente di emergenza, integrati nella rete ospedaliera di area disagiata e dotati indicativamente di:

- un reparto di 20 posti letto di medicina generale con un proprio organico di medici e infermieri;

incrementate nel periodo giugno-settembre.

La sede aumenterà i livelli di connessione con il PO Ruggi è tale volontà è dimostrata dalla realizzazione di una Direzione Medica di Presidio unica.

3 - I Dipartimenti

3.1 - Il Dipartimento Assistenziale Integrato dell'Area Critica

Il Dipartimento dell'area critica, che garantisce la gestione dei processi diagnostico terapeutici e il trattamento di eccellenza in regime di urgenza-emergenza dei pazienti che presentano quadri clinici acuti con grave compromissione delle funzioni vitali. Tale mission è coerente con quella dell'Azienda Ospedaliera Universitaria all'interno dello scenario del sistema sanitario della città di Salerno e provincia, quale fulcro e centro di coordinamento della gestione dell'emergenza-urgenza.

La novità assoluta del nuovo Dipartimento di Area Critica sarà quella di realizzare un percorso completo per il paziente critico e ponendosi a ponte tra un territorio non sempre capace di accogliere i cittadini e un ospedale che merita di caratterizzarsi per l'alta specializzazione e assistenza. In tal senso, il Dipartimento di Area Critica potenzierà le funzioni e le strutture di accoglienza degli accessi in urgenza-emergenza attraverso protocolli diagnostico-terapeutici, strutture dedicate e collegamenti rapidi e sicuri, concentrando in sé tutte le specialità e le risorse necessarie a trattare e dimettere il paziente acuto non grave, osservare e gestire il paziente di media gravità meritevole di assistenza di breve durata e dell'avvio di un progetto terapeutico domiciliare, ricoverare a tutti i livelli il paziente grave.

Il Dipartimento annovera al suo interno una UOC dedicata alla Traumatologia.

Tale scelta è dettata dall'ingente numero di accessi di Pronto Soccorso di natura ortopedica (circa 14mila all'anno) e dall'ingente percentuale (tra il 10 ed il 15 %) di paziente eleggibili ad interventi urgenti.

Inoltre la Campania si classifica tra le peggiori Regioni italiane per quanto attiene la capacità di intervenire tempestivamente (entro 48 ore) sulla frattura di femore.

La **Mission** specifica del DAI di Area Critica:

- garantire l'accessibilità e la tempestività del soccorso;
- garantire una corretta gestione del paziente che si trova in situazioni di urgenza emergenza, assicurando la necessaria integrazione tra la rete ospedaliera e la rete dell'emergenza territoriale;
- garantire al paziente che accede alle varie sedi aziendali una assistenza paritaria attraverso l'omogeneizzazione delle modalità di accesso del paziente ai vari punti di Pronto Soccorso dislocati nelle SS.OO. di Cava , Ravello e Mercato San Severino, l'integrazione in rete tra questi e il Pronto Soccorso del Ruggi di Salerno;
- assicurare una tempestiva risoluzione delle problematiche del paziente in emergenza/urgenza differenziando le competenze dei vari PP. SS;

incrementare l'appropriatezza dell'utilizzo della rete emergenza/urgenza, anche attraverso una maggiore integrazione con le Strutture ed i Servizi dell'Azienda Sanitaria Locale; assicurare la formazione continua specifica degli operatori dell'emergenza/urgenza avendo come riferimento le linee guida e la medicina basata sull'evidenza, al fine di specializzare il personale che opera all'interno di questo sistema.

3.2 - Il Dipartimento Assistenziale Integrato della Riabilitazione e del Post Acuzie

Il Dipartimento, realizza modelli di chronic care orientati alla cura del paziente geriatrico, alla riabilitazione, alla lungodegenza e alla sub-acuzie, anche al fine di rendere efficienti ed appropriate le degenze ospedaliere nei reparti intensivi.

La **Mission** specifica del DAI della Riabilitazione e del Post Acuzie:

assicurare ai pazienti un setting organizzativo appropriato alle esigenze post acute;

favorire la continuità assistenziale al paziente fragile;

perseguire l'integrazione con le strutture del territorio e riabilitative nell'obiettivo di mantenere la continuità assistenziale e favorire il recupero/mantenimento di abilità funzionali residuali;

garantire il giusto tenore di assistenza e la multidisciplinarietà nei pazienti vittime di gravi traumi cranioencefalici;

garantire il momento post acuzie al paziente cardochirurgico;

perseguire l'integrazione con le strutture del territorio e riabilitative nell'obiettivo di mantenere la continuità assistenziale e favorire il recupero/mantenimento di abilità funzionali residuali;

sviluppare l'attività clinico-scientifica con partecipazione e promozione di studi clinici osservazionali o trials clinici nell'ambito riabilitativo;

assicurare il miglioramento continuo del livello di umanizzazione dell'assistenza erogata, rispettando i diritti e i bisogni del paziente, favorendone la partecipazione attiva al processo di cura;

favorire la formazione e la ricerca biomedica e delle tecnologie di eccellenza nel campo della Riabilitazione.

3.3 - Il Dipartimento Assistenziale Integrato Cardio-Toraco-Vascolare

Il Dipartimento Cardio-toraco-vascolare, che vuole fornire servizi diagnostici e terapeutici specializzati e di qualità (HUB) al fine di assicurare ai pazienti affetti da malattie cardiovascolari e toraco-polmonari cure aggiornate, e sempre più efficaci, standard di assistenza di alto profilo. Il Dipartimento si distingue per la convergenza, presso un unico centro, di specialisti chirurghi, cardiologi ed anestesisti preparati e dedicati nelle varie branche della cardiologia e cardiocirurgia della chirurgia vascolare, endovascolare e toracico-polmonare, in modo tale da potersi porre come riferimento di cultura e formazione professionale a livello regionale. Il DAI partecipa attivamente alla gestione dell'emergenza, componendosi degli HUB di Cardiocirurgia, UTIC ed Emodinamica individuati dall'ultimo piano ospedaliero regionale.

di pertinenza medica, interventistica e chirurgica, secondo le linee guida;
fornire prestazioni di eccellenza, ottimizzare e integrare i percorsi clinico-diagnostico-terapeutici e i programmi di prevenzione secondaria, finalizzati ad assistere il paziente dall'esordio della malattia fino alla restituzione al proprio domicilio;
offrire le migliori opportunità diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali in situazione di emergenza/urgenza;
assicurare il miglioramento continuo del livello di umanizzazione dell'assistenza erogata, rispettando i diritti e i bisogni del paziente, favorendone la partecipazione attiva al processo di cura;
realizzare, in collaborazione con l'ASL di Salerno e con le associazioni di volontariato, un modello organizzativo di gestione integrata ospedale-territorio per i pazienti con cardiopatia cronica e scompenso cardiaco allo scopo di ridurre la riospedalizzazione e migliorare la loro qualità di vita;
favorire la formazione e la ricerca biomedica di eccellenza nel campo specialistico delle patologie cardio-toraco-vascolari.

3.4 - Il Dipartimento Assistenziale Integrato delle Chirurgie Generali, Specialistiche e dei Trapianti

Il Dipartimento Chirurgie Generali, Specialistiche e dei Trapianti raggruppa molteplici unità operative con professionalità diverse dedicate alla realizzazione di poli di eccellenza nella gestione dei percorsi di patologia a significativo impatto epidemiologico e ad alto tasso di sofisticazione.

Il Dipartimento, per quanto attiene la componente trapianto di rene, rappresenta la sintesi gestionale ed organizzativa delle attività di unità operative che si pongono l'obiettivo di ottimizzare il percorso assistenziale dei pazienti da sottoporre a trapianto d'organo solido. L'approccio multidisciplinare possibile in questo ospedale garantisce al Dipartimento la rete di consulenza specialistica a 360°, sia in fase di valutazione preoperatoria che in tutte le fasi del post operatorio.

La **Mission** specifica del DAI delle Chirurgie generali:

assicurare la presa in carico globale dei bisogni di salute del cittadino attuando tutti gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione atti a recuperare e mantenere lo stato di salute;
garantire la più alta qualità dei trattamenti chirurgici delle patologie, basando la propria offerta di servizi sulla massima competenza ed appropriatezza delle prestazioni, secondo le linee guida;
assicurare il miglioramento continuo del livello di umanizzazione dell'assistenza erogata, rispettando i diritti e i bisogni del paziente, favorendone la partecipazione attiva al processo di cura;
assicurare la rapidità e la specifica competenza alla richiesta di trattamento del paziente che richiede trattamenti chirurgici specialistici, da qualunque punto della rete la richiesta stessa provenga, facendosi carico del trattamento globale (urgente e differito) e del suo decorso;

favorire la formazione e la ricerca biomedica e delle tecnologie di eccellenza in campo medico, chirurgico e dei trapianti.

3.5 - Il Dipartimento Assistenziale Integrato Testa - Collo

Il Dipartimento Testa – Collo raggruppa molteplici discipline chirurgiche.

L'implementazione dei percorsi chirurgici coordinati e complessi di Oculistica e Otorinolaringoiatria attesi dal Decreto del Commissario ad acta n.17 del 2014 e lo sviluppo della Chirurgia Maxillo-Facciale e dell'Odontostomatologia con la neonata facoltà di Odontoiatria, sono le sfide cui questo DAI è chiamato.

La **Mission** specifica del DAI **Testa – Collo**:

garantire la più alta qualità dei trattamenti chirurgici delle patologie, basando la propria offerta di servizi sulla massima competenza ed appropriatezza delle prestazioni, secondo le linee guida;

offrire le migliori opportunità diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali in situazione di emergenza/urgenza;

garantire un contesto di cura appropriato e approcci multidisciplinari al paziente psichiatrico;

assicurare il miglioramento continuo del livello di umanizzazione dell'assistenza erogata, rispettando i diritti e i bisogni del paziente, favorendone la partecipazione attiva al processo di cura;

favorire la formazione e la ricerca biomedica e delle tecnologie di eccellenza in campo chirurgico.

3.6 - Il Dipartimento Assistenziale Integrato delle Scienze Mediche

Il Dipartimento delle Scienze Mediche, che vuole integrare l'offerta di servizi di medicina generale e specialistica secondo criteri di appropriatezza e qualità, garantendo una pronta ed efficace risposta alla domanda sanitaria di elezione. Trova spazio la casistica ad alto impatto socio-epidemiologico per la quale è prioritario intercettare le fughe sanitarie (Endocrinologia e Patologia Tiroidea), gestire l'assistenza infettivologica, dermatologica, immunologica e reumatologica.

Il Dipartimento si completa con le UU.OO. di Pneumologia, comprendenti linee di attività di natura intensivistica (UTSIR) fino alla prestazioni specialistiche di polisonnografia e di endoscopia bronchiale diagnostica ed interventistica.

La **Mission** specifica del DAI delle Scienze Mediche:

garantire un approccio interdisciplinare internistico ai problemi clinici ed assistenziali dei pazienti afferenti alle Unità Operative del DAI;

assicurare al paziente un processo clinico ed assistenziale omogeneo, fondato sulle migliori evidenze disponibili;

garantire l'iter diagnostico-terapeutico del paziente internistico attraverso l'utilizzo di modelli organizzativi differenziati ed integrati quali: il ricovero ordinario programmato e

d'urgenza, il ricovero in regime di day hospital, il day service e l'attività di specialistica

continuità clinico assistenziale con le strutture

favorire la formazione e la ricerca biomedica e delle tecnologie di eccellenza in campo della medicina interna e specialistica.

favorire l'approccio multidisciplinare alle malattie del sistema nervoso e l'omogeneità e l'appropriatezza delle indagini e dei trattamenti;

assicurare la rapidità e la specifica competenza alla richiesta di trattamento del paziente con patologie del sistema nervoso che richiede trattamenti medici e chirurgici specialistici, da qualunque punto della rete la richiesta stessa provenga, facendo sì carico del trattamento globale (urgente e differito) e del suo decorso;

sviluppare l'attività clinico-scientifica con partecipazione e promozione di studi clinici osservazionali o trials clinici nelle patologie neurologiche;

3.7 - Il Dipartimento Assistenziale Integrato di Igiene e Medicina Valutativa

Integrazione organizzativo-funzionale e reticolarità trovano la propria realizzazione nel DAI dei Servizi di Laboratorio, cardine del sistema di Laboratori pubblici integrato su scala provinciale, e fondato su soluzioni logistico-operative calibrate (posta pneumatica, point-of-care, ecc). Trattasi di un unico dipartimento ai sensi dei Decreti Commissariali n. 55/2010 e n. 42/2014

La **Mission** specifica del DAI di Igiene Sanitaria e Medicina Valutativa:

garantire la tutela della salute collettiva attraverso la prevenzione delle malattie, la promozione della salute ed il miglioramento della qualità della vita;

garantire l'erogazione dei servizi diagnostici e terapeutici appropriati, efficaci, efficienti e tempestivi;

promuovere l'importanza strategica della sanità pubblica orientandola verso una sempre maggiore assistenza sanitaria personalizzata, anche attraverso lo studio delle interrelazioni che intervengono tra gli aspetti culturali, sociali e genetici della popolazione;

garantire che la propria attività si orientata alla tutela della salute e alla cura delle persone; sviluppare un approccio multidisciplinare integrato sui temi della tutela della salute dei cittadini, della salubrità degli ambienti di vita e di lavoro, di igiene degli alimenti e delle bevande, di igiene e sanità pubblica, di promozione di corretti stili di vita;

adempiere ai compiti sorveglianza sanitaria, ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008 n.81 e s.m.i., con particolare riferimento agli articoli 25 e 41, e delle attività connesse o conseguenti;

perseguire l'integrazione con le UU.OO. assistenziali migliorando la comunicazione tra gli operatori, anche attraverso l'utilizzo di protocolli e procedure condivise, secondo le linee guida;

partecipare attivamente alla determinazione delle politiche sanitarie dell'azienda in materia di prevenzione, vigilanza ed ispezione;

promuovere interventi di assistenza, sostegno, controllo, vigilanza, formazione ed informazione sui temi di igiene e sanità;

sviluppare studi, ricerche epidemiologiche, attività di educazione sanitaria e di prevenzione sui temi dell'igiene sanitaria e la medicina valutativa;

garantire la gestione dei flussi informativi di sanità pubblica;

svolgere attività di sorveglianza e indagini ambientali;

effettuare pareri, certificazioni e accertamenti medico legali;

controllo, tutela e vigilanza.

contribuire alla formazione e alla ricerca biomedica di eccellenza nei vari campi

3.8 - Il Dipartimento Assistenziale Integrato di Diagnostica per immagini

Il Dipartimento Diagnostica per Immagini, che garantisce la disponibilità di risorse tecnologiche adeguate alle necessità dell'attività clinica ed al passo con l'innovazione tecnologica.

La **Mission** specifica del DAI Diagnostica per Immagini:

- garantire prestazioni diagnostiche e terapeutiche di qualità sempre più elevata e con il maggior grado di appropriatezza possibile utilizzando tecniche e protocolli adeguati e innovativi e coordinare l'attività diagnostica e terapeutica delle UU.OO. facenti parte del Dipartimento;
- contenere l'irradiazione indebita del paziente e l'esposizione alle radiazioni degli operatori applicando al meglio le norme e le tecniche di radioprotezione;
- stimolare l'integrazione fra le professionalità delle Strutture, e tra le Unità Complesse del Dipartimento al fine di ottenere una omogeneizzazione delle prestazioni erogate e l'integrazione con le UOC degli altri Dipartimenti dell'Azienda, e con i Medici di Medicina Generale mediante scambi culturali e operativi al fine di garantire il massimo di appropriatezza delle richieste di prestazioni diagnostico terapeutiche;
- verificare costantemente la soddisfazione del paziente e l'efficienza e l'efficacia delle procedure diagnostiche e terapeutiche attuate;
- razionalizzare l'utilizzo delle apparecchiature esistenti attraverso l'integrazione tra le varie discipline ed il pieno impiego delle macchine;
- garantire la disponibilità di risorse tecnologiche adeguate alle necessità dell'attività clinica ed al passo con l'innovazione tecnologica, in collaborazione con il Servizio di Ingegneria Clinica;
- promuovere la gestione integrata del personale tecnico-sanitario;
- contribuire alla formazione e alla ricerca biomedica di eccellenza nei vari campi specialistici;
- la razionalizzazione dell'utilizzo delle apparecchiature esistenti attraverso l'integrazione tra le varie discipline ed il pieno impiego delle macchine;
- l'aggiornamento tecnologico delle attrezzature e lo sviluppo di tecniche integrate, in collaborazione con l'Unità Organizzativa di Ingegneria Clinica;
- la gestione integrata del personale tecnico.

.

3.9 - Il Dipartimento Assistenziale Integrato Materno-Infantile

Il Dipartimento Materno-Infantile orientato alla gestione delle patologie tipicamente femminili, alla sfera della prevenzione e alle problematiche della maternità per fornire servizi di qualità e garantire risposte adeguate alla domanda di salute della donna.

Il Dipartimento garantisce la presa in carico del bambino sia nei setting di emergenza urgenza e terapia intensiva che per prestazioni di tipo chirurgico.

Il Dipartimento si completa con la presenza della Neuropsichiatria Infantile altra grande assente in regione e in provincia.

La **Mission** specifica del DAI Materno Infantile:

- garantire la salvaguardia della salute della popolazione in età riproduttiva, neonatale e pediatrica;

prevenzione;

garantire la tutela della salute della donna e del bambino a sostegno del percorso nascita, alla sua umanizzazione, alla loro globale assistenza, alla gravidanza fisiologica e patologica; tutelare la salute della donna in età post-fertile e in ambito di prevenzione e trattamento di patologie di ginecologia oncologica ed urologica;

contribuire alla tutela della unicità e peculiarità del rapporto genitore/bambino da un punto di vista organico e psichico;

coinvolgere gli utenti nelle attività assistenziali, ponendo continuamente al centro dell'attenzione e della verifica continua dei risultati, il rispetto dei diritti e dei bisogni dell'Utente e del suo nucleo familiare e il diritto ad essere coinvolto in modo informato nelle decisioni che lo riguardano;

favorire la formazione e la ricerca biomedica e delle tecnologie di eccellenza in campo materno-infantile;

assistere la famiglia nel desiderio di procreazione non solo attraverso la disponibilità dei migliori strumenti tecnico-professionali, ma anche nella dimensione di accoglienza e sostegno umano;

perseguire l'eccellenza nel percorso di preparazione ed assistenza al parto;

offrire la possibilità di gravidanza a coppie con difficoltà procreative;

costituire il punto di riferimento multi professionale per un approccio globale ai problemi pediatrici mediante l'integrazione delle competenze mediche e chirurgiche specializzate per l'età infantile;

assistere e curare i neonati patologici che richiedono vari livelli di cura favorendo i successivi passaggi all'interno del Dipartimento dalla Neonatologia alla Pediatria;

sviluppare gli aspetti di umanizzazione della degenza.

3.10 - Il Dipartimento Assistenziale Integrato di Oncoematologia

Il Dipartimento Oncoematologico raggruppa un numero di discipline carenti in ambito provinciale e regionale. Si pone, Pertanto l'obiettivo di arginare la fuga di utenti verso altre regioni per le specialità Oncoematologiche, in particolare per la Chemioterapia (principale DRG in fuga dalla provincia di Salerno), e sviluppare ulteriormente la diagnosi e la cura delle patologie ematologiche, specializzando sempre più la filiera del Trapianto di cellule staminali.

Nel Dipartimento Oncoematologico è previsto anche il Centro Trasfusionale, al fine di facilitare il percorso del paziente eleggibile al trapianto.

La **Mission** specifica del DAI Oncoematologico:

assicurare la presa in carico globale dei bisogni di salute del cittadino attuando tutti gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione atti a recuperare e mantenere lo stato di salute;

Garantire la gestione integrata e multidisciplinare del trattamento del paziente emato-oncologico in tutte le fasi del percorso diagnostico-terapeutico: diagnosi, cura e riabilitazione, secondo le linee guida;

assicurare il miglioramento continuo del livello di umanizzazione dell'assistenza erogata, rispettando i diritti e i bisogni del paziente, favorendone la partecipazione attiva al processo di cura;

garantire un trattamento con le più moderne terapie antiblastiche, mediche e radianti;

assicurare l'informazione e l'educazione alla prevenzione e alla diagnosi precoce di emato-oncologico.

4 - La nuova fisiologia dell'Azienda: i "laboratori" e i percorsi di cura

Quella appena descritta rappresenta l'impalcatura strutturale o, se vogliamo, l'hardware che il nuovo assetto dell'Azienda intende perseguire. Tuttavia la componente rigida costituita dai **5 Plessi** è destinata ad assolvere la mera funzione di **<contenitore logistico>**, lo spazio fisico in cui trovano accoglienza struttura, tecnologie, risorse; allo stesso modo, i **Dipartimenti**, attraversando trasversalmente la geografia disegnata dai Plessi, ne diventano i **<contenuti operativi>**, incubatori di know-how e motori dei processi di cura: lungo di essi il paziente si muove fermandosi in posizioni diverse a seconda del bisogno assistenziale e del target di salute.

La nuova fisiologia dell'Azienda è altrettanto ispirata ad un'ottica di rete ed articolata per intensità del livello di cura e persegue la presa in carico globale dell'utente nelle varie fasi della vita, attraverso la specializzazione di funzioni diversificate collegate da specifici percorsi di cura.

Immaginando Plessi e Dipartimenti lungo una matrice, come quella illustrata in figura 1, è necessario focalizzare l'attenzione sulla componente software, cioè sui Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali organizzati per l'utenza.

Per semplicità, si sono schematizzati alcuni dei percorsi più significativi in base al fabbisogno espresso dagli indicatori demo-epidemiologici e in base alle proporzioni più significative di mobilità passiva.

4.1 - Il percorso dell'emergenza-urgenza

L'area critica rappresenta, per certi versi, il cuore dell'Azienda. Storicamente votata all'emergenza-urgenza, l'Azienda effettua oltre 130.000 accessi annui di Pronto Soccorso distribuiti tra i vari PP.OO.; di questi, oltre 18.000 esitano in ricovero e più di 24.000 vengono presi in carico dalle strutture ambulatoriali.

Con la nuova riorganizzazione funzionale dell'AOU, presso l'ospedale "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" di Salerno saranno centralizzate le funzioni di emergenza-urgenza di alto livello e specializzazione, presso gli altri PP.SS. sarà garantita l'emergenza-urgenza di media intensità con possibilità di Osservazione Breve intensiva,

Presso le SS.OO. di Mercato San Severino, di Cava de' Tirreni e Castiglione di Ravello, sarà disciplinato, mediante protocolli scritti e condivisi, l'eventuale trasporto presso la sede del "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" di Salerno nel caso di prestazioni specialistiche, con il coordinamento della centrale operativa.

Tra i primi DRG di ricovero ordinario prodotti nell'anno 2013, se si escludono i DRG correlati al parto, la traumatologia di livello medio-basso è tra le principali cause di ospedalizzazione ⁴

In molti casi, si tratta di ricoveri a rischio di non appropriatezza, che meritano percorsi diagnostico-terapeutici specifici da erogarsi in un contesto organizzativo e strutturale dedicato – sala gessi con immediato ricorso ai servizi di diagnostica -, distinto dall'ortopedia di elezione, caratterizzata, questa, da tempistiche e requisiti funzionali differenti. Per tali motivi, analogamente all'acuzie cardiovascolare, ciascuna sede dotata di PP.SS. e presa in carico del paziente garantirà la fase diagnostica e la stabilizzazione delle fratture e dei traumi non severi.

Sebbene per motivazioni opposte, anche la gestione del trauma maggiore (contraddistinto da un Injury Severity Score - ISS > 16 secondo l'American College of Emergency Physicians) merita un livello organizzativo distinto e dedicato; la programmazione regionale ha affidato all'Azienda la costituzione del Centro Trauma di Zona (CTZ), secondo il modello "inclusivo" o a rete (contrapposto a quello esclusivo, tipico degli USA) e in accordo al principio della centralizzazione del trauma maggiore⁵. Per tale motivo, il Trauma Center sarà collocato nel Ruggi di Salerno, in associazione alle specialità, e in presenza di strutture e funzioni, idonee alla gestione del traumatizzato grave e del politraumatizzato (Rianimazione, Chirurgia d'Urgenza, T.I. Neurochirurgica, Ortotraumatologia, Radiologia Vascolare ed Interventistica ecc).

Un cenno specifico merita la percentuale di fratture di femore in pazienti ultrasessantacinquenni operate entro 3 giorni⁶; i valori attuali registrati dall'Azienda sono scarsi e, soprattutto, in peggioramento (stime del triennio 2011-2013).

Percorsi ottimizzati sono necessari per risollevare i valori di questo indicatore, espressione proxy di qualità ed efficienza.

4.3 - Il percorso delle patologie cardiovascolari e la cardiologia per acuti

Si tratta di un percorso che attraversa trasversalmente tutti i 5 Plessi dell'Azienda, potendosi originare a tutti i livelli (per semplicità, lo schema riporta come punti di start-up le principali porte di accesso, cioè i PS di Salerno e di Mercato San Severino e i 2 Punti di PP.SS. e presa in carico del paziente di Cava e Castiglione). In qualunque porta di accesso emergenziale, viene garantita la diagnostica di base e la stabilizzazione con inquadramento eziologico e prognostico del caso. Viene, quindi, effettuato il ricovero presso Cardiologia per Acuti o Cardiologia con UTIC. Successivamente, se necessario, il paziente può essere inviato presso le seguenti strutture:

⁴ DRG 251, 252, 254 e 255, Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, di braccio, gamba – qualunque età, il DRG 446 – Traumatismi e il DRG 236 – Frattura di anca e pelvi rappresentano, nel solo Presidio di Salerno, circa 1500 casi di ricovero.

⁵ Si calcola che circa il 50% dei decessi per trauma maggiore nei piccoli ospedali sia evitabile; si tratta principalmente di decessi che avvengono nelle prime ore dopo l'accesso in ospedale per evoluzione di lesioni emorragiche, insufficienza respiratoria o lesioni cerebrali.

⁶ Indicatore monitorato dal Ministero della Salute e valutato nell'ambito del Piano Nazionale Esiti.

Radiologia Vascolare ed Interventistica.

E' previsto, infine, un percorso riabilitativo specifico per i pazienti che ne hanno necessità.

4.4 - Le patologie neurovascolari: il percorso ictus

Particolarmente enfatizzata dalle linee di indirizzo ministeriali e dalla recente normativa regionale (Decreto 44/2014) è la creazione di una rete integrata per la gestione dell'Ictus cerebrale. La presentazione generalmente acuta e la diffusione della patologia acuta cerebrovascolare impongono la necessità di attrezzare tutti i punti di accesso delle risorse necessarie ad un rapido inquadramento⁷. La presenza, sia presso il PS di Salerno e Mercato San Severino che nei 2 Punti di PP.SS. e presa in carico del paziente di Cava e Castiglione, delle strumentazioni TAC (l'esecuzione di TAC senza mezzo di contrasto entro la prima ora dalla presentazione dei sintomi è decisiva sia sotto il profilo diagnostico-terapeutico che prognostico) consente un primo indirizzamento rapido, contestuale all'avvio del primo trattamento. Segue il trasporto verso:

Neurochirurgia e Clinica Neurologica;

Neuroradiologia Diagnostica ed interventistica;

Neurologia e Stroke Unit.

In tutti questi casi, sarà garantito un trasferimento rapido verso le strutture della Sede Ruggi d'Aragona, individuato come HUB per la rete Ictus (Decreto 44/2013; Deliberazione n. 257/2005).

Il percorso prosegue verso l'UOC Unità per le Gravi Cerebrolesioni acquisite (cod. 75 nelle cerebro lesioni gravi) e verso la Riabilitazione intensiva ed estensiva, effettuate presso il Da Procida.

4.5 - Il Percorso Onco-Ematologico

Può originare in qualsiasi livello delle strutture dell'Azienda; per semplicità, lo schema fa originare il percorso oncoematologico presso le UUOO di Oncologia, DH Oncologico, Ematologia e negli ambulatori oncologici e diagnostici delle varie sedi. La casistica viene, da qui, concentrata nei servizi diagnostici del Ruggi (Medicina Nucleare, Anatomia Patologica) per il percorso diagnostico e di stadiazione (nelle patologie neoplastiche, tali fasi necessitano di strumentazioni particolari). Segue la fase chirurgica, orientata dalla pertinenza d'organo verso le Chirurgie Specialistiche della sede Ruggi d'Aragona e Cava de' Tirreni (Endocrinochirurgia) ovvero verso il Centro Trapianti di Midollo. La Radioterapia viene condotta con un affidamento

⁷ Riconoscimento dei sintomi, somministrazione delle scale diagnostiche e diagnosi differenziale, esecuzione di TAC senza mezzo di contrasto per distinguere le forme sicuramente emorragiche – da destinare alla Neurochirurgia d'Urgenza – da quelle probabilmente ischemiche – da candidare eventualmente alla trombolisi medica o alla Neuroradiologia Interventistica.

4.6 - Il tessuto dei servizi di Imaging e di Laboratorio POC TELEMEDICINA

Nella nuova fisiologia dell'Azienda sarà retta e condotta grazie all'ottimizzazione e all'efficientamento dei servizi intermedi di diagnostica per immagini e di laboratorio. La struttura reticolare dell'assistenza trova la sua massima realizzazione nella dotazione di strumentazioni di Telemedicina e Teleradiologia in grado di interconnettere i Plessi, in particolare quelli a minor grado di sofisticazione, quale la Sede Costa d'Amalfi di Castiglione di Ravello, con quelli a media e alta assistenza.

Per quanto riguarda i servizi di laboratorio, attraverso un processo di Health Technology Assessment condotto nei primi mesi del 2013, si è verificata l'opportunità di migliorare i collegamenti interni alla Sede tramite la realizzazione di un sistema di posta pneumatica e ottimizzare la diagnostica ematochimica di base ed in emergenza nelle UU.OO. di emergenza urgenza, ed attrezzare le aree più distanti e con minori volumi di attività (Castiglione di Ravello) attraverso la predisposizione di sistemi analitici Point_of_Care (POC, a letto del paziente).

L'assetto organizzativo aziendale ha tra i suoi principali elementi che lo compongono:

- la struttura organizzativa di base;
- i sistemi/meccanismi operativi (sistema di programmazione e controllo, di valutazione delle prestazioni, ecc.);
- la distribuzione del potere organizzativo;
- i comportamenti manageriali.

Il modello organizzativo a cui l'Azienda fa riferimento è il modello dipartimentale. Il Dipartimento rappresenta la struttura aziendale deputata al conseguimento di elevati livelli di appropriatezza nell'erogazione delle attività assistenziali, all'efficacia dell'azione amministrativa, tecnica e logistica, nonché al conseguimento di sinergie ed efficienze attuabili mediante azioni di interscambio e condivisione di risorse.

Per tale scopo, a livello dipartimentale vengono collocate competenze e risorse atte a garantire lo svolgimento delle seguenti funzioni:

- programmazione, coordinamento e verifica delle attività dipartimentali, sia di gestione ordinaria che relative a progetti di innovazione e ad analisi di azioni finalizzate all'ottimizzazione degli acquisti e dei consumi;
- razionalizzazione, standardizzazione e sviluppo di processi amministrativi, tecnici e logistici, linee guida, protocolli e regolamentazione dipartimentale di competenza;
- coordinamento del budget dipartimentale;
- miglioramento ed integrazione delle attività formative e di aggiornamento.

L'organizzazione dei servizi sanitari su base dipartimentale persegue i seguenti obiettivi:

- la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche, dei posti letto, 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;
- la promozione del mantenimento e dello sviluppo delle conoscenze e delle competenze tecniche e professionali, favorendone l'integrazione dell'attività di formazione/aggiornamento e ricerca;
- la gestione globale del caso clinico e degli aspetti sociosanitari a questo correlati, mediante la razionalizzazione e lo sviluppo dei percorsi diagnostici-terapeutici ed assistenziali (PDTA) e di quelli volti a garantire la continuità assistenziale anche all'esterno dei dipartimenti.

Al fine di assicurare l'esercizio integrato delle attività di assistenza, di didattica e di ricerca, l'Azienda adotta, come modello ordinario di gestione operativa delle attività assistenziali (art. 3, comma 1, D.Lgs. n. 517/99), il Dipartimento Assistenziale Integrato (**DAI**).

Le articolazioni organizzative operanti all'interno dei singoli DAI si distinguono in:

- Unità operative complesse;
- Unità operative semplici, articolazione di Unità operativa complessa;
- Unità operative semplici dipartimentali

L'individuazione delle attività e delle strutture assistenziali funzionali alle esigenze di didattica e di ricerca dei corsi di studio della facoltà di medicina e chirurgia nelle aziende ospedaliero-universitarie, nelle aziende unità sanitarie locali per quanto concerne le attività di prevenzione nonché nelle altre strutture di cui all'art. 2, commi 4 e 5, del decreto legislativo n.517 del 1999, tiene conto delle funzioni di supporto allo svolgimento dei corsi di specializzazione, dei corsi di laurea e, in via transitoria, dei corsi di diploma universitario delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, ai sensi degli articoli 6, commi 2 e 3, e 16-sexies del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni.

e in osservanza dell'art. 4 comma 7h dello stesso DPCM:

il direttore del dipartimento assume responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti, **tenendo conto della necessità di soddisfare le peculiari esigenze connesse alle attività didattiche e scientifiche.**

ed in considerazione di quanto stabilito dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 71/2001, in materia di *inscindibilità tra attività assistenziali e attività di didattica e di ricerca*.

In tal senso, si prevede nell'ambito del DAI, l'identificazione di Posti Letto a valenza dipartimentale sotto la responsabilità clinico scientifica del Direttore del DAI in accordo con la programmazione sanitaria regionale e nazionale, distinti per disciplina in riferimento ai volumi di attività da svolgere (soglie operative minime) necessari per garantire la qualificazione e l'economicità della struttura.

Tali posti letto a valenza dipartimentale, unitamente allo sviluppo di nuovi modelli organizzativi dell'assistenza sempre previsti dall'art. 18 (ad esempio, il Day Service), possono essere resi funzionali alla "integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca, con particolare riguardo alle innovazioni tecnologiche ed assistenziali, nonché al coordinamento delle attività sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica ed assistenziale" di cui all'art. 5 comma 4 del D.Lgs n.517_99 (Programmi Infra e Interdipartimentali).

Alla luce delle *Proposte per la progettazione degli assetti organizzativi e di governance delle Aziende Ospedaliero Universitarie*⁸ formulate dal Ministero della Salute in materia di Teaching Hospitals, si prevede, per i Programmi Universitari Infradipartimentali ed Interdipartimentali, il *Modello E "Separazione tra asset management e responsabilità clinica"*, cioè sulla separazione di due assi gestionali:

1. dipartimenti, che raggruppano un insieme di UO e che hanno una funzione esclusivamente di carattere clinico-scientifico;
2. piattaforme produttive, che raggruppano tutti gli asset produttivi, in particolare sale operatorie, ambulatori e posti letto.

In questo modello i Dipartimenti ad Attività Integrata sono i luoghi dell' integrazione e dialogo professionale e di definizione delle politiche per la ricerca, la didattica e l'assistenza.

L'Azienda, inoltre:

al fine di assicurare la rilevanza delle funzioni ad alto contenuto tecnico professionale, individua attività specialistiche per le quali conferisce ai propri dirigenti incarichi di natura professionale, di alta specializzazione, di consulenza, di studio e di ricerca, ai sensi del vigente CCNL.

⁸ Ministero della Salute - DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA UFFICIO IIDipartimenti per il Governo Clinico e l'Integrazione tra Assistenza, Didattica e Ricerca Workshop 1 Aprile 2011 Fascicolo Governo Clinico – Dipartimenti 2\2011

al fine di assolvere posizioni di lavoro richiedenti lo svolgimento di funzioni direttive di posizioni organizzative.

L'Atto aziendale ha delineato la struttura organizzativa generale che, sinteticamente, è articolata in:

una tecnostruttura amministrativa, tecnica e sanitaria, a sua volta suddivisa in due Staff di Direzione Sanitaria e Amministrativa;
i Dipartimenti assistenziali integrati.

E' intendimento di questa Azienda Ospedaliera Universitaria, consolidare le iniziative già intraprese, di cui all'Accordo Quadro n.ro 88 del 01/02/2016: "Integrazione ospedale – territorio. Azienda Ospedaliero – Universitaria San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona e ASL Salerno", e concordare con l'Azienda Sanitaria Locale di riferimento, adozione di nuovi percorsi assistenziali di gestione integrata ospedale – territorio che consentano di ripensare all'organizzazione dei servizi in un'ottica multidimensionale e multi professionale affrontando la globalità dei bisogni in ossequio alle nuove dimensioni della sanità: malattia vissuta e non malattia organica, salute possibile e non solo salute, mantenimento e non solo guarigione, accompagnamento e non solo cura, risorse del paziente e non solo risorse tecnico – professionali.

6 - La tecnostruttura amministrativa, tecnica e sanitaria

La tecnostruttura amministrativa, tecnica e sanitaria è la struttura organizzativa a carattere gestionale, composta dalle UU.OO. di line e di staff della Direzione Amministrativa e Sanitaria che pongono in essere le funzioni di supporto, ovvero le attività finalizzate ad erogare servizi agli organi dell'Azienda e, in primo luogo, alla Direzione strategica nonché alle altre Direzioni e Strutture aziendali.

La Tecnostruttura è articolata in unità organizzative con funzioni tecnico-scientifiche-valutative e sanitarie con il compito di supportare l'Azienda nelle aree di attività che richiedono un elevato grado di specializzazione

Essa è distinta in due Staff di Direzione:

Amministrativa e tecnica;
Sanitaria.

I due Staff, coerentemente con gli indirizzi strategici della Direzione Generale, assicurano e coordinano, rispettivamente, le funzioni amministrative e tecniche e le funzioni sanitarie assegnate alle UU.OO. che le compongono, privilegiando l'approccio multidisciplinare delle competenze professionali e l'utilizzo integrato di tutte le risorse.

7 - Staff di Direzione Sanitaria e Amministrativa

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA

n. 13 del 13 Febbraio 2017

PARTE I



Atti della Regione

Di seguito sono rappresentate le Unità Operative complesse comprese nella struttura della Direzione amministrativa e tecnica. Nello schema sono inoltre sintetizzate le Unità operative semplici articolazioni di Unità Operativa complessa e le posizioni organizzative individuate.

STAFF DIREZIONE AMMINISTRATIVA E TECNICA

UNITA' OPERATIVE COMPLESSE	UNITA' OPERATIVE SEMPLICI	POSIZIONI ORGANIZZATIVE
Affari generali e supporto agli organi ed organismi aziendali	Convenzioni enti pubblici e privati – Donazioni Ufficio Stampa – Comunicazione interna – Contenuti sito web aziendale e social network – Rapporti istituzionali	Convenzioni, donazioni e contratti Posta elettronica certificata e Protocollo informatico Trasparenza e anticorruzione Privacy
Patrimonio mobiliare e immobiliare	Gestione patrimonio e manutenzione programmata (ordinaria e straordinaria) – Canoni locazione e gestione contenzioso immobiliare	Inventario beni mobili Patrimonio immobiliare
Affari Legali	Assicurazione e Valutazione dei sinistri Contenzioso del lavoro, civile e procedimenti disciplinari	Sistema informativo del contenzioso e Camera di Conciliazione
Acquisizione beni e servizi	Economato e servizi alberghieri Gestione gare beni sanitari e servizi	Albo fornitori e Mercato elettronico Coordinamento magazzini economali Gestione Economato e Responsabile Cucina Procedura di gara SORESA, gare extra SORESA, rapporti con organi di vigilanza
Gestione Economico finanziaria	Bilanci e rendicontazione	Contabilità fiscale e del personale Entrate, rendicontazioni, contabilità speciale Gestione spese e costi aziendali
Gestione delle Risorse umane	Trattamento giuridico	Acquisizione risorse umane e dotazione organica

	Trattamento economico personale e specialisti ambulatoriali	Controllo e valutazione pagamento prestazioni accessorie Relazioni sindacali Stato giuridico personale universitario, comunicazioni obbligatorie e coordinamento attività area amministrativa Trattamento previdenziale e applicazione degli istituti contrattuali economici
Sistemi Informativi	Sistemi di telecomunicazione	Responsabilità della gestione dell' help desk
Programmazione e Controllo di gestione	Struttura tecnica per la misurazione delle performance	Monitoraggio Budget, reportistica collegata e Contabilità analitica Monitoraggio LEA
Ingegneria Clinica	Programmazione investimenti tecnologici - inventario e manutenzione attrezzature biomediche ad alta tecnologia	Gestione inventariale apparecchiature biomedicali e help desk
Tecnico Manutentivo	Progettazione e riqualificazione degli ambienti Energy Manager	Attività di coordinamento manutenzione ordinaria impianti tecnologici Manutenzione edile e progettazione

POSIZIONI ORGANIZZATIVE	
	Segreteria Direzione Sanitaria Aziendale e supporto agli organismi aziendali Segreteria Direzione Amministrativa Aziendale e supporto agli organismi aziendali Coordinamento Segreteria Direzione Strategica

7.1 - Unità Operativa complessa Affari generali e supporto agli organi ed organismi aziendali

La UOC Affari generali e supporto agli organi ed organismi aziendali:

- predispone convenzioni e protocolli d'intesa, con le varie associazioni, provvede all'attività inerente le frequenze volontarie e/o obbligatorie per l'arricchimento e la formazione professionale, universitaria e post universitaria;
- provvede alla stipula e la gestione delle convenzioni con enti pubblici e privati, che non hanno per oggetto il personale;
- provvede la gestione degli affari istituzionali;
- provvede alla gestione degli archivi e la cura della registrazione dei contratti;
- cura la tenuta degli atti e delle deliberazioni, provvedendo alla pubblicazione degli stessi sull'Albo Pretorio Aziendale informatico;
- si occupa della comunicazione con gli Enti sovraordinati;
- tiene i rapporti con tutti i mezzi di comunicazione;
- gestisce il sito web aziendale e altri strumenti di comunicazione innovativa;

La UOC risulta composta da due unità operative semplici

- Convenzioni e donazioni;
- Ufficio Stampa – Comunicazione interna – Contenuti sito Web aziendale e social Network – Rapporti istituzionali.

e da quattro posizioni organizzative:

- Convenzioni, donazioni e contratti;
- Posta elettronica certificata e Protocollo informatico.
- Trasparenza e anticorruzione;
- Privacy.

7.2 - Unità Operativa Complessa Patrimonio mobiliare e immobiliare

L'UOC :

- acquisisce i cespiti e provvede alla regolare tenuta del correlato libro dell'inventario;
- provvede alla dismissione, alienazione e fuori uso dei cespiti;
- attribuisce formalmente la presa in carico dei cespiti alla unità operativa di competenza;
- provvede alla tenuta degli inventari dei beni immobili e mobili;
- cura l'amministrazione del patrimonio immobiliare nei suoi rapporti attivi e passivi;
- stipula, rinnova e recesso contratti di comodato, affitto, leasing o altri tipi di contratto che dispongano dei beni immobili e mobili, attivi o passivi;
- provvede alle attività relative agli adempimenti amministrativi, a oneri fiscali, imposte, tasse, tributi, ecc., riferiti al patrimonio immobiliare aziendale;
- cura gli adempimenti relativi alla cessione di beni durevoli e di beni immobili disponibili;

Amministrativo nonché a tutti gli adempimenti non attribuite alle strutture amministrative aziendali.

La UOC risulta composta da una unità operativa semplice

- Gestione patrimonio e manutenzione programmata (ordinaria e straordinaria) – Canoni locazione e gestione contenzioso immobiliare ;

e da due posizioni organizzative:

- Inventario beni mobili
- Patrimonio immobiliare

7.3 - Unità Operativa complessa Affari legali

La UOC Affari legali:

garantisce il servizio e l'attività legale aziendale;

- provvede alla rappresentanza, patrocinio, assistenza e tutela in giudizio dell'Azienda nelle controversie, ad eccezione di quelle per le quali si renda necessario l'affidamento a legali esterni;
- predispone gli atti di affidamento degli incarichi legali, anche esterni e ne cura e vigila la procedura conseguente, inclusi gli atti prodromici e conseguenti e le liquidazioni delle spese;
- assicura le attività tendenti a definire le controversie attraverso il ricorso a procedure transattive , ricorrendone le condizioni;
- sovrintende alle attività legate al contenzioso amministrativo e di lavoro;
- svolge l'attività legale per il recupero dei crediti per l'Azienda;
- fornisce consulenza e assistenza legale alle altre articolazioni organizzative;
- valuta le richieste di risarcimento danni e la loro definizione;
- gestisce le richieste di tutela legale e peritale da parte dei dipendenti, ai sensi dei vigenti CC.CC.NN.LL., e liquida il rimborso delle spese sostenute nei casi previsti dalle disposizioni vigenti;
- provvede alla stipula e la gestione dei contratti di assicurazione;
- provvede alla tenuta del repertorio e la cura e la registrazione dei contratti;
- garantisce la corretta applicazione della normativa sulla Privacy.

La UOC Affari legali è articolata in due UU.OO.SS.:

- Assicurazione e valutazione dei sinistri;
- Contenzioso del lavoro, civile e procedimenti disciplinari;

e una posizione organizzativa:

- Sistema informativo del contenzioso e Camera di conciliazione

L'UOC Acquisizione di beni e servizi provvede:

- alla determinazione del fabbisogno e delle caratteristiche qualitative dei beni e servizi sulla base delle richieste delle articolazioni organizzative utilizzatrici;
- all'espletamento delle procedure di gara e di aggiudicazione per le forniture di beni, servizi e appalti di opere pubbliche;
- all'ordinazione dei beni ed il successivo riscontro delle forniture effettuate. Nel caso in cui i beni transitino attraverso i magazzini farmaceutico o generale, tali competenze sono attribuite ai relativi responsabili.

Tali attività sono articolate in: economato, appalti e gare, acquisti con norme di diritto privato. L'unità operativa complessa utilizza tutti gli strumenti consentiti dalla normativa vigente ed indicati dalla Giunta Regionale Campania con Delibera n. 5593 del 27/10/2001 e s.m.i..

In conformità al principio giuridico della trasparenza dell'azione amministrativa, anche nell'ambito degli acquisti di beni e servizi in regime di diritto privato, l'Azienda riconosce il diritto di accesso agli atti ai fornitori che vi abbiano interesse, secondo le modalità di cui alla L. n. 241/90 e s.m.i. e nel rispetto dei principi di tutela della riservatezza dei dati personali.

L'Unità operativa svolge inoltre attività di:

- gestione degli acquisti di modico importo secondo apposito regolamento, la gestione ed il funzionamento dei servizi economati generali e del magazzino generale nonché dei magazzini periferici con la relativa contabilità;
- gestione della cassa economale;
- la distribuzione dei beni e dei materiali di consumo ad esclusione di quelli di competenza del magazzino farmaceutico;
- gestione della cucina del Ruggi.

L'UOC è composta da due unità operative semplici:

- Economato e servizi alberghieri;
 - Gestione gare beni sanitari e servizi.
- e da quattro posizioni organizzative:
- Albo fornitori e Mercato elettronico;
 - Coordinamento magazzini economali;
 - Gestione Economato e Responsabile Cucina;
 - Procedura di gara SORESA, gare extra SORESA, rapporti con organi di vigilanza;

7.5 - Unità Operativa complessa Gestione Economico Finanziaria

L'UOC Gestione Economico finanziaria cura in particolare:

- la programmazione economica e finanziaria;
- la predisposizione dei bilanci di mandato, di previsione annuali, dei bilanci di esercizio e dei rendiconti e del piano dei conti aziendale;

spese e gestione delle procedure di riscossione e pagamento;
provvede alla tenuta informatica della contabilità generale dell'Azienda e dei relativi registri obbligatori (Registro Fatture di Acquisto, Registro Fatture di Vendita, Libro Giornale) mediante l'organizzazione interna delle attività per la gestione delle entrate, delle spese, nonché degli adempimenti relativi alla contabilità economico-patrimoniale;
cura tutti gli adempimenti di ordine fiscale, predisponendo le denunce periodiche a carico della Azienda. Sovrintende alle attività di tutti gli altri settori per quanto attiene l'aspetto fiscale.

Essa è articolata nella Unità operativa semplice *Bilanci e Rendicontazione* e in tre Posizioni organizzative:

- Contabilità fiscale e del personale
- Entrate, rendicontazioni, contabilità speciale
- Gestione spese e costi aziendali

7.6 - Unità Operativa complessa Gestione delle Risorse umane

L'UOC Gestione delle Risorse umane cura, da un punto di vista amministrativo, giuridico ed economico, gli adempimenti relativi alle risorse umane assegnate all'Azienda.

Per la parte relativa all'assetto giuridico – amministrativo del personale, svolge:

- le procedure di assunzione di personale a tempo indeterminato e determinato, concorsi pubblici e altre procedure di assunzione, concorsi o selezioni interne, incarichi, comandi, mobilità e trasferimenti del personale;
- la immatricolazione dei dipendenti e gestione dello stato giuridico del personale dipendente ed assimilato;
- la formalizzazione degli atti relativi alla costituzione ed alla estinzione del rapporto di lavoro;
- la tenuta e aggiornamento dei fascicoli personali dei dipendenti e degli elenchi del personale dipendente;
- la applicazione e verifica del rispetto delle disposizioni in materia di ferie, malattia, passaggio di funzioni per inidoneità fisica, aspettative, congedi, permessi, straordinari, ecc.;
- la applicazione e gestione di competenza dei CC.CC, NN.LL. e degli accordi di lavoro;
- la gestione della dotazione organica;
- la gestione degli incarichi ex artt. 15 septies ed octies D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. ed ex art.7 D.lgs. n.165/2001 e s.m.i. e relativi adempimenti;
- la gestione giuridica e amministrativa del personale assegnato, comandato o distaccato da altri enti;
- la predisposizione delle certificazioni afferenti lo stato giuridico;
- la rilevazione delle presenze e gestione dei programmi e dei dati relativi alle presenze.

Per la parte relativa all'assetto del trattamento economico e previdenziale del personale, svolge le seguenti attività:

- la determinazione e liquidazione degli importi stipendiali ed altri trattamenti economici spettanti al personale con rapporto di lavoro dipendente ed assimilato, in ragione del proprio stato giuridico e dell'attività svolta;
- la determinazione, gestione e verifica andamento dei fondi contrattuali;
- la determinazione dei contributi previdenziali, delle ritenute erariali e non sugli stipendi e sui compensi accessori;
- l'attribuzione di assegni familiari, concessione di piccoli prestiti, cessione del quinto e similari; gli adempimenti connessi a ricongiunzione di servizi pregressi, riscatti di servizio, periodi universitari, ecc;
- la determinazione delle indennità spettanti al personale in ragione della risoluzione del rapporto di lavoro o di infermità dipendenti da cause di servizio;
- la predisposizione dei certificati di stipendio e trattamento economico;
- le attività connesse ai mod. C.U.D., 730, DM10, 770 (per la parte di competenza), ecc. e alle denunce obbligatorie annuali e periodiche;
- la predisposizione degli elementi e dei conteggi per le denunce periodiche ed annuali dei contributi previdenziali, assistenziali ed assicurativi ed adempimenti consequenziali;
- la predisposizione degli atti di carattere economico conseguenti al collocamento a riposo del personale;
- il trattamento pensionistico e di fine rapporto;
- la determinazione indennità e trattamento di quiescenza e previdenza;
- la determinazione delle pensioni;
- gli adempimenti connessi al TFS/TFR ed inoltre agli Enti competenti;
- la rideterminazione dei trattamenti suddetti in ragione di ricostruzioni di carriera.

Risulta composta da due unità operative semplici:

Trattamento giuridico
Trattamento economico

e da cinque Posizioni organizzative:

Controllo e valutazione pagamento prestazioni accessorie
Acquisizione risorse umane e dotazione organica;
Relazioni sindacali;
Stato giuridico personale universitario, comunicazioni obbligatorie e coordinamento attività area amministrativa;
Trattamento previdenziale e applicazione degli istituti contrattuali economici.

7.7 - Unità Operativa complessa Sistemi informativi

Le principali attività di competenza dell'UOC Sistemi informativi sono:

- la ottimizzazione delle modalità di relazione informativo-informatica fra le strutture interne alle Sedi ed alle unità organizzative, al fine di consentire alla Direzione la

- la definizione del progetto di sviluppo dei sistemi informatici aziendali e la cura della sua attuazione sulla base delle risorse finanziarie messe a disposizione dalla Direzione Aziendale;
- il coordinamento, nel quadro del progetto prima indicato, di tutte le richieste di acquisizione di strumenti informatici provenienti dai diversi livelli organizzativi dell'Azienda;
- la gestione dei sistemi informativi aziendali e degli applicativi software, dei servizi telematici aziendali (incluso internet, intranet e posta elettronica certificata) e dei servizi rivolti al supporto degli utenti aziendali (formazione ed assistenza, gestione della manutenzione informatica ordinaria, gestione delle licenze, rilascio di versioni release e patch delle applicazioni software), servizi di supporto alle reti di information technology e servizi informatici in modalità Application Service Provider (ASP);
- la predisposizione delle necessarie modificazioni e manutenzioni delle procedure e delle apparecchiature informatiche e della rete dati;
- la identificazione, l'addestramento e la responsabilizzazione dei soggetti coinvolti nelle diverse procedure informatiche;
- la gestione, cura ed aggiornamento del sito internet aziendale, della rete intranet aziendale e della posta elettronica degli utenti aziendali, compresa posta elettronica certificata (pec);
- la gestione della sicurezza dei sistemi e delle reti informatiche aziendali e dei servizi telematici aziendali (inclusa navigazione internet e posta elettronica), assicurando, per gli aspetti informatici, gli adempimenti prescritti dalla vigente normativa in materia di protezione dei dati;
- la gestione della telefonia fissa e mobile aziendale.

La UOC è articolata in una Unità operativa semplice:

“Sistemi di telecomunicazione”

e in una posizione organizzativa:

“Responsabilità della gestione dell'help desk”.

7.8 - Unità Operativa complessa Programmazione e controllo di gestione

La UOC Programmazione e Controllo di gestione svolge le seguenti attività:

- la predisposizione della Direttiva annuale del Direttore generale;
- la predisposizione delle schede di budget relative alle diverse articolazioni della Azienda, in base agli obiettivi strategici indicati dalla Direzione;
- l'assistenza alla Direzione Generale nell'ambito della fase di negoziazione del budget;
- la predisposizione del Piano delle Performance;
- la predisposizione della Relazione annuale sul grado di raggiungimento delle performance;
- la consulenza e l'assistenza tecnico-professionale alle unità operative ed uffici che forniscono i dati necessari alla contabilità per centri di costo;

degli indicatori stessi, nonché sull'opportunità dell'introduzione di ulteriori parametri;

- le verifiche dei piani di lavoro e della produttività elaborando sistematici rapporti periodici, che tengano conto dei parametri nazionali e regionali, sui risultati raggiunti dalle distinte articolazioni operative presenti in Azienda – Centri di Responsabilità (CdR);
- la definizione delle procedure per la raccolta e la rilevazione dei dati necessari al controllo di gestione e alla definizione e verifica dei budget;
- la raccolta, la rilevazione, l'elaborazione e la diffusione dei dati informativi relativi ai centri di costo ed alla contabilità analitica dell'Azienda;
- la predisposizione del materiale di verifica per la valutazione dei risultati da parte dell'Organismo interno di valutazione;
- la trasmissione periodica dei flussi informativi relativi alla specialistica ambulatoriale, alla distribuzione diretta dei farmaci (file F) e al flusso dei consumi ospedalieri (file CO).

Alla UOC è inoltre assegnata la Struttura tecnica permanente per la misurazione delle performance di assistenza all'Organismo interno di valutazione.

La UOC si articola in una Unità operativa semplice:

“Struttura tecnica per la misurazione delle performance”;

e due Posizioni organizzative:

Monitoraggio budget e reportistica collegata e Contabilità analitica.

Monitoraggio LEA

7.9 - Unità Operativa complessa Ingegneria clinica

L'UOC Ingegneria clinica:

- sovrintende all'acquisto e alla gestione delle attrezzature biomediche, ivi comprese quelle di alta tecnologia;
- Promuove attività di valutazione ed analisi relative alla sicurezza, ai costi, ai benefici, all'efficacia, nonché a tutti gli altri aspetti connessi all'utilizzo delle attrezzature biomediche;
- promuove il programma di acquisto delle attrezzature che deve tenere conto dell'evoluzione della tipologia dei servizi, dell'obsolescenza delle attrezzature, dell'adeguamento alla normativa tecnica, dell'eventuale disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria;
- aggiorna l'inventario delle attrezzature biomediche in dotazione, sia per permettere la rintracciabilità, sia per programmare gli investimenti tecnologici in considerazione dell'obsolescenza, sia di assicurare la manutenzione delle apparecchiature, anche in via preventiva, provvedendo alla verifica dei controlli di funzionalità e di collaudo.

La UOC segue la programmazione delle acquisizioni delle apparecchiature biomediche e la loro manutenzione. Tali apparecchiature costituiscono una fonte di informazioni (dati e immagini)

circolazione delle informazioni correnti e storiche di carattere sanitario ed amministrativo dei pazienti riducendo quindi la dispersione e la difficoltà di reperimento dei dati.

Le attività attribuite a questa UOC sono:

- definizione degli obiettivi specifici dei DAI concordati con i direttori e predisposizione del piano annuale del rinnovamento delle tecnologie;
- funzioni di supporto tecnico all'attività dei DAI legate all'introduzione di nuove tecnologie e alla sostituzione di attrezzature biomediche;
- raccolta ed elaborazione dei dati di attività e di utilizzo delle risorse tecnologiche diretti al monitoraggio e verifica dei risultati raggiunti;
- formulazione di linee-guida in tema di tutela e salute dei lavoratori in relazione all'utilizzo delle attrezzature biomediche e promozione, d'intesa con i direttori dei DAI, dell'utilizzo corretto di strumenti e metodologie di miglioramento e controllo della qualità;
- parere sulle proposte dei direttori dei DAI in tema di formazione e aggiornamento del personale relativamente all'acquisizione di competenze relative all'introduzione di nuove tecnologie.

La UOC si articola in una Unità operativa semplice:

“Programmazione investimenti tecnologici – inventario e manutenzione attrezzature biomediche ad alta tecnologia”;

e in una Posizione organizzativa:

“Gestione inventariale apparecchiature biomedicali e help desk”.

7.10 - Unità Operativa complessa Tecnico Manutentivo

L'UOC ha il compito di:

- provvedere alla progettazione delle opere edili, assicurare la direzione dei lavori e la vigilanza, l'acquisizione dei pareri tecnici, le verifiche e la validazione dei progetti e perizie di variante;
- provvedere alla vigilanza ed al controllo sui progetti affidati a professionisti esterni, curando, in tal caso, l'affidamento dell'incarico, i rapporti, la gestione del contratto professionale, le liquidazioni ed il coordinamento;
- provvedere alla predisposizione dei capitolati tecnici, computi metrici estimativi, elaborati grafici, ecc, relativi a procedure per l'affidamento di lavori ed opere in appalto, nonché dei servizi di manutenzione, in appalto, di beni mobili, immobili, attrezzature ed impianti tecnologici;
- gestire gli atti di controllo tecnico-amministrativo sui lavori appaltati, i controlli sulla loro esecuzione, i collaudi e gli atti di liquidazione conseguenti;
- assicurare tutti gli ulteriori adempimenti tecnico-amministrativi sui lavori appaltati;
- provvedere alle procedure di messa a norma del patrimonio immobiliare dell'Azienda;
- assicurare la manutenzione ordinaria e straordinaria del patrimonio mobiliare ed immobiliare;
- verificare le procedure di collaudo concernenti le apparecchiature e gli impianti;
- curare la gestione diretta degli interventi di manutenzione eseguiti in economia;

tecnologici, cura i rapporti con le Ditte affidatarie, precedendo anche alle relative verifiche e liquidazioni;

- curare la gestione e l'approvvigionamento dei servizi logistici oggetto della competenza del servizio;
- curare l'attivazione, la voltura e la cessazione dei contratti di fornitura di acqua, luce e gas dei beni immobili aziendali;
- gestire le procedure di gara e di aggiudicazione per l'affidamento di lavori ed opere in appalto, inclusi tutti gli atti propedeutici (bandi, capitolati, avvisi, pubblicazioni, ecc.) e conseguenti, fino alla consegna degli stessi.
- gestire le procedure di gara e di aggiudicazione per l'affidamento esterno e/o global service relativi a manutenzione ordinaria e straordinaria dei beni mobili, immobili, attrezzature ed impianti tecnologici, inclusi tutti gli atti propedeutici (bandi, capitolati, avvisi, pubblicazioni, ecc.) e conseguenti fino alla stipula del contratto d'appalto;
- curare ed aggiornare l'albo delle imprese di fiducia, con riferimento alle attività di competenza del Servizio tecnico.

Alla UOC sono inoltre assegnati i compiti di "Energy Manager".

Le funzioni che l'Energy Manager ("Responsabile per la conservazione e l'uso razionale dell'energia") deve svolgere possono essere sintetizzate nella individuazione delle azioni, degli interventi e delle procedure necessarie per promuovere l'uso razionale dell'energia e nella predisposizione dei bilanci energetici in funzione anche dei parametri economici e degli usi finali. L'Energy Manager ha perciò il compito di supporto al decisore in merito all'effettiva attuazione delle azioni e degli interventi proposti.

I principali compiti affidati all'Energy Manager sono:

- Programmare la gestione dell'energia;
- Redigere il piano degli investimenti, a seguito dell'individuazione degli obiettivi specifici di risparmio energetico;
- Monitorare la realizzazione operativa degli interventi di razionalizzazione;
- Redigere un piano di contabilizzazione dell'energia, in grado di controllare tutte le possibilità di risparmio;
- Redigere il Contingency Plan, che consiste in tutte le possibili azioni correttive in grado di modificare le scelte errate in corso d'opera.

L'UOC è articolata in due Unità Operative semplici:

Progettazione e riqualificazione degli ambienti;

Energy Manager;

e in due Posizioni organizzative:

Attività di coordinamento manutenzione ordinaria impianti tecnologici;

Manutenzione edile e progettazione.

Sono individuate tre posizioni organizzative afferenti direttamente all'Area di staff:

- Segreteria Direzione Sanitaria e supporto agli organismi aziendali
- Segreteria Direzione Amministrativa e supporto agli organismi aziendali.
- Coordinamento Segreteria Direzione Strategica

8 – Staff di Direzione sanitaria

Di seguito sono rappresentate le Unità Operative complesse comprese nello Staff della Direzione sanitaria. Nello schema sono inoltre sintetizzate le Unità operative semplici articolazioni di Unità Operativa complessa e le posizioni organizzative individuate.

Lo STAFF della Direzione Sanitaria si completa con un ufficio di GOVERNO CLINICO composto da 6 membri, 3 di nomina ospedaliera e 3 di nomina universitaria.

In aggiunta al suddetto ufficio farà parte un Dirigente Medico che assumerà il ruolo di Coordinatore Locale dei Trapianti e gli verrà affidato un Incarico di Alta Specialità con la denominazione COORDINAMENTO LOCALE TRAPIANTI.

Questo ufficio supporterà la Direzione strategica partecipando ,tra l'altro, alle seguenti attività:

- stabilire i criteri per la predisposizione delle schede di budget;
- valutare le schede di proposta di budget preparate dal Controllo di Gestione;
- valutare le controproposte di budget elaborate dai responsabili dei centri attività;
- valutare i risultati finali della fase di negoziazione del budget;
- verificare, almeno trimestralmente, l'andamento dell'attività e dei costi, valutando eventuali scostamenti rispetto alle previsioni di budget e proponendo interventi correttivi.

STAFF DIREZIONE SANITARIA

UNITA' OPERATIVE COMPLESSE	UNITA' OPERATIVE SEMPLICI	POSIZIONI ORGANIZZATIVE
Governo gestione degli accessi e Flussi informativi.	Epidemiologia valutativa dei servizi, flussi informativi e monitoraggio dei risultati EBM CUP, gestione delle liste di attesa, ticket e ALPI* Percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali (PDTA), Lean e miglioramento continuo*	Innovazione dei Processi qualità e best practice Gestione ALPI Statistica sanitaria e flussi informativi ministeriali e regionali Controllo e gestione dei flussi informativi SDO e DRG CUP e Ticket
Direzione Medica - Ruggi, da Procida e Costa d'Amalfi e Coordinamento dei Presidi Ospedalieri Aziendali	Governo dei trasporti aziendali e dimissioni protette; URP e Accoglienza Igiene e Tecnica ospedaliera Gestione Documentazione sanitaria Monitoraggio adempimenti LEA Servizio Prevenzione e Protezione Agopuntura e Medicina Integrata*	Accoglienza e Umanizzazione Gestione delle Cartelle cliniche Processi assistenziali e sociali Igiene ospedaliera e tutela ambientale - Ruggi Igiene ospedaliera e tutela ambientale - Sede Costa d'Amalfi Referente attività amministrativa - Sede da Procida Igiene ospedaliera e tutela ambientale - Sede da Procida Referente attività amministrativa - Ruggi Referente organizzazione operativa del presidio tra Direzione medica e Direzione dipartimentale e coordinamento presidi ospedalieri Gestione tecnico professionale SP e P. implementazione documento VRA
S.I.T.R.A.		Gestione del personale afferente all'area Tecnico Sanitaria Gestione del personale afferente all'area della Riabilitazione Gestione del personale afferente all'area Infermieristica e Ostetrica

		Gestione della mobilità interna e allocazione del personale delle professioni sanitarie Gestione del sistema informativo del personale delle professioni sanitarie e Sviluppo organizzativo Referente del Sitra Plesso Fucito Referente del Sitra Plesso Cava Referente del Sitra Plesso da Procida e Costa d'Amalfi
Farmacia aziendale	Umaca Gestione e valutazione farmaci e distribuzione diretta; Gestione Dispositivi e supporto studi clinici *	Monitoraggio spesa farmaceutica Controllo e monitoraggio armadietti di reparto
Direzione Medica - Santa Maria Incoronata dell'Olmo		Igiene ospedaliera e tutela ambientale – Cava de' Tirreni Referente attività amministrativa – Cava de' Tirreni
Direzione Medica - G. Fucito e		Referente attività amministrativa - G. Fucito Igiene ospedaliera e tutela ambientale - G. Fucito
Farmacologia clinica	Farmacogenetica* ^{oo} Farmacocinetica* ^{oo} Tossicologia* ^{oo}	
Formazione, Polo Didattico e Polo Universitario**		Gestione processo di formazione aziendale Polo didattico universitario
Sorveglianza Sanitaria e Radioprotezione**		Gestione e controllo delle cartelle sanitarie e di rischio del personale dipendente

*Incarico di Alta Specialità

°° a direzione universitaria

** equiparata a UOSD

8.1 - Unità Operativa complessa Governo gestione degli accessi e Flussi informativi.

La UOC Governo gestione degli accessi e Flussi informativi svolge le seguenti attività :

Gestione dei flussi informativi della piattaforma NSIS, il flusso SDO il flusso CeDAP il flusso IVG e il Flusso EMUR;
predisposizione e implementazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA);
implementazione di modelli di progetti di recupero di efficienza (recupero degli sprechi - LEAN);
sviluppo, a livello aziendale, dell' Epidemiologia dei servizi sanitari o epidemiologia valutativa;
promozione e implementazione di una assistenza sanitaria basata sulle evidenze scientifiche (EBM);

La U.O.C. svolge, inoltre, le seguenti attività:

coordina sotto l'aspetto amministrativo e sanitario il Centro Unificato di prenotazione delle prestazioni sanitarie (CUP) aziendale e distribuito sul territorio (Farmacie, Uffici postali, ecc.) sia per gli aspetti legati al back office che a quelli legati al front office e, a tale riguardo: assicura l'integrazione dei processi e delle diverse attività d'istituto svolte dalle varie articolazioni aziendali;

cura la creazione, gestione e modifica delle agende dei medici prescrittori;

la modifica degli appuntamenti e riprenotazione delle prestazioni, se necessario anche mediante contatto telefonico con gli utenti;

la gestione del dropout, ripianificazione degli appuntamenti e attività inerenti prenotazioni non disdettate e referti non ritirati;

cura la riscossione del ticket;
coordina le attività amministrative del Pronto Soccorso e degli Uffici accettazione al ricovero programmato aziendali fornendo linee guida unitarie per quel che riguarda tutte le fasi di accettazione del paziente e le tipologie di pazienti trattati (residenti in regione, residenti fuori regione, stranieri, STP, ecc.);
gestisce e monitorizza le liste di attesa elabora la reportistica relativa al monitoraggio periodico delle liste di attesa, relativa ai flussi previsti dalla normativa e quelli utili per il monitoraggio delle attività;
anche attraverso il CUP e l'Ufficio ticket, gestisce, da un punto di vista amministrativo e sanitario, la libera attività professionale;

La U.O.C. è articolata in una Unità Operativa Semplice:

- Epidemiologia valutativa dei servizi, flussi informativi e monitoraggio dei risultati EBM, Percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali (PDTA) ;

due incarichi di Alta Specialità:

- CUP, gestione delle liste d'attesa, ticket e ALPI;
- Percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali (PDTA), LEAN e miglioramento continuo

e cinque Posizioni organizzative:

- Statistica sanitaria e flussi informativi ministeriali e regionali;
- Controllo e gestione dei flussi informativi SDO e DRG
- CUP e Ticket
- Gestione ALPI
- Innovazione dei Processi qualità e best practise

8.2 - Unità Operativa complessa Direzione Medica – Ruggi, da Procida e Costa d'Amalfi e Coordinamento dei Presidi Ospedalieri Aziendali

L'UOC garantisce in primis tutte le attività proprie della Direzione medica di Presidio, come esplicitate nel paragrafo 8.6.

L'UOC, inoltre, si occupa di:

- predisposizione e implementazione di un piano di gestione del rischio clinico aziendale annuale e sviluppo di metodologie di analisi di gestione del rischio clinico reattive e proattive.
- individuazione dei fattori di rischio, valutazione dei rischi e individuazione delle misure per la sicurezza e la salubrità degli ambienti di lavoro, nel rispetto della normativa vigente sulla base della specifica conoscenza dell'organizzazione aziendale
- elaborazione, per quanto di competenza, delle misure preventive e protettive di cui all'articolo 28, comma 2, d.lgs 81/08 e dei sistemi di controllo di tali misure
- elaborazione della procedure di sicurezza per le varie attività aziendali
- proposizione dei programmi di informazione e formazione dei lavoratori
- partecipazione alle consultazioni in materia di tutela della salute e sicurezza sul lavoro, nonché alla riunione periodica di cui all'articolo 35, d.lgs 81/08;
- fornire ai lavoratori le informazioni di cui all'articolo 36, d.lgs 81/08.
- Inoltre svolge attività di: redazione piani di emergenza ed evacuazione, consulenza e pareri per la sicurezza alle varie strutture aziendali, redazione piani di sicurezza e coordinamento (ex D.Lgs. 494/96 e s.m.i.), individuazione di metodologie per lo sviluppo del sistema sicurezza integrato con i sistemi qualità dell'Azienda, congiuntamente al responsabile del servizio di prevenzione e protezione dai rischi, ecc. Infine ai sensi dell'art. 41 del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. congiuntamente al Medico Competente visita gli ambienti di lavoro almeno una volta l'anno e gli fornisce con tempestività le valutazioni e i pareri di competenza al fine della programmazione del controllo dell'esposizione dei lavoratori.
- assicurare le condizioni di buona salute degli operatori;

La UOC si occupa, inoltre, anche della promozione, del miglioramento qualitativo dei servizi e delle prestazioni in tutti i settori e gli ambiti dell'Azienda attraverso attività volte a:

- sviluppare un contesto aziendale motivato e orientato verso il miglioramento continuo della qualità nelle sue varie dimensioni (qualità organizzativa e gestionale

strutture, la qualità professionale dei clinici,

cittadino-utente) che ponga come elementi centrali l'ottimizzazione dell'uso delle risorse e il soddisfacimento dei bisogni e delle domande di salute del cittadino utente, attraverso la rimozione delle resistenze culturali, l'aggiornamento e l'informazione continui, la formazione degli operatori, l'integrazione con altri Enti e con le espressioni organizzate della comunità;

- supportare il management nella stesura e nella realizzazione dei piani aziendali di miglioramento;
- promuovere la qualità dell'Azienda e supportare i servizi nell'impianto e nello sviluppo dei programmi di miglioramento qualitativo, con particolare riferimento ai seguenti ambiti: analisi delle priorità, definizione degli obiettivi valutabili e dotati di indicatori, sviluppo dei processi, valutazione, analisi dei modelli organizzativi dei servizi e loro reingegnerizzazione, messa a punto dei profili di assistenza;
- sviluppare la funzione di ricerca e documentazione e facilitare lo scambio di esperienze tra i diversi servizi;
- sviluppare piani di formazione e aggiornamento idonei a supportare i processi di miglioramento attivati nei servizi;
- favorire i processi di formazione del personale dipendente;
- fornire supporto alle attività didattiche della facoltà di Medicina e Chirurgia;
- fornire indicazioni sui sistemi premianti orientati alla qualità.

Per quel che riguarda gli aspetti più propriamente collegati alla qualità valutata dal lato del cittadino-utente - qualità percepita - si avvale del contributo tecnico-specialistico della Unità operativa semplice Relazioni col Pubblico e Marketing.

La U.O.C pone in essere, inoltre, azioni di comunicazione, interna ed esterna, informazione, accoglienza, tutela dei diritti e partecipazione dei cittadini e delle organizzazioni che li rappresentano.

Tali funzioni sono svolte, in particolare dalla Unità Operativa semplice Accoglienza e front - office, la quale:

- predispone e aggiorna periodicamente la Carta dei Servizi aziendale e gli standard di qualità, impegni e programmi che le UU.OO. assistenziali devono perseguire, in particolare con riguardo alle seguenti aree prioritarie: area diritto all'informazione, area prestazioni alberghiere, area personalizzazione e umanizzazione, area liste di attesa: procedure per il monitoraggio e la gestione;
- cura la redazione e il periodico aggiornamento di opuscoli informativi;
- predispone annualmente il piano di comunicazione;
- svolge attività di front-office con l'utenza esterna;
- analizza le esigenze e le richieste che provengono dagli utenti e propone le relative modifiche delle attività aziendali.
- ad essa sono riconducibili anche funzioni di tutela informativa del cittadino, del paziente e del suo nucleo familiare.
- raccoglie i reclami che da essi provengono interpretati come stimoli indispensabili di analisi, valutazione e riprogettazione dei processi organizzativi ed assistenziali che hanno creato disagio all'utenza.
- fornisce informazioni all'utenza relative agli atti ed all'iter di procedimenti;
- promuove indagini sul grado di soddisfazione dell'utenza;

attività di comunicazione esterna

- svolge analisi dei prodotti da offrire, dei clienti e della gestione dei rapporti
- promuove la razionalizzazione dei meccanismi di accesso ai servizi
- cura i rapporti con associazioni e Onlus;
- cura l'organizzazione della Conferenza dei Servizi (art.14, comma 4, D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.);
- promuove l'Audit civico.
- gestisce il processo di richiesta e rilascio delle cartelle cliniche

Alla UOC sono assegnate le funzioni relative alla formazione aziendale e, in particolare svolge le seguenti attività:

- predisposizione del Piano Aziendale di Formazione, con periodicità annuale, sulla base dei bisogni formativi degli operatori, dell'analisi della situazione esistente e degli indirizzi e priorità formative formulate dalla Regione e dalla Direzione aziendale e curarne la trasmissione ,nei termini previsti, per l'approvazione in base alle indicazioni regionali e del sistema di accreditamento ECM;
- predisposizione del Report annuale della formazione, contenente una dettagliata relazione delle iniziative svolte, secondo le apposite direttive regionali e nazionali;
- predisposizione del Regolamento della Formazione continua ed aggiornamento e curarne la revisione periodica, nel rispetto delle norme vigenti , delle direttive regionali in materia e dei CC.CC.NN.LL;
- supporto alle UU.OO. aziendali per tutte le proposte di progetti formativi;
- monitoraggio delle attività formative del personale dipendente;
- coordinamento organizzativo, la segreteria ed sistema amministrativo e documentale di tutta l'attività formativa aziendale;
- supporto alle UU.OO. aziendali per l'accreditamento E.C.M..

Alla UOC è assegnata la gestione del Polo Didattico per le attività relative ai Corsi di Laurea in Infermieristica, Ostetricia, Fisioterapia e in Tecniche di Radiologia Medica.

La UOC è articolata in due Unità operative semplici equiparate a Unità Operativa Semplice Dipartimentale:

- Sorveglianza sanitaria e Radioprotezione;
- Formazione e Polo Didattico.

sei Unità Operative Semplici:

- Gestione dei trasporti aziendali e dimissioni protette;
- Servizio Prevenzione e Protezione;
- Relazioni col Pubblico e Accoglienza;
- Igiene e Tecnica Ospedaliera;
- Gestione Documentazione Sanitaria;
- Monitoraggio Adempimenti LEA

un incarico di Alta Specialità:

- Agopuntura e Medicina integrata

e da 13 Posizioni organizzative:

- Polo didattico universitario.
- Accoglienza e Umanizzazione
- Gestione delle cartelle cliniche;
- Processi assistenziali e sociali;
- Gestione e controllo delle Cartelle sanitarie e di rischio del personale dipendente
- Igiene ospedaliera e tutela ambientale – PO Ruggi
- Igiene ospedaliera e tutela ambientale Costa d'Amalfi
- Igiene ospedaliera e tutela ambientale da Procida
- Referente attività amministrativa da Procida
- Referente organizzazione operativa del presidio tra Direzione medica e Direzione dipartimentale
- Referente attività amministrativa – Ruggi

8.3 - Servizio Infermieristico, Tecnico, Riabilitativo Aziendale (S.I.T.R.A.)

Il S.I.T.R.A. è la struttura titolare di indirizzo, direzione, organizzazione e coordinamento del personale infermieristico, ostetrico, tecnico-sanitario, riabilitativo, di prevenzione e degli operatori di supporto che operano nell'Azienda ospedaliera. Rappresenta tutte le professioni sanitarie e gli operatori di supporto.

Si prevede l'individuazione di 3 Dirigenti, 1 per ciascuna Area:

Area Infermieristica ed ostetrica;

Area dei Tecnici sanitari

Area dei Tecnici di Riabilitazione.

Uno dei tre Dirigenti assumerà il ruolo di Direttore del Servizio.

All'atto della nomina di tali dirigenti, saranno disattivate le posizioni organizzative (elencate sotto) delle relative aree.

Il S.I.T.R.A. opera a diversi livelli dell'organizzazione aziendale: direzionale, di coordinamento e operativo-professionale, integrando le proprie responsabilità, funzioni e competenze con quelle delle altre strutture e degli altri professionisti. Assicura inoltre lo sviluppo dei processi assistenziali e la crescita professionale coerentemente ai profili professionali e agli specifici codici deontologici.

Il S.I.T.R.A. vuole sviluppare un'organizzazione del lavoro basata su politiche del personale e sistemi gestionali che nell'insieme creino un contesto sempre più attrattivo per i professionisti dell'area sanitaria e per gli utenti in coerenza ai seguenti principi:

programmazione e monitoraggio dell'attività: inteso sia in termini gestionali e organizzativi, presidiando efficacia, efficienza ed economicità nell'utilizzo delle risorse, sia in termini qualitativi garantendo livelli di performance professionale sempre più aderenti agli standard assistenziali di riferimento;

sviluppo organizzativo ed integrazione: rappresentato dall'individuazione e dall'implementazione di modelli organizzativi innovativi che favoriscano la presa in carico del paziente e la continuità assistenziale, con un'attenzione al coinvolgimento dei professionisti e all'integrazione con altre funzioni aziendali;

sistema che riconosca i diversi livelli di complessità assistenziale, offrendo una risposta più adeguata ai bisogni delle persone alla luce anche dei risultati della ricerca scientifica.

Il S.I.T.R.A. svolge le seguenti funzioni:

- attuare il governo complessivo della funzione infermieristica e tecnica, garantendo il corretto equilibrio delle risorse umane in base ai differenti carichi di lavoro e fornendo linee guida appropriate alle esigenze operative;
- individuare standard e criteri per un'equa distribuzione del personale infermieristico e tecnico, contribuendo a definire politiche e sistemi di reclutamento, selezione, gestione e sviluppo della risorsa infermieristica e tecnica;
- predisporre modelli organizzativo- assistenziali che facilitino la integrazione per garantire la continuità assistenziale;
- adeguare le attività assistenziali infermieristiche e tecniche alla globalità dei bisogni dei cittadini, anche attraverso la collaborazione con gli organismi di tutela dei diritti dei cittadini e le associazioni di volontariato;
- presiedere il governo clinico – assistenziale per ciò che attiene alle attività infermieristiche e tecniche;
- contribuire alla definizione delle linee strategiche e delle politiche aziendali legate ai processi ed ai programmi di competenza;
- assicurare la qualità e l'efficienza tecnica ed operativa delle funzioni assistenziali infermieristiche, tecnico- sanitarie, riabilitative e di supporto nell'ambito della prevenzione e promozione della salute, cura e riabilitazione;
- presiedere lo sviluppo tecnico- professionale delle professioni sanitarie e del personale di supporto attraverso la formazione permanente, l'aggiornamento e la ricerca in collaborazione con il Servizio Formazione;
- collaborare all'attività didattica teorica e pratica nei corsi di laurea;
- contribuire all'applicazione omogenea degli istituti contrattuali, definendo politiche e sistemi di reclutamento, selezione, gestione e sviluppo della risorsa infermieristica, tecnica, riabilitativa ed ostetrica;
- attuare metodi di verifica delle attività infermieristiche e tecniche al fine di garantirne l'omogeneità;
- definire una nuova ed innovativa dinamica dei rapporti nell'ambito delle professioni sanitarie.

Il S.I.T.R.A. è articolato in otto posizioni organizzative:

- Gestione del personale afferente all'Area Tecnico Sanitaria;
- Gestione del personale afferente all'Area della Riabilitazione;
- Gestione del personale afferente all'Area Infermieristica e Ostetrica;
- Gestione della mobilità interna e allocazione del personale delle professioni sanitarie
- Gestione del sistema informativo del personale delle professioni sanitarie e Sviluppo organizzativo
- Referente del Sitra – Sede G. Fucito;
- Referente del Sitra - Sede Cava;
- Referente del Sitra - Sede da Procida e Costa d'Amalfi.

8.4 - Farmacia Ospedaliera

accrescere il livello quali-quantitativo delle informazioni e documentazione sull'uso e le caratteristiche di farmaci;
qualificare e razionalizzare l'impiego dei farmaci nelle strutture sanitarie dell'azienda favorendo pertanto anche la riduzione della spesa.

La Farmacia unica aziendale, al fine di raggiungere gli obiettivi prefissati opera anche attraverso le seguenti modalità:

- attività di raccordo tra le unità operative farmaceutiche ospedaliere;
- monitoraggio della gestione acquisti farmaceutici;
- tenuta ed aggiornamento della banca dati del sistema informatico inerente i prodotti movimentati;
- in collaborazione con la UOC Acquisizione beni e servizi, espletamento delle procedure amministrative per gli acquisti centralizzati e le forniture;
- sorveglianza farmaceutica e ricerca;
- didattica, formazione ed aggiornamento;
- informatizzazione, studio e applicazione di sistemi integrati di gestione;
- adeguamento dei modelli operativi anche nel rispetto dei requisiti minimi funzionali ed organizzativi;
- elaborazione ed applicazione di specifiche Linee Guida;
- valutazione e verifica della qualità delle prestazioni, indirizzando le attività delle UU.OO. che lo compongono verso il miglioramento della qualità delle prestazioni e del servizio, garantendone l'appropriatezza, l'interdisciplinarietà e la continuità;
- individuazione e promozione di nuove attività o di nuovi modelli operativi.

L'U.O.C. Farmacia Ospedaliera è preposta alla conduzione delle attività di farmacia ospedaliera riguardanti i Plessi ospedalieri aziendali.

L'U.O.C. Farmacia Ospedaliera, in particolare svolge le seguenti attività:

- definizione delle politiche di monitoraggio della farmaceutica ospedaliera e proposte per il contenimento della relativa spesa, compatibilmente con il quadro di indirizzo legislativo nazionale e regionale;
- attività di raccordo tra le unità farmaceutiche ospedaliere;
- programmazione dei fabbisogni per approvvigionamento di medicinali, materie prime, disinfettanti, presidi medico chirurgici, materiale di medicazione, diagnostici, reattivi, materiali protesici, prodotti per dialisi nonché altri dispositivi medici e articoli sanitari di competenza utilizzati negli Stabilimenti Ospedalieri aziendali;
- definizione delle procedure per gli approvvigionamenti;
- coordinamento e definizione delle procedure inerenti alla gestione delle forniture, anche per quanto attiene agli adempimenti amministrativo - contabili;
- procedure amministrative per gli acquisti centralizzati e le forniture con le relative emissioni di ordini e fatture;
- coordinamento procedure per la gestione informatica dei magazzini di farmacia e delle statistiche di consumo;
- rilevazione e monitoraggio continuo dei dati di consumo e delle giacenze dei magazzini ospedalieri al fine di permettere una corretta gestione integrata delle scorte, con riduzione degli immobilizzi di magazzino e conseguenti economie di gestione;
- analisi quantitativa e qualitativa dei consumi ospedalieri;

spesa ospedaliera complessiva, per DAI e per Sede;
attivazione di sistemi di reporting atti a diffondere, a tutti i livelli di responsabilità, informazioni utili al corretto utilizzo delle risorse.

L'U.O.C. Farmacia Ospedaliera gestisce, dal punto di vista tecnico – professionale, le unità di personale di Farmacia Ospedaliera, allocate nei Plessi dell'Azienda. Pertanto le Farmacie dei Plessi ospedalieri aziendali sono poste alle dipendenze dell'U.O.C. Farmacia aziendale.

Le Farmacie dei plessi, in stretto raccordo con il Direttore della UOC Farmacia aziendale assicurano le attività connesse all'assistenza farmaceutica in ciascuna Sede ed in particolare provvedono alla:

- programmazione dei fabbisogni di medicinali, materie prime, disinfettanti, presidi medico chirurgici, materiale di medicazione, diagnostici, reattivi, materiali protesici, prodotti per dialisi nonché altri dispositivi medici e articoli sanitari di competenza utilizzati nello S. O. di pertinenza;
- formulazione delle ordinazioni alle ditte fornitrici;
- ricezione dei prodotti e relativo controllo quali – quantitativo;
- stoccaggio dei prodotti secondo le diverse condizioni di conservazione;
- dispensazione dei prodotti ai reparti;
- dispensazione diretta primo ciclo terapeutico, post dimissione ospedaliera;
- preparazioni nutrizionali enterali e parenterali, galeniche magistrali, officinali e specifiche;
- analisi dei consumi ospedalieri per centri di costo, con relazione e reporting almeno trimestrale sulla spesa complessiva della Sede ospedaliera;
- predisposizione dei sistemi di reporting atti a diffondere a tutti i livelli di responsabilità informazione utili al corretto utilizzo delle risorse;
- distribuzione del primo ciclo terapeutico completo ai cittadini all'atto della dimissione;
- erogazione ai cittadini dei medicinali compresi nell'allegato 2 del D.M.S.22/12/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, di farmaci di fascia H erogabili in forma diretta e di farmaci inclusi nell'elenco istituito ai sensi della legge n. 648/96;
- 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;
- istruttoria dei dossier relativi alle richieste d'inserimento di prodotti farmaceutici nel prontuario terapeutico ospedaliero, per quanto attiene alle caratteristiche farmacologiche, alle indicazioni terapeutiche, agli effetti collaterali ed ai costi;
- attività di informazione al personale medico ed infermieristico;
- partecipazione alla commissione per il repertorio aziendale dei dispositivi medici;
- istruttoria dei dossier relativi alle richieste d'inserimento dei dispositivi medici;
- partecipazione a programmi del Dipartimento finalizzati ad obiettivi comuni.

La UOC Farmacia aziendale è articolata in due Unità operative semplici:

- UMaCA;
- Gestione e valutazione farmaci e distribuzione diretta;
- un incarico di Alta Specialità:
- Gestione Dispositivi e supporto studi clinici *;

rganizzative:

Monitoraggio spesa farmaceutica;
Controllo e verifica armadietti di reparto.

8.5 - Direzioni mediche delle Sedi dell'AOU

Sono individuate le seguenti Direzioni mediche di Presidio oltre quella del Ruggi:

Direzione medica di sede Mercato San Severino;

Direzione medica di sede Cava de' Tirreni.

Le Direzioni mediche di sede sono individuate come Unità operative complesse, alla cui direzione sono preposti i Direttori Medici di Sede le cui funzioni ed attribuzioni sono regolamentate dalla circolare 2175/SP del 10.11.98 dell'Assessorato alla Sanità della Regione Campania e successive modifiche e integrazioni.

Il Direttore medico di Sede opera sulla base degli indirizzi stabiliti dal Direttore Sanitario e concorre al raggiungimento degli obiettivi fissati dal Direttore Generale. Dirige la struttura ospedaliera cui è preposto e ne è responsabile ai fini igienico-sanitari ed organizzativi.

Nell'ambito della struttura ospedaliera ha competenze gestionali ed organizzative, igienico-sanitarie e di prevenzione, medico-legali, scientifiche, di formazione ed aggiornamento e di promozione della qualità delle prestazioni sanitarie.

Nell'ambito delle competenze gestionali ed organizzative il Direttore medico di Sede:

- cura l'organizzazione operativa delle Sedi di competenza;
- governa la globalità delle relazioni tra unità operative al fine di raggiungere gli obiettivi aziendali;
- coordina le attività ospedaliere al fine di conseguire il livello di efficienza, efficacia e di gradimento dell'utenza conforme agli standards stabiliti dal direttore Sanitario;
- adotta le misure di sua competenza necessarie per rimuovere i disservizi che incidono sulla qualità dell'assistenza;
- ha accesso al sistema informativo sanitario ed utilizza i dati di attività di sua competenza ai fini della programmazione e gestione della struttura sanitaria cui è preposto;
- concorre alla definizione dei criteri di allocazione delle risorse per unità operative di sua competenza, collabora alla definizione dei relativi budget verificando la congruità tra risorse assegnate ed obiettivi prefissati;
- adotta nelle unità operative di sua competenza e nei limiti delle risorse disponibili, modalità di gestione improntate a criteri di equa ripartizione dei carichi di lavoro, a motivazione del personale dipendente e alla valorizzazione della qualificazione professionale del personale a cui è preposto;
- vigila sulle attività afferenti all'area dell'emergenza sanitaria;
- vigila sulla continuità dell'assistenza sanitaria e dispone tutti i provvedimenti necessari a garantirla;
- fornisce al Direttore Sanitario le valutazioni tecniche, scientifiche ed organizzative in ordine alle richieste di apparecchiature medico-scientifiche ed arredi sanitari;
- fornisce al Direttore Sanitario le valutazioni tecnico-sanitarie ed organizzative in ordine alle opere di ristrutturazione e/o ampliamento delle strutture di sua competenza;

sensi della normativa vigente e comunque fatte salve le competenze dei responsabili delle Unità Operative;

Nell'ambito delle competenze igienico-sanitarie e di prevenzione, il Direttore Medico di Presidio ha funzioni organizzative e gestionali riguardo a:

- tutela della salute dei lavoratori e dei pazienti rispetto al rischio infettivo;
- tutela dell'igiene ambientale;
- rispetto dei requisiti previsti per l'accreditamento delle strutture e dei professionisti che operano nell'Ospedale, nonché più in particolare delle condizioni relative alla sicurezza degli utenti e degli operatori;
- sorveglianza igienica sui servizi alberghieri e di ristorazione collettiva;
- raccolta, trasporto, stoccaggio e smaltimento dei rifiuti ospedalieri;
- attività di pulizia, disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione;
- definizione delle strategie e dei protocolli di lotta contro le infezioni ospedaliere ed occupazionali.

Nell'ambito delle competenze proprie della funzione:

- adotta i provvedimenti di polizia mortuaria;
- attua le procedure relative alla donazione ed al trapianto di organi e vigila sul rispetto degli adempimenti previsti dalle normative vigenti;
- vigila, dal momento della consegna all'archivio centrale, sulla conservazione della cartella clinica dei pazienti ricoverati e di ogni altra documentazione sanitaria prevista dalla vigente normativa; vigila sulla completezza delle informazioni contenute nella scheda di dimissione;
- rilascia agli aventi diritto, secondo modalità e criteri stabiliti dall'Azienda copia della Cartella clinica, ogni altra documentazione sanitaria e certificazione nel rispetto delle relative normative;
- inoltra ai competenti organi le denunce obbligatorie in ottemperanza alle normative vigenti;
- segnala ai competenti uffici o enti i fatti per i quali possano essere previsti provvedimenti assicurativi;
- vigila sul rispetto della riservatezza dei dati sanitari.

Nell'ambito delle competenze scientifiche, di formazione e di aggiornamento:

- vigila sull'ammissione e sull'attività di personale volontario, frequentatore ed in formazione nelle unità operative.

Nell'ambito delle competenze di promozione della qualità delle prestazioni sanitarie:

- vigila sull'introduzione e l'utilizzo nell'organizzazione ospedaliera di strumenti e metodologie necessarie alla verifica e revisione della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie;
- predispone i flussi informativi necessari alla verifica e revisione della qualità, della quantità e dei costi delle prestazioni;
- dispone affinché i modelli organizzativi delle unità operative siano orientati al raggiungimento di livelli di efficienza, di accessibilità e di gradimento da parte dell'utente conformi agli standards stabiliti dal Direttore Sanitario;
- vigila sulla corretta gestione delle liste di attesa.

Il Direttore Sanitario Aziendale può delegare al Direttore Medico di sede particolari attività di coordinamento e di raccordo interdipartimentali.

La Direzione medica di Mercato San Severino è articolata in 2 posizioni organizzative:

Referente attività amministrativa – Sede Mercato San Severino
Igiene ospedaliera e tutela ambientale - Sede Mercato San Severino

La Direzione medica del Santa Maria Incoronata dell'Olmo è articolata in due posizioni organizzative:

Referente attività amministrativa - Sede Cava de' Tirreni
Igiene ospedaliera e tutela ambientale - Cava de' Tirreni

8.6 - Farmacologia Clinica

L'UOC di Farmacologia Clinica si pone come fonte istituzionale di informazione sul farmaco, sia per la collocazione del farmaco in terapia sia per la valutazione del rapporto rischio/beneficio a vantaggio della qualità dell'assistenza e dell'ottimizzazione delle risorse. Il Servizio si pone, inoltre, come fonte di valutazione e gestione del rischio tossicologico da inquinanti ambientali. Le prestazioni di ordine assistenziale effettuate dal servizio di farmacologia clinica sono le seguenti:

Monitoraggio terapeutico dei farmaci – Analisi sulle concentrazioni dei farmaci - appartenenti a categorie ad elevato rischio tossicologico o in grado di determinare l'insorgenza di interazioni farmacologiche - nei fluidi biologici di pazienti ospedalizzati e ambulatoriali.

Monitoraggio della esposizione professionale degli operatori sanitari ai farmaci - Controlli regolari sul livello di esposizione di operatori sanitari per mezzo dell'analisi di laboratorio delle concentrazioni urinarie dei farmaci e sulla contaminazione dell'ambiente di lavoro (es. antitumorali e anestetici generali volatili).

Monitoraggio biologico della esposizione a inquinanti ambientali – Controlli, per mezzo di analisi di laboratorio condotte con metodi e apparecchiature di elevato livello tecnologico, su diverse matrici biologiche (sangue, urine, capelli) del livello di esposizione di lavoratori o cittadini a inquinanti ambientali rischiosi per la salute.

Analisi farmacogenetiche e di fenotipizzazione - Analisi di laboratorio sull'attività (fenotipizzazione) di enzimi della biotrasformazione o trasportatori di farmaci ed analisi genetiche per l'individuazione delle anomalie di espressione di geni codificanti enzimi del metabolismo (es. CYP), di bersagli (EGFR) e di trasportatori (es. ABC) di farmaci che possono influire sull'esito della terapia.

Attività di consulenza - Consulenza farmaco-tossicologica per i reparti clinici (diagnosi di reazioni avverse ai farmaci e loro terapia, personalizzazione di terapie nei pazienti "fragili")

Stesura e revisione periodica dei protocolli di profilassi e trattamento di varie patologie (in particolare infettive).

Farmacovigilanza – Consulenza e monitoraggio delle reazioni avverse ai farmaci in ambito ospedaliero e territoriale e stesura e revisione periodica di banca dati sui rischi di tossicità del trattamento in relazione alle categorie farmacologiche e alle loro associazioni.

Consulenza per la sperimentazione clinica dei farmaci (in collaborazione con la segreteria scientifica del Comitato Etico locale).

Nella UOC di Farmacologia clinica sono presenti 3 Incarichi di Alta Specialità:

ica
Farmacocinetica
Tossicologia

9 - I Dipartimenti assistenziali integrati

L'organizzazione delle attività assistenziali, integrate con quelle didattiche e di ricerca, in forma dipartimentale, ha lo scopo di:

- favorire una formazione di alta qualità ed un livello di ricerca biomedica e sanitaria che consenta il miglioramento della qualità assistenziale;
- fornire al cittadino percorsi assistenziali di alta qualità ed innovativi per la gestione dei profili diagnostici, terapeutici e riabilitativi integrati all'interno della rete sanitaria regionale;
- garantire il più alto livello possibile di appropriatezza delle cure, attraverso l'applicazione di linee guida tecnico-professionali;
- assicurare coerenza e tempestività nell'erogazione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative;
- consentire la partecipazione delle strutture organizzative aziendali alle procedure di governo clinico e di governo budgetario applicate nell'Azienda integrata, sulla base della normativa regionale vigente;
- assicurare l'utilizzo integrato ed efficiente delle risorse disponibili.

I Dipartimenti ad attività integrata (DAI) sono costituiti da unità operative complesse, semplici a valenza dipartimentale e semplici, con l'indicazione di quelle a direzione universitaria e di quelle a direzione ospedaliera.

Le UU.OO.SS., le UU.OO.SS.DD., gli II.AA.SS., le posizioni organizzative ed i coordinamenti, sono meramente indicative e possono con successivi atti essere modificate fermo restando il numero massimo previste dal presente POFA ed i limiti stabiliti dalle norme vigenti.

I Dipartimenti assistenziali ad attività integrata nei quali l'Azienda si articola sono:

DAI Area Critica
DAI della Riabilitazione e del Post Acuzie
DAI Cardio Toraco Vascolare
DAI delle Chirurgie Generali, Specialistiche e dei Trapianti
DAI Testa - Collo
DAI delle Scienze Mediche
DAI di Igiene Sanitaria e Medicina Valutativa
DAI Diagnostica per Immagini
DAI Materno - Infantile
DAI Oncoematologico

Di seguito vengono rappresentati i Dipartimenti Assistenziali ad attività integrata individuati con specificate:

le Unità operative ad essi afferenti (Unità operative complesse, Unità operative semplici afferenti a Unità operativa complessa, Unità operative semplici dipartimentali), i Programmi universitari e gli incarichi di alta specialità;
la specificazione della direzione delle Unità operative e degli incarichi di alta specialità, se a direzione ospedaliera o universitaria;
per le Unità operative con posti letto, il numero degli stessi e le soglie operative minime relative all'attività di ricovero annua.

9.1 - DAI Area critica

Fanno parte del DAI:

il Pronto Soccorso del Ruggi, di Cava de' Tirreni del Costa d'Amalfi e di Mercato San Severino.

Le Osservazioni Brevi Intensive del Ruggi, Mercato San Severino, Cava de' Tirreni e Costa d'Amalfi che hanno la finalità di valutare e trattare i pazienti con sintomi o condizioni morbose che necessitano di osservazione clinica, ematochimica e/o diagnostica ma non necessariamente di ricovero e che, pertanto, consentono di governare l'accesso ai ricoveri nei reparti di degenza migliorando l'appropriatezza organizzativa;

le UU.OO. di Chirurgia d'urgenza, Medicina e Chirurgia d'emergenza e accettazione, Anestesia e Rianimazione che rappresentano i setting di ricovero a maggiore intensità destinati ai casi gravi e maggiormente compromessi;

la Terapia Iperbarica che implementa l'ossigenoterapia iperbarica. Tra le sue principali finalità, la cura della embolia gassosa arteriosa, la malattia da decompressione, l'intossicazione da CO e da sostanze solfometemoglobinizzanti, la gangrena gassosa, ecc.;

la Ortotraumatologia che si occupa delle patologie degenerative e traumatiche dell'apparato locomotore in situazioni di emergenza/urgenza;

Parte sostanziale del Dipartimento Area Critica sono le linee di attività Pronto Soccorso e OBI e Medicina e chirurgia d'emergenza e accettazione del PO Costa d'Amalfi.

Il riconoscimento del PO quale Struttura posta in zona particolarmente disagiata, in ambito programmatico, riconosce al medesimo 20 pl.

Nella programmazione a breve termine vengono attribuiti 4 pl in considerazione delle carenze del personale e delle importanti modifiche organizzative in atto.

Nel medio periodo l'obiettivo è quello di attivare i 20 pl previsti.

Il DAI di Area Critica è inoltre sede privilegiata di sviluppo ed implementazione delle nuove tecnologie applicate alla medicina quali, ad esempio, l'utilizzo della tele radiologia e di strumenti tecnologici che contribuiscono ad attivare decisioni clinicamente rilevanti sulla base di parametri clinici (point of care).

L'Azienda, inoltre, nell'ambito della rete dell'emergenza-urgenza, fa parte del Dipartimento integrato delle Emergenze DIE1 Salerno quale ospedale di III livello per quel che riguarda il Servizio di Pronto Soccorso, i PP.SS. e le OO.BB.II., Medicina e la Chirurgia d'urgenza e delle urgenze differite e la Rianimazione.

Dall'analisi effettuata sui pazienti transitati nell'OBI è emerso un dato chiaro su un numero di pazienti che sfiorano il tempo previsto di permanenza previsto per l'Osservazione Breve Intensiva.

Pertanto è stata prevista una SSD denominata Degenze Brevi che accoglie tutti quei pazienti per i quali può essere superfluo un ricovero in medicina d'urgenza, necessitando di permanenza ridotta in regime di ricovero e con intensiva meno elevata, ma i per i quali è inappropriato l'utilizzo di una postazione di Osservazione Breve Intensiva.

Pertanto in tale SSD – Degenze Brevi, transiteranno pazienti post OBI per degenze 0 -1 giorni.

Verrà costituita una TASK FORCE CLINICA ORTOPEDICA interdipartimentale con coordinamento ortopedico che avrà come obiettivo quello di velocizzare il trattamento chirurgico nei pazienti traumatizzati (vedi frattura di femore).

Come previsto da linea guida l'obiettivo finale è quello di riportare dai 9 giorni 2014 (DATI AGENAS) alle 48 ore l'attesa preoperatoria.



garantire un percorso rapido e protetto al paziente.

Nell'Area critica sarà prevista anche la presenza di un servizio di chirurgia maxillo – facciale a supporto del TRAUMA CENTER.

Il DAI dell'Area Critica con 144 posti letto è così composto:

Codice disciplina	Unità Operative Complesse	Posti letto	Unità Operative Semplici	Incarico di Alta Specialità
49	Anestesia e Rianimazione – PO Ruggi (OSP)	10	Terapia Iperbarica	
			Terapia Antalgica	
				Donazione d'organi
				Monitoraggio attività anestesiológica nei trapianti
				Anestesia nelle urgenze
			Rianimazione	
49	Anestesia e Rianimazione – PO SMI dell'Olmo (UNI)	4		
09	Chirurgia d'urgenza e delle urgenze differite – PO Ruggi (OSP)	24	Terapia pre e post operatoria	
			Trauma Center	
				Urgenze chirurgiche intra - aziendali
				Trauma Center – Urgenze Maxillo - facciali
				Urgenze Addominali
51	Medicina d'Urgenza – PO Ruggi (OSP)	22		
				Tossicologia Clinica
		4*		Medicina e chirurgia d'emergenza e accettazione – PO Costa d'Amalfi
	Pronto Soccorso e OBI – PO Ruggi (OSP)		Pronto Soccorso e OBI – PO Fucito	
				Dolore Toracico – PS Ruggi
			Pronto Soccorso e OBI – PO SMI dell'Olmo	
				Pronto Soccorso e OBI – PO Costa d'Amalfi
36	Ortotraumatologia – PO Ruggi (OSP)	28	Traumatologia del Bacino – Po Ruggi	
			Day Surgery ortopedico	
				Traumatologia della Colonna – Po Ruggi
			Traumatologia della Mano – Po SMI	

9	Chirurgia Generale e d'Urgenza – PO SMI dell'Olmo (UNI)	15		Endocrinochirurgia
9	Chirurgia Generale e d'Urgenza – PO Fucito (UNI)	15		
Unita Operative Semplici Dipartimentali				
Codice disciplina		Descrizione	pl	
36		Ortotraumatologia – SMI dell'Olmo (OSP)	12	
49		Anestesia e Rianimazione – PO G.Fucito (OSP)	4	
51		Degenze Brevi (OSP)	6	
Tot posti letto 144 UUOCC 8 UUOSSDD 3 UUOSS10 IIAASS 7				

* codice 51

9.2 – DAI della Riabilitazione e Post Acuzie

Nel Dipartimento della Riabilitazione e del Post Acuzie troviamo le UU.OO. di Riabilitazione, Riabilitazione cardiologica, Neuroriabilitazione, Cardiologia preventiva e le UU.OO.CC. di Lungodegenza.

Il PO da Procida sarà pertanto il luogo del post acuzie, il setting proprio della prevenzione terziaria, dove verranno trattati pazienti che hanno superato le condizioni di criticità.

Questo modello comporterà la creazione, per le attività presenti nel PO, di ambiti di cura a connotazione sub intensiva nel PO Ruggi.

Il SERVIZIO DI MEDICINA RIABILITATIVA presente al Ruggi svolgerà l'azione di prima presa in carico, trattamento e raccordo con l'UOC di degenza ubicata nel PO da Procida.

Le UU.OO. del DAI sono ospitate per la maggior parte all'interno della sede da Procida a conferma della vocazione riabilitativa è consta di 138 posti letto.

Di seguito la tabella riassuntiva.

DAI della Riabilitazione e Post Acuzie			
Codice disciplina	Unità Operative Complesse	Posti letto	Incarichi di Alta Specialità
56	Riabilitazione – PO da Procida (Osp)	48	Servizio di medicina riabilitativa – PO Ruggi
56	Riabilitazione Cardiologica - PO da Procida (Uni)***	8	
	Cardiologia Preventiva - PO G Fucito (Osp)*		
60	Clinica Medica ed Epatologia Lungodegenza - PO da Procida (Uni)	28	Patologie epatiche e nuovi trattamenti IAS (uni)
68	Pneumologia – PO da Procida (osp)**	8	
Unita Operative Semplici Dipartimentali			
Codice disciplina		Descrizione	pl
75		Neuroriabilitazione	16
28		Unità Spinale	10
60		Lungodegenza - PO SMI dell’olmo	14
32		Neurologia – PO da Procida (Osp)	6
32		Patologie neuromuscolari e SLA	
Tot posti letto 138 UUOCC 4 UUOSSDD 5 UUOSS IIAASS 2			

PL 138 UUOCC 4 UOSD 4 IIAASS1

*Il servizio di Cardiologia Preventiva afferisce e dipende dall'UOC di Cardiologia PO Fucito costituendone unica struttura

** L'UOC di Pneumologia svolge una funzione di diagnostica strumentale per l'intera AOU. Pertanto funge da Servizio con PL. Tale connotazione ci porta a proporla quale UOC.

*** Nel Dipartimento Cardio Toraco Vascolare n.4 p.l. del cod.8 Cardiologia ubicati presso il Plesso "Ruggi", sono da intendersi di sub intensiva a supporto della suddetta funzione a gestione della stessa.

9.3 - DAI cardio-toraco-vascolare

Trova naturale accoglienza in questo Dipartimento un'attività specificamente rivolta ai disturbi aterotrombotici, che, nelle analisi di ospedalizzazione, offrono a considerare una significativa casistica a livello dei tre plessi ospedalieri e rappresentano causa di mobilità passiva extraregionale e, soprattutto, extraprovinciale.

Fanno parte del DAI, la Cardiocirurgia, la Cardiocirurgia d'Urgenza, la Cardiologia, la Chirurgia toracica, la Chirurgia Vascolare, le Terapie intensive specialistiche, la Cardioanestesia, l'Anestesia e TI Vascolare, l'UTIC, l'Emodinamica, la Cardiologia Intensiva e la Clinica Cardiologica, e l'Elettrofisiologia.

Il DAI, nell'ambito della rete dell'emergenza cardiologica, fa parte della Centrale Operativa Salerno DIE1 e della Centrale Operativa Salerno DIE2 in qualità di centro HUB 2 per quel che riguarda l'Emodinamica interventistica, la Cardiocirurgia, la Cardiocirurgia d'urgenza e la Centrale operativa cardiologica di riferimento.

Il DAI cardio-toraco-vascolare con 147 posti letto così composto:

Unità Operative Complesse vascolare

Codice disciplina	Unità Operative Complesse	Posti letto	Unità Operative Semplici	Incarichi di Alta Specialità
7	Cardiochirurgia – PO Ruggi (OSP)	15	Diagnostica Strumentale Cardiochirurgica	
				Chirurgia coronarica
7	Cardiochirurgia d'urgenza – PO Ruggi (OSP)	15		Assistenza Ventricolare
			Cardiochirurgia mininvasiva	
8	Cardiologia Intensiva - PO Ruggi (OSP)	24		Scompenso Cardiaco Acuto
				Imaging multimodale cardiologico
8	Clinica Cardiologica - PO Ruggi(UNI)	15		
	Emodinamica – PO Ruggi (OSP)			
14	Chirurgia Vascolare ed endovascolare (OSP)	16		Angiologia piede diabetico – PO Fucito
			Chirurgia delle urgenze vascolari	
				Trattamento infezioni protesiche
				Trattamento vascolare del piede diabetico
8	Cardiologia – PO G.Fucito – (OSP)	12		
50		4	UTIC – PO Fucito	
8	Cardiologia – PO SMI dell'Olmo – (OSP)	12		
50		4	UTIC – PO SMI dell'Olmo	
Unità Operative Semplici Dipartimentali				
Codice disciplina	Descrizione			pl
49	Terapia Intensiva Post Operatoria Cardiochirurgica – PO Ruggi			10
	Cardioanestesia			
	Chirurgia valvolare			
13	Chirurgia Toracica – PO Ruggi – (UNI)			8
	Elettrofisiologia			
50	UTIC – PO Ruggi (OSP)			8
	Chirurgia Endovascolare			
14	Terapia Sub Intensiva – VASCOLARE			4
	Ecocardiografia			

*dall'UOC di Cardiologia dipende il servizio di Cardiologia Preventiva
PL 147 UUOCC 8 UUOOSDD 10 UUOOS 5 IIAASS 7

Fanno parte del Dipartimento le UU.OO. di Chirurgia generale, Clinica Chirurgica , Endoscopia operativa, Day Surgery, Breast unit, Urologia, Chirurgia Plastica , Chirurgia dei Trapianti e una Terapia Post Operatoria.

Il DAI delle Chirurgie generali con 116 posti letto è così composto:

DAI delle Chirurgie Generali, Specialistiche e Trapianti				
Codice disciplina	Unità Operative Complesse	Posti letto	Unità Operative Semplici	Incarichi di Alta Specialità
9	Chirurgia Generale - PO Ruggi (OSP)	15		Chirurgia Ambulatoriale
				Centro stomie
				Chirurgia oncologica mininvasiva
9	Clinica Chirurgica - PO Ruggi (UNI)	15		
58	Endoscopia Operativa - PO Fucito (OSP)			Endoscopia d'Urgenza
36	Clinica Ortopedica - PO Ruggi (UNI)	15	Chirurgia della mano	
			Trattamento della Scoliosi	
12	Chirurgia Plastica - PO Ruggi (UNI)	8		
			Implementazione di nuove tecniche di chirurgia plastica	
9	Chirurgia Generale e Trapianti di Rene - PO Ruggi (OSP)	8		Attività di prelievo d'organo
43	Urologia - PO Ruggi (OSP)	15		
43	Urologia e Litotrissia - PO Fucito (OSP)	15		
43	Clinica urologia - PO Ruggi (UNI)	15		
Unità Operative Semplici Dipartimentali				
Codice disciplina	Descrizione		pl	
9	Day Surgery		4	
9	Senologia e Coordinamento Brest Unit		4	
49	Terapia Intensiva Post Operatoria		2	

PL 116 UUOCC 9 UUOSSDD 3 UUOSS 3 IIAASS 5

Fanno parte del DAI Neuroscienze le UU.OO. di Neurochirurgia, Clinica Neurologica, Neurologia, Oculistica, Clinica Oculistica, Otorinolaringoiatria, Clinica Otorinolaringoiatria, Chirurgia Maxillo-Facciale, l'Odontostomatologia e Terapia intensiva Post Operatoria.

Il DAI Testa - Collo con 100 posti letto è così composto:

DAI Testa Collo				
Codice disciplina	Unità Operative Complesse	Posti letto	Unità Operative Semplici	Incarichi di Alta Specialità
30	Neurochirurgia – PO Ruggi – (OSP)	15		Neurochirurgia Spinale
30	Clinica Neurochirurgica – PO Ruggi – (UNI)	15		
	I Clinica Otorinolaringoiatrica – Servizio di Foniatria e Audiovestibologia – (UNI)			
38	II Clinica Otorinolaringoiatrica – PO Fucito (UNI)	15		
38	Otorinolaringoiatria – Po Ruggi (OSP)	15	Chirurgia Orofaringea (OSP)	
35	Odontostomatologia - PO Fucito – (UNI)		Odontostomatologia ad alto rischio biologico (OSP)	
		4*	Chirurgia rigenerativa maxillo facciale (UNI)	
35	Odontostomologia preventiva e sociale (PROGRAMMA)			
34	Oculistica - PO Ruggi – (OSP)	15		Neuropatia Ottica e Chirurgia del Glaucoma (OSP)
	Clinica Oculistica – PO Ruggi – (UNI)	15		
Unità Operative Semplici Dipartimentali				
Codice disciplina	Descrizione	pl		
49	Terapia Intensiva Post Operatoria – NCH – PO Ruggi – (OSP)	2		

PL 96 UUOCC 8 programmi 1 UUOSSDD 1 UUOSS 3 IAS 2

*:Disciplina 10

9.6 - DAI delle Scienze Mediche

Fanno parte del DAI le UU.OO. di Endocrinologia, Patologia Tiroidea, Gastroenterologia, Malattie Infettive, Clinica Infettivologica, Medicina Interna, Clinica Medica, Reumatologia, la Pneumologia, la Dermatologia, la Neurologia e la Clinica Neurologica.

Il DAI, nell'ambito della riorganizzazione delle attività di gastroenterologia, è sede di attività ad "alta integrazione" per la gestione delle urgenze in gastroenterologia e in endoscopia digestiva. L'integrazione con il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'ASL SALERNO avverrà secondo quanto già concordato nel **"Piano di integrazione e sviluppo dei servizi psichiatrici dell'Azienda Ospedaliera Universitaria e dell'ASL Salerno"**, adottato dall'ASL SALERNO con delibera 236.2012

Il DAI delle Scienze Mediche con 221 posti letto è così composto:

Dipartimento Scienze Mediche

Codice disciplina	Unità Operative Complesse	Posti letto	Unità Operative Semplici	Incarichi di Alta Specialità
19	Clinica endocrinologica e diabetologica (UNI)			
58	Gastroenterologia – PO Ruggi – (UNI)	15	Endoscopia Diagnostica	
				Malattie gastroenterologiche complesse
58	Studio delle malattie funzionali dell'apparato digerente (PROGRAMMA)			
24	Malattie Infettive – PO RUGGI (OSP)	15	Microbiologia clinica	
				Servizio di Assistenza Domiciliare
				Epatiti Virali Acute e Croniche
24	Clinica Infettivologica – PO RUGGI (UNI)	15		
26	Medicina Interna – PO Ruggi (OSP)	31 4**	Sezione Detenuti	
				Patologia Aterotrombotica
	Clinica Medica – PO RUGGI (PROGRAMMA) (UNI)			
71	Reumatologia – PO RUGGI (PROGRAMMA) (UNI)			Allergologia Generale – PO FUCITO
			Allergologia - PO da Procida	
	Immunologia clinica ed allergologia (PROGRAMMA)			
	Diagnostica Genomica (PROGRAMMA)			
52	Dermatologia – PO SMI dell'OLMO (OSP)	2		Patologie infiammatorie da danno da esposizione (UNI)
26	Medicina Generale – PO SMI dell'Olmo (OSP)	15		
68	Pneumologia – PO Ruggi – (OSP)	15		Allergologia respiratoria (OSP)
			Polisonnografia (OSP)	
68	Clinica Pneumologica (PROGRAMMA)			
32	Clinica Neurologica – PO Ruggi – (UNI)	15	Neurofisiologia (OSP)	
				Neurosonologia e patologia neuro vascolare
			Sclerosi Multipla	
				Anziano Fragile

32	Neurologia Sperimentale (PROGRAMMA)			
29	Nefrologia e Dialisi - PO Ruggi – (OSP)	15	Dialisi – PO Ruggi	Dialisi – PO G. Fucito
29	Clinica Nefrologica – PO Ruggi – (UNI)	15		
40	Psichiatria - UNI	15		
40	Psichiatria – SPDC*	16		
Unita Operative Semplici Dipartimentali				
Codice disciplina	Descrizione			pl
19	Patologia Tiroidea			
32	Neurologia – PO Ruggi			4
32	Stroke Unit – PO Ruggi			8
26	Medicina Generale – PO Fucito (OSP)			14

PI 214 UUOCC 12 programmi 6 UUOSSDD 4 UUOSS 8 IAS 8

*UOC ASL SALERNO

** Sezione detenuti codice disciplina 97

Fanno parte del DAI le UU.OO. di Igiene sanitaria, ambientale e ospedaliera, Patologia Clinica, Medicina legale, Medicina valutativa (Immunologia, Biomarcatori, Screening genetico, Biomarkers ed invecchiamento, Dosaggio di marcatori liquidi biologici).

Il DAI di Igiene Sanitaria e Medicina Valutativa è così composto:

DAI di Igiene Sanitaria e Medicina Valutativa				
Codice disciplina	Unità Operative Complesse	Posti letto	Unità Operative Semplici	
	Igiene Sanitaria – (UNI)			
	Management e Reporting di Valutazione del Rischio (PROGRAMMA) (UNI)			
	Igiene e ospedaliera ed epidemiologia (PROGRAMMA) (UNI)			
27	Medicina Legale (PROGRAMMA) (UNI)			
	Rischio Clinico (OSP)*			Facility Management del percorso assistenziale aziendale (IAS)
100	Patologia Clinica e microbiologia – PO Ruggi (OSP)		Patologia clinica – PO SMI dell’Olmo (OSP)	
			Patologia clinica – PO SMI Fucito (OSP)	
			Patologia clinica – PO SMI da Procida (OSP)	
				Urgenze di laboratorio – PO Ruggi
				Diagnostica ematologica di laboratorio – PO Ruggi
				Immunometria Specialistica– PO Ruggi
	Screening genetico di emocromatosi ereditaria per la prevenzione di epatocarcinoma e patologie cardiovascolari (PROGRAMMA) (UNI)			
	Dosaggio di marcatori liquidi biologici per la diagnosi ed il monitoraggio terapeutico di pazienti affetti da malattie neurodegenerative (PROGRAMMA) (UNI)			

	Biomarcatori innovativi per la prevenzione ed il monitoraggio dello Scompenso Cardiaco (UNI) (PROGRAMMA)			
Unita Operative Semplici Dipartimentali				
Codice disciplina	Descrizione			pl
	Medicina Necroscopica e contenzioso			

UUOCC 3 programmi 6 UUOSSDD1 UUOSS 3 IIAASS 3

*all'UOC Rischio Clinico sarà collegata una Posizione Organizzativa "Gestione del rischio. Sviluppo e implementazione documentazione area assistenziale".

Fanno parte del DAI le UU.OO. di Fisica Sanitaria, Medicina Nucleare, Imaging molecolare e Terapia con Radionuclidi, Neuroradiologia diagnostica ed interventistica, Neuroradiologia avanzata in RM, Radiologia, Radiologia vascolare ed interventistica e Radioterapia.

Il DAI di Diagnostica per Immagini è così composto:

Dipartimento Diagnostica per Immagini

Codice disciplina	Unità Operative Complesse	Posti letto	Unità Operative Semplici	Incarichi di Alta Specialità
61	Medicina Nucleare (OSP)			Terapia metabolica
				Cardiologia nucleare
	Imaging molecolare (programma) (UNI)			
104	Neuroradiologia Diagnostica ed Interventistica (OSP)			RM Funzionale
				Interventistica del Rachide
				TC morfofunzionale del distretto neuro vascolare
				Neuroangiografia
104	Neuroradiologia avanzata in RM (UNI) (PROGRAMMA)			
69	Radiologia (OSP)			Ecografia
				Radiologia Generale – PO da Procida (OSP)
				Tc morfofunzionale in oncologia
				RM gastroenterologica
69				Radiologia Interventistica
70	Radioterapia (OSP)		Radioterapia Pediatrica	

Unita Operative Semplici Dipartimentali

Codice disciplina	Descrizione	pl
69	Radiologia vascolare ed interventistica (OSP)	
104	Neuroradiologia d'Urgenza (OSP)	
69	Senologia diagnostica ed interventistica (OSP)	
69	Pronto soccorso Radiologico – PO Ruggi (OSP)	
	Radiologia Generale – PO SMI dell'Olmo (OSP)	
	Radiologia Generale – PO Fucito (OSP)	
	Radiologia Generale – PO Costa d'Amalfi (OSP)	
	FISICA SANITARIA – PO Ruggi (OSP)	

UUOCC 4 Programmi 1 UUOSSDD 8 UUOSS1 IIAASS 10

Le UU.OO. del DAI sono: Chirurgia pediatrica, Chirurgia laparoscopica, Neonatologia, Terapia Intensiva Neonatale, Ostetricia e Ginecologia, Gravidanza a rischio e diagnosi prenatale, Clinica Pediatrica e Pediatria e Oftalmologia Pediatrica

E' prevista un UOSD denominata Percorso Gravidanza Fisiologica.

Tale UO ha come mission quella di favorire la gravidanza fisiologica, abbattendo i numeri fuori standard di cesareo nell'AOU, garantendo servizi quali la parto analgesia e il roaming in oltre ad integrare anche l'offerta pre parto con ambulatori di gravidanza fisiologica e corsi di preparazione al parto.

Nel Dipartimento è prevista una SSD Procreazione Medicalmente Assistita ubicata nel PO Ruggi

Verrà costituito all'interno del Dipartimento un TAVOLO DI MONITORAGGIO che seguirà l'andamento del ricorso al Taglio Cesareo.

Sarà obiettivo del Tavolo analizzare le condizioni che favoriscono il ricorso al Taglio Cesareo e introdurre strumenti per favorire il parto naturale.

L'Azienda, nell'ambito della Rete materno infantile della provincia di Salerno, è sede delle Unità Operative di Pediatria, Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale.

Nel PO

Il DAI Materno Infantile con 145 posti letto è così composto:

DAI PROGETTI DI PROGETTO MANAGER				
Codice disciplina	Unità Operative Complesse	Posti letto	Unità Operative Semplici	Incarichi di Alta Specialità
11	Chirurgia Pediatrica - PO RUGGI - (OSP)	15	Urgenze e Pronto Soccorso Chirurgico Pediatrico	
				Chirurgia Miniinvasiva
				Day Surgery
			Odontoiatria e Gnatologia dell'età evolutiva	
11	Chirurgia Laparoscopica (PROGRAMMA)			
62** e 73***	Neonatologia e TIN - PO RUGGI - (OSP)	28 (20 pl neonatologia e 8 TIN)	Nido	
			Terapia sub intensiva neonatali	
37	Ostetricia e Ginecologia - PO Ruggi - (OSP)	15		Ginecologia oncologica
			Patologia Cervico Vaginale	
			Interruzione Volontaria di Gravidanza	
				Centro antiviolenza
37	Clinica Ostetrico - Ginecologica - PO Ruggi - (UNI)	15		
39	Pediatria generale e d'urgenza - PO Ruggi - (OSP)	15		Sub-intensiva pediatrica
			Pronto Soccorso e Osservazione Pediatrica	
	Clinica Pediatrica - PO Ruggi - (UNI)	15		Endocrinologia pediatrica
			Oncoematologia Pediatrica	
				Ambulatorio di pediatria
	Oculistica, ortottica e oftalmologia pediatrica (PROGRAMMA)			
33	Neuropsichiatria infantile	15		
Unità Operative Semplici Dipartimentali				
Codice disciplina	Descrizione			pl
37	Percorso gravidanza fisiologica - PO Ruggi - (OSP)			10

37	Procreazione medicalmente assistita – PO Ruggi – (OSP)	
37	Gravidanza a rischio e diagnosi prenatale – PO Ruggi – (OSP)	6
49	Rianimazione Pediatrica – PO Ruggi – (OSP)	2
39	Pediatria – PO SMI dell'OLMO – (OSP)	9

20 *8

PI 145 UUOCC 7 Programmi 2 UUOSSDD 5 UUOSS 8 IIAASS 7

9.10 - DAI Oncoematologico

Fanno parte del DAI Oncoematologico le UU.OO. di Anatomia Patologica, Oncologia e immunotrasfusionale.

Il DAI Oncoematologico con 37 posti letto è così composto:

DAI Oncoematologico				
Codice disciplina	Unità Operative Complesse	Posti letto	Unità Operative Semplici	Incarichi di Alta Specialità
3	Anatomia Patologica – (UNI)		Genetica molecolare e citogenetica	
18	Ematologia e Trapianti di Midollo – PO Ruggi – (UNI)	15	Chemioterapia ad Alte dosi	
				Immunoterapia
65	Oncologia – PO Ruggi – (UNI)	16	Immunoterapia	
				Tumori del tratto gastroenterico
				Nutrizione Clinica
	Genomica medica (Programma) (UNI)			
102	Medicina Trasfusionale – (OSP)			Terapia e trattamento Talassemie
Unità Operative Semplici Dipartimentali				
Codice disciplina	Descrizione			pl
65	Dh oncologico – PO Ruggi – (OSP)			6
	Nat e Biologia molecolare			

PI 35 UUOCC 4 Programmi 1 UUOSSDD 2 UUOSS 3 IIAASS 3

Si precisa che l'AOU si riserva, senza alterare i limiti posti dalla norma per il numero di UOC e di UOS/UOSD, di attivare nuove strutture e di disattivarne delle esistenti, a seguito di cambiamenti organizzati che possono incorrere durante la durata del presente Atto.

Tutte le linee di attività attualmente funzionanti, e non rappresentate nelle tabelle precedenti, verranno preservate come tali e sarà previsto per gli attuali responsabili specifico incarico professionale nell'invarianza dei costi per il personale e senza incidere sui fondi.

9.11 - Le Posizioni organizzative e i Coordinamenti dei DAI

L'articolo 20 del CCNL 07.04.1999 prevede che l'Azienda, sulla base dei propri ordinamenti di organizzazione ed in relazione alle esigenze di servizio, istituisca posizioni organizzative che richiedono lo svolgimento di funzioni con assunzione diretta di responsabilità da parte del personale appartenente alla Categoria "D" del comparto.

Con le posizioni organizzative si vuole riconoscere formalmente ed economicamente lo svolgimento di attività caratterizzate da una elevata autonomia con funzioni proprie di programmazione, valutazione ed efficiente allocazione delle risorse assegnate, responsabilità, specializzazione e responsabilità aggiuntive rispetto a quelle previste per il profilo di appartenenza.

Gli incarichi a copertura delle posizioni sono identificati con atto deliberativo, debbono essere verificabili per i risultati raggiunti e sono revocabili.

Le posizioni organizzative possono essere conferite prendendo in considerazione tutti i dipendenti del comparto appartenenti alla categoria D e DS che risultino in possesso dei requisiti professionali, nonché di qualificata esperienza nelle materie oggetto dell'incarico da conferire, come indicate nei relativi bandi di selezione.

La determinazione in sede aziendale delle posizioni organizzative tiene conto delle seguenti pluralità di fattori di variabilità anche in alternativa tra essi:

- Grado di innovazione organizzativa;
- Importanza strategica;
- Impegno comunicativo e relazionale;
- Gradi di rappresentanza interna ed esterna;
- Numero di unità operative coinvolte;
- Gestione tecnologie ad alta specializzazione;
- Attività con contenuto di elevata professionalità;
- Gestione gruppi di lavoro interdisciplinari;
- Attività di formazione e docenza;
- Grado di autonomia decisionale;
- Coordinamento di attività.

L'Azienda darà informazione preventiva ai sensi dell'art. 6 del CCNL 07/04/1999 alla RSU o predisporrà, in accordo con la RSU, apposito atto regolamentare in merito:

- Alle esigenze che determinano la rimodulazione e l'istituzione;
- Alla missione e all'area di responsabilità;
- Alla "pesatura" della funzione attribuita;
- Alla collocazione organizzativa;
- Ai requisiti richiesti;
- Alle modalità di affidamento.

Le posizioni organizzative, disciplinate dall'art. 20 del CCNL 07/04/1999, sono istituite per svolgere le seguenti funzioni:



controllo;

lo svolgimento di funzioni relative a servizi, dipartimenti, uffici o unità organizzative di particolare complessità, caratterizzate da un elevato grado di esperienza e autonomia gestionale ed organizzativa.

Lo svolgimento delle attività connesse all'incarico non esonera da alcuna funzione cui il dipendente risulta già in precedenza preposto.

L'incarico di responsabilità di posizione organizzativa è nominativamente conferito, mediante atto deliberativo, in base alle seguenti modalità:

STAFF di Direzione Amministrativa: Istituzione di apposita commissione composta: dal Direttore Amministrativo (o suo delegato), dal Dirigente della U.O. cui afferisce la posizione organizzativa da assegnare, e un segretario. Esperimento di selezione interna per titoli e colloquio, mirante a definire l'idoneità del candidato e la elaborazione del relativo profilo, non prevedendo la formazione di una graduatoria. Trasmissione degli atti al Direttore Generale per la individuazione;

Area Sanitaria infermieristica: Istituzione di apposita commissione composta: dal Direttore Sanitario (o suo delegato), dal Dirigente dei Servizi Infermieristici o dal Dirigente medico, e un segretario. Esperimento di selezione interna per titoli e colloquio, mirante a definire l'idoneità del candidato e la elaborazione del relativo profilo, non prevedendo la formazione di una graduatoria. Trasmissione degli atti al Direttore Generale, per la individuazione;

Area Sanitaria tecnica: Istituzione di apposita commissione composta: dal Direttore Sanitario (o suo delegato), da un Direttore di UO di Radiologia o di Medicina di Laboratorio o di Fisiokinesiterapia, e un segretario. Esperimento di selezione interna per titoli e colloquio, mirante a definire l'idoneità del candidato e la elaborazione del relativo profilo, non prevedendo la formazione di una graduatoria. Trasmissione degli atti al Direttore Generale, per la individuazione;

L'incarico di responsabilità di posizione organizzativa richiede il rapporto di lavoro a tempo pieno.

Il provvedimento di conferimento specifica la missione, l'area di responsabilità, il valore economico e la durata annuale dell'incarico.

L'articolazione e la denominazione delle posizioni organizzative, nonché i valori (pesature) delle stesse in relazione alla loro graduazione, articolati in 4 livelli retributivi. (differenziati per le tre Aree sopra individuate) saranno individuati nei medesimi atti istitutivi delle stesse.

L'incarico è a termine ed è sottoposto a valutazione. L'esito della valutazione periodica è riportato nel fascicolo personale del dipendente interessato. Di esso si tiene conto per l'affidamento di altri incarichi.

Il risultato delle attività svolte dai dipendenti cui siano stati attribuiti incarichi di posizione organizzativa è soggetto a valutazione annuale da parte dell'OIV sulla base di una relazione della Direzione di riferimento improntata ai seguenti criteri:

rispetto della missione ed area di responsabilità prevista;

grado di soddisfacimento qualitativo/quantitativo delle funzioni/prestazioni affidate;

capacità di gestire le innovazioni organizzative e tecnologiche.

In caso di valutazione negativa l'OIV prima della definitiva formalizzazione, acquisisce in contraddittorio le considerazioni del dipendente, anche assistito da rappresentante sindacale o persona di sua fiducia.

La revoca o cessazione dell'incarico comporta la perdita della indennità di funzione da parte del dipendente titolare della posizione. In questo caso il dipendente rimane inquadrato nella categoria e fascia di appartenenza.

Gli incarichi che si andranno a conferire avranno la durata di un anno e saranno sottoposti a valutazione.

RIFERIMENTI CONTRATTUALI.

CCNL 07/04/1999 Comparto Sanità artt. 20,21,36.

CCNL 20/09/2001 II Biennio Economico Comparto Sanità art. 11.

Di seguito vengono rappresentate le Posizioni organizzative individuate per ciascun DAI.

DAI	POSIZIONI ORGANIZZATIVE
DAI Area Critica	Responsabile aspetti organizzativi DAI
DAI Cardio Toraco Vascolare	Responsabile aspetti organizzativi DAI
DAI della Riabilitazione e Post Acuzie	Responsabile aspetti organizzativi DAI
DAI delle Chirurgie generali, Specialistiche e Trapianti	Responsabile aspetti organizzativi DAI
DAI Testa - Collo	Responsabile aspetti organizzativi DAI
DAI delle Scienze mediche	Responsabile aspetti organizzativi DAI
DAI di Igiene e Medicina valutativa	Responsabile aspetti organizzativi DAI
DAI Diagnostica per immagini	Responsabile aspetti organizzativi DAI
DAI Materno infantile	Responsabile aspetti organizzativi DAI
DAI Oncoematologico	Responsabile aspetti organizzativi DAI

Per la definizione delle posizioni di coordinamento poc'anzi esplicitate, sono state utilizzati quali elementi decisionali in primis la gradazione della Struttura nonché le unità di personale che andranno a comporla e l'indice di complessità previsto.

In totale sono stati previste 79 posizioni di Coordinamento. Per le UU.OO. che non prevedono il Coordinatore, la gestione delle risorse di personale e gli altri oneri del coordinamento, saranno attribuiti al titolare della posizione organizzativa Responsabile aspetti organizzativi del DAI di riferimento.

L'incarico di responsabilità di coordinamento è nominativamente conferito mediante atto deliberativo, attraverso appositi avvisi interni e previa verifica del possesso dei requisiti di



Il provvedimento di conferimento specifica la missione, l'area di responsabilità, il valore economico e la durata annuale dell'incarico.

L'incarico è a termine, di durata annuale ed è sottoposto a valutazione.

RIFERIMENTI CONTRATTUALI.

CCNL 20/09/2001 II Biennio Economico Comparto Sanità art. 10

CCNL 29/02/2008 I Biennio Economico Comparto Sanità art. 4.

Si riportano di seguito l'elenco dei 78 coordinamenti previsti nell'ambito dei DAI aziendali.

Sede		Descrizione	Posizione di coordinamento	profilo sanitario
Ruggi Ruggi	Linea di attività Linea di attività	Anatomia Patologica Genetica molecolare e citogenetica	1	TSLB
Ruggi Ruggi	Linea di attività Linea di attività	Ematologia e trapianto di midollo Chemioterapia ad alte dosi	1	INFERMIERE
Ruggi Ruggi Ruggi Ruggi Ruggi	Linea di attività Linea di attività Linea di attività Linea di attività Linea di attività	Oncologia DH Oncologico Immunoterapia Tumori del tratto gastroenterico Nutrizione Clinica	1	INFERMIERE
Ruggi Ruggi	Linea di attività Linea di attività	Immunotrasfusionale NAT e Biologia Molecolare	1 1	INFERMIERE TSLB
Ruggi Ruggi Ruggi Ruggi Ruggi Ruggi	Linea di attività Linea di attività Linea di attività Linea di attività Linea di attività Linea di attività	Chirurgia pediatrica Urgenze e Pronto Soccorso Chirurgico Pediatrico Chirurgia Miniinvasiva Day Surgery Oculistica, ortottica e oftalmologia pediatrica Chirurgia laparoscopica	1	INFERMIERE Pediatrico
Cava	Linea di attività	Pediatria	1	INFERMIERE pediatrico
Ruggi Ruggi Ruggi	Linea di attività Linea di attività Linea di attività	Neonatologia e TIN Terapia subintensiva neonatali Nido	1	INFERMIERE pediatrico
Ruggi	Linea di attività	Ostetricia e Ginecologia		

Ruggi	Linea di attività	Ginecologia oncologica	1	OSTETRICA
Ruggi	Linea di attività	Patologia cervico vaginale		
Ruggi	Linea di attività	Interruzione Volontaria di Gravidanza		
Ruggi	Linea di attività	Centro anti violenza		
Ruggi	Linea di attività	Percorso gravidanza fisiologica		
Ruggi	Linea di attività	Gravidanza a rischio e diagnosi prenatale		
Ruggi	Linea di attività	Procreazione medicalmente assistita		
Ruggi	Linea di attività	Clinica Ostetrico - Ginecologica	1	OSTETRICA
Ruggi	Linea di attività	Clinica Pediatrica	1	INFERMIERE pediatrico
Ruggi	Linea di attività	Pediatria generale e d'urgenza		
Ruggi	Linea di attività	Sub – Intensiva Pediatrica		
Ruggi	Linea di attività	Pronto Soccorso e Osservazione Pediatrica		
Ruggi	Linea di attività	Oncoematologia Pediatrica		
Ruggi	Linea di attività	Ambulatorio di pediatria		
Ruggi	Linea di attività	Endocrinodiabetologia pediatrica		
Ruggi	Linea di attività	Odontoiatria e Gnatologia dell'età evolutiva		
Ruggi	Linea di attività	Rianimazione Pediatrica	1	INFERMIERE pediatrico
Ruggi	Linea di attività	Neuropsichiatria Infantile		
Ruggi	Linea di attività	Fisica Sanitaria		
Ruggi	Linea di attività	Medicina Nucleare	1	TSRM
Ruggi	Linea di attività	Imaging molecolare e Terapia con Radionuclidi		
Ruggi	Linea di attività	Neuroradiologia avanzata in RM		
Ruggi	Linea di attività	RM funzionale		
Ruggi	Linea di attività	Interventistica del rachide		
Ruggi	Linea di attività	TC morfofunzionale del distretto neurovascolare		
Ruggi	Linea di attività	Neuroangiografia	1	TSRM
Ruggi	Linea di attività	Neuroradiologia di Pronto Soccorso		

Ruggi	Linea di attività	Neuroradiologia Diagnostica ed Interventistica		
Ruggi	Linea di attività	Radiologia Vascolare ed Interventistica	1	TSRM
Ruggi	Linea di attività	Radiologia Interventistica		
Ruggi	Linea di attività	Radiologia	1	TSRM
Ruggi	Linea di attività	Ecografia		
Ruggi	Linea di attività	TC morfofunzionale in oncologia		
Ruggi	Linea di attività	RM nello studio funzionale e morfologico dell'apparato digerente		
Ruggi	Linea di attività	Senologia diagnostica ed interventistica		
Ruggi	Linea di attività	Pronto Soccorso Radiologico		
MSS	Linea di attività	Radiologia generale	1	TSRM
da Procida	Linea di attività	Radiologia generale		
Cava	Linea di attività	Radiologia generale		
Ruggi	Linea di attività	Radioterapia	1	TSRM
Ruggi	Linea di attività	Radioterapia pediatrica		
Ruggi	Linea di attività	Igiene sanitaria		
Ruggi	Linea di attività	Igiene ospedaliera ed epidemiologia		
Ruggi	Linea di attività	Medicina Necroscopica e Contenzioso		
MSS	Linea di attività	Medicina Legale		
Ruggi	Linea di attività	Risk Manager		
Ruggi	Linea di attività	Patologia clinica e microbiologia	1	TSLB
Ruggi	Linea di attività	Urgenze di laboratorio		
Ruggi	Linea di attività	Immunometria Specialistica		
MSS	Linea di attività	Patologia Clinica	1	TSLB
da Procida	Linea di attività	Patologia Clinica		
Cava	Linea di attività	Patologia Clinica		
Ruggi	Linea di attività	Screening genetico di emocromatosi ereditaria per la prevenzione di epatocarcinoma e patologie cardiovascolari		
Ruggi	Linea di attività	Dosaggio di marcatori liquidi biologici per la		

Ruggi	Linea di attività	diagnosi ed il monitoraggio terapeutico di pazienti affetti da malattie neurodegenerative Biomarcatori		
Ruggi	Linea di attività	Endocrinologia Generale	1	INFERMIERE
Ruggi	Linea di attività	Patologia Tiroidea		
Ruggi	Linea di attività	Gastroenterologia	1	INFERMIERE
Ruggi	Linea di attività	Endoscopia diagnostica		
Ruggi	Linea di attività	Malattie Infiammatorie complesse		
Ruggi	Linea di attività	Studio delle malattie funzionali dell'apparato digerente		
Ruggi	Linea di attività	Clinica Infettivologica	1	INFERMIERE
Ruggi	Linea di attività	Microbiologia clinica		
Ruggi	Linea di attività	Epatiti Virali acute e croniche		
Ruggi	Linea di attività	Servizio di Assistenza Domiciliare (SOD ex l. 135/90)		
Ruggi	Linea di attività	Malattie Infettive		
Ruggi	Linea di attività	Medicina Interna	1	INFERMIERE
Ruggi	Linea di attività	Clinica Medica		
Ruggi	Linea di attività	Patologia aterotrombotica		
Ruggi	Linea di attività	Sezione Detenuti		
Ruggi	Linea di attività	Reumatologia		
Cava	Linea di attività	Dermatologia	1	INFERMIERE
MSS	Linea di attività	Medicina generale	1	INFERMIERE
Cava	Linea di attività	Medicina generale	1	INFERMIERE
Ruggi	Linea di attività	Allergologia e immunopatologia Respiratoria	1	INFERMIERE
Ruggi	Linea di attività	Pneumologia		
Ruggi	Linea di attività	Polisonnografia		
Ruggi	Linea di attività	Clinica Neurologica	1	INFERMIERE
Ruggi	Linea di attività	Neurologia		
Ruggi	Linea di attività	Neurologia sperimentale		

Ruggi	Linea di attività	Neurosonologia e patologia neuro vascolare		
Ruggi	Linea di attività	Sclerosi Multipla		
Ruggi	Linea di attività	Anziano Fragile Neurologico		
Ruggi	Linea di attività	Stroke Unit		
Ruggi	Linea di attività	Psichiatria	1	INFERMIERE
Ruggi	Linea di attività	Nefrologia	1	INFERMIERE
Ruggi	Linea di attività	Clinica Nefrologica		
Ruggi	Linea di attività	Dialisi		
da Procida	Linea di attività	Riabilitazione	2	TERAPISTA RIAB.NE INFERMIERE
da Procida	Linea di attività	Pneumologia	1	INFERMIERE
da Procida	Linea di attività	Neurologia		
da Procida	Linea di attività	Riabilitazione cardiologica	1	TERAPISTA RIAB.NE
MSS	Linea di attività	Cardiologia preventiva	1	INFERMIERE
da Procida	Linea di attività	Neuroriabilitazione	1	INFERMIERE
da Procida	Linea di attività	Clinica medica epatologia - Lungodegenza	1	INFERMIERE
da Procida	Linea di attività	Patologie epatiche e nuovi trattamenti		
Ruggi	Linea di attività	Neurochirurgia	1	INFERMIERE
Ruggi	Linea di attività	Clinica Neurochirurgica		
Ruggi	Linea di attività	Oculistica	1	INFERMIERE
Ruggi	Linea di attività	Clinica Oculistica		
Ruggi	Linea di attività	Neuropatia Ottica e Chirurgia del Glaucoma		
Ruggi	Linea di attività	Otorinolaringoiatria	1	INFERMIERE
Ruggi	Linea di attività	Audiovestibologia		
Ruggi	Linea di attività	Chirurgia Orofaringea		
MSS	Linea di attività	Centro di Eccellenza di Foniatria e Audiovestibologia		
Ruggi	Linea di attività	Clinica Otorinolaringoiatrica		

MSS	Linea di attività	Chirurgia rigenerativa maxillo facciale		
MSS	Linea di attività	Odontostomatologia e implantologia	1	IGIENISTA DENTALE
MSS	Linea di attività	Odontostomatologia preventiva e sociale		
MSS	Linea di attività	Odontostomatologia ad alto rischio biologico		
Ruggi	Linea di attività	Neuroranimazione e T.I. Neurochirurgica	1	INFERMIERE
Ruggi	Linea di attività	Clinica Chirurgica	1	INFERMIERE
Ruggi	Linea di attività	Chirurgia generale		
Ruggi	Linea di attività	Chirurgia ambulatoriale		
Ruggi	Linea di attività	Day Surgery		
Ruggi	Linea di attività	Senologia e Coordinamento Breast Unit		
Ruggi	Linea di attività	Centro Stomie		
Ruggi	Linea di attività	Chirurgia Fegato, Pancreas e vie biliari		
MSS	Linea di attività	Endoscopia operativa	1	INFERMIERE
MSS	Linea di attività	Endoscopia d'urgenza		
Ruggi	Linea di attività	Clinica ortopedica	1	INFERMIERE
Ruggi	Linea di attività	Chirurgia della Mano		
Ruggi	Linea di attività	Chirurgia della Scoliosi		
Ruggi	Linea di attività	Implementazione di nuove tecniche di chirurgia plastica	1	INFERMIERE
Ruggi	Linea di attività	Chirurgia plastica e ricostruttiva		
Ruggi	Linea di attività	Chirurgia dei Trapianti	1	INFERMIERE
Ruggi	Linea di attività	Urologia	1	INFERMIERE
Ruggi	Linea di attività	Clinica Urologica		
MSS	Linea di attività	Urologia	1	INFERMIERE
Ruggi	Linea di attività	Terapia Intensiva Post Operatoria	1	INFERMIERE
Ruggi	Linea di attività	Terapia Intensiva Post Operatoria Cardiochirurgica	1	INFERMIERE
Ruggi	Linea di attività	Cardioanestesia		
Ruggi	Linea di attività	Cardiochirurgia	1	INFERMIERE
Ruggi	Linea di attività	Ecocardiografia chirurgica		

Ruggi	Linea di attività	Cardiochirurgia d'urgenza		
Ruggi	Linea di attività	Cardiochirurgia mininvasiva		
Ruggi	Linea di attività	Assistenza ventricolare		
Ruggi	Linea di attività	Chirurgia Coronarica		
Ruggi	Linea di attività	Chirurgia valvolare		
Ruggi	Linea di attività	Clinica Cardiologica	1	INFERMIERE
Ruggi	Linea di attività	UTIC		
Ruggi	Linea di attività	Ecocardiografia		
Ruggi	Linea di attività	Elettrofisiologia		
Ruggi	Linea di attività	Scompenso Cardiaco		
Ruggi	Linea di attività	Imaging multimodale cardiologico		
Ruggi	Linea di attività	Cardiologia Intensiva		
Ruggi	Linea di attività	Emodinamica	1	INFERMIERE
Ruggi	Linea di attività	Chirurgia Toracica	1	INFERMIERE
Ruggi	Linea di attività	Chirurgia Vascolare ed Endovascolare	1	INFERMIERE
MSS	Linea di attività	Angiologia - piede diabetico		
Ruggi	Linea di attività	Chirurgia Endovascolare		
Ruggi	Linea di attività	Chirurgia delle urgenze vascolari		
Ruggi	Linea di attività	Trattamento infezioni protesiche		
Ruggi	Linea di attività	Trattamento vascolare del piede diabetico		
Ruggi	Linea di attività	Anestesia e TI Vascolare		
MSS	Linea di attività	UTIC	*	
Cava	Linea di attività	Cardiologia	1	INFERMIERE
Cava	Linea di attività	UTIC		
Ruggi	Linea di attività	Anestesia e Rianimazione	1	INFERMIERE
Ruggi	Linea di attività	Terapia Iperbarica		
Ruggi	Linea di attività	Donazioni d'organo		
Ruggi	Linea di attività	Terapia Antalgica		
MSS	Linea di attività	Anestesia e Rianimazione	1	INFERMIERE
Cava	Linea di attività	Anestesia e Rianimazione	1	INFERMIERE

Ruggi	Linea di attività	Centrale Operativa 118	1	INFERMIERE
Ruggi	Linea di attività	Chirurgia d'Urgenza		
Ruggi	Linea di attività	Terapia pre e post operatoria		
Ruggi	Linea di attività	Trauma center	1	INFERMIERE
Ruggi	Linea di attività	Urgenze Chirurgiche intra - aziendali		
Ruggi	Linea di attività	Medicina d'Urgenza	1	INFERMIERE
Ruggi	Linea di attività	Pronto Soccorso e OBI	1	INFERMIERE
Cava	Linea di attività	Pronto soccorso	1	INFERMIERE
Costa d'Amalfi	Linea di attività	Pronto soccorso		
MSS	Linea di attività	Pronto Soccorso e OBI	1	INFERMIERE
Ruggi	Linea di attività	Ortotraumatologia	1	INFERMIERE
Ruggi	Linea di attività	Traumatologia della colonna		
Ruggi	Linea di attività	Traumatologia del bacino		
Cava	Linea di attività	Ortotraumatologia	1	INFERMIERE
Cava	Linea di attività	Traumatologia della Mano		
Cava	Linea di attività	Chirurgia generale e d'urgenza	1	INFERMIERE
Cava	Linea di attività	Endocrino chirurgia	1	INFERMIERE
MSS	Linea di attività	Chirurgia generale e d'urgenza	1	INFERMIERE
MSS	Linea di attività	Rianimazione e sale operatorie generali	1	INFERMIERE
Cava	Linea di attività	Rianimazione e sale operatorie generali	1	INFERMIERE
Ruggi	Linea di attività	sale operatorie TORRE	1	INFERMIERE
Ruggi	Linea di attività	sale operatorie TORRE	1	TECNICO PERFUSIONISTA
Ruggi	Linea di attività	sale operatorie ginecologia e ostetricia	1	INFERMIERE
Ruggi	Linea di attività	sale operatorie urgenza	1	INFERMIERE
Ruggi	Linea di attività	sale operatorie generali e Neurochirurgia	1	INFERMIERE

* Il coordinatore è lo stesso dell' UOC di Cardiologia Preventiva

10 - La dotazione organica

La dotazione organica in ambito sanitario è il documento nel quale si riportata la consistenza del personale dell'Azienda vigente ad una data prestabilita ed ordinato in base a un sistema di classificazione dei profili professionali.

Ai sensi dell'Articolo 21 del decreto n. 7 del 16.01.2013, sulla base degli indirizzi e dei criteri di cui al comma 1, si riporta la dotazione organica dell'A.O.U. San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona vigente al 31 Dicembre 2013.

Il processo di rilevazione della dotazione organica per l'AOU ha previsto innanzitutto un preliminare raggruppamento dei profili professionali in dodici categorie:

- Amministrativi;
- Assistenti religiosi;
- Assistenti Sociali,
- Ausiliari;
- OSS;
- Dirigenti Medici;
- Dirigenti sanitari laureati non medici;
- Dirigenti Tecnici-Professionali-Amministrativi;
- Infermieri;
- Tecnici non sanitari;
- Tecnici Sanitari;
- Personale della Riabilitazione.

Tale rilevazione è basata non solo sul conteggio del numero di "teste" in servizio ma anche sull'equivalenza rispetto all'orario di lavoro pari a 36 ore per il comparto e 38 ore per la dirigenza (*metodologia FTE, acronimo di Full Time Equivalent*).

La metodologia di calcolo in FTE si rende necessaria poiché nel contingente aziendale è incluso anche il personale che svolge attività assistenziale non a tempo pieno.

Il processo di rilevazione delle unità di personale si è svolto in più fasi:

Estrazione dal S.I.A. della Dotazione organica al 31/12/2013. Il personale è archiviato nel sistema informativo aziendale secondo tre tipologie d'inquadramenti:

- Dipendenti;
- Collaboratori Coordinati (Professori e Ricercatori Universitari);
- Specialisti Ambulatoriali.

In particolare, sono state escluse dal conteggio totale le seguenti figure professionali:

- Direttore Generale,
- Direttore Amministrativo,
- Direttore Sanitario,

Specialisti Ambulatoriali SOSTITUITI in quanto le ore di attività sono state già conteggiate in riferimento alle unità titolari dell'incarico.

Per la definizione complessiva della dotazione organica, si è proceduto ad aggiungere le seguenti figure professionali:

Specialisti Ambulatoriali (Medici e Biologi) in convenzione con altre ASL, che svolgono però, attività assistenziale a tempo parziale presso l'A.O.U. San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona, Medici e personale afferente alla Dirigenza Tecnico-Professionale e Amministrativa in convenzione presso altre ASL/AO, Personale infermieristico interinale,

Equivalente in FTE del numero di ore erogate in PLUS ORARIO per gli Specialisti Ambulatoriali;

Equivalente in FTE delle ore erogate in auto convenzionamento per i dirigenti medici.

Il risultato dell'elaborazione sopra esposta è mostrato nella Tabella seguente.

Macro-Categoria	N . T e s t e (A)	FT E (B)	% F T E s u l t o t a l e (C)	F T E S t r a o r d i n a r i o (D)	FT E Au to co nv en zio ni (E)	FTE Interi nali + Conv enzio ni (F)	FT E TO T. (G)	% FT E T O T. (H)
Amministrativi	159	158,83	5,39	14,41	0,00		173,24	5,04
Assistente Religioso	5	5,11	0,17	0,00	0,00		5,11	0,15
Assistenti Sociali	3	3	0,10	0,05	0,00		3,05	0,09
Ausiliari	104	103,69	3,52	12,56	0,00		116,25	3,38
OSS	235	235	7,97	43,57	0,00		278,57	8,11
Dirigenti Medici	68	647,	21	23	70,8	2,51	743,	21,6

		48	,	,	6			5
			9	0				
			7	7				
Dirigenti sanitari non medici	3 1	27 ,0 6	0 , 9 2	3 , 1 4	0, 00	1	31 ,2 0	0, 91
Dirigenti tecnici-professionali - amministrativi	1 5	15	0 , 5 1	0 , 1 8	0, 00		15 ,1 8	0, 44
Infermieri	1 . 2 8 1	1. 27 9, 30	4 3 , 4 1	1 6 7 , 4 5	0, 00	40	1. 48 6, 75	43 ,2 6
Tecnici non sanitari	2 4 2	24 1, 65	8 , 2 0	7 3 , 8 0	0, 00		31 5, 45	9, 18
Tecnici sanitari	2 0 4	20 4	6 , 9 2	3 6 , 5 1	0, 00		24 0, 51	7, 00
Personale della Riabilitazione	2 7	26 ,9	0 , 9 1	0 , 4 7	0, 00		27 ,3 7	0, 80
Totale complessivo	2 . 9 9 3	2. 94 7, 02	1 0 0 , 0 0	3 7 5 , 2 1	70 ,8 6	43,51	3. 43 6, 60	10 0, 00
* Il valore di FTE derivanti dall'autoconvenzionamento è ottenuto proiettando il valore numerico delle ore liquidate nel primo semestre 2013 su tutto l'anno.								

Tabella 1: Dotazione Organica al 31/12/2013 dell'AOU San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona

1) di cui 53 Specialisti ambulatoriali, medici e dirigenti sanitari non medici, 57 tra docenti e ricercatori universitari, responsabili di “programmi universitari” attivati a quella data e 40 unità di personale infermieristico che prestano la propria attività lavorativa come “lavoratori interinali” e 2,51 FTE di unità di personale in convenzione con altre ASL/AO.

Se vengono però presi in considerazione fattori quali:
il ricorso all'istituto dello straordinario per il personale di comparto,
il cosiddetto “autoconvenzionamento interno” per il personale medico e sanitario non medico,
il ricorso a plus orario per gli specialisti ambulatoriali

L'erogazione dei volumi di attività nel corso del 2013 ha comportato pertanto l'utilizzo di forza lavoro pari, al 31/12/2013 a **3.436** di personale FTE.

Il complesso “perimetro logico” nel quale la neo nata AOU si troverà ad operare nei prossimi anni -i cui principali determinanti sono costituiti da una incisiva modificazione della mission e della vision in base alla quale si modifica la Struttura organizzativa aziendale e dal rafforzamento produttivo dell'Azienda che, a regime, la porterà a 1.037 posti letto (più due letti tecnici)- richiede una ridefinizione del personale dipendente dell'Azienda, la cui numerosità e “qualità” deve essere adeguata ai nuovi e più complessi compiti affidatigli, in un contesto di piena compatibilità economica.

10.1 - Determinazione del fabbisogno di risorse umane

Il conseguimento degli obiettivi istituzionali sanciti dagli atti di programmazione regionale ed il raggiungimento dei livelli assistenziali indicati dalle soglie operative minime inducono a configurare una dotazione organica, che sulla base del dato di partenza al 31/12/2013, sia a regime in grado di garantire la sostenibilità dell'azione produttiva dell'Azienda.

L'approccio seguito dall'Azienda nella determinazione del fabbisogno di personale è basato sul metodo del **benchmark**, quale tecnica che consente di misurare e confrontare le risorse messe a disposizione dalle strutture analizzate. Il metodo del benchmarking prevede il confronto di diverse esperienze in realtà di gestione differenti attraverso l'utilizzo di indicatori quantitativamente misurabili. Pertanto, nell'Azienda si è scelto di individuare come target l'AOU Santa Maria della Misericordia di Udine che, per dotazione di posti letto, risulta paragonabile.

In dettaglio, sono state seguite le seguenti fasi metodologiche:
individuazione del target di comparazione;
determinazione del fabbisogno di risorse umane rispetto al target.

10.1.1. - Individuazione del target di comparazione

Misericordia" di Udine della quale, di seguito, si riportano i principali dati di attività sanitaria⁹ e di dotazione organica¹⁰.

Tipologie	Posti letto		Dimessi		Giornate degenza		Durata media degenza		Tasso di occupazione (1)	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Ricoveri ordinari	951	951	3128	3128	28934	276	9,0	8,7	8,2	7,0
Ricoveri in Day Hospital	148	148	12678	12678	88721	86	6,8	6,7	2,38	2,30
Totale ricoveri	1099	1099	43960	43960	37805	363				

Tabella 2: Dati strutturali e di attività sanitaria dell'AOU di Udine

Macrocategoria	FTE	Rapp. Somminist.	Totale	% sul Tot.
Amministrativi	303	0	303	8,04
Assistente Religioso	3	0	3	0,08
Assistenti Sociali	3	0	3	0,08

⁹ L'Ospedale in cifre: fonte dati sito ufficiale aziendale <http://www.ospedaleudine.it/azienda/statistiche>.

¹⁰ PAO 2013: Con decreto n° 1099 del 28 dicembre 2012 e successive integrazioni e modificazioni l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine ha approvato il Piano Attuativo Ospedaliero anno 2013 – PAO 2013.

	138	0		
OSS	513	0	513	13,6
Dirigenti Medici	635	0	635	16,84
Dirigenti sanitari non medici	49	0	49	1,3
Dirigenti tecnici-professionali-amministrativi	21	0	21	0,56
Infermieri	1.596	10	1.606	42,59
Tecnici non sanitari	174	2	176	4,67
Tecnici sanitari	293	0	293	7,77
Personale della Riabilitazione	31	0	31	0,82
Totale complessivo	3.759	12	3.771	100

Tabella 3: Dotazione Organica al 31/12/2012 S. Maria della Misericordia – Udine

La differenza tra l'Azienda e l'AOU S.M. della Misericordia in termini di unità di personale è mostrata in dettaglio nella Figura seguente.

In particolare, utilizzando per entrambe le aziende, i numeri relativi espressi in percentuale del valore di FTE rispetto al totale al netto della conversione dello straordinario, si evidenzia, la presenza di una percentuale maggiore di Dirigenti Medici e Tecnici non sanitari nell'AOU di Salerno.

Contrariamente, si evince come ci sia una carenza di amministrativi e OSS rispetto al target. I valori relativi alle altre unità di personale sono, invece, pressoché confrontabili.

Anche il ricorso allo straordinario, conferma la maggiore presenza di medici e tecnici non sanitari e la minore presenza OSS rispetto al target.

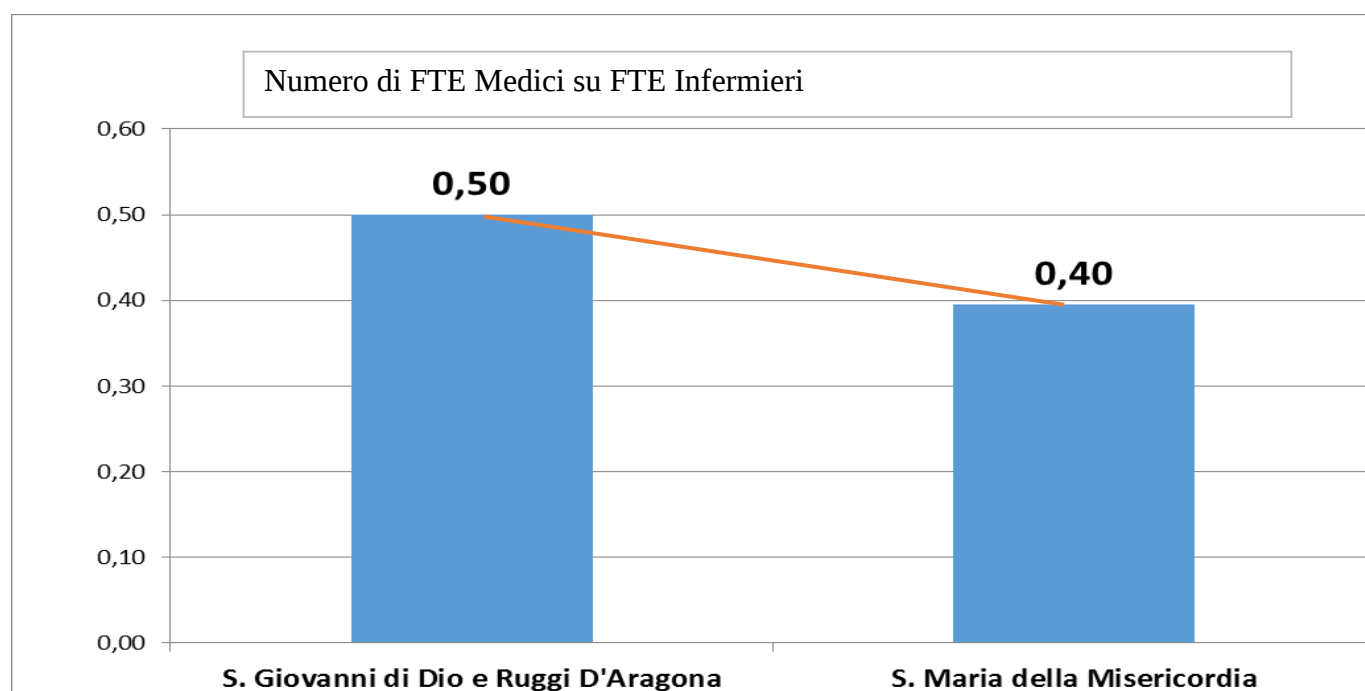
Figura 1: Delta (%) tra l'AOU Ruggi e l'AOU di Udine

Il delta rilevato rispetto all'azienda benchmark in termini di raggruppamenti per profilo professionale è evidenziato dalla misurazione dei seguenti indicatori:

N. FTE Medici/ N. FTE Infermieri;
FTE ruolo amministrativo/FTE ruolo sanitario.

N. FTE Medici/ N. FTE Infermieri

AOU	FTE Medici	FTE Infermieri	Medici/Infermieri
S. Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona	743,92	1.486,75	0,50
S. Maria della Misericordia	635	1.606,00	0,40

**Figura 2: N. FTE Medici/N. FTE infermieri a confronto**

Come si evince dall'istogramma precedente, l'Azienda ha un rapporto FTE medici/FTE infermieri maggiore rispetto all'AOU di Udine.

Infatti, l'Azienda ha un numero di Dirigenti Medici maggiore ed un numero di Infermieri minore rispetto all'AOU di Udine.

Numero di FTE Amministrativi su FTE Ruolo sanitario

AOU	FTE Amm.	FTE Ruolo sanitari o	Amm./Sanita ri
S. Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona	173,2 4	2529,7 5	0,07
S. Maria della Misericordia	303	2.604,0 0	0,12

Tabella 5: Numero di FTE Amministrativi su FTE Ruolo sanitario

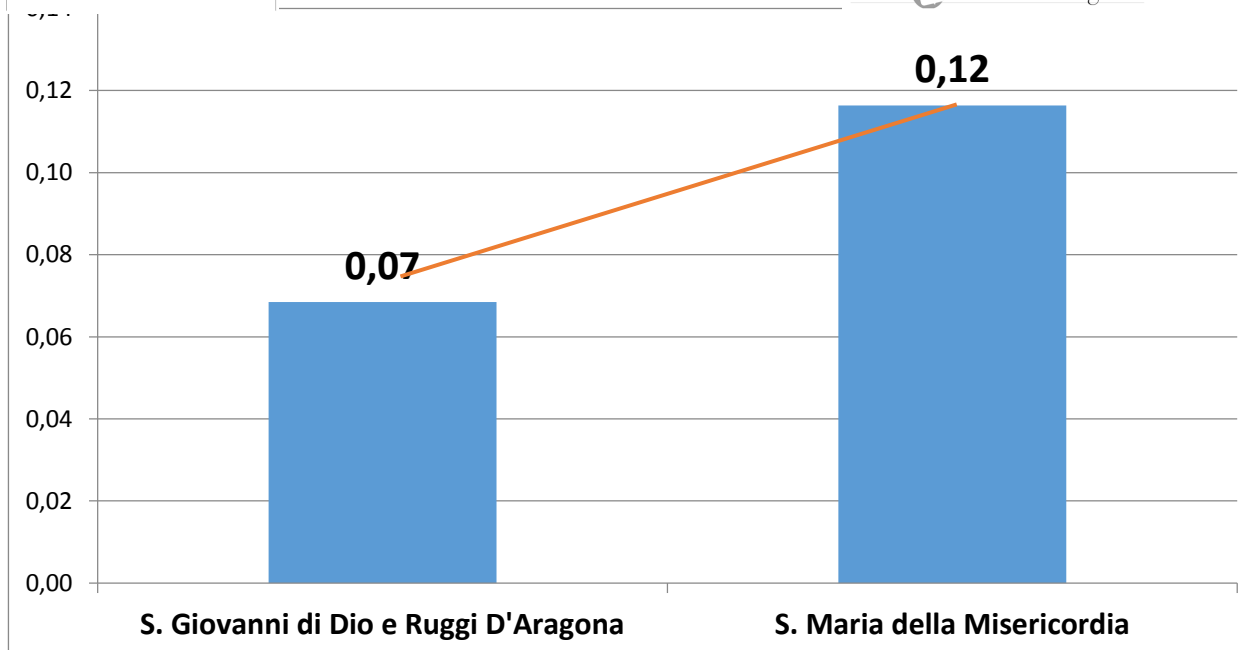


Figura 3: Numero di FTE Amministrativi su FTE Ruolo sanitario (Medici, Inf., Dir. San non med., tecnici sanit., personale della riabilitazione)

Contrariamente a quanto visto nell'immagine precedente, il personale del ruolo amministrativo ha un peso minore per l'Azienda rispetto all'AOU S. Maria della Misericordia di Udine.

La comparazione riguardante i dati di attività sanitaria evidenzia una maggiore attività del Ruggi pari al 12% rispetto al volume erogato dall'AOU di Udine nell'ambito di una sostanziale omogeneità che rende comparabili le due aziende.

10.1.2 - La determinazione del fabbisogno di risorse umane

La definizione del fabbisogno di risorse umane è stata determinata a partire dalla valutazione del rapporto tra personale ed il numero di posti letto in dotazione.

Per la determinazione del fabbisogno di risorse umane attraverso la metodica del benchmark, si è scelto di selezionare anche altre aziende ospedaliere universitarie oltre all'AOU S. Maria della Misericordia di Udine. (vedi Tabella seguente).

Infine è stato calcolato il valore medio FTE/PL tra le varie aziende benchmark selezionate.

Aziende Benchmark	Ann o	PL	FTE	FTE/ PL
AOU S.M. DELLA MISERICORDIA - UDINE	2012	1.099,00	3.771	3,43
ENTE OSPEDALIERO "OSPEDALI GALLIERA" ¹¹	2013	432	1.813	4,20
AOU CAREGGI ¹²	2013	1.492,00	5.847	3,92
AO S. CROCE E CARLE DI CUNEO ¹³	2012	694	2.257	3,25
MEDIA				3,70

Tabella 6: Rapporto FTE/PL Aziende Benchmark

Assumendo il rapporto FTE/PL come indicatore dell'omogeneità e comparabilità delle aziende target, si è proceduto ad escludere l'Ente Ospedaliero "Ospedali Galliera" che mostra un rapporto FTE/PL che si discosta nettamente dalle altre Aziende Ospedaliere.

Pertanto, il valore medio FTE/PL considerato di riferimento è pari a **3,53**.

I dati relativi alle unità di personale sono stati ottenuti senza considerare la conversione delle ore di straordinario in FTE.

Pertanto, ponendoci nelle stesse condizioni operative utilizzate per le aziende benchmark e quindi considerando la Dotazione Organica dell'Azienda al 31/12/2013 al netto del valore di ore straordinario, plus orario ed autoconvenzionamento convertite in FTE si ottiene un valore FTE/PL molto inferiore rispetto a quello delle aziende benchmark (vedi tabella seguente).

Struttura	An no	PL	FTE	FTE/ PL
AOU San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona	2013	1014 ¹⁴	2.947,02	2,90

Tabella 7: Rapporto FTE/PL AOU San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona al netto delle FTE di straordinario, plus orario ed auto convenzionamento.

La differenza percentuale fra il rapporto FTE/PL dell'Azienda rispetto alle aziende benchmark è pari a -18%.

¹¹ Fonte Dati: sito ufficiale aziendale <http://www.galliera.it/galliera-live/galliera-live-2013>

¹² Ospedale in cifre: fonte dati sito ufficiale aziendale <http://www.aou-careggi.toscana.it/internet/index.php>

¹³ Fonte Dati: sito ufficiale aziendale <http://www.ospedale.cuneo.it>

¹⁴ I Posti letto da DCA 33.2016 sono pari a 1037. Tuttavia tale valore è raggiungibile asintoticamente poiché durante l'anno sono effettuati lavori di manutenzione, ristrutturazione etc. Pertanto, il valore si attesta intorno ai 1014.

evidente che l'Azienda, al fine di garantire l'accesso allo straordinario, all'auto convenzionamento, al plus orario della specialistica ed al convenzionamento esterno con altre aziende per "coprire" la carenza di personale.

Valutando il rapporto al lordo delle ore extra di assistenza erogate per l'anno 2013, si ottiene il seguente risultato.

Struttura	A n n o	P L	F T E	F T E / P L
AOU San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona	2 0 1 3	1 0 1 4	3. 4 3 6, 6	3, 3 9

Tabella 8: Rapporto FTE/PL AOU San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona al lordo delle FTE di straordinario, plus orario ed auto convenzionamento.

Il dato rilevato, evidenzia come neppure il ricorso allo straordinario e all'autoconvenzionamento riesca ad equiparare il valore medio del rapporto FTE/PL ottenuto per le aziende benchmark.

La differenza calcolata tra il valore FTE/PL tra l'Azienda e le Aziende Benchmark è pari a -0,16.

Tuttavia, la qualità assistenziale, in queste condizioni lavorative, è sicuramente pregiudicata.

Il valore di FTE necessarie a garantire un'attività assistenziale in linea con le altre aziende ospedaliere si ottiene utilizzando la seguente formula:

$$FTE_{\text{fabbisogno}} = 3,53 * 1.014^{15}$$

Il valore di FTE necessario a garantire attività assistenziale in linea con le altre aziende è mostrato nella tabella seguente.

	FTE Benchmark	FTE dotazione	FTE da reclutare
Al netto delle FTE di straordinario	3.579,42	2.947,02	632,4
Al lordo delle FTE di straordinario	3.579,42	3.436,6	142,82

Tabella 9: N. FTE da reclutare nell'AOU Ruggi in linea con le Aziende Benchmark

¹⁵ Considerato il numero di posti letto effettivi.

	FTE al 31/12/2013	FTE Fabbisogno	sul Tot	reclutar e
Amministrativi	158,83	201	5,62	42,17
Assistente Religioso	5,11	5,11	0,14	0
Assistente Sociale	3	6	0,17	3
Ausiliari	103,69	163	4,55	59,31
Dirigenti Medici	647,48	736	20,56	88,52
Dirigenti sanitari non medici	27,06	40	1,12	12,94
Dirigenti tecnici-professionali-amministrativi	15	28	0,78	13
Infermieri	1279,3	1488	41,57	208,7
OSS	235	370	10,34	135
Personale della Riabilitazione	26,9	39	1,09	12,1
Tecnici non sanitari	241,65	260	7,26	18,35
Tecnici sanitari	204	243	6,79	39
Totale complessivo	2.947,02	3.579	100	632,09

Tabella 10: FTE dell'AOU Ruggi incluso FTE da reclutare

La determinazione del fabbisogno di personale deriva da due considerazioni che riguardano sia l'ambiente interno che l'ambiente esterno:

Al fine di garantire la continuità assistenziale, l'azienda compensa la carenza di personale attraverso il ricorso a straordinario, autoconvenzionamento, interinali, convenzioni con altre ASL/AO etc. in misura piuttosto ingente;

La carenza di personale, è confermata dal confronto con l'ambiente esterno. Infatti, dal raffronto con le Aziende Benchmarking deriva una carenza di personale rispetto al valore totale. Tale confronto, permette anche l'individuazione delle figure professionali da reclutare.

Inoltre, la determinazione, delle unità di personale da incrementare, tiene conto anche di un miglioramento di tipo qualitativo che l'Azienda intende perseguire attraverso il reclutamento di nuove figure professionali.

Di seguito viene rappresentata la dotazione organica "a regime" della neo nata Azienda.

Ruolo	Profilo	Dotazione organica
Amministrativo	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO (C)	75
Professionale	ASSISTENTE RELIGIOSO (D)	5
Tecnico	ASSISTENTE TECNICO (C)	13
Tecnico	AUSILIARIO SPECIALIZZATO SSA (A)	148
Tecnico	AUSILIARIO SPECIALIZZATO STE (A)	15
Amministrativo	COADIUTORE AMMINISTRATIVO (B)	41

	COADIUTORE AMMINISTRATIVO (BS)	
Amministrativo	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE (D)	40
Amministrativo	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE ESPERTO (DS)	20
Tecnico	COLLABORATORE PROFESSIONALE (D) - ASSISTENTE SOCIALE	5
Tecnico	COLLABORATORE PROFESSIONALE ESPERTO (DS) - ASSISTENTE SOCIALE	1
Sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO (D)	1.318
Sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO (D) - FISIOTERAPISTA	34
Sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO (D) - OSTETRICA	37
Sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO ESPERTO (DS)	85
Sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO ESPERTO (DS) - FISIOTERAPISTA	5
Sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO ESPERTO (DS) - OSTETRICA	3
Sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE TECNICO SANITARIO (D)	220
Sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE TECNICO SANITARIO ESPERTO (DS)	23
Tecnico	COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE (D)	3
Tecnico	COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE ESPERTO (DS)	2
Professionale	COLLABORATORI AVVOCATI	1
Professionale	COLLABORATORI INGEGNERI	3
Amministrativo	COMMESSE (A)	5
Amministrativo	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	7
Amministrativo	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO SC	6
Tecnico	DIRIGENTE ANALISTA	2
Professionale	DIRIGENTE AVVOCATO SC	2
Professionale	DIRIGENTE INGEGNERE	4
Sanitario	DIRIGENTE MEDICO	586
Sanitario	DIRIGENTE MEDICO SC	44
Sanitario	DIRIGENTE SANITARIO BIOLOGO	19
Sanitario	DIRIGENTE PSICOLOGO CLINICO	1
Sanitario	DIRIGENTE SANITARIO FARMACISTA	10
Sanitario	DIRIGENTE SANITARIO FARMACISTA SC	1
Sanitario	DIRIGENTE SANITARIO FISICO	4
Sanitario	DIRIGENTE SITRA	3
Tecnico	DIRIGENTE TECNICO SOCIOLOGO	2
Professionale	DIRIGENTE ARCHITETTO	1
Tecnico	IMPIANTISTA ELETTRICISTA (C)	1
Sanitario	INFERMIERE GENERICO ESPERTO (C)	22

OPERATORE PROFESSIONALE INFEE		
Tecnico	OPERATORE QUALIFICATO (A)	1
Tecnico	OPERATORE SOCIO SANITARIO (BS)	370
Tecnico	OPERATORE TECNICO (B)	156
Tecnico	OPERATORE TECNICO (BS)	54
Tecnico	OPERATORE TECNICO ADDETTO ALL'ASSISTENZA (B)	6
Sanitario	PUERICULTRICE ESPERTA (C)	14
Tecnico	TECNICO DELLA PREVENZIONE (D)	1
Totale personale dipendente ospedaliero		3.471
UNIVERSITA'	PROFESSORI UNIVERSITARI - DIRIGENTI MEDICI E SANITARI NON MEDICI	61
Totale personale dipendente Università		61
SUMAI	SPECIALISTI AMBULATORIALI - MEDICI	45
SUMAI	SPECIALISTI AMBULATORIALI - SANITARI NON MEDICI	2
Totale personale specialisti ambulatoriali		47
Totale personale		3.579

Tabella 11: Dotazione Organica determinata in base al fabbisogno

La sua rideterminazione ha tenuto conto di vari e complessi parametri tra cui è utile sottolineare:

la necessità di abbattere radicalmente il ricorso allo straordinario per il personale di comparto e l'auto convenzionamento interno per la dirigenza medica e sanitaria non medica, e quindi ricondurre i due istituti a livelli "fisiologici", anche al fine di garantire una migliore qualità delle condizioni lavorative del personale dipendente. Nel caso specifico dell'auto convenzionamento, l'analisi ha evidenziato anche la non economicità del ricorso a tale istituto a fronte dell'assunzione di un numero corrispondente di personale dirigente chiamato a svolgere le medesime attività. La problematica è ben nota ma si è scontrata, fino ad oggi, con il blocco del turn-over del personale dipendente;

il forte sottodimensionamento della componente tecnico-amministrativa-professionale, solo parzialmente evidenziata dal ricorso allo straordinario per il personale di comparto. Per la Dirigenza T.A.P., infatti, non è previsto il ricorso all'istituto dell'auto convenzionamento, ma il forte surplus di orario e la sistematica perdita di almeno parte delle proprie ferie annuali che si registrano attualmente, testimoniano lo stato di forte disagio lavorativo in cui tale componente si trova ad operare;

la necessità di introdurre e/o incrementare la presenza di figure professionali qualificanti per le attività aziendali tra cui farmacisti, biologi, fisici sanitari, analisti, sociologi, ingegneri, avvocati, architetti;

la scelta di mantenere nell'ambito del personale dipendente figure professionali quali quelle degli ausiliari specializzati e degli operatori tecnici, le cui attività sono per una quota parte esternalizzate, al fine di salvaguardare e sviluppare particolari aree di attività rispetto alle quali non necessariamente il ricorso a Società esterne garantisce una migliore qualità delle stesse, vedi, ad esempio la scelta di mantenere, al momento per il solo Ruggi, la Cucina interna che sta garantendo una migliore qualità dei pasti erogati ai pazienti;

all'assistenza infermieristica e quello socio-sanitaria;

la scelta di rafforzare il personale medico nelle sue varie componenti – Dirigenza medica, specialisti ambulatoriali, Professori universitari. In particolare assume priorità assoluta la necessità, per l'Azienda, di assumere dirigenti medici anestesisti e rianimatori, al fine di incrementare l'attività operatoria e permettere il potenziamento della Rianimazione e l'attivazione di varie Terapie intensive;

il rafforzamento di tutte le figure professionali rimanenti con particolare riguardo al personale professionale tecnico-sanitario nelle varie componenti in cui si articola: Ortottisti, assistenti di Oftalmologia; Audiometristi; Tecnici iperbarici; delle fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare; tecnici sanitari di cardiologia; di laboratorio biomedico; di Radiologia medica.

11 - I costi

Sulla base della dotazione organica individuata, è possibile ipotizzare il costo relativo al personale ospedaliero, universitario e quello relativo agli specialisti ambulatoriali. Come è noto, il costo del personale dipendente rappresenta la principale voce di costo aziendale (circa il 57% dei costi).

Ruolo	Profilo	Dotazione organica	Costo pieno medio aziendale per profilo	Costo totale per profilo
Amministrativo	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO (C)	75	34.000	2.550.000
Professionale	ASSISTENTE RELIGIOSO (D)	5	31.500	157.500
Tecnico	ASSISTENTE TECNICO (C)	13	29.000	377.000
Tecnico	AUSILIARIO SPECIALIZZATO SSA (A)	148	28.600	4.232.800
Tecnico	AUSILIARIO SPECIALIZZATO STE (A)	38	28.900	1.098.200
Amministrativo	COADIUTORE AMMINISTRATIVO (B)	41	29.000	1.189.000
Amministrativo	COADIUTORE AMMINISTRATIVO (BS)	20	29.500	590.000
Amministrativo	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE (D)	40	41.500	1.660.000
Amministrativo	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE ESPERTO (DS)	20	42.500	850.000
Tecnico	COLLABORATORE PROFESSIONALE (D) - ASSISTENTE SOCIALE	5	41.000	205.000
Tecnico	COLLABORATORE PROFESSIONALE ESPERTO (DS) - ASSISTENTE SOCIALE	1	43.000	43.000
Sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO (D)	138	45.000	59.310.000
Sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO (D) - FISIOTERAPISTA	34	41.000	1.394.000

	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO (D) - OSTETRICA	37	0	0
Sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO ESPERTO (DS)	85	47.00 0	3.995.00 0
Sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO ESPERTO (DS) - FISIOTERAPISTA	5	43.00 0	215.000
Sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO ESPERTO (DS) - OSTETRICA	3	47.00 0	141.000
Sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE TECNICO SANITARIO (D)	22 0	43.00 0	9.460.00 0
Sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE TECNICO SANITARIO ESPERTO (DS)	23	45.00 0	1.035.00 0
Tecnico	COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE (D)	3	41.50 0	124.500
Tecnico	COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE ESPERTO (DS)	2	45.00 0	90.000
Professional e	COLLABORATORI AVVOCATI	1	41.50 0	41.500
Professional e	COLLABORATORI INGEGNERI	3	41.50 0	124.500
Amministrati vo	COMMESSO (A)	5	28.40 0	142.000
Amministrati vo	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	7	100.0 00	700.000
Amministrati vo	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO SC	6	106.0 00	636.000
Tecnico	DIRIGENTE ANALISTA	2	100.0 00	200.000
Professional e	DIRIGENTE AVVOCATO SC	2	115.0 00	230.000
Professional e	DIRIGENTE INGEGNERE	4	110.0 00	440.000
Sanitario	DIRIGENTE MEDICO	58 6	105.0 00	61.530.0 00
Sanitario	DIRIGENTE MEDICO SC	44	115.0 00	5.060.00 0
Sanitario	DIRIGENTE SANITARIO BIOLOGO	19	98.00 0	1.862.00 0
Sanitario	DIRIGENTE PSICOLOGO CLINICO	1	98.00 0	98.000
Sanitario	DIRIGENTE SANITARIO FARMACISTA	10	90.50 0	905.000
Sanitario	DIRIGENTE SANITARIO FARMACISTA SC	1	105.0 00	105.000
Sanitario	DIRIGENTE SANITARIO FISICO	4	88.90 0	355.600
Sanitario	DIRIGENTE SITRA	3	105.0	315.000

Tecnico	DIRIGENTE TECNICO SOCIOLOGO	2	112.000	224.000
Professionale	DIRIGENTI ARCHITETTI	1	100.000	100.000
Tecnico	IMPIANTISTA ELETTRICISTA (C)	1	35.000	35.000
Sanitario	INFERMIERE GENERICO ESPERTO (C)	22	39.000	858.000
Sanitario	OPERATORE PROFESSIONALE INFERMIERE (C)	9	41.400	372.600
Tecnico	OPERATORE QUALIFICATO (A)	1	36.000	36.000
Tecnico	OPERATORE SOCIO SANITARIO (BS)	370	36.000	13.320.000
Tecnico	OPERATORE TECNICO (B)	156	36.000	5.616.000
Tecnico	OPERATORE TECNICO (BS)	54	36.500	1.971.000
Tecnico	OPERATORE TECNICO ADDETTO ALL'ASSISTENZA (B)	6	36.000	216.000
Sanitario	PUERICULTRICE ESPERTA (C)	14	37.000	518.000
Tecnico	TECNICO DELLA PREVENZIONE (D)	1	35.000	35.000
Totale personale dipendente ospedaliero		3471		186.428.200
UNIVERSITA'	PROFESSORI UNIVERSITARI - DIRIGENTI MEDICI E SANITARI NON MEDICI	61	50.000	3.050.000
Totale personale dipendente Università		61	50.000	3.050.000
SUMAI	SPECIALISTI AMBULATORIALI - MEDICI	45	90.500	4.072.500
SUMAI	SPECIALISTI AMBULATORIALI - SANITARI NON MEDICI	2	90.500	181.000
Totale personale specialisti ambulatoriali		47	90.500	4.253.500
Totale personale		3579	65.648	193.731.700

Tabella 12: Costo generato dalla neo-nata Azienda

A partire dai costi sostenuti dall'Azienda per il 2013, tenendo conto delle ipotesi di riorganizzazione aziendale che porteranno all'attivazione di tutti i posti letto previsti dal Piano

voci di costo:

Voci di costo	Consuntivo Anno 2013 (€)	% Consum un tiv o sul Tot.	Previsione e costi (€)	% Previ sio ne sul Tot.	Delta (consuntivo- previsione) (€)
Consumi sanitari	50.738.000	16,05	54.000.000	16,38	3.262.000
Consumi non sanitari	2.113.000	0,67	2.113.000	0,64	0
Prestazioni sanitarie	5.087.000	1,61	4.572.000	1,39	-515.000
Servizi sanitari	11.928.000	3,77	288.000	0,09	-11.640.000
Servizi non sanitari	33.084.000	10,47	33.084.000	10,04	0
Personale	179.476.000	56,79	202.000.000	61,28	22.524.000
Sopr./insussistenze	7.371.000	2,33	7.371.000	2,24	0
Ammortamenti	7.336.000	2,32	7.336.000	2,23	0
Altri costi	18.895.000	5,98	18.895.000	5,73	0
Totale	316.028.000	100	329.659.000	100	13.631.000

Tabella 13: Voci di costo in consuntivo e preventivo

Per la determinazione dei costi aziendali sono stati seguiti i seguenti razionali:

Consumi sanitari: aumento dei consumi sanitari proporzionale all'aumento dei posti letto.

Consumi non sanitari: a fronte di un aumento proporzionale in base ai posti letto, l'Azienda interviene sulla revisione dei contratti, applicazione della spending review, efficientamento energetico. Pertanto non è previsto un aumento del valore economico relativo in quanto viene a crearsi un effetto compensativo;

Prestazioni sanitarie: include il costo relativo all'acquisto di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale e per il trasporto sanitario. Ipotizzando costante il costo per il trasporto sanitario ed azzerando il valore economico del Plus Orario relativo agli Specialisti Ambulatoriali si ottiene una riduzione della spesa;

Servizi sanitari: la previsione è ottenuta detraendo il costo dei lavoratori interinali e detraendo il costo dell'auto convenzionamento interno.

l'Azienda interviene sulla revisione dei contratti, sulla internalizzazione dei servizi e sull'applicazione della spending review pertanto non è previsto nessun aumento complessivo;

Personale: costo del personale dipendente, ospedaliero e universitario, sulla base della stima precedentemente svolta per profilo professionale. Il costo complessivo tiene conto degli oneri aggiuntivi, irap inclusa.

Sopravvenienze/Insussistenze, Ammortamenti, Altri costi: trattasi di costi fissi non variabili al variare del volume della produzione.

In definitiva, l'aumento dei posti letto, il nuovo assetto organizzativo e l'applicazione della spending review comportano un aumento complessivo del costo generabile pari a circa 13 mln.

Analizzando invece i dati del valore delle attività prodotte a consuntivo per l'anno 2013 si ottiene un risultato pari a 200 milioni.

Valore delle Attività prodotte	Consuntivo 2013 (€)
Rimborso DRG	137.546.000
Funzioni limite massimo 30%	55.701.000
Specialistica Ambulatoriale	4.128.000
Mobilità Attiva	2.443.000
Valore delle attività prodotte	199.818.000

Tabella 14: Valore delle attività prodotte (€)

Come detto in precedenza, il nuovo assetto organizzativo prevede un aumento del numero dei posti letto in dotazione, che a regime sarà pari a 1.037.

Sebbene questo da un lato determina un aumento dei costi, dall'altro innesca un aumento in misura proporzionale anche del valore delle attività prodotte.

L'aumento dei posti letto mira all'attivazione di strutture di alta specialità che puntano ad intercettare la mobilità passiva dei residenti nell'ASL di Salerno.

In particolare, come si evince dal nuovo aspetto "fisiologico" che si intende dare all'Azienda, vi è la prospettiva di intercettare anche i casi "fuga" sia extra-provinciale che extra-regionale con particolare riferimento alle principali linee clinico/assistenziali di sviluppo attese (ematologia, senologia, oncologia, ortopedia etc.)

In Tabella, i principali DRG che l'azienda intende "attrarre".

Codice DRG	Descrizione DRG
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia
301	Malattie endocrine senza CC
125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC

Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianti

558	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare
12	Malattie degenerative del sistema nervoso
290	Interventi sulla tiroide
409	Radioterapia
82	Neoplasie dell'apparato respiratorio
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni
403	Linfoma e leucemia non acuta con CC
466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria
260	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC
399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC
402	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne
300	Malattie endocrine con CC
288	Interventi per obesità
473	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni
405	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età < 18 anni
394	Altri interventi sugli organi emopoietici
258	Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC
268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella
462	Riabilitazione
248	Tendinite, miosite e borsite
492	Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici
398	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario con CC
257	Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC
401	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con CC
481	Trapianto di midollo osseo
275	Neoplasie maligne della mammella senza CC
545	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio
175	Emorragia gastrointestinale senza CC
414	Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate senza CC
259	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC
465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria
502	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione senza CC

Tabella 15: Principali DRG in fuga verso altre provincie/regioni da attrarre verso l'AOU San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona

Quantificando l'incremento che dipende dall'attivazione di nuovi posti letto, si ha la possibilità di "accogliere" una quota dei casi in uscita riepilogati nella tabella precedente.

Anche l'attività ambulatoriale è incrementata tenendo conto del previsto aumento delle unità di personale. Tuttavia, tale variazione rispetto all'aumento di unità di personale è sicuramente minore rispetto all'aumento quantificato dei posti letto.



prospettiva di un ulteriore aumento dell'attività ambulatoriale.

Secondo tale Decreto n. 17/2014 recante ad oggetto: Linee guida per migliorare l'appropriatezza della funzione ospedaliera ed il potenziamento di forme alternative al ricovero. Revoca del decreto del commissario ad acta n. 58 del 30.09.2010, infatti si prevede un **significativo trasferimento della casistica tratta in ricovero ordinario e Day Hospital/Day Surgery verso livelli di assistenza meno remunerativi, a parità di efficacia clinico-organizzativa, quali il Day Service medico e chirurgico e l'ambulatorio tradizionale.**

Tale linea di indirizzo determinerà, fin dai primi mesi del 2014, da un lato la riduzione dell'ospedalizzazione per patologie a bassa complessità (ma ad alto livello di coordinamento specialistico), dall'altro un corrispondente innalzamento delle attività ambulatoriali organizzate in pacchetti pre-definiti (le cosiddette "liste ragionate" di prestazioni).

L'aumento di attività, dunque, seguirà due direttrici:

la riduzione dei ricoveri impropri (e il relativo trasferimento dei casi al regime ambulatoriale) **concentrerà il peso della casistica ospedaliera** insistente sui posti letto, determinando un **aumento di "intensità" dei ricoveri, sia ordinari che diurni, senza riduzione dei volumi;**

Dall'altro, la quota da trasferire in regime ambulatoriale determinerà un aumento di attività clinico-assistenziale per assicurare risposte diagnostico-terapeutiche (e chirurgiche)¹⁶ ai casi precedentemente (e impropriamente) trattati in ricovero;

Entrambe le direttrici insisteranno, con pesi diversi per qualità e quantità, sugli **erogatori intermedi** (servizi diagnostici, consulenze, materiali di consumo) che, dunque, necessitano di **essere rafforzati sensibilmente** - da un lato, infatti, aumenterà l'intensità assistenziale dei casi trattati in ricovero, dall'altro aumenterà sensibilmente la quantità di prestazioni intermedie effettuate per pazienti ambulatoriali, per i quali il decreto prevede l'erogazione dell'intero pacchetto all'interno della struttura.

In definitiva, la diretta conseguenza delle considerazioni fatte, porta ad incrementare il valore delle attività prodotte di circa il 6,6%, - incremento percentuale proporzionale all'incremento dei posti letto - determinando così nel nuovo assetto organizzativo un valore pari 213 milioni.

Tuttavia, considerando che l'Azienda intende attuare delle politiche di gestione dei processi più rigorose, si ritiene corretto imputare nel valore delle attività ciò attualmente viene disperso a causa di una non ottimale gestione dei flussi legati al debito informativo verso gli Enti sovra-aziendali.

Costi	Consuntivo	Costi Prevedibili	Delta Costi
-------	------------	-------------------	-------------

¹⁶ Il Decreto 17 individua un elenco di DRG medici , effettuati in regime di ricovero ordinario e riconosciuti come inappropriati in tale regime assistenziale a seguito dei controlli effettuati dagli organismi aziendali preposti, vengono remunerati con la tariffa prevista per il DH corrispondente relativa alla fascia di appartenenza della struttura di ricovero, limitatamente ad un accesso per i ricoveri con 2 notti di degenza, a due accessi per i ricoveri con durata superiore a 2 notti, e un elenco di DRG chirurgici indicati, effettuati in regime di ricovero ordinario e riconosciuti come inappropriati in tale regime assistenziale a seguito dei controlli effettuati dagli organismi aziendali preposti sono remunerati con un importo pari al 90% della tariffa prevista per il DRG erogato in regime ordinario nella fascia di appartenenza della struttura di ricovero.

€ 316.028.000	€ 329.659.000	€ 13.631.000
Valore Attività 2013	Valore Attività Prevedibile	Delta Valore
€ 199.818.000	€ 213.449.000	€ 13.631.000
Risultato Economico		€ 0,00

Tabella 16: Risultato Economico ottenuto confrontando i costi a consuntivo e a preventivo nella nuova organizzazione aziendale

Pertanto, se è vero che i valori complessivi dei costi portano ad un incremento di circa 13 milioni di euro rispetto a quanto consuntivato per il 2013, l'intero piano attuativo dovrebbe tuttavia portare ad un incremento del valore delle attività almeno di pari volume.

Il risultato ottenuto porta sicuramente ad un miglioramento della qualità assistenziale (632 unità di personale a tempo pieno in più), un aumento della varietà dell'offerta, nonché una riduzione del delta valutato tra costi e ricavi.

Azienda Ospedaliero-Universitaria

“San Giovanni di Dio e Ruggi d’Aragona”



Introduzione

Atto Aziendale

Piano di Organizzazione e
Funzionamento Aziendale
(POFA)

Anno 2016

Azienda Ospedaliero-Universitaria

“San Giovanni di Dio e Ruggi d’Aragona”

Introduzione

Anno 2016



L'atto aziendale della Azienda Ospedaliera Universitaria "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" di Salerno, costituita con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2013, è frutto di una serie di evoluzioni che hanno interessato la stessa.

Ed invero, il "Ruggi", dapprima, ha accorpato i Presidi Ospedalieri A. Fucito di Mercato San Severino, G. Da Procida di Salerno e S. Maria dell'Olmo di Cava de' Tirreni a far data dal 1.1.2011 (giusta decreto commissariale n. 13 del 23 febbraio 2011) ed il Presidio Ospedaliero Castiglione di Ravello (giusta decreto commissariale n. 17 del 16.3.2011 - precedentemente afferenti, tutti, all'Asl Salerno quali P.O. della stessa) e, di poi, ha vissuto la "trasformazione" in Azienda Ospedaliera Universitaria, nel 2013, in virtù del sopracitato decreto.

In questo contesto si è tenuto, pertanto, necessariamente conto della evoluzione fattuale dell'Azienda oltre che, ovviamente, di quanto previsto dal decreto n. 49 del 27 settembre 2010 e s.m.i. del Commissario ad acta per la prosecuzione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Campania, recante il "*Riassetto della rete ospedaliera e territoriale*" attualmente in vigore ma si è tenuto conto, anche e soprattutto, nel licenziare quello che è il primo atto aziendale della AOU San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno, di alcuni indirizzi, già noti, dell'adottando nuovo Piano Ospedaliero Regionale tendenti a prevedere, tra le altre, la realizzazione di un polo pubblico a destinazione riabilitativa presso lo stabilimento G. da Procida di Salerno e la salvaguardia degli Stabilimenti di Cava dei Tirreni e del Costa d'Amalfi di Castiglione di Ravello.

L'atto aziendale, pertanto, adottato d'intesa con il Magnifico Rettore dell'Università di Salerno, mira non soltanto ad una definitiva integrazione della facoltà di medicina e chirurgia, e dei relativi studenti, all'interno dei percorsi organizzativi della Azienda ma anche e soprattutto ad implementare "settori" quali la **ricerca sanitaria e biomedica**, ed infine *last but not least* ad un efficientamento dei servizi da rendere ai cittadini ed alla collettività da parte di una Azienda che, da sempre, svolge attività nella "rete dell'urgenza e dell'emergenza".

A tal fine si è fatto ricorso a numero 10 DAI (dipartimenti assistenziali integrati) sulla base di un progetto di efficientamento e di qualificazione nell'ambito del complessivo progetto di rientro in linea con le politiche sanitarie nazionali e regionali.

Per quanto attiene l'atto *stricto sensu*, esso è articolato in tre sezioni meglio indicate:

- **Introduzione**, con rappresentazione dello scenario demografico, epidemiologico e sociale della AOU;
- **Atto Aziendale**, redatto conformemente all'Atto di indirizzo per l'adozione dell'Atto Aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Campania di cui al Decreto del Commissario ad Acta n.18 del 18.2.2013 e in osservanza del DCA n.33 del 17 maggio 2016;
- POFA - "Piano di Organizzazione e funzionamento aziendale", documento nel quale vengono analiticamente indicati: la Struttura organizzativa aziendale; la sede dell'azienda e dei relativi stabilimenti con le relative Direzioni Mediche di Presidio; i principali percorsi di cura; i posti letto per struttura e le soglie operative minime; la dotazione organica e i costi.

*Il Direttore Generale
avv. Nicola Cantone*

Presentazione del Commissario Straordinario	3
1 - INTRODUZIONE.....	6
1.1 L'Atto aziendale	6
1.2 L'Azienda ospedaliero universitaria e l'integrazione tra didattica, ricerca e assistenza	6
1.3 I criteri ispiratori	10
2 - Il contesto di riferimento.....	11
2.1 La sostenibilità economica del sistema salute	11
2.2 La formazione in Sanità	12
2.3 La ricerca in Sanità	13
2.4 Il ruolo degli ospedali	14
2.5 L'ospedale del futuro	15
2.6 L'organizzazione interna dell'ospedale	15
2.7 La transizione demografica	17
2.8 La transizione epidemiologica	17
3 - Scenario socio-demografico: l'Italia, la Campania e la provincia di Salerno	19
3.1 Dinamica demografica, anziani e grandi anziani	20
3.2 Popolazione straniera	22
3.3 Natalità, Fecondità e indice di sostituzione	23
4 - Scenario epidemiologico e bisogno di servizi sanitari: l'Italia, la Campania e la provincia di Salerno	25
4.1 Aspettativa di vita	25
4.2 Mortalità e mortalità per causa	26
4.3 Mortalità evitabile	27
4.4 Fattori di rischio e stato di salute	28
4.4.1 Fattori di rischio e stili di vita	28
4.4.2 Prevenzione primaria e secondaria	31
4.5 Malattie croniche	33
4.5.1 Malattie metaboliche	33
4.5.2 Malattie cardio e cerebrovascolari	34
4.5.3 Tumori	34
4.6 Salute degli anziani	35
4.7 Salute materno-infantile	36
5 - Ospedalizzazione e domanda di cure in Italia, in Campania e in provincia di Salerno	38
5.1 Assistenza ospedaliera	38
5.2 Caratteristiche dell'ospedalizzazione	39
5.3 Mobilità passiva oltre provincia, regione e frontiera	40
5.3.1 Cittadini della provincia di Salerno che si curano in altre province campane	41
5.3.2 Cittadini della provincia di Salerno che si curano in altre regioni	49
5.3.3 Mobilità transfrontaliera	62
5.3.4 La mobilità passiva per ricoveri non appropriati	62
5.4 Epidemiologia ospedaliera	62
5.4.1 Ospedalizzazione dei cittadini salernitani	63
5.4.2 Dati di ospedalizzazione nell'AOU San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno	63
5.5 Appropriatazza dei ricoveri dell'AOU	67
5.6 Prestazioni in urgenza-emergenza	69
5.6.1 Composizione dei bisogni assistenziali in urgenza-emergenza: casistica di PS	69
5.6.2 Modalità di dimissione	69
5.6.3 Provenienza dei casi	71
5.6.4 Tempi di attesa	73

<i>Ruggi D'Aragona</i>	73
5.8. <i>Analisi della domanda nel Pronto Soccorso dell'A.O.U. San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona</i>	74
6 - Analisi dei dati emersi e prospettive di riprogettazione e sviluppo	77
6.1. <i>Sintesi dei dati emersi</i>	77
6.1.1. <i>Invecchiamento e grandi anziani in provincia di Salerno</i>	77
6.1.2. <i>Popolazione straniera in provincia di Salerno</i>	77
6.1.3. <i>Natalità e avanzamento del calendario riproduttivo</i>	78
6.1.4. <i>Mortalità per causa</i>	78
6.1.5. <i>Fattori di rischio, prevenzione e stili di vita</i>	79
6.1.6. <i>Il fabbisogno in urgenza emergenza: caratteristiche</i>	79
6.2. <i>Fabbisogno di cure ospedaliere in provincia di Salerno</i>	80
6.3. <i>Fabbisogno di cure ospedaliere aggiustato per la mobilità passiva e per rischio di non appropriatezza</i>	81
7 - Le linee di indirizzo istituzionali	83

1.1 L'Atto aziendale

Il D.Lgs. n. 229/99 ha introdotto il tema della valorizzazione dell'autonomia imprenditoriale delle aziende sanitarie attraverso nuovi strumenti di governo ispirati al diritto civile. In questo contesto si colloca (art. 3, c.1 bis) l'Atto aziendale di diritto privato con cui le Aziende sono chiamate a definire la propria organizzazione ed il proprio funzionamento. Le tematiche riguardanti la definizione dell'atto aziendale nello specifico delle aziende ospedaliero universitarie, riguardano i rapporti con il sistema di "governance" del sistema sanitario e del sistema universitario,

Principale responsabilità del management delle aziende sanitarie è la determinazione di obiettivi, strategie e struttura dell'organizzazione che, nel caso delle AOU, non può prescindere dalle interrelazioni con gli altri soggetti sovraordinati del sistema sanitario (Regioni, Struttura Commissariale, Ministeri, etc.) e del sistema universitario in quanto da essi nasce una forte influenza nella determinazione della configurazione, delle dimensioni e delle misure dello spazio strategico di azione della singola azienda. Lo spazio di azione è quindi definibile come l'ampiezza di discrezionalità lasciata dalla trama dei condizionamenti dello schema istituzionale. In questo contesto si inserisce l'atto aziendale di diritto privato che può diventare l'espressione delle scelte strategiche operabili dal Direttore generale – alcune delle quali doverosamente d'intesa con il Rettore - e consacrate nell'organizzazione e funzionamento dell'azienda ospedaliero universitaria.

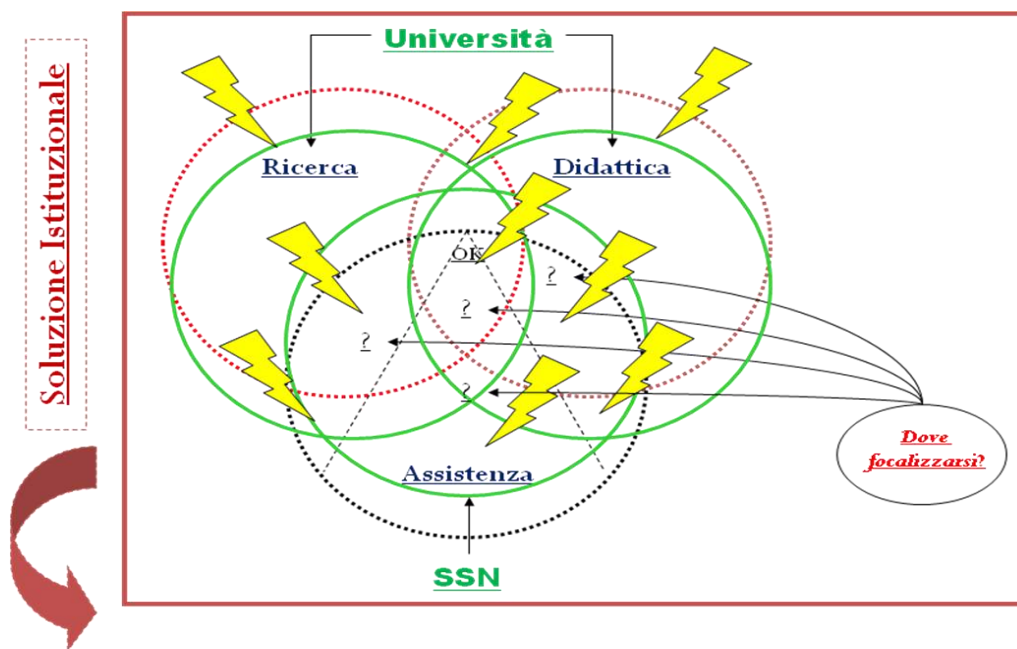
1.2 L'Azienda ospedaliero universitaria e l'integrazione tra didattica, ricerca e assistenza

Alla luce di quanto innanzi rappresentato, la strutturazione del presente Atto Aziendale è tesa a delineare, secondo quanto dettato dal Decreto del Commissario ad acta n. 18 del 18/2/2013, un perimetro di operatività che mantenga sempre al centro la finalità sostanziale ed istituzionale dell'AOU e cioè l'integrazione tra le attività di **didattica, ricerca ed assistenza** quale condizione operativa per garantire il miglioramento dello stato di salute della popolazione, pur sempre nel rispetto dei vincoli dell'equilibrio economico e della natura pubblicistica del servizio complessivamente reso ed inteso.

Conseguire un adeguato e duraturo equilibrio tra le dimensioni caratteristiche del funzionamento di una AOU, **didattica, ricerca ed assistenza**, è compito complesso e difficile in quanto il perseguimento degli obiettivi specifici di ogni singola dimensione potrebbe orientare l'attività complessiva dell'organizzazione verso una non adeguata valorizzazione delle altre (*Figura 2*).

Il contributo alla *didattica* richiede, infatti, un *posizionamento esteso (non focalizzato)* in termini di patologie trattate e di intensità delle stesse soprattutto in relazione alla formazione di base degli operatori sanitari, posizionamento indipendente dagli interessi di ricerca e dalla effettiva pressione della domanda assistenziale e dai "vantaggi competitivi" che l'Azienda potrebbe/vorrebbe esprimere; l'imperativo della

rtà, di conseguenza, una performance, a medio della casistica trattata, non particolarmente elevata; il contributo alla *ricerca* richiede invece una *estrema focalizzazione su patologie e processi oggetto degli interessi scientifici*, focalizzazione non sempre compatibile con la formazione di base e non sempre necessariamente coerente con un ipotetico posizionamento competitivo dell'Azienda in ambito assistenziale; un adeguato *posizionamento sulla funzione assistenziale* richiede, infine, una valutazione della domanda di assistenza espressa dalla collettività non disgiunta dall'esame delle strategie perseguite dalle altre strutture di offerta presenti sul territorio al fine di definire gli ambiti di migliore funzionamento dell'Azienda in termini di efficienza/efficacia assistenziale (**Figura 3- Tabella 1**).



L'Azienda, in virtù della sua natura ospedaliero-universitaria, deve, pertanto, necessariamente mostrare una vocazione alla ridefinizione ed all'ampliamento del proprio profilo di offerta, allo scopo di perseguire, in maniera efficace, il difficile equilibrio tra la focalizzazione della propria attività su segmenti limitati di patologie, specifici per la ricerca, su segmenti generalizzati di attività precipui per la didattica, su segmenti in grado di garantire spazi non altrimenti coperti dalla rimanente rete ospedaliera provinciale e regionale, improntando la gestione al perseguimento dell'appropriatezza dei percorsi diagnostico-terapeutici.

Figura 2. Assistenza-Didattica e Ricerca: la (non facile) ricerca di un equilibrio

Figura 3. Il modello di riferimento

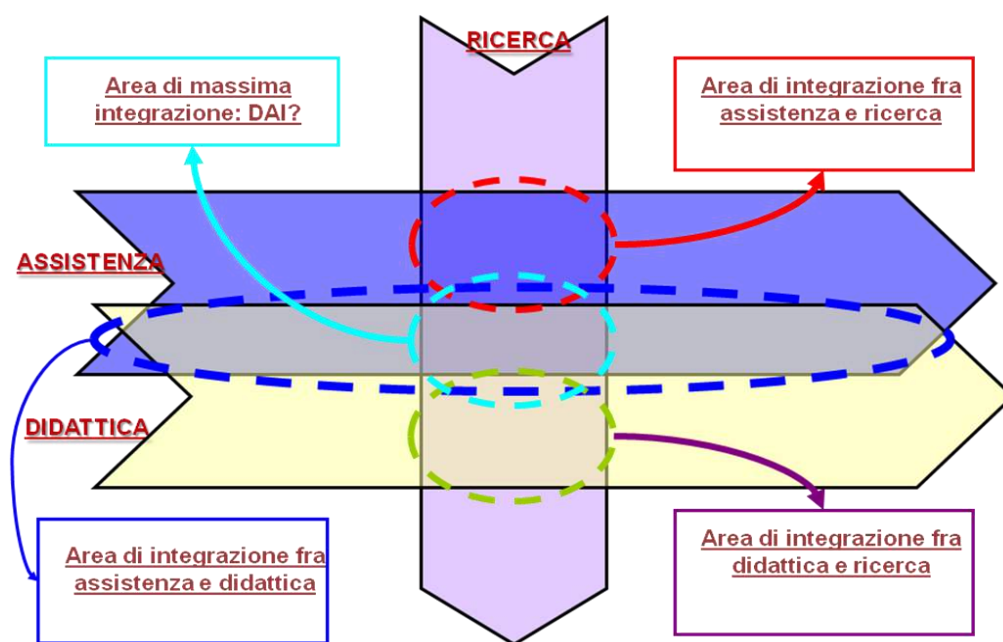


Tabella 1 COMPLESSITA' GESTIONE DELLE AA.OO.UU. E RICERCA DELL'EQUILIBRIO

	Didattica	Ricerca	Assistenza	Esiti
<i>Sistema di regole istituzionali di riferimento</i>	Specifiche	Specifiche	Specifiche	Ambiguità ed incertezza per il livello gestionale
<i>Disponibilità risorse</i>	Limitata	Limitata	Limitata	Difficoltà di trasferimento nell'allocazione delle risorse
<i>Prospettiva temporale di riferimento</i>	Medio-lungo periodo	Medio-lungo periodo	Breve-immediato periodo	Difficoltà di elaborazione dei piani di investimento
<i>Posizionamento offerta</i>	Esteso	Focalizzato	Funzionale rispetto a program. D/R, bacino utenza, offerta assist. reg.	Difficoltà di gestione nell'allocazione delle risorse
<i>Esigenza coordinamento ed integrazione con sistema region. offerta assistenziale</i>	Bassa	Bassa	Alta	Difficoltà nell'individuazione delle priorità strategiche
<i>Misure e strumenti di valutazione performance</i>	Specifici	Specifici	Specifici	Difficoltà nella definizione di sistemi integrati di valutazione

1.3 I criteri ispiratori

I criteri ispiratori cui si è fatto riferimento nell'elaborazione dell'Atto e nella identificazione del perimetro che delimita lo "spazio strategico di azione" sono riconducibili a quanto di seguito elencato:

- **l'approccio di public value**, (valore per la collettività, beneficio collettivo) che rappresenta un'utile lente attraverso la quale considerare gli obiettivi da perseguire. Piuttosto che vedere le istituzioni pubbliche come strumenti di erogazione di funzioni tecniche, questo approccio si concentra su ciò che il settore pubblico riesce ad esprimere in termini di produzione di valore aggiunto.
- **I risultati perseguibili in termini di salute (outcomes)**, l'azione vera e propria del "guadagnare salute", il miglioramento dei risultati dei trattamenti, l'aumento dell'efficienza e dell'appropriatezza clinica e la necessità di affrontare i bisogni futuri adattandosi al mutamento degli scenari socio-demografici ed epidemiologici.
- **La qualità e l'accessibilità dei servizi, la possibilità di scegliere e di personalizzare l'assistenza.**
- **L'equità e la fiducia**

I criteri di riferimento trovano la loro ragion d'essere nell'analisi dei principali trend evolutivi degli assetti futuri della realtà sanitaria e dei relativi scenari che, per quanto facilmente riscontrabile in letteratura, saranno riconducibili a:

- trends macroeconomici e relative conseguenze sui confini del welfare
- evoluzione dei profili di consumo sanitario
- impatto della sanità sull'ambiente socio-economico di riferimento
- trasformazione del capitale umano e dei processi di ricerca e sviluppo
- evoluzione delle reti ospedaliere (ospedali di prossimità e reti specialistiche) ed evoluzione degli assetti infrastrutturali e logistici
- modelli organizzativi emergenti e correlati assetti infrastrutturali.

In particolare, si ritiene opportuno focalizzare l'attenzione:

- sul **ruolo degli utenti** che, molto probabilmente, tenderanno ad assumere comportamenti differenziati rispetto alla scelta del luogo di erogazione e del professionista di riferimento, andando dalla totale fiducia nel SSN fino alla ricerca abituale del II e III parere medico, muovendosi chi in modo locale, chi globale, chi **glocal**. *Quale comportamento diverrà prevalente?*
- sui possibili meccanismi per la **promozione di stili di vita "sani"** che oggi passa per un portafoglio di politiche e servizi più ampio dell'approccio tradizionale all'educazione sanitaria. *Cosa influenzerà in futuro gli stili di vita dei diversi segmenti di cittadini?*
- sul **capitale umano** delle aziende sanitarie che si sta trasformando sia per geografia ed importanza relativa delle professioni, sia per demografia, soprattutto nelle regioni sottoposte a Piano di rientro a causa del blocco del turn over: *quali impatti produrrà la nuova geografia e demografia delle professioni?*
- sulla **configurazione infrastrutturale e tecnologica** dell'ospedale sottoposto a profonde trasformazioni: *quale impatto avranno le nuove tecnologie e architetture logistiche?*

...nizzazione interna dell'ospedale che sta

più paziente-centrico e slegato dall'organizzazione professionale: *come impatteranno i nuovi assetti e come avverrà la trasformazione?*

- sull'**evoluzione dei servizi territoriali** che si va articolando sempre più tra offerta degli ospedali di prossimità, offerta ambulatoriale, delle strutture intermedie e delle cure primarie: *quale mix si imporrà?*
- sull'ospedalizzazione domiciliare e sui servizi territoriali, soprattutto **nell'area della cronicità**, dove si stanno sempre più affermando le figure del case manager (MMG, infermiere, assistente sociale o familiare) e del caregiver: *quali figure saranno prevalenti?*

2 - Il contesto di riferimento

2.1. La sostenibilità economica del sistema salute

Nonostante gli apprezzabili guadagni nella salute e nell'aspettativa di vita della popolazione, il nostro Paese è ancora caratterizzato da profonde differenze geografiche e i soggetti maggiormente a rischio risultano essere i meno abbienti ed i più poveri di risorse di reti familiari. La fase recessiva non lascia intravedere la possibilità di ampi margini di incremento di risorse nei prossimi anni e ciò in presenza di una segmentazione della popolazione che tende a polarizzarsi sia verso una tipologia di **utente fragile** (immigrati, anziani) sia verso una tipologia di **utente competente ed evoluto**, alla ricerca di risposte assistenziali personalizzate, disponibile ad acquistare prestazioni out of pocket, attento al proprio benessere, influenzando l'estensione dei confini del settore sanitario verso il wellbeing.

Per far fronte a questa crisi, si potrebbe esser tentati d'introdurre strumenti che, pur riducendo la spesa, rischiano di minare gli obiettivi del sistema sanitario. Come è stato efficacemente rappresentato nel Rapporto OsservaSalute 2013, tra di essi si possono annoverare: la riduzione della portata dei servizi essenziali garantiti, la riduzione della copertura della popolazione, l'aumento dei tempi di attesa per i servizi essenziali e l'attrito con i dipendenti del settore sanitario a causa della riduzione dei salari e/o conflitti intergenerazionali (tempo indeterminato/precari). Al contrario, sarebbe più opportuno implementare strumenti che consentono di promuovere gli obiettivi del sistema sanitario, quali: l'aumento del *risk pooling*, l'*health technology assessment* per supportare la definizione delle priorità associate all'*accountability*, al monitoraggio ed a misure di trasparenza; il controllo degli investimenti nel settore sanitario e delle misure di Sanità Pubblica per ridurre il *burden of disease*; la riduzione del prezzo dei farmaci associata all'utilizzo d'indicazioni di *cost-effectiveness* ed altre misure per promuoverne la prescrizione e la distribuzione razionale; l'integrazione e coordinamento dell'assistenza territoriale con quella ospedaliera.

Oltre alla disponibilità di risorse, altre due questioni condizioneranno, nel prossimo futuro, la filiera della salute: i meccanismi di formazione delle prossime generazioni dei professionisti sanitari e le condizioni di sviluppo della ricerca biomedica.

Il mondo della salute, per definizione, è un sistema complesso dove il rapido perfezionarsi e migliorarsi della conoscenza, il veloce ricambio tecnologico, la multi-professionalità e l'ultra-specializzazione pongono continuamente richieste ed esigenze nuove. Occorre pertanto creare un modello complessivo che segua i percorsi di crescita dei professionisti sanitari, medici ed operatori, nel corso della loro carriera, dal corso di laurea alla formazione post-laurea (master, dottorato e specializzazione), dall'attività all'interno della struttura sanitaria alla formazione continua per tutto il prosieguo della professione. A tale avviso sarebbe auspicabile organizzare la trattazione del tema formazione in sanità in due principali ambiti: il primo, legato alla riorganizzazione di una rete formativa che sia maggiormente funzionale a rispondere ai bisogni del territorio ed alle necessità programmatiche del Paese in ambito sanitario; il secondo, di pari importanza, collegato maggiormente al profilo ed alle competenze che un professionista sanitario deve necessariamente possedere e padroneggiare per creare valore nel sistema.

Per quanto concerne il primo ambito, è convinzione che la rete formativa debba, necessariamente, aprirsi ad un reale approccio integrato che veda le migliori esperienze del mondo ospedaliero, universitario e del territorio concorrere alla formazione di professionisti sanitari pronti ad inserirsi in un contesto organizzativo valido a soddisfare il crescente bisogno di salute in termini di cronicizzazione delle malattie derivante dal dato demografico relativo all'invecchiamento della popolazione. L'attuale formazione medica tende, invece, ad essere circoscritta ad una casistica "selezionata" e spesso insufficiente e forma risorse professionali "grezze", poco flessibili e non immediatamente spendibili, che necessitano di ulteriore sforzo formativo, spesso in itinere, per inserirsi a pieno nel mondo del lavoro, in una sanità che sta spostando i propri sforzi dall'assistenza alla prevenzione, dall'ospedale al territorio. La rivisitazione della formazione in medicina permetterebbe di valorizzare un capitale umano che potrà dare reale garanzia di applicazione compiuta di nuove strategie.

Quanto al secondo aspetto, i concetti del management medico, ad esempio, strumento d'integrazione multi-professionale in grado di migliorare la qualità in termini di valore tecnico-professionale, gestionale e di qualità percepita, se maggiormente integrati nel percorso formativo potrebbero sanare, di fatto, la frattura esistente tra le esigenze dell'approccio gestionale ed economico delle direzioni generali/sanitarie e le istanze cliniche e professionali dei medici. In Italia il 71% del personale operante nelle strutture sanitarie, appartiene al ruolo sanitario e, di questi, il 25% è rappresentato da medici e odontoiatri, il 54% da personale infermieristico ed il 21% da altri professionisti sanitari. Tali dati suggeriscono quanto variegata sia la composizione del personale sanitario e, pertanto, quanto complessa sia la programmazione di una corretta strategia di formazione utile a valorizzare al meglio il capitale umano di questo settore. Stringente è la necessità di orientare al meglio la formazione con "link didattici" che permettano di creare un linguaggio comune e di favorire le interconnessioni tra settori (assistenziale, amministrativo, gestionale etc.).

Sempre in tema di professionisti della sanità, è necessario – specie in un contesto di sanità universitaria – porsi anche problemi relativi all'accesso al mondo del lavoro (nel confronto internazionale tra le diverse realtà lavorative del giovane medico, l'attesa media di occupazione per uno studente italiano che si iscrive al primo anno di Medicina

medico inglese diventa "Consultant").

È opportuno, inoltre, osservare come sia aumentato in assoluto il trend in uscita dei professionisti della sanità verso Paesi stranieri e diminuita l'età media della fuga (i professionisti che chiedono la certificazione del titolo di studi presso un altro Paese dell'UE sono, dal 2009, prevalentemente i neoabilitati, laddove nel 2006-7 il fenomeno migratorio riguardava medici con età ≥ 45 -50 anni).

2.3. La ricerca in Sanità

Quanto alla **ricerca**, risulta opportuno ricordare che il Consiglio Europeo nel marzo del 2002 ha stabilito che gli investimenti pubblici e privati in Ricerca e Sviluppo (Research and Technology Development-RTD) dei Paesi aderenti avrebbero dovuto raggiungere il 3% del Prodotto Interno Lordo (PIL) entro il 2010. In realtà, tale indicazione è stata quasi del tutto disattesa. In questo contesto, l'Italia si colloca al 28° posto con un investimento in RTD pari all'1,09% del PIL. La Commissione Europea, nell'ambito della strategia "Europa 2020" elaborata nel marzo 2010, ha stabilito come il conseguimento di un adeguato rapporto tra RTD e PIL sia uno dei cinque obiettivi cardine per accrescere i livelli di produttività, di occupazione e di benessere sociale. Questa decisione, in termini pratici, si trasformerà in processi operativi che avranno influenza sui meccanismi di finanziamento comunitario della Ricerca e, specificamente, su quello previsto per il periodo 2014-2020 denominato "Horizon 2020". In questo contesto, il contributo degli Stati membri in azioni strategiche di compartecipazione (Public-Public-Partnerships-PPP e Public to Private Partnerships-P2P) sarà fondamentale - come vera e propria azione di cofinanziamento - per strutturare quei livelli di competitività in grado di rendere i comparti RTD nazionali interoperabili su livelli di eccellenza a livello comunitario.

La spesa per la ricerca medica rappresenta una quota importante dell'intero impegno; pur in presenza di fonti di finanziamento inferiori e di un numero di ricercatori percentualmente minore rispetto alla media europea (8 per 100 lavoratori, contro i 10 dell'EU27, 13 della Francia e 21 della Finlandia), la produzione scientifica in ambito biomedico rimane un punto di eccellenza del nostro Paese. Il numero di pubblicazioni su riviste dotate di **Impact Factor** (indice che misura il numero medio di citazioni ricevute in un dato anno dagli articoli pubblicati in una rivista scientifica) colloca l'Italia al 7° posto nel mondo ed al 4° in Europa. Una situazione del tutto sovrapponibile è quella che si evince analizzando la performance di Ricerca italiana attraverso l'**Indice H** (indice che quantifica la produttività e l'impatto delle pubblicazioni di un singolo autore sulla base sia del numero delle pubblicazioni che del numero di citazioni ricevute) laddove i ricercatori italiani si collocano, comunque, ad un livello eccellente. Nell'ambito delle diverse aree di ricerca, particolarmente performanti risultano essere l'ematologia (1.193 pubblicazioni nel 2010, 3° al mondo), la cardiologia (2.357 pubblicazioni, 4° al mondo), la neurologia (1.751 pubblicazioni, 5° al mondo) e l'oncologia (1.745 pubblicazioni, 6° al mondo).

¹ Latocca ed al

e ricerca dovrebbero, tuttavia, porre in evidenza le esigenze emergenti di salute della popolazione, quali la cronicità e la complessità. Tale politica di indirizzo è di particolare rilevanza in Italia dove il tasso d'invecchiamento e l'indice di vecchiaia (inteso come il numero di persone di 65 anni ed oltre più presenti in una popolazione ogni 100 giovani - con <15 anni) della popolazione è molto elevato. La realizzazione di piattaforme integrate di ricerca traslazionale risulterebbero sicuramente utili ed efficaci in tal senso. Non va, infatti, dimenticato che nel prossimo, immediato, futuro sarà lecito attendersi che coloro che faranno riferimento all'assistenza sanitaria saranno sempre più persone in condizioni critiche, o comunque portatrici di problemi complessi e impegnativi: questo richiederà non solo un aumento dei posti letto intensivi e semintensivi e un maggior impegno assistenziale per ciascun ricoverato, ma comporterà, spesso, anche una prima fase riabilitativa ospedaliera cui farà seguito la riabilitazione extra ospedaliera. Ciò porta ad una seconda tendenza, cioè ad una stretta collaborazione con la medicina del territorio.

2.4. Il ruolo degli ospedali

Quanto, poi, al ruolo specifico degli ospedali, non va trascurato che negli ultimi decenni del XX secolo, gli ospedali hanno dovuto affrontare il problema, strutturale e organizzativo, di ospitare nuove attività e funzioni coerenti con il principio della "progressive patient care". In particolare, in Italia, si è trattato di ospitare in giusta collocazione la **Rianimazione e le altre Terapie Intensive specializzate**, ma anche tutta l'area **dell'Emergenza-Urgenza**. La **diagnostica per immagini** è evoluta e si è diversificata in modo tale da richiedere attivazioni particolari anche perché, unitamente a molte altre discipline, ha esteso il campo di azione all'interventistica invasiva o seminvasiva anche terapeutica. Talune specialità hanno cominciato a praticare queste attività in regime di ricovero diurno – **il day hospital e la day surgery** – che dai primi anni novanta hanno assunto una importanza sempre crescente, ponendo contestualmente problemi di accesso, di collocazione, di articolazione ed ampiezza degli spazi, come più di recente sta avvenendo per gli ambulatori. Altre esigenze hanno posto le **biobanche**, con specifiche caratteristiche per il prelievo e il trapianto di organi e di tessuti; per la donazione di sangue e di emocomponenti; per i tessuti/organi patologici e, da ultimo le **biobanche genetiche**. Accanto ai problemi sulla sicurezza e sulla tutela dei dati personali ed ad altri aspetti etici e giuridici, si sottolinea l'esigenza di locali dedicati, con caratteristiche adeguate alle specifiche funzioni loro affidate, per la protezione del personale e del pubblico, ma anche a tutela del materiale biologico utilizzato. L'adattamento continuo alle nuove esigenze non è agevole, in relazione alle caratteristiche degli edifici ospedalieri esistenti ed alle risorse a disposizione.

Pur essendo ipotizzabile l'esistenza, almeno nel breve periodo, di vari possibili livelli di ospedali, il modello tendenziale è quello tecnologico. Col tempo, gli altri tipi di ospedale dovrebbero scomparire ed essere assorbiti nell'attività territoriale così da lasciare all'ospedale del futuro lo svolgimento di attività ad elevato contenuto tecnologico (per quella parte non gestibile in day hospital o in ambulatorio), non solo chirurgica, ma anche relativa alla medicina per acuti. Che tipo di paziente, però, dovrebbe essere trattato in regime di ricovero? Il profilo prevalente riguarderà, molto probabilmente, il paziente fragile, molto anziano e con polipatologia e necessità di alto coordinamento, e quello con singole patologie complesse che richiedono alta intensità diagnostica e terapeutica. La ridefinizione del modello di ospedale è evidentemente

Allo stesso tempo, di grande difficoltà, da professioni oppongono a qualsiasi tentativo di revisione delle gerarchie professionali. È peraltro evidente che per curare bene un paziente l'ospedale deve disporre di una pluralità di discipline: il moderno approccio alla malattia generalmente comporta la messa in campo di più di una specifica competenza.

2.5. *L'ospedale del futuro*

In estrema sintesi, gli elementi fondamentali da considerare per la definizione dell'**ospedale del futuro** sono: l'intensità di cura, la stratificazione dei tipi di casistica trattata, l'accesso a tecnologie complesse all'interno di un sistema a rete, il dimensionamento operativo, il modello organizzativo, le funzioni miste e l'esigenza didattico-scientifica. Le regioni hanno provveduto, in genere, a definire una strategia di integrazione tra i diversi macro livelli assistenziali ed a rimodellare l'offerta di servizi ospedalieri, anche sulla base della funzione locale del singolo istituto. Raramente, tuttavia, questi interventi sono risultati veramente selettivi e le singole strutture ospedaliere hanno finito per adeguare la propria organizzazione integrando indirizzi programmatori, scelte strategiche interne e specifiche caratteristiche della domanda locale.

Permane, pertanto, una forte sovrapposizione tra attività erogate in sede ospedaliera e funzioni proprie di altri livelli assistenziali, in un continuum operativo che garantisce spesso al cittadino opzioni differenziate di scelta, ma non contribuisce ad una visione organica e razionale del servizio. Allo stesso tempo, i problemi della riabilitazione, della lungodegenza e delle attività di hospice costituiscono, nella gran parte delle regioni italiane, aree di forte criticità, non solo per la fragilità dei pazienti coinvolti, ma anche per la penalizzazione che la carenza di tali servizi pone all'efficienza gestionale dell'attività ospedaliera. In particolare, per quanto riguarda il ruolo da riservare alla riabilitazione, anche alla luce delle nuove linee-guida del Ministero della Sanità, alcuni fenomeni potrebbero essere incentivati: i processi differenziati con enfasi extra-ospedaliera per la riabilitazione estensiva ed intermedia; la qualificazione ospedaliera per processi di riabilitazione intensiva per patologie gravi (con strutture mono o polispecialistiche); l'inserimento in ospedali ad alta intensità delle riabilitazioni ad altissima specialità. Tali fenomeni sono destinati ad accentuare sia l'integrazione infraospedaliera (diagnosi, terapia medica o chirurgica, riabilitazione ad alta intensività) per gli ospedali ad alta specializzazione sia la territorializzazione delle cure, anche con supporti da parte dei centri di eccellenza ospedaliera.

2.6. *L'organizzazione interna dell'ospedale*

Venendo ora all'**organizzazione interna dell'ospedale**, è possibile osservare come si stia affermando sempre più la propensione verso **un'organizzazione di tipo dipartimentale**, in particolare per coinvolgere i medici nelle responsabilità gestionali. Inoltre, il numero delle specialità e delle sub-specialità mediche e chirurgiche è in continuo aumento e solo l'interazione dei vari specialisti può garantire ai pazienti un'assistenza moderna. Dal punto di vista organizzativo-gestionale il dipartimento consente di superare le barriere funzionali ed il "sequestro" di personale e di attrezzature all'interno delle divisioni, che provocano inefficienze e relativi costi. Il

orte” rappresenta la soluzione organizzativa. I criteri di assemblaggio delle attività che devono coesistere; il criterio della specializzazione, il criterio dell’interdipendenza sequenziale del flusso di lavoro rispetto al risultato, il criterio dell’utilizzo di risorse materiali, umane e tecnologiche in comune. Inoltre, l’attribuzione dei posti letto alle diverse specialità tende a dilatare le degenze di relativi oneri in un periodo in cui le moderne tecniche chirurgiche e le nuove metodologie organizzative consentono di contrarre i posti letto e di diminuire i costi di degenza.

Anche dal punto di vista della ricerca e della didattica, i vantaggi sono considerevoli. Le integrazioni orizzontali, basate su criteri di aggregazione che tendono a ricostruire il percorso diagnostico- terapeutico specifico del paziente rappresentano la soluzione più avanzata ed innovativa ed hanno l’indubbio pregio di dare continuità alle cure. La valutazione degli outcome in un modello ospedaliero tecnologico avanzato deve tenere conto della “frazione” di percorso assistenziale che il paziente compie nella struttura ed è quindi tanto più specifica quanto più è specialistico e puntuale l’intervento realizzato. Una valutazione degli outcome realizzata in chiave di storia clinica del paziente deve invece tenere conto dell’intero percorso terapeutico e non della semplice somma di efficacia delle singole azioni, in un’ottica di sistema. La ricerca biomedica è fondamentale per la realizzazione di un’efficace politica di sviluppo e di miglioramento dell’attività assistenziale. È necessario perseguire l’integrazione della migliore evidenza, derivabile dagli studi disponibili (evidence based medicine), con la pratica clinica, definita alla luce della esperienza di ciascun medico, e con la valutazione delle preferenze del paziente e del costo-efficacia delle procedure.

I **percorsi diagnostico-terapeutici** sono strumenti indispensabili alla diffusione, nella pratica clinica, dei risultati emersi dalla valutazione e dalla ricerca ed alla riduzione dei costi generati da un congruo ed ottimale utilizzo delle risorse (procedure, prescrizione di esami diagnostici, interventi chirurgici, ecc.). Anche la revisione delle modalità organizzative o di regime di erogazione delle prestazioni (degenza, day hospital, day service, ambulatorio) deve portare a renderle adeguate ed efficienti per l’erogazione agli utenti delle prestazioni ritenute necessarie alla cura. La valutazione dell’attività svolta deve considerare anche elementi di customer satisfaction, umanizzazione e qualità della vita nell’ospedale ad alta tecnologia.

Un ulteriore aspetto considerato riguarda le **tecnologie dell’informazione** e della comunicazione. Il problema va ridiscusso in termini di requisiti minimi necessari e di parsimonia informativa (criteri di selezione delle informazioni gestite, delle utenze, del contenuto informativo dell’organizzazione). L’innovazione tecnologico-comunicativa rappresenta una fondamentale opportunità per consolidare la fiducia del cittadino-utente nel medico, nei servizi sanitari e nell’ospedale quale servizio pubblico. Occorre gestire l’informazione sistematica ai cittadini sull’accessibilità ai servizi sanitari, gestire l’informazione sulla malattia e sui percorsi diagnostico-terapeutici e informare i pazienti, stabilendo con essi una relazione di aiuto. La configurazione dell’ospedale del futuro, basata essenzialmente sul decentramento e sulla deospedalizzazione, richiede, infatti, un potenziamento della capacità di collegamento interno-esterno (tele-consulto, tele-assistenza, ecc.) ed una diversa forma di aggregazione delle varie unità di produzione sanitaria, che non vivono più in interazione con un ambiente chiuso (l’ospedale tradizionale), ma con un numero pressoché infinito di altre esperienze e competenze.



Alla PARTE I Atti della Regione

rappresentato risulta evidente che l'organizzazione della tutela pubblica della salute, nell'immediato prossimo futuro, dovrà "fare i conti" con quell'insieme di trasformazioni che vanno sotto il nome di transizione demografica ed epidemiologica.

2.7. La transizione demografica

Per quanto attiene alla **transizione demografica**, occorrerà valutare attentamente il declino della fecondità ma, contestualmente, anche le modificazioni nella composizione dei modelli parentali con l'affermazione, numericamente sempre più rilevante, delle famiglie monoparentali, vale a dire costituite da un unico componente. Il *declino della fecondità*, unito all'aumento della *longevità*, produce un fenomeno che gli antropologi chiamano "*deparentalizzazione*"

Con l'affermarsi di questo fenomeno (Solinas, 1995) "*tramonta la parentela come grande rete connettiva capace di confermare ad ogni suo singolo componente la legittimità della sua esistenza*". Tale fenomeno ha effetti straordinari, spesso non attentamente considerati, sul sistema di offerta sanitaria e sugli assetti più complessivi del sistema di welfare. Una caratteristica importante che segna l'evoluzione delle reti di cura è, infatti, l'invecchiamento costante dei caregiver familiari o amicali: l'età media di 43,2 anni nel 1983 arriva a 50,1 anni nel 2009 e l'incremento maggiore di caregiver si concentra proprio nella fascia dai 55 anni in su.

Tra il 1983 e il 2009 i caregiver nella fascia di età tra 65 e 74 anni passano dal 20,2% al 32,7% e tra gli ultrasessantacinquenni passano dal 9,3% al 16%. Questo fenomeno, sicuramente dovuto all'invecchiamento crescente della popolazione, combinato alle migliori condizioni di salute della popolazione anziana, determina un generale allungamento delle reti di parentela non adeguatamente sostenuto dalla crescita demografica. Le reti di parentela sono sempre più lunghe nel tempo e strette, ovvero caratterizzate da un crescente numero di grandi anziani e sempre meno giovani ed adulti. Pur considerando che nel prossimo futuro l'invecchiamento della popolazione dovrebbe avvenire in condizioni di salute migliori rispetto al passato e quindi avere effetti diretti relativamente limitati sulla dinamica della spesa sanitaria, non va assolutamente sottovalutato che nei prossimi 50 anni l'impatto maggiore della transizione demografica riguarderà l'assistenza continuativa delle persone non autosufficienti o affette da patologie cronico degenerative in età molto avanzata.

2.8. La transizione epidemiologica

Quanto alla **transizione epidemiologica**, risulta opportuno sottolineare che già nel 1991 il primo numero di una importante rivista (*Health Transition Review*) suggeriva di



estendere il monitoraggio in corso – al di là dello stato di salute della popolazione – alla evoluzione delle risposte che la società dà a quello stato di salute: strategie sanitarie preventive mirate non più solo alla prevenzione individuale dei vaccini ma ad una riprogettazione delle condizioni sociali di vita ed ad una politica di contrasto dei fattori sociali di rischio. In tale prospettiva, il fattore su cui concentrare maggiormente l'attenzione diventerà sempre di più l'evoluzione degli stili di vita e dei comportamenti individuali che potranno influenzare in maniera decisiva i trend epidemiologici futuri

per quanto riguarda l'incidenza e la prevalenza delle patologie croniche che rappresentano oggi le principali cause di mortalità e morbidità. Il quadro epidemiologico si sta sempre più caratterizzando con una diffusione crescente di patologie cronicodegenerative a carattere invalidante dovute all'invecchiamento (demenze etc.), un progressivo aumento di patologie stabilizzate o che progrediscono lentamente (cardiopatie, AIDS, patologie oncologiche, lesioni neurologiche, ecc.), il diffondersi di disturbi psicosomatici (anoressia, bulimia, ecc.) e di forme di disagio mentale a livello adolescenziale e infantile. Le patologie croniche stanno quindi sostituendo le patologie acute come problema dominante per la salute in quanto: sono diventate la principale causa di disabilità e di utilizzo dei servizi, assorbono il 78% circa dell'intera spesa sanitaria, hanno modificato il ruolo del medico, che da unico protagonista della cura, diventa membro di un team multi professionale in grado di elaborare il piano di cura che tenga conto della molteplicità dei bisogni, così come di garantire la continuità dell'assistenza, hanno cambiato il ruolo del paziente che, da soggetto passivo deve diventare protagonista attivo della gestione del proprio stato di salute, assumendo comportamenti e stili di vita adeguati.

A tale scopo, nel prosieguo si approfondiranno i temi:

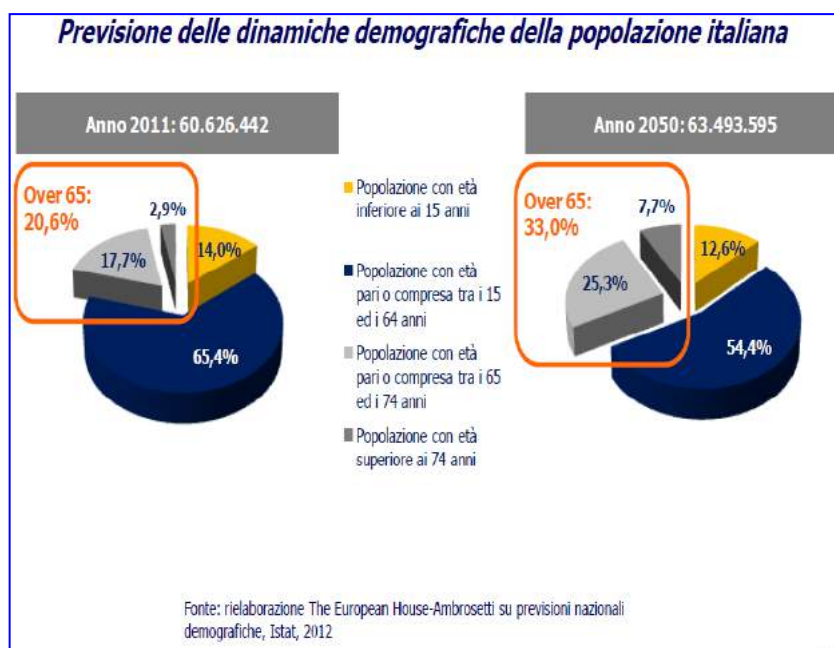
- a) degli scenari socio demografici con particolare riferimento alle questioni dell'invecchiamento della popolazione, della natalità e della fecondità e dei flussi migratori;
- b) degli scenari epidemiologici, con attenzione alle questioni legate all'aspettativa di vita, alla mortalità per causa, ai fattori di rischio ed alle malattie croniche;
- c) dell'ospedalizzazione e domanda di cure, con riferimento alle modalità di ricorso alle cure ospedaliere ed alla mobilità passiva
- d) dell'epidemiologia ospedaliera, con riferimento ai livelli di appropriatezza/in appropriatezza dei ricoveri ospedalieri e del ricorso alle prestazioni di pronto soccorso.

3 - Scenario socio-demografico: l'Italia, la Campania e la provincia di Salerno

Le trasformazioni socio-demografiche (**Figura 4**) degli ultimi decenni hanno messo in evidenza fenomeni di forte rilevanza per il nostro Paese, come la diminuzione della fecondità, l'innalzamento della vita media e il tendenziale invecchiamento della popolazione, le variazioni dei fenomeni migratori. Per il dimensionamento e la programmazione dei servizi socio-sanitari fondamentale è l'analisi della struttura demografica della popolazione e la sua evoluzione nel tempo. Infatti, solo conoscendo la distribuzione per età e genere di una popolazione, è possibile adattare l'offerta sanitaria dei servizi, erogati sia dalla rete territoriale che ospedaliera, alla domanda di assistenza che ne deriva.

Gli indicatori demografici confermano come nel nostro Paese il processo di invecchiamento della popolazione sia piuttosto avanzato e le sue conseguenze si vadano accentuando nel tempo (**tabella 2**). La quota dei giovani sul totale della popolazione è, difatti, molto contenuta, mentre

il peso assoluto e relativo della popolazione anziana si fa via via più consistente. Per quanto riguarda il rapporto tra generi si evidenzia come, nelle età più avanzate, questo sia fortemente sbilanciato a favore delle donne che godono di una sopravvivenza più elevata.



Entrando nel dettaglio dei singoli indicatori, si osserva che l'Indice di Vecchiaia ben evidenzia quanto la struttura per età della popolazione residente sia sbilanciata verso le classi di età più elevate. Infatti, ogni 100 giovani che hanno un'età <15 anni risiedono in Italia oltre 148 persone che hanno 65 anni ed oltre. Le regioni più vecchie sono la Liguria (238,4 per 100), il Friuli Venezia Giulia (190,0 per 100) e la Toscana (187,3 per 100). All'opposto, valori contenuti si registrano in Campania (101,9 per 100), nella PA di Bolzano (111,1 per 100) e Sicilia (126,2 per 100).

Importanti sono anche i dati dell'Indice di Dipendenza: a livello nazionale ogni 100 persone in età attiva (15-64 anni) ve ne sono 53,5 che, per motivi di età, sono potenzialmente da loro "dipendenti".

L'Indice di Struttura demografica della popolazione attiva ci riferisce che ogni 100 residenti di 15-39 anni ce ne sono poco più di 120 della fascia di età 40-64 anni. L'indicatore, che ancora una volta raggiunge il suo massimo in Liguria (150,5 per 100) e il suo minimo in Campania (102,0 per 100), è un'ulteriore misura dell'invecchiamento della popolazione in quanto **le venticinque generazioni più giovani di quelle in età attiva sono meno numerose delle venticinque generazioni più vecchie.**

nbio della popolazione attiva, che rappc giovani tra il collettivo in età attiva con le cinque più anziane, è pari, a livello nazionale, a 130,3 per 100. Ancora una volta è in Liguria che si riscontra il valore più elevato (174,9 per 100) e in Campania quello più contenuto (93,0 per 100).

Interessante è l'indicatore sugli ultracentenari: i dati evidenziano che l'ammontare della popolazione di 100 anni ed oltre è cresciuto in modo consistente nell'ultimo decennio (2002-2011). In particolare, gli **ultracentenari sono più che raddoppiati** nel periodo di riferimento, passando da poco più di 6.100 unità nel 2002 ad oltre le 13.500 nel 2011. Si noti, poi, come anche per questa fascia di età la componente femminile sia maggiormente rappresentata: nel 2011, infatti, le donne rappresentano l'82,8% del totale degli ultracentenari.

3.1. Dinamica demografica, anziani e grandi anziani

I comportamenti demografici nazionali, soprattutto quelli accumulati in passato ma anche quelli più recenti, determinano conseguenze sul processo d'invecchiamento della popolazione.

L'Italia è tra i Paesi al mondo in cui il tasso d'invecchiamento della popolazione è stato più intenso e veloce. Secondo gli ultimi indicatori demografici ISTAT, si rileva che, al 1° gennaio 2014, le **persone con 65 anni e oltre rappresentano il 21,4%** della popolazione, con un ulteriore aumento di due decimi di punto percentuale sull'anno precedente; d'altro canto, **i giovani fino a 14 anni di età sono scesi al 13,9%** del totale, facendo riscontrare una variazione negativa di un decimo di punto. **Nessun altro Paese della UE28 ha una così elevata proporzione di ultrasessantacinquenni**, graduatoria in cui l'Italia precede a distanza la Germania (20,7%). Per contro, l'Italia figura al terzultimo posto per proporzione di giovani fino a 14 anni di età, seguita soltanto da Bulgaria (13,6%) e Germania (13,1%).

Zoomando sulla geografia demografica interna, le regioni che detengono, ormai da tempo, il primato di regione più vecchia e **più giovane d'Italia** sono, rispettivamente, la Liguria e la **Campania**, che in ragione di tale diversità demografica dovrebbero presentare una diversa offerta di servizi, con conseguente diversa ripartizione delle spese in fase di programmazione.

Tuttavia, per comprendere, al di là della "struttura", quella che è la "dinamica" demografica, altri fattori vanno considerati per uno studio puntuale e realistico di programmazione dei servizi: tra questi, la migrazione di capitale umano dal Mezzogiorno al Centro-nord che, reiterando un processo demografico oramai storicizzato nel nostro Paese (i dati 2013 non si discostano dai valori medi degli anni precedenti) comporta un **tasso migratorio interno netto positivo quasi ovunque nel Centro-nord**. Nel decennio 1993-2012 ben 2 milioni 388 mila individui hanno spostato la residenza dal Mezzogiorno al Centro-nord, mentre poco più della metà, 1 milione 275 mila, ha effettuato il tragitto inverso, tanto che, nel **Mezzogiorno, non sono presenti regioni con saldi positivi**. La migrazione di capitale umano dal Mezzogiorno al Centro-nord prosegue anche nel 2013. Sono 116 mila gli individui che hanno trasferito la residenza da una regione del Mezzogiorno a una del Centro-nord, mentre soltanto in 65 mila hanno fatto il contrario. In **Campania si registra la più alta propensione alla**

conseguenze non solo sotto l'aspetto quantitativo, diminuendo la popolazione dell'uno a vantaggio di quella dell'altro, ma anche sotto l'aspetto **qualitativo**, per la **progressiva sottrazione di capitale umano in piena età di lavoro e riproduttiva (e con minori bisogni assistenziali)**.

Dunque, anche la **popolazione del Sud Italia e della Campania “comincia ad invecchiare”** come conseguenza dell'aumento della longevità, della persistente denatalità e della migrazione dei giovani verso il nord. L'immigrazione straniera, in calo negli ultimi anni², ha contenuto solo in parte la riduzione della popolazione più giovane. Inoltre, essa è più concentrata nelle regioni del Nord che nel Mezzogiorno, evidenza che, insieme alla riduzione della natalità sotto i livelli nazionali, sta producendo come esito un **invecchiamento che diventerà progressivamente più accentuato e problematico nelle regioni del Sud**. I differenziali in termini di comportamento riproduttivo, inoltre, attestano che **le immigrate residenti nel Nord manifestano una fecondità più elevata (2,31 figli) di quelle residenti nel Mezzogiorno (2,02)**.

Nell'ambito di queste linee evolutive, in **Campania**, per quanto più bassi della media nazionale, l'indice di dipendenza strutturale, l'indice di dipendenza anziani e l'indice di vecchiaia mostrano un **trend in crescita negli ultimi anni**. Sempre focalizzando l'attenzione sulla geografia demografica regionale, la distribuzione della popolazione per età è fortemente differenziata, come si evince dall'indice di vecchiaia (102,7) che è più basso per Napoli (89,1) e Caserta (91,1), ma che raddoppia quasi per Benevento (154,1) attestandosi su valori significativamente più alti per Avellino (145,0) e Salerno (126,3).

In termini relativi, **Salerno è, dunque, terza nell'ordine delle province per quanto riguarda la popolazione anziana. L'età media è di circa 42 anni**, ma supera i 50 in almeno 10 comuni. Tuttavia, se si considera che, con i suoi 1.109.705 (539.219 maschi e 570.486 femmine), è la seconda provincia più popolosa della regione (19% della popolazione campana), **in termini assoluti il suo carico di popolazione con più di 65 anni supera le 200.000 unità (tabella 2)**, contro le 145.000 unità di Avellino e Benevento messe insieme. Risulta, poi, sempre più importante distinguere tra “giovani” e “grandi” anziani (gli over 80 anni). Dopo tale età, infatti, la gran parte delle persone comincia a presentare rilevanti limiti all'autonomia e si trova essa stessa ad aver bisogno stabilmente di assistenza. Per le dinamiche demografiche in corso, non è in aumento solo la popolazione anziana, ma ancor più lo è la componente dei **“grandi anziani”**.

In particolare per **Salerno, quasi il 30% della popolazione anziana ha più di 80 anni** e ciò è estremamente significativo visto che **i grandi anziani sono i maggiori consumatori di prestazioni sanitarie** (in particolare negli ultimi mesi/anni di vita)

² Nel 2013, le immigrazioni dall'estero scendono a 307 mila, pari a un tasso del 5,1 per mille, contro le oltre 350 mila del 2012 (5,9 per mille). Aumentano, invece, le emigrazioni, circa 126 mila (2,1 per mille), contro i 106 mila dell'anno precedente (1,8 per mille). Il saldo migratorio con l'estero è di 182 mila unità, per un tasso del 3 per mille (4,1 nel 2012). Nel periodo 2008-2013, tra coloro che abbandonano il Paese per una destinazione estera raddoppia sia il numero di residenti stranieri (da 22 a 44 mila), che il numero di italiani (da 40 a 82 mila).

ricovero necessarie.

Tabella 2 Composizione per fasce di età e genere della popolazione ASL Salerno residente al 1° Gennaio 2013

Età	Maschi	Femmine	Totale
< 1 anno	4.947	4.614	9.561
1-4 anni	25.143	23.847	48.990
5 - 14 anni	55.956	52.800	108.756
15-25 anni	66.179	63.296	129.475
25 - 44 anni	150.959	151.199	302.158
45 - 64 anni	145.552	153.895	299.447
65 - 74 anni	47.423	52.917	100.340
≥ 75 ani	41.019	63.268	104.287

3.2. Popolazione straniera

Nel 2013 le **immigrazioni dall'estero sono scese** ad un tasso del 5,1 per mille, contro il 5,9 del 2012. Nel **Mezzogiorno**, pur se positiva, la dinamica migratoria internazionale risulta comparativamente **inferiore a quella del Centro-nord**. Il tasso migratorio netto è, infatti, pari all'1,9 per mille nel 2013 contro il 3,3 per mille del Nord e il 4,2 per mille del Centro. Il fenomeno immigratorio, oltre che sulla composizione per età della popolazione sopra illustrata (a migrare sono soprattutto giovani adulti), va trattato come **variabile indipendente nella programmazione sanitaria**, imponendo di ripensare l'offerta dei servizi in termini globali. L'ISTAT nel 2012³ mette in risalto talune specificità⁴ della popolazione straniera sia rispetto alle condizioni di salute, che ai fattori di rischio, al ricorso alle cure e all'accessibilità dei servizi.

³ **Fonte Ministero della Salute - ISTAT Anno 2011-2012 CITTADINI STRANIERI: CONDIZIONI DI SALUTE, FATTORI DI RISCHIO, RICORSO ALLE CURE E ACCESSIBILITÀ DEI SERVIZI SANITARI**

⁴ Tra i cittadini stranieri prevale una percezione positiva del proprio stato di salute, più che tra gli italiani (87,5% vs 83,5%), soprattutto per i polacchi (88,4%) e, tra i non comunitari, per cinesi (90,2%), filippini (90,2%) e indiani (88,8%). In fondo alla classifica si trovano gli ucraini (85,8%) e i marocchini (85,2%). Le patologie più diffuse sono quelle dell'apparato respiratorio (65,4 stranieri ogni mille); seguono le malattie dell'apparato digerente e dei denti (20,2 per mille), quelle del sistema nervoso (19,8) – con prevalenza nelle donne (25,7 rispetto al 13 degli uomini) – e quelle del sistema osteomuscolare (15,5). Il 23,2% degli stranieri di 14 anni e più consuma abitualmente tabacco, contro il 25,8% degli italiani. Come nel caso degli italiani, l'abitudine è più diffusa tra gli uomini (32,4%) che non tra le donne (15,1%). Indiani, filippini, cinesi e marocchini sono più virtuosi per il numero di persone che non hanno mai fumato. Quasi un terzo degli stranieri è sovrappeso (30,9%) e l'obesità interessa il 7,8%. Quote simili si osservano nella popolazione italiana a parità di età (58,2% normopeso, 29,8% sovrappeso, 7,8% obeso). In assenza di disturbi o sintomi vanno dal medico il 57,5% degli stranieri, di più le donne (59,6% contro il 53,9% degli uomini) e i giovani under 14 (62,9%), di meno i cinesi (44,1%). Si rivolgono al pronto soccorso soprattutto tunisini e marocchini, meno i cinesi. Alla guardia medica si recano di più i giovani adulti e chi vive al Mezzogiorno, al consultorio soprattutto le donne tra i 25 e i 34 anni. Il 13,8% degli stranieri (di 14 anni e più) ha difficoltà a spiegare in italiano i disturbi al medico e il 14,9% a comprendere ciò che il medico dice. Lo svantaggio è maggiore per le donne, per gli over 54, per chi ha un titolo di studio basso e per le collettività cinesi, indiane, filippine e marocchine. Il 13% dei cittadini

il 53% donne); di questi, 439.915 sono al Sud e 170.938 in Campania. Più **del 22% degli stranieri in Campania si concentra nella provincia di Salerno**, dove la proporzione di donne – maggiori utilizzatrici dei servizi sanitari tra gli stranieri - sale a quasi il 56%. **Il tasso di crescita della popolazione straniera a Salerno è del 105% (con punte che superano il 600% in alcuni comuni)**. La **percentuale media di stranieri sul totale della popolazione nell'intera provincia è del 3,1%**, ma raggiunge quasi il 10% in alcuni comuni.

3.3. Natalità, Fecondità e indice di sostituzione



In parallelo alle trasformazioni sociali ed economiche che stanno attraversando il Paese negli ultimi cinque anni, il **2013**, dunque, **si contraddistingue per dinamiche demografiche** fondamentalmente **deboli**. Sul versante del ricambio generazionale, ad esempio, si segnala per il quinto anno consecutivo **una diminuzione delle**

nascite. Collateralmente, la propensione ad avere figli scende ulteriormente da 1,42 figli per donna nel 2012 a 1,39 nel 2013, accentuando il divario con la media UE28 (1,58 nel

2012, dato Eurostat su <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/data>).

Con 1,39 figli per donna la fecondità nazionale, torna nel **2013** ai livelli osservati almeno sei anni prima; sebbene non corrisponda al momento storico di minimo della fecondità (raggiunto nel 1995), rappresenta **il livello storico minimo delle nascite** (514 mila, con una riduzione drastica dalle 577 mila del 2008).

Avanza sempre di più il calendario riproduttivo, con un'età media al parto giunta a 31,5 anni nel 2013. Anche i differenziali territoriali rappresentano una chiave di lettura delle recenti dinamiche di fecondità. Gli ultimi venti anni sono stati caratterizzati dalla presenza di un significativo dualismo geografico tra le regioni del Centro-nord e quelle del Mezzogiorno: le prime, in forza dei recuperi prodotti, hanno raggiunto e superato quelle **meridionali**, a loro volta incessantemente **interessate da un declino della fecondità**. Persino negli anni più recenti, in cui anche le regioni del Centro-nord hanno affrontato una riduzione dei livelli riproduttivi, è aumentato il divario tra le due aree del Paese.

stranieri (di 14 anni e più) ha difficoltà a svolgere le pratiche amministrativo-burocratiche nell'accesso alle prestazioni sanitarie, soprattutto se cinesi o indiani.

numero medio di figli per donna scende d

2013 mentre nel Centro si attesta a 1,39. **Nel Mezzogiorno, invece, si passa da 1,38 figli per donna a 1,31.** Colpisce particolarmente che nessuna regione del Mezzogiorno abbia un livello di fecondità superiore a quello medio nazionale (1,39). Il calo della fecondità interessa **anche le immigrate**: nel 2013 si stima che meno dell'80% delle nascite proviene da donne italiane, e il restante 20% da donne straniere (complessivamente circa 105 mila). Tra il 2008 e il 2013, tuttavia, **la fecondità delle donne immigrate scende alla pari e anche più di quella delle italiane**: da 2,65 figli per donna a 2,20. Una più massiccia e integrata presenza d'immigrati nel Nord (vedi paragrafo 1.1) unita a una maggiore propensione riproduttiva media costituisce quindi un'altra importante causa del divario esistente su scala globale tra la fecondità nelle due aree del Paese. Il tasso di **natalità a Salerno è del 9‰**, vicino a quello nazionale e inferiore a quello campano.

4 - Scenario epidemiologico e bisogno di servizi sanitari: l'Italia, la Campania e la provincia di Salerno

4.1. *Aspettativa di vita*

L'allungamento della sopravvivenza alle varie fasi della vita dimostra che l'Italia si ritrova in una posizione di relativo vantaggio tra i Paesi avanzati. Le **stime per il 2013 indicano che uomini e donne nati in tale anno possono contare, rispettivamente, su un'aspettativa di vita di 79,8 e 84,6 anni**. I livelli di sopravvivenza sin qui conquistati rappresentano solo l'ultima tappa di un lungo percorso che ha avuto origine per il Paese oltre un secolo fa: da allora la speranza di vita alla nascita è più che raddoppiata. Nell'ultimo decennio uomini e donne (più i primi che le seconde) hanno conseguito ulteriori vantaggi di sopravvivenza: rispettivamente 1,9 anni e 1 anno di vita media in più.

Gran parte del guadagno di sopravvivenza ottenuto negli ultimi dieci anni è dovuto alla **riduzione della mortalità nelle età senili**. La speranza di vita a 65 anni è giunta nel 2013 a 18,5 anni per gli uomini e a 22 anni per le donne, conseguendo un aumento sul 2004 di 1,2 anni (su complessivi 1,9) per i primi e di 0,7 anni (su 1) per le seconde. Le donne mantengono un significativo surplus di sopravvivenza ma il vantaggio nei confronti degli uomini è soggetto a una continua erosione: da 5,7 anni alla nascita, nel 2004, a 4,8 anni nel 2013.

La differenza di genere diminuisce anche alle età più anziane, da 3,9 a 3,5 a 65 anni di età, tuttavia con un ritmo di riduzione più basso. Ciò indicherebbe che mentre **tra le più giovani generazioni gli stili di vita cominciano a essere tali da ridurre in maniera pressoché identica i fattori di rischio per la sopravvivenza**, nelle età più anziane sembrerebbe permanere ancora un'oggettiva difficoltà degli uomini a superare il ritmo di riduzione di mortalità delle donne.

Come si vedrà nella successiva disamina della mortalità, la riduzione dei differenziali di genere è quasi tutta da attribuire alla peggiore dinamica della mortalità delle donne rispetto agli uomini tra 0 e 74 anni (+124 gg vs +276 gg). Le cause che spiegano maggiormente questa evoluzione sono le **malattie del sistema circolatorio e i tumori maligni** per i quali si osserva, complessivamente, **una riduzione minore della mortalità delle donne rispetto agli uomini**. Considerando tutte le classi di età, per le donne contribuiscono negativamente all'aumento della sopravvivenza i disturbi psichici e le malattie del sistema nervoso (-27 gg) e positivamente le malattie del sistema circolatorio (+131 gg) e i tumori maligni (+29 gg). Per gli uomini, invece, si evidenzia innanzitutto un importante contributo positivo alla riduzione della mortalità dei tumori maligni (+115 gg) e delle malattie del sistema circolatorio (+133 gg).

L'impatto delle cause di morte sull'evoluzione della speranza di vita viene analizzato separatamente per due fasce di età: 0-84 anni e 85 anni ed oltre. In particolare, nella classe 0-84 anni si osserva in tutte le regioni un aumento della sopravvivenza dovuto alla riduzione della mortalità delle malattie del sistema circolatorio sia per gli uomini sia per le donne; negli uomini è sempre positivo anche il contributo dei tumori, mentre per le donne è quasi sempre negativo il contributo della mortalità dei disturbi psichici e comportamentali. Negli ultra 85enni i differenziali di genere e la variabilità territoriale

differenziazione per causa molto accentuata sul territorio. L'unico elemento di omogeneità geografica e di genere nelle fasce più anziane di popolazione è il contributo negativo dei **disturbi psichici e comportamentali** all'aumento della sopravvivenza: si registra una crescita generalizzata della mortalità per queste cause in tutte le regioni e un conseguente effetto negativo sulla vita media.

Le regioni del Paese dove si riscontrano le condizioni di sopravvivenza più favorevoli continuano a essere quelle del Nord-Est e, del Centro (escludendo il Lazio). In generale, pur persistendo importanti differenze territoriali, negli ultimi anni le regioni sono state accomunate da un percorso d'incremento della sopravvivenza omogeneo. **Anche la Campania**, storicamente meno favorita, **consegue guadagni prossimi a quelli medi nazionali** e non vede allontanare la sua condizione relativa da quella delle regioni con sopravvivenza più alta. Tuttavia, la speranza di vita alla nascita in **Campania** continua ad **essere la più bassa in Italia** (77.982 e 82.848 rispettivamente per maschi e femmine vs 79.565 e 84.409, dati 2012). **Nella provincia di Salerno**, la speranza di vita alla nascita si approssima ai livelli medi nazionali (79.107 e 83.870), **superando significativamente quella regionale**.

4.2. Mortalità e mortalità per causa

In Italia, il tasso standardizzato di mortalità è in riduzione ed è passato da 112,6 a 105,9 per 10.000 negli uomini e da 68,7 a 66,8 per 10.000 nelle donne. Tuttavia, l'evoluzione dei tassi per grandi gruppi di cause ha andamenti differenziati: diverse sono le cause in diminuzione (tumori maligni, malattie del sistema circolatorio, malattie dell'apparato digerente e cause di morte violenta), ma altre sono in aumento (disturbi psichici e comportamentali e malattie del sistema nervoso). Gli uomini hanno, mediamente, livelli più alti di mortalità (in particolare, per le malattie del sistema circolatorio e i tumori), ma tra il 2006 e il 2010 fanno registrare i maggiori decrementi della mortalità. Tuttavia, come osservato in precedenza, il generale aumento della sopravvivenza è dovuto alla **riduzione della mortalità al di sotto degli 85 anni, mentre si osserva un lieve aumento nelle età più anziane**. La scomposizione delle variazioni della sopravvivenza nei contributi per classi di età e cause consente meglio di apprezzare l'evoluzione recente. Per le donne i contributi positivi più alti alla sopravvivenza sono ascrivibili alle malattie del sistema circolatorio e quelli negativi più consistenti ai disturbi psichici e alle malattie del sistema nervoso. Per gli uomini sono particolarmente alti i contributi della riduzione della mortalità a 0-74 anni legata ai tumori maligni e alle malattie del sistema circolatorio, nella classe di età successiva e piuttosto consistente in termini relativi solo il contributo delle malattie del sistema circolatorio. Alla riduzione della mortalità femminile nelle stesse classi di età contribuiscono solo le malattie del sistema circolatorio. La riduzione dei differenziali di vita tra uomini e donne è, quindi, spiegata da una maggiore riduzione della mortalità degli uomini rispetto alle donne in tutte le classi di età e per le principali cause di morte. Importante è anche la riduzione delle cause di morte violenta nelle età comprese tra 0-74 anni, soprattutto negli uomini.

Considerando in primo luogo la mortalità generale, il **tasso della Campania risulta superiore rispetto al tasso italiano in entrambi i generi**. In Campania, come in Italia, sono le **malattie del sistema circolatorio a fornire il più alto contributo alla**

40%, con un valore del 46% tra le donne. Il secondo contributo alla mortalità generale della Campania è dato dai **tumori maligni** anche se in misura inferiore rispetto al dato nazionale. Si evidenzia inoltre in Campania un rilevante impatto del **diabete mellito**, soprattutto tra le donne.

Quando si analizzano le cause specifiche, tra gli uomini vi è una larga prevalenza di tassi superiori alla media nazionale. Sono infatti più alti i livelli di mortalità per malattie circolatorie, in particolare le **malattie ischemiche del cuore e le malattie cerebrovascolari**; risultano inoltre più elevati i tassi di mortalità per malattie dell'**apparato respiratorio, dell'apparato digerente e per diabete mellito**.

Per quanto riguarda i tumori maligni nel loro complesso, i tassi osservati in Campania sono superiori al dato nazionale per le neoplasie di fegato, laringe, trachea-bronchi e polmone, prostata, vescica.

Tra le **donne risultano più elevati i livelli di mortalità per malattie circolatorie, in particolare le malattie ischemiche del cuore e le malattie cerebrovascolari**; risultano inoltre più elevati i tassi di mortalità per malattie dell'**apparato respiratorio e dell'apparato digerente**. Risalta il tasso di mortalità per **diabete mellito (50.7) quasi doppio di quello italiano (27.1)**.

Il tasso di mortalità per il complesso dei tumori maligni osservato in Campania risulta nelle donne inferiore al valore nazionale. Risultano più elevati i tassi di mortalità per tumore del fegato, della laringe e della vescica. La mortalità per causa in Campania nella fascia di età 19-64 anni è superiore alla media nazionale⁵ negli uomini per le malattie cardiovascolari (6,8 vs 5,2) e malattie del sistema digerente (1,9 vs 1,4), mentre nelle donne per malattie cardiovascolari (2,4 vs 1,9) e per cause violente. tra il 65 e il 74mo anno di età, la Campania ha **tassi di mortalità per causa superiori alla media nazionale per tutte le cause** sia per i maschi (239 vs 190) che per le donne (124 vs 96), addirittura quasi doppi per malattie metaboliche, endocrine e nutrizionali (maschi e femmine) e, nel caso delle femmine, per malattie respiratorie e gastrointestinali.

4.3. *Mortalità evitabile*

Un discorso a parte merita la mortalità evitabile o *mortalità riconducibile ai servizi sanitari* (amenable mortality related to health care services), che comprende quei “decessi considerati prematuri, che non dovrebbero verificarsi in presenza di cure appropriate e tempestive”. In altri termini, comprende quelle “morti attribuibili a condizioni per le quali esistono interventi diagnostico-terapeutici efficaci, che potrebbero ridurre morti premature”. In un recente studio italiano i tassi di ME analizzati a livello nazionale e regionale hanno evidenziato un tasso nazionale pari a 62,6 per 100.000 abitanti (uomini: 66,0 per 100.000; donne: 59,1 per 100.000), con una variazione dei tassi regionali dal 54,1 per 100.000 della PA di Bolzano al **76,3 per 100.000 della Campania**.

⁵ tassi standardizzati * 1000 ab



L'Osservatorio Osservasalute 2013, oltre che la più bassa speranza di vita alla nascita per tutte le età e per entrambi i generi e il più alto tasso di mortalità al di sopra del primo anno di vita per maschi e femmine, attribuisce alla **Campania la più alta percentuale di fumatori, persone in sovrappeso (quella salernitana è la più alta), la più alta percentuale della spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL, il maggior tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 10.000) in Day Hospital, la peggior media annua delle concentrazioni medie giornaliere di PM10.**

4.4.1. **Fattori di rischio e stili di vita**

Il contributo dei fattori di rischio comportamentali alla determinazione delle malattie multifattoriali che rappresentano oggi le principali cause di morbosità, mortalità e disabilità è ormai chiaramente definito e riconosciuto.

Nel 2012, **l'abitudine al fumo di tabacco** nella popolazione di 14 anni ed oltre è risultata, in linea con quanto registrato negli anni precedenti, lievemente in diminuzione; **Campania e Sicilia mostrano i tassi più alti di fumatori (rispettivamente, 24,6% e 24,5%)**. Si mantiene ancora elevata la differenza di genere con il 27,9% dei fumatori (soprattutto nella fascia di età 25-34 anni) ed il 16,3% delle fumatrici (soprattutto nella fascia di età 45-54 anni) mentre gli ex-fumatori di genere maschile sono quasi il doppio (29,6%) rispetto alle donne (16,1%).



Se da un lato il dato positivo relativo alla graduale diminuzione del numero di fumatori può essere considerato un successo delle politiche antifumo finora adottate in Italia, dall'altro la controtendenza che ancora si registra tra categorie, quali giovani e donne, e la mortalità correlata al fumo ancora elevata pongono, tuttora, questo fattore di rischio tra le **priorità di salute**. Per quanto riguarda **l'abitudine all'alcol**, la prevalenza dei non consumatori, nel 2011, risulta aumentata rispetto al 2010 (33,6% vs 32,7%). La prevalenza di consumatori a rischio è pari al 23,9% per gli uomini ed al 6,9% per le donne. Tale indicatore risulta in diminuzione in diverse regioni, in particolare nel genere maschile. Tra i giovani di 11-18 anni, la prevalenza di consumatori a rischio è pari al 14,1% per i maschi ed all'8,4% per le femmine, il che conferma, a livello nazionale, il trend in diminuzione registrato negli ultimi anni.

risultata pari al 39,5% per gli uomini ed al 10,2% per le donne, senza variazioni significative rispetto agli ultimi anni. Anche per questa fascia di età, si registrano differenze di genere statisticamente significative sia a livello nazionale che regionale.

Nonostante le molteplici strategie mirate alla riduzione del **rischio alcol-correlato**, il fenomeno non mostra la riduzione attesa: con **8 milioni di italiani interessati dal fenomeno**, sono ancora troppi gli individui che risultano insensibili agli interventi di informazione e di sensibilizzazione sul tema.

Relativamente alla parte concernente il **consumo di alimenti per tipologia**, le persone di 3 anni ed oltre che consumano almeno una porzione al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta (VOF) costituiscono un dato percentuale abbastanza stabile, mentre è segnalato un leggero calo nell'ultimo biennio di coloro che riferiscono di consumare le quantità raccomandate di 5 porzioni e più al giorno di VOF (5+VOF) (4,9% nel 2011; 4,7% nel 2012). Le abitudini alimentari risultano abbastanza omogenee tra le regioni, a parte un **consumo settimanale di verdura meno frequente in Liguria e nel Sud**, rispetto al dato nazionale, ed un minor consumo di salumi in Emilia-Romagna; un maggior consumo di carne di maiale è segnalato in Toscana, Umbria, Basilicata e Calabria ed un minor consumo di carne bovina si registra nella PA di Bolzano.

Nel complesso, nonostante sia rilevata un'aumentata attenzione agli aspetti salutistici correlati all'alimentazione, risulta ancora **limitata la percentuale di persone che raggiunge o supera la quota di 5+VOF**.

Relativamente al **sovrappeso ed all'obesità**, nel 2012, più di un terzo della popolazione adulta (35,6%) del nostro Paese è in sovrappeso, mentre una persona su dieci è obesa (10,4%); complessivamente, il 46,0% dei soggetti di età >18 anni è in eccesso ponderale. Questo dato è cresciuto di 3,6 punti percentuali dal 2001; in particolare, negli ultimi 11 anni, è aumentata maggiormente la prevalenza di persone obese (da 8,5% a 10,4%). Anche nel 2012, si conferma il gradiente Nord-Sud precedentemente rilevato, con le regioni meridionali che presentano la prevalenza più alta di persone obese (Puglia 12,9% e Molise 13,5%) ed in sovrappeso (Basilicata 39,9% e Campania 41,1%) rispetto alle regioni settentrionali che risultano più virtuose (obesità minima in Liguria 6,9% e PA di Bolzano 7,5%; indici più bassi di sovrappeso in Liguria 32,3% e PA di Bolzano 32,5%). La percentuale di popolazione in condizione di **eccesso ponderale** cresce all'aumentare dell'età: nel passare dalla fascia di età 18-24 anni a quella 65-74 anni il valore percentuale dei soggetti sovrappeso passa dal 15,8% al 45,8% e quello dei soggetti obesi dal 2,8% al 15,9%, per poi diminuire nelle persone di 75 anni ed oltre (sovrappeso 42,5% ed obesità 13,2%).

L'eccesso ponderale è più diffuso tra gli uomini, che risultano in sovrappeso per il 44,2% rispetto al 27,6% delle donne, ed obesi per il 11,3% rispetto al 9,5% delle donne. Per entrambi i generi, la fascia di età in cui sovrappeso ed obesità sono maggiormente diffusi è quella compresa tra 65-74 anni. L'analisi del sovrappeso e dell'obesità nella fascia di età 6-17 anni mostra come i bambini e gli adolescenti in eccesso di peso costituiscano il 26,9% del totale. Si rilevano, inoltre, forti differenze di genere, dato che il fenomeno risulta più diffuso tra i maschi che tra le femmine (30,1% contro il 23,6%), una diminuzione con l'età e un forte gradiente Nord-Sud, con **percentuali particolarmente elevate in Campania** (40,6%), Sicilia (33,3%), Molise (32,9%), Basilicata (32,9%) e Calabria (30,5%). Si osservano, infine, prevalenze più elevate sia in relazione a risorse economiche scarse o insufficienti che al più basso livello di istruzione ed all'eccesso di peso dei genitori.



L'edizione 2012 dell'indagine "OKkio alla SALUTE" ha fatto registrare una percentuale di bambini di età 8-9 anni in eccesso ponderale pari al 32,8% (22,2% in sovrappeso e 10,6% obesi), dato leggermente inferiore a quello rilevato nelle raccolte precedenti, ma tra i più elevati a livello europeo. Si conferma un gradiente Nord-Sud, con valori che vanno dal 13,3% di sovrappeso nella PA di Bolzano al 27,3% in Basilicata e dal 2,6% di obesità nella PA di Bolzano al 21,5% in Campania.

L'elevata percentuale di persone in **eccesso ponderale rappresenta un dato allarmante** che deve condurre a potenziare le strategie già esistenti ed ad implementarne di nuove. Accanto ai programmi di sorveglianza, indispensabili per valutare il fenomeno e per intraprendere politiche adeguate, vanno promossi interventi di promozione di corretti stili di vita e lotta alle malattie croniche mediante un approccio multisettoriale. Riguardo all'attività fisica, nel 2012, circa 18 milioni di italiani (31,1% della popolazione) di età >3 anni dichiara di praticare uno o più sport nel tempo libero, mentre il 29,2% dichiara di svolgere qualche attività fisica e circa 23 milioni di soggetti (39,2%) risultano sedentari. L'andamento temporale mostra un aumento della propensione all'attività fisica (dal 19,1% del 2001 al 21,9% del 2012). In entrambi i generi, si riscontra una lieve diminuzione nella quota di persone sedentarie (da 35,0% a 34,6% negli uomini; da 44,4% a 43,5% nelle donne). Si conferma il **gradiente Nord-Sud con livelli più elevati di svolgimento di sport in modo continuativo nelle regioni settentrionali**, in particolare nelle PA di Bolzano e Trento ed in Veneto; seguono poi le regioni del Nord-Ovest e del Centro. La **Campania** (19,3%) è la regione con la **più bassa quota di praticanti sportivi**. Analogamente, anche la pratica di qualsiasi attività fisica fa registrare un gradiente decrescente da Nord verso Sud ed Isole (Sicilia 22,0% e Campania 22,9%), mentre per la sedentarietà si rileva un andamento inversamente proporzionale: nella maggior parte delle regioni meridionali più della metà della popolazione non pratica sport né attività fisica, in particolare in Sicilia (55,2%) ed in Campania (57,3%).

I livelli di pratica sportiva sono molto più alti fra gli uomini: il 26,4% pratica sport con continuità e l'11,3% lo pratica saltuariamente, mentre fra le donne i livelli sono, rispettivamente, del 17,6% e del 7,3%. Queste ultime sono, generalmente, più sedentarie degli uomini (43,5% vs 34,6%).

Sempre **crescente l'allarme dell'obesità in Regione Campania** - secondo i dati raccolti dal sistema di sorveglianza Passi, il 32% degli adulti risulta in sovrappeso, mentre l'11% è obeso: complessivamente, quindi, più di quattro adulti su dieci (42%) sono in eccesso ponderale. La **Campania, in particolare, mostra la più alta prevalenza di sovrappeso e obesità infantile rispetto a tutte le altre regioni italiane e a gran parte dei Paesi europei**. Tra i bambini della nostra Regione il 48,8 % presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità (dati Sistema di Sorveglianza Okkio alla Salute 2012).

Per rimuovere alcuni tra i principali fattori di rischio ambientali e comportamentali che gli studi epidemiologici hanno mostrato essere associati allo sviluppo di alcune gravi patologie, è necessario incentivare le attività di **prevenzione primaria e secondaria**. Lo scopo della prevenzione primaria è quello di ridurre l'incidenza della patologia tenendo sotto controllo le abitudini di vita e può essere diretta a tutta la popolazione o a particolari categorie di persone considerate "ad alto rischio". Oltre alle campagne di educazione alla salute finalizzate all'adozione di stili di vita salutari, tra gli strumenti della prevenzione primaria rientrano anche i vaccini contro quegli specifici agenti infettivi (ad esempio, virus dell'epatite B e Human Papilloma Virus-HPV) che aumentano il rischio di sviluppare il tumore del fegato ed il cancro della cervice uterina. Tra i programmi di prevenzione secondaria o diagnosi precoce rientrano gli screening in grado di diagnosticare la malattia allo stato iniziale ed asintomatico. Il fine della prevenzione secondaria è, quindi, di identificare la patologia in fase precoce poiché più tempestiva risulta la diagnosi più è probabile riuscire a modificare la storia naturale della malattia attraverso un trattamento efficace migliorando, di conseguenza, le prospettive di vita dei soggetti interessati. Tale tipo di prevenzione dovrebbe essere erogata a tutta la popolazione bersaglio attraverso la diffusione di programmi di screening organizzati che, allo stato attuale delle conoscenze, sia mediche che scientifiche, risultano disponibili soltanto per alcune patologie oncologiche.

A livello nazionale, nel 2009, l'estensione teorica, cioè la proporzione della popolazione target (donne di 50-69 anni) che vive in un'area in cui è attivo un programma di screening mammografico, è pari a circa il 93%, mentre l'estensione effettiva, ovvero la proporzione della popolazione target realmente oggetto dell'invito, si attesta al 70,7%. Queste differenze, presenti in tutti i programmi di screening organizzati, sono dovute, principalmente, al fatto che la fase pratica ed operativa d'invito risulta più complessa. L'andamento temporale, 2000-2009, dell'estensione teorica distinta per macroarea che, nell'ultimo anno esaminato, risulta completa nelle regioni del Nord e del Centro, mentre al Sud e nelle Isole i valori sono di poco inferiori all'80%, ma si osserva un considerevole incremento nel tempo. Complessivamente, in Italia, l'estensione teorica dei programmi di screening organizzato per il carcinoma della cervice uterina nelle donne di 25-64 anni, si colloca intorno al 77%, mentre l'estensione effettiva raggiunge circa il 66%. Nello specifico, a livello di macroaree, si osservano per l'estensione teorica valori superiori all'80% al Sud e nelle Isole ed inferiori al 70% al Nord, a causa della mancata attivazione dei programmi in diverse aree, mentre si registra una situazione inversa relativamente ai dati dell'estensione effettiva con **valori minori al Sud e nelle Isole rispetto a quelli del Nord e del Centro**. In generale, dal confronto dei dati nel periodo temporale 2000-2009, si evidenzia per l'estensione teorica un incremento progressivo e costante con qualche eccezione, al Nord ed al Centro, negli anni tra il 2006-2009.

Per ambedue queste patologie oncologiche, inoltre, sono previsti specifici programmi di prevenzione primaria che comprendono, nello specifico, oltre all'adozione di corretti stili di vita (promozione di una dieta alimentare povera di grassi e ricca di frutta e verdura, l'abbandono del vizio del fumo, comportamenti sessuali sicuri ed uso del profilattico, disponibilità di vaccini anti-HPV) anche le visite specialistiche (ginecologo e senologo).

nazionale, nel 2009, evidenziano che l'estensione teorica della popolazione di età compresa tra 50-69 anni risulta pari a circa il 59%, mentre l'estensione effettiva si attesta su valori intorno al 40%. Anche per lo screening del tumore coloretale evidenti sono le differenze tra macroaree, con il Sud che risulta nettamente svantaggiato. Infine, considerando l'arco temporale in esame (2003-2009), si osserva un trend in aumento. Per quanto concerne la diffusione degli screening per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon-retto, lo screening organizzato per la prevenzione del tumore della mammella ha raggiunto, nell'anno 2011, poco meno di 2,7 milioni di donne e 1,46 milioni hanno aderito all'invito, con un lieve incremento rispetto all'anno precedente. Nel 2011, circa il 96% delle donne (50-69 anni) vive in un'area in cui è attivo un programma di screening, a conferma della tendenza alla riduzione delle differenze esistenti tra Nord e Mezzogiorno. Se si considera l'estensione effettiva, cioè la reale capacità di invito del programma rispetto alla popolazione da invitare, a livello nazionale essa si colloca, complessivamente, al 74% nel 2011, facendo registrare un aumento in tutte le macroaree: dall'89% al 92% al Nord, dal 77% all'82% al Centro e dal 38% al 45% al Sud ed Isole. La partecipazione all'invito è piuttosto stabile nel tempo, con un gradiente Nord-Sud (circa 61% al Nord, 53% al Centro e 39% al Sud ed Isole).

Risulta, dunque, opportuno continuare a lavorare per garantire l'omogeneità territoriale dell'offerta e per consolidare le attività, laddove già avviate. Relativamente allo **screening per il cervicocarcinoma uterino**, nel 2010, 13,5 milioni di donne di età 25-64 anni erano compresi nella popolazione obiettivo, pari all'80,1% della popolazione di riferimento (rispetto al 78,1% registrato nel 2009). Nello stesso anno, 3,4 milioni di donne sono state invitate e la partecipazione complessiva è stata del 39,8%. Questi valori non si discostano molto da quelli riscontrati nell'anno precedente. Per l'anno 2011, si è rilevato un incremento dell'estensione effettiva fino all'84% (71% al Nord, 98% al Centro e 93% al Sud ed Isole). Nel confronto tra le proporzioni dei trienni 2005-2007 e 2008-2010, risulta che la partecipazione ai programmi è passata dal 46% al 49% al Nord, dal 38% al 39% al Centro e dal 26% al 27% al Sud ed Isole.

L'estensione teorica relativa allo screening dei tumori del colon-retto è aumentata dal 66% del 2010 al 69% del 2011 (94% al Nord, 80% al Centro e 31% al Sud ed Isole). L'estensione effettiva è cresciuta passando dal 51% del 2010 al 55% del 2011, ma con ampie differenze tra Nord (82%), Centro (56%) e Sud ed Isole (18%).

La partecipazione ai programmi basati sulla ricerca del sangue occulto fecale risulta stabile al Nord (49%), ma cala al Centro (46% vs 41%) ed al Sud ed Isole (da 35% a 22%) rispetto al triennio precedente. Il gradiente geografico risulta, dunque, ancora notevole.

L'attenzione alla donna in genere, poi, merita di essere particolarmente valorizzata anche in ragione della insoddisfacente adesione ai programmi di prevenzione – è del 58%, di cui solo il 19% all'interno di un programma organizzato, la percentuale di donne tra i 25-64 anni ad aver effettuato un Pap-test preventivo nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida, rispetto ad uno standard "accettabile" del 65% e uno standard "desiderabile" dell'80%; mentre solo il 44% circa delle donne di 50-69 anni, di cui solo il 19% all'interno di un programma organizzato, ha effettuato una Mammografia preventiva nel corso degli ultimi due anni, con copertura anche qui lontana dai livelli "accettabile" (60%) e "desiderabile" (75%).

4.5.1. **Malattie metaboliche**

Nei Paesi economicamente evoluti le malattie croniche su base metabolica e vascolare rappresentano, assieme ai tumori, i principali problemi di salute ad impatto socio-sanitario, oltre che le principali cause di morte nella popolazione generale. Il **diabete mellito** e le sue complicanze sono al centro dell'attenzione dei decisori e degli operatori sanitari e di Sanità Pubblica per l'aumento della prevalenza registratosi negli ultimi anni: secondo i dati dell'Annuario Statistico Italiano (edizione 2010) dell'Istituto Nazionale di Statistica, infatti, è diabetico il 4,9% degli italiani, pari a circa 2 milioni 960 mila persone. Il diabete è una malattia cronica caratterizzata dalla presenza di elevati livelli di glucosio nel sangue (iperglicemia) ed è dovuta ad un'alterata quantità o funzione dell'insulina. Nel tempo, l'iperglicemia e le alterazioni quantitativo/funzionali dell'insulina, possono compromettere la funzionalità di diversi organi ed apparati, con una notevole ripercussione sulla qualità di vita. Il tipo di diabete più frequente è il diabete "tipo 2" (85-95% dei casi) caratterizzato da insulino-resistenza, spesso associata ad obesità. La malattia diabetica è uno dei maggiori fattori di rischio per le amputazioni dell'arto inferiore (circa il 60% di tutti gli interventi di amputazione). Analogamente, il piede diabetico si conferma tra le più importanti complicanze croniche della malattia, comportando il maggior numero di ricoveri ospedalieri ed un ingente peso economico. Nel nostro Paese, più di 70.000 persone ogni anno utilizzano le strutture ospedaliere per l'assistenza alla malattia. L'assistenza al paziente diabetico richiede, pertanto, una rete di servizi integrati finalizzati alla prevenzione, diagnosi e cura della patologia e delle sue complicanze.

In Italia, nel 2009, con riferimento all'ospedalizzazione (tassi standardizzati di dimissione ospedaliera), la distribuzione dei valori per entrambe le tipologie di ricovero, Ricovero Ordinario (RO) e Day Hospital (DH), mostra che le regioni del Sud e le Isole presentano tassi di dimissione più elevati rispetto al dato nazionale (80,06 per 10.000), mentre le regioni del Centro-Nord hanno, prevalentemente, valori più bassi. Considerando separatamente i regimi di ricovero, si sottolinea che un elevato tasso di ricoveri in DH potrebbe non rappresentare necessariamente una cattiva assistenza territoriale, bensì essere riconducibile ad una particolare organizzazione dell'assistenza al cittadino diabetico. Confrontando i dati dal 2005 al 2009, si evidenzia una costante diminuzione del tasso medio di dimissione per tutti i regimi di ricovero e sull'intero territorio nazionale, con un valore che varia da 92,21 (per 10.000) del 2005 ad 80,06 (per 10.000) del 2009. Rispetto agli anni precedenti, dunque, si conferma il trend in diminuzione dovuto, probabilmente, ad un complessivo miglioramento della qualità delle cure territoriali. Per entrambe le tipologie di ricovero, i tassi standardizzati di dimissione ospedaliera sono maggiori negli uomini, con un rapporto nazionale di circa 1,5.

Una delle principali complicanze croniche del diabete mellito è rappresentata dall'amputazione degli arti inferiori. Infatti, circa il 60% delle persone che ogni anno subiscono un intervento di amputazione ha il diabete. In Italia, nel periodo 2001-2008, il tasso di dimissione per amputazione è aumentato da 12,0 a 14,6 (per 100.000), con un andamento stabile per le amputazioni maggiori ed un trend in crescita per gli interventi di amputazione minore. Tale indice, inoltre, aumenta fortemente con l'età in entrambi i generi ed in tutte le classi di età, con una maggiore frequenza fra gli uomini

ne. A livello territoriale, sia per il totale che per le singole aree, quelle maggiori, si osserva un'elevata variabilità regionale senza, però, l'evidenza di un netto gradiente geografico fra macroaree.

4.5.2. Malattie cardio e cerebrovascolari

Le **malattie cardiovascolari** costituiscono ancora oggi, in Italia, uno dei più importanti problemi di Sanità Pubblica: esse, infatti, vengono classificate tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità. Rientrano in questo gruppo le più frequenti patologie di origine arteriosclerotica, in particolare le malattie ischemiche del cuore (infarto acuto del miocardio ed angina pectoris) e le malattie cerebrovascolari (ictus ischemico ed emorragico). Va ricordato, inoltre, che chi sopravvive ad un evento acuto spesso diventa un malato cronico, con notevoli ripercussioni sulla qualità della vita e sui costi economici e sociali che la società deve affrontare. In generale, le malattie cardio e cerebrovascolari sono fra i maggiori determinanti delle malattie legate all'invecchiamento, producendo disabilità fisica e disturbi della capacità cognitiva. Importanti, al fine d'impedire o ritardare l'insorgenza di tali patologie, sono gli interventi preventivi cioè l'adozione di sani comportamenti legati allo stile di vita (ad esempio, sana alimentazione, attività fisica regolare ed abolizione del fumo di sigarette). In questa sezione sono stati analizzati i dati relativi all'ospedalizzazione ed alla mortalità.

Non è facile avere stime affidabili delle malattie cardiovascolari in quanto, per valutare il loro impatto, è necessario tener presente che una quota degli eventi acuti provoca la morte del paziente prima dell'arrivo in ospedale; pertanto, qualsiasi indicatore che si basi solo sui ricoveri o solo sulla mortalità risulta incompleto, anche se fondamentale e necessario. L'analisi dei dati disponibili ha, comunque, permesso di evidenziare quanto segue. I tassi di ospedalizzazione per le malattie ischemiche del cuore e per le malattie cerebrovascolari presentano una marcata differenza di genere risultando più elevati negli uomini. Nello specifico, nel 2009, per le malattie ischemiche del cuore i tassi negli uomini risultano più del doppio rispetto a quelli delle donne, mentre per le malattie cerebrovascolari si registrano differenze nei due generi con valori maggiori di circa il 38% negli uomini. Per questi gruppi di malattie, considerate nel loro complesso, continua il trend in diminuzione.

La mortalità per le malattie ischemiche del cuore colpisce, nel 2008, quasi il doppio degli uomini rispetto alle donne (uomini 14,75 per 10.000; donne 8,22 per 10.000). Da evidenziare è il trend in aumento per classe di età. Tale incremento si manifesta, maggiormente, nel genere femminile il cui tasso di mortalità risulta 148 volte maggiore nella classe di età più anziana (75 anni ed oltre) rispetto alla classe di età 45-54 anni, mentre nel genere maschile l'aumento risulta più contenuto (36 volte). Ciò conferma che, nelle donne, l'effetto dell'età è più importante che negli uomini.

4.5.3. Tumori

La **patologia oncologica** rappresenta un elemento rilevante per la descrizione dello stato di salute delle società moderne. In Italia, circa il 28% dei decessi è dovuto a patologie oncologiche ed, in relazione ai processi d'invecchiamento della popolazione, un numero crescente e rilevante d'individui ha la probabilità di contrarre la malattia nel corso della vita. Negli ultimi decenni l'epidemiologia dei tumori si è fortemente



terapeutiche, sia la migliorata attenzione diagnostica quando la malattia è al suo esordio o è asintomatica ovvero in fase subclinica (diagnosi precoce). Per valutare l'andamento delle patologie oncologiche si utilizzano alcuni importanti parametri (incidenza, prevalenza, mortalità) la cui lettura trasversale consente di studiare e predire le dimensioni della malattia.

In riferimento all'incidenza i dati indicano che, nel 2010, nella classe 0-64 anni i tumori a più elevata incidenza sono per gli uomini il tumore del colon-retto al Centro-Nord e del polmone al Sud, mentre per le donne il tumore della mammella in tutte le macro-aree geografiche. Nella successiva fascia di età (65-74 anni) il tumore del polmone risulta essere ancora il più frequente tra gli uomini del Sud, mentre nel Centro-Nord prevale l'incidenza del tumore della prostata. Per le donne, invece, il tumore della mammella risulta ancora il più frequente in tutte le macro aree. Stessa situazione si riscontra nella classe di età più avanzata (75-84 anni) ad eccezione del tumore della prostata nelle aree meridionali, la cui incidenza risulta la più frequente.. Per quanto riguarda la prevalenza, nelle prime due classi di età considerate (0-44 e 45- 59 anni) il tumore del colon-retto è il più prevalente tra gli uomini ed il tumore della mammella tra le donne. Anche nelle altre classi di età (60-74 e 75 anni ed oltre) per le donne la situazione rimane invariata, mentre per gli uomini la prevalenza maggiore si registra per il tumore della prostata. Questa situazione si riscontra in tutte le macroaree geografiche considerate (Nord, Centro, Sud ed Isole). Per la mortalità nelle classi di età 0-64 e 65-74 anni, i tumori con tasso di mortalità più elevato risultano essere, in tutte le aree geografiche considerate, il tumore del polmone ed il tumore della mammella, rispettivamente, negli uomini e nelle donne. Nell'ultima fascia di età (75-84 anni), invece, negli uomini la mortalità maggiore è sempre dovuta al tumore del polmone, mentre nella popolazione femminile risulta più elevata la mortalità per il tumore del colon-retto. Infine, le stime più recenti relative al 2012 confermano i tumori (175 mila decessi), quale seconda causa di morte (30%) dopo le malattie cardio-circolatorie (38%). A livello territoriale, le più colpite continuano ad essere le regioni settentrionali rispetto alle meridionali ma, complessivamente, migliorano le percentuali di guarigione: il 61% delle donne ed il 52% degli uomini. Una sopravvivenza particolarmente elevata si registra per i tumori più frequenti come quello alla mammella (87%) ed alla prostata (88%). Tale dato risulta favorito da una più alta adesione alle campagne di screening, che consentono di individuare la malattia in uno stadio iniziale, oltre che alla maggiore efficacia delle terapie.

4.6. Salute degli anziani

La salute degli anziani, ritenuta strategica anche dai programmi europei, si mostra problematica per l'alta prevalenza delle malattie cronico-degenerative ma anche per una percezione negativa del proprio stato di salute nella classe d'età con più di 75 anni e nelle donne, che si associa a **problemi sensoriali, soprattutto di vista e di denti, a calo ponderale e all'isolamento sociale**, da mettere in relazione anche con il **declino delle capacità cognitive e più in generale con un peggior stato di salute, sia psichico che fisico** ed un aumento della mortalità.



4.7. *Salute materno-infantile*

La salute materno-infantile rappresenta una parte importante della salute pubblica poiché la gravidanza, il **parto e il puerperio sono, in Italia, la prima causa di ricovero per le donne**. Uno dei dati più preoccupanti è la proporzione di **Tagli Cesarei (TC)** che è stata, nel 2012, pari al 36,62%, variando da un minimo del 22,95% registrato in Friuli Venezia Giulia ad un massimo del 61,15% registrato in Campania. Il Rapporto sulla Natalità in Campania (CedAP 2011), registra che tale dato è sensibilmente più alto nelle strutture private/accreditate. Nel confronto con le altre regioni, si rileva come la prevalenza del **TC in Campania sia più che doppia** rispetto a quanto si verifica in Emilia Romagna. Anche il **tasso di mortalità neonatale (31.4/10.000)**, pur mostrando una lieve ma costante riduzione nel tempo, **resta ancora notevolmente superiore rispetto al dato nazionale (25.4/10.000)** e a quelli delle regioni settentrionali, dove vi è una maggiore efficienza nel campo delle cure perinatali. Per le donne salernitane, sono circa **6000 i parti cesarei ogni anno; la percentuale di parti cesarei nell'AOU di Salerno, già elevata, è in continuo aumento (nel triennio 2011-13 è passata da 56,96% a 58,81% a 59,08%)**.

Per quanto riguarda l'indicatore **Procreazione Medicalmente Assistita**, i dati presentati fanno riferimento all'attività del 2011, cioè a tutti i cicli iniziati, con una stimolazione o uno scongelamento, nel periodo compreso tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre del 2011. I dati confermano una contrazione di parti multipli pari all'8,8% (la quota di parti multipli sul totale di quelli ottenuti e del 19,8%, rispetto al 21,7% registrato nel 2010), a fronte di una lieve diminuzione del tasso di gravidanze ottenute. A livello nazionale, nell'anno 2011, il numero di cicli iniziati con l'applicazione di tecniche a fresco, è stato pari a 924 per milione di abitanti. Tale valore appare costantemente in crescita.

l'applicazione di procedure di fecondazione assistita. Tale dato è in lieve diminuzione rispetto al 2010 (22,3 per 1.000).

Il rischio di aborto spontaneo assume valori importanti a partire dai 35 anni di età. Nel 2011, il numero di **aborti spontanei registrati e pari a 76.334, ossia pari a 137,36 casi per 1.000 nati vivi. Il trend temporale del fenomeno che appare lievemente crescente** (il rapporto standardizzato è aumentato del 9,4% tra il 1982 e il 2011), risente anche **dell'andamento della fecondità e della relativa struttura per età.**

Il ricorso all'aborto volontario in Italia, già evidenziato come un Paese con i valori più bassi, continua il suo lento declino passando da 7,9 Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) ogni 1.000 donne del 2010 a 7,8 per 1.000 del 2011. Si conferma, quindi, che l'IVG non rappresenta una scelta di elezione nel nostro Paese, se non in sottogruppi di popolazione particolarmente svantaggiati.



5 - Ospedalizzazione e domanda di cure in Italia, in Campania e in provincia di Salerno

5.1. Assistenza ospedaliera

Il sistema ospedaliero italiano è stato oggetto d'importanti riforme nel corso degli anni Novanta che hanno avviato un processo di modernizzazione e ridefinizione del suo ruolo nell'ambito della Sanità Pubblica; processo via via più rapido negli ultimi anni in virtù di due fattori: la transizione epidemiologica e demografica in atto nel nostro Paese e la riforma del Titolo V della Costituzione. La forte autonomia acquisita in tema di programmazione ed erogazione dell'assistenza socio-sanitaria e la diretta responsabilizzazione riguardo l'equilibrio finanziario, in un quadro federalista della Sanità Pubblica, hanno determinato negli ultimi anni, la ricerca di una maggiore appropriatezza, qualificazione e sicurezza delle cure erogate, in un'ottica di "governo clinico" e di partecipazione dei professionisti ai cambiamenti proposti.

Sul fronte della struttura dell'offerta il decreto legge 6 luglio 2012 n. 95, convertito con modificazioni nella legge n. 135 del 7.08.2012, all'art. 15, comma 13, lettera c, nel promuovere il potenziamento e la conseguente riorganizzazione dei servizi territoriali e delle cure primarie, prevede "la riduzione dello standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a **3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e lungodegenza post acuzie**, assumendo come riferimento un **tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni**."

Attualmente, la situazione della rete ospedaliera presenta diversità da regione a regione e risposte disomogenee anche in diversi territori in una stessa regione. Nelle regioni in Piano di Rientro si individuano gravi squilibri tra la risposta ospedaliera e quella territoriale, con tassi di ospedalizzazione talora superiori a 200 (per 1.000), con accumuli di attività inappropriate che sono frutto di comportamenti inveterati. Inoltre, il Programma Nazionale Esiti ha evidenziato come questi problemi siano presenti, anche se a macchia di leopardo, in alcune regioni non in Piano di Rientro. La razionalizzazione della rete degli ospedali e delle strutture complesse in essi operanti, come dettata anche dall'esigenze della spending review, non deve penalizzare i livelli qualitativi dei servizi per il cittadino. Utilizzare il solo criterio epidemiologico può dare non sempre risposte efficaci.

L'emergenza è un momento critico per l'intero sistema sanitario. In tempi strettissimi, in qualsiasi momento delle 24 ore, è necessario prendere in carico un paziente con una possibile situazione di pericolo di vita sottoponendolo ad accertamenti e terapie non programmate. Questo compito richiede un sistema capillare in grado di fare una prima diagnosi ed avviare in modo corretto il paziente al centro più appropriato, dove si potranno effettuare le diagnostiche e le terapie che salvano la vita e che promuovono la possibilità di un recupero successivo. Quindi, le attività ospedaliere programmate, sono più facili da costruire se la rete ospedaliera soddisfa, con tempestività ed efficacia, le esigenze dell'Emergenza-Urgenza. Il modello che l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali propone si basa su quattro principi fondamentali:

- del dato epidemiologico con il dato effettuato derivate dalle Schede di Dimissioni Ospedaliere;
- l'individuazione e l'implementazione, con i necessari correttivi ed integrazioni, della rete di Emergenza con le sue relazioni con il 118 territoriale e la rete ospedaliera, secondo il concetto di Spoke con definizione dei bacini di utenza e delle salvaguardie per la copertura delle zone disagiate, quale base su cui costruire la rete di tutte le patologie e la sua interazione con la rete territoriale;
 - la definizione del fabbisogno delle strutture complesse per singola disciplina, sulla base di un range per bacino di utenza massimo e minimo, incrociata con i volumi e gli esiti;
 - la definizione delle reti delle patologie complesse che si embricano sul sistema Hub and Spoke degli ospedali, dando risposte tempestive ai bisogni dettati da quelle tempo-dipendenti (quali la rete dei Politraumi, Cardiovascolare e dell'Ictus) avvalendosi di un efficiente 118 e della trasmissione in tempo reale di immagini e dati ed implementando le reti di elezione (quali la rete oncologica) utilizzando le indicazioni dettate da volumi ed esiti. La necessaria razionalizzazione della rete ospedaliera si avvale della riconversione in strutture territoriali di ospedali che non rispondono a criteri di presidio di aree disagiate ed a criteri di efficienza, risultati ed economicità, con il trasferimento ad una rete territoriale più misurabile di tutta la inappropriata in maniera controllata, avendo a garanzia un sistema di Emergenza potenziato ed efficiente. Le tre reti, Ospedaliera, di Emergenza e Territoriale, dunque, sono rigorosamente caratterizzate nella loro specificità, ma dialogano attraverso piattaforme tecnologiche condivise, si misurano attraverso i flussi informatici ministeriali (Nuovo Sistema Informativo Sanitario e sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza e Territoriale) e svolgono funzioni sempre più appropriate facenti parte di uno stesso percorso tra esse condiviso.

5.2. Caratteristiche dell'ospedalizzazione

Per quanto riguarda l'eccessivo numero di ricoveri o la loro durata media da un lato, è possibile ipotizzare uno spostamento di attività verso il day hospital e la day surgery; dall'altro, è necessario ricordare che esiste un forte carico di lavoro ospedaliero dovuto a pazienti anziani (di 65 anni e oltre), la cui percentuale sulla popolazione totale è di circa il 19,5, ma è notevolmente superiore nella popolazione ospedaliera.

Nel 2012 sono stati 10.249.523 i ricoveri totali in Italia con 66.666.056 giornate di degenza/accessi; del totale (*tabella 3*) delle dimissioni, il 90% circa è stato rappresentato da ricoveri per acuti (RO e DH).

Tabella 3 - Caratteristiche dei ricoveri in Italia, anno 2012

ATTIVITÀ	DIMISSIONI	Giornate/Accessi	Degenza Media
Acuti - Regime ordinario	6.837.823	46.422.668	6,8
Acuti - Day Hospital	2.538.561	7.056.238	2,8
Riabilitazione - Regime ordinario	312.768	8.202.601	26,2
Riabilitazione - Day Hospital	45.205	592.114	13,1
Lungodegenza	108.897	3.131.818	28,8
Nido	406.269	1.260.617	3,1
TOTALE	10.249.523	66.666.056	

come le degenze medie dei ricoveri ordinari siano più alte nelle età estreme della vita e, in particolare, dopo i 65 e dopo i 75 anni (tendenzialmente, il fenomeno è più accentuato per le donne):

Tabella 4 Caratteristiche della degenza per fascia di età

Fasce di età	< 1 anno	1- 4 anni	5 - 14 anni	15 - 24 anni	25 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	≥75 anni
Degenza Media (GG)	6,9	4,0	3,9	4,4	4,7	6,5	7,7	9,1

Per quanto riguarda i cittadini della provincia di Salerno, il tasso grezzo di ospedalizzazione per acuti è più alto della media regionale (172 vs 166, dati ARSan 2012) per un totale di circa 125.000 episodi di ricovero per acuti l'anno (2012). Le principali cause di ricovero ordinario per i cittadini salernitani riguardano l'evento nascita (il primo DRG in assoluto è Neonato Normale, con circa 7.500 casi annui, seguito dal Parto Cesareo (circa 6.000 tra casi con e senza complicanze). Al netto dei ricoveri ostetrici, l'acuzie cardio e cerebrovascolare vascolare, insieme a quella respiratoria e renale rappresentano le prime cause di ricovero ordinario (il DRG 127 - Insufficienza cardiaca e shock, offre le più alte quote di dimessi in tutto il territorio regionale, seguito dal DRG 087 - Edema polmonare e insufficienza respiratoria, dal DRG 316 - Insufficienza Renale e dal DRG 014 - Emorragia intracranica o infarto cerebrale).

Nel 2012, la spesa per i ricoveri per acuti dei cittadini dell'ASL di Salerno è stata la più alta tra le AA.SS.LL. campane (364.297.490,69 vs 1.863.545.637,99 dell'intera regione).

5.3. Mobilità passiva oltre provincia, regione e frontiera

Anche lo studio della mobilità sanitaria pone importanti riflessioni nella riprogrammazione dei servizi di cura, in quanto esprime la quota di bisogni sanitari non esaudita nel territorio di residenza del cittadino. Si tratta di un indicatore multidimensionale in grado di raccontare non già la incapacità delle strutture sanitarie di garantire gli esiti dell'assistenza, quanto una congerie di fattori che possono influenzare l'accessibilità e la fiducia dei cittadini nei confronti dei servizi sanitari; tra questi, le liste d'attesa, i difetti di "immagine" o le carenze (reali o presunte) che i cittadini o i loro "agenti" (medici curanti) rilevano nella qualità delle specifiche prestazioni erogate nel territorio di residenza. In particolare, molto spesso merita una riflessione specifica la necessità di una "politica di accoglienza e di indirizzo" dei pazienti, del coinvolgimento dei servizi primari e intermedi nelle politiche aziendali, della revisione della dotazione di alcune tecnologie e degli aspetti cosiddetti periferici che rappresentano "l'efficacia percepita" delle prestazioni erogate.

La mobilità sanitaria muove complessivamente oltre 3.500 milioni di euro (più del 3% del fondo sanitario nazionale); per alcune regioni questa attività rappresenta una quota importante (parecchie centinaia di milioni di euro) del proprio volume di attività; per alcuni territori il saldo di mobilità è molto attivo (Lombardia, Emilia, Toscana, Lazio, Veneto) e per altri è del tutto passivo (Campania, Calabria, Sicilia, Puglia); le quote di mobilità di confine sono molto rilevanti e molto differenziate

ssiva, e danno conto della diversa capienza delle singole regioni manifestano nei confronti dei territori confinanti.

Questa mobilità di confine non è solo rilevante in termini di volumi complessivi di prestazioni, ma si caratterizza anche perché interessa pure attività sanitarie minori: non solo ricoveri di minore complessità e di minore peso assistenziale, ma anche altre attività sanitarie quali le prestazioni specialistiche e le prescrizioni farmaceutiche, che di per sé non troverebbero sufficiente giustificazione in una mobilità di lunga distanza. I ricoveri per cittadini provenienti da altre regioni (mobilità in entrata) nelle strutture ospedaliere campane hanno riguardato 26.052 casi nel 2012 per un valore economico di 57.638.854,87; si tratta eminentemente di una mobilità di confine (Lazio, Basilicata e Calabria). Al contrario, la **migrazione di cittadini campani verso altre province e regioni, anche distanti, è fenomeno ben più significativo**; non fa eccezione la provincia di **Salerno, con poco meno di 60.000 ricoveri eseguiti fuori da Salerno (35.000 fuori provincia e 23.000 fuori regione ogni anno)**. A questa mobilità corrisponde un **valore di rimborso annuo per strutture extraprovinciali ed extraregionali di oltre 170 mln di euro** (calcolato in base alle tariffe regionali DRG correlate aggiornate a Settembre 2013).

5.3.1. Cittadini della provincia di Salerno che si curano in altre province campane

Dei quasi 35.000 **casi in “fuga” dal territorio provinciale verso altri istituti di ricovero regionali**, sicuramente spiccano per numerosità situazioni cliniche per le quali appaiono sufficientemente espresse sia l'estensione che la competenza dell'offerta provinciale (chirurgia oculistica, chemioterapia ecc.).

Come si può vedere dalla **tabella 5**, i primi DRG sono rappresentati da *Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta; Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia; Neonato normale; Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC; Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata; Parto cesareo senza CC; Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne; Malattie endocrine senza CC; Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia; Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione*. Si tratta, in tutti i casi, di casi che potrebbero trovare risposta nelle strutture provinciali (senza, dunque, costringere il paziente e la famiglia a spostarsi), a patto che si intervenga sul miglioramento delle dinamiche di accesso.

Tabella 5 Principali casi in fuga extraprovincia in altre strutture regionali (ordinati per numerosità; cut-off di 150 casi)

Descrizione DRG	N. Casi extraprovinciali intraregionali
Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	2030
Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	1439
Neonato normale	1068
Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	729
Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	710
Parto cesareo senza CC	708
Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	614
Malattie endocrine senza CC	572
Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	526
Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	493
Altri fattori che influenzano lo stato di salute	462
Parto vaginale senza diagnosi complicanti	454
Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	419
Minaccia di aborto	393
Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	364
Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	361
Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	354
Sclerosi multipla e atassia cerebellare	348
Linfoma e leucemia non acuta senza CC	343
Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	292
Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	279
Diabete, età < 36 anni	260
Insufficienza renale	259
Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	253
Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	246
Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	243
Ipertensione	242
Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	240
Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	226

Cirrosi e epatite alcolica	226
Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	221
Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	221
Malattie minori della pelle senza CC	216
Decompressione del tunnel carpale	214
Neoplasie dell'apparato respiratorio	210
Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	207
Malattie degenerative del sistema nervoso	202
Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	202
Radioterapia	195
Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	192
Malattia polmonare cronica ostruttiva	191
Malattie del tessuto connettivo senza CC	187
Difetti congeniti del metabolismo	185
Affezioni mediche del dorso	184
Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	184
Legatura e stripping di vene	180
Calcolosi urinaria senza CC	177
Insufficienza cardiaca e shock	175
Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	175
Interventi su ano e stoma senza CC	173
Altre malattie del sistema nervoso senza CC	169
Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	166
Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	166
Interventi per via transuretrale senza CC	165
Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	164
Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	164
Aterosclerosi senza CC	162
Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	160
Malattie infiammatorie dell'intestino	156
Psicosi	150

ni esempi, per la Chemioterapia, che nec

distanza ravvicinata e che più di **2000 cittadini salernitani scelgono di effettuare fuori provincia, prevalentemente tra Avellino e Napoli**, è necessario delocalizzare quanto più possibile le strutture deputate alla preparazione e alla somministrazione degli antitumorali “vicino casa” del paziente, per evitare spostamenti inutili e difficili da sostenere emotivamente, economicamente e logisticamente. Inoltre, trattandosi di casi che, secondo gli ultimi indirizzi normativi regionali, possono essere gestiti a livello ambulatoriale con minor dispendio di risorse per SSN e maggiore fruibilità per il cittadino, la delocalizzazione non necessariamente deve comportare la duplicazione di strutture di ricovero e di posti letto. L'Oncologia, del resto, rientra (insieme all'Area Critica, la Pediatria e l'Assistenza Domiciliare) anche nelle aree assistenziali per le quali l'accordo tra lo Stato e le Regioni sul nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016, (siglato il 10 luglio 2014) prevede la predisposizione di programmi di umanizzazione.

Analogo discorso va effettuato per gli interventi di **cataratta, circa 1500 dei quali eseguiti lontano da casa, in altre province (soprattutto a Caserta!)**: si tratta di interventi a forte impatto epidemiologico (la patologia del cristallino è fortemente correlata a disturbi endemici nel territorio provinciale, tra cui il diabete, nonché correlati all'invecchiamento della popolazione) che possono essere eseguiti in ambulatori chirurgici (Decreto del Commissario ad acta n. 17 2014) in efficienza e sicurezza. Anche i circa **1000 neonati sani salernitani che nascono, ogni anno, in strutture extraprovinciali campane o gli 800 parti cesarei programmano di eseguire lontano da casa (prevalentemente tra Napoli e Pompei)** sono indicativi di una scarsa capacità di accoglienza e accompagnamento dei cittadini in percorsi di fiducia e affidamento.

La Chemioterapia (tabella 6) si conferma il primo DRG in fuga anche in base alla valorizzazione economica del rimborso DRG correlato (oltre 3 mln di euro all'anno). Seguono **Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore, Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC, Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco, Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori, Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata, Parto cesareo senza CC e Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore.**

Tabella 6 Principali casi in fuga extraprovincia in altre strutture regionali (ordinati per valore di rimborso; cut-off di 20000 euro)

Descrizione DRG	Rimborso_extra_prov_intrareg
Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	3637760
Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	2695846
Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	2206683
Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	2122050
Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	1997162
Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	1520820
Parto cesareo senza CC	1481136
Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	1299616
Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	1287905
Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio	1137306
Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	1004910
Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età < 18 anni	991727
Insufficienza renale	967106
Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	963920
Cirrosi e epatite alcolica	906938
Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	891344
Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	875602
Neoplasie dell'apparato respiratorio	873810
Interventi maggiori sul torace	864963
Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	853560
Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	807536
Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore	778785
Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	777688
Trapianto di midollo osseo	777478
Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	717045
Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	713034
Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco	712639
Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	640734
Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	636098
Linfoma e leucemia non acuta senza CC	625289
Neonato normale	598080

Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni	578952
Parto vaginale senza diagnosi complicanti	577488
Malattie degenerative del sistema nervoso	575700
Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	570648
Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	563038
Minaccia di aborto	540768
Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	540540
Insufficienza cardiaca e shock	534100
Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	521456
Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	520214
Malattie endocrine senza CC	515372
Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	507927
Malattie infiammatorie dell'intestino	504816
Trapianto renale	497430
Sclerosi multipla e atassia cerebellare	493812
Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale	487584
Interventi sulla tiroide	470940
Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	470535
Altri interventi cardiotoracici	459732
Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	457839
Malattie cardiache congenite e valvolari, età < 18 anni	451341
Tracheostomia con ventilazione meccanica $\geq$ 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chirurgico maggiore	449098
Diagnosi ematologiche/immunologiche maggiori eccetto anemia falciforme e coagulopatie	441084
Linfoma e leucemia non acuta con CC	431100
Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC	426240
Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC	422280
Craniotomia, età > 17 anni senza CC	415520
Altri interventi sull'apparato circolatorio	412560
Interventi sul piede	411091
Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco senza infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	411046
Prematurità con affezioni maggiori	410379
Edema polmonare e insufficienza respiratoria	399210
Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	389280

Interventi per via transuretrale senza CC	387750
Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	384958
Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie	382413
Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica con CC	364720
Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	359488
Altre malattie del sistema nervoso senza CC	351013
Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	341484
Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomy radicale	328759
Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici	322224
Disturbi della coagulazione	313272
Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	308448
Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC	305856
Malattia polmonare cronica ostruttiva	305600
Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	305280
Diabete, età < 36 anni	302120
Altri fattori che influenzano lo stato di salute	301224
Interventi vascolari extracranici senza CC	300687
Difetti congeniti del metabolismo	297110
Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	294872
Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	291828
Altri interventi su sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo senza CC	291627
Psicosi	291300
Radioterapia	286845
Interventi per obesità	284050
Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	283824
Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	280028
Malattie del tessuto connettivo senza CC	279939
Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	276804
Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC	272136
Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	270725
Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	270320
Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	263900
Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	262067
Interventi maggiori sulla vescica	253113

Legatura e stripping di vene	252360
Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino	250592
Neonati morti o trasferiti ad altre strutture di assistenza per acuti	244575
Interventi su rene e uretere per neoplasia	243738
Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC	236376
Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	234442
Ipertensione	233046
Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC	231600
Bronchite e asma, età < 18 anni	229162
H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	228594
Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	227886
Resezione rettale con CC	224060
Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	223941
Neonati a termine con affezioni maggiori	223383
Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	222768
Affezioni mediche del dorso	220616
Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC	220500
Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	219456
Prostatectomia transuretrale senza CC	217464
Interventi maggiori sul capo e sul collo	211808
Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	210685
Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	210156
Interventi su ano e stoma senza CC	207946
Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	204798
Interventi sui tessuti molli senza CC	203705
Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	201792
Malattie delle vie biliari con CC	201582

5.3.2. Cittadini della provincia di Salerno che si curano in altre regioni

Ancora più drammatica la mobilitazione di cittadini salernitani verso altre regioni, in termini di costi individuali ma anche per l'SSR. Anche in questo caso, (**tabella 7**) i principali motivi di fuga sono *Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta* (circa 1200 ricoveri/anno fuori regione) e *Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia* (403).

I casi di chemioterapia si spostano sia verso **regioni vicine (Basilicata, oltre 300 casi/annui; Lazio, 250; Puglia, circa 100 casi ecc.)** che per lunghe distanze (**oltre 200 ricoveri per chemioterapia vengono effettuati in Lombardia e altrettanti tra Toscana ed Emilia!**).

La cataratta viene trattata prevalentemente in Molise (la metà dei casi in fuga si sposta in questa regione) ma oltre 100 casi si spostano in regioni del Nord. Anche in questo caso, val la pena di ricordare che si tratta di un ricovero a rischio di non appropriatezza quando eseguito in regime di ricovero e che, analogamente alla chemioterapia, riguarda una casistica anziana e con numerose comorbidità.

Sicuramente il dato più **sconcertante nella mobilità extraregionale, sono, tuttavia, gli oltre 400 casi di ricovero extraregione per Malattie Endocrine con e senza complicanze (prevalentemente disturbi della tiroide)**, in fuga soprattutto verso mete Toscane; si tratta, anche qui, di casi che potrebbero essere trattati in regimi meno dispendiosi per l'SSN (Day Service per malattie Tiroidee, DGRC 102/2009), limitando la fuga (altrettanto notevole) dei relativi interventi chirurgici (**quasi 300 gli interventi sulla tiroide effettuati fuori regione, oltre la metà dei quali in Toscana**).

Quando osservati (**tabella 8**) per valore del rimborso (per semplificazione si è utilizzata anche qui la tariffa campana 2013), i casi più significativi sono di **Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori (oltre 2,5 mln di euro, che, insieme a Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori - in sesta posizione - diventano 3,5 mln), Trapianto di midollo osseo (altri 2,5 mln), Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta, Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni, Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco.**

Significative l'11ma e 12 ma posizione rispettivamente degli **Interventi maggiori sul torace e degli Interventi sulla tiroide**, ma anche gli **Interventi per Obesità** che, in ragione di un valore tariffario elevato (5.600 euro), pesano per 480.000 euro (760.000 se si considerano anche i casi fuori provincia).

Tabella 7 Principali casi in fuga extra regione (ordinati per numerosità; cut-off di 100 casi)

Descrizione DRG	N. Casi_extra_regionale
	22699
Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1215
Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	403
Malattie endocrine senza CC	375
Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	358
Altri fattori che influenzano lo stato di salute	309
Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	288
Altre diagnosi del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo	284
Interventi sulla tiroide	283
Malattie del tessuto connettivo senza CC	266
Insufficienza renale	243
Malattie degenerative del sistema nervoso	240
Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	229
Malattie e traumi del midollo spinale	227
Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	225
Radioterapia	211
Disturbi mentali dell'infanzia	210
Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	201
Altre malattie del sistema nervoso senza CC	192
Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	191
Linfoma e leucemia non acuta senza CC	187
Edema polmonare e insufficienza respiratoria	181
Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	180
Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	174
Disturbi organici e ritardo mentale	169
Neonato normale	165
Interventi sulla retina	162
Neoplasie dell'apparato respiratorio	156
Interventi per via transuretrale senza CC	153
Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	152
Parto vaginale senza diagnosi complicanti	151
Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	148
Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	147
Affezioni mediche del dorso	139

Interventi sul piede	138
Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	136
Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	135
Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	134
Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	132
Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	132
Insufficienza cardiaca e shock	130
Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	127
Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	126
Malattie minori della pelle senza CC	124
Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	124
Cirrosi e epatite alcolica	123
Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	123
Linfoma e leucemia non acuta con CC	121
Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	120
Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	115
Psicosi	113
Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	113
Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	112
Interventi maggiori sul torace	112
Malattie infiammatorie dell'intestino	110
Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	108
Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	108
Difetti congeniti del metabolismo	105
Diagnosi ematologiche/immunologiche maggiori eccetto anemia falciforme e coagulopatie	105
Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	103
Interventi sulla bocca senza CC	102
Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	100

Tabella 8 Principali casi in fuga extraregione (ordinati per valore di rimborso; cut-off di 20000 euro)

Descrizione DRG	Rimborso_extra_regionale
Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	2545056
Trapianto di midollo osseo	2452046
Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	2177280
Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni	1141822
Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	1135050
Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	1079190
Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore	1038380
Craniotomia, età > 17 anni senza CC	1009120
Interventi maggiori sul torace	978544
Interventi sulla tiroide	945220
Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	919125
Insufficienza renale	907362
Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	905440
Linfoma e leucemia non acuta con CC	869385
Malattie e traumatismi del midollo spinale	814703
Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino	814424
Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	798993
Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	723198
Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	705432
Edema polmonare e insufficienza respiratoria	688162
Malattie degenerative del sistema nervoso	684000
Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	668622
Trapianto renale	663240
Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	654663
Neoplasie dell'apparato respiratorio	649116
Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	587478
Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	578157
Interventi maggiori sulla vescica	565782
Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	543616
Interventi su rene e uretere per neoplasia	517020
Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC	511488
Cirrosi e epatite alcolica	493599
Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con CC	492198
Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	487326
Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	484704
Interventi per obesità	482885
Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	468962
Tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza	449098

intervento chirurgico maggiore	
Altri interventi su sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo senza CC	425868
Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	412554
Altre malattie del sistema nervoso senza CC	398784
Malattie del tessuto connettivo senza CC	398202
Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco	397752
Insufficienza cardiaca e shock	396760
Diagnosi ematologiche/immunologiche maggiori eccetto anemia falciforme e coagulopatie	392490
Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	390320
Interventi sul piede	380742
Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	372540
Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	369148
Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	363408
Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	360685
Interventi per via transuretrale senza CC	359550
Malattie infiammatorie dell'intestino	355960
Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	354528
Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna	351810
Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	351663
Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	350350
Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	345862
Interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC	342576
Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	341829
Linfoma e leucemia non acuta senza CC	340901
Malattie endocrine senza CC	337875
Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC	328100
Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	321565
Malattie del tessuto connettivo con CC	319319
Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita ≥ 96 ore	311900
Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC	311576
Radioterapia	310381
Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	310176
Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC	305856
Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale	294582
Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC	294000
Craniotomia, età > 17 anni con CC	286615
Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore	285760
Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	282744
Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	282228
Malattie cardiache congenite e valvolari, età < 18 anni	281688
Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC	281520

Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	280554
Altri interventi cardiotoracici	279123
Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo	273675
Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	267568
Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	267300
Altre diagnosi del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo	266960
Malattie endocrine con CC	260286
Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	255892
Interventi per via transuretrale con CC	253330
Interventi sul midollo spinale senza CC	252390
Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	251208
Interventi sulla retina	250938
Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio	245904
Altri interventi sugli organi emopoietici	238203
Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	236961
Disturbi mentali dell'infanzia	234780
Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC	229810
H.I.V. associato ad altre patologie maggiori correlate	229208
Disturbi organici e ritardo mentale	229164
Neoplasie del sistema nervoso senza CC	228804
Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	223840
Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomy radicale	223308
Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo	222662
Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	220110
Psicosi	219446
Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	212322
Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	208544
Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	203995
Tracheostomia per diagnosi relative a faccia, bocca e collo	202147
Altri fattori che influenzano lo stato di salute	201468
Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	194627
Interventi sull'orbita	192270
Parto vaginale senza diagnosi complicanti	192072
Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con CC	190026
Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	189945
Ischemia cerebrale transitoria	188182
Trapianto di cuore o impianto di sistema di assistenza cardiaca	187806
Emorragia intracranica o infarto cerebrale	186768
Interventi vascolari extracranici senza CC	185355
Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	185016

Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	184531
Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore	173796
Parto cesareo senza CC	173636
Malattie maggiori della pelle senza CC	172615
Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	171842
Altre malattie del sistema nervoso con CC	171819
Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	170526
Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	170053
Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica con CC	169200
Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di impulsi	168912
Difetti congeniti del metabolismo	168630
Craniotomia con impianto di dispositivo maggiore o diagnosi principale di patologia acuta complessa del sistema nervoso centrale	167770
Altri interventi sull'apparato digerente con CC	167390
Afezioni mediche del dorso	166661
Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC	165759
Amputazione per disturbi circolatori eccetto amputazione arto superiore e dita piede	165465
Resezione rettale senza CC	164450
Biopsie del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo	164076
Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC	158132
Interventi sul pene	157248
Malattia polmonare interstiziale con CC	156835
Neoplasie del sistema nervoso con CC	155952
Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni senza CC	154770
Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco senza infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	151438
Interventi sulla bocca senza CC	148818
Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita < 96 ore	148808
Neoplasie maligne dell'apparato digerente senza CC	146148
Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	146076
Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	142680
Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto	142416
Malattie delle vie biliari con CC	141854
Rinoplastica	141515
Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	140973
Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	140580
Altri interventi chirurgici per traumatismo senza CC	139680
Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC	139170
Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età < 18 anni	137170
H.I.V. associato ad intervento chirurgico esteso	137045

Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	134504
Resezione rettale con CC	134436
Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	134320
Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	133640
Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario con CC	132793
Malattie vascolari periferiche con CC	132320
Interventi sul surrene e sulla ipofisi	130815
Interventi sui tessuti molli senza CC	130620
Sclerosi multipla e atassia cerebellare	130548
Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	128896
Malattia polmonare cronica ostruttiva	128000
Prematurità con affezioni maggiori	127359
Setticemia senza ventilazione meccanica ≥ 96 ore, età > 17 anni	126339
Altri interventi sull'apparato circolatorio	123768
Prostatectomia transuretrale senza CC	121992
Legatura e stripping di vene	121974
Interventi sulle vie biliari eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	121581
Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC	119439
Interventi minori sulla vescica senza CC	118895
Amputazioni di arto inferiore per malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche	115470
Craniotomia, età < 18 anni	115180
Segni e sintomi relativi al sistema muscoloscheletrico e al tessuto connettivo	115170
Interventi sulle vie biliari, eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	114257
Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	114166
Neoplasie maligne di orecchio, naso, bocca e gola	111552
Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età < 18 anni	111430
Artrodesi vertebrale cervicale senza CC	110824
Malattie infettive e parassitarie con intervento chirurgico	109884
Riabilitazione	108808
Intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale	108612
Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	108045
Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	107264
Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC	106580
Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	104160
Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	103800
Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile per neoplasie maligne	103650
Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	101915
Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	99960
Interventi maggiori sulla pelvi maschile con CC	99834
Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici	98640
Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	97536

Cefalea, età > 17 anni	96229
Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	96216
Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovaio o degli annessi	95074
Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie	93926
Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni senza CC	93285
Diabete, età > 35 anni	93197
Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza CC	92794
Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	92488
Neonato normale	92400
Infezioni e infiammazioni respiratorie, età < 18 anni	92288
Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	91233
Malattie minori della pelle senza CC	90272
Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere pelle o cellulite senza CC	89334
Altre malattie dell'occhio, età < 18 anni	88452
Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	87255
Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	85200
Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	84780
Interventi su ano e stoma senza CC	84140
Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC	84000
Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni con CC	83810
Procedure diagnostiche epatobiliari per neoplasie maligne	82824
Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC	82739
Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	82280
Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età < 18 anni	82155
Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	82075
Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	81648
Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	81200
Malattie maggiori della pelle con CC	80525
Infezioni del rene e delle vie urinarie, età < 18 anni	79632
Malattie delle vie biliari senza CC	79628
Interventi maggiori sul capo e sul collo	79428
Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	79345
Altri interventi su sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo con CC	79101
Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni senza CC	79086
Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo	78585
Bronchite e asma, età < 18 anni	78438
Malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC	77401
Altri interventi chirurgici per traumatismi multipli rilevanti	77156
Disturbi della coagulazione	76944
Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC	76470
Altri interventi sull'apparato digerente senza CC	76466

Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella con CC	76414
Convulsioni, età > 17 anni senza CC	76352
Neoplasie del rene e delle vie urinarie con CC	76114
Osteomielite	75292
Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite con CC	74340
Sialoadenectomia	72140
Interventi minori su intestino crasso e tenue senza CC	71856
Neoplasie maligne della mammella con CC	71694
Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	69974
Malattia polmonare interstiziale senza CC	68977
Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	68809
Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	68560
Procedure diagnostiche epatobiliari non per neoplasie maligne	67815
Trapianto simultaneo di pancreas/rene	67728
Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	66906
Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC	66560
Lisi di aderenze peritoneali senza CC	65670
Malattie vascolari periferiche senza CC	65400
Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile	65340
Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC	65208
Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni con CC	64824
Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	64746
Infiammazioni dell'apparato riproduttivo maschile	63648
Altre diagnosi relative a disturbi mentali	63405
Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	63270
Diabete, età < 36 anni	62748
Artroscopia	62606
Interventi di anastomosi ventricolare senza CC	62528
Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	62002
Sostituzione di pacemaker cardiaco	61408
Interventi sull'uretra, età > 17 anni senza CC	61180
Emorragia gastrointestinale con CC	59706
Interventi chirurgici di qualunque tipo in pazienti con diagnosi principale di malattia mentale	59556
Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	59414
Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato	59169
Reimpianto di arti, interventi su anca e femore per traumatismi multipli rilevanti	58653
Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche senza CC	58388
Calcolosi urinaria senza CC	57970
Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni con CC	57870
Ipertensione	57780
Interventi su vagina, cervice e vulva	55620

Versamento pleurico con CC	55380
Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate senza CC	54644
Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	53812
Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca	53272
Trapianti cutanei e sbrigliamento di ferite per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	52470
Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC	52250
Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio senza CC	51720
Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia	51624
Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	51576
Ulcere della pelle	51480
Neonati a termine con affezioni maggiori	50947
Minaccia di aborto	50912
Neoplasie maligne della mammella senza CC	50899
Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	50655
Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio con CC	50654
Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	49356
Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con terapia riabilitativa senza CC	48994
Infezioni non batteriche del sistema nervoso eccetto meningite virale	48464
Amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio	48448
Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	48440
Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	48035
Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	47684
Parto cesareo con CC	47294
Malattie dei nervi cranici e periferici con CC	46942
Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	46423
Dolore toracico	46167
Segni e sintomi con CC	45920
Neoplasie maligne apparato riproduttivo femminile con CC	45738
Altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore	45195
Angina pectoris	44880
Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	44250
Interventi sul midollo spinale con CC	43917
Interventi ricostruttivi dell'apparato riproduttivo femminile	43515
Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale	43394
Interventi perianali e pilonidali	42849
Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore	42476
Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	40460
Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni con CC	40116
Riparazione di cheiloschisi e di palatoschisi	39842
Altri interventi chirurgici per traumatismo con CC	39780
Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori	39732

Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza CC	39676
Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC	38853
Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate con CC	38304
Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	38269
Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18 anni	38180
Occlusione gastrointestinale senza CC	38104
Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC	38082
Prematurità senza affezioni maggiori	38045
Lisi di aderenze peritoneali con CC	37885
Trapianti di pelle per traumatismo	37792
Emorragia gastrointestinale senza CC	37638
Prostatectomia transuretrale con CC	37334
Neoplasie maligne dell'apparato riproduttivo femminile senza CC	36738
Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	36656
Infezioni postoperatorie o posttraumatiche con intervento chirurgico	36652
Tendinite, miosite e borsite	36518
Reazioni allergiche, età > 17 anni	36504
Fratture dell'anca e della pelvi	36448
Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età < 18 anni	36078
Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi senza CC	35631
Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni con CC	35230
Appendicectomia con diagnosi principale complicata senza CC	35140
Malattie gastrointestinali maggiori e infezioni peritoneali	34840
H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	34412
Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile senza CC	34368
Altri interventi epatobiliari o sul pancreas	34340
Segni e sintomi respiratori senza CC	34132
Occlusione gastrointestinale con CC	34092
Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC	33708
Interventi vascolari extracranici con CC	33642
Segni e sintomi respiratori con CC	33384
Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età > 17 anni	32816
Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	32809
Interventi sull'uretra, età < 18 anni	32733
Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età < 18 anni	32680
Neonati morti o trasferiti ad altre strutture di assistenza per acuti	32610
Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni con CC	32593
Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile con CC	32328
Malattie neurologiche dell'occhio	32318
Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	32250
Endocardite acuta e subacuta	31719

Ipertrofia prostatica benigna senza CC	31535
Cellulite, età > 17 anni senza CC	31350
Bronchite e asma, età > 17 anni senza CC	31144
Laparoscopia e occlusione laparotomica delle tube	31068
Infezioni batteriche e tubercolosi del sistema nervoso	30365
Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni	29574
Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età > 17 anni senza CC	29256
Altre diagnosi preparto con complicazioni mediche	29026
Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni senza CC	28620
Aterosclerosi senza CC	27720
Artropatie non specifiche	27378
Sincope e collasso senza CC	27108
Aterosclerosi con CC	26873
Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	25872
Interventi di anastomosi ventricolare con CC	25782
Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	25569
Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	24956
Alterazioni dell'equilibrio	24778
Interventi primari sull'iride	24576
Infezioni postchirurgiche e posttraumatiche	24556
Decompressione del tunnel carpale	24149
Embolia polmonare	24054
Malattie di origine virale, età > 17 anni	24024
Interventi sui tessuti molli con CC	23820
Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze maggiori, dimessi vivi	23500
Interventi minori sulla vescica con CC	23465
Interventi sulle paratiroidi	23408
Artrite settica	23238
Convulsioni, età > 17 anni con CC	23023
Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	22438
Craniotomia per traumatismi multipli rilevanti	22206
Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con CC	21824
Infezioni acute maggiori dell'occhio	21791
Interventi sul testicolo per neoplasia maligna	21352
Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni senza CC	21199
Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	20844

5.3.3. Mobilità transfrontaliera

Anche la mobilità transfrontaliera, per quanto meno dati analitici siano oggi disponibili, merita un focus: con la Direttiva europea 2011/24/UE e il Decreto 39/2014 di recepimento si è voluto garantire la libertà di scelta e di cura dei pazienti oltre le frontiere del proprio Paese; ebbene, l'apertura al libero mercato pone inevitabilmente in concorrenza i differenti sistemi sanitari, rappresentando al contempo un'opportunità di sviluppo ed una sfida che Salerno non può perdere e per la quale occorre valorizzare le eccellenze, diventare competitiva nel contesto europeo e attrarre, di conseguenza, pazienti e investimenti.

5.3.4. La mobilità passiva per ricoveri non appropriati

Non è fuor di luogo richiamare in questa sezione la non appropriatezza dei ricoveri; in una regione con i più alti tassi di ospedalizzazione evitabile (prevalentemente dovuta ad una carente e inefficace gestione territoriale) e di ospedalizzazione impropria (prevalentemente riconducibile ad una cattiva organizzazione dell'offerta di servizi ospedalieri), la provincia di Salerno non fa eccezione. Inoltre, come si è visto nei paragrafi precedenti, i **primi DRG che cercano risposte fuori provincia e fuori regione, rientrano – con pochissime eccezioni – in casistiche cliniche ad alto rischio di non appropriatezza, per le quali specifici decreti regionali del Commissario ad Acta** (l'ultimo del marzo 2014) prevedono il trasferimento verso regimi di cura meno dispendiosi e più appropriati (vale per la **Chemioterapia, per gli interventi di cataratta, per la diagnostica delle malattie endocrine** ecc.). In sintesi, la Regione Campania e la provincia di Salerno “perdono due volte”: in primo luogo, perché sostengono il costo (individuale e istituzionale) del ricovero (oltre al valore tariffario, si consideri la produttività persa per il paziente e i suoi familiari che si spostano), in secondo luogo, perché lo stesso caso potrebbe avere, se gestito entro un governo “regionale e locale” di appropriatezza, un minor costo in termini assoluti (il Day Service o la Chirurgia Ambulatoriale hanno tariffe di rimborso assolutamente inferiori ai rispettivi casi trattati in DH e in RO, a parità di contenuto clinico-assistenziale).

5.4. Epidemiologia ospedaliera

La distribuzione dei ricoveri dei cittadini salernitani tra le varie strutture di ricovero e cura deve essere un significativo spunto di riflessione nella programmazione dell'offerta dei servizi, anche quando non si faccia riferimento alla mobilità fuori provincia e fuori regione. Allo stesso modo, l'analisi dei dati recenti di ospedalizzazione dell'AOU San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona rappresenta un punto di partenza essenziale nella comprensione delle vocazioni dell'ospedale (inteso come le 5 Sedi che lo costituiscono) e delle necessità (e preferenze dell'utenza).

Dei circa 225.000 ricoveri in Campania per i cittadini salernitani, circa 52.000 (il 23%) si effettuano nelle 5 Sedi ospedaliere dell'AOU (oltre 33.000 nel San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona, circa 8.500 nella sede di Mercato San Severino e poco più di 8.000 nella sede di Cava de' Tirreni, circa 2.500 nel Da Procida).

Nell'anno 2013, i ricoveri effettuati presso l'AOU sono stati in totale 49.575; di questi, 18.836 in DH e 30.739 in RO. Nelle **tabelle 9 e 10** è illustrato il case-mix più significativo per RO e DH.

5.4.2. Dati di ospedalizzazione nell'AOU San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno

L'AOU, nell'anno 2013, ha ospedalizzato in degenza ordinaria (**tabella 9**) prevalentemente **Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio, dell'apparato osteomuscolare e tessuto connettivo, dell'apparato respiratorio, del sistema nervoso e casi correlati a Gravidanza, parto e puerperio**. Il totale dei ricoveri ordinari è stato di 30.739 casi con 242.849 giornate complessive di degenza (in media, 9,27 giorni).

I ricoveri diurni, invece, hanno riguardato prevalentemente le **Malattie e disturbi dell'occhio, le Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate, le Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella, le Malattie e disturbi rene e vie urinarie e le Malattie e i disturbi apparato digerente** per un totale di 18.836 casi, 81.336 accessi e 3,99 accessi medi per ricovero.

Tabella 9 Case Mix AOU di Salerno 2013 in RO (cut off a 100 casi/anno)

DRG	Tipo DRG	Descrizione DRG	Numero dimessi
391	M	Neonato normale	725
251	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	596
371	C	Parto cesareo senza CC	474
373	M	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	471
254	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	351
391	M	Neonato normale	329
391	M	Neonato normale	314
14	M	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	287
184	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	264
557	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	254
373	M	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	248
389	M	Neonati a termine con affezioni maggiori	247
125	M	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	244
87	M	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	242
371	C	Parto cesareo senza CC	237
85	M	Versamento pleurico con CC	228
252	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	228
87	M	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	214
127	M	Insufficienza cardiaca e shock	210
316	M	Insufficienza renale	199
371	C	Parto cesareo senza CC	195
430	M	Psicosi	190
87	M	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	186
219	C	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	186
370	C	Parto cesareo con CC	183
87	M	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	164
105	C	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	158
108	C	Altri interventi cardiotoracici	156
14	M	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	155

211	C	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	154
544	C	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	152
359	C	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	147
127	M	Insufficienza cardiaca e shock	145
390	M	Neonati con altre affezioni significative	139
87	M	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	133
558	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	131
381	C	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	128
127	M	Insufficienza cardiaca e shock	127
379	M	Minaccia di aborto	125
89	M	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	124
323	M	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	122
524	M	Ischemia cerebrale transitoria	121
533	C	Interventi vascolari extracranici con CC	119
369	M	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	118
446	M	Traumatismi, età < 18 anni	115
298	M	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	112
124	M	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	107
210	C	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	105
544	C	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	104
26	M	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	104
554	C	Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore	103
127	M	Insufficienza cardiaca e shock	102
16	M	Malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC	102
552	C	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	101
373	M	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	101

Tabella 10 Case Mix AOU di Salerno 2013 in DH (cut off a 100 casi/anno)

Tipo DRG	DESCRIZIONE DRG	Numero dimessi
C	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	1.139
M	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	988
M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	564
M	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	548
C	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	427
M	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	418
C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	408
C	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	380
C	Interventi sulla retina	366
C	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	348
M	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	327
C	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	267
M	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	239
M	Malattie endocrine senza CC	228
C	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	198
C	Interventi su vagina, cervice e vulva	188
M	Insufficienza renale	173
M	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	164
C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	163
C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	160
M	Malattie del tessuto connettivo senza CC	156
M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	151
C	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	144
C	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	143
C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	143
M	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	133
C	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	131
C	Interventi su ano e stoma senza CC	118
M	Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile senza CC	118
M	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	115
M	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	111
M	Cirrosi e epatite alcolica	111
C	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	106
M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	101

5.5. Appropriatelyzza dei ricoveri dell'AOU

Sui ricoveri 2013, una specifica riflessione va condotta sulle **dinamiche di appropriatezza, ovvero i ricoveri rivolti a casi clinici che avrebbero potuto essere seguiti in regimi meno onerosi**. Se, nel corso del 2010, l'AOU, a seguito degli obiettivi posti con il Decreto del Commissario ad acta n. 5/2009 e s.m.i., aveva avviato una profonda revisione del sistema dell'ospedalizzazione, con conseguente significativa razionalizzazione della casistica giudicata a rischio di non appropriatezza, nel 2013 si è registrato un nuovo **incremento (tabella 11), con un sostanziale contributo dei DH medici diagnostici e dei DH medici di un solo accesso**, prevalentemente trasferibili in ambulatorio (tradizionale o complesso, PACC di Day Service di cui alla DGRC 102/2009 e Decreto Acta n.13/2014).

DRG	ANNO 2011		ANNO 2012		ANNO 2013	
	NUMEROSITA' DRG	VALORE	NUMEROSITA' DRG	VALORE	NUMEROSITA' DRG	VALORE
DRG ORDINARI A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA ESCLUSO DRG DI 0 GIORNI	5.458	€ 11.448.882	3158	€ 10.442.800	4.594	€ 7.232.463
DRG DI 0 GIORNI	3.931	€ 1.962.109	3519	€ 1.732.395	3.491	€ 1.516.307
DRG DH MEDICI DIAGNOSTICI ESCLUSO DRG DH A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA ED ESCLUSO DRG DH CON 1 SOLO ACCESSO	1.639	€ 1.975.818	1275	€ 1.528.048	1.410	€ 1.417.688
DRG DH MEDICI A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA ESCLUSO DRG DH MEDICI CON 1 SOLO ACCESSO	4.932	€ 8.056.393	5706	€ 10.754.328	6.495	€ 11.048.183
DRG DH MEDICI CON 1 SOLO ACCESSO	1.440	€ 391.108	1806	€ 490.673	1.939	€ 423.528
TOTALE	17.400	23.834.311	15.464	24.948.246	17.929	€ 21.638.171

Tabella 11 Numerosità e valori drg inappropriati AOU di Salerno

5.6. Prestazioni in urgenza-emergenza

L'AOU "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" è storicamente sede di DEA (Dipartimento di Emergenza) e ospita un Pronto Soccorso (con Osservazione Breve Intensiva) nella Sede del Ruggi, un Pronto Soccorso nelle sedi di Mercato San Severino, Cava de' Tirreni e Ravello.

Circa il 61% degli accessi complessivi dell'A.O.U. sono relativi al Ruggi (Pronto Soccorso ed O.B.I. medico chirurgico), il 32% degli accessi è suddiviso in maniera equa tra la sede G. Fucito di Mercato S. Severino e la sede di S.M. dell'Olmo di Cava de Tirreni. Infine il 6% degli accessi è relativo al Costa D'Amalfi di Castiglione di Ravello.

ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO - ANNO 2013					
PRESTAZIONI DI PRONTO SOCCORSO	SALERNO	MERCATO SAN SEVERINO	CAVA DE' TIRRENI	CASTIGLIONE DI RAVELLO	TOTALE AOU
ACCESSI SEGUITI DA RICOVERO	13.701	1.729	2.787	392	18.609
ACCESSI NON SEGUITI DA RICOVERO	68.272	19.873	18.870	7.157	114.172
TOTALI ACCESSI	81.973	21.602	21.657	7.549	132.781

5.6.1. Composizione dei bisogni assistenziali in urgenza-emergenza: casistica di PS

Al fine di analizzare il profilo della casistica ammessa in urgenza-emergenza, è possibile analizzare la diagnosi in ingresso che ha determinato l'accesso in Pronto Soccorso; in particolare, utilizzando i dati relativi all'anno 2013, risulta che la principale problematica riscontrata all'accesso è **l'evento traumatico**. Le altre problematiche rilevanti, in ordine discendente sono **dolore addominale e dolore toracico, disturbi oculistici per il Ruggi, Dispnea per il Costa D'Amalfi ed il Gaetano Fucito, sintomi o disturbi ostetrico ginecologici per S.M. dell'Olmo**.

5.6.2. Modalità di dimissione

Non tutti gli accessi in PS esitano in ricovero; in teoria, la proporzione di casi seguiti da ricovero potrebbe essere considerata un indicatore proxy della gravità del caso. Analizzando i dati 2013 per singola Sede, si vede che:

- *San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona* – Salerno: Circa il 45,2% dei casi trattati al P.S., è dimesso a domicilio. Il restante 24% è dimesso in strutture ambulatoriali mentre soltanto il 16,3% è ricoverato in strutture di degenza. Ciò significa che nell'arco di un anno, 13.040 pazienti sono ricoverati nel Ruggi attraverso il Pronto Soccorso. Per quanto riguarda invece l'analisi legata all'attribuzione dei codici urgenza, risulta che l'86,5% arriva con un codice verde, il 7,87% arriva con un codice giallo, mentre il 5,14% arriva con un codice bianco. I codici rossi sono

Analizzando, invece, i dati relativi all'OBI Medico Chirurgico, la modalità di dimissione risulta che il 52,3% è dimesso a domicilio mentre il 32,8% è dimesso in reparti di degenza. Infine il 10% è dimesso in strutture ambulatoriali. Il codice di gravità più frequente è il Verde (60,9%) seguito dal Giallo (38,6%), dal Bianco (0,21%) e dal Rosso (0,21%).

- Santa Maria dell'Olmo - Cava De' Tirreni: il 65,8% degli ammessi è dimesso a domicilio, il 12,9% è dimesso nei reparti di ricovero mentre il 10,6% è dimesso in strutture ambulatoriali. Per quanto riguarda invece l'attribuzione dei codici d urgenza risulta che il 91,27% dei casi in ingresso ha un codice verde, il 6,8% ha un codice giallo, l'1,56% dei casi riguarda codici bianchi mentre lo 0,35% è relativo al codice rosso.
- G. Fucito - Mercato S. Severino: l'83% dei casi è dimesso a domicilio, l'8% è ricoverato in strutture di degenza. Infine il 3,5% è dimesso in strutture ambulatoriali. Per quanto riguarda l'attribuzione dei codici di urgenza risulta che l'83% dei casi arriva con codice verde, il 13% riguarda codici bianchi, il 3% è relativo a codice giallo mentre lo 0,24% è relativo al codice rosso.
- Costa D'Amalfi - Castiglione di Ravello: il 57,5% è dimesso a domicilio, il 24,9% è dimesso in strutture ambulatoriali, l'8,5 % rifiuta il ricovero mentre il 5% è dimesso in strutture di ricovero. In realtà, poiché la sede non ha posti letto, probabilmente avviene il trasferimento presso altri istituti. Per quanto riguarda l'attribuzione dei codici di urgenza risulta che l'77,18 % dei casi arriva con codice verde, il 21,4% è relativo a codici gialli, lo 0,87% è relativo a codice rosso mentre lo 0,5% è relativo al codice bianco.

Nella **tabella 12** un breve riepilogo della modalità di dimissione per ogni singola sede ospedaliera.

Sede Ospedaliera		Modalità dimissione		
		Domicilio	Strutture Ambulatoriali	Ricovero in reparto di degenza
San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona - Salerno	Pronto Soccorso	45,2%	24%	16,3%
	OBI Medico Chirurgico	52,3%	10%	32,8%
Santa Maria dell'Olmo - Cava De' Tirreni		65,8%	10,6%	12,9%
G. Fucito - Mercato S. Severino		83%	3,5%	8%
Costa D'Amalfi - Castiglione di Ravello		57,5%	24,9%	5%

Tabella 12 Modalità di dimissione

Infine, nella **tabella 13** un riepilogo dei codici di urgenza per singola sede ospedaliera.

Sede Ospedaliera		Codice di urgenza al triage			
		Bianco	Verde	Giallo	Rosso
San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona - Salerno	Pronto Soccorso	5,14%	86,5%	7,87%	0,42%
	OBI Medico Chirurgico	0,26%	60,9%	38,6%	
Santa Maria dell' Olmo - Cava De' Tirreni		1,56%	91,27%	6,8%	
G. Fucito - Mercato S. Severino		13%	83%	3%	
Costa D'Amalfi - Castiglione di Ravello		0,5%	77,18	21,4%	

Tabella 13 Codici di urgenza assegnati al Triage per singola sede ospedaliera

5.6.3. Provenienza dei casi

Per la sede San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona, per l'anno 2013, come riportato nella **tabella 14**, il 97,43% degli accessi riguarda i pazienti residenti in Campania. Il dato numerico non è molto diverso per pazienti che accedono direttamente all'OBI Medico Chirurgico. Per le altre sedi ospedaliere risulta che per il:

- Santa Maria dell'Olmo- Cava De' Tirreni: la percentuale è del 97,61%;
- G. Fucito - Mercato S. Severino: la percentuale è del 97,92%;
- Costa D'Amalfi - Castiglione di Ravello: la percentuale dei residenti in Campania sul totale è del 88,61%. Significativo è il dato riguardante i pazienti stranieri. Infatti, il 5% degli accessi risulta relativo a pazienti residenti in uno stato estero.

Sedi Ospedaliere		Regione di residenza	
		Campania	Fuori Campania
San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona - Salerno	Pronto Soccorso	97,43%	2,57%
	OBI Medico Chirurgico	97,58%	2,42%
Santa Maria dell' Olmo - Cava De' Tirreni		96,61%	3,39%
G. Fucito - Mercato S. Severino		97,92%	2,08%
Costa D'Amalfi - Castiglione di Ravello		88,61%	11,39%

Tabella 14 Percentuale numero di accessi sul totale per regione di residenza

La provenienza dei pazienti rispetto alla provincia di Caserta e Benevento è molto marginale. Per quanto riguarda invece la provenienza rispetto alle altre provincie della regione Campania risulta che per le sedi:

- Santa Maria dell'Olmo- Cava De' Tirreni: circa il 98% della popolazione proviene dalla provincia di Salerno, l'1,68% proviene dalla provincia di Napoli mentre lo 0,27% proviene dalla provincia di Avellino.
- *G. Fucito* - Mercato S. Severino: circa il 92,2% dei pazienti proviene dalla provincia di Salerno. l'1,35% proviene dalla provincia di Napoli mentre il 6,3% proviene dalla provincia di Avellino.
- *Costa D'Amalfi* - Castiglione di Ravello: il 93,1% proviene dalla provincia di Salerno, mentre il 6,1% proviene dalla provincia di Napoli. Soltanto lo 0,43% proviene dalla provincia di Avellino.

Il dettaglio delle informazioni raggruppate per provincia di residenza è mostrato nella **tabella 15**.

Sedi Ospedaliere		Provincia di residenza/domicilio paziente				
		Salerno	Napoli	Avellino	Caserta	Benevento
San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona – Salerno	Pronto Soccorso	96,5%	2,2%	1,09%	0,16%	0,073%
	OBI Medico Chirurgico	97,6%	1,8%	0,48%	0,053%	0,053%
Santa Maria dell' Olmo - Cava De' Tirreni		97,9%	1,68%	0,27%	0,076%	0,028%
G. Fucito - Mercato S. Severino		92,2%	1,35%	6,3%	0,10%	0,066%
Costa D'Amalfi – Castiglione di Ravello		93,1%	6,1%	0,43%	0,31%	0,045%

Tabella 15 Analisi della mobilità regionale in ingresso al P.S.

Nell'ambito provinciale⁶, si vede che per il San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona – la maggior parte dei pazienti proviene dalla città di Salerno, dall'area nord est e dall'area nord ovest.

Santa Maria dell'Olmo- Cava De' Tirreni, G. Fucito - Mercato S. Severino e Costa D'Amalfi - Castiglione di Ravello la maggior parte dei pazienti proviene dall'area nord

⁶ Suddivisione della provincia di Salerno in aree:

- Nord Ovest: che include tutti i comuni relativi alle aree dell'Agro Nocerino Sarnese, Valle dell'Irno e Costa D'Amalfi;
- Nord Est: che comprende i comuni relativi alle aree della Valle del Picentino, Piana del Sele, Alto e Medio Sele;
- Centro: che include comuni relativi alle aree del Calore Salernitano, Alburni e Tanagro;
- Sud: che comprende i comuni relativi alle aree di Alento Montestella, Gelbison e Cervati, Lambro e Mingardo, Bussento, Vallo di Diano.

Sedi Ospedaliere		Area di provenienza pazienti residenti/domiciliati in provincia di Salerno				
		Salerno	Area Nord Est	Area Nord Ovest	Centro	Area Sud
San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona - Salerno	Pronto Soccorso	46,4%	30,7%	17,2	1,5%	0,99%
	OBI Medico Chirurgico	54,2%	29,2%	13,8%	1,77%	0,99%
Santa Maria dell' Olmo - Cava De' Tirreni		3,25%	1,06%	95,3%	0,20%	0,21%
G. Fucito - Mercato S. Severino		4,9%	1,48%	92,7%	0,34%	0,55%
Costa D'Amalfi - Castiglione di Ravello		1,15%	0,51%	98,12%	0,1%	0,11%

Tabella 16 Analisi della mobilità regionale in ingresso al P.S.

Dunque, a livello extra-regionale il fenomeno della mobilità in ingresso raggiunge un valore massimo del 3%; a livello regionale il fenomeno della mobilità in ingresso rispetto alle altre provincie della Campania raggiunge un valore massimo del 6,3%; a livello provinciale il fenomeno della mobilità in ingresso è molto forte soprattutto per l'area Nord Est rispetto alla sede ospedaliera del Ruggi; e per l'area salernitana, ma in misura molto meno rilevante, rispetto ai presidi presenti nell'area dell'Agro Nocerino Sarnese.

5.6.4. Tempi di attesa

Uno degli indicatori di efficacia relativamente al Pronto Soccorso è legato all'analisi dei tempi di attesa. In particolare è stato valutato il:

1. **Door To Door Time**: tempo medio di attesa tra ingresso ed uscita;
2. **Tempo medio di attesa** tra ingresso e presa in carico del paziente.

Per quanto riguarda il **Door To Door Time** risulta che per il:

- San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona l'84% dei casi è risolto entro le 4 ore;
- Santa Maria dell'Olmo- Cava De' Tirreni: il 94% dei casi è risolto entro le 4 ore;
- G. Fucito - Mercato S. Severino: il 92% dei casi è risolto entro le 4 ore;
- Costa D'Amalfi - Castiglione di Ravello: il 92% dei casi è risolto entro le 4 ore.

Ovviamente, diverso è il discorso per l'OBI Medico Chirurgico dove i tempi di attesa sono molto elevati, visto che il paziente è tenuto sotto osservazione a causa delle sue condizioni cliniche.

5.7. Il fenomeno della variabilità naturale nel Pronto Soccorso dell'A.O.U. San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona.

Nell'ambito dell'analisi di processo riguardante il pronto soccorso, diviene di fondamentale importanza analizzare la variabilità della domanda al fine di individuare elementi costanti nelle fluttuazioni del flusso dei pazienti in ingresso.

Ruggi D'Aragona si possa in qualche maniera "prevedere" la domanda dei pazienti al pronto soccorso.

Infatti, se fosse vero che il fenomeno della variabilità naturale del flusso sia poco intenso o almeno prevedibile, allora si potrebbe verificare innanzitutto se l'attuale assetto organizzativo del PS dell'Azienda segua le fluttuazioni naturali della domanda.

Se l'analisi da esito positivo dunque si può asserire che le risorse sono state già ottimizzate e l'eventuale problematica di sovraffollamento è riconducibile esclusivamente ad una insufficienza delle risorse stesse. Tuttavia, se l'analisi da esito negativo, allora si potrebbe pensare di attuare politiche di riorganizzazione secondo uno schema che tenga conto della variabilità naturale del processo al fine di ottimizzare le risorse.

La necessità di organizzare le risorse rispetto al flusso dei pazienti è strettamente correlata alla garanzia di un sistema sanitario efficace ed efficiente.

In particolare, se la domanda scende al di sotto della capacità ricettiva dell'ospedale, si genera uno spreco di risorse poiché la disponibilità dei letti, del personale, dell'equipe radiologica etc. non può essere conservata per il picco di domani (a differenza di quanto potrebbe avvenire per la conservazione di un farmaco). Se invece, la domanda sale al di sopra della capacità ricettiva dell'ospedale, si genera:

- deviazione interna: ad esempio i pazienti sono inviati in dipartimenti alternativi utilizzati come "appoggio";
- ritardi interni;
- deviazione esterna verso diverse strutture di emergenza presenti sul territorio;
- sovraccarico del personale che può contribuire a generare errori medici;
- paralisi del sistema che può generare l'aumento dei tempi di permanenza nella struttura;
- diminuzione della produttività e delle entrate.

In tali condizioni, i pazienti soffrono, i medici e gli infermieri anche.

Pertanto, affinché sia possibile giustificare la necessità di richiedere ulteriori risorse o semplicemente riuscire a gestire in maniera più efficiente quelle disponibili, è necessario analizzare le fluttuazioni della domanda per il Pronto Soccorso dell'AOU.

In altri termini, se statisticamente è rilevato che il maggiore afflusso dei pazienti si concentra in determinati periodi dell'anno oppure addirittura in determinate giornate della settimana o fasce orarie, allora si potrebbe pensare di garantire nei periodi di maggiore intensità della domanda un maggiore rafforzamento delle risorse e di ridurle, al fine di evitare gli sprechi nei periodi di minore intensità.

5.8. Analisi della domanda nel Pronto Soccorso dell'A.O.U. San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona

- Differenza percentuale tra il numero degli **accessi totali** registrato per l'anno 2012 e l'anno 2013;
- Differenza percentuale tra il numero di **accessi registrati per un mese ed il successivo** nell'arco dello stesso anno;
- Differenza percentuale tra il numero degli **accessi mensili** registrato per l'anno 2012 e l'anno 2013;
- Valutazione della variazione della domanda per i singoli **giorni della settimana** nell'arco di un mese;
- Valutazione della variazione della domanda media per le diverse **fasce orarie** nell'arco di un mese.

Analizzando la **tabella 17**, è possibile evidenziare come per il P.S. della sede del Ruggi, nel corso de tempo, il numero totale degli accessi sia aumentato dal 2012 al 2013 dell'1,68 %. Il valore positivo della variazione percentuale fra i due anni potrebbe essere giustificabile da un aumento della popolazione o da eventuali chiusure sul territorio di strutture di emergenze etc.

Il delta percentuale misurato, testimonia tuttavia, che l'attività nel corso degli ultimi due anni è rimasta pressoché costante.

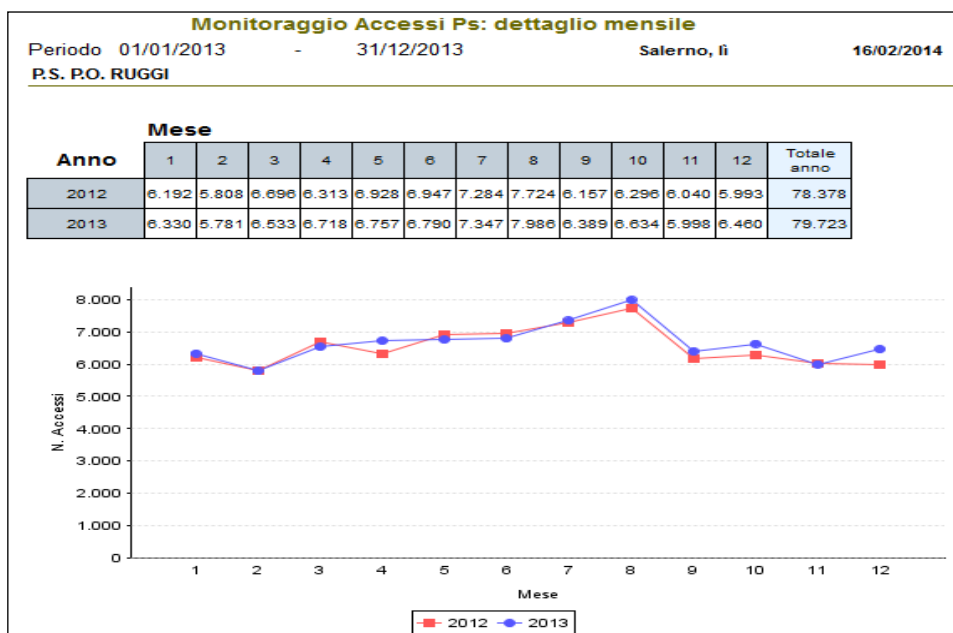


Tabella 17 - Analisi del numero degli accessi nel Ruggi: dettaglio annuale e mensile

Analizzando il dato mensile sugli accessi nell'arco dell'anno, risulta che il valore massimo è registrato soprattutto nei mesi estivi, in particolare il picco si raggiunge durante Agosto, periodo in cui potrebbe esserci una carenza di servizi assistenziali sul territorio, oppure una maggiore affluenza di turisti nelle zone balneari. La differenza percentuale tra un mese e l'altro varia da un minimo di 0,5% ad un massimo di 25%. Il delta del 25% è riscontrato calcolando la variazione del numero degli accessi tra il mese di agosto e settembre. Pertanto si può affermare che in questo caso la fluttuazione del flusso degli accessi è più forte, ma rimane comunque costante nell'arco dei due anni e



Scuola Medica Salernitana

Monitoraggio Accessi Ps: dettaglio Giornaliero

P.S. P.O. RUGGI

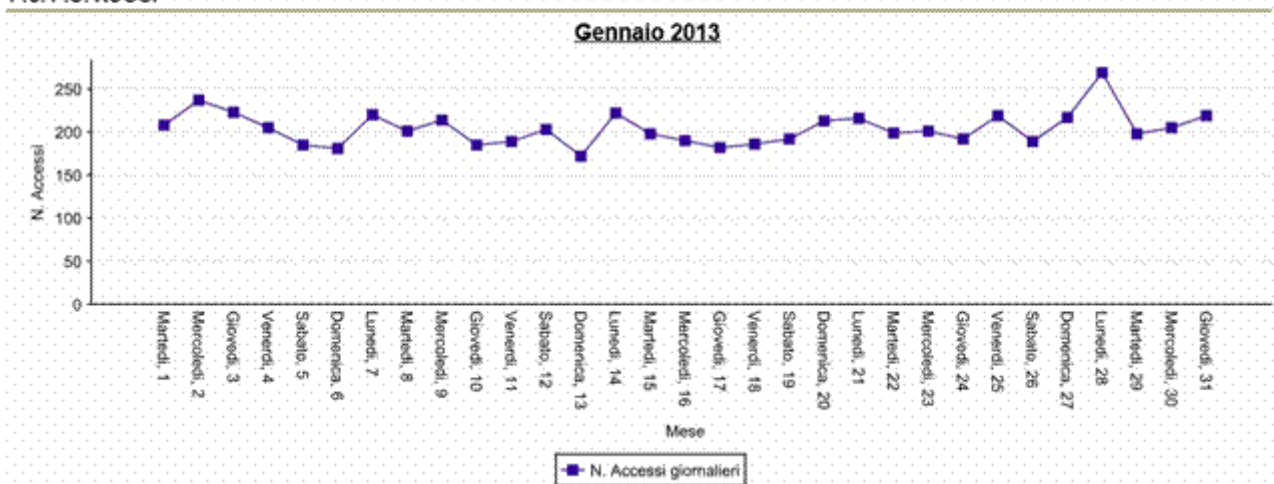


Tabella 18 - Analisi del numero degli accessi nel Ruggi: dettaglio settimanale

Come si evince dalla **tabella 18** relativo al mese di Gennaio 2013, si tratta di un andamento pressoché variabile da un giorno all'altro, con dei picchi negativi durante la giornata di domenica e dei picchi positivi durante la giornata del lunedì. Tale andamento è confermato anche nei mesi successivi.

Infine è stata valutata la variabilità del flusso anche in funzione dell'orario di accesso. Come si evince dalla **tabella 19** il numero maggiore di accessi si concentra tra le 08,00 e le 12,00. Esiste poi una sua leggera flessione intorno all'orario di pranzo ed una coda persistente fino alle 22,00.

Pertanto, in un'ottica di analisi dell'organizzazione delle risorse sarebbe auspicabile verificare se effettivamente il maggior numero di risorse è concentrato nei mesi estivi, di lunedì e durante le ore mattutine.

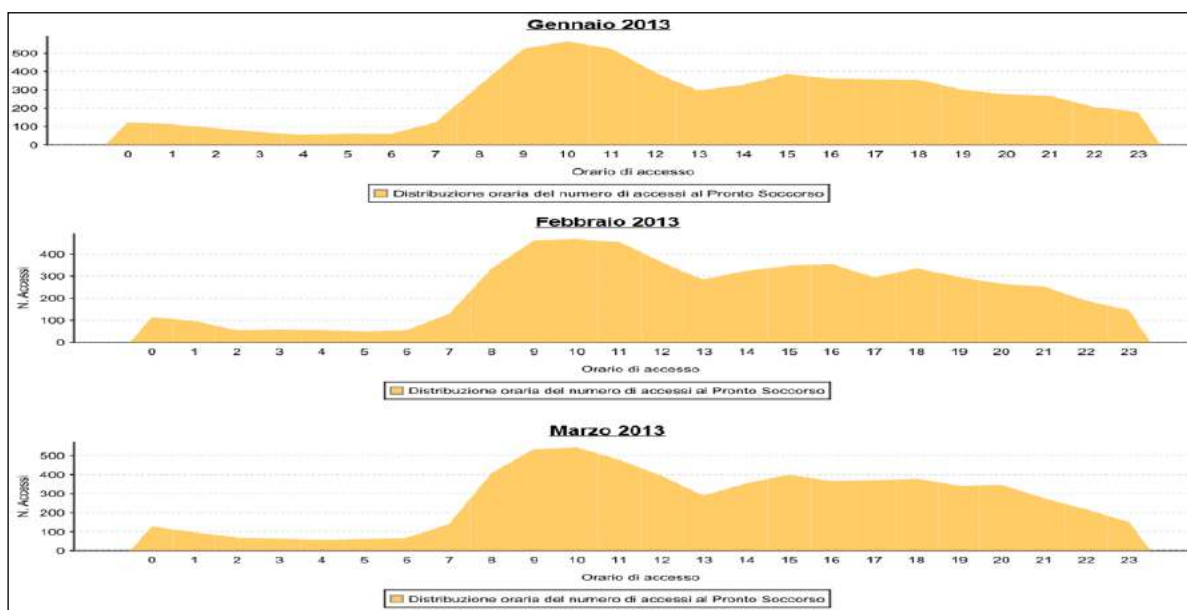


Tabella 19 Analisi del numero degli accessi nel Ruggi: dettaglio per fasce orarie

6.1. Sintesi dei dati emersi

6.1.1. Invecchiamento e grandi anziani in provincia di Salerno

Anche se la Campania si conferma la regione più giovane d'Italia, il trend prevede un progressivo invecchiamento in conseguenza dell'aumento della longevità, della persistente denatalità (che riguarda anche le donne immigrate), della migrazione dei giovani verso il nord e del calo dell'immigrazione straniera. **L' invecchiamento della popolazione che si registra a livello nazionale diventerà progressivamente più accentuato e problematico nelle regioni del Sud**, con progressivo aumento dell'indice di dipendenza strutturale, dell'indice di dipendenza anziani e dell'indice di vecchiaia.

In termini relativi, pur essendo **Salerno terza nell'ordine delle province per quanto riguarda l'indice di vecchiaia**, in termini assoluti **il suo carico di popolazione con più di 65 anni supera le 200.000 unità (100340 tra i 65 e i 74 e 104287 di 75 e più)**, contro le 145.000 unità di Avellino e Benevento messe insieme. Se si considera che il tasso di **natalità per la provincia di Salerno (9‰)** è più basso della media regionale e che, **nella provincia di Salerno**, la speranza di vita alla nascita si approssima ai livelli medi nazionali (79.107 e 83.870), **superando significativamente quella regionale e che l'aspettativa di vita per i cittadini della provincia di Salerno (79,107 e 83,87) sia più elevata della media regionale (e più prossima a quella nazionale)** si comprende l'ulteriore trend di invecchiamento previsto nei prossimi anni. A tutto questo si aggiunga la migrazione significativa di cittadini del Sud verso le regioni del Centro Nord (migrazioni che riguardano eminentemente la fascia di età giovane-adulta) e il rallentamento delle migrazioni dai paesi esteri (anche queste caratteristiche delle età giovani).

Infine, **quasi il 30% della popolazione anziana ha più di 80 anni** e ciò è estremamente significativo visto che **i grandi anziani sono i maggiori consumatori di prestazioni sanitarie** (in particolare negli ultimi mesi/anni di vita) come conseguenza di fattori quali comorbidità, cronicità e disabilità e di giornate di ricovero (la degenza media ospedaliera di un grande anziano è di circa 9,1 giorno contro i 4,5 di un individuo tra i 14 e i 44 anni).

6.1.2. Popolazione straniera in provincia di Salerno

Sebbene l'immigrazione straniera sia in calo e riguardi soprattutto il Nord, più **del 22% degli stranieri in Campania si concentra nella provincia di Salerno. A Salerno**, inoltre, rispetto alle caratteristiche nazionali e regionali, la proporzione di donne è superiore, dato che va considerato in quanto le donne straniere ricorrono più frequentemente ai servizi sanitari rispetto agli uomini stranieri. Il ricorso alle cure urgenti degli stranieri è più alta nel mezzogiorno rispetto al ricorso a cure di elezione. **Il tasso di crescita della popolazione straniera a Salerno è del 105% (con punte che superano il 600% in alcuni comuni)**. La **percentuale media di stranieri sul totale della popolazione nell'intera provincia è del 3,1%**, ma raggiunge quasi il 10% in alcuni comuni.

6.1.3. Natalità e avanzamento del calendario riproduttivo

Al calo della maternità, si associa un avanzamento dell'età nel calendario riproduttivo che interessa sia le donne italiane (in media 31,5 anni) che le straniere, il che impone di ripensare ai **servizi di assistenza al parto e al puerperio**, e alle strutture **specializzate per diagnosi pre-natale, gravidanze a rischio e di terapia intensiva pre-natale**. Si consideri, altresì, che la prima causa di ricovero ordinario per i cittadini salernitani riguarda **l'evento nascita (il primo DRG in assoluto è Neonato Normale, con circa 7.500 casi annui, seguito dal Parto Cesareo (circa 6.000 tra casi con e senza complicanze))**.

6.1.4. Mortalità per causa

In linea con i dati nazionali e regionali, sono le **malattie del sistema circolatorio a fornire il più alto contributo alla mortalità generale**, seguite dai **tumori maligni** (anche se in misura inferiore rispetto al dato nazionale). Si evidenzia un rilevante impatto del **diabete mellito**, soprattutto tra le donne.

Quando si analizzano le cause specifiche, tra gli uomini sono più alti i livelli di mortalità per malattie circolatorie, in particolare le **malattie ischemiche del cuore e le malattie cerebrovascolari**, le malattie dell'**apparato respiratorio, dell'apparato digerente e per diabete mellito**. Tra le **donne risultano più elevati i livelli di mortalità per malattie circolatorie, in particolare le malattie ischemiche del cuore e le malattie cerebrovascolari**; risultano inoltre più elevati i tassi di mortalità per malattie dell'**apparato respiratorio e dell'apparato digerente**. Risalta il tasso di mortalità per **diabete mellito (50.7) quasi doppio di quello italiano (27.1)**.

Questo spaccato impone un ripensamento del sistema di offerta per le malattie cardiovascolari non solo in termini quantitativi ma, piuttosto, qualitativi, privilegiando la **gestione in urgenza dei casi cardiologici** (per le malattie ischemiche, in particolare) e la **distribuzione dei servizi cardio e cerebrovascolari** in più punti del territorio per assicurare tempistiche congrue alle necessità emergenziali (si pensi alla cd golden hour, l'ora d'oro che cambia radicalmente la prognosi quoad vitam e quoad valetudinem del paziente ictato), assicurando, al contempo, percorsi rapidi e governati di trasporto alle strutture di competenza, secondo la logica Hub&Spoke (Neurochirurgia, Stroke Unit, UTIC ed Emodinamica, Cardiochirurgia). Ancora, strutture dedicate sono necessarie per le patologie broncopolmonari, gastroenterologiche (endoscopia, chirurgia, gastroenterologia) ed endocrinologiche. Come si vedrà nel paragrafo dedicato al fabbisogno di cure ospedaliere, al netto dell'evento nascita, l'acuzie **cardio e cerebrovascolare vascolare, insieme a quella respiratoria e renale** rappresentano le **prime cause di ricovero ordinario per i cittadini salernitani**.

A proposito delle patologie neuro vascolari, nel 2013 (decreto n.44 del Commissario ad acta) è stato pubblicato in Campania il nuovo Atto di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza per l'ictus cerebrale – Stroke Unit; **la Campania è la regione con minor stroke unit in Italia per n° di abitanti e con la peggior prognosi di pazienti colpiti da accidenti cerebrovascolari**

L'Osservatorio Osservasalute 2013, oltre che la più **bassa speranza di vita alla nascita** per tutte le età e per entrambi i generi e il più alto tasso di mortalità al di sopra del primo anno di vita per maschi e femmine, attribuisce alla Campania la più alta percentuale di fumatori, persone in sovrappeso, la più alta percentuale della spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL, il maggior tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 10.000) in Day Hospital, la peggior media annua delle concentrazioni medie giornaliere di PM10. In quest'ambito, **Salerno detiene la più alta percentuale di pazienti in sovrappeso** (se si considera che la popolazione salernitana è il 19% di quella campana, si possono comprendere anche i valori assoluti).

L'elevata percentuale di persone in **eccesso ponderale rappresenta un dato allarmante** che deve condurre a potenziare le strategie già esistenti ed ad implementarne di nuove. Accanto ai programmi di sorveglianza, indispensabili per valutare il fenomeno e per intraprendere politiche adeguate, vanno promossi interventi di promozione di corretti stili di vita e lotta alle malattie croniche mediante un approccio multisettoriale. La **Campania (19,3%)** è anche la regione con la **più bassa quota di praticanti sportivi**. Per quanto riguarda i trend evolutivi, anche per l'**obesità infantile la Campania ha il primato assoluto rispetto a tutte le altre regioni italiane e a gran parte dei Paesi europei**. Tra i bambini della nostra Regione il 48,8 % presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità (dati Sistema di Sorveglianza Okkio alla Salute 2012). Ogni anno gli **interventi di chirurgia bariatrica effettuati fuori provincia e fuori regione per i cittadini salernitani** sono circa 150 con un valore di remunerazione di circa 770.000 euro.

Per quanto riguarda il ricorso ai servizi sanitari di prevenzione, è del 58%, di cui solo il 19% all'interno di un programma organizzato, la percentuale di donne tra i 25-64 anni ad aver effettuato un Pap-test preventivo nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida, rispetto ad uno standard "accettabile" del 65% e uno standard "desiderabile" dell'80%; mentre solo il 44% circa delle donne di 50-69 anni, di cui solo il 19% all'interno di un programma organizzato, ha effettuato una Mammografia preventiva nel corso degli ultimi due anni, con copertura anche qui lontana dai livelli "accettabile" (60%) e "desiderabile" (75%).

Tale evidenza fa pensare che **sarà sempre minore il vantaggio in termini di incidenza di neoplasie maligne fin ora detenuto dalle regioni del Sud e, dunque, dalla provincia di Salerno**.

6.1.6. Il fabbisogno in urgenza emergenza: caratteristiche

Alle prestazioni in urgenza-emergenza dell'AOU si rivolgono annualmente 130.000 casi. La casistica riguarda soprattutto traumi, **dolore addominale e dolore toracico, disturbi oculistici per il Ruggi, dispnea per il Costa D'Amalfi ed il Gaetano Fucito, sintomi o disturbi ostetrico ginecologici per il S.M. dell'Olmo**.

Il San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona ha il 61% degli accessi totali, mentre il Santa Maria dell'Olmo - Cava De' Tirreni e G. Fucito - Mercato S. Severino hanno un volume di attività intorno al 16%.

La maggior parte dei pazienti (80%-90%) arriva in tutte le sedi con i mezzi propri (eccetto per l'OBI Medico Chirurgico la cui percentuale di arrivo con mezzi propri è del

Per quanto riguarda l'OBI medio chirurgico, circa il 32% dei casi è dimesso in reparti di degenza. Il pronto Soccorso del San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona e del Santa Maria dell'Olmo - Cava De' Tirreni ha un numero di pazienti dimessi in reparto di degenza maggiore rispetto al G. Fucito - Mercato S. Severino. Infatti, analizzando i codici di urgenza, si nota che il G. Fucito - Mercato S. Severino ha un numero di codici di urgenza bianchi più elevato rispetto agli altri (13%). Ciò probabilmente giustifica il numero elevato di casi dimessi a domicilio, e la percentuale più bassa di dimessi in strutture di ricovero.

Per quanto riguarda l'analisi della mobilità, risulta che:

- **a livello extra-regionale** il fenomeno della mobilità in ingresso raggiunge un valore massimo del 3%;
- **a livello regionale** il fenomeno della mobilità in ingresso rispetto alle altre provincie della Campania raggiunge un valore massimo del 6,3% ed è riscontrabile per il **Santa Maria dell' Olmo - Cava De' Tirreni** rispetto alla provincia di Avellino. Significativa è anche la mobilità del 6,1% per il **Costa D'Amalfi - Castiglione di Ravello** rispetto alla provincia di Napoli.
- **a livello provinciale** il fenomeno della mobilità in ingresso è molto forte soprattutto per l'area Nord Est rispetto alla sede ospedaliera del Ruggi; e per l'area salernitana, ma in misura molto meno rilevante, rispetto ai presidi presenti nell'area dell'Agro Nocerino Sarnese.

Infine, per quanto riguarda l'analisi circa la **variabilità del flusso dei pazienti in ingresso, si nota che l'andamento mensile degli accessi è pressoché costante, con dei picchi raggiunti durante il mese di luglio ed agosto.**

L'attività giornaliera è pressoché variabile, con dei picchi che si concentrano soprattutto il lunedì.

L'affluenza, rispetto al profilo orario, è maggiore soprattutto nelle ore mattutine. Il fenomeno è in netta diminuzione del pomeriggio, ma rimane comunque non trascurabile.

6.2. Fabbisogno di cure ospedaliere in provincia di Salerno

Il tasso grezzo di ospedalizzazione per acuti per i cittadini della provincia di Salerno è più alto della media regionale (172 vs 166, dati ARSan 2012) per un totale di circa 125.000 episodi di ricovero per acuti l'anno (2012). Le principali cause di ricovero ordinario per i cittadini salernitani riguardano **l'evento nascita (il primo DRG in assoluto è Neonato Normale, con circa 7.500 casi annui, seguito dal Parto Cesareo (circa 6.000 tra casi con e senza complicanze).**

Al netto dei ricoveri ostetrici, **l'acuzie cardio e cerebrovascolare vascolare, insieme a quella respiratoria e renale** rappresentano **le prime cause di ricovero ordinario** (il DRG 127 - Insufficienza cardiaca e shock, offre a considerare le più alte quote di dimessi in tutto il territorio regionale, seguito dal DRG 087 - Edema polmonare e insufficienza respiratoria, dal DRG 316 - Insufficienza Renale e dal DRG 014 -

Nel 2012, la spesa per i ricoveri per acuti dei cittadini dell'ASL di Salerno è stata la più alta tra le AA.SS.LL. campane (364.297.490,69 vs 1.863.545.637,99 dell'intera regione).

6.3. *Fabbisogno di cure ospedaliere aggiustato per la mobilità passiva e per rischio di non appropriatezza*

Per comprendere il bisogno di cure ospedaliere dei cittadini della provincia di Salerno, è necessario analizzare, oltre all'ospedalizzazione "locale", anche quella in mobilità passiva (fuga verso altre province e regioni). La quota di cittadini della provincia di Salerno che sceglie di curarsi "lontano da casa" è particolarmente significativa: per quanto riguarda le sole cure ospedaliere, sono 35.000 i ricoveri fuori provincia e 23.000 fuori regione. A questa mobilità corrisponde un valore di rimborso annuo per strutture extraprovinciali ed extraregionali di oltre 170 mln di euro (calcolato in base alle tariffe regionali DRG correlate aggiornate a Settembre 2013).

Da diversi anni, ormai, la Chemioterapia (DRG 410) è la principale causa di migrazione dei pazienti salernitani verso strutture ospedaliere fuori provincia (circa 2000 cittadini salernitani scelgono ogni anno di effettuare la Chemio fuori provincia, prevalentemente tra Avellino, Castellammare e Napoli) e fuori regione (oltre 1000 casi, tra Basilicata, oltre 300 casi/annui; Lazio, 250; Puglia, circa 100 casi e, addirittura, con lunghe distanze: oltre 200 ricoveri per chemioterapia vengono effettuati in Lombardia e altrettanti tra Toscana ed Emilia!). Si conferma come primo DRG in fuga anche in termini economici (oltre 3 mln di euro all'anno). Oltre a trattarsi di casi che comportano accessi ciclici e numerosi presso le strutture ospedaliere (dispendio di risorse per l'SSR e forte carico socio economico per il cittadino e per i suoi caregivers), si tratta di ricoveri a rischio di non appropriatezza che potrebbero essere effettuati in regime ambulatoriale, secondo recenti normative regionali. Per tali casi è necessario delocalizzare quanto più possibile le strutture deputate alla preparazione e alla somministrazione degli antitumorali "vicino casa" del paziente, per evitare spostamenti inutili e difficili da sostenere emotivamente, economicamente e logisticamente. Inoltre, trattandosi di casi che, secondo gli ultimi indirizzi normativi regionali, possono essere gestiti a livello ambulatoriale con minor dispendio di risorse per SSN e maggiore fruibilità per il cittadino, la delocalizzazione non necessariamente deve comportare la duplicazione di strutture di ricovero e di posti letto. Analogo discorso va effettuato per gli interventi di cataratta dei cittadini salernitani, circa 1500 dei quali eseguiti in altre province (soprattutto a Caserta!) e oltre 400 fuori regione (prevalentemente in Molise, per la metà dei casi in fuga; oltre 100 i casi che si spostano in regioni del Nord). Anche in questo caso, val la pena di ricordare che si tratta di un ricovero a rischio di non appropriatezza quando eseguito in regime di ricovero e che, analogamente alla chemioterapia, riguarda una casistica anziana e con numerose comorbidità. Si tratta, poi, di interventi a forte impatto epidemiologico (la patologia del cristallino è fortemente correlata a disturbi endemici nel territorio provinciale, tra cui il diabete, nonché correlati all'invecchiamento della

Anche i circa **1000 neonati sani salernitani che nascono, ogni anno, in strutture extraprovinciali campane o gli 800 parti cesarei programmano di eseguire lontano da casa (prevalentemente tra Napoli e Pompei)** sono indicativi di una scarsa capacità di accoglienza e accompagnamento dei cittadini in percorsi di fiducia e affidamento. Sicuramente il dato più sconcertante nella mobilità extraregionale, sono, tuttavia, gli oltre 400 casi di ricovero extraregione per **Malattie Endocrine con e senza complicanze (prevalentemente disturbi della tiroide), in fuga soprattutto verso mete Toscane**; si tratta, anche qui, di casi che potrebbero essere trattati in regimi meno dispendiosi per l'SSN (Day Service per malattie Tiroidee, DGRC 102/2009), limitando la fuga (altrettanto notevole) dei relativi interventi chirurgici (**quasi 300 gli interventi sulla tiroide effettuati fuori regione, oltre la metà dei quali in Toscana**).

Ancora, degli oltre **700 casi di interventi chirurgici per neoplasie della mammella** eseguiti per cittadine salernitane, circa **200 scelgono di essere operati fuori regione**; trattandosi di una chirurgia di superficie non particolarmente complessa, è segno, come in altri casi, che la cura dei percorsi e dell'accesso ai servizi merita, a Salerno e nell'AOU Ruggi, di essere completamente riprogrammata. Altra casistica che soffre il fenomeno della mobilità è quella ortopedica (delle oltre 26.000 ospedalizzazioni annue dei cittadini salernitani, di cui circa 11.000 trattati presso i cinque ospedali dell'AOU, circa 3000 casi di ricovero si verificano fuori regione e quasi altrettanti fuori provincia).

Quando osservati per **valore del rimborso, i casi di fuga più significativi riguardano l'ortopedia protesica (oltre 3,5 mln di euro), il Trapianto di midollo osseo (altri 2,5 mln), Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni, Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco**.

Significative l'11ma e 12 ma posizione rispettivamente degli **Interventi maggiori sul torace e degli Interventi sulla tiroide**, ma anche gli **Interventi per Obesità** che, in ragione di un valore tariffario elevato (5.600 euro), pesano per 480.000 euro (760.000 se si considerano anche i casi fuori provincia).

La lettura dei dati salienti demo-epidemiologici e delle dinamiche sanitarie generali e di quelle legate alla provincia di Salerno, permette di avanzare traiettorie di ridefinizione dell'assistenza secondo obiettivi concreti e prioritari:

- **Invecchiamento in salute.** In linea con la programmazione strategica del Settore Salute per l'Europa 2020 è necessario sviluppare una nuova attenzione all'anziano fragile, sia attraverso una specializzazione delle cure che una riorganizzazione dei percorsi e delle filiere di affidamento (costituzione di un reparto di geriatria e di una care unit per cronica il patients in grado di intercettare i lunghi e dispendiosi ricoveri in rianimazione, ottimizzazione della rete ictus, potenziamento e affinamento dei percorsi di riabilitazione ecc.)
- **Salute materno-infantile e della donna,** con particolare riferimento al percorso nascita che merita di essere demedicalizzato (riduzione del ricorso al cesareo) e umanizzato, concentrando i parti in strutture dedicate e specificamente dotate, ma anche con maggiore attenzione alla maternità (strutture attrezzate per la donna gravida e per la mamma) e alle problematiche della sfera femminile.
- **Stili di vita,** nonostante la vocazione di alta assistenza e specializzazione, l'AOU intende sviluppare nuove funzionalità in riferimento ai principali fattori di rischio per la salute, definiti dai Programmi Operativi 2013-15 come "i più potenti determinanti prossimali delle patologie cronico-degenerative della popolazione."; tra questi sedentarietà e attività fisica, alimentazione, fumo e alcol.
- **Deospedalizzazione e percorsi di cura per outpatients** (per ricoveri non appropriati, come chemioterapia, disturbi tiroidei e interventi sul cristallino) e previsione di discharge room.
- **Emergenza-Urgenza, emergenza cardiovascolare, neuro vascolare e traumatologica,** secondo l'organizzazione realizzata dal Decreto 49/2010 in materia di riassetto della rete ospedaliera che fa dell'AOU di Salerno HUB per la cardiologia e sede di trauma center zonale e del Decreto 44/2013 che identifica l'AOU come HUB per la rete ictus e sede di Stroke Unit.

Azienda Ospedaliero-Universitaria

“San Giovanni di Dio e Ruggi d’Aragona”



Atto aziendale

Ai sensi dell’articolo 3 del Decreto Legislativo n. 502/92 e s.m.
ed i. e dell’articolo 3 del Decreto Legislativo n. 517/93

Anno 2016

Premessa	5
Cenni storici	6
TITOLO I – L’ASSETTO ISTITUZIONALE DELL’AZIENDA	8
Articolo 1 – Costituzione e natura dell’Azienda	8
Articolo 2 – Denominazione, sede legale e logo	9
Articolo 3 - Mission istituzionale	9
Articolo 4 - La visione dell’Azienda e suo ruolo nella rete assistenziale locale	10
Articolo 5 – L’Atto aziendale	14
Articolo 6 – Assetto istituzionale e organi dell’Azienda	14
Articolo 7 - Il Direttore generale.....	15
Articolo 8 - Il Collegio Sindacale	18
Articolo 9 - L’Organo di indirizzo	19
Articolo 10 - Il Collegio di Direzione	19
TITOLO II – L’ASSETTO ORGANIZZATIVO DELL’AZIENDA	22
Articolo 11 - La Direzione strategica.....	22
Articolo 12 - Il Direttore sanitario e il Direttore amministrativo.....	22
Articolo 13 - Il Direttore sanitario.....	23
Articolo 14 - Il Direttore amministrativo	25
Articolo 15 - L’Organismo indipendente di valutazione della performance	26
Articolo 16 - Il Collegio Tecnico ed i collegi tecnici di specialità.....	27
Articolo 17 - Il Comitato dei Garanti.....	27
Articolo 18 - Il Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG)	28
Articolo 19 - I Comitati e le Commissioni aziendali	29
Articolo 20 - Principi generali dell’organizzazione aziendale	30
Articolo 21 - La struttura organizzativa e le articolazioni organizzative.....	31
Articolo 22 - Criteri generali per la individuazione delle Strutture organizzative	33
Articolo 23 - Il modello Dipartimentale	34
Articolo 24 - I dipartimenti ad attività integrata (DAI)	36
Articolo 25 - L’organizzazione del DAI	38
Articolo 26 - Il Comitato di Dipartimento	40
Articolo 27 – Le Unità Operative Complesse.....	41
Articolo 28 - Le Unità Operative Semplici Dipartimentali	42
Articolo 29 - Le Unità Operative Semplici.....	42
Articolo 30 - Assetto degli incarichi professionali.....	43
Articolo 31 – Modelli operativi	43
Articolo 31.1 - Programmi infradipartimentali e interdipartimentali.....	43
Articolo 31.2 - Reti professionali	44
Articolo 31.3 - Gruppi Operativi Interdisciplinari	44
Articolo 32 – Le Sedi ospedaliere	45
Articolo 33 – L’interoperatività con il territorio	45
Articolo 33.1 – Il Dipartimento Integrato delle Emergenze	45
Articolo 33.2 – Il Dipartimento Interaziendale provinciale di medicina di laboratorio	46
Articolo 33.3 – Il Dipartimento Interaziendale provinciale trasfusionale	47
Articolo 34 – Centri di riferimento	47
Articolo 35 – Staff della Direzione amministrativa.....	47
Articolo 36 – Staff della Direzione sanitaria	48

Attività sanitarie	19
Articolo 38 - L'Unità organizzativa di Controllo del Rischio Clinico	49
Articolo 39 - Il Servizio prevenzione e protezione	50
Articolo 40 - Il Polo Didattico	50
TITOLO III – IL GOVERNO DELL'AZIENDA	52
Articolo 41 – Principi e regole generali per la gestione, controllo, valutazione e valorizzazione delle risorse umane	52
Articolo 42 – Gestione delle risorse umane	52
Articolo 43 - La dotazione organica	53
Articolo 44 - Gli incarichi dirigenziali	54
Articolo 45 – Attribuzione e revoca degli incarichi dirigenziali e relative modalità di valutazione	54
Articolo 46 – Procedure per l'attribuzione degli incarichi di struttura complessa	56
Articolo 47 – Procedure per l'attribuzione degli incarichi di struttura semplice e semplice dipartimentale	57
Articolo 48 - Incarichi professionali	57
Articolo 49 - Incarichi professionali di alta specialità ed a valenza dipartimentale	58
Articolo 50 – Valutazione degli incarichi dei dirigenti sanitari	58
Articolo 51 - Conferimento degli incarichi ai dirigenti dei ruoli professionale, tecnico ed amministrativo	59
Articolo 52 – Personale universitario	59
Articolo 53 – La partecipazione del personale universitario all'attività di assistenza	60
Articolo 54 – Trattamento economico del personale universitario	61
Articolo 55 – La libera professione intramuraria	62
Articolo 56 – Clima e benessere organizzativo	63
Articolo 57 – Formazione continua	64
Articolo 58 – Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro	64
Articolo 59 – Il finanziamento	65
Articolo 60 – Il patrimonio	65
Articolo 61 – Il sistema integrato di programmazione, controllo e valutazione	66
Articolo 62 - La pianificazione strategica	67
Articolo 63 – Il sistema di programmazione e controllo	70
Articolo 64 – La Direttiva annuale del Direttore Generale	70
Articolo 65 – Il Budget	71
Articolo 66 – I sistemi di controllo e valutazione	72
Articolo 66.1 – Il controllo di regolarità amministrativa e contabile	73
Articolo 66.2 – Il controllo di gestione	73
Articolo 66.3 – Il controllo dei risultati di gestione ed il controllo strategico	74
Articolo 66.4 – La valutazione del personale	75
Articolo 67 - I principi generali del governo aziendale	76
Articolo 68 - Le dimensioni del governo aziendale: committenza e produzione	76
Articolo 69 - Il governo clinico	77
Articolo 70 - Il governo economico-finanziario	79
Articolo 71 – Procedure contabili	81
Articolo 72 - Le modalità di esercizio del governo aziendale: la delega	83
Articolo 73 – Acquisti di beni e servizi	84
Articolo 74 – Programmazione, acquisti, gestione e manutenzione delle attrezzature	85
Articolo 75 – Il sistema informativo e le nuove tecnologie dell'informazione	87
Articolo 76 - Conciliazione delle controversie civili e commerciali	88
TITOLO IV - RELAZIONI CON IL CITTADINO, RAPPORTI CON IL VOLONTARIATO, RELAZIONI SINDACALI	89
Articolo 77 – Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini	89

Articolo 80 - Le relazioni con il cittadino e l'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico	93
Articolo 81 - La gestione della privacy	93
Articolo 82 - Trasparenza ed Integrità	95
Articolo 83 - Bilancio sociale e bilancio sociale di mandato	95
Articolo 84 - I Rapporti con il Volontariato	97
Articolo 85 - Le relazioni sindacali	97
TITOLO V - NORME FINALI, TRANSITORIE E DI RINVIO	100
Articolo 86 - Norme finali	100
Articolo 87 - Potere regolamentare dell'Azienda	100
Articolo 88 - Norma transitoria	100
Articolo 89 - Regolamenti	100
Articolo 90 - Norme di rinvio	101

L'Atto aziendale è l'atto di diritto privato necessario per l'esercizio delle attività **dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona - Scuola Medica Salernitana"** (di seguito denominata "**Azienda**") e trova fondamento nel Protocollo d'Intesa siglato il 15 gennaio 2013 dalla Regione Campania e dall'Università degli Studi di Salerno (di seguito denominato "**Protocollo d'Intesa**").

L'Atto aziendale costituisce lo strumento mediante il quale l'Azienda determina la propria organizzazione ed il proprio funzionamento, delineando gli ambiti della propria autonomia gestionale ed organizzativa.

Al suo interno sono presenti:

- a. i principi generali dell'assetto di governo dell'Azienda, coerenti con i criteri ed indirizzi di cui alle seguenti disposizioni nazionali e regionali.
 - D.Lgs. n. 502/92 modificato ed integrato con D.Lgs. n. 229/99;
 - D.Lgs. n. 517/99;
 - D.Lgs. n. 168/2000;
 - Legge Regionale n. 2/94 e s.m. ed i.;
 - Legge Regionale n. 32/94 e s.m. ed i.;
 - DGRC n. 460/2007;
 - Decreto Commissariale n. 73/2010;
 - Decreto Commissariale n. 13/2011;
 - Decreto Commissariale n. 22/2011;
 - Decreto Commissariale n. 53/2012;
 - Decreto Commissariale n. 7/2013;
 - Decreto Commissariale n. 18/2013;
 - Decreto Commissariale n. 31/2013
 - Decreto Commissariale n. 33/2016
- b. il sistema di regole che caratterizzano il contesto entro cui deve svilupparsi l'attività (il Sistema Sanitario Nazionale e Regionale, l'Università, ecc.);
- c. i criteri che orientano le scelte della direzione strategica, nel pieno rispetto delle relazioni istituzionali e degli obiettivi aziendali;
- d. il modello macro organizzativo che consente il funzionamento dell'Azienda.

Il presente Atto garantisce quanto richiesto dal punto 5 del Decreto Commissariale n. 18 del 18.02.2013, pubblicato sul Burc n. 12 del 25/2/2013.

Il modello organizzativo a livello macro e micro strutturale (composizione delle unità organizzative semplici e complesse) e le regole di funzionamento degli organi che compongono l'assetto istituzionale trovano definizione all'interno del **Piano di Organizzazione e Funzionamento Aziendale (POFA)** che costituisce parte essenziale ed integrante del presente documento.

San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona

Gli Ospedali Riuniti San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona sono così intitolati in quanto discendenti dalla fusione di due ospedali salernitani, il S. Giovanni di Dio e il Ruggi d'Aragona.

Il primo fu fondato nel 1183 ad opera di Matteo d'Aiello, grande figura salernitana, nato intorno al 1115 che, sebbene vissuto quasi sempre lontano da Salerno, mantenne costantemente vivo il suo affetto per la città che gli aveva dato i natali.

Infatti, giovanissimo, si trasferì a Palermo, dove entrò a far parte della Curia Regia e, qui, per il suo grande ingegno, fu posto a capo della Segreteria della Corona, svolgendo un ruolo fondamentale in tutti i più importanti affari del Regno normanno.

Il favore che riscosse presso la Corte si riversò anche sui familiari, tra i quali il fratello Costantino, nominato abate di Venosa e l'altro, Giovanni, vescovo di Catania.

Diventato espertissimo uomo di leggi e desideroso di lasciare di sé un buon ricordo, Matteo d'Aiello, che fu, tra l'altro, il promotore di numerose opere di beneficenza in tutto il Regno, volle costruire a Salerno, a proprie spese, un ospedale per i malati poveri, anche per compiere un'opera meritoria agli occhi di Dio, tant'è che stilò un atto di donazione tutto pervaso di sentimenti squisitamente religiosi e pieno della massima riverenza verso la Santa Salernitana Chiesa di cui si dichiarava figlio devotissimo.

Anche la costruzione dell'altro ospedale salernitano, il Ruggi d'Aragona, si deve, come già secoli prima con Matteo d'Aiello, al senso civico ed alla ispirazione religiosa di un altro dovizioso cittadino salernitano, il marchese Giovanni Ruggi d'Aragona, nato nel 1807.

Caduto gravemente malato e, non essendovi altri alla sua discendenza, con un secondo testamento redatto il 2 luglio 1870 (con il primo testamento, datato 24 maggio, il marchese Ruggi d'Aragona aveva istituito erede universale del suo ingente patrimonio l'Ospedale Incurabili di Napoli) revocò la precedente nomina ad erede universale dell'Ospedale Incurabili, nominando, in sua vece, il Comune di Salerno affinché procedesse, entro breve tempo, alla costruzione di un nuovo ospedale che *"abbia sempre ed in perpetuità una esistenza propria ed un'amministrazione a sé, senza che in qualunque tempo si possa aggregare, riunire, confondere o immutare con qualcun altro"*.

Questa volontà così esplicita non riuscirà, come è noto, a bloccare il processo di fusione con il San Giovanni di Dio che cominciò all'inizio degli anni 1900/1910.

La volontà di condurre in porto una nuova opera, ormai sentita come indispensabile dall'intera cittadinanza, date le mutate condizioni di vita, portò alla costituzione di una Commissione per il raggruppamento dei due ospedali in termini di consorzio, espediente giuridico per poter procedere alla costruzione di un nuovo ospedale anche senza attendere il decreto di fusione definitiva.

Il 6 giugno del 1909 fu posta la prima pietra in via Orto Agrario, in seguito denominata via M. Vernieri, ed il 9 gennaio del 1923 il Presidente Cuomo comunicava finalmente alla cittadinanza l'apertura del nuovo ospedale ed il funzionamento delle unità di servizi.

La sede ubicata in Via M. Vernieri ha svolto un ruolo decisivo nell'assistenza sanitaria, sia a livello cittadino e sia a livello provinciale, per oltre mezzo secolo e si distinse, con eroica abnegazione degli operatori, anche durante i duri anni dell'ultimo conflitto mondiale, allorché la città di Salerno fu "prima linea" nelle operazioni belliche che gli alleati anglo-americani sferrarono contro il nazifascismo.

La storia degli Ospedali Riuniti trova continuità nelle vicende più recenti perché, dopo l'alluvione del 1954, la stessa volontà di dare un nuovo ospedale alla popolazione salernitana, in adeguamento alle mutate esigenze strutturali e funzionali, portò alla costruzione delle nuove fabbriche nell'attuale località S. Leonardo, ove le attività cominciarono a svolgersi sul finire del 1980, dopo il terremoto del 23 novembre dello stesso anno.

Tra il 1935 ed il 1938 venne costruito in località “la Mennola” il sanatorio antitubercolare. Per molti decenni il sanatorio è stato sotto le dipendenze dell’INPS, fino agli anni 70, quando subì la trasformazione da Sanatorio ad ente Ospedaliero ove vennero istituiti nuovi reparti.

Gaetano Fucito

Il giorno 8 giugno 1933 fu inaugurato a Mercato San Severino l’Istituto Sanitoriale “villa Maria” con 50 posti letto, il primo in provincia ed uno dei primi in Italia. Nel 1950, con attive le divisioni di ortopedia, maternità e chirurgia polmonare la struttura aveva raggiunto quasi 600 posti letto. Nel 1969 la struttura fu acquistata dall’allora ente ospedaliero “San Giovanni di Dio e Ruggi d’ Aragona”.

Santa Maria incoronata dell’Olmo

Da documenti custoditi nell’abbazia benedettina di Cava si rileva la presenza, già nel 1428, presso la cappella dedicata alla Vergine dell’Olmo, da cui trae origine l’attuale denominazione dell’ospedale, di locali destinati all’accoglienza di pellegrini ed infermi. Nel 1595 fu posta, all’altro lato della via Regia la prima pietra dell’attuale edificio ospedaliero che fu completato nel 1610 con 10 posti letto. Nel 1930 fu costituito l’Ente Ospedaliero “Ospedale Civile santa Maria incoronata dell’Olmo” in anticipo di 38 anni rispetto alla riforma ospedaliera.

Costa d’Amalfi

Agli inizi degli anni ’50 il medico condotto di Ravello, il dottor Bonaventura Gambardella donò un piccolo fabbricato all’ente morale “Casa dei bimbi irpini” che fu adibito all’ospitalità di bambini predisposti alla tubercolosi. L’Ente fu sciolto nel 1984 ed il complesso trasferito al Comune di Ravello che lo affidò in gestione alla U.S.L. e successivamente alla A.S.L. per essere utilizzato come sede di ambulatori. Dal 2001 è sede dell’ospedale della costa d’Amalfi.

Articolo 1 – Costituzione e natura dell'Azienda

1. **L'Azienda Ospedaliero Universitaria "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona - Scuola Medica Salernitana** è costituita con il Decreto del Commissario ad acta per la prosecuzione del piano di rientro del settore sanitario n. 7 del 16/1/2013 che approva il Protocollo d'Intesa tra la Regione Campania e l'Università degli studi di Salerno ed è composta dall'A.O.R.N. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno, dal P.O.A. Fucito di Mercato San Severino, dal P.O.G. da Procida di Salerno, dal P.O.S. Maria dell'Olmo di Cava dei Tirreni e dal P.O. Castiglione di Ravello.
2. L'Azienda nasce in base a quanto definito dai seguenti provvedimenti:
 - dall'art. 6 del D.Lgs. n. 502/1992;
 - dall'art. 16 della L. Regionale n. 32 del 3/11/1994;
 - dal D.Lgs. n. 517 del 21/12/1999 con il quale sono disciplinati i rapporti fra Servizio Sanitario Nazionale e Università;
 - dal DPCM 24/05/2001 che contiene le linee guida per la stipula dei protocolli di intesa tra Regione ed Università per lo svolgimento di attività assistenziali dell'Università nel quadro della programmazione nazionale e regionale;
 - dal Protocollo d'Intesa stilato il 15/1/2013 fra Università di Salerno e Regione Campania al fine di realizzare la fattiva collaborazione per l'integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca fra il Servizio Sanitario Regionale e la Facoltà di Medicina e Chirurgia, nel rispetto delle reciproche autonomie organizzative e di programmazione;
 - dal Decreto Commissariale n. 18 del 18/2/2013, pubblicato sul Burc n. 12 del 25/2/2013;
 - dalla Legge n. 120/07 "Disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria";
 - dalla Legge 08.11.2012, n. 189;
 - dal DPR 11 luglio 1980, n. 382 "Riordinamento della docenza universitaria, relativa fascia di formazione nonché sperimentazione organizzativa e didattica";
 - dalla Legge 4 novembre 2005, n. 230 recante nuove disposizioni per i professori ed i ricercatori universitari;
 - dalla Legge n. 240 del 30.12.2010;
 - dal Decreto del Commissario ad Acta per la prosecuzione del piano di rientro del settore sanitario n. 33 del 17.05.2016 con il quale si è provveduto alla riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale della Campania.
3. L'Azienda è ***Azienda Ospedaliera Universitaria integrata con il Servizio Sanitario Regionale*** e si caratterizza per l'attività assistenziale e per quelle d'alta specializzazione di rilievo nazionale. Svolge - ai sensi della Sentenza della Corte Costituzionale n. 71 del 07/03/2011 che così statuisce "*l'attività di assistenza ospedaliera e quella didattico scientifica affidate dalla legislazione vigente al personale medico universitario si pongono tra loro in un rapporto che non è solo di stretta connessione, ma di vera e propria compenetrazione*" - in modo unitario ed inscindibile funzioni di assistenza, didattica e ricerca, costituendo al tempo stesso:

- raggiungimento della tutela globale della salute;
- elemento strutturale dell'Università, nell'ambito del quale concorre al raggiungimento delle sue finalità didattiche e di ricerca.

Articolo 2 – Denominazione, sede legale e logo

1. L'Azienda è denominata “**Azienda Ospedaliero Universitaria San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona - Scuola Medica Salernitana**”. Essa ha personalità giuridica pubblica, è dotata di autonomia imprenditoriale, organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.
2. L'Azienda ha **sede legale** in Salerno - Via San Leonardo -; Codice Fiscale n. 95044230654, Partita Iva n. 03020860650.
3. Il logo sottolinea il senso di appartenenza della Azienda alla gloriosa tradizione della Scuola Medica Salernitana ed il tentativo di declinare quella esperienza straordinaria nella costruzione di una moderna Azienda universitaria.¹



4. Il portale aziendale è all'indirizzo <http://www.sangiovannieruggi.it>.

Articolo 3 - Mission istituzionale

1. L'Azienda riconosce, come propria missione, il perseguimento congiunto di obiettivi di didattica, ricerca e assistenza, in coerenza con gli stretti legami istituzionali e funzionali con **l'Università e la Scuola di Medicina e Chirurgia**. La natura istituzionale dell'Azienda sta nel contributo unico e imprescindibile che essa fornisce alla vita della Scuola di Medicina.

¹ La Scuola Medica Salernitana ebbe il suo massimo splendore tra il X ed il XIII secolo, specialmente per l'impulso dato dal medico Costantino l'Africano, che fece meritare a Salerno il titolo di "Città di Ippocrate" Hippocratica Civitas, dal nome del famoso medico greco. Alla Schola Salerni accorse gente da tutto il mondo, sia infermi, nella speranza di guarire, sia allievi, per apprendere l'arte medica. La sua fama divenne internazionale come si evince dai numerosi manoscritti salernitani presenti in molte biblioteche straniere. La Scuola mantenne viva la tradizione culturale greco-latina, fondendola armonicamente con la cultura ebraica. La confluenza di culture diverse portò ad un sapere medico che fu sintesi e confronto di diverse esperienze, come testimonia una leggenda che attribuisce la fondazione della Scuola a quattro maestri, l'ebreo Helinus, il greco Pontus, l'arabo Adela, il latino Salernus. Nella Scuola, oltre all'insegnamento della medicina, praticato e seguito anche dalle donne, veniva impartito l'insegnamento della filosofia, della teologia e del diritto.

- **Funzione assistenziale** - l'Azienda è orientata alla gestione delle patologie ad alta complessità secondo il modello multidisciplinare, alla definizione ed applicazione di processi e linee guida che supportino i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, garantendo la continuità nell'emergenza-urgenza delle prestazioni diagnostico-terapeutiche e delle prestazioni di supporto nell'ambito dell'eccellenza;
 - **Funzione didattica** - l'Azienda concorre alla formazione sanitaria nella Regione Campania con il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, i Corsi di laurea delle professioni sanitarie e la formazione continua degli operatori sanitari, anche nell'ottica della Educazione Continua in Medicina;
 - **Funzione di ricerca di base e clinica** - L'Azienda realizza attività di ricerca biomedica volta a sviluppare procedure diagnostiche e terapeutiche innovative e a favorire il rapido trasferimento applicativo delle acquisizioni sperimentali.
3. L'Azienda ha come sua finalità principale quella di supportare le funzioni di didattica e di ricerca che contraddistinguono la missione dell'Università attraverso l'attività di assistenza e in condizioni di autonomia, garantita, innanzitutto e in primo luogo, dalla capacità di mantenere un solido e duraturo equilibrio economico.
4. L'Azienda partecipa all'attuazione dei processi sanitari previsti dal Piano Sanitario Regionale e dai Decreti del Commissario ad Acta per il Piano di rientro dal debito sanitario, tramite l'elaborazione degli atti di programmazione di propria competenza e la loro successiva traduzione in azioni concrete.
5. L'Azienda concorre, inoltre, alla realizzazione della più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione Campania, missione definita come tutela globale della salute nel quadro delle risorse a tale fine destinate dalla collettività, con lo scopo di perseguire la buona qualità dell'integrazione fra le attività di assistenza, didattica e ricerca per la tutela ed il progressivo miglioramento della salute dei singoli cittadini e della collettività. In tale contesto l'insieme delle risorse aziendali agiscono come parte integrante del Servizio Sanitario Regionale, nel rispetto, nella programmazione e nello svolgimento delle attività assistenziali da parte dell'Azienda, della disciplina e dei provvedimenti regionali in materia sanitaria, compresi tutti i vincoli che si impongono alla spesa sanitaria regionale per effetto delle norme vigenti e dei provvedimenti statali concernenti il ripiano del debito in materia sanitaria della Regione Campania.

Articolo 4 - La visione dell'Azienda e suo ruolo nella rete assistenziale locale

1. L'identità dell'Azienda è fortemente caratterizzata dalla natura e dall'intensità di rapporti con l'Università degli studi di Salerno e la Regione Campania. L'agire dell'Azienda è caratterizzato dai seguenti elementi:
- attività di ricerca, didattica ed assistenza che le consentono di collocarsi come polo di offerta nazionale ad altissima specialità, offrendo risposta a fabbisogni ad alta complessità. Allo scopo possono essere attivati, nell'ambito di quanto disciplinato dall'art. 19 del Protocollo d'Intesa, i **Centri di Riferimento Regionale** che

- necessità di offrire un ventaglio completo di prestazioni assistenziali al fine di assicurare le casistiche necessarie al completamento dell'iter formativo degli studenti in medicina, degli specializzandi, dei frequentanti i corsi di laurea delle professioni sanitarie;
 - necessità di offrire prestazioni che soddisfino i bisogni assistenziali della popolazione. Per orientare l'utenza sono stati predisposti strumenti di comunicazione e marketing che possano informare l'utenza rispetto alle prestazioni erogabili dall'Azienda.
2. L'Azienda, in coerenza con il contesto di riferimento, individua la sua visione ispirandosi ai seguenti principi fondanti che le consentono di interpretare al meglio la sua missione istituzionale:
- **Centralità della persona:** l'Azienda orienta il suo operato alla centralità del paziente/utente, in quanto destinatario del servizio offerto, degli studenti e dei professionisti che operano al suo interno. Nei confronti del paziente/utente l'Azienda intende offrire prestazioni che soddisfino non solo il suo fabbisogno sanitario, ma accoglierlo considerando l'interezza dei suoi bisogni (emotivi, socio culturali, psicologici ecc.). Allo scopo, ci si prefigge la promozione della partecipazione attiva del cittadino a programmi di valutazione e controllo dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni offerte. Fermo restando le forme di tutela giurisdizionale contro atti, attività e comportamenti, attivi o omissivi, limitativi del diritto alle prestazioni di natura sanitaria, il cittadino interessato o che ne sia legittimato in sua vece, può presentare esposti, denunce, reclami, opposizioni, assicurazioni, nelle forme e con le modalità previste dalla Carta dei Servizi e del Regolamento aziendale di pubblica tutela. L'Azienda garantisce e tutela i diritti dei cittadini sia con riferimento alla partecipazione, sia in ordine all'accesso alla documentazione, nelle forme e con le modalità previste nella Legge n. 241/1990 e s.m.i., e nella normativa recante il riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni e in materia di riservatezza dei dati sensibili. La centralità dei professionisti rappresenta un fattore di successo dell'operato dell'Azienda prefiggendosi di valorizzarne il contributo professionale e di creare condizioni di clima organizzativo che favoriscano l'innovazione, l'apprendimento e la socializzazione del sapere. L'Azienda s'impegna a costruire condizioni di pari opportunità tra uomini e donne anche attraverso la costituzione del Comitato Unico di Garanzia. A tal fine, essa riconosce il ruolo che le donne effettivamente esercitano nella società e mette in atto politiche e sistemi di gestione funzionali a costruire condizioni di pari opportunità sostanziali, con particolare attenzione agli ambiti dello sviluppo professionale, delle carriere, degli orari di lavoro, anche ricorrendo ad azioni esplicitamente a favore delle donne. L'Azienda si impegna quindi a garantire pari opportunità tra donne e uomini per l'accesso agli impieghi, alle posizioni organizzative e per il trattamento economico, nonché a prevenire, monitorare e risolvere i fenomeni di mobbing e mainstreaming, anche attraverso la costituzione di specifici Comitati Paritetici, come previsto dai vigenti CC.NN.LL. del Comparto Università e della Sanità. L'organizzazione e il funzionamento dell'Azienda vengono concepiti, inoltre, quali condizioni imprescindibili per lo sviluppo professionale ed umano degli studenti.

assistenziali. Ciò è possibile sviluppando politiche e strumenti che promuovano ***l'integrazione virtuosa tra ricerca, didattica ed assistenza***. Infatti, integrare la ricerca scientifica, la didattica e l'assistenza rappresenta non solo un obiettivo istituzionale, ma soprattutto un valore di riferimento. Tale integrazione consente di sviluppare sinergie tra l'innovazione della scienza medica ed il miglioramento dei percorsi di cura all'interno dei quali viene inserito il paziente. L'integrazione consente, inoltre, di offrire prestazioni appropriate rispetto al fabbisogno di salute ed organizzate rispetto al processo evolutivo dei bisogni di carattere socio culturale e psicologico. Il valore prodotto dall'integrazione tra ricerca didattica ed assistenza rappresenta uno stimolo continuo al miglioramento della qualità dei servizi erogati all'utenza.

- **Sviluppo economicamente sostenibile:** l'obiettivo dell'equilibrio di bilancio impone all'Azienda la continua ricerca di condizioni di efficienza e di efficacia sia nei processi sanitari che in quelli amministrativi; tali condizioni sono perseguibili operando *sia* sulla "macchina organizzativa", evitando fenomeni di scarsa integrazione tra le strutture organizzative e favorendo modalità multidisciplinari di organizzazione del lavoro, *che* sulla continua propensione dei professionisti all'adozione di pratiche appropriate dal punto di vista clinico. L'operare all'interno del Sistema Sanitario Regionale, in collaborazione con altre Aziende sanitarie ed attori istituzionali impone il rispetto di vincoli di sistema di natura economica e finanziaria. Le scelte compiute all'interno dell'Azienda dovranno essere realizzate nel rispetto di tali vincoli, allo scopo di preservare condizioni di equilibrio del sistema azienda e di contribuire a quello più generale della Regione Campania.

3. La **vision** aziendale si articola nel rispetto dei seguenti **principi-guida**:

- il rispetto della dignità umana, l'equità e l'etica professionale;
- la centralità della persona, intesa come singolo soggetto autonomo, responsabile, capace ed inserito in una comunità di riferimento portatrice di valori e di bisogni specifici;
- la libertà della ricerca e dell'insegnamento;
- la inscindibilità delle funzioni di didattica, ricerca ed assistenza;
- la leale cooperazione tra la parte ospedaliera e quella universitaria;
- la qualità clinico-assistenziale, l'appropriatezza, il coinvolgimento e la qualificazione continua delle risorse umane e tecnologiche, da sostenere anche attraverso programmi permanenti di formazione e aggiornamento, mirati al cambiamento e all'adeguamento del sistema aziendale;
- la pubblicità e la trasparenza;
- la compatibilità tra le risorse disponibili ed il costo dei servizi offerti, nel quadro degli indirizzi della politica gestionale della Regione Campania, da ottenere attraverso il metodo della programmazione dell'impiego delle risorse disponibili, in funzione del soddisfacimento prioritario dei bisogni fondamentali di salute, secondo criteri di costo-efficacia, sulla base di evidenze scientifiche e nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza.

4. L'Azienda si impegna ad operare per giungere a modelli delle strutture e delle attività sanitarie funzionali a realizzare un'efficace e sinergica interazione delle attività assistenziali con le funzioni istituzionali dell'Università per il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

linea con i criteri seguiti a livello internazionale;

- promozione dell'innovazione organizzativa e tecnologica nell'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

5. L'Azienda per assolvere correttamente alle funzioni ad essa assegnate tiene conto del contributo di tutti i soggetti che possono essere interessati alla sua azione. In questo senso, l'Azienda è anche luogo di mediazione tra gli interessi, talora contrastanti, dei propri *stakeholders*.
6. I principali *stakeholders* dell'Azienda possono essere così individuati:
 - i pazienti, gli utenti ed i loro familiari;
 - gli studenti del corso di Laurea in Medicina e Chirurgia e dei corsi per le professioni sanitarie;
 - il personale dipendente, dirigente e di comparto, sanitario, amministrativo, professionale e tecnico;
 - il personale universitario;
 - le Istituzioni, tra cui le principali: il Ministero della Salute, la Regione Campania, l'Università degli Studi di Salerno, la Provincia di Salerno, il Comune di Salerno, i Comuni della provincia di Salerno;
 - i sindacati;
 - i fornitori;
 - le Associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei pazienti.
7. L'Azienda, in seguito al riassetto della rete ospedaliera e territoriale della Regione Campania²,
 - a. **nell'ambito della rete dell'emergenza-urgenza**, fa parte del Dipartimento integrato delle Emergenze DIE1 Salerno quale ospedale di III livello per quel che riguarda il Servizio di Pronto Soccorso, l'Osservazione Breve Intensiva, Medicina e la Chirurgia d'urgenza, la Rianimazione;
 - b. **nell'ambito della rete dell'emergenza cardiologica**, fa parte della Centrale Operativa Salerno DIE1 e della Centrale Operativa Salerno DIE2 in qualità di centro HUB 2 per quel che riguarda l'Emodinamica interventistica, la Cardiocirurgia e la Centrale operativa cardiologica di riferimento;
 - c. **nell'ambito della rete dell'ictus cerebrale acuto Stroke Unit**, fa parte della Centrale Operativa Salerno DIE1 in qualità di Centro HUB 2 di riferimento;
 - d. **nell'ambito della rete dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e cura**, è sede di Unità Operativa psichiatrica universitaria;
 - e. **nell'ambito della Rete Oncologica**, rientra nella gestione delle patologie oncologiche e delle urgenze/emergenze oncologiche;
 - f. **nell'ambito della riorganizzazione delle attività di gastroenterologia**, è sede di attività ad "alta integrazione" per la gestione delle urgenze in gastroenterologia e in endoscopia digestiva;
 - g. **nell'ambito della Rete del Trauma grave**, è Centro Trauma di Alta specializzazione (CTS);
 - h. **nell'ambito della Rete materno infantile**, è sede delle Unità Operative di Pediatria, Neonatologia, Terapia Intensiva Neonatale, Ostetricia e Ginecologia,

² Decreto del Commissario ad Acta n. 33 del 17.05.2016.

- i. ***nell'ambito della Rete espianti e trapianti***, è sede di Rianimazione e di collegamento con l'Alto Commissariato e con il Centro Multi-trapianto regionale che ha sede presso l'A.O. Cardarelli di Napoli;
- j. ***nell'ambito del "Piano di Riassetto della Rete Laboratoristica Ospedaliera e Territoriale"***³, è sede del Dipartimento provinciale di Medicina di Laboratorio. Il Modello organizzativo proposto dal Piano ha previsto un sistema di Laboratori pubblici integrato su scala provinciale, da realizzarsi mediante la costituzione di una rete integrata di punti di Laboratorio dell'Azienda Sanitaria che elimini duplicazioni di servizi ad alto investimento tecnologico.

Articolo 5 – L'Atto aziendale

1. La formulazione dell'Atto aziendale è effettuata in base a:
 - l'art. 3, comma 1 bis, del D.Lgs. n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, "Principi, criteri e indirizzi per Atto aziendale";
 - l'art. 3, comma 2, del D.Lgs. n. 517/99;
 - l'art. 5 del Decreto del Presidente Consiglio dei Ministri, 24 maggio 2001;
 - gli artt. 9 e da 11 a 20 del Protocollo d'Intesa stilato fra Università di Salerno e Regione Campania del 15/1/13;
 - l'Atto di indirizzo per l'adozione dell'atto aziendale delle Aziende sanitarie della Regione Campania - Ulteriori integrazioni, di cui al Decreto Commissariale n. 18 del 18/2/2013, pubblicato sul Burc n. 12 del 25/2/2013.
2. Il presente Atto assume quale compito prioritario quello di individuare:
 - a) i principali riferimenti per la definizione di obiettivi, priorità, piani e programmi;
 - b) le direttive generali per l'attività e la gestione;
 - c) la macro organizzazione ed i principi generali di funzionamento.
3. Esso, ai sensi dell'art. 9 del Protocollo d'Intesa, è adottato dal Direttore generale d'intesa con il Rettore, e successivamente trasmesso alla Giunta regionale per le eventuali osservazioni di competenza.
4. L'Atto rinvia, per quanto non espressamente previsto dallo stesso o dal POFA, ai regolamenti da emanare entro novanta giorni dalla adozione dello stesso Atto, alle disposizioni contenute nelle leggi vigenti e nei contratti collettivi di lavoro e norme integrative e transitorie.

Articolo 6 – Assetto istituzionale e organi dell'Azienda

1. Ai sensi dell'art. 13 del Protocollo d'Intesa, sono organi dell'Azienda il Direttore generale, il Collegio Sindacale, l'Organo di Indirizzo ed il Collegio di direzione. Essi costituiscono parte integrante dell'assetto istituzionale inteso come l'insieme dei

³Decreto del Commissario ad Acta n.55 del 30.09.2010.



2. L'assetto istituzionale si articola nei seguenti soggetti, organi ed organismi:
- l'Università di Salerno e la Regione Campania, quali principali portatori d'interesse dell'Azienda;
 - gli organi collegiali di decisione e controllo aziendale, cui appartengono l'Organo di Indirizzo, il Collegio sindacale ed il Collegio di direzione;
 - gli organismi collegiali di indirizzo, verifica o controllo, cui appartengono l'Organismo Indipendente di Valutazione ed i Collegi Tecnici.

Articolo 7 - Il Direttore generale

1. Il Direttore generale dell'Azienda è titolare della rappresentanza legale ed esercita tutti i poteri di gestione dell'Azienda stessa adottando i provvedimenti necessari. E' responsabile delle funzioni di indirizzo, che esercita attraverso la definizione di obiettivi e programmi, e dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa. Verifica il risultato dell'attività svolta e la realizzazione di programmi e progetti in relazione agli obiettivi della gestione finanziaria, tecnica, amministrativa e sanitaria. Risponde alla Regione in relazione agli obiettivi assegnatigli all'atto di nomina e nell'ambito degli atti strategici e di programmazione regionale.
2. Il Direttore generale assicura il perseguimento della missione avvalendosi degli organi e delle strutture aziendali, ne garantisce il governo complessivo avvalendosi del Direttore sanitario e del Direttore amministrativo.
3. Il Direttore generale è nominato secondo quanto previsto dall'articolo 4, comma 2, del D.Lgs. n. 517/1999, dal Presidente della Regione, acquisita l'intesa con il Rettore dell'Università degli Studi di Salerno.
4. I requisiti per la nomina sono definiti nell'art. 3 bis del D.Lgs. n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni. Il relativo contratto di diritto privato ha la durata compresa tra 3 e 5 anni.
5. Trascorsi diciotto mesi dalla nomina, la Regione d'intesa con il Rettore, nel rispetto della normativa vigente per le Aziende sanitarie, sentito il parere della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2 bis, del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni, ove costituita, verifica i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi e procede o meno alla conferma del Direttore generale entro i tre mesi successivi alla scadenza del termine.
6. In particolare, al Direttore generale compete:
 - a) esercitare – coerentemente ai principi, agli obiettivi, agli indirizzi e alle direttive definite dai diversi livelli di governo e di programmazione del sistema dei servizi sanitari – i poteri organizzativi e gestionali attribuiti dalle leggi coerentemente con la programmazione della Università degli studi di Salerno;
 - b) presidiare lo svolgimento di tutte le funzioni necessarie alla direzione, all'organizzazione e all'attuazione dei compiti di istituto nel rispetto dei principi di

- c) esercitare le funzioni di verifica e di controllo dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi programmati;
- d) definire gli obiettivi e i programmi aziendali da attuare nel quadro della programmazione sanitaria nazionale, regionale e locale;
- e) individuare le risorse umane, materiali ed economico finanziarie da destinare alle diverse finalità e la loro ripartizione, secondo i principi di imparzialità e trasparenza;
- f) avere la responsabilità di adottare direttive generali per l'azione amministrativa e per la gestione dell'Azienda;
- g) avere l'esclusiva titolarità e rappresentanza del logo (marchio e nome), nonché dei rapporti con l'esterno;
- h) avere la responsabilità di adottare tutti gli atti deliberativi necessari ad esercitare i suddetti poteri organizzativi e gestionali e di garantire la legittimità di tali atti; in particolare:
 - atti di indirizzo applicativi in materia di norme nazionali e regionali;
 - atti relativi al piano pluriennale di attività;
 - atti relativi alla programmazione finanziaria e di bilancio;
- i) definire, con proprio provvedimento, l'elenco dei centri di rilevazione dei costi che devono far capo a ciascun centro di responsabilità;
- j) programmare il fabbisogno del personale e adottare le decisioni relative all'assunzione dello stesso, nel rispetto dei vincoli posti dai Decreti del Commissario ad Acta per il Piano di Rientro dal debito sanitario;
- k) effettuare la verifica di rispondenza dei risultati della gestione alle direttive generali impartite;
- l) essere responsabile delle seguenti nomine:
 - nomina del Collegio Sindacale;
 - nomina e revoca del Direttore amministrativo e del Direttore sanitario;
 - nomina dei componenti il Collegio di Direzione;
 - nomina del/i componenti l'Organismo Indipendente di Valutazione;
 - nomina dei componenti i Collegi Tecnici (CT), dei componenti il Comitato unico di Garanzia per le pari opportunità e di qualunque altro organismo previsto dalla normativa vigente;
- m) adottare, d'intesa con il Rettore, l'atto aziendale, ai sensi del comma 2 dell'art. 9 del Protocollo d'Intesa, le sue modifiche e i regolamenti interni per l'organizzazione, la gestione ed il funzionamento dell'Azienda, nonché l'individuazione delle strutture da effettuarsi nel rispetto degli standards di cui al documento approvato dal Comitato Lea del 26/3/2012 e successive modificazioni e del Decreto del Commissario ad Acta n. 18 del 25/3/2013;
- n) delegare, mediante specifici atti, le funzioni di gestione ai dirigenti;
- o) adottare i provvedimenti, acquisita l'intesa con il Rettore, per la nomina e la revoca degli incarichi dei:
 - Direttori di Dipartimento, ai sensi dell'art. 17, comma 8, del Protocollo d'Intesa;
 - Direttori di struttura complessa, ai sensi dell'art. 18, comma 3, del Protocollo d'Intesa;
- p) adottare i provvedimenti per il conferimento di incarichi di natura professionale, di consulenza, di funzioni ispettive di verifica e controllo e per il conferimento di incarichi mediante contratti a tempo determinato per funzioni di particolare rilevanza ed interesse strategico;



attuazione di normative nazionali e regionali;

- s) adottare tutti gli atti deliberativi relativi alla programmazione finanziaria e di bilancio, compresi quelli formulati secondo la logica budgettaria specifica di ogni Dipartimento e di quella complessiva aziendale;
 - t) adottare tutti gli atti deliberativi riguardanti l'assunzione di personale;
 - u) adottare tutti gli altri atti indicati dalla legislazione nazionale e regionale vigente;
 - v) verificare la corretta ed economica gestione delle risorse e il buon andamento dell'azione amministrativa;
 - w) verificare la qualità e quantità dei servizi erogati;
 - x) verificare il raggiungimento degli obiettivi programmati;
 - y) all'assolvimento di ogni altro compito previsto dalle leggi.
7. Il Direttore generale raggiunge l'intesa con il Rettore attraverso formale scambio documentale per le modalità di attribuzione e revoca dell'incarico di Direttore di Dipartimento ad Attività Integrata e di Responsabile di struttura complessa.
8. Ai sensi dell'art. 17, comma 7, del Protocollo d'Intesa, nonché dell'art. 3, comma 4, del D.Lgs. n. 517/99, il Direttore del Dipartimento ad Attività Integrata è scelto non sulla base di una verifica concorsuale, non essendo previsto dalla legge, ma sulla base dei requisiti di capacità gestionale e organizzativa, esperienza professionale e curriculum scientifico ed attraverso procedure e criteri preventivamente concordati. In particolare le capacità suindicate potranno essere eventualmente collegate allo svolgimento di pregressi incarichi di direzione di Dipartimento Assistenziale e/o Universitario, oppure di incarichi di alta amministrazione nel S.S.N. o nell'Università.
9. 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, al Direttore sanitario ed al Direttore amministrativo e agli altri dirigenti dell'Azienda.
10. 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 del budget assegnato e di acquisizione delle entrate;
 - l'approvazione degli atti di gara per lavori e forniture;
 - la stipula dei contratti.
11. Le funzioni gestionali, esercitate dai dirigenti delle 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 nel momento della sottoscrizione del contratto di lavoro o con specifico atto del Direttore generale.

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.

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

Articolo 8 - Il Collegio Sindacale

1. Ai sensi dell'art. 3 ter del D.Lgs. n. 502/92 e sue modifiche e integrazioni, del D.Lgs. n. 229/99, dell'art. 4 del D.Lgs. n. 517/99 e dell'art. 13, comma 5, del Protocollo d'Intesa è Organo dell'Azienda.
2. Il Collegio Sindacale è nominato dal Direttore generale e dura in carica tre anni.
3. Il Collegio Sindacale è composto da 3 membri, ai sensi dell'art. 1, comma 574, della legge n.190/2014 designati uno dal Presidente della Giunta Regionale, uno dal Ministro dell'Economia e delle Finanze ed uno dal Ministro della Salute.
4. Il Collegio Sindacale, nella prima seduta convocata dal Direttore generale entro cinque giorni dal provvedimento di nomina, elegge il Presidente secondo le modalità previste dalle norme.
5. Il Collegio Sindacale:
 - verifica l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico;
 - vigila sull'osservanza delle leggi;
 - 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;
 - collabora alla individuazione degli interventi in grado di migliorare l'efficienza e l'efficacia dell'Azienda;
 - fornisce al Direttore generale indicazioni utili alla corretta gestione aziendale e provvede ad ogni altro adempimento previsto dalla legislazione vigente e dall'atto aziendale;
 - riferisce almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità.

1. L'Organo di indirizzo è disciplinato dall'articolo 4, comma 4, del D.Lgs. n. 517/1999. L'art. 13, comma 6, del Protocollo d'Intesa ne disciplina la costituzione.
2. L'organo di indirizzo, ha il compito di proporre iniziative e misure per assicurare la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale dell'Azienda con la programmazione didattica e scientifica dell'Università e di verificare la corretta attuazione della programmazione.
3. L'Organo di Indirizzo, con riferimento principalmente ai Dipartimenti ad Attività Integrata:
 - esprime parere obbligatorio circa la corretta integrazione delle attività di didattica, di ricerca e di assistenza nei Dipartimenti ad Attività Integrata al fine di un'efficace programmazione assistenziale;
 - esprime parere obbligatorio sul documento programmatico elaborato dal Direttore generale in merito alla coerenza tra l'attività assistenziale e le necessità didattiche e di ricerca;
 - esprime parere obbligatorio sulla coerenza tra obiettivi proposti e risultati raggiunti, come relazionato dal Direttore generale nella relazione consuntiva sull'andamento dell'esercizio dell'anno precedente.
4. È costituito da tre membri:
 - a) il responsabile della struttura universitaria di coordinamento;
 - b) un membro nominato dal Presidente della Regione;
 - c) uno, con funzioni di Presidente, nominato congiuntamente dal Presidente della Regione e dal Rettore.

Articolo 10 - Il Collegio di Direzione

1. Il Collegio di Direzione⁴ concorre ad elaborare il programma delle attività dell'Azienda, la programmazione ed il governo dell'attività clinica, la pianificazione dei servizi, soluzioni organizzative per l'attuazione delle attività libero professionali intramurarie e la valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici stabiliti.
2. Le competenze del Collegio di Direzione sono le seguenti:
 - a) concorre al governo delle attività cliniche;
 - b) partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria e le modalità di pubblicità e divulgazione delle stesse;
 - c) partecipa alla pianificazione delle attività di ricerca e didattica nell'ambito di quanto definito dall'università;
 - d) suggerisce alla Direzione generale ed alle Direzioni di Dipartimenti ad Attività Integrata, in relazione alle rispettive competenze, l'adozione dei provvedimenti riconducibili alla sfera del governo clinico dell'Azienda esprimendo, in particolare,

⁴ Art. 17 del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni e art. 4, comma 5, del D.Lgs. n. 517/99.

- e) partecipa alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati ed è consultato obbligatoriamente dal Direttore generale su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche;
- f) concorre alla formulazione delle politiche per la definizione dei programmi di formazione.
3. Il Collegio di Direzione è strumento della Direzione Generale per la comunicazione e la condivisione di informazioni gestionali tra la Direzione dell'Azienda e le strutture dell'Azienda.
4. Il Collegio di Direzione costituisce primaria sede e strumento d'analisi, confronto e coordinamento tra Direzione strategica e professionisti nella elaborazione e nella promozione delle linee di sviluppo dell'Azienda, concorrendo con attività propositive e consultive alla funzione di governo complessivo affidata al Direttore generale.
5. Il Collegio di Direzione svolge le funzioni previste dalla normativa vigente e assicura alla Direzione Generale una gestione operativa dell'Azienda su basi collegiali ed integrate.
6. Al Collegio di Direzione, di cui all'art. 14 del Protocollo d'Intesa, competono, altresì, le funzioni di cui al D.L. 158/2012 convertito dalla L. n. 189/2012. In particolare il Collegio di Direzione esprime il proprio parere per:
- l'acquisizione, tramite l'acquisto o la locazione, presso strutture sanitarie autorizzate non accreditate, nonché tramite la stipula di convenzioni con altri soggetti pubblici, di spazi ambulatoriali esterni, aziendali e pluridisciplinari, per l'esercizio di attività sia istituzionali sia in regime di libera professione intramuraria ordinaria, i quali corrispondano ai criteri di congruità e idoneità;
 - il piano aziendale, concernente, con riferimento alle singole unità operative, i volumi di attività istituzionale e di attività libero-professionale intramuraria.
7. Al Collegio di Direzione è anche affidato il compito di dirimere le vertenze dei dirigenti sanitari in ordine all'attività libero-professionale intramuraria.
8. Il Direttore generale costituisce con proprio provvedimento il Collegio di Direzione adottando uno specifico regolamento, definito in sede di prima convocazione dell'organo, per le modalità di funzionamento di tale organo che ne garantisca il regolare e costante svolgimento delle attribuzioni sia sul versante della partecipazione attiva alle funzioni su elencate sia al ruolo di organo di consulenza al Direttore generale per l'espressione di pareri obbligatori su tutte le questioni attinenti il governo delle attività cliniche.
9. Il Collegio di direzione è composto da:
- il Direttore sanitario che lo presiede;
 - il Direttore amministrativo;
 - i Direttori di Dipartimento ad attività integrata (DAI);
 - i Direttori Medici delle Sedi aziendali;
 - il Dirigente delle professioni infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecniche sanitarie e tecniche della prevenzione.

ere invitati a partecipare al Collegio di Direzione in relazione alla
n. 13 del 13 Febbraio 2017
gli argomenti da trattare anche i Direttori, ri
responsabili di funzioni o processi aziendali.



11. Ai componenti del Collegio non è corrisposto alcun emolumento, compenso, indennità, o rimborso spese.

Articolo 11 - La Direzione strategica

1. Il governo strategico aziendale è esercitato dalla Direzione strategica composta dal Direttore generale, dal Direttore sanitario e dal Direttore amministrativo avvalendosi del Collegio di Direzione.
2. La Direzione strategica definisce, sulla base delle indicazioni della programmazione regionale ed universitaria le strategie ed i programmi aziendali di cui controlla l'attuazione. Essa rappresenta, pertanto, la sede ove si elaborano le azioni finalizzate alla realizzazione della "missione aziendale".
3. In particolare spetta alla Direzione strategica:
 - l'individuazione degli obiettivi e dei programmi annuali e pluriennali definiti sulla base degli obiettivi istituzionali dell'Azienda ed in coerenza con le linee di programmazione ed indirizzo regionale ed universitarie;
 - 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 e la comunicazione;
 - la garanzia della sicurezza e la prevenzione;
 - il controllo di gestione.
4. La Direzione strategica, ai sensi del D.L. 30 marzo 2001, n. 165 è affiancata, quando necessario, da strutture di supporto chiamate a svolgere funzioni strumentali per il governo clinico ed il governo economico e gestionale dell'Azienda composte da personale temporaneamente utilizzato per il perseguimento delle finalità proprie della struttura di collaborazione e di supporto tecnico e metodologico alla direzione per lo svolgimento della sua attività di governo e indirizzo dell'Azienda.

Articolo 12 - Il Direttore sanitario e il Direttore amministrativo

1. Il Direttore sanitario ed il Direttore amministrativo sono nominati con provvedimento motivato dal Direttore generale che risponde della verifica del possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente, acquisendo le necessarie certificazioni dei titoli e dei servizi svolti.
2. Il rapporto di lavoro del Direttore amministrativo e del Direttore sanitario è a tempo pieno e di diritto privato e si instaura con contratto disciplinato dall'art. 3, comma 7, e dall'art. 3 bis, comma 8, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m. ed i..
3. Il contratto è sottoscritto sulla base di uno schema approvato dalla Giunta regionale e deve essere trasmesso alla Regione entro dieci giorni dalla sottoscrizione.
4. Il Direttore sanitario ed il Direttore amministrativo concorrono al governo dell'Azienda e al processo di pianificazione e controllo strategico della stessa e coadiuvano il

che venga loro sottoposta ed inoltre:

- svolgono le funzioni e adottano gli atti ad essi delegati e attribuiti dal Direttore generale;
 - formulano, per le materie di competenza, proposte al Direttore generale, ai fini della elaborazione dei piani pluriennali, dei programmi annuali e dei progetti di attività;
 - curano, per quanto di competenza, l'attuazione dei programmi e dei piani dell'Azienda attraverso i servizi alle proprie dipendenze;
 - determinano, informandone le organizzazioni sindacali, i criteri generali di organizzazione dei servizi di rispettiva competenza nell'ambito delle direttive ricevute dal Direttore generale;
 - verificano e controllano l'attività dei dirigenti dei servizi e adottano i conseguenti provvedimenti, anche di carattere sostitutivo, riferendone al Direttore generale, anche ai fini del controllo interno;
 - svolgono ogni altra funzione attribuita loro dalle leggi e dai regolamenti.
5. Il Direttore sanitario ed il Direttore amministrativo, di loro iniziativa o su indicazione del Direttore generale, possono, in qualsiasi fase del procedimento, avocare la trattazione diretta di affari che rivestono particolare rilevanza nell'ambito delle rispettive competenze e delle rispettive funzioni, adottando correlativamente tutti gli atti necessari.
6. In caso di assenza o impedimento del Direttore sanitario e/o del Direttore amministrativo, le funzioni sono svolte rispettivamente, ed in via temporanea, da un dirigente della funzione sanitaria e da un dirigente della funzione amministrativa, nominati dal Direttore generale, su proposta degli stessi.

Articolo 13 - Il Direttore sanitario

1. Il Direttore sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari. E' responsabile del miglioramento continuo della qualità e del governo clinico dell'Azienda, intesi come insieme organizzato di attività.
2. Il Direttore sanitario è nominato con delibera del Direttore generale.
3. I requisiti ed il rapporto di lavoro sono disciplinati dall'art. 3 bis del D.Lgs. n. 502/92 e successive modifiche e integrazioni.
4. Il Direttore sanitario coordina i servizi sanitari negli ambiti previsti dalle Leggi Regionali, dal D.Lgs. n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, fatte salve le competenze, le responsabilità e le funzioni individuali dei singoli dirigenti previste dal D.Lgs. n. 165/2001.
5. In linea generale il governo sanitario dell'Azienda fa riferimento al Direttore sanitario, sia per quanto concerne la qualità che l'efficienza tecnica e operativa della attività sanitaria, così come la distribuzione dei servizi orientati al singolo o alla collettività. In particolare il Direttore sanitario sovrintende ai servizi sanitari ai fini organizzativi e

tematiche della qualità e appropriatezza della performance assistenziale e dei percorsi assistenziali, della continuità dell'assistenza, della valutazione, della sperimentazione della ricerca e della formazione, della progettazione delle strutture sanitarie, dell'aggiornamento delle tecnologie. E' componente di diritto del Collegio di Direzione, che presiede, e fornisce parere obbligatorio al Direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza.

6. Il Direttore sanitario è responsabile del governo clinico dell'Azienda in relazione alla qualità e all'efficienza tecnica della produzione di prestazioni, sia alla distribuzione dei servizi, attraverso l'integrazione dei singoli prodotti in servizi o in programmi di assistenza, orientati al singolo o alla collettività.
7. Al Direttore sanitario nell'esercizio del governo clinico aziendale compete:
 - a) contribuire a definire l'attribuzione degli obiettivi e delle risorse economiche, umane e strumentali ai Direttori dei Dipartimenti di Assistenza Integrata;
 - b) assumere la responsabilità di individuare ed attuare percorsi clinico assistenziali per l'intervento mirato su specifiche patologie e specifici gruppi di popolazione;
 - c) precisare ambiti ed intensità della eventuale delega conferita ai Direttori di Dipartimento per quanto attiene agli aspetti legati alla organizzazione, gestione e produzione.
8. Il Direttore sanitario partecipa al processo di pianificazione strategica, con particolare riferimento alle seguenti responsabilità specifiche:
 - a) coordinare i servizi sanitari ai fini tecnico-organizzativi ed igienico-sanitari e fornire parere obbligatorio al Direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza, identificando, ai fini programmatici, la domanda di assistenza;
 - b) svolgere attività di indirizzo, coordinamento, supporto, verifica nei confronti dei responsabili dei servizi sanitari, promuovere l'integrazione dei servizi stessi, proporre le linee aziendali per il governo clinico e concorrere al governo economico dell'Azienda;
 - c) vigilare sull'esercizio dell'attività libero professionale dei dirigenti medici e delle altre professionalità sanitarie, tenuto conto di quanto al riguardo stabilito specificatamente dalla regolamentazione in materia di attività libero-professionale intramoenia.
9. Il Direttore sanitario, in particolare, per l'esercizio delle proprie funzioni si avvale delle strutture o dei professionisti deputati alla trattazione delle seguenti linee di attività:
 - a) analisi preordinate alla valutazione dello stato di salute della popolazione e dell'impatto sulla salute dei determinanti sanitari e non sanitari;
 - b) sistemi informativi sanitari;
 - c) sviluppo del governo clinico e della garanzia della qualità dei servizi;
 - d) formazione;
 - e) valutazione delle tecnologie technology assessment;
 - f) accreditamento;
 - g) coordinamento delle diverse linee di attività svolte nelle sedi;
 - h) coordinamento delle attività di ricovero;
 - i) valorizzazione di tutte le professioni sanitarie.

avvale dei comitati, delle commissioni, dei gruppi di lavoro previsti dalle normative vigenti o ritenuti opportuni nell'ambito dell'Azienda, intesi come momento di diffusione della conoscenza in medicina e nell'assistenza, nonché come strumento di sviluppo del miglioramento della qualità e del governo clinico.

Articolo 14 - Il Direttore amministrativo

1. Il Direttore amministrativo è nominato con delibera del Direttore generale.
2. I requisiti ed il rapporto di lavoro sono disciplinati dall'art. 3 bis del D.Lgs. 502/92 e s.m. ed i..
3. Il Direttore amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'Azienda, assicura la correttezza, completezza e trasparenza dei processi di formazione dei documenti rappresentativi delle dinamiche economiche, finanziarie e patrimoniali, la legittimità degli atti ed il corretto assolvimento delle funzioni di supporto tecnico, amministrativo e logistico.
4. Il Direttore amministrativo definisce gli orientamenti operativi delle strutture assegnate al governo economico finanziario aziendale e garantisce, dal punto di vista amministrativo, lo sviluppo e l'implementazione delle reti che presiedono il sistema informatico di supporto alle attività direzionali proprie dei diversi livelli di governo aziendale e promuove programmi specifici per la formazione del personale amministrativo.
5. Il Direttore amministrativo partecipa al processo di pianificazione strategica, esercita le funzioni attribuite alla sua competenza e concorre, con la formulazione di proposte e pareri, al governo aziendale coadiuvando, in particolare, il Direttore generale nella definizione e direzione del sistema di governo economico-finanziario aziendale.
6. Il Direttore amministrativo, per le funzioni operative di supporto all'attività dell'Azienda, si avvale delle strutture o dei professionisti deputati alla trattazione delle seguenti linee di attività:
 - a) gestione giuridico-economica delle risorse umane;
 - b) gestione e sviluppo dell'ICT;
 - c) gestione del bilancio di previsione e consuntivo, delle entrate e delle spese, della contabilità e degli adempimenti tributari;
 - d) gestione degli Affari Generali e delle consulenze legali;
 - e) progettazione, esecuzione e gestione di interventi strutturali;
 - f) acquisizione, manutenzione e dismissione del patrimonio immobiliare;
 - g) acquisizione, manutenzione e dismissione dei beni mobili patrimoniali;
 - h) acquisizione, gestione e distribuzione dei beni di consumo;
 - i) acquisizione e gestione di servizi.
7. Al Direttore amministrativo compete in particolare:
 - a) presiedere alla funzione di governo economico-finanziario aziendale in modo da garantire l'efficienza e lo sviluppo dei servizi informativi, sia consuntivi sia

trasparenza;

- b) presiedere alla gestione giuridico-economica delle risorse umane;
- c) sovrintendere all'acquisizione delle risorse finanziarie, umane e strumentali, definendo gli orientamenti operativi delle UU.OO. di tipo tecnico ed amministrativo ed assicurandone il coordinamento e l'integrazione;
- d) garantire la qualità delle procedure organizzative di natura tecnica e logistica, assicurando il corretto assolvimento di dette funzioni di supporto e perseguendo l'integrazione delle strutture organizzative a tal fine preposte.

Articolo 15 - L'Organismo indipendente di valutazione della performance

1. L'Azienda istituisce l'Organismo Indipendente di valutazione della performance (**OIVP**), in ottemperanza all'art. 14 del D.Lgs. n. 150/2009, alle linee guida regionali e al Decreto del Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario n. 7 del 16 gennaio 2013.
2. L'OIVP sostituisce i servizi di controllo interno, comunque denominati, di cui al D.Lgs. del 30 luglio 1999, n. 286, ed esercita, in piena autonomia, le attività previste dalla legge e dagli atti e regolamenti aziendali.
3. L'Organismo esercita le attività di controllo strategico di cui all'articolo 6, comma 1, del citato D.Lgs. n. 286/1999, e riferisce, in proposito, direttamente al Direttore generale.
4. L'OIVP, ai sensi dell'art. 15 del Protocollo d'Intesa, è composto da tre esperti di comprovata professionalità, nominati dal Direttore generale, sentito il Rettore dell'Università di studi di Salerno.
5. L'Organismo:
 - a) monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso;
 - b) comunica tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo ed amministrazione, nonché alla Corte dei conti, all'Ispettorato per la funzione pubblica e alla Autorità nazionale anticorruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche (A.N.AC.);
 - c) valida la Relazione sulla performance e ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'Azienda;
 - d) garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, nonché dell'utilizzo dei premi per la valorizzazione del merito ed incentivazione della performance, secondo quanto previsto dal D.Lgs. n. 150/2009, dai contratti collettivi nazionali, dai contratti integrativi, dai regolamenti interni all'Azienda, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;
 - e) propone al Direttore generale la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei premi per la valorizzazione del merito ed incentivazione della performance;

- g) promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità;
 - h) verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità.
6. L'OIVP, sulla base di appositi modelli forniti dall'A.N.AC, cura annualmente la realizzazione di indagini sul personale dipendente volte a rilevare il livello di benessere organizzativo e il grado di condivisione del sistema di valutazione nonché la rilevazione della valutazione del proprio superiore gerarchico da parte del personale, e ne riferisce alla predetta Autorità.
7. Presso l'OIVP è costituita, senza nuovi o maggiori oneri per l'Azienda, una Struttura tecnica permanente per la misurazione della performance, dotata delle risorse necessarie all'esercizio delle relative funzioni. Il responsabile della struttura tecnica permanente deve possedere una specifica professionalità ed esperienza nel campo della misurazione della performance nelle amministrazioni pubbliche.

Articolo 16 - Il Collegio Tecnico ed i collegi tecnici di specialità

1. Il Collegio Tecnico (art. 5, comma 13, del D.Lgs. n. 517/1999) è formato da 3 esperti designati dal Direttore generale dell'Azienda, per la valutazione e la verifica dei risultati delle strutture assistenziali componenti l'Azienda, previste dalle norme vigenti per il SSR e con il compito di elaborare omogenei criteri di valutazione per il personale, tenendo conto di quanto previsto nei contratti collettivi di lavoro.
2. Il Collegio Tecnico propone al Direttore generale, che li nomina, i componenti dei collegi tecnici di specialità, almeno uno per Dipartimento, unici per ciascuna specialità e/o disciplina, secondo quanto disposto dall'Accordo Stato/Regione del 21/3/2002, che procedono alla verifica:
 - a) dei Dirigenti ai fini della conferma o meno degli incarichi aziendali;
 - b) delle attività professionali svolte e dei risultati raggiunti connessi alle attività assistenziali da parte di tutti i Dirigenti, indipendentemente dall'incarico conferito, con cadenza periodica o alla scadenza dell'incarico loro conferito;
 - c) dei Dirigenti medici di nuova assunzione;
 - d) del possesso dei requisiti per l'attribuzione delle indennità di fascia superiore ai Dirigenti medici e sanitari.
3. Il funzionamento del Collegio verrà definito da apposito regolamento elaborato in sede di prima convocazione dello stesso.
4. Gli esiti delle verifiche effettuate dai Collegi Tecnici di specialità sono trasmessi al Collegio Tecnico che procede alla valutazione degli incarichi ai sensi dell'art. 5, comma 13, del D.Lgs. n. 517/99.

Articolo 17 - Il Comitato dei Garanti

ai doveri d'ufficio commesse dal personale docente nell'ambito dello svolgimento delle funzioni assistenziali, può esercitare il potere disciplinare, dandone immediata comunicazione al Rettore per i provvedimenti di competenza.

2. Il Comitato è composto da tre membri: il Presidente della Scuola di Medicina e Chirurgia che assume le funzioni di presidenza ed altri due componenti nominati dal Direttore generale d'intesa con il Rettore dell'Università degli studi di Salerno.
3. Il parere reso dal comitato deve essere espresso tenendo conto delle peculiari funzioni di didattica e di ricerca svolte dai docenti universitari. Qualora il Comitato non si esprima entro sette giorni dalla richiesta del Direttore generale, il parere s'intende espresso in senso conforme.
4. Il regolamento del Comitato verrà definito in sede di prima convocazione dallo stesso.

Articolo 18 - Il Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG)

1. L'Azienda, ai sensi e con le modalità previste dall'art. 57 del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., costituisce al proprio interno, senza nuovi o maggiori oneri per l'Azienda,⁵ il "*Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni*" (**CUG**) che sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi nazionali o da altre disposizioni.
2. Il CUG ha composizione paritetica ed è formato da un componente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello di amministrazione e da un pari numero di rappresentanti dell'Azienda in modo da assicurare, nel complesso, la presenza paritaria di entrambi i generi.
3. Il presidente del CUG è designato dal Direttore generale.
4. Il CUG ha compiti propositivi, consultivi e di verifica e opera in collaborazione con la consigliera od il consigliere nazionale di parità. Contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori. Promuove iniziative volte ad attuare le direttive dell'Unione Europea per l'affermazione sul lavoro della pari dignità delle persone.

⁵ Come previsto dal punto 12.11 del Decreto 18/2013.

del comitato, possono essere previste due specifiche sezioni tecniche
i componenti stessi del CUG di cui una PARTE I Atti della Regione e
l'altra relativa al mobbing e benessere dei lavoratori.

6. Al fine di garantire pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro, l'Azienda:
 - a) riserva alle donne, salva motivata impossibilità, almeno un terzo dei posti di componente delle commissioni di concorso, fermo restando il principio di cui all'articolo 35, comma 3, lettera e) del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.;
 - b) adotta propri atti regolamentari per assicurare pari opportunità fra uomini e donne sul lavoro, conformemente alle direttive impartite dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica;
 - c) garantisce la partecipazione delle proprie dipendenti ai corsi di formazione e di aggiornamento professionale in rapporto proporzionale alla loro presenza nelle strutture interessate ai corsi medesimi, adottando modalità organizzative atte a favorirne la partecipazione, consentendo la conciliazione fra vita professionale e vita familiare;
 - d) può finanziare programmi di azioni positive e l'attività dei Comitati unici di garanzia per le pari opportunità, per la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, nell'ambito delle proprie disponibilità di bilancio.
7. L'Azienda adotta tutte le misure per attuare le normative vigenti in materia di pari opportunità, contrasto alle discriminazioni ed alla violenza morale o psichica.

Articolo 19 - I Comitati e le Commissioni aziendali

1. Nell'ambito dell'attività istituzionale dell'Azienda operano inoltre i seguenti Organismi:
 - a) Comitato etico;
 - b) Commissione per il prontuario terapeutico e la farmacovigilanza;
 - c) Commissione dispositivi ed Health Technology Assessment (HTA);
 - d) Comitato per il buon uso del sangue;
 - e) Comitato per la lotta alle infezioni ospedaliere;
 - f) Comitato per il Risk management;
 - g) Commissione paritetica di verifica dell'attività libero professionale;
 - h) Commissione paritetica per la formazione;
 - i) Comitato di redazione del portale aziendale.
2. Tali organismi promuovono la diffusione e l'applicazione delle conoscenze relative alle migliori pratiche cliniche ed assistenziali in funzione della risoluzione di problemi da risolvere nella concretezza e nella specificità della realtà organizzativa e professionale dell'Azienda, utilizzando metodologie di autoapprendimento organizzativo.
3. I suddetti Organismi sono istituiti nel rispetto della normativa contrattuale vigente, con deliberazione del Direttore generale e la loro composizione e funzionamento sono definiti in appositi regolamenti aziendali.
4. Nei Comitati e nelle Commissioni aziendali deve essere garantita la partecipazione del personale universitario.

6. In ottemperanza a specifiche norme legislative o clausole contrattuali, possono essere istituiti, con le medesime modalità, altri organismi finalizzati allo svolgimento di attività istituzionali.

Articolo 20 - Principi generali dell'organizzazione aziendale

1. L'organizzazione e le attività dell'Azienda, nei limiti delle risorse disponibili, sono improntate a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e sono rivolte ad assicurare, nel rispetto degli obiettivi posti dagli atti di programmazione nazionale e regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, lo sviluppo del sistema qualità, la miglior accessibilità dei servizi al cittadino, il raccordo istituzionale con i diversi livelli di governo pubblico, il collegamento con le altre organizzazioni sanitarie e con il volontariato.
2. Nel definire la propria organizzazione interna, l'Azienda si ispira ai seguenti principi:
 - a) **Responsabilizzazione diffusa del personale** - tale per cui ciascun operatore aziendale, indipendentemente dall'incarico organizzativo formalmente attribuitogli, assume comportamenti responsabili ed orientati al raggiungimento delle finalità istituzionali dell'Azienda, in coerenza con le linee strategiche e di programmazione da questa definite e con il proprio ruolo lavorativo. La responsabilizzazione sui risultati è implicita nelle azioni del dirigente ed è elemento qualificante il ruolo in Azienda della dirigenza di qualsiasi livello e del restante personale.
 - b) **Flessibilità** - per cui le scelte di organizzazione devono garantire condizioni di utilizzo delle risorse orientate al miglior sfruttamento delle potenzialità produttive, anche attraverso la concentrazione che genera economie di specializzazione e la condivisione che genera economie di scala e di scopo, e, ai fini della produzione dei servizi e delle prestazioni indicati dai livelli essenziali di assistenza dalla programmazione nazionale e regionale, al miglior adattamento agli effettivi bisogni sanitari, mutevoli e differenziati, della popolazione (essere quindi in grado di modulare l'offerta di prestazioni in funzione dello scenario in cui si opera) e delle risorse a disposizione.
 - c) **Dinamicità governata** - essendo l'organizzazione soggetta a continui adattamenti resi necessari dal mutare del contesto interno ed esterno. L'Azienda si impegna a costruire condizioni stabili di organizzazione e funzionamento che ne favoriscano lo sviluppo, ma si riserva la facoltà di avviare i necessari cambiamenti incrementali o radicali quando si presenti la necessità e promuove la partecipazione dei propri operatori a tali processi. In altri termini, introdurre, in via ordinaria e permanente, un "sistema circolare" costituito da: programmazione, verifica e valutazione della quantità e qualità delle prestazioni, tramite la predisposizione di strumenti per la valutazione dei risultati, nonché del loro costo. Tutti gli operatori adottano un analogo sistema per la valutazione del proprio operato con l'individuazione dei mutamenti o degli adattamenti da introdurre per il miglioramento del prodotto aziendale.

del sistema e dei suoi risultati, nonché un adattamento delle soluzioni innovative modulato sulle proprie specificità organizzative. A tale scopo, l'Azienda introduce innovazioni nelle modalità organizzative e gestionali che permettano di raggiungere gli obiettivi di promozione della salute nel suo contesto di riferimento, di aumentare la qualità del sistema e di garantirne la sostenibilità economica. L'innovazione organizzativa deve altresì garantire il miglioramento delle competenze che si realizza attraverso:

- I. il raggiungimento degli obiettivi di didattica e di ricerca individuati nella programmazione dell'Università ed integrati nella programmazione aziendale;
 - II. la ricerca dell'eccellenza dei percorsi di cura, dei processi clinico-assistenziali e degli standards tecnico-scientifici;
 - III. il monitoraggio costante del livello delle prestazioni e delle loro modalità di svolgimento;
 - IV. la continua attenzione all'offerta di nuove tecnologie, che veda il coinvolgimento congiunto del management aziendale e degli operatori sanitari in valutazioni di tipo economico e clinico.
- e) **Multidisciplinarietà** - che si realizza attraverso scelte organizzative di integrazione tra professionisti appartenenti alla diverse funzioni produttive e tra questi e gli operatori delle funzioni amministrative e tecniche. L'organizzazione attorno ai processi, in funzione del bisogno assistenziale e dell'ottimizzazione dei livelli di risposta o la strutturazione delle aree funzionali omogenee in Dipartimenti, con compiti di coordinamento tecnico, di individuazione delle metodologie e degli strumenti tecnici da utilizzare rispetto agli obiettivi da raggiungere e di verifica dei risultati, sono condizioni fondamentali per la realizzazione della multidisciplinarietà.
- f) **Snellimento dell'organizzazione** - l'Azienda, coerentemente con il principio di responsabilizzazione diffusa, adotta soluzioni organizzative finalizzate a garantire l'immediata individuazione delle responsabilità gestionali, sui risultati, attraverso una struttura fondata su un numero limitato di livelli gerarchici in senso verticale ed orizzontale. L'efficacia dell'azione aziendale richiede un'organizzazione che eviti di parcellizzare e segregare le responsabilità e che invece sia orientata a integrare le attività in base ai percorsi assistenziali e a favorire la cooperazione e la corresponsabilità, in un contesto di diffusa fiducia professionale.
- g) **Valorizzazione delle risorse umane e professionali** - dando pari opportunità per l'accesso all'impiego, ai percorsi formativi, all'affidamento degli incarichi, allo sviluppo professionale.
- h) **Garanzia della legittimità, imparzialità e trasparenza dell'azione amministrativa** - attraverso la tutela e la partecipazione dei cittadini, delle loro organizzazioni, delle forze sociali e degli organismi di volontariato nonché la completezza, tempestività e diffusione dell'informazione.

Articolo 21 - La struttura organizzativa e le articolazioni organizzative

1. Per strutture organizzative si intendono le articolazioni aziendali che aggregano risorse umane, tecnologie e strutture in relazione a precisi obiettivi e risultati

2. Il modello organizzativo di riferimento per l'Azienda è quello dipartimentale ad attività integrata. Le unità organizzative che compongono la struttura aziendale sono suddivise in strutture complesse (UU.OO.CC.), almeno 3 per ogni DAI (DCA 18/2013 "*per ogni Dipartimento un numero di UOC non inferiore a tre e non superiore a 15*"), strutture semplici a valenza dipartimentale (UU.OO.SS.DD.), strutture semplici afferenti a strutture complesse (UU.OO.SS.), programmi intra ed interdipartimentali (art. 5, comma 4, D.Lgs. n. 517/99), incarichi di alta specializzazione (II.AA.SS.) ed incarichi di natura professionale.
3. Le Unità Operative dell'Azienda si distinguono in:
 - U.O. clinico-assistenziali dotate di posti letto ordinari e/o di day hospital;
 - U.O. dei Servizi centrali sanitari (Farmacia, Radiologia, Laboratorio di Analisi, ecc.);
 - U.O. dei Servizi centrali tecnici, professionali ed amministrativi (Tecnico manutentivo, Gestione del Personale, ecc.).
4. Le **Unità Operative Complesse** sono strutture che hanno una propria autonomia funzionale in ordine alle patologie di competenza, nel quadro di una efficace integrazione e collaborazione con strutture affini e con uso in comune di risorse umane e strumentali, e presuppongono, pertanto, un'autonomia clinico-professionale ed organizzativa, nel rispetto delle linee di indirizzo definite dal Comitato di Dipartimento.
5. Le **Unità Operative Semplici** sono articolazioni delle Unità Operative Complesse, con caratteristiche di peculiarità funzionale ed operativa e con autonomia clinico-professionale.
6. Le **Unità Operative Semplici a valenza Dipartimentale** sono dotate di responsabilità di gestione delle risorse umane, e di autonomia clinica e professionale ed organizzativa nel rispetto delle linee di indirizzo definite dal Comitato di Dipartimento e da quanto previsto dall'articolo 15 quinquies, comma 5, del D.Lgs. n. 229/99.
7. Secondo quanto precisato nel Decreto del Commissario ad Acta per il Piano di Rientro n. 18 del 18.02.2013, per le Aziende Ospedaliere Universitarie, occorre prevedere:
 - una Unità operativa complessa ogni 14 posti letto;
 - 1,31 unità operative semplici e semplici dipartimentali per ogni Unità operativa complessa.Tali parametri si applicano al numero di posti letto programmati dal Decreto del Commissario ad acta n. 33 del 17 maggio 2016.
8. Il numero di strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali identificate in base agli standard di cui sopra è comprensivo dei servizi centrali sanitari (Farmacia, Radiologia, Laboratorio di analisi, ecc.) non è comprensivo dei servizi centrali tecnici, professionali ed amministrativi (Tecnico, Gestione del personale ecc.).
9. Le strutture organizzative sono articolazioni aziendali nelle quali si concentrano competenze professionali e risorse umane, tecnologiche e strumentali, finalizzate allo svolgimento di funzioni di:

- produzione di prestazioni e servizi sanitari.

Esse sono caratterizzate da una valenza strategica ed una complessità organizzativa anche ai fini della loro graduazione.

10. La valenza strategica è definita:

- dal livello di interfaccia con istituzioni oppure organismi esterni all'Azienda;
- dalla rilevanza quali-quantitativa e dal volume delle risorse da allocare;
- dalla rilevanza del problema a cui si intende dare risposta;
- dal grado di priorità di azione che riveste l'ambito di applicazione delle competenze e risorse cui si intende dare attuazione;
- dal livello di intersectorialità che caratterizza gli interventi e in particolare dalla capacità di entrare in sinergia con i compiti, le funzioni e le finalità delle altre strutture operative, superando il principio tradizionale delle separazioni settoriali.

11. La complessità organizzativa è definita da:

- numerosità ed eterogeneità delle risorse professionali;
- dimensionamento tecnologico;
- riconducibilità delle competenze e conoscenze a discipline definite;
- costi di produzione;
- beni immobili.

Articolo 22 - Criteri generali per la individuazione delle Strutture organizzative

1. Le **Unità operative complesse**, di norma, devono essere caratterizzate da:
 - a. rilevanza delle attività svolte per volume e tipologia;
 - b. rilevanza del livello di responsabilità per la gestione della struttura;
 - c. valore delle risorse professionali, operative e organizzative, adeguate qualitativamente e quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi;
 - d. congrua dotazione di risorse professionali, operative e organizzative, rispetto alla necessità di contare su una massa critica adatta quali-quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi.
2. Le **Unità operative semplici dipartimentali**, di norma, devono essere 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.
3. Le **Unità operative semplici**, di norma, devono essere caratterizzate da:
 - a. esistenza di una unità operativa complessa;

- 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.
4. Per le UU.OO. assistenziali dotate di posti letto, devono essere erogate 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 e d assistenziali;
 - garantire una efficiente gestione delle risorse in dotazione.

Articolo 23 - Il modello Dipartimentale

1. Il Dipartimento rappresenta la struttura aziendale deputata al conseguimento di elevati livelli di appropriatezza nell'erogazione delle attività assistenziali, all'efficacia dell'azione amministrativa, tecnica e logistica, nonché al conseguimento di sinergie ed efficienze attuabili mediante azioni di interscambio e condivisione di risorse. Per tale scopo, a livello dipartimentale vengono collocate competenze e risorse atte a garantire lo svolgimento delle seguenti funzioni:
 - programmazione, coordinamento e verifica delle attività dipartimentali, sia di gestione ordinaria che relative a progetti di innovazione e ad analisi di azioni finalizzate all'ottimizzazione degli acquisti e dei consumi;
 - razionalizzazione, standardizzazione e sviluppo di processi amministrativi, tecnici e logistici, linee guida, protocolli e regolamentazione dipartimentale di competenza;
 - coordinamento del budget dipartimentale;
 - miglioramento ed integrazione delle attività formative e di aggiornamento.
2. La gestione del Dipartimento, ai sensi dell'art. 17 bis del D.Lgs. n. 502/92 e sue modifiche e integrazioni, è affidata al Direttore di Dipartimento.
3. Il Direttore di Dipartimento è nominato dal Direttore generale d'intesa con il Rettore, ed è individuato tra i Direttori di struttura complessa afferenti al Dipartimento stesso. Non può essere nominato Direttore di Dipartimento, analogamente a quanto previsto dalla legislazione universitaria, il dirigente che non può assicurare la direzione del Dipartimento per l'intera durata dell'incarico triennale.
4. Il Direttore di Dipartimento garantisce il coordinamento delle attività di programmazione, realizzazione e monitoraggio delle attività dipartimentali, controlla il budget del Dipartimento e rappresenta lo stesso nelle fasi di negoziazione con la Direzione Generale.

obiettivi:

- la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche, dei posti letto, 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;
- la promozione del mantenimento e dello sviluppo delle conoscenze e delle competenze tecniche e professionali, favorendone l'integrazione dell'attività di formazione/aggiornamento e ricerca;
- la gestione globale del caso clinico e degli aspetti sociosanitari a questo correlati, mediante la razionalizzazione e lo sviluppo dei percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali (PDTA) e di quelli volti a garantire la continuità assistenziale anche all'esterno dei dipartimenti.

6. I dipartimenti e le aree di staff alle direzioni amministrativa e sanitaria possono avere natura **funzionale o strutturale**: nel primo caso hanno l'obiettivo di indurre uniformità nella pratica assistenziale attraverso la diffusione di conoscenze e di pratiche che migliorano lo standard qualitativo dell'assistenza attraverso l'adozione di strumenti collegati alla gestione per processi (percorsi diagnostico terapeutici ed assistenziali-PDTA); i dipartimenti strutturali hanno responsabilità di gestione nella misura in cui negoziano obiettivi con la direzione aziendale e vengono valutati rispetto agli obiettivi conseguiti. Le aree di staff alle direzioni amministrativa e sanitaria hanno natura funzionale i Dipartimenti ad attività integrata hanno, invece, natura strutturale.
7. I Dipartimenti ad attività integrata devono avere funzioni di:
 - coordinamento;
 - indirizzo di direzione;
 - valutazione dei risultati conseguiti;
 - elaborazione dei programmi di attività annuale.
8. Tali funzioni comprendono, in particolare:
 - partecipazione ai processi di programmazione ed individuazione degli obiettivi prioritari, allocazione delle risorse e dei mezzi;
 - coordinamento e guida nei riguardi delle strutture organizzative nelle quali esso si articola e verifica dei risultati conseguiti;
 - studio, applicazione e verifica degli strumenti (linee guida, protocolli, ecc.) di omogeneizzazione ed integrazione delle procedure organizzative, assistenziali, amministrative e di utilizzo delle apparecchiature;
 - studio e applicazione di sistemi informativi di gestione per le connessioni dei e tra i dipartimenti, in grado di garantire l'interscambio e l'archiviazione di dati, informazioni, immagini;
 - individuazione e promozione di nuove attività e modelli operativi nello specifico campo di competenza;
 - organizzazione della didattica;
 - gestione del budget assegnatogli;
 - utilizzazione ottimale ed integrata degli spazi assistenziali e non assistenziali, del personale e delle apparecchiature finalizzata alla migliore gestione delle risorse, alla massima efficacia delle prestazioni nonché alla razionalizzazione dei costi;

- valutazione e verifica della qualità dell'assistenza fornita da effettuarsi adottando le opportune metodiche, con particolare riguardo alle prestazioni fornite ai pazienti, alle verifiche delle procedure e dei risultati ottenuti, al miglioramento delle conoscenze e dei circuiti interni comunicativi, all'ottimizzazione delle risorse;
 - organizzazione dell'attività libero-professionale aziendale.
9. L'Azienda declina il modello dipartimentale nell'ambito delle 5 Sedi in cui essa è articolata. Da un punto di vista organizzativo si configura quindi un modello "a matrice" in cui il modello dipartimentale si incrocia, da un punto di vista funzionale, con quello della singola Sede che si presenta come una semplice articolazione logistica dell'Azienda.

Articolo 24 - I dipartimenti ad attività integrata (DAI)

1. Al fine di assicurare l'esercizio integrato delle attività di assistenza, di didattica e di ricerca, l'Azienda adotta, come modello ordinario di gestione operativa delle attività assistenziali (art. 3, comma 1, D.Lgs. n. 517/99), il Dipartimento Assistenziale Integrato (DAI).
2. L'organizzazione delle attività assistenziali, integrate con quelle didattiche e di ricerca, in forma dipartimentale, ha lo scopo di:
 - a. favorire una formazione di alta qualità ed un livello di ricerca biomedica e sanitaria che consenta il miglioramento della qualità assistenziale;
 - b. fornire al cittadino percorsi assistenziali di alta qualità ed innovativi per la gestione dei profili diagnostici, terapeutici e riabilitativi integrati all'interno della rete sanitaria regionale;
 - c. garantire il più alto livello possibile di appropriatezza delle cure, attraverso l'applicazione di linee guida tecnico-professionali;
 - d. assicurare coerenza e tempestività nell'erogazione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative;
 - e. consentire la partecipazione delle strutture organizzative aziendali alle procedure di governo clinico e di governo budgetario applicate nell'Azienda integrata, sulla base della normativa regionale vigente;
 - f. assicurare l'utilizzo integrato ed efficiente delle risorse disponibili.
3. Ogni attività assistenziale svolta in Azienda è inquadrata all'interno del DAI. Le attività assistenziali rientrano, a tutti gli effetti, nell'ambito dei ruoli e responsabilità degli organi del dipartimento. Il DAI è, inoltre, istituito in base alla casistica attesa e deve tendere all'omogeneità o affinità delle funzioni operative necessarie a garantire, in via prioritaria, l'omogeneità e l'affinità dei percorsi assistenziali e gestite in coerenza con la programmazione della didattica e della ricerca, all'affinità di patologie, di casistiche o d'attività, alla specificità dell'organo, apparato o distretto anatomico, o ancora al criterio dell'intensità e rapidità della cura.
4. L'istituzione dei DAI:

l'integrazione con la didattica e la ricerca, quale momento non eliminabile del miglioramento qualitativo e quantitativo dell'attività;

- fornire al cittadino un percorso assistenziale caratterizzato da omogeneità nella gestione degli aspetti diagnostici, terapeutici e riabilitativi;
- perseguire il livello più elevato possibile d'appropriatezza delle cure anche mediante l'integrazione con i processi di didattica e di ricerca e la tempestività e coerenza nell'erogazione delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche.

5. I livelli di integrazione da raggiungere attraverso i DAI sono:

- di tipo organizzativo, in termini di ottimizzazione e razionalizzazione nell'uso delle risorse in condivisione;
- di tipo clinico in termini di omogeneizzazione dei comportamenti clinico-assistenziali;
- di tipo professionale, in termini di scambio di competenze ed esperienze tecnico-scientifiche, nonché della valenza economica, considerata in relazione alla congruità ed alla coerenza rispetto al volume di attività programmata.

6. Il DAI⁶ è il modello ordinario di gestione operativa al fine di assicurare l'esercizio integrato delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca attraverso il pieno e paritario inserimento delle funzioni, attività, risorse e responsabilità assistenziali nel dipartimento universitario e assicurando la coerenza con i settori scientifico-disciplinari, sulla base dei seguenti principi:

- a. i dipartimenti ad attività integrata sono individuati in sede di programmazione concordata tra l'azienda ospedaliero-universitaria e l'università, che tiene conto del collegamento della programmazione della facoltà di medicina e chirurgia con la programmazione aziendale;
- b. la composizione dei dipartimenti ad attività integrata assicura la coerenza tra attività assistenziali e settori scientifico-disciplinari in cui si articola l'attività didattica e di ricerca;
- c. i dipartimenti ad attività integrata sono costituiti da strutture complesse, da strutture semplici e da programmi infradipartimentali, individuati nell'atto aziendale, tenuto conto delle esigenze assistenziali, didattiche e di ricerca;
- d. il dipartimento ad attività integrata è organizzato come centro unitario di responsabilità e di costo, in modo da garantire, nel rispetto dei vincoli di destinazione delle risorse finanziarie allo stesso assegnate da parte del servizio sanitario nazionale e dell'università, l'unitarietà della gestione, l'ottimale collegamento tra assistenza, didattica e ricerca e la flessibilità operativa.

7. I DAI sono luoghi di integrazione e dialogo professionale, di definizione delle politiche per la ricerca, la didattica e l'assistenza.

8. Il DAI garantisce ai sensi dell'art. 17, comma 6 del Protocollo d'Intesa, approvato con DCA 7/2013 *"l'unitarietà della gestione, l'ottimale collegamento tra assistenza, didattica e ricerca e la flessibilità operativa"* anche in relazione alle finalità di cui all'art. 7, comma

⁶ Secondo quanto stabilito dalle Linee guida concernenti i protocolli di intesa da stipulare tra regioni e università per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università nel quadro della programmazione nazionale e regionale DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 24 maggio 2001 *"Linee guida concernenti i protocolli di intesa da stipulare tra regioni e università per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università nel quadro della programmazione nazionale e regionale ai sensi dell'art. 1, comma 2, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517. Intesa, ai sensi dell'art. 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59"*.

71/2001, in materia di inscindibilità tra attività assistenziali e attività di didattica e di ricerca.

9. Nell'ambito del DAI, l'identificazione di Posti Letto a valenza dipartimentale sotto la responsabilità clinico scientifica del Direttore del DAI in accordo con la programmazione sanitaria regionale e nazionale, sono distinti per disciplina in riferimento ai volumi di attività da svolgere (soglie operative minime) necessari per garantire la qualificazione e l'economicità della struttura⁹.
10. I posti letto a valenza dipartimentale, unitamente allo sviluppo di nuovi modelli organizzativi dell'assistenza, sempre previsti dall'art. 18¹⁰, possono essere resi funzionali alla *"integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca, con particolare riguardo alle innovazioni tecnologiche ed assistenziali, nonché al coordinamento delle attività sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica ed assistenziale"* di cui all'art. 5, comma 4, del D.Lgs. n. 517/1999.
11. I DAI sono individuati in sede di programmazione tra l'Università e l'Azienda. La lista dei DAI è contenuta nel POFA.

Articolo 25 - L'organizzazione del DAI

1. Il funzionamento, la composizione, gli organismi e le modalità gestionali dei DAI è disciplinato in apposito Regolamento emanato dal Direttore generale d'intesa con il Rettore e sottoposto ad approvazione regionale, ai sensi dell'art. 17, comma 4, del Protocollo d'Intesa.
2. Il DAI rappresenta l'articolazione organizzativa fondamentale dell'Azienda e costituisce l'elemento di riferimento per l'attribuzione delle responsabilità e per l'allocatione, la gestione e l'utilizzazione delle risorse destinate alla realizzazione delle funzioni assistenziali necessarie per lo svolgimento delle attività istituzionali di didattica e di ricerca. L'attività dei DAI, a supporto degli obiettivi di miglioramento continuo delle attività integrate di ricerca, didattica, assistenza e razionalizzazione dell'uso delle risorse strutturali, strumentali, umane e materiali in dotazione, si concretizza nel processo di negoziazione del budget e nell'individuazione, in via preventiva, dei risultati programmati e attesi in un predeterminato e concordato

⁷ L'individuazione delle attività e delle strutture assistenziali funzionali alle esigenze di didattica e di ricerca dei corsi di studio della facoltà di medicina e chirurgia nelle aziende ospedaliero-universitarie, nelle aziende unità sanitarie locali per quanto concerne le attività di prevenzione nonché nelle altre strutture di cui all'art. 2, commi 4 e 5, del decreto legislativo n.517 del 1999, tiene conto delle funzioni di supporto allo svolgimento dei corsi di specializzazione, dei corsi di laurea e, in via transitoria, dei corsi di diploma universitario delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, ai sensi degli articoli 6, commi 2 e 3, e 16-sexies del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni.

⁸ Il direttore del dipartimento assume responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti, tenendo conto della necessità di soddisfare le peculiari esigenze connesse alle attività didattiche e scientifiche.

⁹ Art. 18, comma 3, del Protocollo di Intesa, DCA n. 7/2013.

¹⁰ Ad esempio, il Day Service.

- la condivisione delle risorse stesse;
 - il miglioramento delle modalità del loro consumo nei processi assistenziali;
 - lo snellimento e la razionalizzazione delle procedure operative.
3. I DAI devono essere costituiti con l'integrazione di discipline assimilabili sia sul piano scientifico che assistenziale.
4. Il DAI è individuato con delibera del Direttore generale dell'Azienda, conseguita l'intesa con il Rettore, previa informazione ai soggetti sindacali maggiormente rappresentativi. I DAI sono istituiti e organizzati mediante l'aggregazione al loro interno di articolazioni operative e di relativi professionisti, organizzati in strutture complesse (UOC – almeno 2 per ogni DAI), strutture semplici a valenza dipartimentale (UOSD), strutture semplici afferenti a strutture complesse (UOS), incarichi di alta specializzazione (IAS), programmi intra ed inter dipartimentali, nonché dall'attività svolta dai dirigenti con anzianità superiore o inferiore ai 5 anni. I suddetti ambiti organizzativo-gestionali e/o professionali sono istituiti e rimodulati secondo criteri di appropriatezza organizzativa, efficienza e efficacia dell'attività assistenziale ed eccellenza della ricerca clinica o traslazionale. L'articolazione interna dei DAI è finalizzata a garantire la massima probabilità di realizzazione del miglior livello di integrazione tra le attività didattiche e di ricerca scientifica e le attività cliniche e assistenziali, in coerenza con l'obiettivo primario della missione dell'Azienda, tenendo altresì presente le specifiche competenze del personale docente afferente ai Dipartimenti Universitari.
5. Sono compiti generali dei DAI:
- L'organizzazione dei percorsi assistenziali;
 - La razionale e coordinata gestione delle risorse del personale, spazi ed attrezzature assegnate al Dipartimento, nonché la programmazione dei fabbisogni;
 - La definizione delle modalità organizzative del lavoro anche attraverso l'individuazione di opportuni protocolli e la realizzazione di più elevati livelli di produttività e prestazioni diagnostiche e terapeutiche in termini quali-quantitativi;
 - L'organizzazione coordinata delle attività svolte dagli ambulatori del Dipartimento;
 - L'organizzazione coordinata delle attività chirurgiche attraverso un ottimale e razionale impiego delle sale operatorie;
 - Il coordinamento delle attività di ricovero al fine della riduzione dei tempi di ricovero e delle liste di attesa;
 - L'ottimale utilizzo delle grandi apparecchiature diagnostiche e terapeutiche, rivolto al miglioramento qualitativo e quantitativo delle attività ed alla economicità di gestione;
 - La determinazione previsionale relativa all'approvvigionamento dei beni di consumo attraverso una programmazione dei reali fabbisogni comuni a tutte le UU.OO. afferenti al DAI;
 - L'organizzazione delle attività libero-professionali ambulatoriali ed in regime di ricovero, secondo le direttive dell'Azienda;
 - La formale individuazione di "Referenti del Dipartimento", cui affidare compiti specifici di coordinamento in materia di:

- Qualità;
- Privacy;
- Gestione e tenuta archivio cartelle cliniche.

6. I DAI sono centri unitari di responsabilità e di costo in quanto devono garantire, nel rispetto dei vincoli di destinazione delle risorse, l'unitarietà della gestione e l'ottimale collegamento tra assistenza, didattica e ricerca.

Articolo 26 - Il Comitato di Dipartimento

1. Il Comitato di Dipartimento è istituito, ai sensi dell'articolo 17 bis del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m. ed i., ed è composto da componenti di diritto e da componenti di nomina elettiva e dura in carica tre anni.
2. I componenti di diritto sono:
 - il Direttore del Dipartimento, che lo presiede;
 - i Direttori e/o Responsabili delle unità operative con autonomia gestionale.
3. La parte elettiva è composta da un rappresentante per ciascuna area contrattuale, secondo quanto regolamentato dalla vigente normativa legislativa e contrattuale.
4. Il Comitato si riunisce, previa convocazione formale del Direttore di Dipartimento, e di ogni seduta viene redatto apposito verbale, conservato in ordine cronologico presso la direzione del Dipartimento.
5. Le modalità di funzionamento del Comitato di Dipartimento sono stabilite dall'Azienda con apposito regolamento.
6. 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 di riqualificazione del personale;
 - individua la rosa di candidati a Direttore di Dipartimento da proporre al Direttore Generale.
7. 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, umane, finanziarie e tecnologiche, attribuite per il perseguimento degli obiettivi;

- verifica della corrispondenza dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi concordati;
- modalità organizzative del Dipartimento nell'ambito clinico, percorsi assistenziali, presa in carico, appropriatezza e logistica.

Articolo 27 - Le Unità Operative Complesse

1. Le Unità Operative Complesse (**U.O.C.**), operanti all'interno dei singoli dipartimenti, sono istituite dal Direttore generale secondo quanto previsto nel presente atto e, in occasione della variazione o sostituzione dello stesso, sono modificate o soppresse, in accordo con le previsioni del Piano sanitario regionale e con l'organizzazione della didattica e della ricerca, nel rispetto dei volumi e delle tipologie della produzione annua assistenziale prevista.
2. La individuazione del numero di strutture deve essere effettuata nel rispetto degli standards di cui al documento approvato dal Comitato LEA del 26 marzo 2012 e dal Decreto Commissariale n. 18/2013 e di eventuali nuove disposizioni nazionali e regionali in materia.
3. Per la istituzione, modifica o soppressione delle UU.OO.CC., qualificate come essenziali ai fini dell'attività didattica e di ricerca e, comunque, per quelle a direzione universitaria, è necessaria l'intesa con il Rettore, sentito l'Organo d'indirizzo.
4. Il Direttore generale istituisce le U.O.C. in base a criteri organizzativi e funzionali individuati negli atti di programmazione sanitaria regionale e alle relative soglie operative, costituenti i livelli minimi di dotazioni e di attività richieste. Le soglie sono rappresentate da un numero minimo di posti letto, cui deve corrispondere un adeguato numero di casi clinici trattati, o da adeguati volumi di attività da svolgere, necessari per garantire la qualificazione e l'economicità della struttura. I valori indicati dalle soglie operative, indicati nell'articolo 20 del Decreto del Commissario ad Acta per il Piano di rientro n. 7 del 16/1/2013, potranno essere ridefiniti in ragione anche dei nuovi modelli di organizzazione dell'assistenza, quali l'utilizzo funzionale dei posti letto, l'organizzazione del ricovero per aree omogenee e per l'intensità assistenziale, la scelta di modelli assistenziali innovativi e di modalità più appropriate di gestione dei percorsi assistenziali.
5. Per le esigenze di didattica e di ricerca, inscindibili da quelle assistenziali, fermo restando i limiti di cui al comma 2 e le soglie del comma 4, ulteriori parametri essenziali per l'istituzione delle strutture complesse sono:
 - a. Il numero di professori e ricercatori universitari e il corrispondente personale del Servizio Sanitario Nazionale assegnati alla struttura;
 - b. Il numero di allievi che frequentano in prevalenza la struttura, in quanto sede dell'attività formativa nonché l'esistenza di coordinamenti e partecipazioni a progetti finanziati da organismi nazionali o internazionali;
 - c. La disponibilità di laboratori sperimentali.

definito dalle norme vigenti in materia, anche utilizzando i parametri e gli indicatori per la nomenclatura della ricerca identificati per l'accreditamento dall'Agenzia nazionale di valutazione del sistema universitario e della ricerca (ANVUR).

7. Con periodicità annuale si procede alla valutazione della operatività concreta delle UU.OO.CC. e, in caso di operatività ridotta, discontinua o limitata, si potrà procedere alla riduzione o modifica delle stesse ai sensi del comma 3 del presente articolo. Parimenti lo sviluppo di settori scientifici potrà dar luogo a nuove unità operative o unità programmatiche, da approvarsi con le modalità del comma 1.

Articolo 28 - Le Unità Operative Semplici Dipartimentali

1. Le Unità Operative Semplici Dipartimentali (**U.O.S.D.**) sono dotate di responsabilità ed autonomia professionale, organizzativa e gestionale.
2. Le U.O.S.D. sono caratterizzate da rilevanza strategica, operativa, specialistica e/o organizzativa che non richiede tuttavia una rispondenza agli elementi indicati precedentemente per le UU.OO.CC..
3. Le U.O.S.D. sono affidate alla responsabilità di un dirigente secondo le normative contrattuali e finalizzate a massimizzare la peculiarità delle professionalità e delle attività cliniche, assistenziali e tecniche in funzione della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate che riguardino, in via prioritaria, metodologie e tecniche di intervento complementari e integrative al funzionamento delle altre unità operative del dipartimento e/o, in via secondaria, che riguardino metodologie o integrazioni di tipo organizzativo.
4. Le funzioni del Responsabile sono esercitate con riferimento diretto al Direttore del Dipartimento di appartenenza.

Articolo 29 - Le Unità Operative Semplici

1. Le Unità Operative Semplici (**U.O.S.**) sono strutture che operano nell'ambito dei principi e delle direttive generali formulate dalla Unità Operativa Complessa sovraordinata, di cui rappresentano articolazione interna; esse dipendono funzionalmente e gerarchicamente dal Direttore della Unità Operativa Complessa di appartenenza e partecipano, anche oltre la specificità dei compiti affidati, alla realizzazione complessiva degli obiettivi assegnati alla U.O.C..
2. Le U.O.S. sono finalizzate a massimizzare la peculiarità delle professionalità e delle attività cliniche, assistenziali e tecniche in funzione della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e a dare soluzione a problemi organizzativi.
3. Il Responsabile di U.O.S. gestisce globalmente, con responsabilità e nell'ambito dell'autonomia prevista dal Direttore dell'U.O.C., il settore affidatogli, rispondendo del proprio operato al responsabile dell'Unità Operativa di appartenenza.

finalizzati al raggiungimento degli obiettivi assegnati dal Direttore della U.O.C. di appartenenza.

Articolo 30 - Assetto degli incarichi professionali

1. L'Azienda, al fine di assicurare la rilevanza delle funzioni ad alto contenuto tecnico professionale, individua attività specialistiche per le quali conferisce incarichi di natura professionale, di alta specializzazione, di consulenza, di studio e di ricerca, ai sensi dei vigenti CC.CC.NN.LL..
2. 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 è richiesta specifica competenza professionale, diversamente dagli incarichi di struttura dove prevalgono le competenze gestionali di risorse umane, tecniche e finanziarie.
3. 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.

Articolo 31 – Modelli operativi

1. L'Azienda favorisce la gestione di programmi, intra o interdipartimentali, l'implementazione di reti professionali, e l'attivazione di gruppi operativi interdisciplinari.
2. L'Azienda, altresì, favorirà la sperimentazione di nuovi modelli di assistenza, nell'ambito delle varie forme in cui questa è garantita, che realizzino effettive finalità di contenimento della spesa sanitaria, anche attraverso specifiche sinergie tra strutture pubbliche e private, ospedaliere ed extra ospedaliere, così come prevede il D.L. n. 95/2012, convertito nella Legge n. 135/2012, art. 15, comma 13, lett. c bis.

Articolo 31.1 - Programmi infradipartimentali e interdipartimentali

1. Ai professori di prima fascia ai quali non sia stato possibile conferire un incarico di direzione di struttura semplice o complessa, il Direttore generale, sentito il Rettore, può affidare, come previsto dall'art. 5, comma 4, del D.Lgs. n. 517/99, la responsabilità e la gestione di programmi, intra o interdipartimentali finalizzati alla integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca, con particolare riguardo alle innovazioni tecnologiche ed assistenziali, nonché al coordinamento

2. La responsabilità e la gestione di analoghi programmi può essere affidata anche ai professori di seconda fascia ed ai ricercatori ai quali non sia stato conferito un incarico di direzione semplice o complessa.
3. I professori di prima fascia che non accettano gli incarichi di responsabilità e di gestione dei programmi possono svolgere funzioni di direzione nell'ambito delle disposizioni attuative del D.Lgs. n. 368 del 17/8/1999, limitatamente alle scuole di specializzazione.

Articolo 31.2 - Reti professionali

1. L'Azienda può implementare reti professionali costituite da un insieme di singoli professionisti, UUOO e/o loro articolazioni, organizzati su base non gerarchica attorno a questioni o interessi comuni per il raggiungimento di obiettivi che sono perseguiti attivamente e in maniera sistematica basandosi sull'impegno, la stima e fiducia reciproca.
2. Le reti professionali sono finalizzate a coordinare i contributi professionali specialistici al fine di costituire un'offerta di prestazioni polispecialistiche integrate, riconducibili a profili di cura e/o a percorsi assistenziali o ancora a un centro specialistico. La creazione delle reti professionali ha lo scopo di collegare diverse dimensioni professionali e/o linee di attività e/o più professionisti e/o strutture operative, e/o loro articolazioni interne dell'Azienda, non direttamente tra loro, ma direttamente ricollegabili, in termini di posizionamento, nell'organigramma dall'Azienda stessa.

Articolo 31.3 - Gruppi Operativi Interdisciplinari

1. L'Azienda può attivare gruppi operativi interdisciplinari per la diffusione e l'applicazione delle conoscenze in medicina e nell'assistenza, di sviluppo del miglioramento della qualità, di diffusione delle migliori pratiche cliniche e assistenziali e del governo clinico. I gruppi operativi sono costituiti da più professionisti appartenenti a discipline e/o UUOO differenti in relazione alla necessità di raggiungere specifici obiettivi e finalità assistenziali, organizzative, di studio e di ricerca da perseguire in via transitoria o permanente.
2. I gruppi operativi interdisciplinari vengono costituiti a livello di Dipartimento.
3. Tra i gruppi operativi interdisciplinari assumono rilevanza quelli dedicati alla concreta applicazione degli strumenti del governo clinico tra i quali: EBM, linee guida, Clinical Audit, Percorsi Assistenziali, Risk Management, Disease Management, Technology assessment, Sistemi di Indicatori, Accreditamento.

1. La Sede ospedaliera è una macro articolazione logistica dell'Azienda che assolve alle funzioni di assistenza ospedaliera ad esso assegnate nel quadro della complessiva programmazione dell'offerta aziendale, integrando i percorsi assistenziali condotti all'interno delle Sedi con quelli realizzati nelle altre sedi dell'Azienda.
2. Nell'ambito delle 5 Sedi che compongono l'Azienda sono previste tre figure di coordinamento definite "Direttore Medico Ospedaliero" e riferite rispettivamente a:
 - a) Alla gestione e coordinamento delle attività delle Sedi del San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, Da Procida e Costa d'Amalfi;
 - b) Alla gestione e coordinamento delle attività della Sede di Mercato San Severino;
 - c) Alla gestione e coordinamento delle attività della Sede di e Cava de' Tirreni.
3. Nell'ambito delle Sedi, il Direttore Medico Ospedaliero ha competenze organizzative, igienico-sanitarie, di prevenzione, medico-legali, di formazione e aggiornamento sulla normativa sanitaria, promozione della qualità dei servizi sanitari e delle rispettive prestazioni ed è corresponsabile del governo clinico della Sede, promuovendo e coordinando le azioni finalizzate al miglioramento dell'efficienza ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie.

Articolo 33 – L'interoperatività con il territorio

1. L'Azienda favorisce tutte le iniziative tese all'interoperatività con il territorio.
2. Con Decreto commissariale n. 57 del 14.06.2012 è stato istituito il Dipartimento integrato dell'emergenza mentre con Decreto Commissariale n. 55/2010 è istituito il Dipartimento Interaziendale Provinciale di medicina di laboratorio.

Articolo 33.1 – Il Dipartimento Integrato delle Emergenze

1. Il Dipartimento Integrato delle Emergenze (**DIE**) è programmato in modo tale da governare tutte le componenti territoriali ed ospedaliere del S.I.R.E.S., che ricomprende le funzioni di Allarme Sanitario, di Trasporto Infermi, di Assistenza Urgenza Territoriale e di Attività di Emergenza Ospedaliera per il territorio della Centrale Operativa.
2. L'ambito di riferimento del DIE è, a regime, quello provinciale. Tuttavia, tenuto conto dell'attuale assetto degli ambiti territoriali delle Centrali Operative, e considerata la complessità dell'intero percorso riorganizzativo, si procederà alla graduale attuazione di tale obiettivo nell'arco di un triennio. Con decreto commissariale n. 57 del 14.06.2012 si sono completate le disposizioni in tema di dipartimento integrato dell'emergenza.

4. Nel caso di dipartimenti interaziendali dovrà essere sottoscritto preliminarmente un formale atto d'intesa, il cui schema sarà approvato con provvedimento regionale, tra i Direttori Generali che, sulla base della stima documentata dei costi, stabiliranno le risorse di rispettiva competenza da utilizzare in comune e da affidare al direttore del Dipartimento a seguito di opportuna negoziazione.
5. Il Consiglio del DIE è costituito dai responsabili delle seguenti strutture:
 - della U.O. Centrale Operativa,
 - della U.O. Emergenza territoriale,
 - delle U.O. P.S. Osservazione breve e Medicina d'Urgenza,
 - dai Direttori Servizi Infermieristici.
6. La nomina del Direttore del DIE avverrà d'intesa tra il Direttore Generale dell'Azienda e il Direttore Generale della ASL di Salerno.
7. Il DIE, avvalendosi delle proprie componenti integrate e ripartendo tra di esse i compiti previsti, deve:
 - garantire la necessaria mobilità del personale per adeguamento alle necessità d'intervento e l'opportuna sua rotazione sulle varie articolazioni del servizio (al fine di ridurre il rischio di burn out e riproporzionare i carichi di lavoro);
 - garantire la realizzazione di percorsi territorio/ospedale per le patologie a più alta incidenza di morbilità e mortalità (cardiovascolari, neurologiche, traumatiche, ecc.);
 - garantire gli standard strutturali, operativi e clinici definiti dall'Assessorato alla Sanità;
 - garantire la corretta gestione dei flussi informativi istituzionali;
 - applicare le linee guida diagnostico/terapeutiche sui percorsi del paziente;
 - effettuare le valutazioni qualitative dell'attività svolta;
 - attuare i programmi di formazione e miglioramento della qualità definiti dall'Assessorato alla Sanità;
 - verificare il possesso ed il mantenimento dei requisiti e degli standard organizzativo/clinici degli Enti ed Associazioni che collaborano nell'attività di emergenza;
 - approntare piani di gestione delle emergenze intra ed extra ospedaliere;
 - eseguire esercitazioni di gestione delle emergenze intra ed extra ospedaliere.

Articolo 33.2 – Il Dipartimento Interaziendale provinciale di medicina di laboratorio

1. È istituito il Dipartimento Interaziendale Provinciale di medicina di laboratorio ai sensi del Decreto Commissariale n. 55/2010.
2. Il Dipartimento Interaziendale è governato in modo tale da procedere alla riorganizzazione e razionalizzazione delle strutture di laboratorio esistenti nella

Articolo 33.3 – Il Dipartimento Interaziendale provinciale trasfusionale

1. Sarà istituito il Dipartimento Interaziendale Provinciale trasfusionale ai sensi del Decreto Commissariale n. 42/2014 congiuntamente alla ASL di Salerno ed alla ASL Napoli 3 sud.
2. Il Dipartimento Interaziendale è governato in modo tale da procedere alla riorganizzazione e razionalizzazione delle strutture trasfusionali esistenti nella Provincia di Salerno e di parte della Provincia di Napoli ed afferenti alla ASL di Salerno, alla ASL Napoli 3 sud ed alla Azienda Ospedaliera Universitaria.
3. L'Azienda contribuisce al raggiungimento in ambito regionale dei livelli di autosufficienza di sangue intero e dei suoi componenti.

Articolo 34 – Centri di riferimento

1. La Regione istituisce ed assegna i Centri di Riferimento Regionale all'Azienda nell'ambito delle strutture per le quali l'Azienda dimostra l'esistenza dei requisiti, e per i quali ne dimostrerà successivamente il corretto funzionamento.

Articolo 35 – Staff della Direzione amministrativa

1. Per assicurare la razionale programmazione e gestione ed il miglioramento dell'efficienza gestionale dei processi operativi inerenti alle funzioni tecniche, amministrative e logistiche, è identificata la macro area di staff delle attività amministrative, tecniche e logistiche che ricomprende le strutture organizzative amministrative e tecniche dell'Azienda. L'articolazione della macro area in strutture organizzative e la declaratoria delle funzioni è contenuta nel POFA aziendale.
2. La macro area di staff tecnico-amministrativa, articolata al suo interno in strutture organizzative complesse, semplici, posizioni organizzative, assicura il corretto svolgimento delle funzioni di supporto amministrativo tecnico e logistico, favorendo il coordinamento e l'integrazione delle strutture in cui si articola. Nell'ambito della macro area, ai sensi dell'art. 4, comma 2, del D.Lgs. n. 165/2001, ai dirigenti spetta l'adozione degli atti e provvedimenti amministrativi, compresi tutti gli atti che impegnano l'amministrazione verso l'esterno, nonché la gestione finanziaria, tecnica e amministrativa mediante autonomi poteri di spesa, di organizzazione delle risorse umane, strumentali e di controllo. Essi sono responsabili in via esclusiva dell'attività amministrativa, della gestione e dei relativi risultati.

nelle aree amministrative, tecniche e logistiche è riconducibile ai seguenti aspetti:

- sviluppare attività sul modello “catena del valore” al fine di definire e valorizzare le responsabilità trasversali e favorire lo sviluppo di processi integrati superando la parcellizzazione delle singole azioni e le barriere esistenti tra le diverse articolazioni operative e valorizzando il lavoro interdisciplinare anche attraverso la reingegnerizzazione dei principali processi operativi secondo logiche di lean thinking;
 - orientare le strutture all'individuazione ed alla risoluzione dei problemi, ponendo enfasi sul raggiungimento del risultato piuttosto che sul rispetto formale degli adempimenti amministrativi;
 - eliminare diseconomie, duplicazioni e sovrapposizioni per garantire maggiore efficacia ed efficienza al sistema nel suo complesso;
 - garantire chiarezza nel sistema delle relazioni gerarchiche e funzionali così da rendere esplicito e condiviso il sistema della responsabilità e delle competenze.
4. L'Azienda favorisce la costruzione di una organizzazione che consenta di:
- diffondere sistemi di lavoro per processi e progetti;
 - definire assetti organizzativi che favoriscano l'integrazione orizzontale;
 - superare l'eccessiva parcellizzazione dei fattori produttivi per favorire l'uso comune delle risorse, garantire economie di scala e diffondere la cultura della partecipazione e del miglioramento continuo;
 - conseguire la massima flessibilità nell'uso delle risorse.
5. Fanno riferimento allo staff della Direzione amministrativa anche le unità organizzative di seguito elencate e meglio specificate nel POFA:
- Segreterie del Direttore generale, Direttore sanitario, Direttore amministrativo e supporto agli organismi aziendali;
 - Affari generali e supporto agli organi ed organismi aziendali;
 - Affari legali;
 - Acquisizione beni e servizi;
 - Gestione economico finanziaria,
 - Patrimonio mobiliare e immobiliare;
 - Gestione delle Risorse umane
 - Sistemi informativi;
 - Programmazione e Controllo di gestione;
 - Ingegneria clinica e HTA;
 - Tecnico manutentivo.

Articolo 36 – Staff della Direzione sanitaria

1. La macro area di staff sanitaria, articolata al suo interno in strutture organizzative complesse, semplici, posizioni organizzative e coordinamenti, ha come obiettivi principali il perseguimento del Governo Clinico ovvero il miglioramento continuo dell'attività assistenziale attraverso il coordinamento e la promozione di condizioni sia sanitarie che organizzative che sviluppino:
- la sorveglianza rispetto alle condizioni di rischio (risk management) all'interno dei processi assistenziali;

- il monitoraggio delle performance dei processi assistenziali, allo scopo di verificarne l'appropriatezza e le condizioni di qualità;
- la prevenzione e protezione nei luoghi di lavoro;
- le relazioni con il pubblico;
- lo sviluppo di politiche, standard, e processi che, attraverso la progettazione ed erogazione di servizi di supporto alle attività primarie assistenziali aziendali, hanno la finalità di migliorare l'efficacia di queste ultime (Facility Management).

2. Allo staff di Direzione sanitaria afferiscono inoltre il S.I.T.R.A., la Farmacia aziendale, le Direzioni mediche delle Sedi in cui l'Azienda è articolata, la Farmacologia clinica.

Articolo 37 - Servizio delle professioni sanitarie infermieristiche, della riabilitazione e delle altre professioni tecnico-sanitarie

1. L'Azienda individua il Servizio delle professioni infermieristiche ed ostetriche, delle professioni tecnico sanitarie e delle professioni della riabilitazione (**SITRA**).
2. Il **SITRA** espleta le funzioni individuate dai regolamenti regionali e dalle altre norme in materia e utilizza metodologie di pianificazione per obiettivi, perseguendo l'ottimizzazione, il coordinamento ed il controllo della qualità delle prestazioni delle professioni.
3. Il Dirigente del **SITRA** concorre, per gli aspetti di competenza, all'individuazione e alla realizzazione degli obiettivi definiti dalla Direzione strategica, per la programmazione, organizzazione, gestione, verifica e controllo dell'erogazione delle prestazioni proprie della specifica area professionale nonché per l'assolvimento del debito informativo.
4. L'incarico di Dirigente del **SITRA** viene conferito attraverso le procedure concorsuali di cui al DPCM del 25.01.2008.

Articolo 38 - L'Unità organizzativa di Controllo del Rischio Clinico

1. L'Azienda adotta un sistema organico di azioni tese a conoscere, prevenire e ridurre i rischi nelle varie attività, che deve, pertanto, diventare prassi ordinaria della gestione aziendale e del governo clinico.
2. Anche al fine di dare piena attuazione all'art. 1, comma 6, del D.lgs. n. 299/99 in materia di appropriatezza ed economicità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali, è prevista la figura del "risk manager", al fine di garantire la sicurezza della pratica medica.
3. Il "risk manager" assume la responsabilità diretta delle iniziative aziendali sull'argomento; risponde inoltre del rispetto dei debiti informativi nei confronti del Ministero della Salute. Il Ministero della Salute, con decreto dell'11 dicembre 2009, ha

di raccogliere le informazioni relative agli eventi sentinella eventi avversi di particolare gravità, che causano morte o gravi danni al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario), ed alle denunce dei sinistri su tutto il territorio nazionale, consentendo la valutazione dei rischi ed il monitoraggio completo degli eventi avversi.

4. L'Azienda istituisce per tale funzione una unità operativa dedicata che fa capo ad una idonea struttura organizzativa.

Articolo 39 - Il Servizio prevenzione e protezione

1. Il Servizio di prevenzione e protezione è utilizzato dal datore di lavoro con i compiti attribuiti dall'art. 33 del D.Lgs. n. 81/08 e s.m.i. e svolge la funzione di "consulente" tecnico del medesimo e, più in generale, dell'Azienda in merito alla corretta applicazione delle normative in vigore in tema di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.
2. Per la piena ed efficace attuazione del dettato normativo, il Direttore generale provvede all'organizzazione del Servizio prevenzione e protezione ai sensi dell'art. 31 del D.Lgs. n. 81/08 ed alla designazione del Responsabile come previsto dall'art. 17 del D.Lgs. n. 81/08.
3. L'Azienda istituisce per tale funzione una unità operativa dedicata che fa capo ad una idonea struttura organizzativa nell'ambito dello staff della Direzione Sanitaria.
4. Il Direttore generale adotta apposito regolamento aziendale per l'organizzazione di un sistema di prevenzione e protezione dei rischi in applicazione delle norme contenute nell'art. 16 del D.Lgs. n. 81/08 e le linee guida per la realizzazione del sistema di gestione delle deleghe. La delega per la prevenzione deve essere completa di budget, direttamente e autonomamente gestito dal Datore di lavoro delegato, con l'obiettivo di migliorare i livelli di igiene e sicurezza del lavoro;

Articolo 40 - Il Polo Didattico

1. L'Azienda contribuisce a favorire l'efficace svolgimento delle attività didattiche per le professioni infermieristiche e tecnico-sanitarie, con particolare riferimento al:
 - Corso di Laurea in Infermieristica;
 - Corso di Laurea in Ostetricia;
 - Corso di Laurea per Fisioterapisti;
 - Corso di Laurea in Tecniche di Radiologia Medica.
2. L'Azienda ai sensi dell'art. 8 del Protocollo d'Intesa, unitamente all'Università e alla Regione, si impegna a promuovere lo sviluppo della rete formativa relativa ai corsi di laurea e alle scuole di specializzazione per le professioni sanitarie.

successivo;

4. L'Azienda e le altre eventuali istituzioni convenzionate assumono a proprio carico le spese:
 - a. per la docenza affidata a dipendenti del SSN;
 - b. per il funzionamento del corso e per la logistica (aule, laboratori, tirocini, etc.).
5. Il Direttore generale concorda con il Responsabile della Struttura Universitaria, così come definito all'art. 2, comma 2, del Protocollo d'Intesa, l'apporto dei professionisti del SSN, o di altro personale comunque inserito nell'organico, da nominare per la funzione di docenza, tutorato ed altre attività formative per i corsi di laurea facenti parte della rete formativa per le professioni sanitarie.
6. I Dirigenti responsabili delle attività formative pratiche e di tirocinio, individuati tra coloro che sono in servizio presso la struttura, nell'ambito dello specifico professionale cui corrisponde il Corso e che siano in possesso della Laurea Magistrale/Specialistica e di cinque anni di esperienza professionale nell'ambito della formazione, sono proposti dal Direttore Generale al Consiglio di Corso di laurea e nominati dalla Facoltà con valutazione comparativa.
7. Il Dirigente responsabile delle attività formative pratiche e di tirocinio presso ciascuna sede del Corso di Laurea dura in carica tre anni accademici, è responsabile degli insegnamenti tecnici-pratici, organizza le attività complementari, coordina i tutor di tirocinio e ne supervisiona le attività, garantisce l'accesso degli studenti alle strutture qualificate per le attività di tirocinio.
8. Per la finalità di cui all'articolo 6, comma 3, del D.Lgs. del 21 dicembre 1999, n. 517 si richiamano, i seguenti criteri definiti dal Protocollo d'Intesa:
 - a. Il personale tecnico, amministrativo, sanitario in organico all'Azienda può partecipare alle attività didattiche, secondo quanto previsto dall'art. 54 C.C.N.L. 2006-2009 del Comparto Università e dell'art. 6 del D.Lgs. n. 502/1992;
 - b. Il personale del SSR partecipa all'attività didattica esercitando docenza, tutorato ed altre attività formative, nel rispetto dell'ordinamento didattico e dell'organizzazione delle strutture dell'Università;
 - c. L'Università e l'Azienda, nell'ambito delle rispettive competenze, definiscono, di concerto, modalità e forme di partecipazione del personale del SSR all'attività didattica in relazione alle deliberazioni dei competenti organi accademici;
 - d. L'attività didattica viene svolta salvaguardando le esigenze relative all'esercizio delle attività assistenziali e per il personale del SSR è necessario il nulla osta della competente Direzione Generale;
 - e. Lo svolgimento di funzioni di tutorato del tirocinio formativo affidate da parte della struttura universitaria di coordinamento al personale universitario strutturato o a personale del SSN, previo assenso dell'Azienda, costituisce parte integrante dell'orario di servizio.
9. Per la gestione di tali attività viene istituita una apposita struttura organizzativa.

Articolo 41 – Principi e regole generali per la gestione, controllo, valutazione e valorizzazione delle risorse umane

1. In coerenza con le linee di azione e le strategie definite dalla Regione nell'ottica dei piani operativi, tenuto conto della necessità di dover garantire l'equilibrio economico-finanziario, l'Azienda intende implementare un nuovo assetto organizzativo i cui principi e le cui regole di funzionamento siano in grado di garantire:
 - la necessaria flessibilità organizzativa e procedurale;
 - la declinazione del modello dipartimentale incrociato, da un punto di vista funzionale, con quello della Sede;
 - lo sviluppo di adeguati livelli di qualificazione e economicità dell'attività;
 - la promozione delle attività valutative e di miglioramento della qualità;
 - l'umanizzazione e la personalizzazione dell'assistenza;
 - l'integrazione trasversale delle competenze e dei servizi;
 - la legittimità, l'imparzialità e la trasparenza dell'azione amministrativa;
 - il decentramento dei poteri gestionali attraverso un organico sistema di deleghe ai dirigenti proposti alle strutture organizzative individuati come centri di responsabilità;
 - l'accentramento dei poteri di programmazione e d'indirizzo in capo al Direttore generale, coadiuvato dal Direttore sanitario e dal Direttore amministrativo aziendale in rapporto fiduciario.
2. La gestione delle risorse umane nell'Azienda è definita, oltre che dalle indicazioni stabilite dai contratti collettivi e dalle norme nazionali e regionali, dalle disposizioni stabilite dal Protocollo d'Intesa.
3. L'Azienda ispira la sua attività di gestione delle risorse umane ai principi della piena valorizzazione delle persone che lavorano nell'Azienda e delle pari opportunità di accesso all'impiego, ai percorsi formativi, all'affidamento degli incarichi e allo sviluppo professionale.
4. L'Azienda, pertanto, pone particolare attenzione ad alcuni fondamentali strumenti per la gestione dei sistemi sanitari, che vengono rappresentati negli articoli successivi.

Articolo 42 – Gestione delle risorse umane

1. Le risorse umane costituiscono l'elemento strategico principale dell'Azienda. La loro qualità rappresenta il determinante fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi aziendali. Il coinvolgimento professionale e lavorativo, lo sviluppo delle risorse umane, la loro formazione continua e l'attenzione al benessere lavorativo sono altrettanti temi centrali su cui l'Azienda pone particolare attenzione.
2. Lo sviluppo del processo di aziendalizzazione, la crescente complessità organizzativa dei servizi, le crescenti esigenze partecipative dei cittadini e degli operatori



3. I principali strumenti utilizzati per la valorizzazione degli operatori dell'Azienda sono:
 - la predisposizione di ambienti di lavoro che stimolino il miglioramento e consolidino i rapporti di collaborazione;
 - l'assicurazione che siano ben compresi i compiti da svolgere e gli obiettivi da conseguire;
 - la verifica del livello di condivisione degli obiettivi;
 - l'accertamento periodico della motivazione nel provvedere alla qualità del servizio;
 - la verifica periodica dei risultati delle iniziative di miglioramento.

Articolo 43 - La dotazione organica

1. L'Azienda programma i propri fabbisogni di personale, tenendo adeguatamente conto delle attività di didattica e di ricerca tipiche della funzione docente, al fine di determinare la dotazione organica complessiva dell'Azienda e ripartita per i DAI, i Programmi intra ed inter dipartimentali, le due aree di staff alle direzioni amministrative e sanitarie e per le singole unità organizzative ad essi afferenti e, più in generale, per ottimizzare l'impegno assistenziale del personale universitario, stante quanto disciplinato dall'art 22, comma 6, punto a) del Protocollo d'Intesa che fissa in non meno del 60% dell'orario di servizio del corrispondente personale ospedaliero, l'impegno orario del personale universitario da dedicare alle attività assistenziali.
2. Per la quota di dotazione organica non coperta da personale universitario e coerentemente con i progetti di sviluppo economicamente sostenibile, l'Azienda può reclutare personale, secondo le norme operanti per il SSN avvalendosi, altresì, di quanto previsto dall'art. 5, comma 15, del D.Lgs. n. 517/99, fermo restando quanto disciplinato dai provvedimenti regionali in materia.
3. L'Azienda si avvale, per l'attività assistenziale, del personale universitario analiticamente indicato nell'allegato 2 del Protocollo d'Intesa. Il personale acquisito dall'Università per esigenze didattico scientifiche successive alla stipula del Protocollo d'Intesa può svolgere attività assistenziale nell'Azienda, se compatibile con il fabbisogno di dotazione organica ed in base ad uno specifico provvedimento del Direttore Generale, acquisito il parere del Rettore.
4. L'Azienda provvede a recepire ed aggiornare l'elenco del personale su comunicazione dell'Università nel rispetto dei limiti complessivi fissati dal Protocollo d'Intesa per il personale universitario (81 unità), secondo quanto disciplinato dall'art. 22, comma 8, del Protocollo d'Intesa.
5. In relazione alla dinamicità dell'Azienda e del suo personale, la consistenza della dotazione organica potrà essere modificata con determinazione del Direttore generale. L'Azienda utilizza la tipologia contrattuale più idonea per rispondere ad ogni fabbisogno individuato introducendo elementi di flessibilità nella gestione e la valorizzazione del personale laddove coerente con le esigenze aziendali.

La dotazione organica sarà definita secondo indirizzi e criteri determinati dalla Regione, in base ai principi e ai contenuti dell'art. 21, comma 1, del Protocollo d'intesa n. 13 del 13 Febbraio 2017, e le modalità di attuazione di cui all'art. 22, comma 1, del Protocollo d'intesa n. 13 del 13 Febbraio 2017. La Regione adotta la dotazione organica, acquisito il parere degli organismi universitari e previa consultazione delle OO.SS, e la sottopone alla approvazione della Regione.

7. Per maggiori dettagli sulla determinazione del fabbisogno della dotazione organica aziendale si rimanda al piano di organizzazione e funzionamento aziendale (POFA).

Articolo 44 - Gli incarichi dirigenziali

1. Gli incarichi gestionali si distinguono per il riferimento a strutture semplici e strutture complesse, mentre quelli professionali si distinguono in professionali di base e di alta professionalità.
2. Per incarichi di direzione di struttura complessa, in base all'art. 27, comma 1, lettera a), del CCNL 1998-2001, si intendono quelli relativi a strutture di livello aziendale (Dipartimenti) ed a Unità Operative complesse sempre caratterizzate da autonomia di budget e responsabilizzazione sui risultati di gestione conseguiti, in via diretta, nei confronti dei Direttori dei DAI.
3. Per incarichi di direzione di struttura semplice con autonomia organizzativa (art. 27, comma 1, lettera b), si intendono le articolazioni interne alle strutture complesse. All'interno della fascia di responsabilità riferita alle strutture semplici possono essere individuati due diversi gradi o livelli di complessità:
 - Unità operative semplici a valenza dipartimentale;
 - Unità operative semplici interne ad UU.OO. complesse.
4. Per incarichi dirigenziali di natura professionale elevata, anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, di coordinamento di programmi inter o intra dipartimentale, ispettivi, di verifica e controllo, di cui all'art. 27, comma 1, lettera c), del CCNL 1998-2001 si intendono quelli attribuibili ai dirigenti che svolgono funzioni interne alle UU.OO. connesse alla guida di gruppi di lavoro di alta professionalità, ovvero al possesso di elevate competenze tecnico-specialistiche che producono prestazioni quali-quantitative ritenute particolarmente rilevanti per l'Azienda.
5. Gli incarichi dirigenziali di natura professionale di base si caratterizzano per lo svolgimento di attività omogenee che richiedono una competenza specialistico-funzionale di base nella disciplina di appartenenza.

Articolo 45 – Attribuzione e revoca degli incarichi dirigenziali e relative modalità di valutazione

1. Nell'ambito del processo di riforma del pubblico impiego, di cui al D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., il sistema degli incarichi dirigenziali, unitamente con le norme che ne regolano la verifica e la valutazione, riveste una notevole valenza strategica e innovativa. Tale sistema, che si basa, nel conferimento degli incarichi, sui principi di trasparenza,

2. 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. n. 483/97 e n. 484/97 e dall'art. 26 del D.Lgs. n. 165/2001.
3. L'Azienda assegna a ciascun Dirigente un incarico, presupposto per generare il processo valutativo. Il conferimento degli incarichi impegna l'Azienda alla realizzazione dei seguenti processi:
 - la ridefinizione delle strutture organizzative e delle funzioni dirigenziali ai sensi del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.;
 - l'attuazione dei principi di razionalizzazione e ottimizzazione previsti dal D.Lgs. n. 165/2001 e dal D.Lgs. n.150/2009 e s.m.i..
4. Non possono essere previsti incarichi dirigenziali, incarichi di posizioni organizzative e di coordinamento finanziati con risorse a carico del bilancio aziendale e non a carico dei fondi contrattuali. 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.
5. Nel formulare i criteri per l'affidamento degli incarichi dirigenziali, l'Azienda valorizza 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.
6. Gli incarichi dirigenziali sono conferiti con apposito atto formale che definisce, tra l'altro, la tipologia dell'incarico, la durata, il mandato assegnato, gli ambiti di responsabilità ed i limiti alla stessa, gli obiettivi e le risorse assegnate, i risultati attesi, le modalità di valutazione e di revoca dell'incarico, nonché le attribuzioni del dirigente.
7. La revoca o il mutamento dell'incarico, fatto salvo quanto previsto nei successivi capoversi, è prevista solo se è stata effettuata la valutazione del dirigente in rapporto agli obiettivi assegnati. In caso di scadenza dei termini contrattuali al dirigente non potrà essere affidato nessun altro incarico se non sia stato sottoposto a valutazione.
8. L'esito positivo della valutazione professionale determina la conferma nell'incarico o il conferimento di altro incarico di pari rilievo, senza nuovi o maggiori oneri per l'Azienda, fermo restando quanto previsto dall'articolo 9, comma 32, del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122.
9. Ai sensi di quanto disposto dall'art. 1, comma 18, del D.L. 138 del 2011 convertito dall'art. 1, comma 1, della Legge n. 148 del 14/9/2011, le aziende possono disporre 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

Articolo 46 – Procedure per l'attribuzione degli incarichi di struttura complessa

1. L'Azienda, nei limiti delle risorse finanziarie ordinarie, e nei limiti del numero di strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali definite nel presente atto, tenuto conto delle norme in materia stabilite dalla contrattazione collettiva, disciplinano i criteri e le procedure per il conferimento degli incarichi a dirigenti sanitari, ai sensi del D.L. 13 settembre 2012 n. 158, convertito con modificazioni dalla Legge 8 novembre 2012 n. 189, sulla base dei principi indicati nei successivi comma.
2. La selezione, previo avviso cui l'Azienda è tenuta a dare adeguata pubblicità, viene effettuata da una commissione composta dal Direttore sanitario e da tre Direttori di struttura complessa nella medesima disciplina dell'incarico da conferire, individuati, tramite sorteggio, da un elenco nazionale nominativo costituito dall'insieme degli elenchi regionali dei direttori di struttura complessa appartenenti ai ruoli regionali del Servizio sanitario nazionale.
3. Qualora fossero sorteggiati tre direttori di struttura complessa della medesima regione ove ha sede l'Azienda interessata alla copertura del posto, non si procede alla nomina del terzo sorteggiato e si prosegue nel sorteggio fino ad individuare almeno un componente della commissione direttore di struttura complessa in regione diversa da quella ove ha sede l'Azienda.
4. La commissione elegge un presidente tra i tre componenti sorteggiati; in caso di parità di voti è eletto presidente il componente più anziano. In caso di parità nelle deliberazioni della commissione prevale il voto del presidente.
5. La commissione riceve dall'Azienda il profilo professionale del dirigente da incaricare. Sulla base dell'analisi comparativa dei curricula, dei titoli professionali posseduti, avuto anche riguardo alle necessarie competenze organizzative e gestionali, dei volumi di attività svolta, dell'aderenza al profilo ricercato e degli esiti del colloquio, la commissione presenta al Direttore generale una terna di candidati idonei formata sulla base dei migliori punteggi attribuiti.
6. Il Direttore generale individua il candidato da nominare nell'ambito della terna predisposta dalla commissione; ove intenda nominare uno dei due candidati che non hanno conseguito il migliore punteggio, deve motivare analiticamente la scelta.
7. L'Azienda può preventivamente stabilire che, nei due anni successivi alla data di conferimento dell'incarico, nel caso in cui il dirigente cui è stato conferito l'incarico dovesse dimettersi o decadere, si procede alla sostituzione conferendo l'incarico ad uno dei due professionisti facenti parte della terna iniziale.
8. La nomina dei responsabili di unità operativa complessa a direzione universitaria è effettuata dal Direttore generale d'intesa con il Rettore, sentito il Dipartimento

9. Il profilo professionale del dirigente da incaricare, i curricula dei candidati, la relazione della commissione sono pubblicati sul sito internet dell'Azienda prima della nomina. Sono altresì da pubblicare sul medesimo sito le motivazioni della scelta da parte del Direttore generale qualora questa sia caduta su uno dei due candidati che non hanno conseguito il migliore punteggio. L'incarico di direttore di struttura complessa è soggetto a conferma al termine del periodo di prova di sei mesi, prorogabile di altri sei, a decorrere dalla data di nomina a detto incarico, a seguito di valutazione.
10. Gli incarichi di struttura complessa hanno durata fino ad un massimo di cinque anni con facoltà di rinnovo per lo stesso periodo o periodo più breve. Per il conferimento dell'incarico di struttura complessa non possono essere utilizzati contratti a tempo determinato di cui all'art. 15-septies, così come previsto dall'art. 4, comma 7 quinquies, del Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito dalla legge dell'8 novembre 2012, n. 189.

Articolo 47 - Procedure per l'attribuzione degli incarichi di struttura semplice e semplice dipartimentale

1. 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 oggetto dell'incarico.
2. L'incarico di responsabile di struttura semplice intesa come articolazione interna di un dipartimento, è attribuito dal Direttore generale, sentiti i direttori delle strutture complesse di afferenza al dipartimento, su proposta del direttore di dipartimento, a un dirigente con anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico.
3. Gli incarichi di struttura semplice e semplice dipartimentale hanno durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni, con possibilità di rinnovo. Quanto sopra non si applica ai procedimenti di nomina dei direttori di struttura complessa pendenti a gli incarichi già conferiti alla data di pubblicazione sul BURC del presente atto di indirizzo.

Articolo 48 - Incarichi professionali

1. Al fine di assicurare la rilevanza delle funzioni ad alto contenuto tecnico-professionale, l'Azienda individua, con apposito provvedimento, attività specialistiche per le quali conferire incarichi di natura professionale, di alta specializzazione, di consulenza, di studio e di ricerca, ai sensi dei vigenti CC.CC.NN.LL..

3. L'individuazione degli incarichi professionali 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.

Articolo 49 - Incarichi professionali di alta specialità ed a valenza dipartimentale

1. L'Azienda, attraverso l'attribuzione di incarichi professionali di alta specialità a valenza dipartimentale, riconosce la capacità tecnica di singoli professionisti, pur gestionalmente afferenti a UU.OO.CC. o UU.OO.SS.DD., di offrire prestazioni ad elevato contenuto tecnico a UU.OO. del Dipartimento di afferenza o di altri Dipartimenti, secondo modalità da definirsi con apposito regolamento interno, con la specificazione che l'incarico conferito non implica l'attribuzione di responsabilità di risorse umane, tecnologiche e finanziarie.
2. I suddetti incarichi verranno adeguatamente pesati nell'ambito della graduazione delle funzioni.
3. In considerazione della valenza strategica di tali incarichi essi sono, al pari delle strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali, elencati in allegato al presente Atto aziendale.

Articolo 50 - Valutazione degli incarichi dei dirigenti sanitari

1. I dirigenti medici e sanitari sono sottoposti a una verifica annuale correlata alla retribuzione di risultato che tiene conto dei principi del titolo II del D.Lgs. del 27 ottobre 2009, n.150, nonché a una valutazione al termine dell'incarico, attinente alle attività professionali, ai risultati raggiunti e al livello di partecipazione ai programmi di formazione continua, effettuata dal Collegio tecnico, nominato dal Direttore generale e presieduto dal direttore di dipartimento, con le modalità definite dalla contrattazione nazionale.
2. Gli strumenti per la verifica annuale dei dirigenti medici e sanitari con incarico di responsabile di struttura semplice, di direttore di struttura complessa e dei direttori di dipartimento rilevano la quantità e la qualità delle prestazioni sanitarie erogate in relazione agli obiettivi assistenziali assegnati, concordati preventivamente in sede di discussione di budget, in base alle risorse professionali, tecnologiche e finanziarie messe a disposizione, registrano gli indici di soddisfazione degli utenti e provvedono alla valutazione delle strategie adottate per il contenimento dei costi tramite l'uso appropriato delle risorse.
3. Degli esiti positivi di tali verifiche si tiene conto nella valutazione professionale allo scadere dell'incarico.

conferimento di altro incarico di pari rilievo, senza nuovi o maggiori oneri per l'Azienda, fermo restando quanto previsto dall'art. 9, comma 32, del decreto legge 31 maggio 2010 n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 30 luglio 2010, n. 122.

Articolo 51 - Conferimento degli incarichi ai dirigenti dei ruoli professionale, tecnico ed amministrativo

1. Ai dirigenti dei ruoli professionale, tecnico ed amministrativo possono essere conferiti incarichi di direzione di struttura complessa, di responsabilità di struttura semplice ed incarichi di natura professionale.
2. Gli incarichi di direzione di struttura complessa sono conferiti con provvedimento motivato del Direttore Generale, su proposta del Direttore Amministrativo, attraverso procedimento di tipo selettivo attivato con l'indizione di avviso interno, al quale sono ammessi i dirigenti in possesso dei requisiti previsti dalla normativa e dal C.C.N.L..
3. Gli incarichi di responsabilità di struttura semplice e gli incarichi di natura professionale sono conferiti con le medesime modalità di cui ai corrispondenti incarichi ai dirigenti sanitari.

Articolo 52 - Personale universitario

1. I professori e i ricercatori universitari, nonché le figure equiparate di cui all'articolo 16, comma 1, della legge 19 novembre 1990, n. 341, che svolgono attività assistenziale presso l'Azienda, sono individuati con Atto del Direttore generale con le procedure di cui all'articolo 5, comma 1, del D.Lgs. n. 517/1999. Con lo stesso provvedimento è stabilita l'afferenza dei singoli professori e ricercatori universitari ai Dipartimenti, assicurando la coerenza fra il settore scientifico-disciplinare di inquadramento e la specializzazione disciplinare posseduta e l'attività del Dipartimento.
2. Nell'emanazione dell'atto di cui al comma 1 si tiene conto del possesso dei requisiti previsti dai DD.PP.RR. 10 dicembre 1997, n. 483 e 484.
3. Per quanto riguarda la posizione di direzione di struttura complessa, per le finalità di cui al comma 1, si tiene conto del curriculum scientifico-professionale, con valutazione comparativa tra più aspiranti effettuata dall'organo deliberante della struttura universitaria di coordinamento.
4. Ai professori di ruolo di prima fascia ai quali non sia possibile conferire la direzione di una unità operativa semplice o complessa si applica quanto previsto dall'articolo 5, comma 4, del D.Lgs. n. 517/1999.
5. Ai professori e ricercatori universitari, fermo restando quanto stabilito dall'articolo 6 della Legge 30 dicembre 2010, n. 240, si applicano le norme stabilite per il personale dirigenziale del SSN, per quanto attiene:
 - all'esercizio dell'attività assistenziale;

6. Con specifici accordi attuativi stipulati tra l'Università e l'Azienda sono disciplinati, fra l'altro:
 - le modalità di svolgimento delle attività integrate, anche per quanto attiene l'articolazione dell'orario di servizio; in particolare, si stabilisce che l'impegno orario del personale universitario da dedicare alle attività assistenziali non può essere inferiore al 60% dell'orario di servizio del corrispondente personale ospedaliero;
 - la possibilità di svolgimento delle attività medesime in più strutture assistenziali, con determinazione del relativo impegno e dei conseguenti adempimenti amministrativi-economici;
 - le funzioni e l'articolazione oraria dei responsabili di U.O.C. e D.A.I..
7. Il trattamento aggiuntivo e le indennità comunque determinate di spettanza del personale universitario di cui al Protocollo d'Intesa sono corrisposte a detto personale con le modalità di cui all'articolo 23, comma 3, del Decreto del Commissario ad Acta n. 7/2013.
8. L'Università mette a disposizione 81 unità di personale, nella composizione elencata nell'allegato n. 2 al Decreto n. 7/2013. Per detto personale l'Università corrisponderà il trattamento economico. L'Azienda provvede a recepire ed aggiornare l'elenco del personale su comunicazione dell'Università.
9. Il trattamento aggiuntivo di cui all'art. 6 del D.Lgs. n. 517/1999 al personale avente diritto, sarà anticipato dall'Università e in seguito a questa rimborsato dall'Azienda. Le spettanze del personale amministrativo e tecnico restano a carico esclusivo dell'Università.

Articolo 53 – La partecipazione del personale universitario all'attività di assistenza

1. Il personale docente e ricercatore svolge attività assistenziale con gli orari e le modalità stabilite secondo specifici accordi attuativi stipulati tra l'Università e l'Azienda, così come previsto al comma 6 dell'art. 22 del vigente Protocollo d'Intesa.
2. Per i professori di ruolo e i ricercatori l'impegno assistenziale funzionale alla didattica ed alla ricerca è documentato da appositi piani di lavoro inviati dai Direttori D.A.I., previa intesa con il Direttore del D.U., al Direttore Sanitario come schema riassuntivo delle attività assistenziali da svolgersi e sempre compatibili con gli incarichi didattici istituzionali. Su tale schema il Direttore del DAI invia al Direttore Sanitario ogni trenta giorni l'elenco nominativo concordato con il personale docente nei limiti della tripla funzione da questo svolto.
3. L'orario di attività dei professori di ruolo e dei ricercatori si articola, ai sensi del precedente comma, sulla base del piano di lavoro della struttura di appartenenza e della programmazione dell'attività didattica e di ricerca e delle necessità assistenziali.

Articolo 54 – Trattamento economico del personale universitario

1. Il trattamento economico a carico dell'Azienda spettante al personale docente e ricercatore è definito in conformità a quanto disciplinato dall'art. 23, comma 1, del Protocollo d'Intesa.
2. Fermo restando quanto previsto dall'art. 6 del D.Lgs. 517/99, dai CCNL e dai contratti integrativi aziendali delle varie aree contrattuali, l'Azienda può introdurre elementi di flessibilità nella gestione e valorizzazione del personale dipendente. In conformità della previsione normativa di cui all'art. 24 del D.Lgs. n. 29/93, che correla la parte accessoria della retribuzione al livello di responsabilità attribuita con l'incarico di funzione e con i risultati conseguiti nell'attività di gestione, il trattamento economico variabile in esame dovrà articolarsi in due voci retributive, di posizione e di risultato/produttività. La retribuzione di posizione va collegata all'effettivo livello di responsabilità attribuito con l'incarico/contratto di funzione. I relativi importi andranno determinati in modo da tener conto della diversità dell'impegno richiesto, degli obiettivi assegnati, del grado di rilevanza e della collocazione organizzativa della struttura assegnata nell'ambito dell'Azienda.
3. La retribuzione di risultato/produttività andrà invece correlata all'effettivo grado di raggiungimento degli obiettivi fissati, anche sotto il profilo qualitativo, accertato con sistemi di valutazione previsti dalle disposizioni legislative e contrattuali vigenti.
4. La valutazione del raggiungimento degli obiettivi è definita nel rispetto dei seguenti criteri generali:
 - individuazione di elementi che evidenzino il grado di conseguimento degli obiettivi assegnati nonché le modalità di valutazione degli scostamenti eventualmente riscontrati;
 - individuazione di elementi che consentano la misurazione della capacità di gestione delle risorse assegnate;
 - individuazione di elementi che consentano la rappresentazione delle prestazioni del servizio, ivi compreso l'orientamento all'utenza;
 - individuazione di elementi che consentano di accertare la qualità dell'apporto personale specifico in relazione ai risultati raggiunti.
5. I contratti/incarichi individuali dei responsabili di struttura, ai fini della determinazione della parte variabile della retribuzione, tanto di posizione che di risultato prevista nei commi precedenti, dovranno remunerare in modo differenziato l'impegno e le connesse responsabilità di struttura ed incarichi professionali dei dirigenti cui vengono affidati incarichi aggiuntivi, nonché di quelli chiamati ad assolvere, eventualmente, incombenze correlate a strutture sovraordinate a quelle di titolarità.

definiti secondo criteri di congruità e proporzione rispetto a quelli previsti al medesimo scopo dai contratti collettivi nazionali di lavoro per la dirigenza del SSN, così come previsto dall'art 6, comma 2, del D.Lgs. 517/99, e sono adeguati in base agli incrementi previsti dai contratti collettivi stessi.

Articolo 55 – La libera professione intramuraria

1. Ai sensi di quanto disciplinato dalla Legge 8.11.2012, n. 189 per attività libero-professionale si intende l'attività che il personale medico e le altre professionalità della dirigenza del ruolo sanitario esercitano al di fuori dell'orario di lavoro, in regime ambulatoriale o di ricovero, in favore e su libera scelta dell'assistito, con oneri economici a completo carico dello stesso, anche a mezzo di assicurazioni o fondi sanitari integrativi (art. 17 della Legge n. 662/96).
2. Il cittadino può quindi, pagando le prestazioni, rivolgersi a uno specifico specialista dipendente, in modo diretto e personale stabilendo con lo stesso un rapporto fiduciario di libera scelta.
3. Possono svolgere attività in libera professione i dirigenti medici e sanitari nel rispetto della normativa vigente La disciplina della libera professione è contenuta in apposito regolamento.
4. L'Azienda favorisce l'esercizio della libera professione intramuraria quale attività funzionale ai seguenti obiettivi:
 - contribuire ai processi di sviluppo organizzativo dei servizi offerti ai pazienti, mettendo a disposizione e valorizzando il patrimonio di conoscenze, capacità, esperienze e risorse organizzative, tecnologiche e strutturali dell'Azienda;
 - garantire il diritto all'esercizio della libera professione e valorizzare il ruolo e le opportunità di sviluppo professionale dei dipendenti dell'Azienda;
 - contribuire a ridurre i tempi di attesa delle prestazioni rese in regime istituzionale.
5. L'organizzazione dell'attività libero-professionale intramuraria si ispira ai seguenti criteri:
 - l'attività deve essere effettuata in modo che non contrasti con i fini istituzionali dell'Azienda e deve rispettare le esigenze della didattica e della ricerca;
 - il professionista prescelto dal paziente instaura un rapporto fiduciario e pienamente autonomo con il paziente e si farà carico, nel rispetto delle modalità organizzative e del proprio ruolo, di seguire le varie fasi della prestazione;
 - per assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero-professionale, e al fine di concorrere alla riduzione progressiva delle liste d'attesa, l'attività libero-professionale non può comportare, per ciascun dipendente, un volume di attività superiore a quello abitualmente assicurato per i compiti istituzionali, una volta che siano state definite le modalità di quantificazione;
 - il personale interessato ad aderire è tenuto a farne richiesta al Direttore generale e richiedere il parere del Direttore di Dipartimento in relazione alla disponibilità dei



- i cittadini venuti in contatto con l'Azienda sia nell'ambito delle attività istituzionali sia nell'ambito della libera professione-intramuraria, devono sempre essere informati adeguatamente della possibilità di ottenere la prestazione o prestazioni accessorie in entrambe le modalità;
 - i proventi della libera professione-intramuraria sono ripartiti tra l'Azienda, il professionista e l'équipe in modo da garantire la copertura integrale dei costi totali che l'Azienda sostiene per erogare la singola prestazione.
6. Il regolamento che disciplina l'attività libero-professionale è emanato dal Direttore Generale.

Articolo 56 – Clima e benessere organizzativo

1. L'Azienda si impegna a realizzare e mantenere il benessere fisico e psicologico delle persone, attraverso la costruzione di ambienti e relazioni di lavoro che contribuiscano al miglioramento della qualità della vita dei lavoratori e delle prestazioni. Il benessere fisico e psicologico delle persone rappresentano un punto strategico per raggiungere obiettivi di efficacia e di produttività.
2. L'Azienda è consapevole che, ai fini dello sviluppo e dell'efficienza delle attività svolte, le condizioni emotive dell'ambiente in cui si lavora, la sussistenza di un clima organizzativo che stimoli la creatività e l'apprendimento, l'ergonomia - oltre che la sicurezza - degli ambienti di lavoro, costituiscono elementi di fondamentale importanza.
3. Lo sviluppo di strumenti che favoriscano un clima e del benessere organizzativo aziendale sono funzionali alla possibilità di offrire agli operatori contesti lavorativi e organizzativi che favoriscono gli scambi, la trasparenza e la visibilità dei risultati del lavoro, in ambienti dove esiste un'adeguata attenzione agli spazi architettonici, ai rapporti tra le persone e allo sviluppo professionale.
4. Ciò è necessario ed indispensabile per:
 - valorizzare le risorse umane;
 - aumentare la motivazione dei dipendenti;
 - migliorare i rapporti tra i vari dipendenti dell'Azienda;
 - accrescere il senso di appartenenza e di soddisfazione per la propria Azienda;
 - migliorare l'immagine interna ed esterna e la qualità dei servizi forniti;
 - diffondere la cultura della partecipazione quale presupposto dell'orientamento al risultato piuttosto della cultura del mero adempimento;
 - prevenire rischi psico-sociali.
5. L'Azienda, tramite l'Organismo indipendente di valutazione della performance, svolge periodiche indagini sul livello di benessere organizzativo aziendale.

1. La formazione e l'aggiornamento professionale sono assunti dall'Azienda, come metodo permanente, quale strumento essenziale per il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate, per lo sviluppo delle professionalità degli operatori attraverso il costante adeguamento delle competenze, per la realizzazione delle finalità istituzionali e per favorire il consolidarsi di una nuova cultura gestionale improntata al risultato.
2. La formazione e l'aggiornamento professionale sono considerati dall'Azienda oltre che acquisizione di saperi, sviluppo di abilità e competenze relazionali, quale strumento propedeutico alla trasmissione di valori, di norme comportamentali e di innovazione, indispensabili per le politiche di gestione delle risorse umane.
3. La formazione degli operatori:
 - rappresenta il punto di incontro tra il sistema organizzativo e la qualità delle prestazioni erogate;
 - persegue la concreta integrazione tra gli operatori che hanno la responsabilità della gestione dei processi produttivi;
 - orienta e integra le singole professionalità su progetti e risultati comuni in linea con gli obiettivi e gli strumenti di programmazione e gestione dell'Azienda;
 - deve essere ampia e diversificata sia nelle metodologie che negli strumenti formativi per garantire percorsi di apprendimento coerenti ai bisogni dei partecipanti e trasferibili al contesto operativo di riferimento.
4. L'Azienda elabora un piano formativo annuale, di intesa con le OO.SS., che è costituito dalle attività formative annualmente pianificabili sulla base di obiettivi formativi nazionali, regionali ed aziendali, finanziandolo secondo le norme contrattuali e dall'accordo Stato - Regioni e Province autonome e comunque entro i limiti di spesa previsti dalla legislazione vigente.
5. L'Azienda nel presente Atto istituisce per tale funzione una unità operativa dedicata che fa capo ad una idonea struttura organizzativa.

Articolo 58 – Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

1. L'Azienda adempie agli obblighi previsti dal D.Lgs. n. 81/08 e s.m.i., in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, mettendo in atto tutte le misure ritenute più opportune atte a garantire la salute e la sicurezza degli operatori, dei lavoratori di imprese terze, dei visitatori, degli studenti, dei volontari, dei pazienti.
2. L'Azienda si pone quale obiettivo strategico quello di promuovere tutte le azioni organizzative e gestionali che, nel breve e medio periodo, possano garantire il raggiungimento di un Servizio Sanitario sicuro, efficiente ed in equilibrio con le risorse investite ed i risultati complessivi di salute raggiunti.
3. In tal senso, l'Azienda assicura che il Servizio Prevenzione e Protezione aziendale e le attività di Medicina del Lavoro abbiano:
 - l'organizzazione e le risorse umane quali-quantitativamente adeguate per il raggiungimento degli scopi istituzionali;

Articolo 59 – Il finanziamento

1. Al sostegno economico-finanziario delle attività svolte dall'Azienda concorrono risorse messe a disposizione sia dall'Università degli studi di Salerno che dalla Regione Campania.
2. L'Università e la Regione concorrono al finanziamento delle attività correnti dell'Azienda con gli apporti e secondo le modalità previste all'articolo 10 del Protocollo d'Intesa Università/Regione.
3. Al finanziamento dei programmi di rilevante interesse regionale, funzionali alla più elevata qualificazione dell'attività assistenziale ed attuabili dai Centri di riferimento regionali, concorre la Regione. Al finanziamento dei programmi di interesse universitario concorre esclusivamente l'Università degli studi di Salerno.
4. All'Azienda sono inoltre trasferite le risorse finanziarie indicate nel programma regionale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia ed ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario, ex art. 20 della L. 11 marzo 1988, n. 67.
5. Per l'utilizzo di eventuali risultati positivi di gestione nonché per la copertura di eventuali risultati negativi di gestione si rinvia a quanto previsto dall'art. 10 del Protocollo d'Intesa nonché a quanto indicato dal D.Lgs. n. 118/2011.

Articolo 60 – Il patrimonio

1. L'Azienda, in ottemperanza all'art. 25 del Protocollo d'Intesa e per tutto il periodo della sua validità,
 - ha facoltà di uso dei beni immobili e mobili già destinati in modo prevalente all'attività di assistenza con onere di manutenzione ordinaria e straordinaria a suo carico e con vincolo di destinazione;
 - succede all'Università nei rapporti di locazione degli immobili, nei contratti per la fornitura di beni, servizi e prestazioni professionali in essere a partire dalla sua costituzione.
2. I beni patrimoniali, individuati con l'atto ricognitivo di cui ai successivi commi, fermo restando la proprietà originaria o la concessione in uso disciplinata da legge, sono valutati come conferimento patrimoniale all'Azienda. I beni medesimi, alla cessazione della destinazione ad attività assistenziale o ad attività con questa integrata, rientrano nella piena disponibilità dell'Università o del Servizio Sanitario Regionale che li ha conferiti. La modifica dello stato d'uso, la demolizione e la ricostruzione degli edifici

3. I beni demaniali o comunque in uso gratuito e perpetuo all'Università, nonché i suoi beni mobili e immobili, già destinati in modo prevalente alle attività assistenziali, possono essere concessi a titolo gratuito all'Azienda integrata, la quale si fa carico degli oneri di conduzione e di manutenzione ordinaria e straordinaria per le opere di cui all'articolo 3, comma 1, lettere a), b), c), d), e), f) del DPR del 6 giugno 2001, n. 380, oltre agli oneri da sostenere per il rispetto della normativa sulla sicurezza.
4. Resta fermo il vincolo di destinazione di detti beni demaniali ad attività assistenziale, previa individuazione dei singoli beni con apposito atto ricognitivo predisposto a cura del Rettore dell'Università e del Direttore generale dell'Azienda, secondo i principi sanciti al presente articolo. Con lo stesso atto ricognitivo sono censiti gli spazi adibiti ad attività didattiche e ad attività di ricerca e ai fini di stabilire gli oneri a carico dell'Università da rimborsare all'Azienda.
5. L'Azienda riconosce la valenza strategica del patrimonio quale strumento di potenziamento e di qualificazione strutturale e tecnologica dell'offerta di servizio.
6. Eventuali donazioni e lasciti saranno accettati nei limiti e con le modalità previste da apposito regolamento.

Articolo 61 – Il sistema integrato di programmazione, controllo e valutazione

1. L'Azienda, in attuazione di quanto previsto dalla normativa vigente ed al fine di un effettivo coinvolgimento e responsabilizzazione della dirigenza, informa la propria organizzazione sulla base della distinzione tra:
 - attività di indirizzo, programmazione e controllo, esercitati dal Direttore generale con la collaborazione del Direttore amministrativo e del Direttore sanitario;
 - attività gestionali, esercitate secondo gli incarichi di struttura ed i livelli di responsabilità assegnate alla Dirigenza medica, amministrativa, tecnica, professionale e sanitaria.
2. Costituisce compito della Dirigenza l'attuazione degli obiettivi e dei programmi stabiliti dalla direzione aziendale e la formulazione di proposte nei confronti dei superiori livelli direzionali.
3. Spetta in particolare ai Dirigenti lo svolgimento delle seguenti funzioni o attività:
 - a. direzione, coordinamento, organizzazione e gestione delle strutture, professionali o funzionali, e predisposizione dei programmi di lavoro delle strutture medesime, secondo i principi di flessibilità ai fini del conseguimento degli obiettivi programmati attraverso l'uso razionale delle risorse;
 - b. responsabilizzazione del personale per il raggiungimento dei risultati e adozione degli atti di organizzazione e gestione del personale che non comportino modifiche di inquadramento o posizione funzionale;



- d. controllo dell'insieme delle attività svolte, ai fini della valutazione dei risultati conseguiti;
 - e. partecipazione alle procedure informative, nonché di verifica e controllo delle prestazioni e della gestione.
4. Al fine di realizzare compiutamente il Sistema integrato della programmazione, controllo e valutazione, l'Azienda, nell'ambito della propria autonomia, si dota di strumenti adeguati a:
- a. garantire la legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa (controllo di regolarità amministrativa e contabile);
 - b. verificare l'efficacia, l'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);
 - c. valutare le prestazioni del personale con qualifica dirigenziale (valutazione della dirigenza);
 - d. 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 controllo strategico).
5. La progettazione d'insieme dei controlli interni rispetta i seguenti principi generali:
- a. l'attività di valutazione e controllo strategico supporta l'attività di programmazione strategica e di indirizzo politico-amministrativo. Essa è pertanto svolta da strutture che rispondono direttamente agli organi di indirizzo politico-amministrativo;
 - b. il controllo di gestione e l'attività di valutazione dei dirigenti, fermo restando quanto previsto ai punti precedenti, sono svolte da strutture e soggetti che rispondono direttamente alla Direzione generale;
 - c. la Direzione generale contribuisce a svolgere l'attività di valutazione dei dirigenti Direttori di Dipartimento e dei Dirigenti non inseriti in ambito dipartimentale;
 - d. l'attività di valutazione dei Dirigenti utilizza anche i risultati del controllo di gestione, ma è svolta da strutture o soggetti diverse da quelle cui è demandato il controllo di gestione medesimo;
 - e. è 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. Gli addetti alle strutture che effettuano il controllo di gestione, la valutazione dei dirigenti e il controllo strategico riferiscono sui risultati dell'attività svolta esclusivamente agli organi di vertice dell'amministrazione.

Articolo 62 - La pianificazione strategica

1. La pianificazione strategica è la funzione con la quale la direzione aziendale, avvalendosi del Collegio di Direzione e dell'Organo di Indirizzo ed eventualmente dei responsabili delle competenti strutture organizzative, definisce gli obiettivi generali



2. La Direzione aziendale dà operatività agli obiettivi determinati dalla pianificazione strategica, tramite il processo di programmazione annuale che orienta e vincola tutti i produttori sanitari che afferiscono all'Azienda, siano essi interni o esterni, pubblici o privati. La Direzione aziendale assolve in tal modo alla propria funzione di committenza, presiedendo alla negoziazione. In particolare, la committenza ha relazione con le funzioni di programmazione e di indirizzo politico-amministrativo, si esplica nella definizione dei servizi necessari per rispondere in modo appropriato ai bisogni di salute della popolazione e di integrazione tra le attività di didattica, ricerca ed assistenza, si sviluppa con l'esercizio di più funzioni, quali:
 - definire le priorità e assicurare coerenza e compatibilità economica tra gli obiettivi assegnati all'Azienda e piano delle attività aziendali;
 - definire la tipologia quantitativa e qualitativa dei prodotti-servizi necessari ed appropriati per rispondere ai bisogni di salute dei cittadini;
 - adottare efficaci sistemi di monitoraggio, controllo e verifica dei risultati nei confronti degli erogatori interni ed esterni, anche a garanzia della qualità delle prestazioni erogate;
 - orientare la produzione, partecipare e presiedere alla negoziazione del budget per gli erogatori interni e alla stipula degli accordi contrattuali con gli erogatori esterni, pubblici e privati.
3. La valenza strategica della funzione di committenza esige che essa sia posta in capo all'alta direzione aziendale, ovvero al Direttore generale coadiuvato dal Direttore sanitario e dal Direttore amministrativo, affiancati a tal fine dai direttori dei DAI. In base alle risorse affidate, al programma delle attività e degli obiettivi assegnati, le direzioni dei dipartimenti individuano una proposta programmatica di produzione. Sono pertanto deputate a decidere sul come produrre ovvero a definire le modalità tecnico organizzative per garantire la qualità tramite la responsabilità del governo amministrativo, clinico e di quello economico.
4. Costituiscono atti di pianificazione strategica i piani attuativi, i piani ed i programmi pluriennali di investimento, le modifiche all'atto aziendale per quanto riguarda gli assetti organizzativi. Gli atti di pianificazione strategica sono inviati all'Organo di Indirizzo per la verifica delle congruità di competenza. Il parere su tali atti si intende favorevole se non espresso in senso contrario entro 30 giorni dalla data di ricevimento. Gli atti di pianificazione strategica sono oggetto di informativa alle OO.SS..
5. Il piano attuativo aziendale (**piano della performance**) rappresenta il piano strategico dell'Azienda, ed è un atto di programmazione triennale mediante il quale l'Azienda programma, nei limiti delle risorse disponibili, l'attività da svolgere nel periodo di vigenza del Piano Sanitario Regionale e della programmazione della Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università di Salerno al fine del raggiungimento degli obiettivi da essi esposti con particolare riferimento alla programmazione economica, del personale e degli investimenti. Il Piano è articolato per ciascun DAI.
6. L'Azienda adotta gli strumenti, previsti dal D.Lgs. n. 150/2009 ai fini della valutazione della performance organizzativa ed individuale, affinché vengano implementati in modo efficace il monitoraggio ed il miglioramento delle proprie performance e costituiscano uno stimolo per implementare i processi di aziendalizzazione.

- è responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dalla Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche, istituita ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 150/2009;
 - monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione;
 - garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione;
 - esercita un'attività di impulso nei confronti del vertice politico-amministrativo nonché della dirigenza, per l'elaborazione e l'aggiornamento del Sistema e per la sua attuazione.
8. La Struttura tecnica permanente per la misurazione delle performance fornisce supporto all'OIV e funge da "interfaccia tecnica" tra l'OIV e i dirigenti nell'ambito del processo di misurazione e valutazione, interagendo con le diverse unità organizzative e, in particolare, con quelle coinvolte nella pianificazione strategica e operativa, nella programmazione economico-finanziaria e nei controlli interni.
9. Gli strumenti adottati dall'Azienda sono:
- Ciclo di gestione della performance, che costituisce una previsione delle caratteristiche dei principali strumenti di programmazione e valutazione dell'amministrazione.
 - Sistema di misurazione e valutazione della performance, che pone come obiettivo la valutazione della performance organizzativa ed individuale dell'Azienda.
 - Piano della performance, che si sostanzia in una programmazione triennale degli obiettivi strategici dell'amministrazione.
 - Relazione sulla performance, che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti.
10. L'Azienda conformemente a quanto indicato dalla delibera n. 89/2010, "Indirizzi in materia di parametri e modelli di riferimento del Sistema di misurazione e valutazione della performance (articoli 13, comma 6, lett. d) e 30, del D.Lgs. del 27 ottobre 2009, n. 150)" della Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche, adotta uno o più dei seguenti strumenti per la misurazione della performance a livello organizzativo:
- la Balanced Scorecard, quale strumento coerente di misurazione e controllo strategico caratterizzato da un forte legame sia tra risultati, processi e risorse, nonché tra obiettivi, indicatori ed azioni.
 - Il Performance Prism, quale strumento di misurazione strategica la cui prospettiva è incentrata sugli stakeholder.
 - Il Common Assessment Framework, ispirato ai sistemi di qualità (EFQM, European Foundation for Quality Management) e fondato sull'autovalutazione e utilizza una larga gamma di indicatori.
11. Il ciclo della Performance, ai sensi di quanto stabilito dal D.Lgs. n. 150/09, è il sistema integrato di programmazione, controllo e valutazione si inserisce all'interno di un ciclo di gestione della performance che si articola nelle seguenti fasi:
- a. definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
 - b. collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
 - c. monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;

- prospettiva del cliente/utente;
- prospettiva dell'apprendimento e della crescita;
- prospettiva della ricerca.

5. La Direttiva annuale del Direttore generale costituisce una apposita sezione del "Piano delle Performance", di validità triennale, che, ai sensi del D.Lgs. 150/2009, in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.

Articolo 65 – Il Budget

1. Il budget si attua attraverso l'amministrazione delle risorse disponibili assegnate ai DAI, allo staff della Direzione Sanitaria, allo staff della Direzione Amministrativa per il raggiungimento delle finalità assistenziali, didattiche e di ricerca, definite dai documenti di programmazione.
2. Il Direttore generale, coadiuvato dalla direzione strategica, sulla base delle indicazioni programmatiche generali, delle linee indicate dall'Organo d'Indirizzo definisce le linee d'equilibrio tra risorse e risultati relative ai livelli di produzione dei servizi, alle politiche della qualità, alle politiche delle risorse umane, alle linee di innovazione e ai livelli di investimento. Partendo da tali indicazioni e con la formulazione di obiettivi qualitativi e quantitativi, il Direttore generale attribuisce gli obiettivi di budget ad ogni dipartimento attivando specifici percorsi di negoziazione.
3. Successivamente, ogni direttore di dipartimento informa, per un parere complessivo, il Comitato di dipartimento, e attribuisce alle singole strutture complesse e semplici dipartimentali gli obiettivi di budget attivando specifici percorsi di negoziazione. I responsabili delle strutture complesse e semplici hanno il compito di conseguirli nel rispetto degli standard di qualità attesi.
4. Elemento fondamentale del budget è la correlazione tra risorse e risultati. Il budget, in particolare, è costituito dall'insieme di documenti di carattere economico, patrimoniale e finanziario che descrivono gli obiettivi di gestione in termini di risultati da raggiungere e di risorse da impiegare. Il budget è distinto in:
 - budget generale che, riferito all'intera Azienda, rappresenta lo strumento di coordinamento dei budget funzionali e il termine di confronto per la verifica dei risultati consuntivi;
 - budget funzionali che, riferiti alle strutture che erogano assistenza e servizi, rappresentano lo strumento per definire e concordare in via preventiva i volumi di attività e i costi relativi ed altri obiettivi di carattere qualitativo.
5. Il Direttore generale individua, ai sensi dell'art. 17, comma 5, del Protocollo d'Intesa, nei Dipartimenti ad attività integrata i centri di responsabilità cui corrispondono i budget funzionali e ne individua i responsabili nei Direttori. Il responsabile di budget funzionale determina l'impiego delle risorse e risponde, ai fini della determinazione delle indennità di risultato ed in termini di incentivazione, dei risultati economici e degli scostamenti dei costi e ricavi di gestione rispetto al budget secondo le modalità, i termini e le procedure concordate con il Direttore generale.

del Dipartimento tra le strutture complesse e semplici a valenza dipartimentale di afferenza con relativo decentramento delle responsabilità ai Direttori delle Unità Operative Complesse e ai Responsabili delle Unità Operative semplici a valenza dipartimentale.

Articolo 66 – I sistemi di controllo e valutazione

1. L'Azienda attribuisce particolare importanza alla valutazione e controllo delle risorse impiegate (umane, economiche e finanziarie) e dei servizi offerti. Fermo restando la competenza in materia di controllo sulle attività delle aziende sanitarie riservata dalla normativa a enti ed organismi esterni, si individuano, ai sensi dell'art. 1 del D.Lgs. 30/07/1999 n. 286, le seguenti quattro forme di controllo:
 - a. **controllo di regolarità amministrativa e contabile;** ad esso provvede il collegio sindacale ex art. 3-ter del D.Lgs. n. 229/99 ed art. 4 del D.Lgs. n. 517/1999, ivi compresi quelli di cui all'art. 1, comma 62, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 e, nell'ambito delle competenze stabilite dalla vigente legislazione, i servizi ispettivi di finanza del Ministero dell'Economia e delle Finanze e quelli con competenze di carattere generale. Per la presente tipologia di controllo non è possibile affidare queste competenze alle strutture organizzative descritte nei punti successivi;
 - b. **controllo di gestione;** la verifica dell'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa e dell'utilizzo delle risorse è affidata ad apposita struttura interna di controllo di gestione dello staff della Direzione Amministrativa. La funzione di controllo di gestione serve a supportare il sistema di valutazione dei dirigenti ed a sostenere i responsabili di struttura nella loro attività gestionale;
 - c. **valutazione e controllo strategico;** la valutazione dell'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi ed altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico è affidata alla Direzione aziendale. Lo staff, aiuta la direzione ad interpretare la coerenza tra le scelte strategiche effettuate ed i risultati della gestione operativa, con particolare riguardo alla qualità erogata dei servizi ed alla rispondenza rispetto ai bisogni degli utenti.
 - d. **valutazione del personale.** La valutazione del personale rappresenta uno degli obiettivi prioritari di una concreta politica sanitaria. Essa è affidata in prima istanza, ai dirigenti stessi ed in seconda istanza all'Organismo Indipendente di Valutazione ed ai Collegi Tecnici (CT). L'Azienda valuta, in coerenza a quanto stabilito al riguardo dai contratti di lavoro, le prestazioni ed i comportamenti relativi allo sviluppo delle risorse professionali, umane ed organizzative in coerenza con l'incarico di posizione ricoperto e le potenzialità individuali dei singoli dirigenti.
2. L'Azienda, allo scopo di implementare il sistema dei controlli prima delineato, si dota di strumenti adeguati a:
 - valutare le prestazioni del personale ed, allo scopo, attivare specifici meccanismi di verifica (valutazione del personale);
 - verificare l'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare, mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e

- verificare i risultati conseguiti nella realizzazione di programmi o progetti cui sono connesse le componenti salariali relative alla produttività, da attribuire in sede di contrattazione decentrata, ai fini dell'erogazione di tali compensi (controllo dei risultati gestionali);
- verificare il livello di condivisione degli obiettivi;
- valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi e altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico, in termini di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti (controllo strategico);
- garantire la legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa (controllo di regolarità amministrativa e contabile).

Articolo 66.1 – Il controllo di regolarità amministrativa e contabile

1. La regolarità amministrativo-contabile costituisce il fondamento di tutto il sistema di Programmazione e Controllo quale verifica della correttezza ed affidabilità di procedure ed atti.
2. Le verifiche di regolarità amministrativa e contabile devono rispettare, in quanto applicabili alla pubblica amministrazione, i principi generali del codice civile.
3. Il controllo di regolarità amministrativa e contabile non comprende verifiche da effettuarsi in via preventiva se non nei casi espressamente previsti dalla legge e fatto salvo, in ogni caso, il principio secondo cui le definitive determinazioni in ordine all'efficacia dell'atto sono adottate dall'organo amministrativo responsabile.

Articolo 66.2 – Il controllo di gestione

1. Il controllo di gestione è diretto a verificare efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa di tutte le unità organizzative individuate dalla direzione generale come centri di responsabilità. Le verifiche del controllo di gestione sono finalizzate a:
 - a. ottimizzare il rapporto tra costi sostenuti e risultati conseguiti (prodotti/servizi) delle unità organizzative individuate come Centro di Responsabilità e comunque che l'Azienda intende sottoporre a controllo;
 - b. fornire dati e risultati all'Organismo di valutazione indipendente della performance (OIVP) finalizzati alla valutazione delle prestazioni del personale con qualifica dirigenziale (valutazione dei dirigenti) ed alla valutazione dell'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, dei programmi ed altre determinazioni della direzione strategica, in termini di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti (valutazione e controllo strategico);
 - c. Supportare la funzione dirigenziale di cui all'art. 16, comma 1, del D.Lgs. n. 165/01 e sue successive modificazioni.
2. L'Azienda basa i processi organizzativi propri del controllo di gestione, attuando in particolare le seguenti macro-fasi:
 - definizione degli standard prestazionali di ciascuna struttura;

- progettazione ed implementazione del sistema di reporting finalizzato a consentire una sistematica rilevazione dei costi e dei ricavi relativi alle diverse articolazioni aziendali (contabilità per centri di costo); costi e ricavi 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 infrannuale, almeno trimestrale all'atto delle rilevazioni del Conto Economico (CE) per il Ministero della salute, 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.
3. Gli strumenti operativi del controllo di gestione sono:
- a. il Piano della performance che comprende la Direttiva annuale del Direttore generale – o Piano Annuale delle Attività – di cui all'art. 14 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e di cui ai Decreti del Commissario ad Acta della Regione Campania per la prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario n. 14 del 30 novembre 2009 e n. 60 del 4 agosto 2011;
 - b. il sistema dei budget dei Centri di Responsabilità (master budget);
 - c. il sistema organizzativo aziendale articolato nelle unità organizzative configurabili come centri di responsabilità e come centri di costo;
 - d. la contabilità analitica per centri di costo e la definizione delle modalità di rilevazione e ripartizione dei costi tra le unità organizzative e raffronto con gli obiettivi per cui i costi sono sostenuti;
 - e. l'individuazione degli indicatori specifici di efficacia, efficienza ed economicità;
 - f. il sistema di reporting;
 - g. la relazione annuale consuntiva sulla performance.
4. L'Azienda istituisce per tale funzione una unità operativa dedicata che fa capo ad una idonea struttura organizzativa.

Articolo 66.3 – Il controllo dei risultati di gestione ed il controllo strategico

1. L'Azienda, per il controllo dei risultati di gestione, ai sensi dell'art. 5 del D.Lgs. n. 165/2001 e dell'art. 4 del D.Lgs. n. 286/99, definisce:
- le strutture responsabili della progettazione e della gestione del controllo stesso;
 - gli indicatori specifici per misurare efficacia, efficienza ed economicità;
 - le procedure di determinazione degli obiettivi gestionali e dei soggetti responsabili;
 - le modalità di rilevazione e ripartizione dei costi tra le strutture e di individuazione degli obiettivi per cui i costi sono sostenuti.

3. L'attività di valutazione consiste in:
 - a. analisi preventiva di congruenza tra missioni affidate dalle norme ed obiettivi prescelti;
 - b. analisi preventiva di congruenza tra obiettivi e risorse assegnate;
 - c. analisi degli eventuali scostamenti tra obiettivi predefiniti e risultati conseguiti;
 - d. analisi successiva di congruenza tra obiettivi predefiniti e scelte operative effettuate;
 - e. identificazione dei fattori ostativi;
 - f. individuazione delle cause che li hanno determinati;
 - g. individuazione delle eventuali responsabilità per la mancata o parziale attuazione;
 - h. individuazione dei possibili rimedi.
4. I soggetti investiti della funzione di controllo di gestione, di controllo strategico, della valutazione dei risultati gestionali e della valutazione del personale, riferiscono, almeno trimestralmente, con apposite relazioni, sulle risultanze delle analisi effettuate alla Direzione aziendale.

Articolo 66.4 – La valutazione del personale

1. L'Azienda adotta un sistema di valutazione permanente di tutto il personale con le finalità e gli scopi definiti dalle norme e dai contratti di lavoro.
2. La valutazione del personale dipendente, dirigenza e comparto, è un principio ispiratore fondamentale nell'ambito dei rapporti aziendali.
3. Oggetto della valutazione sono gli aspetti gestionali organizzativi e professionali connessi alle attività assistenziali.
4. Gli effetti della valutazione sono quelli previsti dalle norme e dai contratti di lavoro ed i provvedimenti conseguenti sono assunti dal Direttore generale. Laddove i provvedimenti riguardano il personale docente la valutazione della Dirigenza viene effettuata ai sensi dell'art. 5 del D.Lgs. n. 517/99, del Titolo V del D.Lgs. n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, del Capo IV (verifica e valutazione dei dirigenti) del CCNL della Dirigenza Medica, dell'art. 5 del D.Lgs. n. 286/99.
5. La valutazione in generale del personale viene effettuata ai sensi dell'art. 20 e 21 del D.Lgs. n. 29/93 e successive modifiche ed integrazioni e dal CCNL del Comparto e del D.Lgs. n. 150/2009 e della delibera della CIVIT n. 89/2010, anche con metodologie bottom-up.
6. L'Azienda, sulla base anche dei risultati del controllo di gestione, valuta, in coerenza con quanto stabilito al riguardo dai CCNNLL, le prestazioni dei propri dirigenti nonché i comportamenti relativi allo sviluppo delle risorse professionali, umane e organizzative a essi assegnate (competenze organizzative). La valutazione delle prestazioni e delle competenze organizzative dei dirigenti tiene particolarmente anche conto dei risultati dell'attività amministrativa e della gestione.

le
metodo permanente e strumento essenziale per lo sviluppo della professionalità degli operatori attraverso il costante adeguamento delle competenze, per la realizzazione delle finalità istituzionali e per favorire il consolidarsi di una nuova cultura gestionale improntata al risultato.

8. Agli operatori del settore è richiesto un costante aggiornamento incentrato oltre che sulle conoscenze tecniche, anche sulle abilità di tipo programmatico, organizzativo e gestionale.
9. I criteri e le modalità generali del sistema valutativo del personale dipendente sono contenuti nell'apposito regolamento.

Articolo 67 - I principi generali del governo aziendale

1. Il concetto di Azienda ed i fabbisogni ad essa collegati orientano l'attività di gestione:
 - l'Azienda è concepita come sistema unitario;
 - l'Azienda definisce di prioritaria importanza un'efficace gestione delle proprie risorse, e pertanto intende promuovere la formazione e la partecipazione degli operatori ai processi aziendali;
 - l'Azienda orienta la sua programmazione, la sua gestione e l'erogazione dei suoi servizi all'utenza, con particolare attenzione alla garanzia di tutte le forme e dimensioni della qualità;
 - l'Azienda si dota di adeguate infrastrutture organizzative per realizzare la sua missione, favorendo un'organizzazione per processi orientata ai fruitori e ai risultati;
 - l'Azienda riconosce l'importanza di realizzare le sue finalità istituzionali mediante una gestione attenta dell'impiego delle sue risorse economiche erogando prestazioni mediante una gestione attenta dell'impiego delle sue risorse economiche;
 - l'Azienda si avvale, aderendo ai principi della business intelligence, di un sistema informativo e statistico unitario, idoneo alla rilevazione di grandezze qualitative e quantitative di diverso carattere, basato su banche dati delle informazioni integrabili e su un unico datawarehouse e sulla predisposizione periodica di report, prospetti e analisi, ed organizzato in modo da costituire una struttura di servizio per tutte le articolazioni organizzative dell'Azienda, nonché per l'assolvimento del debito informativo esterno.
2. Il governo aziendale si esprime attraverso la distinzione delle funzioni di committenza e produzione e si manifesta attraverso il governo economico e clinico.

Articolo 68 - Le dimensioni del governo aziendale: committenza e produzione

è la produzione.

2. **Committenza** è la funzione, di valenza strategica, rivolta all'interno dell'Azienda con la quale si garantiscono, per gli utenti e loro rappresentanti risultati da raggiungere come "obiettivi di salute", con l'assicurazione della disponibilità delle risorse assegnate per raggiungerli. Essa viene esercitata dall'Azienda nei confronti di tutti i produttori interni di servizi sanitari e non, secondo i bisogni assistenziali ed è svolta, con modalità collegiali, dalla Direzione Strategica aziendale.
3. La funzione sopra descritta viene esercitata mediante:
 - a. individuazione e definizione delle priorità assistenziali ed elaborazione del Piano attuativo aziendale (Piano delle Performance), articolato nei Programmi Attuativi Dipartimentali (P.A.D.);
 - b. elaborazione del documento programmatico in merito alla coerenza tra l'attività assistenziali e le necessità didattiche e di ricerca;
 - c. predisposizione del programma annuale delle attività compatibile con il bilancio preventivo ed in linea con la programmazione sanitaria regionale;
 - d. predisposizione di relazione consuntiva sull'andamento dell'esercizio dell'anno precedente con indicazione del raggiungimento degli obiettivi contenuti nella relazione programmatica;
 - e. selezione degli erogatori/produttori di servizi sanitari interni all'Azienda e negoziazione e stipula degli accordi contrattuali mediante logica budgetaria;
 - f. valutazione della compatibilità tra il Piano delle Performance e le risorse finanziarie disponibili e loro allocazione;
 - g. verifica e monitoraggio dei risultati presso ciascun erogatore/ produttore, a garanzia del cittadino;
 - h. conferenza annuale dei Servizi.
4. **Produzione**/erogazione è la funzione interna mediante la quale viene assicurato il raggiungimento degli obiettivi negoziati con la direzione aziendale, in termini di erogazione/produzione di prestazioni e di servizi interni: DAI, UU.OO. complesse e semplici, centri interdipartimentali, centri di riferimento regionali, ecc. Viene affidata al Direttore sanitario ed ai direttori di dipartimenti e da questi ultimi ai direttori di strutture complesse e semplici, oltre che ai direttori e dirigenti delle varie UU.OO. coinvolte nell'organizzazione dell'Azienda.
5. Le modalità di svolgimento delle attività dell'Azienda ed il suo modello organizzativo (POFA) si ispirano al principio della separazione fra le funzioni della committenza e della produzione.

Articolo 69 - Il governo clinico

1. Il governo clinico è l'ambito nel quale singoli professionisti, operatori sanitari, l'organizzazione stessa, erogano prestazioni sanitarie, assicurando livelli assistenziali (LEA) controllati e costanti, nell'ottica della garanzia della qualità ed individuando sempre più elevati standard operativi.

tratta solo di intervenire sulle singole decisioni cliniche per orientarle verso una migliore appropriatezza, ma anche di fare in modo che l'intero sistema assistenziale nel suo insieme sia orientato verso questo obiettivo.

3. Finalità primaria del governo clinico è far sì che la qualità dei servizi sanitari e delle prestazioni da essi erogate, venga assunta come parte integrante delle scelte operate sul piano del governo amministrativo, su quello della organizzazione dei servizi e su quello della formazione dei professionisti che vi operano.
4. Gli elementi costitutivi di un sistema di governo clinico sono indicativamente i seguenti:
 - a. orientamento delle azioni degli operatori sanitari e dei pazienti verso obiettivi di **efficacia e appropriatezza**, mediante interventi sanitari basati sulle migliori evidenze scientifiche disponibili a livello internazionale. Le **linee-guida** cliniche e clinico-organizzative rappresentano sia lo strumento di sintesi delle evidenze disponibili e di definizione degli obiettivi generali e di cambiamento da raggiungere, che quello attraverso il quale si possono valutare i risultati e la qualità della assistenza sanitaria fornita, definendo specifici indicatori di appropriatezza attesi da raggiungere o verso cui tendere;
 - b. **audit clinico**: sono le azioni con cui gli operatori sanitari revisionano le performance dell'assistenza fornita rispetto a uno standard definito; è utile per aumentare il grado di conoscenza del proprio operato e favorire un confronto tra pari;
 - c. **formazione permanente**;
 - d. **gestione del rischio** intesa come strumento per prevenire rischi o incidenti che possono verificarsi nell'esecuzione di pratiche sanitarie e per informare correttamente pazienti ed operatori, anche al fine di prevenzione del contenzioso e riduzione degli oneri assicurativi;
 - e. **trasparenza e verificabilità dei risultati** raggiunti.
5. L'assetto organizzativo dell'Azienda, definito come dipartimentale, costituisce un ambiente idoneo al governo clinico, poiché indica l'assistenza integrata e multidisciplinare come uno stabile coordinamento tra i responsabili delle UU.OO. e afferma il principio di un approccio assistenziale centrato sull'utente e sul percorso diagnostico-terapeutico e non su singoli momenti assistenziali, anche attraverso l'elaborazione di Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), linee guida (LG) e protocolli diagnostico terapeutici ed assistenziali. L'insieme è il prodotto della governance clinica, del technology assessment e del management care. La responsabilità del governo clinico è di ogni livello organizzativo e professionale. La Direzione sanitaria assume il ruolo di orientamento tecnico e metodologico e coordinamento generale del governo clinico aziendale.
6. Alla Direzione strategica spetta il compito di verificare, a livello aziendale, l'applicazione del miglioramento e del raggiungimento dell'efficacia delle prestazioni, con particolare riferimento alla qualità e all'appropriatezza delle stesse. L'Azienda, inoltre, sviluppa ed implementa il Sistema Qualità Aziendale, quale metodo ordinario di programmazione e gestione.
7. Sono impegni dell'Azienda quindi:
 - la definizione di una politica per la qualità;
 - il presidio costante della funzione qualità;

le procedure da seguire ed i programmi di miglioramento selezionati che devono tradursi in specifici obiettivi da raggiungere;

- la realizzazione di un programma annuale per la Formazione orientata alla qualità;
- la stesura di un manuale della qualità (procedure e criteri definiti e noti a tutti);
- l'individuazione di gruppi di miglioramento qualità operanti su criticità prioritarie;
- lo sviluppo del sistema informativo orientato alla qualità;
- l'orientamento del management per problemi, processi, obiettivi e risultati;
- la partecipazione ad un valido sistema di accreditamento orientato all'eccellenza;
- la gestione del rischio, attraverso l'implementazione di metodologie, fornendo indicazioni per appropriati interventi e piani di riduzione degli errori;
- la strutturazione delle collaborazioni con Società Scientifiche e Centri di Ricerca ed accesso a centri di documentazione nazionale ed internazionale;
- la promozione di azioni professionali ed organizzative di audit ed auto-valutazione (valutazione qualità della cartella clinica, valutazione appropriatezza delle prestazioni, EBM, EFQM, Benchmarking, Vision 2000, ecc.).

Articolo 70 - Il governo economico-finanziario

1. L'Azienda si impegna a garantire i livelli di assistenza sanitaria programmati sia in termini di servizi ed attività, che in termini di impiego efficiente delle risorse economiche.
2. Il governo economico finanziario garantisce il rispetto dei criteri finanziari posti all'Azienda. La sua funzione risulta essenziale all'interno del processo di programmazione e controllo per la correlazione tra risorse disponibili e risultati di attività.
3. Il governo economico-finanziario utilizza come strumenti indispensabili:
 - la contabilità generale e la contabilità analitica per centri di costo;
 - il sistema di budgeting e di reporting;
 - il bilancio economico preventivo ed il piano dei flussi di cassa prospettico;
 - il bilancio d'esercizio.
4. Il governo economico prevede l'introduzione graduale di strumenti innovativi di gestione quali:
 - a. la relazione istituzionale ed il bilancio di mandato;
 - b. la contabilità analitica per processo di cura attraverso metodologia Abc e Abm;
 - c. la Balanced score card.
5. L'introduzione di strumenti innovati di gestione è motivato da esigenze di ridefinizione dei criteri di valutazione e rendicontazione delle performance dell'Azienda, volendo perseguire come obiettivo prioritario il riposizionamento al centro dei processi aziendali:
 - dell'efficacia delle cure;
 - dell'appropriatezza delle prestazioni;

6. Nella rendicontazione aziendale deve essere posta particolare attenzione ai seguenti temi strategici di più alto livello:
 - a. il costo delle prestazioni (programmazione e controllo di gestione);
 - b. il valore creato, inteso come benefici per gli stakeholders di riferimento;
 - c. il contributo al sistema istituzionale di riferimento.
7. Rientra nelle funzioni del governo economico:
 - emanare direttive volte alla piena applicazione della contabilità economica, volte all'individuazione di criteri uniformi relativi alle rilevazioni dei dati contabili ed alla struttura del bilancio d'esercizio;
 - garantire omogeneità e controllabilità degli atti di gestione;
 - individuare come centri di responsabilità, oltre ai dipartimenti ad attività integrata, anche altre articolazioni organizzative afferenti ad aree di attività che richiedono unitarietà di organizzazione e coordinamento gestionale.
8. La contabilità generale e la contabilità analitica sono i principali strumenti di rappresentazione del complessivo andamento economico della gestione.
9. Il Direttore generale individua nel Direttore del DAI il responsabile di ciascun centro di responsabilità che risponde dell'attività e dei servizi svolti nonché dei relativi risultati, del budget attribuito e della relativa gestione, nonché della tenuta dei beni inventariati assegnati. Sono definiti Centri di rilevazione dei costi le articolazioni organizzative - individuate ai soli fini della rilevare lo svolgimento delle attività ed il connesso assorbimento di risorse - sotto ordinate rispetto ai centri di responsabilità e connotate da caratteristiche organizzative, funzionali e produttive omogenee. Il Direttore Generale, con proprio provvedimento, definisce l'elenco dei centri di rilevazione dei costi che devono far capo a ciascun centro di responsabilità.
10. L'azione di monitoraggio degli accadimenti economici e produttivi dell'Azienda deve avvalersi di un affidabile sistema di rilevazione che permettono di prevedere e verificare le condizioni di economicità della gestione e cioè la sostenibilità economica nel tempo delle attività aziendali.
11. Fra i principi di riferimento per una corretta gestione contabile si annoverano:
 - rispettare l'equilibrio finanziario fra entrate ed uscite;
 - l'impegno ad eliminare duplicazioni o ridondanze strutturali e organizzative;
 - dimensionare la propria capacità produttiva in funzione dell'effettivo livello di domanda prevedibile;
 - valutare la congruenza fra risultati ottenuti e gli obiettivi predefiniti.
12. All'interno dell'Azienda l'allocazione delle risorse avviene in base ai piani annuali di attività, formulati in funzione degli obiettivi di salute, evidenziati nei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) definiti in ambito dipartimentale in riferimento a specifiche patologie ed alle soglie operative minime di cui al Protocollo d'Intesa. Le risorse a disposizione sono negoziate nell'ambito di accordi che vengono definiti dalla committenza nella forma di contratti di fornitura e dai Direttori dei dipartimenti, nella forma di piani di produzione annuali e della definizione di standard di attività assistenziali di cui all'art. 5, comma 2, del Protocollo d'Intesa. I budget

13. Nell'ambito del regolamento di amministrazione e contabilità sono previste specifiche disposizioni "programmazione e controllo" per il governo economico finanziario dell'Azienda, che definisca principi, funzioni e strumenti.
14. La Direzione amministrativa assume il ruolo di orientamento tecnico-metodologico e coordinamento generale del governo economico-finanziario.

Articolo 71 - Procedure contabili

1. L'Azienda adotta, con il regolamento di amministrazione e contabilità, particolari procedure gestionali e contabili volte ad assicurare l'efficacia delle misure di razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria ed altresì un correlato puntuale monitoraggio dell'andamento della spesa a conforto della piena operatività delle azioni e del perseguimento degli obiettivi connessi.
2. Il regolamento di amministrazione e contabilità prevede i processi relativi agli standard organizzativi, contabili e procedurali, schematizzati per cicli contabili e aree di bilancio.
3. Il predetto regolamento prevede l'adozione di idonee modalità procedurali ed operative che assicurino il rispetto pieno e puntuale di ogni aspetto e/o adempimento comunque prescritto e/o previsto nelle normative vigenti in materia con particolare riferimento al D.Lgs. n. 118/2011 e la relativa casistica ministeriale applicativa e, per quanto compatibile, ai Decreti Commissariali n. 14/2009 e n. 60/2012.
4. Le regole di organizzazione dell'attività gestionale previste dal regolamento di amministrazione e contabilità devono ispirarsi ai principi di trasparenza, efficienza ed efficacia dei processi produttivi aziendali.
5. La predisposizione e gli aggiornamenti del regolamento di amministrazione e contabilità dovranno essere sempre accompagnati da un processo di revisione delle funzioni contabili, in modo da assicurare la correttezza dei bilanci e la trasparenza dei processi di monitoraggio dei costi programmati anche finalizzati ad assicurare il risanamento economico-finanziario dell'Azienda.
6. Il Regolamento di amministrazione e contabilità deve enunciare il modello di governance adottato curando la descrizione dell'organizzazione in maniera tale che siano evidenti i processi aziendali e le attività svolte. In particolare il Regolamento di amministrazione e contabilità descrive puntualmente la Programmazione aziendale, la Gestione aziendale, la Rendicontazione aziendale ed il modello di controllo.
7. L'Azienda adotta il piano dei conti regionale approvato con Decreto del Commissario ad Acta n. 11 del 14/02/2011 e successive modificazioni ed integrazioni, procedendo

1. I principi richiamati del governo aziendale si traducono, per quanto possibile e opportuno, nell'attribuzione di poteri ed obiettivi definiti, affinché gli assegnatari possano essere meglio coinvolti nella gestione aziendale e, al contempo, affinché sia possibile procedere ad una valutazione dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi assegnati, tenuto conto delle risorse messe a disposizione. In particolare, l'Azienda disciplina con appositi atti l'articolazione dei poteri e delle responsabilità dei dirigenti.
2. Alla luce di queste considerazioni, si dovrà procedere al:
 - rispetto dei criteri di efficacia, efficienza ed economicità, sulla base dei vincoli di bilancio e delle norme vigenti;
 - alla semplificazione dell'azione amministrativa, rendendo in tal modo celere e agevole l'azione amministrativa;
 - all'informatizzazione dell'azione gestionale ed amministrativa, al fine di garantire da un lato snellezza e produttività e dall'altro assicurare trasparenza, facilitando l'attivazione degli adeguati meccanismi di controllo.
3. Gli atti di gestione proposti dai vari dirigenti sono disciplinati dalle norme proprie dell'atto amministrativo, improntati alla massima trasparenza e semplificazione nonché, se prodotti da delegati, a controllo interno al fine di verificarne la rispondenza ai criteri della delega e soggetti a pubblicazione tramite affissione all'albo aziendale.
4. Il governo aziendale, ai fini della direzione di strutture organizzative, trova nello strumento della delega un elemento importante della gestione improntata al decentramento dei poteri nei luoghi più vicini a quelli di produzione e, quindi, agli utenti. Per poter essere legittimamente esercitata, essa deve essere conferita nei modi e nelle forme necessarie, con atto nominativo, opportunamente motivata, caratterizzata dall'attribuzione di specifiche funzioni e compiti; inoltre può essere conferita unitamente ad un mandato e ritirata, con le stesse forme del conferimento, nel caso di mancato rispetto dei contenuti del medesimo.
5. Il Direttore generale può operare, delegando funzioni di gestione di sua competenza, ai vari livelli della dirigenza aziendale con specifici atti. Sono funzioni delegabili esclusivamente le funzioni di gestione e quelle non specificamente indicate come funzioni di governo, che sono di esclusiva pertinenza del Direttore generale. In tali atti, opportunamente motivati, sono individuati:
 - i destinatari, i contenuti della delega, la durata temporale, i principi e i criteri che dovranno garantirne l'esercizio rispetto ad obiettivi prefissati e negoziati con gli interessati,
 - i controlli sull'esercizio, la valutazione dell'incarico con la previsione di revoca nei casi di inadempienza accertata.
6. Il Direttore generale può disporre la revoca delle funzioni, con apposito atto motivato e pubblicato nell'albo, nel caso di mancato rispetto dei contenuti della delega stessa. Il soggetto delegato ha la piena responsabilità, a qualsiasi effetto esterno o interno all'Azienda, degli atti compiuti in via di delega. Il principio chiave su cui si basano i meccanismi di delega è la responsabilizzazione dei vari protagonisti della gestione che poggia su quattro elementi essenziali:
 - attribuzione di obiettivi,
 - autonomia e risorse disponibili,

Articolo 73 – Acquisti di beni e servizi

1. L'Azienda, 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, nonché delle disposizioni regionali, effettua, ove previsto, i propri acquisti tramite il MEPA, la CONSIP e la Centrale Acquisti della Regione (SORESA).
2. L'Azienda disciplina, con proprio regolamento gli acquisti di beni e servizi in economia e predispone un regolamento nel rispetto delle previsioni di cui all'art. 256 del D.Lgs. n. 163/2006 e s.m.i..
3. L'Azienda favorirà modelli di gestione di acquisizione di beni e servizi anche attraverso l'apporto di terzi con forme anche di partenariato, nel rispetto dei principi di economicità, efficienza ed efficacia, secondo gli istituti previsti dal D.Lgs. n. 163/2006 e s.m.i.
4. L'effettuazione degli acquisti con norme di diritto privato, ai sensi della normativa nazionale e regionale vigente, comporta l'esclusivo riferimento alle norme del Codice Civile e alle leggi di diritto privato che regolano i contratti tra i soggetti giuridici, pubblici e privati fermo restando l'applicazione delle norme che disciplinano l'attività contrattuale dell'Azienda nell'ambito del diritto comunitario.
5. In conformità al principio giuridico della trasparenza dell'azione amministrativa, anche nell'ambito degli acquisti di beni e servizi in regime di diritto privato l'Azienda riconosce il diritto di accesso agli atti ai fornitori che vi abbiano interesse, alle condizioni e secondo le modalità previste dalla normativa.
6. L'Azienda applica in via ordinaria, nei rapporti finalizzati all'acquisizione di beni e servizi, la procedura negoziata che garantisce la concorrenzialità tra i potenziali fornitori.
7. Potrà essere intrapresa trattativa diretta con un solo fornitore nei casi che verranno individuati nel regolamento interno cui si rinvia per un maggior dettaglio operativo della materia in oggetto.
8. I criteri di valutazione delle offerte devono essere essenziali, correlati all'oggetto dell'acquisto, proporzionati all'entità della fornitura e tali da consentire l'accesso delle nuove imprese, in una logica di imprenditorialità e innovazione tecnologica.
9. La negoziazione deve essere caratterizzata da riservatezza, lealtà, equidistanza tra le parti e uso riservato delle informazioni ricevute dai concorrenti.

10. Nel regolamento aziendale disciplinante le regole e le procedure di contrattazione vengono ulteriormente definite le metodologie e le modalità di programmazione degli acquisti prevedendo tra l'altro il possibile ricorso a gare realizzate in forma consortile con le altre Aziende Sanitarie della Regione, anche in linea con quanto previsto dalla disciplina regionale in materia ed a gare espletate con modalità di e-procurement.

Articolo 74 – Programmazione, acquisti, gestione e manutenzione delle attrezzature

1. L'Azienda ritiene strategica l'attività di programmazione, acquisti, gestione e manutenzione delle attrezzature, soprattutto biomediche e di alta specialità.
2. L'Azienda, in applicazione del Decreto Commissariale n. 18 del 18/2/2013, adotterà i seguenti documenti programmatici:
 - a. *Programmazione e gestione delle attrezzature* - L'implementazione di una corretta programmazione e gestione delle attrezzature, in particolare nel settore biomedico, è ritenuta fondamentale per una qualificata erogazione di servizi sanitari. Considerata la particolare criticità nell'utilizzo delle attrezzature, soprattutto quelle di alta specialità, durante tutto il processo di erogazione delle prestazioni sanitarie, l'Azienda adotta uno specifico documento di programmazione e gestione delle attrezzature con particolare riferimento alle attività di valutazione ed analisi relative alla sicurezza, ai costi, ai benefici, all'efficacia nonché agli aspetti etici connessi al loro utilizzo.
 - b. *Programmazione degli acquisti di attrezzature* - L'Azienda adotta uno specifico documento di programmazione degli acquisti di attrezzature e dispositivi medici. Il documento tiene conto:
 - dell'evoluzione della tipologia dei servizi;
 - dell'obsolescenza delle attrezzature;
 - dell'adeguamento alle norme tecniche;
 - della eventuale disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria.
 - c. *Inventario delle attrezzature* - L'Azienda adotta un inventario informatico di tutte le attrezzature biomediche in dotazione che viene periodicamente aggiornato 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 sono raccolte sia in forma aggregata per l'intero parco macchine, sia in forma disaggregata per singola tipologia di attrezzature, centro di costo, classe di età, produttore, periodo di ammortamento e modalità di acquisizione. Le apparecchiature temporaneamente disattivate sono immagazzinate, protette, verificate e controllate ad intervalli idonei per garantire i requisiti di precisione, accuratezza e validità siano soddisfatti al momento del riutilizzo.

delle attrezzature. In particolare predispone il piano per la manutenzione delle apparecchiature che deve tenere conto:

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

Il piano di manutenzione generale deve essere articolato sulla base delle criticità delle apparecchiature e comprende: la manutenzione correttiva, la manutenzione preventiva ed i controlli periodici di sicurezza e funzionalità. Il piano di manutenzione deve essere documentato per ciascuna apparecchiatura biomedica e reso noto ai diversi livelli operativi per consentire lo svolgimento dei compiti attribuiti al singolo operatore. La documentazione tecnica, relativa alle singole apparecchiature, fornita al momento dell'acquisto a corredo dello strumento, è conservata in modo da essere facilmente rintracciabile dal responsabile della manutenzione.

- e. *Manutenzione preventiva* - Per alcune tipologie di attrezzature, se previsto, l'Azienda provvede alla elaborazione di un piano di un documento che ricomprende le attività relative alla manutenzione preventiva e ai controlli di funzionalità e sicurezza al fine di garantire la loro idoneità d'uso.

Il piano di manutenzione, per le attrezzature biomediche, se richiesto dalla specifica tipologia, comprende le attività finalizzate a:

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



Articolo 75 – Il sistema informativo e le nuove tecnologie dell'informazione

1. Il sistema informativo dell'Azienda è l'insieme:
 - delle informazioni prodotte, archiviate, trasformate, distribuite ed utilizzate a supporto dell'esecuzione dei processi aziendali;
 - delle modalità, dei criteri e delle regole con cui esse sono gestite;
 - delle risorse umane coinvolte e delle tecnologie informatiche e di telecomunicazione utilizzate.
2. L'Azienda è caratterizzata dalla presenza di processi clinici, amministrativi e di governo che sviluppano all'interno di cicli operativi tra loro collegati ed interdipendenti in termini organizzativi e di scambio di informazioni.
3. I principali cicli operativi aziendali possono essere così sintetizzati:
 - sanitario: pronto soccorso; del ricovero; delle sale operatorie;
 - territoriale: Centro Unico di prenotazione;
 - amministrativo: del lavoro; approvvigionamenti e logistica; immobilizzazioni; contabile e monetario; programmazione e controllo.
4. Scopo del sistema informativo dell'Azienda è di raccogliere, in modo strutturato, in idonee banche dati, le informazioni relative a ciascuno dei sottosistemi in cui l'Azienda si caratterizza e rendere disponibili, in maniera tempestiva e affidabile, le informazioni richieste per ciascuno dei processi interessati.
5. L'Azienda è inoltre inserita all'interno di un circuito informativo nazionale e regionale caratterizzato almeno dai seguenti interlocutori istituzionali:
 - a livello nazionale – Ministero della Salute, Nuovo Sistema Informativo della Salute (NSIS); Ministero dell'Economia e delle Finanze, sistema tessera sanitaria; Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ragioneria Generale dello Stato, Sistema conoscitivo del personale (SICO); Ministero per la pubblica amministrazione e la semplificazione, nuovo sistema integrato volto alla razionalizzazione del patrimonio informativo del Dipartimento e alla semplificazione della comunicazione (PERLA PA); Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT);
 - a livello regionale - Assessorato alla Sanità; Agenzia Regionale Sanitaria (ARSAN); Società Regionale per la Sanità (So.Re.Sa.).
6. Al fine di assolvere adeguatamente alle necessità informative aziendale e al debito informativo verso i livelli sovraordinati, nazionali e regionali, l'Azienda si impegna:
 - a potenziare e riorganizzare i propri Sistemi informativi aziendali;
 - a promuovere, in linea con quanto disposto per le pubbliche amministrazioni dal nuovo Codice dell'amministrazione digitale (D.Lgs. n. 235/2010) 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
obiettivo strategico aziendale perché è finalizzato alla modernizzazione, efficienza e trasparenza dell'Azienda, al miglioramento della qualità dei servizi erogati al cittadino. Il processo di dematerializzazione è finalizzato, altresì, alla riduzione della spesa pubblica in termini sia di risparmi diretti (carta, spazi) che di risparmi indiretti (tempo, efficienza ecc.).

8. L'Azienda, inoltre si impegna allo sviluppo, all'interno di un processo unitario di riprogettazione del servizio offerto, dei nuovi strumenti offerti dallo sviluppo tecnologico:
 - rete intranet aziendale;
 - portale web;
 - utilizzo e diffusione della posta certificata;
 - utilizzo della firma digitale.

Articolo 76 - Conciliazione delle controversie civili e commerciali

1. Le attività di cui al D.Lgs. n. 28/2010 - procedure di bonario componimento e/o di raffreddamento dei conflitti - sono gestite dalla U.O.C. Affari Legali.
2. In tutte le ipotesi in cui è nuovamente obbligatoria la procedura di mediazione prevista dal D.Lgs. n. 28/2010, tra cui le vertenze aventi ad oggetto il risarcimento dei danni derivanti da presunta "colpa medica", la U.O.C. Affari Legali, valutate le richieste stragiudiziali in concomitanza con i pareri medico - legali di riferimento, espressi in sede di "Comitato di Valutazione Sinistri", partecipa se necessario, tramite proprio legale interno, alle procedure di conciliazione.
3. All'esito del procedimento di conciliazione, laddove si sia pervenuti all'accordo sarà cura della U.O.C. Affari Legali proporre idoneo atto deliberativo di presa d'atto dello stesso, ai fini della liquidazione dell'importo concordato.
4. Per le controversie di natura commerciale, svolti preventivamente tutti gli accertamenti sulle prestazioni effettivamente rese e sull'utilità aziendale delle stesse, si procederà ugualmente al tentativo di bonario componimento della controversia presso gli organismi all'uopo autorizzati, da formalizzare attraverso successiva proposta di atto deliberativo.

Articolo 77 – Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini

1. L'Azienda garantisce la partecipazione e la tutela dei cittadini attraverso:

a. La Carta dei Servizi - La Carta dei servizi è il patto che l'Azienda stringe nei confronti del cittadino/utente. Il patto è ispirato ai seguenti principi informativi:

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

Ai sensi del D.P.C.M. del 19/5/1995 l'Azienda si impegna alla pubblicazione della Carta dei servizi secondo le disposizioni legislative previste, ad aggiornarla annualmente e a diffonderla attraverso idonea documentazione cartacea ed attraverso il proprio sito internet.

In essa viene indicato il responsabile del servizio a cui potersi rivolgere per ottenere il rispetto degli impegni dichiarati, nonché le modalità per presentare reclamo, per ricevere risposta e per conoscere cosa il cittadino/utente possa fare nel caso in cui il suo reclamo sia stato respinto.

Attraverso la Carta dei servizi l'Azienda dichiara le prestazioni ed i servizi che si impegna a fornire, dichiarandone le quantità i modi, i tempi ed i relativi standard di qualità.

I destinatari della Carta dei servizi sanitari sono pertanto tutti coloro che intendono utilizzare i servizi ed usufruire delle prestazioni che l'Azienda eroga.

b. La Conferenza dei Servizi - Ai sensi dell'art. 14, comma 4, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., il Direttore generale indice, almeno una volta l'anno, apposita Conferenza dei servizi, quale strumento per verificare l'andamento dei servizi e per individuare interventi tesi al miglioramento delle prestazioni.

Nella Conferenza sono resi noti i dati relativi all'andamento dei servizi, allo stato di attuazione degli obiettivi, al grado di raggiungimento degli standard, con particolare riferimento allo svolgimento delle attività di tutela degli utenti.

Alla Conferenza dei servizi partecipano anche i rappresentanti delle associazioni che hanno stipulato convenzioni o protocolli d'intesa con l'Azienda.

c. L'Audit Civico - L'Azienda istituisce, con apposito regolamento, l'audit civico quale strumento primario per la partecipazione, da parte dei cittadini, alla politica sanitaria aziendale al fine di promuovere la valutazione, da parte degli stessi, della qualità delle prestazioni dell'Azienda.

Il processo di Audit civico si basa sull'analisi critica e sistematica delle azioni svolte dall'Azienda, attraverso l'utilizzo di uno strumento metodologico che comporta la definizione di indicatori tramite la co-progettazione tra cittadini e referenti

monitoraggio delle strutture e dei servizi, quali, ad esempio, l'accreditamento, le segnalazioni dei cittadini, la documentazione riguardante delibere e provvedimenti aziendali, le liste di attesa, le interviste alle direzioni generali e sanitarie e la consultazione delle organizzazioni civiche.

L'Azienda si conforma alle iniziative regionali assunte in materia di Audit Civico.

- d. **Trasparenza ed integrità** – L'Azienda attribuisce particolare rilievo al tema della trasparenza e dell'integrità valorizzando una nuova nozione di trasparenza intesa come "accessibilità totale delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione". La trasparenza viene intesa quale livello essenziale delle prestazioni erogate, ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione. L'Azienda, a tal fine, elabora il "Programma triennale per la trasparenza e l'integrità" che diviene strumento principe di attuazione della disciplina della trasparenza finalizzata a garantire sia un adeguato livello di informazione che di legalità tesa allo sviluppo della cultura dell'integrità. Con riferimento a tale Programma, la Commissione indipendente per la valutazione, l'integrità e la trasparenza (Civit) ha emanato la delibera n. 105 del 15 ottobre 2010, contenente caratteristiche essenziali apposite linee guida che indicano il contenuto minimo e le del Programma triennale, a partire dai dati che devono essere pubblicati sul sito istituzionale e relative modalità di pubblicazione.

Il Programma è strutturato nelle seguenti parti:

- Selezione dei dati da pubblicare;
 - Descrizione delle modalità di pubblicazione on line dei dati;
 - Descrizione delle iniziative;
 - Sezione Programmatica;
 - Collegamenti con il piano della performance;
 - Descrizione del processo di coinvolgimento dei portatori di interesse (stakeholders);
 - Posta elettronica certificata;
 - Giornate della trasparenza.
2. L'Azienda, attraverso la pubblicazione on line delle informazioni, garantisce a tutti i cittadini un'effettiva conoscenza dell'azione della propria azione amministrativa. La suddetta pubblicità costituisce il principale strumento informativo dell'andamento della performance e del raggiungimento degli obiettivi espressi nel più generale ciclo di gestione della medesima. In altri termini, si persegue la finalità di mettere a disposizione di tutti i cittadini i dati principali sull'andamento dell'amministrazione quali:
- gli obiettivi;
 - i tempi di realizzazione;
 - i costi specifici;
 - le relative risorse;
 - le modalità adottate;
 - le procedure gestionali ed amministrative.

1. La comunicazione istituzionale dell'Azienda assume rilevanza strategica in quanto da una parte risponde ai doveri di trasparenza, imparzialità e parità di accesso che le leggi assicurano a tutti i cittadini, dall'altra permette di agire il proprio mandato istituzionale con un maggiore livello di coerenza rispetto ai bisogni dei cittadini.
2. Al tal fine, l'Azienda adotta idonei sistemi di comunicazione interna ed esterna.
 - a. **La Comunicazione interna** - Ogni dipendente deve poter essere messo nelle condizioni di conoscere i programmi della propria Azienda e individuare il senso del proprio ruolo e lavoro all'interno di questi programmi. Per tale motivazione la comunicazione interna è finalizzata a rendere espliciti la propria organizzazione ed i propri obiettivi ma, soprattutto, a rendere riconoscibile il ruolo del singolo dipendente. Tale obiettivo favorisce una maggiore integrazione tra le diverse figure professionali affinché tutti possano concorrere al raggiungimento delle sfide strategiche e degli obiettivi operativi che l'Azienda si è data. Affinché la comunicazione interna si efficace è necessario che la circolazione del flusso di informazioni sia convogliata in una rete strutturata di canali di divulgazione (intranet, bacheche, disposizioni interne, mail, ecc.) in modo che sia facilmente fruibile e riconoscibile, sia per essere consultata che per essere alimentata. In questa concezione la comunicazione interna diventa, al pari della comunicazione esterna, motore dello sviluppo e quindi leva organizzativa strategica. Ciò è possibile attivando tipologie di comunicazione interna basate su processi di condivisione delle conoscenze e rispondenti a logiche differenti, che vanno ad incidere sul ruolo di appartenenza:
 - strategia dell'informazione per guidare il personale dipendente (informare per guidare);
 - strategia dell'informazione per motivare il personale dipendente (informare per motivare);
 - strategia della comunicazione per cambiare l'organizzazione (comunicare cambiare).Le strategie della comunicazione interna sono enunciate nel Piano di Comunicazione Aziendale."
 - b. **La Comunicazione esterna** - La comunicazione esterna è finalizzata a facilitare l'accesso degli utenti alla struttura ospedaliera e la conoscenza dei servizi erogati, favorire la trasparenza delle procedure amministrative e tutelare il diritto ad una corretta informazione, rafforzare l'identità dell'Azienda rendendola facilmente riconoscibile dagli utenti come un interlocutore affidabile e preparato, diffondere l'alto livello qualitativo dei propri servizi sanitari, promuovere la conoscenza delle innovazioni tecnologiche. Attraverso l'Ufficio Stampa si intende instaurare e consolidare i rapporti con i media locali e nazionali, attraverso comunicati stampa e predisporre interviste, anche al fine di valorizzare l'attività clinica e di assistenza.
3. L'Azienda istituisce per tale funzione una struttura dedicata facente capo ad una idonea struttura organizzativa.

Articolo 79 - Il Piano di Comunicazione

in disegno organico e razionale. Trattasi di uno strumento che consente di programmare e gestire le azioni di comunicazione sia interna che esterna per il raggiungimento comune di specifici obiettivi strategici e di comunicazione dell'Azienda.

2. La predisposizione del piano di comunicazione si articola in tre fasi distinte:

- I. pianificazione, redazione e stesura del piano attraverso l'analisi del contesto sia interno che esterno e la definizione di alcune variabili fondamentali quali l'individuazione dei target delle proprie azioni comunicative in modo tale da renderle efficaci e adeguate e la definizione degli *stakeholder*;
- II. implementazione del piano di comunicazione attraverso le proprie strutture tra cui l'ufficio relazioni con il pubblico, l'ufficio stampa o i canali informatici di comunicazione;
- III. valutazione e verifica dei risultati ottenuti, dell'impatto e degli effetti generati sul contesto interno ed esterno all'Ente e delle eventuali discrepanze tra questi e gli obiettivi prefissati.

3. L'Azienda, mediante il Piano della Comunicazione:

- supporta l'organizzazione, favorendo le relazioni e le conoscenze sia al proprio interno che al proprio esterno;
- definisce modalità informative coerenti, mirate, comprensibili, trasparenti ed adeguata ai bambini degenti ed alle loro famiglie;
- migliora l'accesso ai servizi attraverso una adeguata informazione sulle modalità di accesso alla struttura, sui servizi erogati, sui tempi di attesa;
- migliora l'accoglienza, prendendo cura del bambino durante il percorso e la permanenza in ospedale, supportando ed affiancando i genitori;
- garantisce agli utenti il diritto d'informazione, di accesso agli atti e di partecipazione, nel rispetto della privacy;
- tutela e diffonde l'identità dell'Azienda, la sua "mission", le iniziative ed i progetti realizzati;
- semplifica le procedure, migliora l'accesso, snellisce i percorsi, persegue la coerenza tra i servizi offerti ed i bisogni degli utenti;
- attiva percorsi di informazione e diffusione di campagne di prevenzione su temi di rilevanza sociosanitaria;
- promuove all'interno dell'Azienda, la cultura della relazione e del servizio al cittadino;
- garantisce la conoscenza e la condivisione degli obiettivi da parte degli operatori.

4. Rientrano negli strumenti e nelle strategie disciplinate dal Piano della Comunicazione:

- la funzione dell'Ufficio relazioni con il pubblico;
- il sito web aziendale;
- le attività di interpretariato e di mediazione culturale;
- le iniziative di marketing e fundraising;
- la valutazione della soddisfazione del paziente.



1. L'Azienda determina le proprie relazioni con il cittadino ai sensi e nello spirito della Legge n. 15/2000 promuovendo l'accesso, la partecipazione, l'ascolto, la verifica della qualità percepita.
2. L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (**U.R.P.**) è l'articolazione aziendale che garantisce i diritti del cittadino, evidenziando le contraddizioni tra i bisogni dell'utente, le sue aspettative, la sua domanda esplicita o ancora inespressa e favorendo la partecipazione, la tutela, l'informazione e l'accoglienza del cittadino e delle associazioni che lo rappresentano.
3. L'U.R.P. svolge una funzione di garanzia ai diritti di partecipazione e di tutela dei cittadini e delle loro associazioni, accogliendo gli esposti, attivando indagini ad hoc di customer satisfaction.
4. Lo stesso è deputato alla raccolta, alla classificazione ed alla archiviazione delle segnalazioni e degli esposti in un'apposita banca dati, nonché alla predisposizione, con cadenza trimestrale, di una relazione al Direttore generale sulle segnalazioni ed i reclami pervenuti e sull'esito degli stessi. La relazione è accompagnata da proposte per il miglioramento degli aspetti organizzativi, logistici, relazionali e di accesso alle prestazioni, nonché, per il superamento dei fattori di criticità emersi.
5. L'Azienda garantisce che l'U.R.P. sia organizzato avvalendosi di personale appositamente formato, anche in relazione al tipo di utenza presente sul territorio, e alla presenza di assistiti appartenenti a diverse etnie. L'Azienda istituisce per tale funzione una unità operativa dedicata.
6. L'U.R.P. cura i rapporti con le Associazioni di Volontariato e le Associazioni di Tutela dei Cittadini e deve periodicamente trasmettere alla Regione i dati relativi al monitoraggio del grado di partecipazione e di soddisfazione dell'utenza.
7. L'U.R.P. elabora il Regolamento di pubblica tutela dell'Azienda, che disciplina la gestione dei reclami assicurando le garanzie della ricezione, dell'analisi e del seguito degli stessi.
8. Il reclamo viene recepito dall'U.R.P. attraverso una specifica e disciplinata funzione di front-office. L'Ufficio attiva l'istruttoria, ricerca la soluzione, promuove una costante azione di stimolo sull'Azienda affinché dalla criticità si tragga spunto per il cambiamento e da conto al cittadino dell'esito del reclamo.

Articolo 81 - La gestione della privacy

1. L'Azienda, in ottemperanza alle disposizioni legislative vigenti quali la normativa internazionale e comunitaria in materia di protezione dei dati personali (direttiva n. 95/46/CE), anche in relazione agli articoli 2, 10, 11 e 32 della Costituzione nonché al



2. Al cittadino che entra in contatto con le strutture sanitarie per diagnosi, cure, prestazioni mediche, operazioni amministrative deve essere garantita la più assoluta riservatezza e il più ampio rispetto dei suoi diritti fondamentali e della sua dignità.
3. L'Azienda rivolge attenzione alla protezione dei dati personali e "sensibili" degli utenti che usufruiscono dei servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, con particolare riferimento alla tutela della dignità del paziente, soprattutto con riguardo alle fasce deboli (disabili, minori, anziani), ed ai pazienti sottoposti a trattamenti medici invasivi o per i quali è doverosa una particolare attenzione (es. interruzione della gravidanza).
4. L'Azienda in attuazione delle disposizioni di cui al D.Lgs. n.196/2003 provvede:
 - all'adozione del Regolamento in materia di protezione dei dati personali, il Documento Programmatico sulla Sicurezza (D.P.S.);
 - all'adozione del Manuale della Privacy, quale vademecum procedurale per tutti gli operatori del "sistema privacy aziendale";
 - all'istituzione del Referente della Privacy;
 - alle attività continue e diffuse di formazione e informazione dei dipendenti finalizzate alla riduzione dei rischi legati alla "mancanza di consapevolezza" e alla cultura del rispetto, della riservatezza e della qualità.
5. Il Referente aziendale della privacy ha il compito di effettuare i seguenti adempimenti e di fornire al personale aziendale e alla Direzione Strategica il supporto in materia di Privacy:
 - a) Regolamento aziendale per il trattamento dei dati personali;
 - b) Analisi dei Rischi;
 - c) Inventario generale dei processi, trattamenti e dei dati;
 - d) Inventario delle banche dati informatiche e cartacee;
 - e) Nomina dei Responsabili su delega del Direttore generale;
 - f) Nomina dei Responsabili esterni (ditte fornitrici, etc.);
 - g) Produzione del D.P.S.;
 - h) Manuale della sicurezza ad uso degli incaricati dei trattamenti.
6. L'Azienda promuove, al suo interno, ogni strumento di sensibilizzazione che possa consolidare una mentalità attenta al pieno rispetto della riservatezza e migliorare la qualità del servizio offerto all'Utenza. A tal fine l'attività formativa è considerata uno strumento essenziale per la divulgazione dei criteri per una corretta applicazione della normativa in materia.
7. L'Azienda prevede strumenti e procedure per la rilevazione, la gestione ed il monitoraggio del trattamento dei dati e delle banche dati presenti e per erogare specifiche Informative su come vengono usati i dati personali nei diversi percorsi aziendali. Analogamente sono definiti protocolli aziendali al fine di permettere un uso ed una comunicazione corretta delle informazioni.

nto Programmatico sulla Sicurezza sono , vi
che sono pianificati con l'obiettivo di rendere edotti i responsabili e gli incaricati del trattamento sui rischi che incombono sui dati, sulle misure disponibili per prevenire eventi dannosi, sui profili della disciplina sulla protezione dei dati personali più rilevanti in rapporto alle relative attività, sulle responsabilità che ne derivano e sulle modalità per aggiornarsi riguardo alle misure minime adottate dal titolare.

9. Per garantire la conoscenza capillare delle disposizioni del Codice e del Regolamento, al momento dell'ingresso in servizio è data ad ogni dipendente una specifica comunicazione con i riferimenti per l'acquisizione del "manuale operativo", relativo al ruolo di appartenenza e pubblicato sul sito aziendale, contenente tutti i principi fondamentali della materia, esposti in maniera semplice, chiara, ma puntuale.
10. Il trattamento dei dati personali all'interno dell'Azienda è garantito dall'applicazione di idonee e preventive misure di sicurezza che consentono di ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita, anche accidentale, dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme alla finalità della raccolta. Il livello minimo di protezione dei dati e dei relativi trattamenti è assicurato dall'adozione delle misure minime di sicurezza, cioè dal complesso delle misure tecniche, informatiche, organizzative, logistiche e procedurali indicate nel Documento Programmatico sulla Sicurezza. In ogni caso sono applicate tutte le norme previste dall'allegato B del D.Lgs. n. 196/2003.

Articolo 82 - Trasparenza ed Integrità

1. L'Azienda, nel rispetto degli articoli 97 e 117 della Costituzione ed ai sensi del D.Lgs. n. 150/2009 e n. 235/2010, persegue la trasparenza, l'integrità e la legalità dell'azione propria e dei propri dipendenti, anche promuovendo l'accessibilità totale alle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione ed agli atti e agli indicatori relativi all'utilizzo delle risorse e agli andamenti gestionali.
2. L'Azienda adotta il "Programma triennale per la trasparenza e l'integrità", in adesione alle linee guida emanate con delibera n. 105 del 15 ottobre 2010 dalla Commissione indipendente per la valutazione, l'integrità e la trasparenza.
3. L'Azienda si adopera, nello spirito della Legge n. 190/2012, a porre in opera ogni utile azione per contrastare i fenomeni di illegalità e corruzione.

Articolo 83 - Bilancio sociale e bilancio sociale di mandato

1. In conformità alla Direttiva del Dipartimento della Funzione Pubblica del 17 febbraio 2006, l'Azienda adotta lo strumento del Bilancio Sociale, al fine di monitorare e valutare i benefici sociali prodotti, in coerenza con la missione di cura dell'Azienda.



cittadini ed è pertanto l'esito di un processo di rendicontazione che vede coinvolti tutti i portatori di interesse e di valori, a cominciare dagli stakeholders chiave, quali il personale e gli utenti e le loro famiglie.

3. Il Bilancio Sociale deve essere in grado di comunicare qual è il “valore” prodotto dall'Azienda stessa in termini di benefici per la collettività e per i singoli legittimi portatori di interesse. Il bilancio sociale si caratterizza come un documento annuale, logicamente e funzionalmente collegato al tradizionale bilancio di esercizio, finalizzato a leggere i risultati secondo la prospettiva della comunicazione agli stakeholders di riferimento e quindi non focalizzato prevalentemente su indicatori di attività ed elementi di output, quanto su indicatori di utilizzo, di qualità dei servizi e di outcome delle iniziative intraprese.
4. Il Bilancio Sociale coopera alla promozione di una cultura aziendale attraverso l'identificazione di valori condivisi che animano le attività di diagnosi, cura ed assistenza svolte quotidianamente dall'Azienda, quali: il sollievo del dolore, l'appropriatezza e l'innovazione, l'integrazione e la continuità assistenziale, la sicurezza, la solidarietà, il dialogo e la partecipazione, il rispetto delle regole.
5. Quale espressione della cultura della responsabilità sociale e dell'accountability, il Bilancio Sociale risponde ad un'esigenza di maggiore trasparenza, di esplicitazione delle finalità e delle politiche gestionali e si configura come leva strategica di programmazione, in quanto concorre ad orientare annualmente le scelte aziendali in ragione del bisogno di salute delle persone.
6. L'Azienda adotta, altresì, **il Bilancio Sociale di Mandato**, al fine di render conto delle attività e dei risultati raggiunti dalla Direzione Strategica aziendale per l'arco del mandato istituzionale. Il Bilancio sociale di mandato è redatto con la finalità di informare in maniera chiara e comprensibile sull'attività svolta dall'Azienda e sul valore che la stessa ha generato per le attività aziendali a favore dei cittadini. Il Bilancio sociale di mandato è un vero e proprio bilancio complessivo di ciò che l'Azienda è riuscita a realizzare rispetto agli obiettivi assegnati dalla Regione Campania.
7. Il bilancio sociale di mandato deve stimolare rinnovamenti culturali interni e favorisce la riflessione sul lavoro svolto da parte degli operatori dell'Azienda in termini di servizi e valore aggiunto per i cittadini.
8. Alla fine dell'incarico del Direttore generale oltre alla consueta rappresentazione dei risultati della gestione contenuta nei conti consuntivi, dovrà produrre una rendicontazione coerente con gli elementi a suo tempo individuati come strategici, per evidenziare in quale misura gli obiettivi definiti sono poi stati raggiunti.
9. Il bilancio sociale di mandato deve contenere dati ed informazioni relative agli obiettivi, strumenti, programmi e progetti realizzati, la situazione finanziaria dell'Azienda, la situazione patrimoniale, che metta in evidenza il livello di debiti e crediti esistenti, lo stato del patrimonio, le dotazioni organiche della gestione e lo stato di attuazione dei servizi ed ogni altra possibile indicazione rappresentandone l'evoluzione nell'arco temporale di riferimento. Il bilancio sociale di mandato indica,

Altro, gli effetti che l'azione amministrativa produce nell'ambito dei servizi a titolo esemplificativo, i tempi di attuazione, il grado di soddisfazione degli utenti dei servizi gestiti dall'Azienda ed altri fattori che misurano la bontà della gestione.

Articolo 84 - I Rapporti con il Volontariato

1. L'Azienda determina i propri rapporti con il Volontariato e le relative Associazioni ai sensi e nello spirito della Legge n. 266/1991, riconoscendo il valore sociale e la funzione dell'attività di volontariato come espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo, promuovendone lo sviluppo, salvaguardandone l'autonomia e favorendone l'apporto originale al conseguimento delle finalità dell'Azienda.
2. L'Azienda stipula con gli Organismi del Volontariato accordi o protocolli che stabiliscono gli ambiti e le modalità della collaborazione, fermo restando il diritto alla riservatezza comunque garantito al cittadino e la non interferenza nelle scelte professionali degli operatori.
3. E' requisito preliminare alla realizzazione delle diverse forme di collaborazione è l'iscrizione dell'Associazione all'albo regionale che costituisce il registro generale delle Organizzazioni di Volontariato per le quali sia riconosciuta la possibilità di avviare collaborazioni con gli Enti Regionali.
4. E' comunque fatta salva la facoltà dell'Azienda di aderire o meno alle forme di collaborazione proposta, sulla base dei propri programmi di attività e degli interessi giudicati prevalenti.

Articolo 85 - Le relazioni sindacali

1. Il sistema delle relazioni sindacali, nel rispetto della distinzione di ruoli e responsabilità, è strutturato allo scopo di far corrispondere l'interesse dei dipendenti per il miglioramento delle condizioni di lavoro e la crescita professionale con l'esigenza dell'Azienda di migliorare e mantenere elevate la qualità, l'efficacia e l'efficienza dei servizi erogati alla collettività.
2. La partecipazione del personale, attraverso le Organizzazioni Sindacali rappresentative (RSA) ed unitarie dei lavoratori (RSU) avviene secondo il principio della correttezza delle relazioni sindacali, la reciproca autonomia e la chiara distinzione dei ruoli secondo quanto previsto dai vigenti contratti collettivi nazionali di categoria.
3. L'Azienda assicura alle stesse organizzazioni il pieno rispetto dei principi della partecipazione che si estrinseca con l'informazione, la consultazione, la concertazione e la contrattazione demandata in sede decentrata aziendale, nel rispetto di quanto previsto dagli artt. 9 e 40 del D.Lgs. n. 165/2001 e successive modifiche ed integrazioni, nonché dai contratti nazionali di lavoro per il comparto, per l'area

4. Al fine di garantire un corretto espletamento delle rispettive attività con l'obiettivo comune di coniugare l'interesse dei dipendenti ed il miglioramento delle condizioni di lavoro e di sviluppo delle professionalità con l'esigenza di incrementare l'efficienza, l'efficacia e la qualità dei servizi erogati alla collettività e nella effettiva assunzione e riconoscimento delle reciproche responsabilità, il Regolamento aziendale per le Relazioni Sindacali definisce le competenze, le procedure, i termini e, soprattutto, i confini fra contrattazione decentrata, concertazione, informazione e consultazione. In particolare il Regolamento prevede certezza della informazione preventiva alle OO.SS. ed alle Rappresentanze Unitarie dei lavoratori di tutti gli atti riguardanti gli interventi sull'organizzazione del lavoro e sui rapporti di lavoro. Il Regolamento prevede la garanzia dell'effettiva fruizione delle prerogative e diritti per l'esercizio dell'attività sindacali ed, in ogni caso, dovrà tener conto, nella sua formulazione, delle prerogative sindacali stabilite dai CCNL, conformemente a quanto disposto dal D.Lgs. n. 150/2009, come modificato ed integrato dal D.Lgs. n. 141/2011.
5. Ogni dirigente attraverso i competenti organi aziendali è tenuto a fornire alle OO.SS. adeguate informazioni sui provvedimenti e sugli atti di gestione assunti relativamente alle materie contenute nell'accordo aziendale sulle relazioni sindacali, rientranti nelle competenze professionali della funzione di cui è responsabile.
6. Il processo di programmazione aziendale prevede la consultazione delle parti interessate, in particolare quelle rappresentative di interessi collettivi come le Organizzazioni Sindacali e le Rappresentanze Sindacali Unitarie dei lavoratori. Il sistema, nel rispetto della distinzione dei ruoli e delle responsabilità, è strutturato al fine di far corrispondere l'interesse dei dipendenti (miglioramento delle condizioni di lavoro, crescita professionale) alle esigenze dell'Azienda.
7. L'Azienda intende mantenere relazioni sindacali stabili, improntate alla correttezza ed alla trasparenza dei comportamenti, orientate alla prevenzione dei conflitti, in grado di favorire la collaborazione fra le parti. Le regole di partecipazione del personale, attraverso le loro rappresentanze, per affrontare i problemi organizzativi, per valutare il lavoro e migliorare quantitativamente e qualitativamente l'offerta dei servizi e delle prestazioni, sono definite dal Regolamento delle Relazioni Sindacali emanato dal Direttore generale.
8. Nella delegazione di parte pubblica, in sede di contrattazione decentrata, è inserito un rappresentante dell'amministrazione universitaria, designato dal Rettore così come previsto dal Regolamento in materia di rappresentanza dei lavoratori per la sicurezza.
9. Nell'Azienda, la contrattazione decentrata si svolge congiuntamente con le Organizzazioni Sindacali del Servizio Sanitario Nazionale e dell'Università firmatarie dei Contratti Collettivi Nazionali (CCNL), fatte salve le diverse disposizioni previste ai Contratti Collettivi Nazionali Quadro (CCNQ) e dagli stessi CCNL.
10. L'Azienda istituisce un Ufficio Relazioni Sindacali i cui compiti sono:
 - analisi, elaborazione e monitoraggio degli effetti applicativi degli istituti contrattuali aziendali;



- rilevazione Deleghe Sindacali: comunicazione all'ARAN e al DFP;
- gestione adempimenti elezioni RSU;
- gestione del processo negoziale e coordinamento delegazione trattante consulenza e supporto al personale coinvolto nella corretta applicazione degli accordi aziendali e dei Contratti di Lavoro;
- supporto e consulenza ai Dirigenti/Responsabili delle strutture aziendali finalizzata alla prevenzione di conflitti ed eventuali contenziosi di lavoro;
- gestione degli adempimenti relativi all'operazione "Trasparenza Valutazione e Merito";
- pubblicazione ed aggiornamento nel sito internet aziendale dei dati relativi ai curricula e alle retribuzioni dei Dirigenti, tassi di assenze e maggiore presenza, contratti integrativi aziendali, analisi dei premi collegati alla performance.

Articolo 86 – Norme finali

1. L'Atto aziendale di diritto privato è adottato dal Direttore generale, previa informazione al Collegio di Direzione ed alle Organizzazioni sindacali.
2. L'Atto è trasmesso al Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro per le verifiche di congruità di cui al D.C.A. n. 18/2013 e viene emendato sulla base dei rilievi eventualmente sollevati.
3. Dalla data di efficacia del presente Atto si intendono automaticamente abrogate tutte le disposizioni contenute in regolamenti, deliberazioni, determinazioni dirigenziali e altri provvedimenti.

Articolo 87 – Potere regolamentare dell'Azienda

1. Sono rimesse all'esercizio del potere regolamentare dell'Azienda la disciplina di particolari materie afferenti alla gestione organizzativa e la definizione degli indirizzi necessari alla attuazione della normativa contenuta nel presente Atto.
2. Specificatamente, entro i termini decorrenti dalla avvenuta verifica di congruità dell'Atto aziendale da parte degli Organismi regionali competenti, il Direttore generale procede all'adozione di tutti i Regolamenti previsti dal presente Atto, nonché da normative preesistenti o sopravvenienti.
3. Tutti i Regolamenti adottati saranno pubblicati in apposita sezione sul sito web istituzionale.

Articolo 88 – Norma transitoria

1. Nelle more del perfezionamento dell'iter di approvazione del presente Atto e della successiva regolamentazione, indizione e celebrazione dei previsti passaggi elettivi, sono costituiti Comitati di Dipartimento provvisori composti dai soli membri di diritto.

Articolo 89 – Regolamenti

1. Il Direttore generale, entro 90 giorni dall'approvazione dell'Atto aziendale da parte degli organismi regionali competenti, ai fini di una sua corretta e completa applicazione, procede all'adozione di regolamenti interni nelle seguenti materie:
 - a. modalità di funzionamento del consiglio di indirizzo;



degli incarichi le modalità di valutazione degli stessi e la graduazione delle funzioni;

- d. relazioni sindacali;
 - e. formazione e l'aggiornamento professionale;
 - f. modalità di funzionamento del Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, ex art. 57 del D.Lgs. del 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i.;
 - g. sistemi di protezione e sicurezza dei dati;
 - h. sistema di misurazione e valutazione delle performance;
 - i. amministrazione e contabilità che include le modalità con cui l'Azienda appalta o contratta direttamente la fornitura di beni e servizi nel rispetto del D.Lgs. del 12 aprile 2006, n. 163 e s.m. ed i.;
 - j. attività libero professionale "intramoenia".
2. Potranno, altresì, essere adottati altri regolamenti interni per definire il funzionamento di altri organismi istituiti con l'Atto aziendale e per l'organizzazione di altri settori di attività, nonché i regolamenti che eventualmente si rendano necessari in attuazione di normative nazionali a regionali.
3. Tutti i regolamenti adottati saranno pubblicati sui siti web aziendali.

Articolo 90 – Norme di rinvio

1. Per tutto quanto non espressamente contemplato nel presente Atto si fa espresso riferimento alle norme del Codice Civile e alle normative nazionali e regionali che disciplinano ciascuna materia trattata, con specifico riferimento alla legislazione di ambito sanitario e della Pubblica Amministrazione.
2. Il presente Atto è obbligatoriamente emendato in caso di variazioni delle normative sovra ordinate, aventi effetto sulle materie in esso trattate ed in tal caso il Direttore generale prende atto delle variazioni intervenute e integra o modifica il presente Atto con apposito provvedimento deliberativo.