



Regione Campania

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

DECRETO N. 64 DEL 13/12/2017

OGGETTO: D.C.A. n. 33/2016 Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015. Atto aziendale Azienda Sanitaria Locale di Caserta. Approvazione. (acta xvii)

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

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

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

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

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2015, con la quale sono stati nominati quale Commissario ad Acta il dott. Joseph Polimeni e quale Sub Commissario ad acta il Dott. Claudio D'Amario;

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

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

- assegna “*al Commissario ad acta l'incarico prioritario di attuare i Programmi operativi 2016-2018 e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli*

essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente”;

- individua, nell'ambito del più generale mandato sopra specificato, alcune azioni ed interventi come acta ai quali dare corso prioritariamente e, segnatamente, al punto xvii) *“approvazione degli atti aziendali adottati dagli enti del Servizio sanitario regionale, in coerenza con la normativa vigente, ivi compreso il rispetto dei parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché in coerenza con quanto previsto dal punto i completamento ed attuazione del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in coerenza con il fabbisogno assistenziale, in attuazione del regolamento adottato con decreto del Ministero della salute del 2 aprile 2015 n. 70 ed in coerenza con le indicazioni dei tavoli tecnici di monitoraggio”;*

RICHIAMATA la sentenza del Consiglio di Stato n. 2470/2013 secondo cui, “nell'esercizio dei propri poteri, il Commissario ad Acta agisce quale organo decentrato dello Stato ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, che di lui si avvale nell'espletamento di funzioni d'emergenza stabilite dalla legge, in sostituzione delle normali competenze regionali, emanando provvedimenti qualificabili come “ordinanze emergenziali statali in deroga”, ossia “misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d'organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro”;

VISTI

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

CONSIDERATO che

- a. 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;
- b. alle Aziende Sanitarie è stato chiesto l'adeguamento del proprio Atto Aziendale a quanto stabilito con il citato Decreto 33/2016;
- c. l'Azienda Sanitaria Locale di Caserta ha adottato la delibera n. 1477 del 23 novembre 2017 avente come oggetto “Revoca delibera n.179 del 11 agosto 2017. Adozione Atto Aziendale”;

PRESO ATTO della nota assunta al prot. reg.le n. 799033 del 04.12.2017, con la quale il Direttore Generale per la Tutela della Salute ha comunicato le risultanze dell'istruttoria del Gruppo di Lavoro appositamente costituito, che ha verificato la conformità dell'atto al DCA 18/2013 e al DCA33/2016 ed ha formulato le seguenti prescrizioni:

- *“Sdoppiare il Dipartimento “Area chirurgica” (programmando eventualmente un Dipartimento di area critica) dal momento che le 18 UOC che lo compongono eccedono il numero massimo di UOC fissato nel DCA 18/2013”.*
- *“Esplicitare l'impegno alla costituzione dei comitati e delle commissioni aziendali elencati nel DCA 18/13”;*

RITENUTO, pertanto,

di procedere alla approvazione dell'Atto Aziendale dell'Azienda Sanitaria Locale di Caserta adottato con delibera n. 1477 del 23 novembre 2017 avente come oggetto “Revoca delibera n.179 del 11 agosto 2017. Adozione Atto Aziendale”;

PRESO ATTO

del verbale del 25 luglio 2017 in cui il Tavolo di Verifica degli Adempimenti regionali ha stabilito che tutti gli Atti aziendali dovranno essere rimodulati e resi coerenti con il provvedimento di aggiornamento della riorganizzazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70 2015 che dovrà essere adottato dalla Struttura Commissariale al fine di recepire le indicazioni fornite dai Tavoli di Verifica ministeriale; Alla stregua della istruttoria tecnico-amministrativa effettuata dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento con il SSR;

D E C R E T A

per quanto esposto in premessa e che si intende integralmente riportato:

- di **PRENDERE ATTO** della comunicazione del Direttore Generale per la Tutela della Salute, assunta al protocollo n. 799033 del 04.12.2017 contenente le risultanze dell'istruttoria svolta dal Gruppo di Lavoro in merito all'esame della delibera della Azienda Sanitaria Locale 1477 del 23 novembre 2017 avente come oggetto "Revoca delibera n.179 del 11 agosto 2017. Adozione Atto Aziendale";
- di **APPROVARE** per l'effetto l'Atto aziendale dell'Azienda Sanitaria Locale di Caserta allegato al presente decreto quale parte integrante e sostanziale con le seguenti prescrizioni:
 - *"Sdoppiare il Dipartimento "Area chirurgica" (programmando eventualmente un Dipartimento di area critica) dal momento che le 18 UOC che lo compongono eccedono il numero massimo di UOC fissato nel DCA 18/2013".*
 - *"Esplicitare l'impegno alla costituzione dei comitati e delle commissioni aziendali elencati nel DCA 18/13";*
- di **FARE** obbligo al Direttore Generale della Azienda Sanitaria di Caserta della sua immediata attuazione;
- di **DISPORRE** che l' Atto Aziendale dovrà essere rimodulato in coerenza con il provvedimento di aggiornamento della riorganizzazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70 2015 da adottarsi dalla Struttura Commissariale al fine di recepire le indicazioni fornite dai Tavoli di Verifica ministeriale;
- di **NOTIFICARE** il presente provvedimento all'Azienda Sanitaria Locale di Caserta con l'obbligo di pubblicazione sul sito istituzionale aziendale;
- di **TRASMETTERE** il presente provvedimento ai Ministeri affiancanti, riservandosi di adeguarlo alle eventuali osservazioni formulate dagli stessi;
- di **TRASMETTERE** al Gabinetto del Presidente della Giunta regionale, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del S.S.R., ed al BURC per la immediata pubblicazione nonché per tutti gli adempimenti di pubblicità e trasparenza.

*Il Direttore Generale
Per la Tutela della Salute
Avv. Antonio Postiglione*

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

DE LUCA



ATTO AZIENDALE

INDICE INTRODUZIONE

.....	7
NORMATIVA DI RIFERIMENTO	7
TITOLO I - L'AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA	8
1.1 AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA.....	8
1.1.1 DENOMINAZIONE	8
1.1.2 IL LOGO.....	8
1.1.3 LA SEDE LEGALE	8
1.1.4 IL SITO WEB	8
1.1.5 IL PATRIMONIO	8
1.2 MISSIONE e VISIONE	9
1.2.1 MISSIONE.....	9
1.2.1.1 NEI CONFRONTI DEI CITTADINI.....	9
1.2.1.2 NEI CONFRONTI DEI COMUNI.....	10
1.2.1.3 NEI CONFRONTI DEL PRIVATO SOCIALE, DEL VOLONTARIATO E DEL TERZO SETTORE.....	10
1.2.1.4 NEI CONFRONTI DEGLI OPERATORI DELL'AZIENDA.....	10
1.2.2 VISIONE	11
1.2.2.1 CLINICAL GOVERNANCE E SICUREZZA DELLE CURE.....	11
1.2.2.2 CLIMA E BENESSERE ORGANIZZATIVO.....	12
1.2.2.3 GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	12
1.2.2.4 LA TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO.....	12
1.2.2.5 FORMAZIONE CONTINUA	14
1.2.2.6 PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI.....	15
1.2.2.7 PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	15
1.2.2.8 LA CARTA DEI SERVIZI.....	15
1.2.2.9 LA COMUNICAZIONE	16
1.2.2.10 ACCESSO E ACCOGLIENZA	18
1.2.2.11 I DIRITTI DEGLI UTENTI.....	18
1.2.2.11.1 LA CONFERENZA DEI SERVIZI.....	18
1.2.2.11.2 LA CONSULTA SANITARIA.....	19
1.2.2.11.3 AUDIT CIVICO.....	20
1.2.3 SISTEMA DI PROGRAMMAZIONE , VALUTAZIONE E CONTROLLO	20
1.2.3.1.PROGRAMMAZIONE.....	20
1.2.3.2 CONTROLLO DI GESTIONE e BUDGET e SISTEMA INFORMATIVO	21
1.2.3.3 SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE	23
1.2.3.4 CONTROLLO DI REGOLARITÀ AMMINISTRATIVA E CONTABILE	23
1.3 MODALITA' DI ATTUAZIONE DELLA DISCIPLINA IN MATERIA DI ATTUAZIONE DELLA DISCIPLINA IN MATERIA DI MEDIAZIONE FINALIZZATA ALLA CONCILIAZIONE NELLE CONTROVERSIE CIVILI E COMMERCIALI	23
TITOLO II – QUADRO EPIDEMIOLOGICO	24
2.1 IL CONTESTO	24
2.1.1.STRUTTURA E DINAMICA DEMOGRAFICA.....	24
2.2 DATI EPIDEMIOLOGICI.....	31
2.2.1 LA MORTALITÀ.....	31
2.2.2 LA MORTALITÀ INFANTILE	31

2.2.3 LE PATOLOGIE NEOPLASTICHE.....	31
2.3 STILI DI VITA	35
TITOLO III - GLI ORGANI.....	37
3.1 ASSETTO ISTITUZIONALE DELL'AZIENDA - ORGANI E ORGANISMI	37
3.1.1 ORGANI.....	38
3.1.1.1 IL DIRETTORE GENERALE.....	38
3.1.1.2 IL COLLEGIO SINDACALE	40
3.1.1.3 II COLLEGIO DI DIREZIONE: COMPOSIZIONE E FUNZIONI	40
3.1.1.4 DIREZIONE STRATEGICA	42
3.1.1.5 IL DIRETTORE SANITARIO	43
3.1.1.6 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO	44
3.1.1.7 IL CONSIGLIO DEI SANITARI	45
3.1.1.8 COMITATI E COMMISSIONI AZIENDALI.....	45
3.1.1.9 ADOZIONE REGOLAMENTI AZIENDALI	46
TITOLO IV – IL GOVERNO DELL'AZIENDA.....	46
4.1 II GOVERNO AZIENDALE	46
4.1.1 MODALITÀ E PRINCIPI PER IL GOVERNO DELL'AZIENDA	47
4.1.2 II GOVERNO ECONOMICO FINANZIARIO	47
TITOLO V – LE FUNZIONI DELL'AZIENDA	48
5.1 LA FUNZIONE DI COMMITTENZA.....	48
5.2 LA FUNZIONE DI PRODUZIONE	48
5.3 LA FUNZIONE DI PROGRAMMAZIONE.....	49
TITOLO VI - STRUTTURA ED ORGANIZZAZIONE.....	49
6.1 LE STRUTTURE.....	49
6.1.1 STRUTTURE COMPLESSE.....	50
6.1.2 STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI	51
6.1.3 STRUTTURE SEMPLICI	51
6.1.4 ATTRIBUZIONI DEI DIRIGENTI	52
6.2 MODELLO FUNZIONALE.....	53
6.2.1 IL LIVELLO CENTRALE	53
6.2.1.1 ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE	54
6.2.1.2 COMITATO UNICO DI GARANZIA PER LE PARI OPPORTUNITÀ (CUG)	54
6.2.1.3 SERVIZI AFFERENTI ALLA DIREZIONE STRATEGICA	55
6.2.1.3.1 servizi DELLA DIREZIONE SANITARIA	56
6.2.1.3.3 SERVIZI DELLE PROFESSIONI SANITARIE.....	56
6.2.1.3.2 COMPOSIZIONE DELLA DIREZIONE AMMINISTRATIVA.....	57
6.2.2 LIVELLO OPERATIVO	58
6.3 CRITERI E PARAMETRI PER LA COSTITUZIONE, IL MANTENIMENTO E LA RICONVERSIONE DELLE UNITÀ OPERATIVE (UOC, UOSD, UOS) IN AMBITO OSPEDALIERO.....	59
6.3.1 CRITERI DI PROGRAMMAZIONE DELLE UNITÀ OPERATIVE COMPLESSE (UOC)....	59
6.3.2 UOSD IN AMBITO OSPEDALIERO	61
6.3.3 UOS IN AMBITO OSPEDALIERO	62
6.4 CRITERI E PARAMETRI PER LA COSTITUZIONE, IL MANTENIMENTO E LA RICONVERSIONE DELLE UNITÀ OPERATIVE (UOC, UOD, UOS) IN AMBITO	

TERRITORIALE.....	62
6.4.1 UOC IN AMBITO TERRITORIALE.....	62
6.4.1.1 UOSD IN AMBITO TERRITORIALE.....	63
6.4.1.2 UOS IN AMBITO TERRITORIALE.....	63
6.5 CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI.....	63
6.5.1 REVOCA DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI.....	68
6.5.2 DISCIPLINA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI NON DIRIGENZIALI.....	69
TITOLO VII- ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO DEI DIPARTIMENTI.....	69
7.1 DIPARTIMENTI.....	69
7.1.1 TIPOLOGIE DI DIPARTIMENTO.....	70
7.1.2 II DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO.....	71
7.1.3 COMITATO DI DIPARTIMENTO.....	72
7.1.4 COMPITI ED ATTIVITÀ GESTIONALI DEL DIPARTIMENTO.....	73
7.1.5 ATTIVITÀ INTERDIPARTIMENTALI.....	73
7.1.6 REGOLAMENTO INTERNO DEL DIPARTIMENTO.....	74
7.1.7 BUDGET DEL DIPARTIMENTO.....	74
7.1.8 RESPONSABILE DIPARTIMENTALE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO E TECNICO-SANITARIO.....	75
7.1.9 DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE.....	75
7.1.10 DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE.....	78
7.1.10 DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE.....	90
7.1.11 INTEGRAZIONE TRA DIPARTIMENTI OSPEDALIERI E TERRITORIALI.....	98
7.1.12 INTEGRAZIONE DELL'ASL E DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI CASERTA.....	98
TITOLO VIII – LE ARTICOLAZIONI DELL'AZIENDA.....	98
8.1 IL DISTRETTO SANITARIO.....	98
8.1.1. IL MODELLO ORGANIZZATIVO DISTRETTUALE.....	101
8.1.1.1 FUNZIONI.....	102
8.1.1.2 DIRETTORE DEL DISTRETTO.....	102
8.1.1.3 ATTIVITÀ.....	104
8.1.1.4 LE UNITÀ OPERATIVE DISTRETTUALI.....	104
8.2 LE CURE PRIMARIE.....	105
8.2.1 CENTRI ASSISTENZA DIABETOLOGICA (CAD).....	107
8.3 LE CURE DOMICILIARI.....	108
8.3.1 MODELLO ORGANIZZATIVO.....	108
8.4 CURE PALLIATIVE e TERAPIA DEL DOLORE.....	109
8.5 AMBULATORI ATTIVI PER ALZHEIMER /DEMENZE.....	110
8.6 MATERNO INFANTILE – SALUTE DELLA DONNA E DELL'ETA' EVOLUTIVA.....	110
8.7 AREA DEI MINORI CON DISTURBI NEUROPSICHIATRICI.....	111
8.8 LA RIABILITAZIONE E L'ASSISTENZA PROTESICA.....	113
8.9 ASSISTENZA TERRITORIALE RIVOLTA AGLI STRANIERI.....	114
8.10 FUNZIONI DI SUPPORTO AMMINISTRATIVO-CONTABILE DEL DISTRETTO SANITARIO.....	115
8.11 IL PROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ TERRITORIALI DISTRETTUALI (P.A.T.).....	116
8.12 L'ACCESSO AI SERVIZI DISTRETTUALI: LA PORTA UNITARIA DI ACCESSO – PUA.....	117
8.13 L'UNITÀ DI VALUTAZIONE INTEGRATA (U.V.I.) E LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E MULTI PROFESSIONALE.....	118
8.14 UFFICIO SOCIO SANITARIO.....	119
8.14 IL PROGETTO PERSONALIZZATO.....	120
8.15 L'UFFICIO DI COORDINAMENTO DELLE ATTIVITÀ DISTRETTUALI.....	122
8.16 FUNZIONE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE COMPONENTE DELL'UFFICIO DI	

COORDINAMENTO DELLE ATTIVITÀ DISTRETTUALI	123
8.17 IL COMITATO DEI SINDACI DI DISTRETTO	123
8.18 UFFICIO PER I RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE	124
8.19 INDIVIDUAZIONE DEI DISTRETTI SANITARI	125
8.20 L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA.....	126
8.21 SANITÀ PENITENZIARIA.....	128
8.22 ISTITUZIONE DELLE FUNZIONI AZIENDALI	133
8.23 INTEGRAZIONE TRA DISTRETTO E DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	134
8.24 INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO	134
8.25 PIANO ATTUATIVO LOCALE.....	135
8.26 PIANO ANNUALE DELLE ATTIVITÀ	136
8.27 RELAZIONE SANITARIA.....	137
 TITOLO IX – LA RETE OSPEDALIERA.....	 137
9.1 LA RETE.....	137
9.2 IL PIANO OSPEDALIERO	138
9.3 ARTICOLAZIONE DELLA RETE DELL'EMERGENZA - URGENZA.....	141
9.3.1 LA RETE TERRITORIALE EMERGENZA – URGENZA E IL SISTEMA 118	141
9.3.1.1 INTRODUZIONE.....	141
9.3.1.2 LA CENTRALE OPERATIVA DEL 118	142
9.3.1.3 – L'ORGANIZZAZIONE DELL'AREA DI ASSISTENZA IN EMERGENZA	143
9.4 LA RETE CARDIOLOGICA.....	143
9.5 – LA RETE PER L'ICTUS	144
9.5.1 PREMessa.....	144
9.5.2 LA MACRO-AREA DELLA PROVINCIA DI CASERTA.....	144
9.6 ALTRE RETI PER PATOLOGIA.....	144
9.6.1 LA RETE PER L'EMERGENZA PEDIATRICA.....	144
9.6.2 I PUNTI NASCITA E ASSISTENZA NEONATALE	145
9.6.3 LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE NEONATOLOGICA E DELLE TERAPIE INTENSIVE NEONATALI.....	145
9.7 LA RETE PER LE EMERGENZE GASTROENTERICHE	146
9.7.1 PREMessa.....	146
9.7.2 L'ORGANIZZAZIONE DELLA RETE.....	146
9.8 LA RETE NEFROLOGICA.....	147
9.8.1 PREMessa.....	147
9.8.2 LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE	148
9.9 LA RETE PER LA TERAPIA DEL DOLORE.....	148
9.10 LA RETE ONCOLOGICA.....	149
9.10.1 PREMessa.....	149
9.10.2 LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE.....	149
9.11 RETE LABORATORISTICA E PATOLOGIA CLINICA.....	150
9.11 IL PRESIDIO OSPEDALIERO E LA SUA ORGANIZZAZIONE	150
9.11.1 IL DIRETTORE SANITARIO DEL PRESIDIO OSPEDALIERO.....	150
9.11.2 STRUTTURA AMMINISTRATIVA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO.....	152
 TITOLO X – IL GOVERNO DELLA SPESA.....	 153
10.1 PRINCIPI GENERALI.....	153
10.2 GLI STRUMENTI DI CONTROLLO DELLA SPESA.....	153
10.3 STRUTTURAZIONE DEL SISTEMA DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO.....	154
10.4 PROCEDURE CONTABILI.....	154
10.5 ACQUISTI DI BENI E SERVIZI E PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DELLE ATTREZZATURE.....	157

10.5.1 GLI ACQUISTI DI BENI E SERVIZI.....	157
10.5.2 ATTREZZATURE: PROGRAMMAZIONE, ACQUISTI, GESTIONE MANUTENZIONE	157
10.6 VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE.....	159
10.7 LE DOTAZIONI ORGANICHE	160
10.8 RELAZIONI SINDACALI	161
TITOLO XI - LE ATTRIBUZIONI DIRIGENZIALI	161
11.1 PROVVEDIMENTI SPECIFICI DI DELEGA.....	161

INTRODUZIONE

L'Atto Aziendale costituisce lo strumento giuridico mediante il quale l'Azienda Sanitaria Locale determina l'organizzazione ed il funzionamento dei propri servizi. Adottato dal Direttore Generale nell'ambito della propria autonomia gestionale ed il rispetto dei principi e dei criteri emanati dalla Regione (art.2, c.2-sexies, D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., come modificato dall'art.1 del D.Lgs. n. 168/2000), nel rispetto degli indirizzi della programmazione sanitaria nazionale e regionale (art.3, c.1-bis, D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.).

Con il presente Atto Aziendale sono definite le modifiche organizzative da apportare all'attuale struttura aziendale per garantire il conseguimento della *mission* aziendale e dei correlati obiettivi strategici; con esso viene allineato l'assetto organizzativo dell'Azienda Sanitaria Locale Caserta alle Linee Guida Regionali e, più in generale, al Piano Sanitario Regionale della Regione Campania.

La strutturazione dell'Atto Aziendale è tesa a valorizzare il ruolo dell'autonomia imprenditoriale dell'Azienda Sanitaria Locale Caserta mediante il ricorso a forme e strumenti di intervento tipici del "*diritto privato*" e dunque del Codice Civile ed in particolare alla "*governance*", intesa come sistema complesso di vincoli, obiettivi e responsabilità coerenti con la necessità di assicurare il raccordo con gli obiettivi di finanza pubblica, nel più ampio contesto dello scenario regionale di rispetto dei vincoli e degli obiettivi fissati dal Piano di Rientro dal disavanzo del Servizio Sanitario Regionale.

Nell'adozione del presente Atto Aziendale, che rappresenta l'emblema dell'idea di autonomia ed autogoverno dell'Azienda da parte del management, si è tenuto conto di:

- coerenza con le specificità del relativo ordinamento regionale;
- garanzia di una organizzazione aziendale funzionale al perseguimento degli obiettivi di programmazione regionale e di concreta applicazione dei principi fondanti della pianificazione sanitaria;
- garanzia della parità di trattamento del personale ed omogeneità di azioni in relazione agli obiettivi propri del Piano di rientro.

L'adozione dell'Atto Aziendale risponde altresì a precise logiche di management ispirato ai principi di efficienza ed efficacia, in grado di innescare percorsi e processi di gestione tesi ad una corretta gestione manageriale orientata al paziente.

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

La disciplina relativa all'assetto organizzativo dell'Azienda Sanitaria Locale Caserta trova, nell'attuale contesto, il suo principale riferimento nella seguente normativa:

- D.Lgs. 502/1992 e s.m.i.;
- Decreto Legge 6.07.2012 n.95 convertito con modificazioni nella Legge 7.08.2012 n.135;
- L.R. 2/94 e s.m.i.;
- L.R. 32/94 e s.m.i.;
- L.R. 16/2008 per la parte in vigore;
- D.Lgs. 81/08;
- DGRC n. 460/2007 "Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale";
- Decreto del commissario ad Acta n. 49/2010 "Riassetto della rete ospedaliera e territoriale";
- Decreto del commissario ad Acta n. 55/2010 "Completamento del riassetto della rete laboratoristica";
- Patto per la salute 2010-2012;

- Decreto del Commissario ad Acta n. 22/2011 "Piano Sanitario Regionale 2011-2013";
- Decreto del commissario ad Acta n.53/2012 "Approvazione Programmi operativi 2011-2012-Adeguamento per l'anno 2012";
- DGRC 96/2011;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 135 del 10.10.2012;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 6 del 14.01.2013;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 18 del 18.2.2013;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 34 del 24.04.2013;
- Decreto del Ministero della Salute n. 70 del 02.04.2015;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 33 del 17.05.2016;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 99 del 22.09.2016.

TITOLO I - L'AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA

1.1 AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA

1.1.1 DENOMINAZIONE

L'Azienda Sanitaria Locale Caserta (di seguito Azienda) è costituita in Azienda con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale con D.G.R. n.504 e 505 del 20 marzo 2009, contraddistinta da autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

1.1.2 IL LOGO

Il logo dell'Azienda è il seguente



1.1.3 LA SEDE LEGALE

L'Azienda ha sede legale in Caserta alla Via Unità Italiana n. 28 – CF/P. IVA 03519500619.

1.1.4 IL SITO WEB

Il Sito WEB dell'ASL é www.aslcaserta.it

1.1.5 IL PATRIMONIO

Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti in seguito al trasferimento disposto con decreto del Presidente della Giunta Regionale all'atto della sua costituzione da quelli acquisiti nell'esercizio delle proprie

attività, nonché da quelli ottenuti a seguito di atti di liberalità.

L'Azienda, ai sensi e per gli effetti dell'art.5, c. 2 del D.Lgs 229/1999 e del decreto del Commissario ad Acta n.14/2009, dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, fermo restando che i beni mobili ed immobili utilizzati per il perseguimento dei fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile e, pertanto, non possono essere sottratti alla loro destinazione, se non nei modi stabiliti dalla legge.

L'Azienda riconosce la valenza strategica del proprio patrimonio quale strumento di potenziamento e di qualificazione strutturale e tecnologica e, in questa prospettiva, si riserva iniziative di investimento anche mediante processi di alienazione del patrimonio da reddito e di trasferimento di diritti reali, previa la necessaria autorizzazione regionale, ex art.5, c.3 del D.Lgs 229/1999.

Con regolamento adottato dal Direttore Generale, viene disciplinata la tenuta degli inventari dei beni mobili ed immobili, la loro gestione, l'affidamento ai consegnatari responsabili, le eventuali procedure di alienazione.

1.2 MISSIONE e VISIONE

1.2.1 MISSIONE

La Missione dell'Azienda è di contribuire agli obiettivi di promozione, al mantenimento e allo sviluppo dello stato di salute della propria popolazione e dell'insieme dei cittadini presenti nel territorio di competenza, che si trovano nelle condizioni di bisogno di assistenza, assicurando la disponibilità e l'accesso all'intera gamma di tipologie di assistenza, di servizi e di prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza, nel rispetto:

- dei principi di dignità della persona;
- del bisogno di salute;
- della sicurezza delle strutture;
- dell'equità nell'accesso ai servizi;

avvalendosi delle attività prodotte dall'insieme dei soggetti accreditati secondo le caratteristiche qualitative e quantitative specificate dagli accordi e dai contratti di fornitura e uniformando la propria attività a criteri di efficacia, di efficienza e di economicità.

In riferimento alle funzioni socio-assistenziali e socio-sanitarie ad essa delegate dai Comuni ai sensi dell'art.3 D.lgs 502/92, l'Azienda assume i principi sopradetti assicurando il rispetto dei contenuti degli specifici Piani di Zona e promuovendo con il mondo dell'associazionismo e del volontariato, le modalità del lavoro di rete ed il concetto di sussidiarietà.

1.2.1.1 NEI CONFRONTI DEI CITTADINI

Nel rispetto dei reali bisogni di salute dei cittadini residenti e domiciliati, delle normative vigenti, delle risorse a disposizione, l'Azienda persegue i seguenti obiettivi:

- garantire i livelli essenziali di assistenza;
- garantire su tutto il territorio uguali opportunità di risorse sanitarie per soddisfare il bisogno di salute;
- garantire equità di trattamento a tutti i cittadini italiani, comunitari e stranieri anche momentaneamente presenti o domiciliati nel territorio dell'Azienda;
- garantire una corretta gestione degli accessi alle prestazioni, attraverso:
 - o un sistema di prenotazione efficace ed efficiente,
 - o precisi percorsi sanitari,

- una corretta e precisa informazione;
- garantire la gestione dei tempi di attesa di erogazione delle prestazioni (liste di attesa), al fine di erogare le stesse nel rispetto delle esigenze di cura dei cittadini;
- promuovere ed attivare una rete integrata di servizi sanitari e socio-sanitari per l'assistenza a tutti i cittadini, con particolare attenzione ai malati cronici, agli anziani, ai disabili e alle fasce più deboli della popolazione;
- promuovere la domiciliarizzazione degli interventi sanitari e socio-sanitari;
- diminuire "l'emigrazione" di cittadini residenti e domiciliati verso risorse esterne all'Azienda, attraverso un'offerta sanitaria locale concreta e più rispondente ai bisogni di salute dei cittadini;
- ridurre il tasso di ospedalizzazioni improprie;
- promuovere e attivare l'ospedale a domicilio;
- promuovere, attivare e potenziare interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria in particolare rivolta alle fasce a più alto rischio;
- attuare campagne di educazione e promozione della salute.

1.2.1.2 NEI CONFRONTI DEI COMUNI

Nel perseguimento dei propri obiettivi sanitari l'Azienda, consapevole del nuovo ruolo che assume il Comune e della imprescindibile necessità operativa della condivisione delle risorse, persegue come obiettivi strategici:

- l'integrazione formale con i Comuni del territorio attraverso la definizione di protocolli e accordi di programma che definiscano compiti, ruoli, responsabilità e risorse;
- l'integrazione operativa delle strategie, delle pianificazioni locali, dei piani di lavoro;
- l'integrazione sul campo delle risorse professionali, strumentali ed organizzative per rispondere in modo più efficace ed efficiente alle richieste di salute socio-sanitaria degli utenti.

1.2.1.3 NEI CONFRONTI DEL PRIVATO SOCIALE, DEL VOLONTARIATO E DEL TERZO SETTORE

L'Azienda, attraverso la creazione di momenti istituzionali di confronto e di integrazione, è impegnata a collaborare con tutti gli Organismi del privato sociale, nell'opera di sussidiarietà nel campo socio-sanitario, attraverso la creazione di momenti istituzionali di confronto e di integrazione.

A tal fine, l'Azienda si attiva per promuovere sistematici incontri con tali organismi per attuare interscambi informativi e studiare eventuali procedure di collaborazione.

1.2.1.4 NEI CONFRONTI DEGLI OPERATORI DELL'AZIENDA

L'Azienda considera le proprie risorse umane un elemento qualificante ed essenziale per realizzare i suoi obiettivi di salute.

In questa ottica l'operatore si intende come protagonista, all'interno del sistema aziendale, del processo di erogazione delle prestazioni e rappresenta il primo "testimonia" dell'Azienda.

Tutti gli operatori, sia dirigenti che di comparto, sono chiamati a considerare il cittadino come un "cliente" da trattare sempre con cortesia, nel rispetto della privacy e della dignità della persona, in tutte le fasi del percorso sanitario: dall'informazione alla prenotazione, dall'accoglienza all'erogazione delle prestazioni, dalla comunicazione dei referti all'avvio dei trattamenti.

1.2.2 VISIONE

La visione strategica dell'Azienda è tesa a consolidare un sistema organizzativo basato sui principi della "*clinical governante*" e la sicurezza delle cure; un clima adeguato per il benessere di tutti gli operatori; la valorizzazione e la corretta gestione delle risorse umane; la tutela della salute e della sicurezza degli ambienti di lavoro; la formazione continua dei propri operatori.

1.2.2.1 CLINICAL GOVERNANCE E SICUREZZA DELLE CURE

Il governo clinico rappresenta il tentativo di perseguire un approccio integrato volto a garantire qualità dell'assistenza, riconoscendo che non si tratta solo di intervenire sulle singole decisioni cliniche per orientarle verso una migliore appropriatezza, ma di fare in modo che i sistemi assistenziali nel loro insieme siano orientati verso questo obiettivo.

Per le politiche sanitarie aziendali ai diversi livelli, la qualità dei servizi sanitari e delle prestazioni erogate viene assunta come parte integrante delle scelte operate sul piano del governo amministrativo, della organizzazione dei servizi e della formazione dei professionisti che vi operano.

In questo senso, la "*Qualità*" cessa di essere una sorta di dimensione separata, collaterale e parallela, per diventare parte integrante del processo di identificazione degli obiettivi aziendali, dei meccanismi di definizione dei processi organizzativi come pure di quelli che presiedono alla definizione dell'allocazione delle risorse, degli strumenti di valutazione delle attività delle singole unità operative e dei percorsi formativi offerti ai professionisti.

In tale contesto una particolare attenzione viene posta alla gestione del rischio, attraverso l'implementazione di metodologie che, con approccio sistemico, si prefiggono di esaminare i fattori che influenzano la pratica clinica in ogni suo stadio, fornendo indicazioni per appropriati interventi e piani di riduzione degli errori, facendo leva su un maggior coinvolgimento e responsabilizzazione degli operatori ed una migliore comunicazione e relazione fra professionisti, amministratori e cittadini.

L'Azienda provvede a potenziare la dotazione di strumenti per il governo clinico, con particolare attenzione a quelli previsti nel Piano Sanitario Regionale 2016-2018 (Decreto del Commissario ad acta n. 99 del 22/09/2016). In tale Atto Aziendale si esplicitano gli aspetti organizzativi (individuazione di strutture, costituzione di gruppi di lavoro, ecc.) direttamente finalizzati, attraverso il Servizio Qualità e Risk Management, ad accrescere l'appropriatezza, ridurre la variabilità e migliorare l'adesione a standard di trattamento appropriati. Il governo clinico consente di ridurre la distanza tra efficacia teorica (*efficacy*) ed efficacia pratica (*effectiveness*), migliorando direttamente il comportamento professionale e razionalizzando l'organizzazione. L'obiettivo finale è una sanità basata sulle prove di evidenza; pertanto è necessario che i percorsi siano basati su revisioni realmente sistematiche della letteratura, sia dal punto di vista professionale e sia per i modelli organizzativi del contesto nel quale tali percorsi verranno applicati. La predisposizione dei percorsi è un processo ad altissimo contenuto professionale, che necessita di un percorso condiviso. I professionisti devono essere motivati a mettere in gioco la loro professionalità per implementare le azioni di governo clinico. Esso propone, infatti, una visione processuale dell'organizzazione, con la consapevolezza che il servizio è appunto il risultato di processi di lavoro intesi come sequenza di attività interconnesse e finalizzate, per le quali agiscono professionisti, si utilizzano tecnologie sia hard (macchine) che soft (linee guida, procedure assistenziali), si consumano risorse, si adottano metodologie di lavoro conseguenti, la cui responsabilità appartiene ad ogni livello organizzativo e professionale.

Il governo clinico attiene quindi all'appropriatezza clinica ed organizzativa ed alla qualità

tecnica percepita delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture aziendali.

In quest'ottica e al fine di migliorare l'assistenza, l'Azienda si propone di svolgere, in maniera indipendente ed in collaborazione con Enti esterni, nazionali ed internazionali, attività di ricerca fondamentale e di sviluppo sperimentale; si impegna, altresì, a garantire la più ampia diffusione dei risultati di tali attività mediante la didattica, pubblicazioni o il trasferimento di conoscenze.

1.2.2.2 CLIMA E BENESSERE ORGANIZZATIVO

Per raggiungere obiettivi di efficacia e di produttività elevati l'Azienda si impegna a creare e mantenere il benessere fisico e psicologico delle persone, anche attraverso la realizzazione di ambienti e relazioni di lavoro che contribuiscano al raggiungimento di livelli appropriati di qualità della vita dei lavoratori.

Le condizioni emotive dell'ambiente in cui si lavora, la sussistenza di un clima organizzativo che stimoli la creatività e l'apprendimento, l'ergonomia, oltre che la sicurezza degli ambienti di lavoro costituiscono elementi di fondamentale importanza ai fini dello sviluppo e dell'efficienza dell'Azienda.

In tal senso è importante offrire agli operatori la possibilità di lavorare in contesti organizzativi che favoriscono gli scambi, la trasparenza e la visibilità dei risultati del lavoro, in ambienti dove è garantita un'adeguata attenzione agli spazi fisici, ai rapporti tra le persone e allo sviluppo professionale.

Ciò è necessario ed indispensabile per:

- valorizzare le risorse umane;
- aumentare la motivazione dei dipendenti;
- migliorare i rapporti tra i 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.

1.2.2.3 GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

La valorizzazione degli operatori rappresenta uno degli obiettivi prioritari di una concreta politica sanitaria.

L'Azienda per conseguire questo obiettivo interverrà affinché:

- si predisponga un ambiente di lavoro che stimoli il miglioramento e consolidi i rapporti di collaborazione;
- si assicuri che siano ben compresi i compiti da svolgere e gli obiettivi da conseguire;
- si verifichi il livello di condivisione degli obiettivi;
- si accerti periodicamente la motivazione nel provvedere alla qualità del servizio;
- si verifichino i risultati delle iniziative di miglioramento dandone evidenza all'organizzazione;
- si remunerino in modo differenziato l'impegno e le connesse responsabilità.

1.2.2.4 LA TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO

Il miglioramento delle condizioni di lavoro, la tutela della salute e sicurezza dei lavoratori e la promozione della cultura della prevenzione, rappresentano obiettivi strategici che l'Azienda promuove in tutti i propri ambienti di lavoro, con una prevenzione globale, organizzata, programmata, informata e partecipata per i lavoratori, per gli utenti, per i volontari e per i visitatori.

Cambiano, per ciascuno di questi, il livello di coinvolgimento, i compiti e le responsabilità, ma rimane comune la condivisione di obiettivi finalizzati alla tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, nella consapevolezza che ognuno contribuisce a raggiungerli.

Pertanto, il modello adatto a realizzare ed a controllare l'implementazione delle azioni specifiche è costituito da un sistema organizzativo aziendale in grado di definire le modalità per individuare le responsabilità, le procedure, i processi e le risorse per lo sviluppo di una politica di prevenzione e di benessere del lavoratore, nel rispetto delle norme di salute e sicurezza vigenti.

A tal fine è stato istituito, ai sensi dell'art.31 del D.Lgs 81/08, il Servizio Prevenzione e Protezione (SPP) aziendale che costituisce l'organo tecnico di attuazione delle politiche di sicurezza e salute sul lavoro, organizzato in modo da garantire l'effettivo svolgimento dei compiti previsti all'art.33 del D.Lgs. 81/08 per tutte le unità aziendali. I soggetti e i servizi aziendali, coinvolti nell'espletamento di attività e nell'esecuzione di compiti ex D.Lgs. 81/08, costituiscono l'area della Sicurezza.

Il SPP analizza le performance dei diversi sottosistemi aziendali in materia di sicurezza sul lavoro e collabora nella definizione delle politiche specifiche; a tal fine è stato inserito al suo interno il Servizio dei Medici Competenti per il controllo e la tutela della salute dei dipendenti.

Al fine di contribuire al processo di valorizzazione e responsabilizzazione della dirigenza, compatibilmente con quanto disposto dall'art. 4, comma 2, del Decreto Legislativo 30.03.2001 n.165 ed in analogia a quanto indicato all'art. 15-bis, comma 1, del D.Lgs. n. 502/1992, il Direttore Generale, nell'ambito delle proprie funzioni:

- definisce, attraverso apposito atto deliberativo, l'organigramma aziendale, individuando i soggetti di cui all'art.2 § 1 lett.b, che, secondo le attribuzioni specifiche, assolvono agli adempimenti di cui al D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. ed i relativi flussi informativi da e verso i soggetti del sistema di sicurezza aziendale, nonché tutti i soggetti individuati dal D.Lgs. 81/2008: Datore di Lavoro, Dirigente e Preposti, RSPP, SPP, Medico Competente, Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza;
- adotta un regolamento specifico per definire in modo univoco le attribuzioni e competenze dei dirigenti dell'Azienda e dei soggetti ex D.Lgs. 81/08;
- prevede la definizione di flussi informativi dedicati per la tenuta della documentazione (cfr. art.53 D. Lgs. n.81/08);
- prevede un sistema di gestione specifico che definisca in modo univoco le procedure, le responsabilità, i compiti delle figure aziendali preposte all'espletamento delle attività ed assicuri il monitoraggio degli adempimenti;
- assegna, ad ogni Datore di Lavoro, il budget annuale per la sicurezza e fornisce, attraverso il SPP, ogni utile ausilio alla proficua gestione;
- istituisce il servizio di prevenzione e protezione con il RSPP, ai sensi dell'articolo 31 comma 6 lett. g – comma 7 – comma 8, adeguato all'assolvimento dei compiti per l'Azienda;
- costituisce un elenco di medici competenti dell'ASL, in possesso dei titoli e requisiti di cui all'art.38 D.Lgs. 81/08 ed istituisce, all'interno del SPP, il Servizio Medici Competenti;

- individua le procedure per l'attuazione delle misure di prevenzione e protezione da realizzare, nonché i dirigenti dell'organizzazione aziendale, in possesso di adeguate competenze e poteri, che vi devono provvedere;
- indice una riunione periodica plenaria, almeno una volta l'anno;
- avvia la procedura per l'individuazione dei RR.LL.S. di Unità Produttiva e ne disciplina i rapporti;
- garantisce il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza;
- individua nell'ambito dei costi aziendali quelli relativi alla sicurezza sul lavoro.

La designazione dei datori di lavoro, così definita costituisce il presupposto per una migliore definizione delle funzioni della dirigenza dell'area sanitaria e dell'area tecnico-amministrativa, contribuendo al processo di valorizzazione e di responsabilizzazione della stessa dirigenza, verso obiettivi predeterminati e condivisi, alla realizzazione di modalità di governo e di gestione più articolate e flessibili.

Tale struttura centralizzata garantisce il coordinamento tra i vari soggetti ex D.Lgs. 81/2008 e tra le unità periferiche relativamente alla politica della sicurezza ed un'uniformità di azioni nell'ambito della stessa azienda, oltre ad assicurare una razionale organizzazione e migliori standard qualitativi ed economici.

1.2.2.5 FORMAZIONE CONTINUA

L'Azienda si impegna a prevedere, come momento fondamentale dell'azione manageriale, l'elaborazione del piano formativo annuale, costituito dalle attività formative annualmente pianificabili sulla base di obiettivi nazionali, regionali ed aziendali, finanziato secondo le norme contrattuali e dai vigenti accordi Stato-Regioni, e comunque entro una spesa annua non superiore al 50% della spesa sostenuta nell'anno 2009 (ai sensi dell'art.6 del D.L. 78/2010 convertito nella L. 122 del 30 luglio 2010).

La valorizzazione del lavoro è fattore determinante per la realizzazione dei processi di trasformazione e riorganizzazione all'interno dell'Azienda per garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza. Pertanto 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.

La formazione e l'aggiornamento professionale, infatti, sono considerati oltre che acquisizione di saperi, sviluppo di abilità e competenze relazionali, anche quale strumento propedeutico alla trasmissione di valori, di norme comportamentali e di innovazione, indispensabili per le politiche di gestione delle risorse umane.

La formazione rappresenta il punto di incontro tra il sistema organizzativo e la qualità delle prestazioni erogate e deve perseguire la concreta integrazione tra gli operatori responsabili della gestione dei singoli processi produttivi. Per tale ragione l'offerta formativa sarà ampia e diversificata sia nelle metodologie che negli strumenti formativi per garantire percorsi di apprendimento coerenti ai bisogni dei partecipanti e trasferibili al contesto operativo di riferimento.

Inoltre, poiché la risorsa umana costituisce il fattore determinante che caratterizza la qualità delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie, saranno sviluppate politiche formative ed informative orientate al raggiungimento degli obiettivi di salute, attraverso appropriati interventi di formazione che assicurino efficacia ed efficienza.

Pertanto l'Azienda si farà carico di contribuire all'aggiornamento della professionalità degli operatori, interessandosi, oltre che delle conoscenze tecnico scientifiche specifiche dell'attività di assistenza, di competenze ed abilità di tipo programmatico, organizzativo e gestionale.

1.2.2.6 PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI

Il presente Atto Aziendale individua le strategie e le azioni atte a sviluppare adeguati livelli di informazione, accoglienza, tutela e partecipazione dei cittadini, nonché modalità utili a consentire l'attività, all'interno delle strutture sanitarie, delle organizzazioni dei cittadini e delle associazioni non aventi fini di lucro. A tal fine sul sito istituzionale dell'Azienda è prevista, ai sensi dell'art. 32 della Legge 18 giugno 2009 e s.m.i., una specifica sezione ad accesso libero ove vengono pubblicati gli atti amministrativi.

1.2.2.7 PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

Per garantire la massima trasparenza degli atti adottati e delle azioni svolte nell'ambito aziendale è stato adottato il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza ed Integrità con delibere n. 180/2014, n. 1562/2014, n. 231/2015 e n. 32/2016, pubblicate regolarmente nell'apposita sezione del Sito Aziendale. Infine, con la delibera n. 73 del 25/01/2017 sono stati aggiornati i piani di lavoro 2015 e 2016 ed è stato adottato il Piano triennale 2017-2019.

1.2.2.8 LA CARTA DEI SERVIZI

La Carta dei Servizi, quale strumento attraverso il quale l'Azienda si impegna a fornire prestazioni e servizi ai cittadini/utenti, è ispirata ai seguenti principi:

- 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 di qualità dei servizi e assunzione di impegni rispetto alla promozione della qualità del servizio e alla determinazione di modalità di valutazione costante della qualità stessa;
- organizzazione di iniziative strutturate per la tutela dei cittadini;
- ascolto delle opinioni e dei giudizi sulla qualità del servizio, espressi dai cittadini direttamente o tramite le associazioni che li rappresentano attraverso modalità di partecipazione e coinvolgimento.

La Carta dei Servizi indica il Responsabile di ciascun servizio a cui potersi rivolgere per ottenere il rispetto degli impegni dichiarati, nonché le modalità per presentare reclamo, ricevere risposta e conoscere cosa il cittadino/utente possa fare nel caso in cui il suo reclamo sia stato respinto.

I destinatari della Carta dei Servizi Sanitari sono pertanto tutti coloro che intendono utilizzare i servizi ed usufruire delle prestazioni che l'Azienda eroga; deve essere scritta in modo chiaro e di facile lettura e conterrà le informazioni che permettono all'utente di conoscere quali prestazioni e servizi l'Azienda stessa si impegna a fornire, ma anche in che quantità, in che modo, in che tempi e secondo gli standard di qualità perseguiti.

Il Direttore Generale cura l'elaborazione della Carta dei Servizi, come indicato nel

DPCM del 19 maggio 1995, e ne assicura i periodici aggiornamenti e la sua diffusione attraverso i Presidi ed i Distretti Sanitari e gli organi di rappresentanza, nonché mediante la pubblicazione sul sito Aziendale.

1.2.2.9 LA COMUNICAZIONE

La comunicazione istituzionale rappresenta uno dei terreni su cui si gioca la sfida del cambiamento. Attraverso le attività di informazione e comunicazione, gli Enti possono, infatti, da una parte rispondere ai doveri di trasparenza, imparzialità e parità di accesso che le leggi assicurano a tutti i cittadini, dall'altra diventare organizzazioni capaci di attuare il proprio mandato istituzionale con un maggiore livello di coerenza rispetto ai bisogni dei cittadini.

I mutamenti nella struttura sociale hanno portato a nuove configurazioni nei rapporti interni alla società al fine di attivare una domanda di relazione più personalizzata e richiedere alle istituzioni la capacità di fornire risposte sempre più complesse, estese e differenziate. Nel contempo una più diffusa consapevolezza dei diritti di cittadinanza modifica la relazione tra cittadini e amministrazioni.

Inoltre, comunicare con i cittadini in maniera studiata, meditata ed integrata stimola la percezione e trasmette l'idea di una struttura amministrativa che funziona e che agisce in maniera coordinata.

Per quanto detto, le attività di comunicazione dovranno accompagnare le strategie dell'organizzazione e si configurano come uno strumento del "policy making" in tutte le sue fasi, dalla individuazione dei problemi fino alla valutazione degli impatti prodotti dalle azioni messe in atto.

Affinché l'Azienda possa raggiungere i propri obiettivi strategici, saranno adottati sistemi di comunicazione interna ed esterna convergenti ed idonei al risultato.

La comunicazione interna, che si pone come complementare e funzionale alla comunicazione esterna, è il veicolo principale per condividere qualsiasi tipo di messaggio, sia informativo che funzionale. La circolazione del flusso di informazioni deve essere convogliata in una rete strutturata di canali di divulgazione, in modo che sia facilmente fruibile e riconoscibile, sia per essere consultata che per essere alimentata.

Ciò è possibile attivando tipologie di comunicazione interna basate su processi di condivisione delle conoscenze e rispondenti a logiche differenti, che vanno ad incidere sul ruolo di appartenenza:

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

Al fine di garantire livelli di comunicazioni uniformi l'Azienda predisporrà annualmente il Piano di comunicazione quale strumento in grado di coniugare strategie, obiettivi, destinatari, azioni e strumenti di comunicazione secondo un disegno organico e razionale.

In questa accezione, dunque, il Piano di comunicazione aiuta il governo della

comunicazione nel senso che ne consente la finalizzazione (perché comunicare), ne individua gli attori (chi comunica e a quali destinatari), ne indica i prodotti (cosa si deve realizzare), ed indica con quali strumenti e con quali risorse si deve effettuare.

Il piano di comunicazione è, quindi, uno strumento che consente di programmare e gestire le azioni di comunicazione per il raggiungimento di specifici obiettivi strategici e di comunicazione dell'Azienda, finalizzato al perseguimento di tre possibili obiettivi:

- in primo luogo, quello strategico, in quanto può aiutare l'organizzazione nell'implementazione delle proprie politiche;
- in secondo luogo, la facilitazione della convergenza tra le logiche della comunicazione interna e quelle della comunicazione esterna dell'azienda, favorendo quella che si può definire come comunicazione integrata;
- in terzo luogo, quello di incentivare la costruzione di relazioni bidirezionali tra l'organizzazione e i suoi interlocutori pubblici di riferimento.

Si tratta di relazioni consapevoli e costanti nel tempo, non casuali o episodiche, finalizzate alla coproduzione di senso e significati nello scambio comunicativo tra l'Azienda e i suoi destinatari.

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

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

Pertanto, il metodo di redazione del Piano di comunicazione conterrà:

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

A tal fine è previsto il Servizio Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) che si rapporta con le altre strutture organizzative aziendali e con l'Azienda Ospedaliera di Caserta per la comunicazione interaziendale al fine di comprendere le istanze di tutti gli utenti del

territorio.

1.2.2.10 ACCESSO E ACCOGLIENZA

L'Azienda si caratterizza per una molteplicità di strutture erogative assistenziali e per la loro distribuzione a rete su un territorio assai ampio. In relazione a queste peculiarità, che rendono l'accesso ai servizi difficoltoso sia in termini logistici (le diverse sedi) che funzionali (la necessaria parcellizzazione con distribuzione delle funzioni), l'Azienda si impegna ad assumere ogni iniziativa utile ad agevolare il ricorso ai propri servizi, promuovendo in particolare:

- lo sviluppo di punti d'accesso polifunzionali;
- lo sviluppo di punti di informazione decentrati, in grado di "vedere" tutto il complesso delle prestazioni e dei servizi disponibili nell'ambito del territorio;
- la messa a punto di sistemi telematici per la prenotazione e l'informazione;
- adeguata assistenza agli Stranieri Temporaneamente Presenti (STP).

In tale contesto l'Azienda agisce in un'ottica di area vasta, integrandosi strettamente con le altre Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione.

Per l'assistenza rivolta alla popolazione straniera, si individua una specifica UOSD nell'area sociosanitaria, in applicazione della deliberazione n.111 del 27.05.2013 - Giunta Regionale della Campania, che recepisce l'accordo del 20 dicembre 2012 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano.

1.2.2.11 I DIRITTI DEGLI UTENTI

L'azione dell'Azienda si impegna in tutti i suoi ambiti, (in sintonia con i principi che regolano il miglioramento continuo della Qualità e lo sviluppo delle politiche di accoglienza e di agevolazione dell'accesso) ad assicurare agli utenti:

- rispetto della dignità della persona
- riservatezza
- certezza dell'interlocutore
- ascolto nelle forme e nei modi più idonei alla situazione ed al caso individuale, con gentilezza e competenza
- risposte entro tempi definiti
- informazione tempestiva, corretta, chiara, semplice comprensibile ed adeguata
- conoscenza delle modalità di esecuzione della prestazione sanitaria e sociale
- accoglimento dei reclami
- chiarezza e visibilità dei propri comportamenti.

1.2.2.11.1 LA CONFERENZA DEI SERVIZI

In base all'art. 14, comma 4 del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. il Direttore Generale si impegna ad indire, 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 e si riunisce con cadenza annuale su convocazione del Direttore Generale.

1.2.2.11.2 LA CONSULTA SANITARIA

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

La Consulta Sanitaria, in particolare:

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

Detto organismo si riunisce su convocazione del Direttore Sanitario che lo presiede.

La Consulta Sanitaria è costituita da:

- Direttore Sanitario aziendale;
- Direttori di Distretto Sanitario;
- Direttori di Dipartimento;
- Comitato di rappresentanza dei sindaci;
- Due rappresentanti degli organismi di volontariato maggiormente rappresentativi nell'azienda;
- Due rappresentanti della Cooperazione sociale senza scopi di lucro maggiormente presenti sul territorio aziendale;
- Due rappresentanti degli organismi di tutela dei diritti dei cittadini maggiormente rappresentativi nell'azienda;
- Due rappresentanti di Cooperative che gestiscono beni confiscati alla criminalità organizzata;
- Responsabile dell'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico;
- Responsabile del Coordinamento Sociosanitario.

In prima istanza i due rappresentanti della cooperazione sociale senza scopi di lucro maggiormente presenti sul territorio aziendale ed i due rappresentanti di Cooperative che gestiscono beni confiscati alla criminalità organizzata vengono individuati negli attuali componenti della Consulta del Terzo Settore, che ne faranno parte fino alla prima scadenza naturale del consesso stesso, di cui alla deliberazione n. 749 del 06/06/2012 e successivi adempimenti.

Trascorso il biennio di prima attivazione, i componenti rappresentanti gli organismi di volontariato, della cooperazione sociale, degli organismi di tutela dei diritti dei cittadini e delle Cooperative che gestiscono beni confiscati saranno individuati dal Direttore Generale dagli Albi regionali.

La Consulta sanitaria è costituita con provvedimento del Direttore Generale e dura in carica due anni. Il suo funzionamento è disciplinato da apposito regolamento

aziendale.

Per particolari esigenze, anche legate alle specificità del territorio aziendale, il Direttore Generale può, nel provvedimento di costituzione della Consulta, prevedere la partecipazione di altri soggetti istituzionali.

1.2.2.11.3 AUDIT CIVICO

L'audit civico rappresenta uno degli strumenti primari per la partecipazione dei cittadini alle politiche sanitarie aziendali. È, infatti, una metodologia che ha la finalità di promuovere la valutazione, da parte dei cittadini, della qualità delle prestazioni delle Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere.

Il processo di Audit civico si basa sull'analisi critica e sistematica delle azioni svolte dall'Azienda, attraverso l'utilizzo di uno strumento metodologico che comporta la definizione di indicatori, tramite la co-progettazione tra cittadini e referenti aziendali, delle modalità di raccolta dati. I dati forniti dalla rilevazione degli indicatori verranno confrontati con le informazioni tratte da altri sistemi di monitoraggio delle strutture e dei servizi, quali, ad esempio, l'accreditamento, le segnalazioni dei cittadini, la documentazione riguardante delibere e provvedimenti aziendali, le liste di attesa, le interviste alle direzioni generali e sanitarie e la consultazione delle organizzazioni civiche.

1.2.3 SISTEMA DI PROGRAMMAZIONE, VALUTAZIONE E CONTROLLO

1.2.3.1.PROGRAMMAZIONE

Nell'ambito del processo di pianificazione, l'Azienda predispone, nel rispetto delle normative e dei vincoli vigenti, il programma annuale delle attività, nel quale vengono evidenziate le azioni ed i volumi produttivi delle singole specialità, il relativo assorbimento di risorse, gli investimenti e, nel rispetto della legislazione regionale vigente in materia di bilanci, il conto economico dei costi e ricavi previsti per l'esercizio annuale di riferimento, dando così evidenza della programmazione economico-finanziaria di periodo.

La programmazione annuale costituisce il primo step di riferimento operativo-gestionale, oltre che di spesa, rispetto al periodo triennale di pianificazione che trova invece esplicitazione nella pianificazione pluriennale, e come tale deve essere coerente e compatibile con la mission istituzionale attribuita alle Aziende in sede di politica economico-sanitaria regionale.

Gli atti di programmazione rivestono un'importanza strategica, in quanto definiscono gli obiettivi, i progetti e le azioni che caratterizzano l'attività sanitaria e mettono in evidenza i processi organizzativi attraverso i quali si rende possibile la loro realizzazione, in uno con la relativa valutazione di incidenza economica.

Detta programmazione sarà improntata su criteri e valutazioni di efficienza ed economicità, dovendo essere prioritariamente connotata da valutazioni relative alla qualità ed appropriatezza delle prestazioni in rapporto ai bisogni di salute attesi.

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

1.2.3.2 CONTROLLO DI GESTIONE E BUDGET E SISTEMA INFORMATIVO

L'attività economica dell'Azienda è ispirata alla razionale gestione delle risorse attribuite ed introitate, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati attraverso il Controllo Interno di Gestione aziendale.

Il budget, costituito dall'insieme dei documenti di carattere economico, patrimoniale e finanziario, che descrivono gli obiettivi di gestione in termini di risultati da raggiungere e di risorse da impiegare, è distinto in budget generale, riferito all'intera azienda, e budget funzionali, riferiti alle singole strutture.

Al fine di garantire un costante monitoraggio dell'esercizio annuale, l'Azienda definisce, implementa ed utilizza le tecniche di budget e controllo di gestione, predisponendo un sistema di contabilità analitica coerente con i diversi livelli di responsabilità previsti dal modello organizzativo.

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

- definizione degli standard prestazionali di ciascuna struttura;
- negoziazione degli obiettivi e delle risorse;
- consuntivazione continuativa dei risultati e alimentazione delle banche dati;
- reporting strutturato per livello di responsabilità;
- 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, almeno trimestrale, in grado di rilevare, in particolare, scostamenti della spesa corrente rispetto alla spesa previsionale di periodo e/o comunque elementi indicativi di andamento non fisiologico della spesa gestionale;
- analisi degli scostamenti ed azioni correttive.

Ai fini del potenziamento della implementazione del Controllo di Gestione sono state definite:

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

Inoltre l'Azienda potenzierà ed utilizzerà il proprio sistema informativo/informatico e le relative banche dati in modo da consentire la realizzazione di tale processo.

Il sistema informativo dell'Azienda è l'insieme:

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

La Regione Campania ritiene strategico il ruolo del Sistema Informativo Sanitario aziendale e Regionale (SISR) perché esso produce la conoscenza dei fenomeni e degli eventi in maniera analitica, completa, accurata, tempestiva ed omogenea.

Tale conoscenza costituisce il necessario presupposto per programmare ed organizzare un'offerta dei servizi efficace ed efficiente. I dati raccolti dall'Azienda devono consentire una lettura integrata degli eventi da essi rappresentati. La finalità sottesa a tale sforzo risiede nella possibilità di ottenere in maniera strutturata informazioni di sintesi che attengono da un lato alla domanda e all'offerta di Servizi Sanitari, da un altro allo stato di salute della popolazione e dall'altro ancora alla gestione della azienda. A tal fine è previsto il potenziamento e la riorganizzazione dei Sistemi Informativi aziendali le cui linee direttrici, coerenti con lo sviluppo del NSIS e del SISR, e con gli indirizzi già contenuti nel Piano Sanitario Regionale 2016-2018, vengono definite nel presente Atto Aziendale.

L'Azienda, promuove 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 tal senso la dematerializzazione è intesa quale complesso intervento di semplificazione dei processi e di diminuzione delle fasi e dei passaggi del processo decisionale, snellimento dei procedimenti, semplificazione, governo del ciclo del documento in tutte le sue fasi incluso quello della conservazione, comunicazione digitale, controllo e riduzione del "*digital divide*", rappresenta attualmente uno degli elementi di maggior rilievo all'interno dei processi di riforma dell'attività amministrativa e costituisce una delle linee di azione maggiormente significative anche ai fini della riduzione della spesa pubblica in termini sia di risparmi diretti (carta, spazi, ecc.) sia di risparmi indiretti (tempo, efficienza, ecc.).

La dematerializzazione, congiuntamente allo sviluppo dei sistemi comunicativi, all'utilizzo costante e diffuso della rete aziendale intranet, per le comunicazioni interne, e i portali per la comunicazione, per l'esterno, all'utilizzo ed alla diffusione della poste certificate (PEC e CECPAC), permette di facilitare il processo di *democratizzazione aziendale* con un migliore e puntuale dialogo sia tra le diverse strutture organizzative sia con i dipendenti e con i cittadini utenti.

La dematerializzazione riguarderà, dunque, sia la conservazione dei documenti amministrativi e sanitari che la comunicazione e lo scambio documentale, nell'ambito dell'azienda stessa e tra questa e l'esterno. Tale obiettivo è reso possibile, tra l'altro, dal ricorso alle nuove tecnologie della firma digitale e della posta elettronica certificata.

Le tecnologie digitali vengono messe al servizio del cittadino. A tal proposito è potenziato il Sito web aziendale come strumento di comunicazione aperto e trasparente che, come tale, è di notevole valore in sanità in quanto, tra l'altro, offre l'opportunità alle strutture sanitarie di rendere pubbliche informazioni di estrema utilità per i cittadini sui servizi offerti, sulle modalità di fruizione degli stessi, sui tempi di attesa per le prestazioni.

Per garantirne l'effettiva utilità, l'Azienda ne curerà non solo l'allestimento, ma anche il costante arricchimento ed aggiornamento. Naturalmente l'utilizzo di tali tecnologie sarà attentamente regolamentato.

1.2.3.3 SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE

In conformità a quanto disposto dal D.Lgs. 150/09 e s.m.i., concernente "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", in applicazione dell'art.7, sarà attivato un sistema di misurazione e valutazione della performance di ciascuna struttura organizzativa nel suo complesso nonché la valutazione annuale dei dirigenti.

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa, connessi al sistema di controllo di gestione e sistema informativo, riguarderà:

- l'attuazione di piani e programmi, ovvero la misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse;
- la modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e la capacità di attuazione di piani e programmi;
- l'efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi;
- la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati;
- gli Ambiti di misurazione e valutazione della performance individuale.

1.2.3.4 CONTROLLO DI REGOLARITÀ AMMINISTRATIVA E CONTABILE

Ai controlli di regolarità amministrativa e contabile provvedono gli organi appositamente previsti dall'art.3-ter del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.; le verifiche di regolarità amministrativa e contabile devono rispettare, in quanto applicabili alla Pubblica Amministrazione, i principi del Codice Civile.

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.

1.3 MODALITA' DI ATTUAZIONE DELLA DISCIPLINA IN MATERIA DI ATTUAZIONE DELLA DISCIPLINA IN MATERIA DI MEDIAZIONE FINALIZZATA ALLA CONCILIAZIONE NELLE CONTROVERSIE CIVILI E COMMERCIALI

La disciplina sulla mediazione finalizzata alla conciliazione nelle controversie civili e commerciali ha lo scopo di ridurre gli impegni economici e organizzativi derivanti dal crescente numero di controversie commerciali e civili nei confronti di Enti pubblici. Il decreto legislativo n. 28 del 2010, come disposto dall'art.60 della Legge 69/2009 in materia di "Mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali" prevede, all'art.5, c.1, l'obbligo del preventivo provvedimento di mediazione in caso di controversie in materia civilistica e commerciale.

Il Direttore Generale, a tutela dell'Azienda, individua i deputati uffici di mediazione, conferendo mandato a quei professionisti che abbiano i requisiti previsti dalla norma.

TITOLO II – QUADRO EPIDEMIOLOGICO

2.1 IL CONTESTO

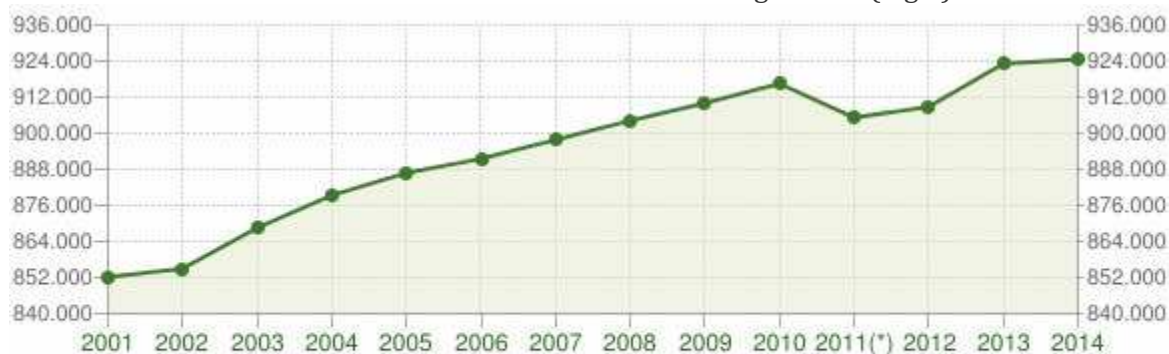
2.1.1.STRUTTURA E DINAMICA DEMOGRAFICA

L'Azienda Sanitaria Locale Caserta corrisponde all'ambito territoriale della Provincia di Caserta, su cui insistono 104 Comuni, e si estende su una superficie di 2.639,38 Km². In questo ambito sono individuate l'area urbana che si estende dal capoluogo (Caserta), attraverso un territorio rurale, fino al confine con il Molise ed il Sannio, ed un territorio situato a sud-est che si estende da un agglomerato urbano ad alta densità di popolazione (Aversa e dintorni), tramite un territorio rurale, sino alla zona litoranea (litorale domizio).

Oltre al capoluogo vi sono quattro centri urbani (Aversa, Marcianise, Maddaloni e Santa Maria Capua Vetere), con una popolazione superiore ai 30.000 abitanti. La popolazione residente in zona di montagna è di circa 54.741 abitanti, mentre quella in zona collinare è di 488.509 abitanti.



Andamento demografico della popolazione residente in provincia di Caserta dal 2001 al 2014. Grafici e statistiche su dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno (Fig.1).



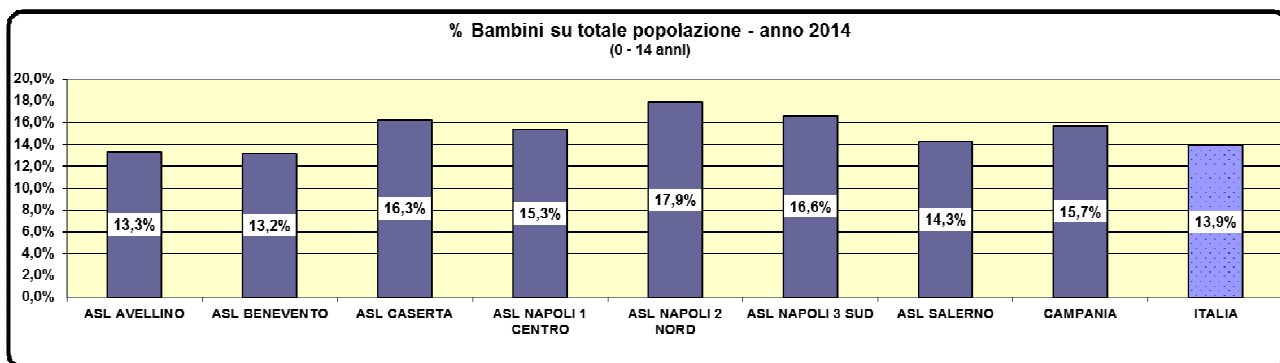
Andamento della popolazione residente

PROVINCIA DI CASERTA - Dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

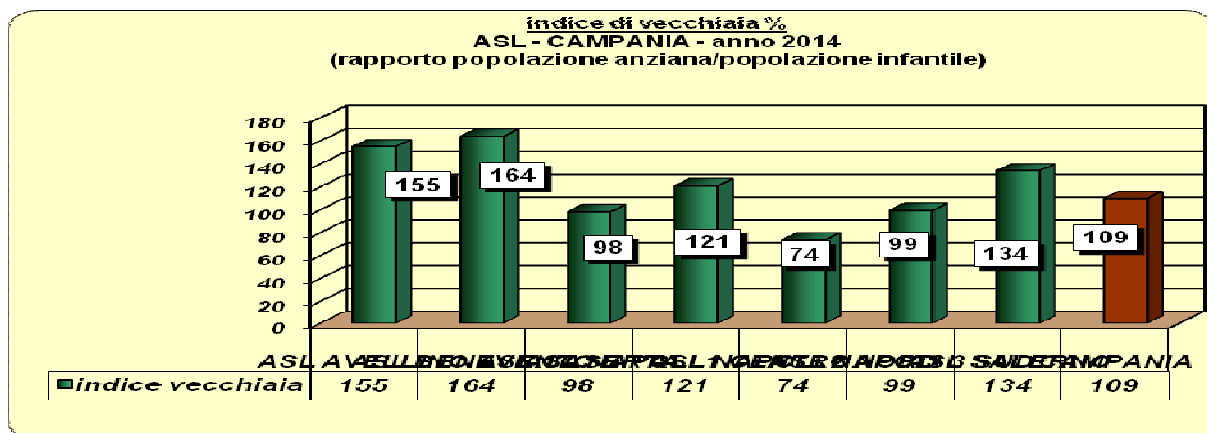
(*) post-censimento

La popolazione residente al 1 Gennaio 2015 è di 924.614 abitanti (escluso cittadini iscritti nell'anagrafe AIRE e gli STP) con un trend progressivamente in aumento (al 2002 era di 852.149 abitanti) con un rapporto maschi/femmine pari a 0,95 ed una densità di 344,32 abitanti per Km²;

La popolazione infantile (0-14 anni) è pari a 150.390 (16,3 %) ponendoci al di sopra della media regionale (15,7%) e di quella nazionale (13,9%). Fig.2



La popolazione anziana è di 147.580 (15,98 %). L'indice di vecchiaia (anziani rapportati ai bambini 0-14 anni) è pari a 98,7% rispetto al valore medio di 144,5%. La distribuzione di tale indice è però difforme all'interno della regione con valori molto bassi nelle province di Napoli e Caserta (rispettivamente 85,7% e 88,6%) e più alti nelle restanti province. Il numero di grandi anziani (85-100 anni) è pari a 16.684 anni (1,8 %). Fig.3



La speranza di vita alla nascita a Caserta è pari a 78,5 anni negli uomini rispetto alla media regionale di 80,3 e di 83,2 nelle donne rispetto alla media regionale di 85 anni.

La speranza di vita a 65 anni è pari a 17,6 anni negli uomini rispetto alla media regionale di 18,9 e di 20,8 nelle donne rispetto alla media regionale di 22,3 anni.

Tab.1 Distribuzione della popolazione per fasce

Età	Maschi		Femmine		Totale	
		%		%		%
0-4	22.995	51,40%	21.714	48,60%	44.709	4,80%
5-9	25.692	51,30%	24.343	48,70%	50.035	5,40%

10-14	27.286	51,20%	26.015	48,80%	53.301	5,80%
15-19	28.179	51,40%	26.647	48,60%	54.826	5,90%
20-24	30.583	50,90%	29.461	49,10%	60.044	6,50%
25-29	29.893	49,90%	30.059	50,10%	59.952	6,50%
30-34	31.250	49,90%	31.391	50,10%	62.641	6,80%
35-39	33.909	49,90%	34.029	50,10%	67.938	7,30%
40-44	35.291	49,10%	36.582	50,90%	71.873	7,80%
45-49	36.136	49,20%	37.315	50,80%	73.451	7,90%
50-54	32.861	48,60%	34.778	51,40%	67.639	7,30%
55-59	27.873	48,90%	29.155	51,10%	57.028	6,20%
60-64	24.213	48,50%	25.741	51,50%	49.954	5,40%
65-69	22.344	47,80%	24.446	52,20%	46.790	5,10%
70-74	16.014	45,90%	18.882	54,10%	34.896	3,80%
75-79	13.081	43,10%	17.300	56,90%	30.381	3,30%
80-84	8.358	38,50%	13.367	61,50%	21.725	2,30%
85-89	4.007	33,30%	8.039	66,70%	12.046	1,30%
90-94	1.297	28,20%	3.296	71,80%	4.593	0,50%
95-99	154	22,90%	518	77,10%	672	0,10%
100+	33	27,50%	87	72,50%	120	0,00%
Totale	451.449	48,80%	473.165	51,20%	924.614	

Il grafico in basso, detto Piramide delle Età, rappresenta la distribuzione della popolazione residente in provincia di Caserta per età, sesso e stato civile al 1° gennaio 2015.

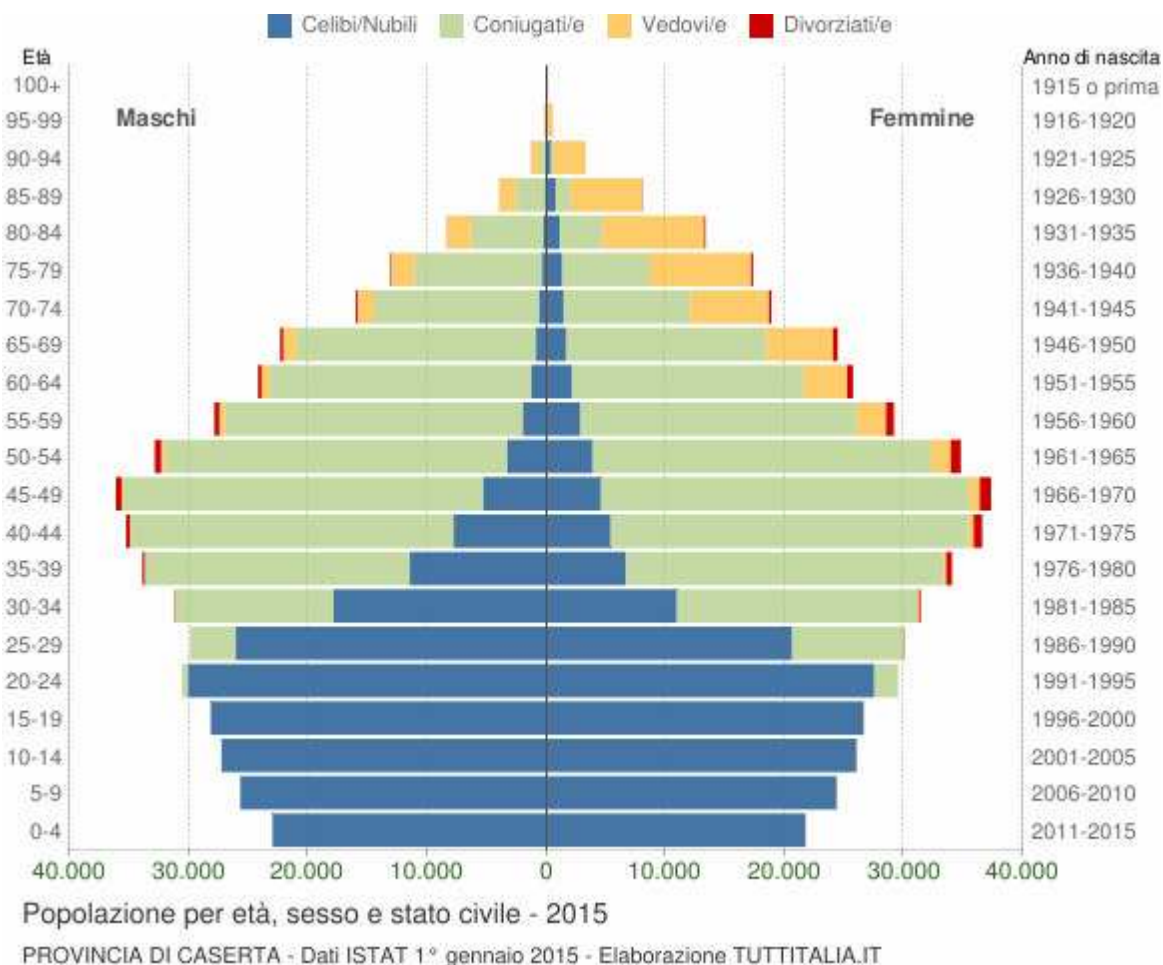


Fig. 4 La popolazione è riportata per classi quinquennali di età sull'asse Y, mentre sull'asse X sono riportati due grafici a barre a specchio con i maschi (a sinistra) e le femmine (a destra). I diversi colori evidenziano la distribuzione della popolazione per stato civile: celibi e nubili, coniugati, vedovi e divorziati.

La popolazione straniera residente (censita nel 2014) è pari a 41,515 (pari al 4,5 % della popolazione della provincia) con un trend in notevole crescita (al 1/1/2005 la popolazione straniera era pari al 2,1% = 18.227 residenti). La percentuale della nostra Azienda é in linea con quella regionale (4,5 %). A ciò è da sommare l'elevata quota di stranieri irregolari.

Sono considerati cittadini stranieri le persone di cittadinanza non italiana aventi dimora abituale in Italia (Fig.5).



Fig. 5 Popolazione straniera residente in provincia di Caserta al 1° gennaio 2015. (Dati Istat)

Tasso di Natalità

Limitando l'analisi al 2011 (valore stimato) Napoli presenta il tasso di natalità più alto (10,6 x 1000 ab.), seguita da Caserta (10,4 x1000 ab.), mentre in coda troviamo Avellino con un valore pari a 8,1 x 1000 ab.

Tra le 5 province, le uniche che presentano un tasso di crescita positivo sono Napoli e Caserta, pur mostrando un andamento in flessione negli ultimi 4 anni.

Tab.2

NATALITA'	2008	2009	2010	2011*	MORTALITA'	2008	2009	2010	2011*
Caserta	10,8	10,7	10,6	10,4	Caserta	7,9	7,9	8,1	8,1
Benevento	8,4	8,4	8	8,2	Benevento	10,3	10,8	10,7	11,1
Napoli	11,2	10,9	10,6	10,6	Napoli	8,1	8,2	8,2	8,3
Avellino	8,7	8,3	8,2	8,1	Avellino	9,8	10,0	10,0	10,3
Salerno	9,3	9,2	9	9	Salerno	9,2	9,3	9,2	9,3
CAMPANIA	10,5	10,3	10	9,9	CAMPANIA	8,5	8,6	8,7	8,7

*Stima

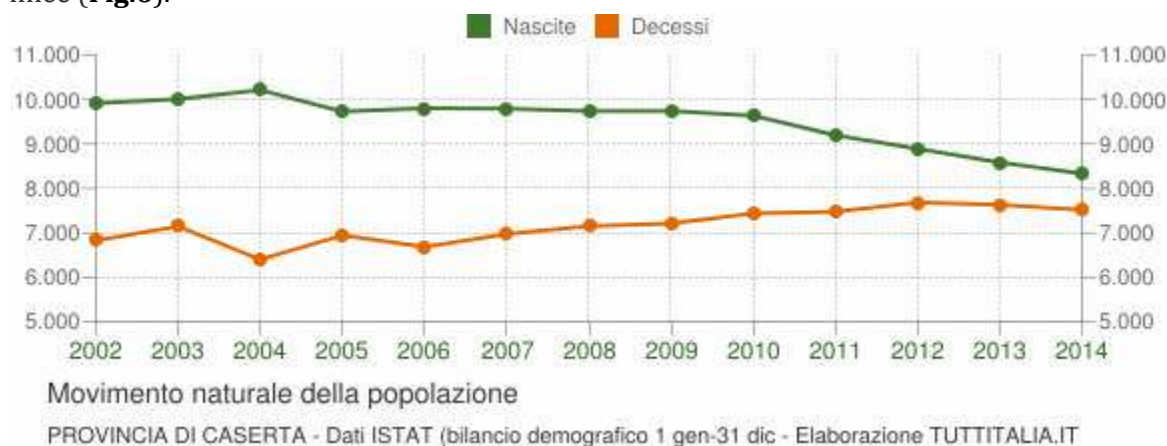
Tab.3 - Indicatori di crescita della popolazione (tassi per 1000 ab.) per provincia, anni 2008-2011 (Fonte ISTAT)

CRESCITA NATURALE	2008	2009	2010	2011*	NUZIALITA'	2008	2009	2010	2011*
Caserta	2,9	2,8	2,5	2,3	Caserta	5,0	4,7	4,6	4,1
Benevento	-1,9	-2,4	-2,7	-2,9	Benevento	4,6	4,5	4,1	3,6
Napoli	3,1	2,7	2,4	2,3	Napoli	5,9	5,4	4,9	4,7
Avellino	-1,1	-1,7	-1,8	-2,2	Avellino	4,3	3,8	3,9	3,2
Salerno	0,1	-0,1	-0,2	-0,3	Salerno	5,4	5,2	5,0	4,5
CAMPANIA	2,0	1,7	1,3	1,2	CAMPANIA	5,5	5,1	4,8	4,4

*Stima

Il movimento naturale di una popolazione in un anno è determinato dalla differenza fra le nascite ed i decessi ed è detto anche saldo naturale.

Le due linee del grafico in basso riportano l'andamento delle nascite e dei decessi negli ultimi anni. L'andamento del saldo naturale è visualizzato dall'area compresa fra le due linee (**Fig.6**).

**Tab. 4 - Composizione % della popolazione per geomorfologia.**

	COLLINA LITORANEA	COLLINA INTERNA	MONTAGNA	PIANURA	Totali
ASL CE	3,3%	24,9%	2,0%	69,9%	100,0%

Situazione economica

Un dato peculiare e interessante riguarda, soprattutto nelle aree considerate a maggior rischio socioeconomico, le condizioni di affollamento a cui sono esposti i cittadini: con circa 430 abitanti per km² la Campania registra la più alta densità abitativa regionale del Paese (media nazionale: 199 ab/ km²). Ma sono soprattutto la provincia di Napoli e quella di Caserta, rispettivamente con 2.630 ab/ km² e 347 ab/ km², che mostrano valori largamente al di sopra della media italiana; al contrario, la provincia di Salerno, con 222 ab/km², di Avellino che ne conta 157 e di Benevento con 140, mostrano valori prossimi alla media nazionale.

Le condizioni socio-economiche sono considerate tra i più potenti determinanti di salute di una popolazione: l'evidenza scientifica prodotta negli ultimi decenni in diversi Paesi ha concordemente dimostrato come la scarsa istruzione, la disoccupazione e le conseguenti modeste risorse economiche delle famiglie siano associate a stili di vita scadenti i quali, a loro volta, aumentano il rischio di raggiungere livelli di salute insoddisfacenti.

Dal punto di vista socio-economico e demografico la Campania manifesta alcune caratteristiche che, relativamente a numerosi indicatori, la situano lontana dalla media delle altre Regioni italiane, quasi sempre nelle posizioni estreme e sfavorevoli, con un reddito medio è pari a 7.093 euro, e con ovvie conseguenze avverse sulla salute dei cittadini.

Alla luce di queste premesse, purtroppo, è "fisiologico" attendersi in Campania una popolazione che manifesti condizioni di salute sensibilmente peggiori rispetto a quelle di cittadini residenti in altre Regioni, caratterizzate, queste ultime, da un profilo socio-economico più favorevole.

La Campania presenta, insieme alla Puglia, il grado di alfabetizzazione più modesto del Paese: l'ultimo censimento (2001) ha mostrato, infatti, che il 15% della popolazione tra i 15 e i 52 anni non ha conseguito la scuola dell'obbligo (Italia 10%). Più in dettaglio, la provincia di Napoli registra il maggior indice di non conseguimento della scuola dell'obbligo (18%); seguono Caserta con il 14% e le altre Province, con valori prossimi (10-11%) a quello nazionale.

Appena dopo quello della Sicilia, la nostra regione presenta il tasso di disoccupazione giovanile 15-24 anni più alto dell'intero Paese: dati recenti del 2007 indicano per la nostra regione un tasso pari al 32% contro un dato medio nazionale pari al 20%; ne consegue che in Campania una famiglia su cinque vive una condizione di povertà, mentre in Italia il dato interessa mediamente una famiglia su dieci. I recenti dati Eurostat mostrano come, a dispetto di un PIL pro capite nazionale pari a circa 24.300 €, quello campano è il più basso di tutte le regioni italiane e ammonta a poco meno di 15.500 €; ancora una volta, all'interno della regione, il primato relativo alle condizioni socio-economiche più scadenti spetta alle province di Napoli e Caserta.

La provincia di Caserta, in una regione giovane, prolifica e sovraffollata, ospita cittadini costretti a vivere condizioni sociali ed economiche svantaggiate ed estreme rispetto alla maggioranza delle altre regioni italiane: una tale situazione espone i singoli e l'intera

comunità a stili di vita dannosi e a condizioni di salute sensibilmente più scadenti rispetto a tutti gli altri abitanti della stessa nazione. I cittadini percepiscono e lamentano in vari modi il quotidiano disagio.

Tab. 5 – Indice di deprivazione

Indice di deprivazione	Bassa	Medio bassa	Media	Medio alta	Alta	Totale popolazione pesata	Peso per il Riparto
ASL CE	21.827	33.035	45.473	26.822	828.088	955.245	15,7%
Campania	251.776	179.844	277.173	233.034	5.160.068	6.101.896	100,0%

Il dato delle esenzioni esprime bene la situazione economica e sanitaria degli assistiti dell'Asl Caserta.

Tab. 6 - Riepilogo Assistiti Esenti ASL CE (dato SOGEI)

Assistiti esenti	Posizioni esenti	Assistiti	% Assistiti su totale
365.707	545.868	907.157	40,31

Con 909.082 assistiti censiti le esenzioni (anche doppie) sono 545.868, mentre i pazienti con almeno una esenzione sono pari al 40,31%: la percentuale più alta della Campania (media regionale pari a 37,26 %). Nello specifico, 84.649 assistiti sono esenti per condizione (9,33%); 4.663 per malattie rare (0,51%) e 176.481 per patologia (19,45 %); 304.365 per reddito (33,48 %); 621 per invalido di guerra (0,07 %).

Tab. 7- Dettaglio esenzione Regione Campania – ASL Caserta

Assistito esente per condizione				Assistito esente per malattia rara				Assistito esente per patologia			
F	M	Tot	%	F	M	Tot	%	F	M	Tot	%
58.304	34.781	93.085	10,26	3.337	2.375	5.752	0,63	105.845	93.960	199.805	22,0

Esente per reddito				Invalidi di guerra				Totali Posizioni Esenti
F	M	Tot	%	F	M	Tot	%	
319.786	287.440	607.226	66,90	73	445	517	0,06	906.395

TAB. 8 A.S.L. DI CASERTA - ASSISTITI ESENTI PER PATOLOGIA

FASCIA D'ETÀ	SESSO		TOTALE	%	
	F	M		F	M
0	22	36	58	37,93	62,07
1 - 4	104	117	221	47,06	52,94
5 - 14	590	676	1.266	46,60	53,40
15 - 44	11.161	7.820	18.981	58,80	41,20
45 - 64	34.765	33.197	67.962	51,15	48,85
64 - 74	22.751	21.981	44.732	50,86	49,14
>75	17.713	12.332	30.045	58,95	41,05
TOTALE	87.106	76.159	163.265	53,35	46,65

2.2 DATI EPIDEMIOLOGICI

2.2.1 LA MORTALITÀ

Gli indici di mortalità costituiscono un indicatore “indiretto” dello stato di salute di una popolazione. Nel 2014¹, l'anno più recente per cui l'Istat ha reso disponibili i dati sulla mortalità, in provincia di Caserta sono decedute 7479 persone, 3697 uomini e 3782 donne: la popolazione provinciale, insieme a quella regionale mostra la mortalità più elevata, sia tra gli uomini che tra le donne, confermando un differenziale che rimane inalterato da oltre 30 anni. Questo differenziale, per entrambi i sessi, è pari a circa 13 decessi in più ogni 10.000 abitanti, rispetto al valore medio nazionale.

Tra gli uomini si registra, in Campania, una larga quota di tassi di mortalità superiori alla media nazionale dovuti principalmente all'eccesso di mortalità per malattie circolatorie e malattie cerebrovascolari seguiti dalla mortalità per cause oncologiche; risultano inoltre più elevati i tassi di mortalità per malattie dell'apparato respiratorio, dell'apparato digerente e per diabete mellito.

Anche tra le donne risultano più elevati i tassi di mortalità per malattie circolatorie e malattie cerebrovascolari insieme a quelli per malattie dell'apparato respiratorio e dell'apparato digerente. Risalta il valore del tasso di mortalità femminile per diabete mellito (4.88%) quasi doppio di quello nazionale (2.58%).

I valori non sono omogenei all'interno delle province campane: i tassi di mortalità più alti si registrano nelle province di Napoli e Caserta, in entrambi i generi, anche se il trend è, parimenti al resto della nazione, in decremento.

La seconda causa di morte, come nel resto d'Italia, è rappresentata dai tumori maligni per la cui trattazione si rimanda al paragrafo 2.1.3.3 (patologie neoplastiche).

2.2.2 LA MORTALITÀ INFANTILE

La mortalità infantile in provincia di Caserta, indicatore che esprime in modo generico e sintetico il grado di sviluppo sociale, ambientale e sanitario di una popolazione, ha registrato un valore di 41,83 decessi per 10.000 abitanti (anni 2009-2010). L'indicatore esprime il n° di bambini morti nel I anno di vita /n° bambini nati durante l'anno – ogni 10.000 abitanti (tasso di mortalità infantile).

Tuttavia sia in provincia che in Regione Campania negli ultimi decenni si è assistito ad un importante decremento del tasso di mortalità infantile: pur registrandosi al livello regionale e provinciale valori più alti dell'intero paese (Tasso M-I regione Campania 40,75 per 10.000 ab.), la riduzione dell'indicatore è stata sensibilmente più alta rispetto alle altre regioni italiane. Il valore per la ASL Caserta si è, infatti ridotto dal 43,39 del 2009 al 40,27 del 2010 (per 10.000 abitanti).

2.2.3 LE PATOLOGIE NEOPLASTICHE

Nel 2016 la ASL di Caserta ha pubblicato il primo report sulla diffusione delle patologie oncologiche diagnosticate ai cittadini residenti su tutto il territorio provinciale durante il triennio 2008-10. I dati sono stati prodotti dal Registro Tumori aziendale, un registro di popolazione generale che copre tutti i 104 Comuni della Provincia di Caserta, per un totale

¹ Dati Istat 2014

di 924.614 abitanti².

Di seguito una sintesi dei primi dati di incidenza (numero di nuovi casi diagnosticati nel periodo in esame) e mortalità (numero di decessi dovuti a cause oncologiche) per tumori maligni (escluso i tumori cutanei non melanomatosi).

Incidenza oncologica

In provincia di Caserta, dal 2008-2010, sono stati diagnosticati 11.940 nuovi casi di tumore maligno³, 6.685 (56%) tra i maschi e 5.255 (44%) tra le femmine.

TUTTI I TUMORI

INCIDENZA E MORTALITÀ: SINTESI DEI DATI

ANNI 2008-2010

	INCIDENZA			MORTALITÀ		
	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
Numero casi/anno	2228	1752	3980	1220	804	2024
Numeri casi totali	6685	5255	11940	3660	2411	6071
% casi per genere	56	44	100	60.3	39.7	100
Tasso grezzo ⁽¹⁾	513.4	382.9	446.4	281.1	175.7	227
Tasso sta (EUR) ⁽¹⁾	464.8	314.8	378.8	250.2	124.6	178.2
Rischio cum. 0-74 (%)	31.8	22.6	27	17	8.7	12.7
Rapporto M/I (%)	54.7	45.9	50.8	⁽¹⁾ per 100.000 abitanti		
VM (%)	85.7	87.4	86.5	⁽²⁾ M/I = Mortalità/Incidenza		
DCO (%)	1.2	1.8	1.4	⁽³⁾ VM = Verifiche Microscopiche		
				⁽⁴⁾ DCO = Solo certificati di decesso		

CRITERI DI SELEZIONE (CLASSIFICAZIONE ICD-O-3)

Topografia: C00-C80 (tutte); morfologia: 8270-8790, 9140, 9590-9948 se topografia C44 (tumori cutanei non carcinomatosi), 8000-9989 negli altri casi (tutte le morfologie); comportamento: 1-2 se topografia C67 (tumori incerti e in situ della vescica), 3 (maligno, infiltrante).

Tab. 9: sintesi dei dati di incidenza e mortalità oncologica, ASL Caserta, triennio 2008-10

I cinque tumori più frequentemente diagnosticati, nel territorio provinciale sono stati:

- il cancro del polmone (17,7%), della vescica (14,6%), della prostata (14%), del colon-retto (11,4%) e del fegato (5,7%) tra gli uomini;
- il cancro della mammella (27,2%), del colon-retto (12,3%), dell'utero (7,4%), i linfomi (5,0%) e il cancro della tiroide (4,7%) tra le donne.

Il tasso di incidenza per tutti i tumori, standardizzato sulla popolazione europea, è pari a 378,8 per 100.000 residenti, rispettivamente 464,8 nei maschi e 314,8 nelle femmine. I tassi di incidenza standardizzati, divisi per sesso, risultano inferiori rispetto a quelli dell'Italia e, in modo statisticamente significativo, rispetto a quelli del Nord⁴, mentre risultano significativamente superiori rispetto quelli del Sud⁴.

² Istat al 1/01/2015

³ esclusi i tumori della cute non melanomi e del SNC non maligni

⁴ ITACAN - Tassi standardizzati biennio 2008-2009 – <http://itacan.ispo.toscana.it/italian/itacan.htm>

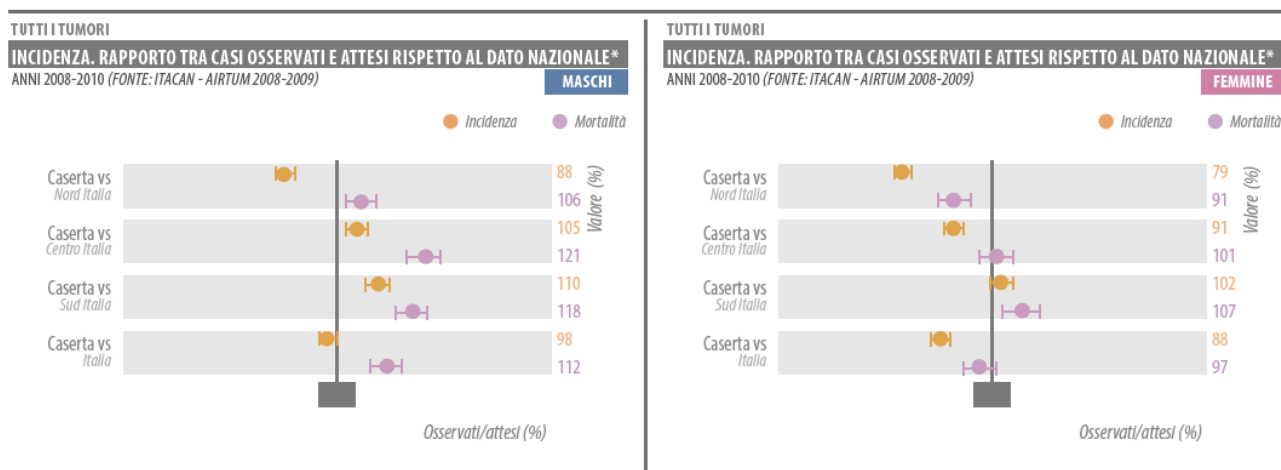


Fig. 7: Confronto dati di incidenza e mortalità oncologica, Popolazione ASL Caserta VS e macro-aree italiane e intera nazione, triennio 2008-10

Trattandosi di malattie cronic-degenerative la distribuzione per età evidenzia una maggior incidenza della patologia oncologica nelle fasce più avanzate, così come atteso, mentre i tumori infantili e adolescenziali (0-19 anni) rappresentano, fortunatamente, una quota estremamente esigua del totale (1,1%).

Mortalità oncologica

I deceduti per tumore⁵ nel triennio 2008-2010 sono stati 6.071: 3.660 (60,3%) maschi e 2.411 (39,7%) femmine, su un totale di 21.886 decessi per tutte le cause.

Le più frequenti cause di morte tumorale sono state:

- il cancro del polmone (30,2%), del colon-retto (8,4%), della prostata (8,1%), del fegato (7,9%) e dello stomaco (6,6%) tra gli uomini;
- il cancro della mammella (17,2%), del colon-retto (13,1%), del polmone (8,4%), dello stomaco (7%) e del fegato (7,1%) tra le donne.

Il tasso di mortalità, standardizzato sulla popolazione europea, e pari a 178,2 per 100.000 residenti, rispettivamente 250,2 nei maschi e 124,6 nelle femmine. I tassi di mortalità standardizzati, per i maschi, risultano superiori, in maniera statisticamente significativa, se confrontati con quelli dell'Italia³, del Sud³, del Centro e del Nord, mentre per le femmine risultano significativamente superiori rispetto al Sud³ e inferiori rispetto al Nord.

L'analisi per età al decesso evidenzia una bassissima mortalità nella popolazione infantile (0,26%), mentre circa il 56% dei decessi si verifica fra 20 e 75 anni e circa il 44% dopo i 75 anni d'età.

La patologia oncologica risulta variamente distribuita tra i distretti della ASL, evidenziando, tra i maschi, alcune realtà distrettuali ove il fenomeno è maggiormente frequente, anche con differenze statisticamente significative,

⁵ ISTAT 2008-2010

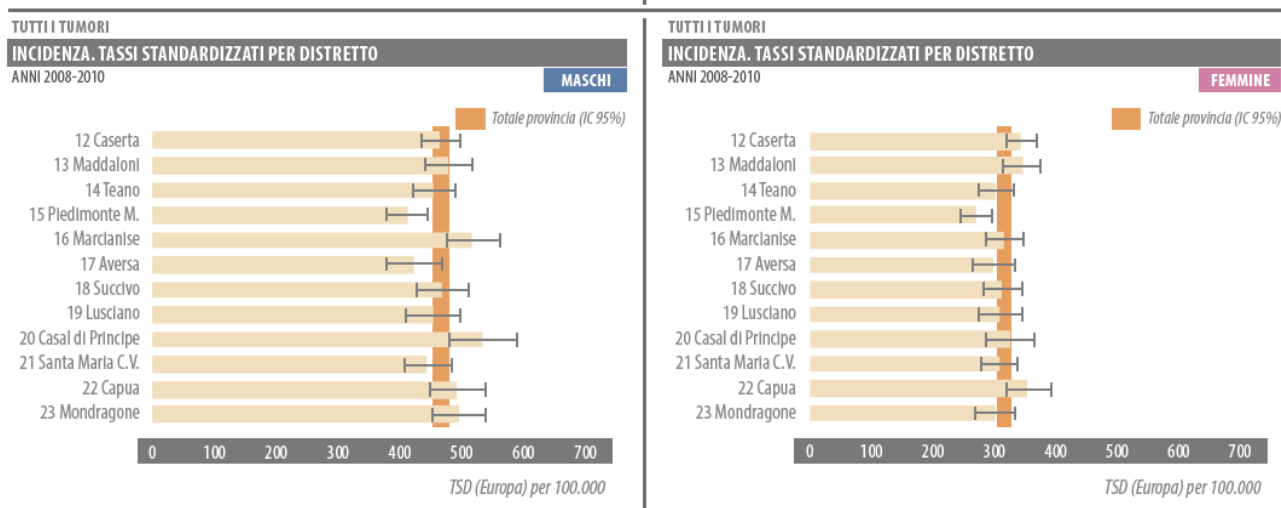


Fig. 8: Distribuzione tassi di incidenza oncologica per Distretto Sanitario e per sesso, ASL Caserta, triennio 2008-10

Conclusioni

L'elaborazione e le analisi condotte sui dati del primo triennio 2008-2010 forniscono una prima fotografia del fenomeno oncologico nella provincia di Caserta.

Così come atteso, nel sesso maschile i tassi standardizzati dimostrano che esiste un eccesso di incidenza statisticamente significativo rispetto al Sud, ma non rispetto al Nord, situando la provincia di Caserta in una posizione di rischio intermedio.

Nel sesso femminile, i tassi standardizzati sono assimilabili a quelli del Sud e significativamente inferiori a quelli del Nord e del Centro d'Italia. È comunque opportuno focalizzare l'attenzione sull'analisi sede-specifica da cui si evidenziano scostamenti in eccesso o in difetto dai valori nazionali e di macro-aree.

In particolare l'incidenza dei tumori maligni del polmone, del fegato, di testa e collo (compreso laringe) nei maschi e della vescica in entrambi i sessi, sono le sedi topografiche ove si registrano eccessi significativi rispetto al valore di confronto di tutte le macro-aree del paese (Sud, Centro e Nord Italia).

L'analisi dei dati conferma, altresì, un eccesso di mortalità, nei maschi, per il complesso delle patologie oncologiche rispetto a tutte le macro aree (Nord, Centro e Sud Italia). La mortalità per le femmine, invece, mostra una sostanziale sovrapposibilità rispetto al dato nazionale e un eccesso rispetto al Sud.

Questi dati pongono l'accento sull'importanza dei necessari miglioramenti da attuarsi nell'ambito della prevenzione e dei percorsi terapeutico-assistenziali sulla popolazione dell'intera provincia.

Nel complesso, risulta evidente, infatti, la contraddizione tra una minore incidenza complessiva di tumori maligni (ad esclusione dei succitati tumori maligni di polmone, fegato testa e collo negli uomini e vescica in entrambi i sessi, per i quali si registra un eccesso di incidenza) ed una maggiore mortalità oncologica rispetto alle macro aree centro e nord-italia, sui cui, verosimilmente pesano diversi aspetti come:

- La perdurante bassa compliance degli screening di popolazione (cervice uterina e mammella per le donne e colon retto in entrambi i sessi);

- Le difficoltà di accesso alle strutture sanitarie di diagnosi e cura da parte delle fasce di popolazioni più deboli e a rischio;
- L'enorme frazionamento dei percorsi sanitari (migrazione sanitaria, notevole presenza di strutture sanitarie private convenzionate) in assenza di uno standard di qualità di riferimento, sia di tipo diagnostico che terapeutico che impedisce, tra l'altro, la realizzazione di una analisi, oltre che dei costi, anche della qualità delle prestazioni rese.

Ovviamente valutazioni più accurate sono possibili studiando i dati specifici di ogni sede tumorale, e per ognuna di queste, delle rispettive varietà morfologiche riscontrate: appare pertanto utile rimandare alle elaborazioni disponibili sulla sezione "dati" del sito www.registrotumoricaserta.it.

2.3 STILI DI VITA

Le malattie croniche costituiscono la principale causa di morte quasi in tutto il mondo. Si tratta di un ampio gruppo di malattie, che comprende le cardiopatie, l'ictus, il cancro, il diabete e le malattie respiratorie croniche. Ci sono poi anche le malattie mentali, i disturbi muscolo-scheletrici e dell'apparato gastrointestinale, i difetti della vista e dell'udito, le malattie genetiche.

In generale, sono malattie che hanno origine in età giovanile, ma che richiedono anche decenni prima di manifestarsi clinicamente. Dato il lungo decorso, richiedono un'assistenza a lungo termine, ma al contempo presentano diverse opportunità di prevenzione.

Alla base delle principali malattie croniche ci sono fattori di rischio comuni e modificabili, come alimentazione poco sana, consumo di tabacco, abuso di alcol, mancanza di attività fisica. Queste cause possono generare quelli che vengono definiti fattori di rischio intermedi, ovvero l'ipertensione, la glicemia elevata, l'eccesso di colesterolo e l'obesità.

Oltre ad avere un alto tasso di mortalità, le malattie croniche possono essere anche particolarmente invalidanti. Per esprimere quantitativamente l'impatto di una malattia sulla salute si utilizza una particolare unità di misura, gli anni di vita persi a causa della disabilità (Daly, Disability Adjusted Life Year). Daly è pari alla somma degli anni di vita persi a causa di una morte prematura e di quelli vissuti in malattia piuttosto che in salute.

In questo scenario, la lotta alle malattie croniche rappresenta una priorità di salute pubblica, sia nei Paesi più ricchi che in quelli più poveri. Da qui la necessità di investire nella prevenzione e nel controllo di queste malattie, da una parte riducendo i fattori di rischio a livello individuale, dall'altra agendo in maniera interdisciplinare e integrata per rimuovere le cause delle cause.

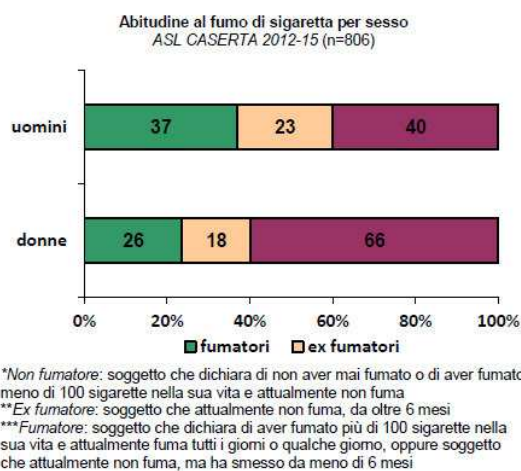
Nella Regione europea dell'Oms, le malattie croniche provocano almeno l'86% dei morti e il 77% del carico di malattia. L'Oms ha quindi messo a punto **"Gaining health"**, strategia europea per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche, recepita in Italia dal Ministero della Salute con il programma **"Guadagnaresalute"**

La prevenzione e la [promozione di stili di vita sani](#) è l'arma più valida per combattere le malattie croniche. Tutti possono ridurre in modo significativo il rischio di sviluppare queste malattie semplicemente adottando abitudini salutari, in particolare **evitando il fumo**, avere **un'alimentazione corretta**, **limitare il consumo di alcol** e **svolgere attività fisica**

regolare, abitudini di vita perseguite appunto dal programma Guadagnare Salute e da alcune delle numerose attività previste dal Piano Nazionale della Prevenzione 2014-18

Su questi aspetti principali si è focalizzata l'indagine PASSI, condotta dal Dipartimento di Prevenzione della ASL, che ha evidenziato alcune importanti criticità che caratterizzano le abitudini e gli stili di vita della popolazione residente sul territorio provinciale.

In base alle rilevazioni effettuate tra il 2012-15 (*Sorveglianza PASSI -ISS*), infatti, nella ASL di Caserta, ancora circa il 32% delle persone intervistate, tra 18 e 69 anni, è dedita al **tabagismo**, contro una prevalenza del 27% nel resto d'Italia. L'abitudine al fumo è più alta tra 18 e i 24 anni, tra gli uomini (par al 37%), tra i soggetti con più basso livello di istruzione e con maggiori difficoltà economiche. L'esposizione al fumo passivo in abitazioni, luoghi pubblici e di lavoro, pur in decremento, rimane un aspetto rilevante da monitorare nel tempo.



La percentuale di consumatori di **alcol** nella Asl di Caserta è risultata invece pari al 52%, mentre il 4% della popolazione 18-69 ha dichiarato di bere alcol fuori pasto e l'1% di assumerlo abitualmente in quantitativi elevati. Il consumo a maggior rischio (fuori pasto, abitualmente elevato o binge) è risultato complessivamente diffuso all'11% della popolazione tra i 18 e i 69 anni (il valore del pool di ASL Italiane è risultato del 17%): l'eccesso di uso si è registrato più frequentemente tra i giovani di età 18-34 (in modo particolare tra i 18-24enni), tra gli uomini, tra le persone con livello di istruzione medio-alto e tra quelle che hanno meno difficoltà economiche.

Consumo di alcol – ASL Caserta - PASSI 2012-15 (n=797)

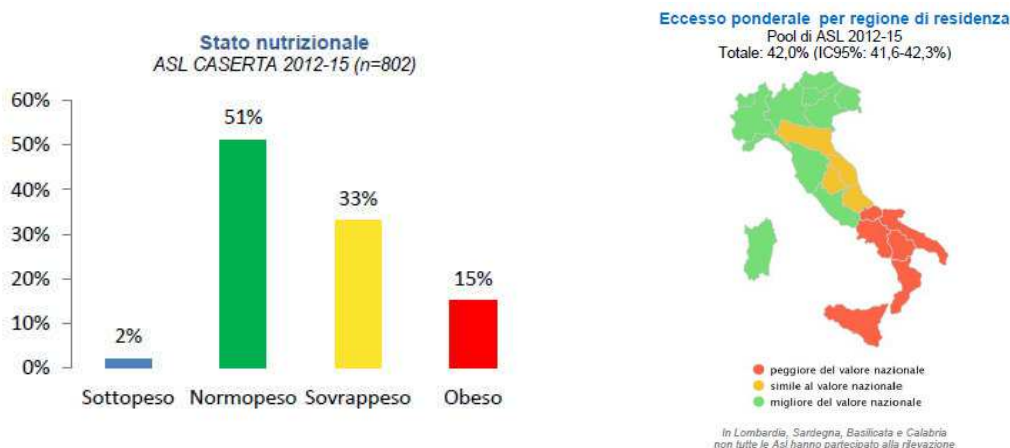
	% (IC95%)
Consumo di alcol (almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni)	51,9 (48,0-55,8)
Consumo fuori pasto (esclusivamente o prevalentemente)	4,1 (2,8-5,9)
Consumo abituale elevato ¹	0,7 (0,3-1,5)
Consumo binge (2012-2015) ²	7,3 (5,2-10,3)
Consumo a maggior rischio (2012-2015) ³	11,2 (8,7-14,4)

¹ più di 2 unità alcoliche medie giornaliere, ovvero più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, (per gli uomini);
 più di 1 unità alcolica media giornaliera, ovvero più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni (per le donne)

² 5 o più UA (per gli uomini) o 4 o più UA (per le donne) in una singola occasione, almeno una volta negli ultimi 30 giorni (definizione adottata dal 2010)

³ consumo fuori pasto e/o consumo binge (secondo la definizione valida dal 2010) e/o consumo abituale elevato: poiché una persona può appartenere a più di una categoria, la percentuale di consumo a maggior rischio non corrisponde alla somma dei singoli comportamenti

Relativamente allo **stato nutrizionale** e le abitudini alimentari, il 47% delle persone intervistate presenta un **eccesso ponderale** (33% sovrappeso, 15% obeso): questi valori sono significativamente più alti rispetto alle popolazioni residenti nella ASL del resto d'Italia ove si registrano valori di sovrappeso ed obesità pari, rispettivamente al 32 e 10%. Il 69% ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno, il 23% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e solo il 5% mangia le 5 porzioni raccomandate giornalmente.



Circa il 40% degli intervistati riferisce di essere completamente **sedentario** (valore di riferimento nazionale pari al 32%), il 30% risulta parzialmente attivo (valore pool Italia 35%) e il restante 30% attivo (valore pool di ASL 32%). La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle donne, tra le persone con basso livello d'istruzione e con maggiori difficoltà economiche.

Attività fisica – ASL CASERTA - PASSI 2012-15 (n=783)

Livello di attività fisica	% (IC95%)
Attivo ¹	30,7 (26,8-34,9)
Parzialmente attivo ²	29,6 (25,6-33,7)
Sedentario ³	39,7 (35,7-43,8)

¹ lavoro pesante oppure adesione alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana, oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni)

² non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati

³ non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero.

Sedentari per regione di residenza
Prevalenze - Pool di ASL 2012-15
Totale: 32% (IC95%: 31,7-32,3%)

Nel complesso, dunque, è evidente che nella ASL di Caserta una quota ancora cospicua di popolazione, in significativo eccesso rispetto all'atteso, non assume stili di vita virtuosi. Poiché il sovrappeso, la sedentarietà, l'abitudine al fumo e l'abuso di alcol sono ormai noti come fattori di rischio per lo sviluppo di malattie cardiovascolari e cronico-degenerative, i dati ottenuti dalla rilevazione PASSI devono necessariamente destare preoccupazione per le inevitabili ripercussioni sullo stato di salute della popolazione locale, non soltanto in termini di morbidità, ma anche per l'impatto negativo sull'attesa media di vita.

TITOLO III - GLI ORGANI

3.1 ASSETTO ISTITUZIONALE DELL'AZIENDA - ORGANI E ORGANISMI

3.1.1 ORGANI

Ai sensi dell'articolo 3 del D.Lgs. n. 502/1992 come modificato dal D.lgs n.158/2012 convertito con legge n.189 del 08/11/2012, sono organi dell'azienda:

- Direttore Generale
- Collegio Sindacale
- Collegio di Direzione

3.1.1.1 IL DIRETTORE GENERALE

Il Direttore Generale svolge funzioni di indirizzo politico-amministrativo (ai sensi del 1° comma dell'art.3 del D. Lgs.vo n. 29/93 e s.m.i. e del D. Lgs.vo 165/2001) e “definisce gli obiettivi ed i programmi da attuare e verifica la rispondenza dei risultati della gestione alle direttive generali impartite”; é il titolare di tutti i poteri di gestione nonché della rappresentanza legale dell'Azienda.

Il Direttore Generale dell'Azienda è responsabile delle funzioni di indirizzo, che esercita attraverso la definizione di obiettivi e programmi, e dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa. Verifica il risultato dell'attività svolta e la realizzazione di programmi e progetti in relazione agli obiettivi della gestione finanziaria, tecnica, amministrativa e sanitaria. Risponde alla Regione in relazione agli obiettivi assegnatigli all'atto di nomina e nell'ambito degli atti strategici e di programmazione regionale.

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

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

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

Il Direttore Generale provvede, in particolare:

- alla nomina del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo;
- alla nomina del Collegio Sindacale e alla sua prima convocazione nei termini di legge;
- alla costituzione del Collegio di Direzione e del Consiglio dei Sanitari;
- alla nomina dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance ex art.14 D.Lgs. 150/2009, dei Collegi tecnici, del Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, ex art.57 D.Lgs. 165/2001 e s.m.i. e di qualunque altro organismo previsto dalla normativa vigente e dall'Atto aziendale;
- all'adozione dell'Atto aziendale e delle sue modificazioni ed integrazioni;
- all'adozione degli atti regolamentari e di tutti quelli che si rendono necessari in attuazione di normative nazionali e regionali;
- all'adozione degli atti di organizzazione interna dei presidi ospedalieri, dei distretti dei dipartimenti e dei servizi centrali e all'organizzazione dello staff della Direzione strategica, nonché alla nomina e alla revoca dei responsabili delle strutture operative dell'Azienda e al conferimento degli incarichi professionali;

- alla adozione del documento per la valutazione dei rischi e alla nomina del responsabile del servizio di prevenzione e protezione. Tale responsabile é figura diversa dal responsabile di area tecnica preposto alla manutenzione;
- alla verifica della corretta ed economica gestione delle risorse nonché dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa;
- alla verifica qualitativa e quantitativa dei servizi erogati;
- all'adozione di tutti gli atti deliberativi relativi alla programmazione finanziaria e di bilancio, compresi quelli formulati secondo la logica budgettaria specifica di ogni dipartimento e di quella complessiva aziendale;
- all'adozione del Piano Attuativo Locale, del Programma delle Attività Territoriali, nonché degli altri atti programmatici con cui sono definiti gli obiettivi e le priorità per la gestione dell'Azienda e sono assegnate le risorse umane, strumentali e finanziarie;
- alla determinazione della dotazione organica aziendale;
- all'adozione di tutti gli atti deliberativi riguardanti l'assunzione di personale;
- all'adozione dei provvedimenti conseguenti alla valutazione dei dirigenti;
- all'adozione di tutti gli altri atti indicati dalla legislazione regionale vigente;
- all'assolvimento di ogni altro compito previsto dalle leggi vigenti.

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

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

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

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

Le funzioni gestionali, esercitate dai dirigenti delle aziende ai diversi livelli, sono:

- funzioni delegate dal Direttore Generale con tutti i limiti, le implicazioni e le conseguenze derivanti dall'istituto della delega;
- funzioni agli stessi attribuite nel momento della sottoscrizione del contratto di lavoro o con specifico atto del Direttore Generale;
- funzioni di Datore di Lavoro ex art.2 D.Lgs. 81/08 e s.m.i.

La rappresentanza in giudizio dell'Azienda spetta al legale rappresentante cioè al Direttore Generale e, in caso di assenza o impedimento, al sostituto facente funzioni.

L'adozione della delibera di conferimento incarico e la sottoscrizione della procura alla lite da parte del Direttore Generale a favore del professionista designato, interno o esterno all'Azienda, perfeziona la volontà di intentare un giudizio o di costituirsi in una controversia.

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

manca di delega, dal direttore più anziano. Ove l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi si procede alla sua sostituzione.

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.

3.1.1.2 IL COLLEGIO SINDACALE

Il Collegio Sindacale dell'Azienda, disciplinato dalla Legge Regionale n.20 del 23 dicembre 2015, dura in carica tre anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dal Presidente della Giunta Regionale, uno designato dal Ministro dell'Economia e uno dal Ministro della Salute. I componenti del Collegio Sindacale sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili, istituito presso il Ministero di Grazia e Giustizia, ovvero tra i funzionari del Ministero del Tesoro che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti dei collegi sindacali.

Detto organo :

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

Le comunicazioni sono inviate per conoscenza anche al Consiglio Regionale per la trasmissione alla Commissione Consiliare permanente competente in materia.

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

3.1.1.3 IL COLLEGIO DI DIREZIONE: COMPOSIZIONE E FUNZIONI

Il Direttore Generale costituisce, con proprio provvedimento, il Collegio di Direzione, quale organo dell'Azienda, regolato con specifico regolamento che ne disciplina le modalità di funzionamento, in ottemperanza a quanto disposto dal D. Lgs. 502/1992 e s.m.i. e dalla Legge Regionale 20/2015.

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

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

alla migliore organizzazione per l'attuazione dell'attività libero professionale intramuraria;

- partecipa alla definizione dei requisiti di appropriatezza e qualità delle prestazioni, nonché degli indicatori di risultato clinico-assistenziale e concorre alla conseguente valutazione interna dei risultati conseguiti, secondo modalità che saranno stabilite con atto di indirizzo della Giunta Regionale;
- supporta la Direzione Strategica nell'adozione degli atti di governo dell'Azienda, attraverso la formulazione di pareri laddove richiesti da rendersi anche nel caso di quesiti posti dall'Azienda..

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

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

La composizione del Collegio di Direzione è subordinata ad apposita delibera del Direttore Generale ed assicura la presenza di:

- i dirigenti delle aree amministrative e professionali;
- il dirigente responsabile dell'Unità gestione del rischio clinico/risk management o equivalenti;
- il responsabile dell'Unità prevenzione e protezione del rischio o equivalenti;
- un delegato dei dirigenti delle professioni sanitarie;
- un direttore di Dipartimento funzionale per ciascuna area;
- il direttore del Dipartimento di prevenzione;
- il direttore del Dipartimento di salute mentale;
- il direttore del Dipartimento delle dipendenze patologiche;
- i direttori dei distretti sanitari;
- i direttori degli ospedali a gestione diretta dell'ASL;
- il medico di medicina generale responsabile dell'Ufficio di coordinamento aziendale delle cure primarie (UACP);
- il pediatra di libera scelta responsabile dell'Ufficio di coordinamento aziendale delle cure primarie pediatriche (UACPP);
- lo specialista di medicina ambulatoriale interna che ricopre il ruolo di Coordinatore dei responsabili di branca specialistica ambulatoriale o equivalenti .

Il Direttore Generale, in qualità di Presidente del Collegio di Direzione, in relazione alle materie in trattazione, può estendere la partecipazione alle singole sedute del Collegio ai dirigenti responsabili delle strutture organizzative aziendali di volta in volta interessate, i quali possono essere sentiti senza diritto di voto. Tra i membri di diritto del Collegio, è eletto un Vice Presidente, a maggioranza assoluta.

Il Collegio di Direzione adotta, con delibera del Direttore Generale, un proprio Regolamento di funzionamento nel rispetto dei seguenti principi:

- le riunioni vengono fissate dal Direttore Generale, quale Presidente del Collegio, con cadenza almeno mensile e comunque secondo le modalità necessarie all'espletamento delle funzioni attribuite, tramite convocazione scritta, almeno sette giorni prima dell'incontro (tre giorni in caso di urgenza), contenente l'ordine del giorno e inviata tramite posta elettronica;

- in caso di richiesta motivata da parte della metà più uno dei componenti il Collegio, il Direttore Generale convoca il Collegio in riunioni, con gli argomenti richiesti all'ordine del giorno;
- l'ordine del giorno delle singole riunioni è predisposto dal Direttore Generale di concerto con i Direttori Sanitario ed Amministrativo oppure su richiesta della metà più uno dei componenti il Collegio;
- in caso di impossibilità a partecipare alle riunioni, ogni componente è tenuto a darne preventiva comunicazione scritta;
- la perdita degli incarichi rappresentati nel Collegio di Direzione costituisce automatica decadenza per i componenti del Collegio di Direzione;
- per la validità delle riunioni è necessaria la presenza della metà più uno dei componenti;
- nelle decisioni prese dal Collegio di Direzioni, valgono i criteri di maggioranza assoluta, per l'elezione del vice Presidente e l'espressione dei pareri a natura obbligatoria, e maggioranza semplice per tutte le altre fattispecie;
- le funzioni di segreteria del Collegio di Direzione sono affidate ad un componente dell'UOC Affari Generali; compiti del Segretario del Collegio sono la redazione dei verbali delle riunioni, la loro trasmissione e diffusione tra i membri dei Collegi di Direzione e Sindacale, nonché l'archiviazione delle deliberazioni del Collegio stesso e la custodia di tutta la documentazione relativa ai lavori di quest'Organo aziendale. le sedute del Collegio sono verbalizzate ed è istituito un archivio delle deliberazioni.

Il Collegio di Direzione ha, inoltre, pieno diritto di accesso ai documenti amministrativi ed alle informazioni di tutte le strutture aziendali. Il contenuto dei lavori del Collegio ha carattere di riservatezza.

Ai componenti del Collegio non è corrisposto alcun emolumento, compenso, indennità o rimborso spese.

3.1.1.4 DIREZIONE STRATEGICA

La Direzione Strategica è composta dal Direttore Generale, il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo che, di concerto con il Collegio di Direzione, hanno il governo strategico dell'Azienda.

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

In particolare, spetta alla Direzione Strategica:

- l'individuazione degli obiettivi e dei programmi annuali e pluriennali definiti sulla base degli obiettivi istituzionali dell'Azienda ed in coerenza con le linee di programmazione ed indirizzo regionali;
- l'organizzazione aziendale e la programmazione della produttività e della qualità delle prestazioni;
- la pianificazione delle risorse e degli investimenti;
- le relazioni interne ed esterne;
- la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori;
- i criteri di congruità ed idoneità per l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia;
- il controllo della gestione.

Alla Direzione Strategica spetta il coordinamento delle attività di vigilanza e controllo sull'assistenza erogata dalle strutture sanitarie aziendali e accreditate esterne ubicate nel territorio di competenza.

Il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo sono nominati con provvedimento motivato dal Direttore Generale, stante la verifica del possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente, acquisite le necessarie certificazioni dei titoli e dei servizi svolti. 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 dal c.7 dell'art.3 e dal c.8 dell'art.3 bis del D.Lgs 502/92. Il contratto è sottoscritto sulla base di uno schema approvato dalla Giunta regionale e viene trasmesso alla Regione entro dieci giorni dalla sottoscrizione.

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

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

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

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

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

3.1.1.5 IL DIRETTORE SANITARIO

Il Direttore Sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari. È responsabile del miglioramento continuo della Qualità e del Governo Clinico dell'Azienda, intesi come insieme organizzato di attività.

Al fine del buon andamento delle attività e delle prestazioni sanitarie, della realizzazione dei programmi e del raggiungimento degli obiettivi individuati dalla direzione strategica, il Direttore Sanitario assicura la continuità operativa con le strutture e con i professionisti, attraverso il loro coordinamento unitario e lo sviluppo di metodologie organizzative (organizzazioni a rete, reti professionali, di lavoro

interdisciplinari, etc.), finalizzate a realizzare la presa in carico degli utenti-pazienti e la continuità assistenziale.

Il Direttore Sanitario, inoltre:

- partecipa con il Direttore Amministrativo, unitamente al Direttore Generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'Azienda;
- dirige i servizi sanitari negli ambiti previsti dal D.Lgs. n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni e dalle Leggi Regionali, fatte salve le competenze, le responsabilità e le funzioni individuali dei singoli dirigenti previste dagli artt.16-17 del D.Lgs. 29/93 e successive modifiche ed integrazioni;
- assume diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza;
- concorre, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni del Direttore Generale;
- assicura il coordinamento delle diverse linee di attività svolte nei distretti;
- svolge ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, su delega del Direttore Generale, fermo restando ogni altra competenza attribuitagli dalla legislazione vigente, dal presente atto e dai regolamenti aziendali;
- Presiede il Consiglio dei Sanitari.

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

- o analisi preordinate alla valutazione dello stato di salute della popolazione e dell'impatto sulla salute dei determinanti sanitari e non sanitari;
- o sviluppo del governo clinico e della garanzia della qualità dei servizi;
- o tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori;
- o formazione;
- o prevenzione del rischio clinico;
- o protezione dalle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti;
- o valutazione delle tecnologie;
- o coordinamento delle diverse linee di attività svolte nei distretti;
- o coordinamento delle attività di ricovero;
- o assistenza farmaceutica;
- o medicina legale;
- o valorizzazione di tutte le professioni sanitarie;
- o programmazione e verifica delle liste e dei tempi di attesa.

Inoltre il Direttore Sanitario, al fine dello sviluppo del governo clinico, della tutela e della sicurezza dei lavoratori e della promozione della conoscenza e dell'utilizzazione degli strumenti che gli sono propri, promuove e si 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.

3.1.1.6 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

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, logistico. Definisce gli orientamenti operativi delle strutture assegnate al governo economico finanziario aziendale e garantisce, dal punto di vista amministrativo, lo sviluppo e l'implementazione delle reti che presidono il sistema informatico di supporto alle attività

direzionali proprie dei diversi livelli di governo aziendale e promuove programmi specifici per la formazione del personale amministrativo.

Il Direttore Amministrativo, 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:

- gestione giuridico-economica delle risorse umane;
- gestione del bilancio di previsione e consuntivo, delle entrate e delle spese, della contabilità e degli adempimenti tributari;
- gestione degli AAGG, assicurazioni, del contenzioso legale;
- progettazione, esecuzione e gestione di interventi strutturali;
- acquisizione, manutenzione e dismissione del patrimonio immobiliare;
- acquisizione, manutenzione e dismissione dei beni mobili patrimoniali;
- acquisizione, gestione e distribuzione dei beni di consumo;
- acquisizione e gestione di servizi.

3.1.1.7 IL CONSIGLIO DEI SANITARI

Il Consiglio dei Sanitari, costituito con provvedimento del Direttore Generale, è un organismo elettivo dell'Azienda con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria. Esso fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti ad essa attinenti. Si esprime, altresì, sulle attività di assistenza sanitaria. Le modalità di funzionamento del Consiglio dei Sanitari sono previste da un apposito regolamento.

I pareri del Consiglio dei Sanitari s'intendono come favorevoli se non formulati entro dieci giorni dalla richiesta; in casi urgenti e motivati i pareri vanno formulati entro i più brevi termini indicati nella richiesta.

Il Consiglio dei Sanitari è presieduto dal Direttore Sanitario.

La rappresentanza è composta da:

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

Va garantita, in ogni caso, la presenza dei responsabili dei dipartimenti che si aggiungono ai componenti elettivi del consiglio, senza diritto di voto.

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

3.1.1.8 COMITATI E COMMISSIONI AZIENDALI

Nel presente Atto è prevista la costituzione di organismi che, utilizzando metodologie di autoapprendimento organizzativo, 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 delle realtà

organizzative e professionali dell'Azienda.

Dalla costituzione di tali comitati e commissioni non possono derivare nuovi e maggiori oneri a carico del bilancio dell'Azienda.

3.1.1.9 ADOZIONE REGOLAMENTI AZIENDALI

L'Azienda si impegna ad adottare e pubblicare tutti i Regolamenti elencati dalle linee guida di cui al DCA 18/2013, tra questi:

- regolamento per le modalità di funzionamento del Collegio di Direzione
- regolamento per le modalità di funzionamento del Consiglio dei Sanitari
- regolamento per le modalità di funzionamento del Comitato di dipartimento
- regolamento per le modalità di affidamento, mutamento e revoca della direzione delle strutture e degli incarichi
- regolamento per le relazioni sindacali
- regolamento per la formazione e aggiornamento professionale
- regolamento per le modalità con cui l'Azienda appalta o contratta direttamente la fornitura di beni e servizi
- regolamento per le modalità di gestione per obiettivi e di negoziazione del budget
- regolamento per le modalità di funzionamento dei distretti
- regolamento per le procedure di controllo interno
- regolamento per le modalità di funzionamento della Consulta socio-sanitaria
- regolamento per le modalità di funzionamento del Comitato unico di garanzia per la pari opportunità
- regolamento per i sistemi di protezione e sicurezza dei dati
- regolamento per i sistemi di misurazione e valutazione delle performance
- regolamento di contabilità
- regolamento per le attività libero professionale "intramoenia" (Tale regolamento da adottarsi in coerenza con le norme di cui alla Legge 3 agosto 2007 n. 120 e s.m.i. dovrà contenere l'esplicito impegno dell'Azienda ed aggiornare i contenuti per adeguarli alle linee guida regionali che saranno emanate ai sensi dell'art. 2 del D.L. 13 settembre 2012 n. 158 convertito con modificazioni dalla Legge 8 novembre 2012 n. 189).

TITOLO IV – IL GOVERNO DELL'AZIENDA

4.1 II GOVERNO AZIENDALE

L'organizzazione dell'Azienda è incentrata su una articolazione i cui cardini sono rappresentati dalla Direzione Strategica e dalle Macrostrutture dotate di autonomia.

Il governo complessivo dell'Azienda appartiene al Direttore Generale, che rappresenta l'organo aziendale cui competono tutti i poteri relativi a detto governo e di rappresentanza legale.

Il Direttore Generale, per l'esercizio delle funzioni si avvale di una struttura di governo collegiale composta dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo che partecipano alla Direzione Strategica dell'Azienda e concorrono, con la formulazione di proposte e pareri, alla formazione delle decisioni della Direzione Generale.

La Direzione Strategica è supportato tecnicamente dall'attività dei servizi centrali afferenti

sia alla Direzione Sanitaria che Amministrativa in grado di offrire specifiche competenze sul versante della pianificazione, controllo e valutazione, della organizzazione e verifica e della sicurezza e prevenzione-protezione.

La Direzione Generale, così strutturata, ha il compito di presidiare tutte le fasi del governo dell'Azienda secondo un percorso processuale che si estrinseca attraverso le seguenti tappe fondamentali:

- analisi delle condizioni di salute e di bisogno di servizi;
- scelta delle priorità;
- formulazione del Piano Attuativo Locale e del Piano Annuale di Attività;
- definizione dei budget generale di azienda e assegnazione dei budget specifici ai centri di responsabilità;
- valutazione dei risultati, audit organizzativo, riavvio delle fasi di governo.

Le Macrostrutture dotate di autonomia gestionale che concorrono al Governo complessivo sono costituite da aggregazioni di sottosistemi complessi dell'organizzazione e sono rappresentate dai Distretti, dal Presidio Ospedaliero, dai Dipartimenti strutturali.

4.1.1 MODALITÀ E PRINCIPI PER IL GOVERNO DELL'AZIENDA

Il governo dell'Azienda è ispirato a quattro modalità di lavoro così schematicamente sintetizzate:

1. la visione aziendale come sistema unitario: la visione unitaria del sistema azienda è, in definitiva, la condizione per ottenere coerenze di gestione e consenso interno ed esterno alle azioni progettuali;
2. lavorare per processi: è la condizione per porre attenzione reale al fruitore e al risultato finale del servizio reso (esiti). Per processo aziendale si intende infatti una sequenza di azioni eseguite da più professionisti che utilizzano risorse per ottenere risultati utili a fruitori definiti;
3. gestire i processi: La gestione per processi è perseguita con la finalità di:
 - ottimizzare la propria efficacia ed efficienza interna;
 - mettere al centro il risultato e il fruitore del servizio valutando il risultato stesso anche con il suo metro;
 - superare la modalità di lavoro per compiti orientando il lavoro dei singoli al risultato;
 - orientare il lavoro aziendale alle priorità di salute e alla ricerca delle sinergie di sistema
4. la semplificazione delle procedure: nell'approccio alla gestione per processi l'Azienda opera effettuando ove possibile ogni utile intervento di semplificazione. La semplificazione si realizza in particolare attraverso:
 - la riduzione del numero di adempimenti posti a carico degli utenti;
 - la riduzione dei tempi di attesa;
 - l'accorpamento e l'unificazione dei procedimenti;
 - la realizzazione di sportelli unici;
 - la revisione della modulistica.

4.1.2 IL GOVERNO ECONOMICO FINANZIARIO

L'Azienda garantisce i livelli di assistenza programmati e concordati con la Regione sia in termini di servizi ed attività sia in termini economici.

Il governo economico finanziario, quindi, consente di garantire l'equilibrio tra le risorse assegnate dalla Regione (con riferimento alle quote capitarie e a quelle introitate

dall'azienda) e i livelli essenziali di assistenza garantiti dall'azienda direttamente o tramite l'acquisto di prestazioni sanitarie dai soggetti erogatori accreditati esterni.

Il governo economico é inserito nel più generale processo di programmazione e controllo in modo da collegarlo con il governo clinico. Esso é sviluppato e valorizzato sia a livello complessivo di azienda che a livello di ciascuna delle strutture operative di produzione/erogazione, presidi ospedalieri, distretti, dipartimenti.

L'Azienda persegue i suoi obiettivi con gli strumenti della pianificazione, programmazione e gestione per budget delle risorse disponibili che vengono assegnate alle varie articolazioni aziendali.

TITOLO V - LE FUNZIONI DELL'AZIENDA

5.1 LA FUNZIONE DI COMMITTENZA

La funzione di committenza, che rappresenta uno degli aspetti più innovativi introdotti nell'ambito delle funzioni aziendali, si esplica nella definizione dei servizi necessari per rispondere adeguatamente ed in modo appropriato ai bisogni di salute della popolazione (qualità e quantità delle prestazioni o attività).

L'Azienda considera la funzione di committenza strumento indispensabile per la programmazione delle attività annuali. La funzione di committenza trae esplicito mandato dalle istanze della comunità locale veicolate attraverso il Piano di Attività Territoriale.

La funzione di committenza è una funzione collegiale della Direzione Strategica e dei Direttori di Distretto e viene esercitata nei confronti di tutti i produttori di servizi sanitari, interni ed esterni all'Azienda, pubblici e privati.

L'Azienda sviluppa la funzione di committenza attivando l'esercizio di più funzioni concettualmente distinte:

- definire i bisogni di salute della popolazione di riferimento;
- definire le priorità e assicurare coerenza e compatibilità economica tra gli obiettivi assegnati all'Azienda dalla regione e Piano Annuale delle attività aziendali;
- definire la tipologia quantitativa e qualitativa dei prodotti-servizi necessari ed appropriati per rispondere ai bisogni di salute della popolazione di riferimento;
- orientare la produzione, partecipare e presiedere alla negoziazione del budget per gli erogatori interni e alla stipula degli accordi contrattuali con gli erogatori esterni;
- costruire e mantenere alleanze con gli utenti, con i professionisti interni ed esterni e con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta;
- garantire che il limite massimo di spesa sostenibile sia mantenuto nei tetti fissati dalla regione;
- 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.

L'esercizio della funzione di committenza trova concreta attuazione nel piano annuale preventivo di cui all'art.6, c.5, della Legge 724/94, all'art.2, c.8, della Legge 549/95, all'art.8-quinquies del D.lgs 229/99 nonché alla specifiche disposizioni della Regione.

5.2 LA FUNZIONE DI PRODUZIONE

La funzione di produzione ed erogazione delle prestazioni è assegnata alle unità

organizzative quali soggetti erogatori interni deputati a decidere sul come produrre (intendendo in questo le modalità tecnico-organizzative e la garanzia della qualità attraverso la responsabilità del governo clinico e del governo economico) ed ai produttori esterni accreditati.

Ciò permette di definire, con particolare riferimento alla produzione:

- il ruolo di fornitore che risponde, a seguito della negoziazione della quantità, della qualità e in generale degli aspetti di efficienza e di efficacia produttiva;
- il ruolo di pianificazione operativa e di responsabilità di controllo di gestione rispetto all'utilizzo delle risorse;
- il ruolo operativo rispetto agli obiettivi di risultato non solo quantitativo (n° delle prestazioni) ma anche qualitativo (nell'ottica della qualità tecnica, organizzativa e relazionale) con particolare riguardo all'integrazione tra i produttori ed alle dimensioni della globalità e continuità dei percorsi assistenziali.

Si prefigura una relazione dove la Direzione generale, con i Direttori dei Distretti, supportata dalle strutture di staff, definisce le strategie e gli obiettivi ed organizza le risorse; quindi negozia con i dipartimenti e gli altri erogatori, ai quali è affidata la produzione/erogazione, i livelli quali-quantitativi dell'offerta ed i risultati attesi, secondo criteri di qualità tecnica, organizzativa e relazionale, integrando la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori e degli utenti.

5.3 LA FUNZIONE DI PROGRAMMAZIONE

L'Azienda, destinataria della quota capitaria e delle altre risorse finanziarie direttamente introitate, atte a garantire i livelli essenziali di assistenza della popolazione di riferimento, elabora e definisce le linee strategiche per il governo locale dei servizi sanitari, nel rispetto dei principi, degli obiettivi e delle compatibilità stabilite dalla programmazione nazionale e regionale.

TITOLO VI - STRUTTURA ED ORGANIZZAZIONE

6.1 LE STRUTTURE

Sono strutture dell'Azienda:

- macrostrutture: Distretti Sanitari, Presidi Ospedalieri e Dipartimenti così come analiticamente indicate negli allegati prospetti che costituiscono parte integrante del presente Atto.
- strutture complesse: Unità Operative Complesse così come analiticamente indicate negli allegati prospetti che costituiscono parte integrante del presente Atto.
- strutture semplici: Unità Operative Semplici e le Unità Operative Semplici Dipartimentali così come analiticamente indicate negli allegati prospetti che costituiscono parte integrante del presente Atto.

Nella definizione delle strutture organizzative sono utilizzati i parametri di seguito indicati:

- Livello di specializzazione già presente nella struttura o previsto negli atti di programmazione regionale;
- Unicità e/o valenza strategica aziendale;
- Complessità dell'articolazione interna e numero di posti letto;
- Volumi di attività, andamento dei tassi di occupazione, case-mix, indice di

- complessità, peso totale e peso medio dei DRG, ricoveri ripetuti, ricoveri anomali, indice operatorio;
- Consistenza, tipologia e adeguatezza delle risorse strumentali e loro grado di utilizzazione;
- Consistenza delle risorse umane e tecnico-professionali.

6.1.1 STRUTTURE COMPLESSE

Le strutture complesse costituiscono l'articolazione aziendale di più elevata responsabilità dirigenziale in ragione della qualificazione tecnico-professionale richiesta per la gestione delle risorse economiche, umane e tecnologiche.

Ogni unità operativa complessa si caratterizza, in quanto sistema organizzativo complesso, per la presenza obbligatoria di un solo responsabile, per la rilevanza quantitativa e strategica delle attività svolte e per l'attribuzione di un budget (obiettivi e risorse).

Le unità operative complesse, dotate di responsabilità ed autonomia professionale, organizzativa e gestionale, sono caratterizzate dai seguenti elementi:

- attività di produzione di prestazioni o di servizi sanitari, tecnico professionali che richieda un significativo volume di risorse;
- assegnazione di rilevanti dotazioni tecnico strumentali;
- autonomia organizzativa e/o alto grado di responsabilità;
- livelli ottimali di operatività delle risorse disponibili;
- assegnazione di obiettivi strategici per la programmazione aziendale;
- afferenza diretta e/o funzionale di rilevanti risorse e rilevanti professionalità, in termini di dotazione organica, la cui entità indichi la necessità di conferire la relativa autonomia gestionale.

I dirigenti con incarico di responsabilità delle strutture complesse, nell'ambito delle funzioni definite ai sensi del D.lgs. 165/2001 svolgono le seguenti funzioni:

- formulano proposte ed esprimono pareri al Direttore Generale nelle materie di loro competenza;
- curano l'attuazione dei piani, programmi e direttive definite dal Direttore Generale nell'ambito degli obiettivi assegnati;
- propongono al Direttore Generale l'attribuzione degli ulteriori incarichi dirigenziali, secondo le modalità definite in contrattazione decentrata ed adottate dall'Azienda, definiscono gli obiettivi che i dirigenti loro assegnati devono perseguire ed attribuiscono le conseguenti risorse umane, finanziarie e materiali;
- concorrono alla valutazione delle attività dirigenziali dei dirigenti di struttura semplice, con esclusione delle strutture semplici dipartimentali, del personale dirigenziale e di tutto il personale assegnato in applicazione alle specifiche discipline contrattuali;
- adottano gli atti relativi all'organizzazione delle strutture loro assegnate;
- coordinano e controllano l'attività dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti amministrativi anche mediante l'emanazione di direttive e propongono l'adozione nei confronti dei dirigenti, delle misure previste dal D.lgs.165/2001;
- svolgono l'attività di organizzazione e gestione del personale, curano i rapporti con l'esterno nelle materie di competenza secondo le specifiche direttive del Direttore Generale, sempreché tali rapporti non siano affidati ad apposta struttura od organo aziendale.

A tal proposito si rinvia alla Delibera ANAC n. 831 del 3 Agosto 2016 "Determinazione di approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione 2016" esplicitata nel prosieguo.

6.1.2 STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI

Le unità operative semplici dipartimentali sono strutture dotate di responsabilità ed autonomia professionale, organizzativa e gestionale. Esse svolgono funzioni non convenientemente esercitabili da strutture complesse già esistenti con metodologie e tecniche di intervento complementari e integrative, o per attività svolte a favore di una pluralità di strutture complesse.

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 solo in via secondaria, a dare soluzione a problemi organizzativi.

L'attribuzione di responsabilità di struttura semplice a valenza dipartimentale è effettuata dal Direttore Generale, su proposta del Direttore del Dipartimento secondo le modalità definite in contrattazione decentrata ed adottate dall'Azienda.

Tale incarico di durata da tre a cinque anni, rinnovabile, è sottoposto a verifica annuale ed a termine.

I dirigenti di struttura semplice dipartimentale hanno i seguenti compiti e responsabilità:

- Formulano proposte ed esprimono pareri al Direttore di Dipartimento ed al Direttore Generale;
- Propongono al Direttore Generale l'attribuzione degli ulteriori incarichi dirigenziali per le articolazioni organizzative interne della propria struttura, se presenti, quali settori, uffici o moduli funzionali o incarichi professionali, secondo le modalità definite ed adottate in contrattazione decentrata in applicazione dei CC.NN.LL., definiscono gli obiettivi che tali dirigenti devono perseguire, ne attribuiscono le conseguenti risorse umane, finanziarie e materiali;
- Concorrono alla valutazione delle attività dirigenziali dei dirigenti e di tutto il personale assegnato in applicazione alle specifiche discipline contrattuali;
- Svolgono tutti i compiti delegati dal Direttore del Dipartimento;
- Dirigono, coordinano e controllano l'attività che si svolge nelle strutture che da esse dipendono, anche con poteri sostitutivi in caso di inerzia;
- Provvedono alla gestione del personale e delle risorse finanziarie e strumentali assegnate alla propria struttura.

I dirigenti di struttura semplice dipartimentale con posti letto non partecipano ai turni di servizio della struttura complessa di provenienza.

Le strutture organizzative al loro interno sono ulteriormente graduabili per livelli di complessità. A tal fine l'Azienda provvederà ad adottare un preciso sistema di pesatura delle posizioni organizzative ispirato ai propri valori di riferimento.

A tal proposito si rinvia alla Delibera ANAC n. 831 del 3 Agosto 2016 "Determinazione di approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione 2016" esplicitata nel prosieguo.

6.1.3 STRUTTURE SEMPLICI

Le unità operative semplici sono l'articolazione di strutture complesse (art.27, c.1 del CCNL 8/6/2000) definita sia in base alle caratteristiche delle attività svolte che alle prestazioni

erogate, che utilizzi una congrua percentuale di risorse umane, tecniche e finanziarie. 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/o, in via secondaria, che riguardino metodologie o integrazioni di tipo organizzativo.

L'attribuzione di responsabilità di struttura semplice è effettuata dal Direttore Generale, su proposta dei Dirigenti di struttura complessa secondo le modalità definite in contrattazione decentrata ed adottate dall'Azienda.

Tale incarico ha durata da tre a cinque anni, rinnovabile, è sottoposto a verifica triennale ed a termine.

I Dirigenti con incarico di responsabilità di strutture semplici, nell'ambito delle funzioni definite ai sensi degli artt. 16 e 17 del Dlgs. 29/93 svolgono le seguenti funzioni:

- Curano l'attuazione dei piani, programmi e direttive definite dal Direttore Generale e dal Dirigente di struttura complessa nell'ambito degli obiettivi assegnati;
- Svolgono tutti i compiti delegati dai dirigenti di struttura complessa;
- Dirigono, coordinano e controllano l'attività che si svolge nelle strutture che da essi dipendono, anche con poteri sostitutivi in caso di inerzia;
- Provvedono alla gestione del personale e delle risorse finanziarie e strumentali eventualmente assegnate alla propria struttura.

A tal proposito si rinvia alla Delibera ANAC n. 831 del 3 Agosto 2016 "Determinazione di approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione 2016" esplicitata nel prosieguo.

6.1.4 ATTRIBUZIONI DEI DIRIGENTI

Il D.Lgs. 165/2001 ha disciplinato le funzioni che spettano agli organi di governo e quelle che spettano ai dirigenti, definendo le attribuzioni della dirigenza non come qualifica ma come funzione svolta.

Sono riservati al Direttore Generale le funzioni di indirizzo politico-amministrativo, la definizione degli obiettivi, le priorità, i piani, i programmi e le direttive generali per l'azione amministrativa e per la gestione, sono delegate ai dirigenti tutti i compiti di attuazione degli obiettivi e dei programmi definiti con gli atti di indirizzo adottati dal Direttore Generale.

La Dirigenza ordinata nella qualifica unica dirigenziale, è articolata secondo graduazione di responsabilità, in relazione all'incarico ricevuto.

Ai Dirigenti sono affidate funzioni di direzione di Dipartimenti, Servizi, Unità operative, Area funzionale-organizzativa dipartimentale, ovvero incarichi di attività tecnico-professionali.

I dirigenti, nell'ambito della propria sfera di autonomia decisionale, gestionale e operativa, hanno il compito di attuare l'indirizzo politico, individuando tra le possibili alternative gestionali quella più consona al raggiungimento degli obiettivi assegnati, utilizzando le risorse di cui sono dotati.

La posizione di dirigente, quale situazione funzionale legata al conferimento di un incarico a tempo determinato, presuppone la flessibilità degli incarichi e un costante controllo e selezione della dirigenza, favorendone la mobilità, sia orizzontale che verticale.

Gli atti di indirizzo inerenti l'organizzazione del lavoro e del rapporto con i dipendenti saranno oggetto di contrattazione sindacale nell'ambito dipartimentale, distrettuale e di presidio.

6.2 MODELLO FUNZIONALE

Il modello organizzativo dell'Azienda si estrinseca in tre macrolivelli:

- Il livello della Direzione Generale cui compete la *missione direzionale* e cioè l'esercizio delle funzioni strategiche;
- il livello centrale cui compete la *missione funzionale* e cioè il supporto tecnico ed amministrativo alla funzione di indirizzo aziendale e rappresenta l'insieme delle strutture professionali di supporto sia all'azione della Direzione Generale che delle strutture operative;
- Il livello operativo cui compete la *missione produttiva* cioè l'erogazione delle prestazioni ai cittadini.

6.2.1 IL LIVELLO CENTRALE

Il livello centrale è formato dall'insieme delle unità organizzative che costituiscono l'apparato tecnico, valutativo, amministrativo, contabile. Si compone di servizi amministrativi e di servizi di staff che svolgono funzioni di supporto per l'indirizzo e il coordinamento delle attività dirette alla realizzazione delle strategie aziendali.

I servizi del livello centrale sono impegnati nella "missione funzionale" dell'Azienda e per questo assumono un ruolo di servizio nei confronti della Direzione Generale da un lato, e dei dipartimenti e delle strutture produttive del livello operativo dall'altro, esercitando quelle funzioni strumentali o di supporto delineate dal D.Lgs. n. 29/93 (come aggiornato dal D.Lgs. n. 165/2001) da tenere distinte dalle funzioni finali che sono preordinate alla produzione dei livelli di assistenza e quindi delle prestazioni.

I compiti dei Servizi Centrali si sviluppano secondo due direttrici fondamentali, rispettivamente :

- Attività di consulenza e supporto per l'esercizio ai vari livelli dell'Azienda delle funzioni di pianificazione ed indirizzo;
- Attività di consulenza e supporto per l'esercizio ai vari livelli dell'Azienda delle funzioni di gestione controllo delle attività.

6.2.1.1 ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

Ai sensi e con le modalità previste dall'art. 14 del D.L.vo n. 150/2009 e s.m.i., nonché dalla Delibera n. 12/2013 dell'ANAC avente ad oggetto "Requisiti e procedimento per la nomina dei componenti degli OIV", l'Azienda istituisce l'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance, che opera in staff alla direzione strategica in posizione di autonomia.

L'Organismo Indipendente di Valutazione è costituito da un organo monocratico ovvero collegiale, composto da tre componenti dotati dei requisiti previsti dalla citata normativa nonché dalla Delibera n. 12/2013 dell'ANAC, previo parere favorevole della Commissione.

La formulazione della richiesta di parere e il successivo provvedimento di nomina spettano all'organo di indirizzo politico-amministrativo.

I componenti debbono essere dotati di elevata professionalità ed esperienza, maturata nel campo del management, della valutazione della performance e della valutazione del personale delle amministrazioni pubbliche. Essi dovranno, dunque, avere un'appropriata cultura organizzativa che sia promotrice dei valori della trasparenza, integrità e del miglioramento continuo.

I componenti non possono essere nominati tra soggetti che rivestono incarichi pubblici elettivi o cariche in partiti politici o in organizzazioni sindacali, ovvero che abbiano rapporti continuativi di collaborazione o di consulenza con le predette organizzazioni, ovvero che abbiano rivestito simili incarichi o cariche o che abbiano avuti simili rapporti nei tre anni precedenti la designazione, e dunque non devono ricorrere le incompatibilità previste dall'art. 13 comma 3 del D.lgs 150/2009 e s.m.i.

L'Organismo dura in carica tre anni e l'incarico dei componenti può essere rinnovato una sola volta.

Presso l'Organismo è costituita, con deliberazione del Direttore Generale e senza maggiori oneri per i bilanci delle aziende sanitarie, un'apposita struttura tecnica di supporto. L'Organismo, inoltre, può avvalersi del supporto di strutture interne delle aziende sanitarie che forniscono i necessari strumenti di analisi e reporting.

Le modalità di funzionamento ed i compensi per i componenti sono disciplinati in apposito regolamento.

L'Organismo indipendente di valutazione della performance cura tutti gli adempimenti allo stesso attribuiti dal D.L.vo n. 150/2009, con particolare riferimento all'art.14.

Ai componenti dell'Organismo non può essere riconosciuto un compenso superiore a quello già previsto per i componenti del Nucleo di valutazione.

6.2.1.2 COMITATO UNICO DI GARANZIA PER LE PARI OPPORTUNITÀ (CUG)

L'Azienda, ai sensi e con le modalità previste dall'art.57 del D.L.vo 165/2001 e s.m.i., costituisce al proprio interno, senza nuovi o maggiori oneri per i bilanci, il "Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e

contro le discriminazioni" (CUG) che sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi nazionali o da altre disposizioni.

Il CUG è formato da un componente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello di amministrazione e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione in modo da assicurare, nel complesso, la presenza paritaria di entrambi i generi.

Il presidente del Comitato è designato dall'amministrazione.

Il Comitato unico di garanzia ha compiti propositivi, consultivi e di verifica e opera in collaborazione con la consigliera od il consigliere nazionale di parità. Contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori. Promuove iniziative volte ad attuare le direttive dell'Unione Europea per l'affermazione sul lavoro della pari dignità delle persone.

Nell'ambito del Comitato possono essere previste due specifiche sezioni tecniche composte dai componenti stessi del C.U.G. di cui una relativa alle pari opportunità e l'altra relativa al mobbing e benessere dei lavoratori.

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

Al fine di garantire pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro, l'Azienda:

- riserva alle donne, salva motivata impossibilità, almeno un terzo dei posti di componenti delle commissioni di concorso, fermo restando il principio di cui all'art.35, comma 3, lettera e) del D.Lvo 165/2001 e s.m.i.;
- 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;
- 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 tra vita professionale e vita familiare;
- può finanziare programmi di azioni positive e attività per le pari opportunità, per la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, nell'ambito delle proprie disponibilità di bilancio.

6.2.1.3 SERVIZI AFFERENTI ALLA DIREZIONE STRATEGICA

L'organizzazione centrale dell'Azienda è articolata in Servizi afferenti alla Direzione Sanitaria e Amministrativa, in relazione alle specifiche attività e funzioni, a valenza di unità operative complesse.

Queste strutture costituiscono per la Direzione Strategica il primo ed essenziale strumento per esercitare la funzione di governo ovvero di indirizzo, programmazione e controllo sulla

gestione dell'attività complessiva dell'Azienda.

Le funzioni dirigenziali relative a queste strutture, e le relative responsabilità, sono attribuite nei modi previsti dalla normativa vigente e rispondono alle direttive del Direttore Sanitario e Amministrativo come di seguito elencate.

6.2.1.3.1 SERVIZI DELLA DIREZIONE SANITARIA

Alla Direzione Sanitaria fanno capo i seguenti Servizi con le relative unità operative semplici:

- Servizio di Prevenzione e Protezione
- Cure Primarie
- Direzioni dei Distretti Sanitari (12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23)
- Direzioni Sanitarie dei Presidi Ospedalieri
 - Aversa
 - Maddaloni / S. Felice a Cancelli
 - Marcianise
 - Piedimonte Matese
 - Santa Maria Capua Vetere
 - Sessa Aurunca

Oltre ai Servizi elencati, afferiscono alla Direzione Sanitaria:

- Dipartimento Funzionale dei Servizi Strategici
- Dipartimento delle Dipendenze Patologiche
- Dipartimento della Salute Mentale
- Dipartimento della Prevenzione
- Dipartimento Funzionale delle Fragilità
- Dipartimento Funzionale della Programmazione
- Dipartimento Funzionale Farmaceutico
- Dipartimento Funzionale dell'Assistenza Materno-Infantile
- Dipartimento Funzionale dell'Area Medica
- Dipartimento Funzionale dell'Area Chirurgica
- Dipartimento Funzionale dei Servizi

6.2.1.3.3 SERVIZI DELLE PROFESSIONI SANITARIE

Nell'ambito dei Servizi afferenti alla Direzione Sanitaria per valorizzare tutte le professioni sanitarie, al fine di dare compimento a quanto previsto dalle indicazioni della legge del 10 agosto 2000 n. 251 e dalla Legge Regionale del 10 aprile 2001 n. 4, l'Azienda provvede alla costituzione dei Servizi delle professioni infermieristiche e ostetriche, delle professioni della riabilitazione, delle professioni tecnico sanitarie e delle professioni di tecnico della prevenzione, in dettaglio:

- Servizio Infermieristico e Ostetrico con a capo un Dirigente Responsabile;
- Servizio Tecnico-Sanitario con a capo un Dirigente Responsabile;

- Servizio Tecnico Riabilitativo con a capo un Dirigente Responsabile;
- Servizio Tecnico della Prevenzione con a capo un Dirigente Responsabile.

Tali servizi espletano le funzioni individuate dai regolamenti regionali e dalle altre norme in materia e devono utilizzare metodologie di pianificazione per obiettivi al fine di assicurare una adeguata risposta ai bisogni di salute dei singoli e della collettività mediante l'ottimizzazione, il coordinamento ed il controllo della qualità delle prestazioni delle professioni.

L'Azienda integra i predetti Servizi nei dipartimenti previsti dall'Atto aziendale, avuto riguardo all'omogeneità di competenza e di intervento, e delle aree disciplinari di riferimento che ne determinano il collegamento funzionale con tali dipartimenti.

È prevista la costituzione di specifiche aree/settori anche diversamente articolate, riferiti alle seguenti funzioni:

- Qualità
- Ricerca e Formazione continua e permanente
- Gestione risorse umane

I compiti dei dirigenti dei servizi di cui sopra, prevedono il concorso, per gli aspetti di competenza, alla individuazione e realizzazione degli obiettivi individuati dalla Direzione Strategica per la programmazione, organizzazione, gestione, verifica e controllo dell'erogazione delle prestazioni proprie della specifica area professionale, legate alla promozione della salute, prevenzione, cura e riabilitazione. Per questi si richiama integralmente quanto specificatamente contenuto nel regolamento di attuazione della Legge Regione Campania in premessa richiamata e cioè il D.G.R.C. n. 336/2003.

I servizi centrali delle professioni sanitarie sono a loro volta collegati con i Servizi Infermieristici e delle altre Professioni Sanitarie a livello Ospedaliero, Distrettuale, Dipartimentale e di Unità Operativa o Servizi cui è preposto personale anche con incarichi di posizione organizzativa, di coordinamento complesso e semplice.

L'incarico dei dirigenti dei servizi delle professioni sanitarie e sociali sono conferiti attraverso le procedure concorsuali di cui all'art. 4 della citata Legge regionale n. 4/2001 e del DPCM del 25/01/2008 pubblicato nella G.U. – Serie Generale n. 48 del 26/02/2008.

L'Area dei Servizi delle Professioni Sanitarie viene collocata in staff alla Direzione Sanitaria ed in stretto rapporto con le altre strutture organizzative aziendali.

L'Istituzione del Servizio Sociale professionale viene rinviata dopo l'atto di emanazione delle norme regionali sulle modalità di attribuzione delle funzioni di direzione delle attività dell'area professionale dei servizi sociali.

6.2.1.3.2 COMPOSIZIONE DELLA DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Alla Direzione Amministrativa afferiscono i seguenti Servizi con le relative unità operative semplici:

- Servizio Economico-Finanziario.
- Servizio Gestione Risorse Umane.
- Servizio Affari Generali.
- Coordinamento Amministrativo dei Distretti Sanitari.
- Servizio Affari Legali con annesso Ufficio Gestione Liquidatoria (Le gestioni liquidatorie delle soppresses USL, affidate ai sensi dell'art.2, c.14, della L.

28/12/1995, N. 549, al Direttore Generale nella qualità di Commissario liquidatore, sono organizzate, nell'ambito delle direttive Regionali in materia, in una unica struttura di supporto per l'espletamento delle attività di cui alla L.R. 2/9/1996, n. 22 e L.R. n. 16 del 26.7.2002).

- Servizio Provveditorato Beni, Servizi.

Oltre ai Servizi elencati afferisce alla Direzione Amministrativa anche l'Area dei Servizi Tecnici Centrali, così composta:

- Servizio Tecnico Manutentivo Edilizia Ospedaliera, Programmazione e progetti d'investimento;
- Servizio Tecnico Patrimoniale per la Gestione e ottimizzazione del patrimonio aziendale e manutenzione immobili territoriali.

Nell'Area dei Servizi Tecnici sono istituiti gli Uffici Tecnici Periferici (UTP) che afferiscono solo per le funzioni tecniche ai Servizi centrali, e rispondono per le altre funzioni al Datore di Lavoro ove è ubicato l'UTP.

Sono previsti i seguenti Uffici Tecnici Periferici:

Ufficio tecnico Manutentivo Area 1: P.O. di Sessa Aurunca ed immobili dipartimentali e distrettuali che afferiscono ai DS n. 14 e 23;

Ufficio tecnico Manutentivo Area 2: P.O. di Piedimonte Matese ed immobili dipartimentali e distrettuali che afferiscono al DS n. 15;

Ufficio tecnico Manutentivo Area 3: P.O. di Marcianise, Maddaloni e S. Felice a Cancellò ed immobili dipartimentali e distrettuali che afferiscono ai DS n. 12, 13 e 16;

Ufficio tecnico Manutentivo Area 4: P.O. di Aversa ed immobili dipartimentali e distrettuali che afferiscono ai DS n. 17, 18, 19 e 20;

Ufficio tecnico Manutentivo Area 5: P.O. di S. Maria C. Vetere ed immobili dipartimentali e distrettuali che afferiscono ai DS n. 21 e 22;

Alle dirette dipendenze del Servizio Tecnico Manutentivo Edilizia Ospedaliera, Programmazione e progetti d'investimento, si individuano i seguenti settori:

Settore Amministrativo;
Settore Manutenzione Impianti;
Settore Manutenzione Edilizia.

Alle dirette dipendenze del Servizio Tecnico Patrimoniale per la Gestione e ottimizzazione del patrimonio aziendale e la manutenzione immobili territoriali, si individuano i seguenti settori:

Settore Amministrativo;
Settore Patrimonio;
Settore Manutenzione Edilizia / Impianti.

In diretto collegamento con entrambi i Servizi, sono previsti:

Il Settore Progettazione ed Esecuzione Contratti;
L'Ufficio Energy Manager.

Il Direttore Generale individua, tra i Direttori dell'Area dei Servizi Tecnici quello che assolve la funzione di Coordinamento generale.

6.2.2 LIVELLO OPERATIVO

L'erogazione delle prestazioni ai cittadini/utenti compete alle strutture operative che garantiscono i livelli essenziali di assistenza articolate su tre aree: prevenzione della Salute

e Sanità pubblica; assistenza sanitaria distrettuale; assistenza sanitaria ospedaliera.

A queste aree di assistenza afferiscono, articolati in tre tipologie: UOC, UOS e UOSD.

Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura cui compete l'erogazione delle prestazioni di prevenzione e salute pubblica; esso si compone di Servizi Dipartimentali, Unità Operative Complesse e Semplici cui sono demandate la prevenzione collettiva, l'assistenza veterinaria, la prevenzione e sicurezza dei luoghi di lavoro.

Il livello assistenziale distrettuale è assicurato da strutture territoriali, ognuna competente per specifici ambiti d'azione:

- il Dipartimento di Salute Mentale, cui afferiscono n. 8 U.O.C. di salute mentale interdistrettuali ed una UOC Direzione Amm.va + 6 UOSD;
- il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche, cui afferiscono n. 6 UU.OO. complesse + 3 UOSD;
- il Coordinamento Materno Infantile Territoriale con n. 5 UU.OO.SS. Materno-Infantili (UOMI) più una complessa con funzione di coordinamento;
- l'Assistenza Sanitaria di Base con n. 6 UU.OO.SS. Interdistrettuali;
- la Medicina Legale con 1 UOSD sovradistrettuale;
- la Riabilitazione con una UOC sovradistrettuale;
- le Cure Domiciliari (ADI) distrettuali con n. 4 UU.OO.SS. più una complessa con funzione di coordinamento;
- l'Ufficio distrettuale per le Relazioni con il pubblico e per l'integrazione ospedale-territorio, nell'ambito del quale sono previste funzioni affidate con incarichi di alta specializzazione nell'ambito dei Distretti coordinati dalla UOC Servizio Relazioni per il Pubblico;
- il Dipartimento Farmaceutico con n. 5 UOC; n. 4 UU.OO.SS. Farmacia; n. 1 UOSD Ufficio Ordini e Liquidazioni - Integrazione Provveditorato/UU.OO.CC. Farmacie.

In ogni distretto viene comunque garantita la presenza di una funzione, con eventuale incarico di alta specializzazione, per ogni area di attività distrettuale (Assistenza Sanitaria di Base, Materno Infantile, Cure Domiciliari, Riabilitazione, etc.) al fine di garantire l'erogazione dei LEA.

Compete ai Presidi Ospedalieri, strutturati secondo le indicazioni della normativa vigente (DM 70/2015 e DCA 33/2016) assicurare il livello dell'assistenza sanitaria ospedaliera.

6.3 CRITERI E PARAMETRI PER LA COSTITUZIONE, IL MANTENIMENTO E LA RICONVERSIONE DELLE UNITÀ OPERATIVE (UOC, UOSD, UOS) IN AMBITO OSPEDALIERO.

6.3.1 CRITERI DI PROGRAMMAZIONE DELLE UNITÀ OPERATIVE COMPLESSE (UOC)

Il Comitato Permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse (ex art.9 Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005) nella seduta del 26 marzo 2012 ha approvato il documento contenente i parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse del SSN, così come previsto dall'art.12, c.1, lettera b) del Patto per la Salute 2010-2012. I parametri standard definiti dal documento sono:

- 17,5 posti letto per struttura complessa in ambito ospedaliero;
- 13.515 residenti per struttura complessa in ambito territoriale;
- 1,31 strutture semplici per struttura complessa, sia in ambito ospedaliero che territoriale.

Con nota 279-P del 17.7.2012 il Direttore Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, nel chiarire che *“lo standard 17,5 posti letto per struttura complessa è da intendersi a livello regionale”*, ha precisato che *“ogni regione, nell’ambito della propria autonomia gestionale e organizzativa, potrà emanare direttive, fermo restando l’obiettivo del raggiungimento di tali standard su scala regionale, articolando i parametri regionali anche in funzione delle riconosciute e documentate specificità tecnico-assistenziali, ovvero tecnico-scientifiche delle rispettive Aziende o Enti del SSN, che svolgono attività di alta specializzazione o di ricerca transnazionale, attività didattiche e formative, cui la Regione intende assegnare un particolare ruolo di rilevanza nazionale ed internazionale”*. Di seguito la Regione Campania con DCA 18/2013 ha articolato i parametri sopra riportati per la programmazione delle strutture complesse in ambito ospedaliero, in modo da tener conto del diverso ruolo svolto dalle strutture ospedaliere nell’ambito del servizio sanitario regionale e della maggiore o minore complessità dell’articolazione interna che si determina in funzione del numero e della rilevanza delle funzioni attribuite ed in particolare delle specificità tecnico assistenziali delle Aziende Ospedaliere e delle esigenze scientifiche e didattiche delle Aziende Ospedaliere Universitarie e IRCCS di diritto pubblico.

A seguito di questa rivisitazione i parametri fissati per l’individuazione delle strutture complesse in ambito ospedaliero in Regione Campania sono stati così definiti:

- per i Presidi Ospedalieri delle Aziende Sanitarie Locali: 1 struttura complessa ogni 22 posti letto;
- per le Aziende Ospedaliere e per l’Ospedale del Mare (vedi Nota Struttura Commissariale P2301/c del 20/04/2016): 1 struttura complessa ogni 16 posti letto;
- per le Aziende Ospedaliere Universitarie e IRCCS di diritto pubblico: 1 struttura complessa ogni 14 posti letto.

Per i presidi ospedalieri delle Aziende Sanitarie lo standard di una struttura complessa ogni 22 posti letto è da intendersi a livello aziendale e può essere declinato dall’azienda in modo diverso da presidio a presidio.

Per i Presidi ospedalieri delle Aziende Sanitarie Locali e per le Aziende Ospedaliere, le Aziende Ospedaliere Universitarie e IRCCS il numero di strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali, identificate in base agli standard di cui sopra, è comprensivo dei servizi centrali di ogni struttura sanitaria (farmacia, radiologia, laboratorio di analisi, ecc.).

Per le unità operative complesse a direzione universitaria, presenti nelle Aziende ospedaliere e nei Presidi ospedalieri delle Aziende Sanitarie Locali, si applica il parametro fissato per le Aziende ospedaliere universitarie (14 posti letto per UOC).

Il presente Atto Aziendale garantisce il pieno rispetto del numero totale delle unità operative complesse, semplici e semplici dipartimentali come stabilito dal citato DCA 18/2013 e dal DM 70/2015, come esplicitato nelle tabelle allegate al presente piano.

A seconda del grado di intensità assistenziale, nel rispetto della programmazione prevista dal DCA 33/2016, le unità operative con meno di 15 posti letto sono state organizzate in Aree Funzionali Omogenee (AFO) al fine di ottimizzare le risorse anche attraverso la riorganizzazione degli spazi, l’aggregazione dei reparti e possibili modifiche strutturali che ne consentano una gestione efficiente. L’individuazione delle unità operative, complesse o semplici, è stata definita nell’Atto Aziendale sulla base di quanto stabilito dall’atto di indirizzo regionale. Le stesse sono state definite sulla base di una adeguata dotazione di risorse professionali, operative e organizzative, rispetto alla necessità di contare su una massa

critica adatta qualitativamente e quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi.

Inoltre si è tenuto conto di quantità e qualità adeguate delle performance realizzate sul piano dei trattamenti diagnostici, terapeutico e riabilitativo dei pazienti, nonché di quelle garantite da servizi sanitari specialistici specifici che agiscono da supporto alle attività sanitarie in funzione del conseguimento di idonei livelli di valorizzazione economica del prodotto reso disponibile.

Ai fini dell'accertamento della congruità delle risorse e a garanzia dell'ottimizzazione delle attività (volume e tipologia), è significativa l'appropriatezza delle modalità di conduzione delle pratiche cliniche e assistenziali e l'organizzazione delle risorse in dotazione.

Le UOC dovranno assicurare il mantenimento di adeguati volumi di attività tramite il contenimento della degenza, il livello di utilizzazione delle sale operatorie, dei servizi ambulatoriali e dei laboratori di diagnostica, e la conseguente realizzazione dei medesimi livelli di outcome/output.

Di norma, ogni UOC garantirà l'erogazione di prestazioni di natura diagnostica clinica e strumentale, nonché di natura terapeutica o riabilitativa in misura tale da:

- contribuire al contenimento dei tempi di attesa entro i limiti stabiliti in sede aziendale sulla base delle linee di indirizzo regionale;
- mantenere il volume di attività allineato con il criterio che prevede che le prestazioni erogate in regime libero-professionale, per ciascuna tipologia, non possono superare quelle erogate in regime istituzionale;
- contribuire all'appropriatezza prescrittiva e al contenimento della spesa sia di farmaci che di dispositivi medici.

A tal fine le UOC:

- erogano prestazioni a pazienti ricoverati in modo da consentire di contenere i tempi di esecuzione e di risposta entro termini concordati utili per l'ottimale sviluppo delle politiche cliniche e assistenziali, per la conclusione tempestiva delle attività svolte in regime di degenza ordinaria o a ciclo diurno, per la conservazione di margini operativi calibrati di norma sul parametro H12;
- garantiscono, per quanto concerne l'attività destinata ai pazienti ambulatoriali, l'erogazione di tipologie e quantità di prestazioni in modo tale da contribuire al contenimento dei tempi di attesa entro i limiti stabiliti in sede regionale e/o nazionale, e mantenere il volume di attività allineato con criterio che prevede che le prestazioni erogate in regime istituzionale non siano in alcun caso inferiori al 50% della somma delle prestazioni totali erogate in regime istituzionale e libero-professionale.

Ai fini della valutazione dell'attività in termini di complessità della casistica trattata e di efficienza operativa della struttura, si provvederà alla redazione, per ciascuna disciplina e per ciascuna UOC, di indicatori comparativi di performance che tengano conto tanto della complessità dei casi trattati e dell'efficienza operativa. Sulla base della lettura integrata di questi indici - confrontati con gli standard regionali e considerate le serie storiche - si definiranno i gradi di scostamento dei singoli reparti dagli standard di complessità ed efficienza.

6.3.2 UOSD IN AMBITO OSPEDALIERO

Con il presente Atto aziendale si costituiscono Unità Operative Semplici Dipartimentali che abbiano una funzione assistenziale assegnataria di risorse umane, strutturali, strumentali e materiali indispensabili per realizzare gli obiettivi di assistenza; in grado di erogare

autonomamente, in ambito medico o chirurgico o sanitario, generale o specialistico, servizi in regime di degenza ordinaria o a ciclo diurno, o servizi ambulatoriali, o mix complessi di prestazioni terapeutiche o di diagnostica strumentale incruenta e/o invasiva; strategicamente rilevante per il buon funzionamento del Dipartimento a cui afferiscono e delle UOC in esso comprese, senza sovrapposizione con le attività delle stesse, tranne eventuali situazioni transmurali; caratterizzata da performance, quali-quantitativamente misurabili, realizzate ai fini del trattamento diagnostico, terapeutico e riabilitativo dei pazienti, in funzione del conseguimento di idonei livelli di valorizzazione economica del prodotto reso disponibile; adeguata dotazione organica autonoma.

6.3.3 UOS IN AMBITO OSPEDALIERO

Con il presente Atto aziendale si costituiscono Unità Operative Semplici che abbiano una struttura assistenziale/diagnostica che utilizzi risorse umane, strutturali, strumentali e materiali indispensabili per realizzare gli obiettivi di assistenza; che sia strategicamente rilevante per il buon funzionamento della UOC di appartenenza e che sia caratterizzata da performance quali-quantitativamente misurabili realizzate ai fini del trattamento diagnostico, terapeutico e riabilitativo dei pazienti, in funzione del conseguimento di idonei livelli di valorizzazione economica del prodotto reso disponibile.

6.4 CRITERI E PARAMETRI PER LA COSTITUZIONE, IL MANTENIMENTO E LA RICONVERSIONE DELLE UNITÀ OPERATIVE (UOC, UOD, UOS) IN AMBITO TERRITORIALE.

6.4.1 UOC IN AMBITO TERRITORIALE

Le UOC Territoriali, nel rispetto delle linee guida regionali, garantiscono:

- Quantità e qualità adeguate delle performance realizzate sul piano della prevenzione, delle prestazioni medico-legali, del controllo della spesa farmaceutica convenzionata, del trattamento diagnostico, terapeutico e riabilitativo degli utenti, in funzione del conseguimento di idonei livelli di valorizzazione economica del prodotto reso disponibile ove previsto.
- Appropriatelyzza delle modalità di conduzione delle pratiche preventive, medico-legali, cliniche e assistenziali e di organizzazione delle risorse in dotazione nonché di controllo della spesa farmaceutica convenzionata;
- mantenimento di adeguati volumi di attività.

Le Unità operative complesse di norma sono caratterizzate da:

- rilevanza delle attività svolte per volume e tipologia;
- rilevanza del livello di responsabilità per la gestione della struttura;
- valore delle risorse professionali, operative e organizzative;
- congrua dotazione di risorse professionali, operative e organizzative.

Ogni UOC territoriale eroga prestazioni ambulatoriali di natura diagnostica clinica e strumentale, specialistiche specifiche, medico-legali e di natura terapeutica o riabilitativa in misura tale da:

- contribuire al contenimento dei tempi di attesa entro i limiti stabiliti in sede regionale e/o nazionale;
- mantenere il volume di attività allineato con il criterio che prevede che le prestazioni erogate in regime libero-professionale per ciascuna tipologia, non possono superare quelle erogate in regime istituzionale;
- contribuire all'appropriatezza prescrittiva e al contenimento della spesa sia di farmaci che dispositivi medici.

6.4.1.1 UOSD IN AMBITO TERRITORIALE

Con il presente Atto aziendale si costituiscono Unità Operative Semplici Dipartimentali che abbiano una adeguata gestione di risorse umane, strutturali, strumentali e materiali indispensabili per realizzare gli obiettivi di assistenza; capacità di erogare autonomamente servizi sul territorio; funzione strategicamente rilevante per il buon funzionamento del Dipartimento e delle UOC in esso comprese, senza sovrapposizione con le attività delle stesse; performance quali-quantitativamente misurabile orientata ai fini delle attività di prevenzione, medico-legali, di controllo della spesa farmaceutica convenzionata, del trattamento diagnostico, terapeutico e riabilitativo degli utenti, in funzione del conseguimento di idonei livelli di valorizzazione economica del prodotto reso disponibile, ove previsto.

6.4.1.2 UOS IN AMBITO TERRITORIALE

Con il presente Atto aziendale si costituiscono Unità Operative Semplici territoriali che abbiano una struttura assistenziale/diagnostica di prevenzione che utilizzi risorse umane, strutturali, strumentali e materiali indispensabili per realizzare gli obiettivi di assistenza; che sia strategicamente rilevante per il buon funzionamento della UOC di appartenenza e che sia caratterizzata da performance quali-quantitativamente misurabili realizzate ai fini del trattamento diagnostico, terapeutico e riabilitativo dei pazienti, in funzione del conseguimento di idonei livelli di valorizzazione economica del prodotto reso disponibile.

6.5 CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI

Nell'ambito del processo di riforma del pubblico impiego, di cui al D.lgs 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, pubblicità, autonomia, responsabilità, misurazione, valutazione e di valorizzazione del merito è volto a garantire il corretto svolgimento della funzione dirigenziale nel quadro delle disposizioni legislative e contrattuali vigenti.

Le modalità di conferimento degli incarichi rispettano le indicazioni della Delibera ANAC n. 831 del 3 Agosto 2016 "Determinazione di approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione 2016" in base alla quale *"La natura di tale incarico è di tipo prevalentemente organizzativo-gestionale con implicazioni anche con il settore degli acquisti, è infatti in capo al Direttore del dipartimento, sia esso ospedaliero o territoriale, la responsabilità anche in ordine alla corretta e razionale programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti. La relativa procedura di conferimento dell'incarico prevede la scelta, da parte del Direttore Generale, fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento stesso. In questo contesto, eventuali rischi possono configurarsi nell'uso non trasparente e adeguatamente motivato dell'esercizio del potere discrezionale di scelta. Per evitare e contrastare tali rischi e al fine di garantire comunque il prevalere dei profili di merito nell'attribuzione del suddetto incarico, le aziende sanitarie dovranno orientare le opportune misure di prevenzione al rafforzamento della trasparenza, avuto riguardo delle seguenti indicazioni:*

- *esplicitazione, all'interno degli atti del procedimento, della conformità dello stesso alle previsioni dell'atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale;*
- *predeterminazione dei criteri di scelta e, ove non sussista apposita disciplina regionale, ai sensi dell'art. 17 bis, co. 3, del d.lgs. 502/1992, esplicitazione delle modalità di partecipazione del Comitato di dipartimento alla individuazione dei*

- direttori di dipartimento;*
- *esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti professionali, ai compiti affidati e alla pregressa performance della struttura dipartimentale, al fine di delineare il perimetro di valutazione rispetto anche al raggiungimento degli obiettivi di miglioramento che la struttura si pone;*
 - *pubblicazione degli atti del procedimento con evidenziazione di quanto previsto ai punti a) e b)."*

L'accesso al ruolo dirigenziale avviene nel rispetto delle procedure previste dal D.lgs 502/92 art. 15 così come modificato dal D.lgs 229/99, DD.PP.RR 483/97 e 484/97, D.lgs 165/2001 art. 26, dalla L.R. 32/1994, dalla L.R. 3/2006 come modificata dalla L.R. 4/2011.

Presupposto per generare il processo valutativo è obbligo per l'Azienda assegnare a ciascun Dirigente un incarico. Il conferimento degli incarichi impegna l'Azienda:

- a realizzare la ridefinizione delle strutture organizzative e delle funzioni dirigenziali ai sensi del D.lgs. n.229/1999 e s.m.i.;
- attuare i principi di razionalizzazione e ottimizzazione previsti dal D.lgs. n. 165/2001 e dal D.lgs. n.150/2009 e s.m.i.

Nel formulare i criteri per l'affidamento degli incarichi dirigenziali, l'Azienda valorizzerà quegli aspetti che consentono di connotare ciascun incarico da conferire. Per gli incarichi di struttura saranno valutate, in particolare, le componenti che caratterizzano la capacità gestionale. Per l'affidamento, invece, degli incarichi professionali, saranno valutate le componenti che caratterizzano la competenza specialistica.

Gli incarichi dirigenziali sono conferiti con apposito atto formale che definisce, tra l'altro, la tipologia dell'incarico, la durata, il mandato assegnato, gli ambiti di responsabilità ed i limiti alla stessa, gli obiettivi e le risorse assegnati, i risultati attesi, le modalità di valutazione e di revoca dell'incarico, nonché le attribuzioni del dirigente.

La revoca o il mutamento dell'incarico è prevista a seguito della 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.

Qualora l'Azienda alla scadenza di un incarico di livello dirigenziale non intende confermare l'incarico conferito al dirigente, ai sensi di quanto disposto dall'art.9, c.32, del Decreto Legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito con modificazioni dalla Legge 30 luglio 2010, n. 122, anche in dipendenza dei processi di riorganizzazione e/o in assenza di una valutazione negativa, conferisce al medesimo dirigente un altro incarico, anche di valore economico inferiore.

Relativamente agli incarichi di struttura semplice, il Piano Nazionale di Prevenzione della Corruzione recita: *"Incarichi di direzione di struttura semplice": Le strutture semplici rappresentano, nell'assetto dell'azienda sanitaria, l'articolazione organizzativa di base di cui si compone la struttura complessa. Gli indirizzi di programmazione e gli standard di riferimento recati dalla normativa nazionale e dai relativi regolamenti attuativi, pongono chiari limiti all'istituzione e/o mantenimento di unità operative complesse e, conseguentemente, anche le unità operative semplici devono riparametrarsi in relazione alle prime sulla base di un rapporto predeterminato. Ne deriva, quindi, un presupposto vincolo di programmazione riferito alla circostanza che dette strutture devono essere predeterminate negli strumenti di programmazione regionale e aziendali, in numero (nel rispetto del rapporto posto come riferimento) e tipologia (nel rispetto degli standard per*

l'assistenza ospedaliera e territoriale).

Pertanto, sebbene la preposizione a tali strutture rientri tra gli incarichi da conferirsi, ai sensi dell'art. 15, co. 7-quater, d.lgs. 502/1992 e s.m.i., ai dirigenti che abbiano maturato un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico, la competitività è relativa – in questo ambito – sia al numero definito delle posizioni oggetto di conferimento dell'incarico, sia al potenziale numero di aspiranti che possiedono i previsti requisiti soggettivi.

Questa tipologia di incarico presenta procedure di conferimento che, rispetto ai casi già trattati nei precedenti paragrafi, risultano meno disciplinate da criteri generali e da atti di indirizzo nazionale, se non quelli derivanti dalla disciplina del Contratto collettivo nazionale (CCNL), sicché è più frequente riscontrare in questo ambito una certa variabilità di prassi regionali e/o aziendali sia nelle procedure di conferimento che nella durata degli incarichi (nei limiti del range stabilito da tre a cinque anni).

Come indicato per gli incarichi di cui al § 1.1.2, anche per questa fattispecie - ove la regione non regoli la materia – è opportuno che le aziende sanitarie adottino tutti i possibili interventi ed azioni finalizzati a rafforzare la trasparenza delle relative procedure di conferimento, avuto riguardo delle buone prassi già adottate da alcune aziende e delle seguenti indicazioni che, in parte, le ripropongono:

- *verifica, all'interno degli atti del procedimento, della conformità dello stesso alle previsioni dell'atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale;*
- *pubblicazione delle unità operative semplici per le quali va conferito l'incarico (è auspicabile che le funzioni delle UOS vengano qualificate nell'ambito di atti di organizzazione in modo tale che i requisiti degli aspiranti di cui al punto successivo trovino nei citati atti la loro motivazione);*
- *avvio di procedura selettiva attraverso avviso/bando pubblico in cui siano stati esplicitati i requisiti soggettivi degli aspiranti;*
- *costituzione della commissione selezionatrice;*
- *predeterminazione dei criteri di selezione;*
- *misure di trasparenza, nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza, della rosa degli idonei;*
- *esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti di partecipazione e ai criteri di selezione di cui ai rispettivi punti a) e c);*
- *esplicitazione della motivazione alla base della scelta della durata dell'incarico più o meno lunga all'interno del minimo/massimo previsto (la durata degli incarichi dovrebbe essere definita non volta per volta ma in modo "standard", oppure la stessa dovrebbe essere esplicitamente collegata a provvedimenti di programmazione);*
- *pubblicazione degli atti del procedimento.*

Per tutti i casi in cui si avvii una procedura selettiva a evidenza pubblica, con la costituzione della commissione, oltre alle misure di cui ai punti precedenti, è necessario sottoporre i componenti delle commissioni a processi di rotazione nonché alla sottoscrizione, da parte degli stessi, delle dichiarazioni di insussistenza o di eventuale sussistenza di incompatibilità o conflitto di interesse. Sarebbe auspicabile prevedere, nella composizione della commissione di selezione, almeno un componente esterno. Nel caso, inoltre, di avviso pubblico in cui non si proceda alla costituzione della commissione, è opportuno fornire indicazioni per la composizione degli organi di natura tecnica che dovranno selezionare i candidati (es. sorteggio informatico).

Laddove invece non si preveda l'apertura di procedure competitive, è necessario – quale misura di prevenzione – richiedere un atto di responsabilità dell'organo nominante sul rafforzamento delle motivazione della scelta e di pubblicazione di quest'ultima.

Come precisato al § 1, si evidenzia che il d.lgs. 97/2016 ha introdotto l'obbligo di pubblicazione dei dati, già previsti per la dirigenza sanitaria, anche per i responsabili di struttura semplice.

Incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio, e

ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo

Le procedure di conferimento di tali incarichi sono particolarmente dettagliate nella disciplina contrattuale di cui al CCNL 8.6.2000 (art. 28) I biennio economico e, per quanto concerne in particolare gli effetti della valutazione per la conferma o il conferimento di nuovi incarichi di maggior rilievo professionali o gestionali, nella disciplina di cui all'art. 33 del CCNL 8.6.2000, come sostituito dall'art. 28 del CCNL 3.11.2005.

Occorre pertanto che le aziende sanitarie osservino il massimo livello di trasparenza per l'affidamento o revoca degli incarichi dirigenziali di cui trattasi, attraverso la pubblicazione dell'atto di conferimento sul sito dell'azienda, comprendendo l'ambito del programma che si intende realizzare, l'oggetto dell'incarico e i criteri di scelta.

Altre tipologie di incarichi

Incarichiconferitiaisensidell'art.15septiesdeld.lgs.502/1992

La tipologia di incarichi di cui al presente paragrafo rappresenta, tra le fattispecie descritte, quella che verosimilmente più si caratterizza per la prevalente natura discrezionale della procedura di affidamento dell'incarico. A ciò si aggiunga che si tratta di incarico a tempo determinato attribuito al di fuori delle procedure ordinarie di reclutamento del personale, seppure nei limiti previsti dalla normativa vigente e nel rispetto dei vincoli dei tetti di spesa. A tale fattispecie si è fatto un progressivo diffuso ricorso negli ultimi anni da parte delle aziende sanitarie, con particolare riferimento a quelle afferenti alle regioni sottoposte ai c.d. piani di rientro. In tali regioni, infatti, la perdurante applicazione della manovra del blocco totale o parziale del turn over ha determinato, invero, un incremento del ricorso a tali procedure di reclutamento delle professionalità necessarie/carenti, con l'effetto paradossale di eludere la manovra del blocco delle assunzioni e di conferire carattere di instabilità all'organizzazione specie per taluni ruoli apicali oggetto di conferimento ai sensi dell'art. 15 septies del d.lgs. 502/1992.

Tuttavia, a fronte del prevalente interesse pubblico del pieno assolvimento dei livelli essenziali di assistenza, sotteso al ricorso a incarichi afferenti a tale tipologia, riconosciuto anche dalla magistratura contabile in sede di controllo, non è da escludersi la possibilità di un uso opportunistico e distorto di tale previsione normativa, anche in considerazione del prevalere della natura fiduciaria dell'incarico.

Al fine quindi di supportare le organizzazioni sanitarie nell'individuazione di possibili rischi e relative misure di prevenzione, si forniscono anche per questo ambito raccomandazioni volte a massimizzare i livelli di trasparenza delle relative procedure attraverso anche un processo selettivo che dia conto dei criteri e delle scelte operate.

Nello specifico, tenuto conto della connotazione di eccezionalità che contraddistingue il ricorso a tale modalità di conferimento di incarichi per l'espletamento di funzioni di particolare rilevanza e di interesse strategico - in quanto ipotesi derogatoria rispetto alle regole generali per le assunzioni - , valgono anche per questa tipologia di incarichi le misure previste sia per gli altri incarichi dirigenziali che per le sostituzioni, ovvero:

- *pubblicazione, aggiornamento e monitoraggio periodici delle posizioni/funzioni non ricoperte;*
- *esplicitazione in dettaglio e relativa pubblicizzazione della motivazione del ricorso alla suddetta procedura derogatoria, compresa la motivazione del mancato espletamento dei concorsi per il reclutamento ordinario e la motivazione alla base della durata dell'incarico;*
- *esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti professionali e ai criteri di selezione.*

Inoltre, per le medesime ragioni connesse all'eccezionalità del ricorso a tale tipologia di incarico, le amministrazioni sanitarie destinatarie del presente Piano, dovranno attribuire al soggetto esclusivamente l'unica funzione per la quale è stata attivata la specifica procedura in relazione ai requisiti ed alle caratteristiche per i quali la professionalità

è stata scelta. La durata dell'incarico di cui alla lettera b) deve cessare in ogni caso al completamento delle procedure concorsuali per la copertura in via ordinaria della posizione dirigenziale di cui trattasi.

In ogni caso, al fine di perseguire i massimi livelli di trasparenza e di imparzialità nell'attribuzione degli incarichi, gli enti del SSN che abbiano funzioni prive di figure dirigenziali, ove si trovino nell'impossibilità documentata di espletare procedure concorsuali per assunzioni a tempo indeterminato, è opportuno che ricorrano a procedure concorsuali per il reclutamento delle relative figure dirigenziali ancorché a tempo determinato così da assicurare procedure ad evidenza pubblica, e non alla fattispecie di cui all'art. 15-septies del d.lgs. 502/1992, in considerazione della tipicità e della straordinarietà di questo istituto."

L'Azienda procede al conferimento delle seguenti ulteriori tipologie di incarico:

- Incarichi professionali di alta specializzazione: sono incarichi di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e controllo; si inseriscono nelle articolazioni funzionali delle strutture complesse individuate nel modello organizzativo aziendale in quanto rappresentative di elevate competenze tecnico-professionali produttive di prestazioni quali/quantitative complesse nell'ambito della disciplina e dell'organizzazione interna della struttura cui afferiscono; tali incarichi possono riguardare anche ambiti di prestazione 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 essi prevale la specifica competenza professionale. 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.
- incarichi di natura professionale, con riferimento ai dirigenti con meno di 5 anni di servizio, rilevanti all'interno della struttura di assegnazione e caratterizzati dallo sviluppo di attività omogenee che richiedono una competenza specialistica e funzionale di base della disciplina di appartenenza.

I rapporti di sovra o sotto ordinazione degli incarichi di cui ai punti precedenti sono riferiti esclusivamente alle determinazioni assunte con specifico provvedimento dell'Azienda in merito alla graduazione delle funzioni, nel quadro del modello organizzativo aziendale, nel rispetto dei CC.CC.NN.LL. ed agli effetti dai medesimi previsti.

Tutti gli incarichi di cui ai comma precedenti sono conferiti dal Direttore Generale, con le seguenti modalità:

- Gli incarichi di responsabile di struttura semplice, gli incarichi di natura professionale e di alta specializzazione, sono conferiti con atto scritto e motivato a dirigenti con almeno cinque anni di servizio, su proposta del Direttore della struttura complessa di appartenenza, a seguito di valutazione positiva delle attività professionali espletate e dei risultati conseguiti, effettuati ai sensi e per gli effetti all'uopo previsti dal D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., a tempo determinato, per un periodo non inferiore a tre anni e non superiore a cinque (secondo la natura dell'incarico), con facoltà di rinnovo.
- Gli incarichi di strutture semplici dipartimentali sono conferiti dal Direttore Generale su indicazione del Direttore del Dipartimento.
- Gli incarichi di Direzione delle strutture centrali di staff alla Direzione Strategica si configurano come incarichi dirigenziali a carattere strettamente fiduciario e sono conferiti direttamente dal Direttore Generale. La durata dell'incarico è stabilita dal Direttore Generale con facoltà di revoca motivata per il venir meno del rapporto fiduciario.

- Gli incarichi di natura professionale a dirigenti con meno di cinque anni di servizio vengono conferiti dal Direttore della struttura complessa di appartenenza, decorso il periodo di prova. Essi comportano l'assegnazione di precisi ambiti di autonomia progressivamente ampliati, previa valutazione e verifica, da espletare nel rispetto degli indirizzi forniti dal dirigente responsabile della struttura di appartenenza e consistenti in funzioni di collaborazione e corresponsabilità nella gestione delle attività. Il conferimento di detto incarico avviene con atto scritto.
- Gli incarichi di Direttore di Dipartimento sono conferiti con le procedure ex art. 17-bis del D.Lgs. n.502/92 e s.m.i, fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento; il Direttore di Dipartimento rimane titolare della struttura complessa cui è preposto.

In nessun caso l'attribuzione degli incarichi modifica le modalità di cessazione del rapporto di lavoro per compimento del limite massimo d'età.

L'Azienda, mediante il conferimento degli incarichi, tende a realizzare modalità di organizzazione e di funzionamento delle proprie strutture coerenti con le linee di indirizzo della programmazione nazionale e riconducibili ai principi di sussidiarietà, unitarietà, completezza, efficienza/efficacia, economicità, adeguatezza, qualità, centralità dell'utenza, valorizzazione e responsabilizzazione delle risorse professionali, autonomia organizzativa e gestionale.

Nell'ambito e in attuazione dei suddetti principi, l'Azienda, nell'affidamento e revoca degli incarichi dirigenziali, utilizza i seguenti ulteriori criteri di valutazione:

- capacità gestionali, con particolare riferimento ai rapporti con l'utenza, alla disponibilità collaborativa, alla integrazione professionale, alla comunicazione intra ed extra aziendale, al possesso di tecniche di management;
- capacità di aggregazione del consenso sui valori e sugli obiettivi assunti dall'Azienda;
- capacità di gestione delle risorse umane, finanziarie e professionali nella realizzazione degli obiettivi aziendali, in relazione a risultati conseguiti;
- riconosciuta sensibilizzazione alle strategie dell'umanizzazione e di tutela dell'utenza;
- frequenza e superamento dei corsi di formazione manageriale ex art. 16-quinquies del D.Lgs. n.502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, e relativi all'organizzazione e alla gestione dei servizi sanitari, ai criteri di finanziamento e di bilancio, alla gestione delle risorse umane e all'organizzazione del lavoro, agli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni;
- partecipazione a corsi di aggiornamento professionale obbligatori e facoltativi;
- tipologia e durata di incarichi precedentemente svolti;
- curriculum con particolare riguardo a natura e durata delle funzioni svolte negli ultimi cinque anni, a caratteristiche e contenuti delle pubblicazioni, all'attività didattica, di sperimentazione o di ricerca, al possesso di esperienze e di conoscenze correlate all'incarico da conferire.

Gli incarichi di cui agli art.15-septies, commi 1 e 2, e 15-octies del D.Lgs. n.502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, sono conferiti dal Direttore Generale con atto scritto e motivato su base fiduciaria e discrezionale, nel rispetto delle norme vigenti con l'approssimazione all'unità intera successiva proveniente dall'applicazione delle percentuali previste.

6.5.1 REVOCA DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI

Gli incarichi sono revocati con atto motivato secondo le procedure previste dall'art. 30 e 31 del CCNL 3/11/2005 della dirigenza in caso di:

- inosservanza delle direttive impartite dalla direzione generale;
- mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati accertato dagli organi di verifica e

- valutazione;
- responsabilità grave e reiterata ed in tutti gli altri casi previsti dal contratto di lavoro.

La revoca dell'incarico determina l'assegnazione ad altro incarico di valore economico inferiore di quello in godimento.

Nei casi di maggiore gravità il Direttore Generale può recedere dal rapporto di lavoro secondo la disciplina prevista dal codice civile e dai contratti collettivi di lavoro.

6.5.2 DISCIPLINA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI NON DIRIGENZIALI

Gli incarichi e le funzioni connesse alle "Posizioni Organizzative" riservate al personale non dirigente sono conferiti dal Direttore Generale sentiti i dirigenti sovraordinati.

I criteri e le procedure per il conferimento, revoca, graduazione, valutazione e verifica delle funzioni svolte, sono definite con apposito regolamento adottato previa concertazione con le OO.SS..

TITOLO VII- ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO DEI DIPARTIMENTI

7.1 DIPARTIMENTI

Il dipartimento é una struttura di coordinamento e di direzione per lo svolgimento di funzioni complesse con compiti di orientamento, consulenza e supervisione cui è preposto. L'Azienda, pertanto, ritiene la struttura organizzativa dipartimentale quale strumento di ottimizzazione interna, capace di garantire un miglior svolgimento della sua *mission*.

Il dipartimento, secondo la sua tipologia, é costituito da aree funzionali-organizzative e strutture organizzative, semplici e complesse che, per omogeneità, affinità e complementarietà hanno comuni finalità.

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

L'individuazione dei Dipartimenti è essere funzionale all'Azienda e tiene conto della complessità della stessa, della sua estensione sul territorio, delle caratteristiche geomorfologiche, del numero di strutture complesse presenti e degli obiettivi che queste ultime debbono conseguire.

I Dipartimenti possono essere definiti strutturali, funzionali, integrati, trasversali; comunque siano definiti rappresentano il modello operativo dell'Azienda e svolgono attività professionali e gestionali mediche, tecnico-sanitarie e tecnico-amministrative.

L'Azienda istituisce i Dipartimenti strutturali previsti dalle norme vigenti, nei quali l'organizzazione è predeterminata (Dipartimento di Prevenzione, della Salute Mentale e delle Dipendenze) e Dipartimenti funzionali (Ospedalieri, Programmazione, Servizi Strategici, Farmaceutico, Fragilità, ecc.).

Le strutture "semplici", quali articolazioni di quelle complesse, vengono comprese nella struttura principale aggregata.

7.1.1 TIPOLOGIE DI DIPARTIMENTO

In rapporto alla caratterizzazione organizzativo-funzionale si distinguono:

- Dipartimento strutturale: aggregazione organizzativa e funzionale di strutture che assume la valenza di soggetto negoziale nei rapporti con l'Azienda e con gli altri dipartimenti e/o macrostrutture organizzative secondo il regolamento Aziendale. Esso è dotato di autonomia gestionale ed è soggetto a rendicontazione analitica.
- Dipartimento Funzionale: aggregazione di strutture con il compito dell'integrazione funzionale delle attività delle singole strutture componenti, finalizzata al raggiungimento di specifici obiettivi. Il Dipartimento funzionale non è dotato di autonomia gestionale e non è soggetto a rendicontazione analitica. Una medesima struttura, complessa o semplice a valenza dipartimentale, può far parte di più Dipartimenti funzionali, oltre che del proprio Dipartimento strutturale. Ai Dipartimenti funzionali si applicano, per quanto compatibili, i criteri e le modalità organizzative rappresentati per i Dipartimenti strutturali.
- Dipartimento transmurale: dipartimenti operativi che stabiliscono l'interazione tra i presidi ospedalieri e/o quelli territoriali per aree omogenee di assistenza.
- Dipartimento Integrato: che stabilisce interazioni tra aziende sanitarie esclusivamente nell'ambito dell'emergenza sanitaria.

L'individuazione dei Dipartimenti è funzionale agli obiettivi dell'Azienda e tiene conto della complessità delle funzioni, del numero di strutture complesse e degli obiettivi che quest'ultime devono conseguire.

Il Dipartimento trova ragion d'essere in quanto serve a razionalizzare, in termini di efficienza e di economicità, i rapporti tra diverse strutture organizzative.

Tra i principali compiti dei Dipartimenti si individuano i seguenti:

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

Più in particolare ad essi spetta il compito di:

- tendere al miglioramento degli indicatori di performance riferiti all'efficienza, l'efficacia e l'economicità;

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

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

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

I Dipartimenti strutturali sono caratterizzati inoltre dalla necessità di realizzare una conduzione degli interventi fortemente unitaria e pertanto sono strutturati in modo da esercitare una forte giurisdizione sulla gestione delle risorse, sulla definizione degli obiettivi e sulla realizzazione delle funzioni. Tale tipologia di Dipartimento assume la valenza di soggetto negoziale per l'attribuzione del budget.

I Dipartimenti funzionali invece collaborano alla definizione del budget distrettuale e concorrono alla realizzazione degli obiettivi distrettuali.

L'assetto organizzativo del Dipartimento presuppone:

- aggregazione di un numero congruo di unità operative complesse (non inferiore a tre e non superiore a 15). Le Unità Operative complesse costituenti i dipartimenti ospedalieri devono, di norma, essere afferenti a più discipline di cui all'art. 4 del D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 484 e s.m.i., con eccezione dei presidi ospedalieri mono-specialistici;
- una rilevante consistenza, in termini di complessità gestionale e di quantità di risorse umane, tecniche e finanziarie utilizzate e di unità operative afferenti;
- presenza di contesti organizzativi tipici (sale operatorie, servizi e apparati diagnostici, ambulatori, servizi territoriali ecc.);
- dotazione di posti letto, servizi e/o attività congrua e funzionale al dimensionamento efficiente delle strutture.

7.1.2 II DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

Il Direttore del Dipartimento è nominato dal Direttore Generale fra i Dirigenti di Unità Operative Complesse afferenti al Dipartimento stesso, su proposta dal Comitato di Dipartimento.

La durata dell'incarico di Direttore di Dipartimento é di cinque anni con valutazione annuale secondo le modalità precisate nell'Atto aziendale e secondo il relativo regolamento.

L'incarico può essere rinnovato una sola volta.

Il Direttore del Dipartimento, in particolare:

- propone alla direzione strategica gli obiettivi assistenziali e gestionali e pianifica le attività dipartimentali, sentito il Comitato di Dipartimento;
- coordina le attività e le risorse affinché il Dipartimento assolva in modo pieno i propri compiti, al fine di assicurare che ogni struttura del Dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee;
- verifica la rispondenza degli obiettivi del Dipartimento con quelli dell'Azienda;
- partecipa alla negoziazione del budget secondo le modalità organizzative aziendali (nel caso dei dipartimenti funzionali);
- informa il Comitato di Dipartimento delle risultanze della negoziazione;
- gestisce il budget del Dipartimento (nel caso dei dipartimenti strutturali);
- garantisce l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative secondo le modalità di governo clinico come individuate nelle linee guida regionali;
- risponde dei risultati complessivi del Dipartimento in relazione agli obiettivi a lui direttamente assegnati.

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

7.1.3 COMITATO DI DIPARTIMENTO

L'Azienda istituisce, ai sensi dell'articolo 17-bis del D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i., il Comitato di Dipartimento, composto da componenti di diritto e da componenti di nomina elettiva.

I componenti di diritto sono:

- il Direttore del Dipartimento, che lo presiede
- i Coordinatori di Area
- i Direttori e/o Responsabili di unità operativa con autonomia gestionale delle rispettive tre aree contrattuali

La parte elettiva è composta da un rappresentante per ciascuna area contrattuale.

Il Comitato dura in carica 3 anni. Esso 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.

Le modalità di funzionamento del Comitato di Dipartimento sono stabiliti nell'apposito Regolamento.

Il Comitato di Dipartimento:

- definisce le linee di indirizzo clinico ed organizzativo del Dipartimento;
- definisce linee guida utili per un più corretto indirizzo diagnostico-terapeutico;
- elabora la proposta di obiettivi gestionali ed assistenziali del Dipartimento;
- adotta modelli per la verifica e la valutazione di qualità dell'assistenza erogata;
- propone l'istituzione di gruppi operativi interdipartimentali;
- propone piani di aggiornamento e riqualificazione del personale.

Il Comitato di Dipartimento assolve alla verifica periodica degli obiettivi e individua eventuali interventi idonei ad ottimizzare l'utilizzo delle risorse; si esprime, inoltre, in merito a:

- gestione ed utilizzazione, in modo coordinato ed integrato, delle risorse attribuite (umane, finanziarie e tecnologiche) per il perseguimento degli obiettivi;
- definizione degli obiettivi del Dipartimento che verranno negoziati dal Direttore dello stesso con la direzione strategica;
- verifica della corrispondenza dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi concordati;
- modalità organizzative del Dipartimento nell'ambito clinico, percorsi assistenziali, presa in carico, appropriatezza, ecc..

7.1.4 COMPITI ED ATTIVITÀ GESTIONALI DEL DIPARTIMENTO

Le funzioni dei Dipartimenti comprendono in particolare:

- Definizione dei progetti e programmi, individuazione degli obiettivi prioritari, allocazione delle risorse e dei mezzi funzionali a supporto della Direzione Generale e nei confronti delle strutture ad esso afferenti;
- Coordinamento e guida nei confronti del livello operativo e verifica dei risultati conseguiti, concorrenti al processo di revisione periodica delle strategie aziendali e dell'assetto organizzativo e produttivo;
- Studio, applicazione e verifica di strumenti quali linee guida, protocolli ed altri, per conferire la massima omogeneità alle procedure organizzative, amministrative, assistenziali e di utilizzo delle apparecchiature;
- Contenimento dei costi di gestione del Dipartimento entro il budget assegnato con rilevazione puntuale di tutte le prestazioni svolte;
- Gestione delle risorse finanziarie assegnate al Dipartimento, con il monitoraggio dell'andamento degli obiettivi specifici di Dipartimento in termini di attività e costi, con particolare riferimento agli indicatori di performance negoziati nell'ambito del budget per ognuna delle Unità Operative che compongono il dipartimento;
- Attuazione dell'attività libero-professionale intra-muraria.

I Dipartimenti sanitari assistenziali, oltre alle funzioni di cui sopra, hanno il compito di:

- 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;
- Coordinamento tra le attività del Dipartimento e le attività extra ospedaliere per una integrazione dei servizi del Dipartimento stesso nel territorio, e in particolare nei Distretti, nonché con i Medici di Medicina Generale e con i Pediatri di Libera Scelta, al fine di realizzare l'indispensabile raccordo tra ospedale e strutture territoriali per la definizione del piano di dimissione del paziente e gestione del successivo follow-up, garantendo la continuità assistenziale;
- Promozione di iniziative volte ad umanizzare l'assistenza all'interno delle strutture dipartimentali;
- Valutazione e verifica della qualità dell'assistenza fornita, adottando le opportune metodiche con particolare riguardo alle prestazioni erogate ai pazienti, alle verifiche delle procedure e dei risultati ottenuti, al miglioramento delle conoscenze e dei circuiti interni comunicativi, all'ottimizzazione delle risorse.

7.1.5 ATTIVITÀ INTERDIPARTIMENTALI

È funzione del Dipartimento promuovere e sviluppare il lavoro interdisciplinare all'interno del Dipartimento e tra Unità Operative ed altre articolazioni appartenenti ai Dipartimenti differenti.

A tal fine possono essere costituiti Gruppi Operativi Interdipartimentali Permanenti (GOIP) o Temporanei (GOIT), in relazione a specifiche problematiche di interesse dipartimentale o

aziendale.

I Dipartimenti, le Unità Operative e le altre articolazioni coinvolte nel raggiungimento degli obiettivi fissati, dovranno assegnare ai gruppi operativi le eventuali risorse necessarie.

Il Coordinatore dei gruppi operativi è indicato dai Direttori di Dipartimento delle UU. OO. coinvolte, in base alla specifica competenza, in ordine alla tematica del gruppo.

Qualora la costituzione dei gruppi operativi e l'eventuale loro assegnazione di risorse non fosse stata già definita nel Piano Annuale di attività, andrà inoltrata specifica richiesta alla Direzione Generale per la modifica del relativo budget.

7.1.6 REGOLAMENTO INTERNO DEL DIPARTIMENTO

Ogni Dipartimento redige e propone alla Direzione Generale, per l'approvazione, un proprio Regolamento interno, che sarà pubblicato sul sito aziendale.

Nel Regolamento sono indicate:

- le finalità proprie;
- le funzioni specifiche;
- le attività di competenza;
- l'organizzazione interna;
- gli organi del dipartimento;
- il processo decisionale;
- i criteri adottati di verifica e controllo dell'attività clinica, scientifica e di gestione.

Il Regolamento viene redatto e proposto dal Direttore di Dipartimento ed approvato dal Comitato di dipartimento prima dell'invio alla Direzione Generale, uniformandosi ai principi generali organizzativi, gestionali e funzionali di cui al Regolamento Regionale ed al presente Atto Aziendale.

Modifiche al Regolamento interno potranno essere proposte alla Direzione Generale, una volta approvate dal Comitato di dipartimento.

7.1.7 BUDGET DEL DIPARTIMENTO

Il budget del Dipartimento è costituito in termini strutturali o funzionali sulla base di distinte voci relative ai costi delle risorse umane, tecniche e strutturali assegnate, ai consumi previsti per tutti i beni e servizi.

Il budget del Dipartimento comprende separatamente eventuali finanziamenti per programmi e progetti dipartimentali, per attività di formazione ed aggiornamento, didattiche e di ricerca.

All'inizio di ogni anno, il Direttore Generale, con riferimento alla pianificazione e programmazione aziendale, concorda con i Direttori dei Dipartimenti i programmi e i progetti annuali.

Il Direttore del Dipartimento, previo parere favorevole del Comitato di Dipartimento, sulla base di quanto concordato con la Direzione Generale, assegna l'articolazione del budget attribuito, destinando specifiche risorse alle strutture individuate quali centri di responsabilità economica, dopo aver concordato con i rispettivi Responsabili i programmi ed i piani di attività che le singole strutture dovranno svolgere nell'ambito degli obiettivi programmati dal Dipartimento. L'impiego delle risorse, nel loro complesso, è verificato in termini di risultati, prodotti, obiettivi raggiunti, in relazione ai programmi dell'Azienda.

Con le stesse modalità di cui ai commi precedenti il Direttore di Dipartimento disciplina le modalità organizzative e gestionali degli eventuali programmi e/o progetti speciali affidati dal Direttore Generale, con le relative risorse economiche.

Gli atti del Direttore di Dipartimento relativi a programmi e progetti speciali devono prevedere:

- la individuazione dei fondi specifici allo scopo destinati;
- la individuazione degli obiettivi generali e specifici da raggiungere;
- la individuazione nominativa del personale coinvolto con le relative risorse premianti da ripartire esclusivamente tra chi contribuisce all'attuazione dei programmi e/o progetti;
- la individuazione di sistemi di valutazione relativi al grado di raggiungimento degli obiettivi fissati.

7.1.8 RESPONSABILE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO E TECNICO- SANITARIO

L'incarico di Responsabile dipartimentale del personale infermieristico e tecnico-sanitario, è conferito rispettivamente al capo sala, o al Coordinatore infermieristico, o al Coordinatore tecnico sanitario di una delle Unità Operative appartenenti al Dipartimento.

L'incarico viene conferito dal Direttore Generale, sentito il Direttore dell'area dei Servizi delle professioni sanitarie e il Direttore del Dipartimento.

In caso di assenza o impedimento temporaneo, il responsabile può essere sostituito da altro capo sala o capo tecnico di sua nomina, per un periodo non superiore a tre mesi.

I Responsabili infermieristici e tecnici di dipartimento si rapportano, per l'espletamento delle loro competenze e funzioni, con il Responsabile di area territoriale o ospedaliera sovraordinato e, nel caso di dipartimento ospedaliero, anche con l'ufficio infermieristico di presidio.

I Responsabili dipartimentali del personale infermieristico e tecnico sanitario svolgono, ognuno nei confronti del personale e delle attività di pertinenza, le seguenti funzioni, sentita la direzione sanitaria del presidio per le aree di competenza:

- collaborano col Direttore di Dipartimento per la definizione dei provvedimenti da adottare in ordine all'organizzazione dell'assistenza all'interno del Dipartimento;
- assicurano l'omogenea organizzazione delle attività infermieristiche e tecnico sanitarie del Dipartimento nel rispetto delle linee guida ed indirizzi generali definiti dal Comitato di Dipartimento;
- propongono al Comitato di Dipartimento i piani annuali di intervento, gli obiettivi prioritari, gli standard e gli indicatori di qualità per l'assistenza infermieristica e per le attività tecnico sanitarie;
- collaborano col Direttore del Dipartimento alla definizione dei piani di aggiornamento, di didattica e di ricerca scientifica del personale infermieristico e tecnico sanitario;
- rappresentano il personale infermieristico e tecnico sanitario del Dipartimento nei rapporti con il Direttore del Dipartimento e con il Comitato di Dipartimento.

7.1.9 DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Il Dipartimento di Prevenzione è una macro struttura operativa dell'Azienda Sanitaria Locale che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione

della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita.

A tal fine il Dipartimento di Prevenzione promuove azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti, con gli altri dipartimenti dell'azienda e delle aziende ospedaliere insistenti sul territorio, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. Partecipa alla formulazione del programma di attività, formulando proposte d'intervento nelle materie di competenza e indicazioni in ordine alla loro copertura finanziaria.

Il Dipartimento di prevenzione inoltre:

- assicura il complesso sistema della Sanità Pubblica, a livello aziendale, garantendo sia l'esercizio delle funzioni di analisi, promozione, orientamento, assistenza e vigilanza sui problemi di salute (pertanto sui rischi negli ambienti di vita e di lavoro e sicurezza alimentare) ma anche sui fattori determinanti la salute di una collettività, privilegiando i temi caratterizzati da maggior diffusione, gravità e percezione
- ricerca in tali ambiti il miglioramento continuo della qualità degli interventi, costruendo e/o partecipando ad alleanze ed integrazioni con tutti i soggetti coinvolti.

Esso è dotato di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità e, come tale, è dotato di una organizzazione flessibile, capace di adattarsi alle esigenze territoriali.

Il Dipartimento di Prevenzione realizza i suoi compiti attraverso strutture funzionalmente riferibili a quattro aree (Igiene Pubblica, Igiene degli Alimenti, Veterinaria, Igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro) interconnesse tra loro, anche grazie al collante metodologico dell'Epidemiologia, come disciplina operativa di raccolta, elaborazione e ricaduta operativa di dati ed informazioni.

Ad esso sono assegnate, in forza di attribuzioni di legge, i compiti di prevenzione collettiva e sanità pubblica anche a supporto dell'Autorità Sanitaria locale di seguito elencati:

- profilassi delle malattie infettive e parassitarie attraverso le attività di sorveglianza epidemiologica, prevenzione e controllo, con particolare attenzione ai piani di immunoprofilassi;
- tutela della collettività dai rischi sanitari negli ambienti di vita e di lavoro con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali, con particolare attenzione alle attività di sorveglianza epidemiologica, di gestione del Registro Nominativo delle Cause di Morte, di promozione di stili di vita e comportamentali per la salute;
- tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro;
- igiene degli alimenti e della nutrizione;
- sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- prevenzione e tutela della salute e delle attività sportive, con opportuni progetti educazionali;
- sanità pubblica veterinaria, che comprende:
 - o la sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
 - o farmacovigilanza veterinaria;
 - o igiene delle produzioni zootecniche;
 - o tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale.

Sono finalità generali del Dipartimento di Prevenzione:

- Lo sviluppo di una specifica competenza nell'area della progettazione e della valutazione degli interventi di prevenzione;
- La massima integrazione, sia con l'utenza attraverso l'istituzione di uno sportello informativo unico (in rete distrettuale) di accesso alle prestazioni del Dipartimento, sia con le articolazioni organizzative attraverso la realizzazione di programmi e progetti inter-servizi ed inter-istituzioni;
- Il raccordo con l'Agenzia Regionale per la Prevenzione Ambientale e i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL regionali, per lo sviluppo di un sistematico rapporto di collaborazione per la individuazione delle aree prioritarie di intervento e per la realizzazione di programmi comuni;
- Il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi di salute del piano Sanitario Regionale, attraverso la rete di sorveglianza epidemiologica;
- La garanzia della qualità e dell'efficacia degli interventi di prevenzione, in particolare relativamente all'igiene e sanità pubblica, alla sicurezza negli ambienti di lavoro, all'igiene degli alimenti e della nutrizione e nei servizi veterinari;
- La funzione di supporto tecnico nei confronti degli Enti locali e, ove richiesto, di altri soggetti istituzionali pubblici.

Metodologicamente, il Dipartimento di Prevenzione opera sulla base di un Piano annuale di intervento, che tiene conto degli adempimenti stabiliti da normative regionali, nazionali e comunitarie nonché dai Regolamenti Comunali di Igiene, compatibile con il budget attribuito dalla Direzione Aziendale; il Direttore del Dipartimento di Prevenzione è responsabile della predisposizione, della gestione e del controllo del piano annuale di lavoro.

L'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione è stata modulata secondo i principi di flessibilità, adattabilità, revisione periodica, orientamento progettuale delle attività, tenendo conto delle peculiarità di ciascun territorio, degli insediamenti produttivi, del radicamento territoriale dei servizi, dell'entità numerica della popolazione (umana ed animale) delle caratteristiche orografiche, della viabilità, dei collegamenti nell'ambito aziendale, delle esigenze culturali dei territori nonché le loro specificità di richieste prestazionali.

È stata predisposta una organizzazione su due livelli. Un livello centrale costituito da una tecnostruttura investita da una cosiddetta "*mission funzionale*" e cioè di Direzione tecnico-organizzativa e gestionale complessiva, sovrintendendo alla programmazione generale delle attività, alla verifica dell'efficienza, dell'efficacia e della qualità degli interventi, del rispetto dei livelli minimi di assistenza. Un livello territoriale costituito da Unità organizzative cui viene affidata la cosiddetta "*mission produttiva*" al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza (LEA). Questo livello operativo si concretizza nelle UU.OO. complesse e semplici distrettuali che opereranno in ambiti territoriali definiti, tali da presidiare l'intero territorio.

Nell'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione e delle U.O. che lo compongono, ivi comprese le funzioni tecnico-sanitarie, la funzione di vigilanza, pur esercitata in maniera coordinata in ambito dipartimentale, viene considerata come strumento specialistico nell'ambito di ciascuna U.O., a fianco alla informazione, formazione e assistenza e a tutte le possibili attività di promozione della prevenzione stessa.

Nel Dipartimento di Prevenzione della ASL Caserta sono previste tre Aree così composte:

- Area Igiene Pubblica e della Promozione della Salute, ove afferiscono quattro strutture complesse:
 - o Servizio di Epidemiologia e Prevenzione (SEP)

- Servizio di Monitoraggio Rischio Ambientale e Registro Tumori
- Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)
- Servizio di Igiene degli alimenti e della nutrizione (SIAN)
- Area Igiene e Sicurezza negli ambienti di lavoro, ove afferiscono due strutture complesse:
 - Servizio di Prevenzione e Sicurezza degli ambienti di lavoro (SPSAL)
 - Servizio di igiene e medicina del Lavoro (SIML)
- Area Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare, ove afferiscono tre strutture complesse:
 - Servizio veterinario di Sanità animale (Area A)
 - Servizio veterinario Igiene degli Alimenti di origine animale (Area B)
 - Servizio veterinario di Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (Area C).

Il Direttore del Dipartimento coordina funzionalmente le attività specifiche nelle unità operative centrali, compreso le U.O.S.D. (Educazione alla Salute, Accreditamento Strutture Sanitarie, UOPLL DS 12, 13, 14, 15 e 16, UOPLL DS 12, 18, 19, 20, 21, 22 e 23).

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione è scelto dal Direttore Generale tra i Direttori dei Servizi dipartimentali con almeno cinque anni di anzianità di funzione e risponde del perseguimento degli obiettivi aziendali, dell'assetto organizzativo e della gestione del Dipartimento. L'incarico di Direttore del Dipartimento di Prevenzione prevede il mantenimento della direzione della UOC di provenienza.

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione è coadiuvato da un Direttore Amministrativo (responsabile di UOC) per l'esercizio delle funzioni di coordinamento amministrativo, per l'organizzazione delle attività amministrative tecniche ed economiche, assicurando le funzioni di segreteria, protocollo, gestione del personale, provveditorato ed economato, servizi tecnici di manutenzione e ragioneria.

Le UU.OO. territoriali, quali centri di responsabilità che erogano le prestazioni sanitarie della prevenzione su indicazioni delle su elencate UOC, si articolano in Unità operative di Prevenzione collettiva (UOPC) ed Unità operative Veterinarie (UOV).

Le articolazioni interne delle UOV e delle UOPC distrettuali rappresentano funzionalmente lo sviluppo territoriale dei Servizi Dipartimentali o incarichi di alta professionalità.

L'organigramma delle strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali è illustrato nelle tabelle allegate al presente Atto Aziendale.

7.1.10 DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Il Dipartimento di Salute Mentale è la struttura operativa dell'Azienda Sanitaria Locale preposta alla promozione ed alla tutela della Salute Mentale della popolazione e svolge attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle sofferenze mentali e psichiche, delle disabilità psicofisiche.

Esso è un Dipartimento strutturale, dotato di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità.

La struttura organizzativa aziendale (DSM) e periferica (UOSM) prevista tiene conto di quanto previsto dalla DGRC n. 7262 del 27/12/2001 concernente "Linee Guida per l'organizzazione ed il funzionamento dei Dipartimenti di Salute Mentale e dal Programma Obiettivo Regionale per la Salute Mentale in Campania" ex DGRC n. 2132 del 20/06/2003, integrato con le Linee di Indirizzo Nazionali, recepite con DGRC n. 1680/09 che, tra l'altro,

pongono particolare attenzione al sostegno abitativo, alla residenzialità e domiciliarità, al sistema informativo nazionale per la Salute Mentale, alla formazione e ricerca. E' disciplinata dalla deliberazione ASL Caserta n. 1526 del 03/12/2015 ad oggetto *"Regolamenti per l'organizzazione ed il funzionamento del Dipartimento di Salute Mentale e per l'organizzazione ed il funzionamento della S.I.R. Adozione "*. Tale regolamento sarà pubblicato sul sito aziendale.

E' costituito da strutture organizzative semplici, semplici dipartimentali e complesse, che, per omogeneità, affinità e complementarietà hanno comuni finalità.

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

La Direzione Dipartimentale coordina le Unità Operative di Salute Mentale (U.O.S.M.), strutture complesse dotate, anch'esse, nell'ambito degli indirizzi strategici della Direzione dipartimentale, di autonomia gestionale, clinica, tecnico organizzativa ed amministrativa, deputate alla diagnosi, prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie psichiatriche nell'ambito del territorio di competenza.

L'attività clinico/riabilitativa viene esercitata anche attraverso il sistema d'integrazione ospedale/territorio, quella sociale, per le quale la U.O.S.M. stringe rapporti programmati con i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, con i Coordinamenti distrettuali sociosanitari e con le Compagini Sociali e del Terzo Settore.

Al fine di garantire la tutela della Salute Mentale, il D.S.M., di concerto con le Direzioni dei Distretti e degli altri Dipartimenti territoriali ed ospedalieri, mediante le proprie articolazioni operative nella loro autonomia, assicura:

- L'accoglimento e la valutazione della domanda dell'utente e/o della famiglia;
- La presa in carico degli utenti;
- La continuità dell'assistenza in un unico programma coordinato tra le varie articolazioni del DSM;
- L'effettuazione dei Trattamenti Sanitari Obbligatori (T.S.O.) e degli Accertamenti Sanitari Obbligatori (A.S.O.), definendone i criteri e le modalità per la realizzazione;
- Gli interventi domiciliari negli ambienti di vita e di lavoro dei pazienti;
- Gli interventi per il coinvolgimento e sostegno alle famiglie;
- I piani terapeutico-riabilitativi per utenti gravi e la loro realizzazione;
- Il coordinamento con le U.O.M.I., la neuropsichiatria infantile, la geriatria, la riabilitazione, i Ser.D. e la medicina penitenziaria;
- Il rapporto con i medici di base ed i servizi del distretto sanitario;
- La collaborazione con le associazioni di volontariato, di familiari ed utenti;
- Il coordinamento con i servizi sociali delle altre Istituzioni ed utilizzo delle risorse non sanitarie del territorio da parte degli utenti;
- Le iniziative a favore dell'inserimento lavorativo degli utenti e rapporti con il privato sociale ed imprenditoriale;
- Il rapporto con le strutture accreditate con il S.S.N.;
- Lo sviluppo e la promozione delle pari opportunità per operatori e per utenti, senza discriminazioni;
- Raccolta, elaborazione e valutazione dei flussi informativi inerenti all'attività di salute mentale dei singoli bacini di utenza;

- La promozione degli opportuni controlli per la verifica della rispondenza delle strutture afferenti ai requisiti minimi di cui alla DGRC 7301/01 e s.m.i ed attiva iniziative consequenziali in caso di accertata non conformità;
- L'adozione di sistemi di monitoraggio e verifica delle modalità di erogazione dell'attività assistenziale, per l'implementazione di misure volte al miglioramento dei percorsi di qualità;
- L'organizzazione interna dell'attività libero-professionale intramoenia secondo le procedure applicate dall'Azienda..

Sono organi del Dipartimento:

- La Direzione del Dipartimento;
- Il Comitato di Dipartimento;
- L'assemblea del DSM;
- La Consulta per la Salute Mentale.

La Direzione del Dipartimento è affidata, con specifico contratto triennale, rinnovabile per una sola volta, con atto deliberativo del Direttore Generale, ad uno dei direttori delle Unità Operative complesse afferenti al Dipartimento stesso, nell'ambito di una rosa di candidati proposta dal Comitato di dipartimento. Egli risponde direttamente al Direttore Generale ed ai Direttori Sanitario ed Amministrativo dell'Azienda Sanitaria Locale per quanto di competenza.

Il Direttore del Dipartimento, nell'ambito delle attività gestionali, si avvale della collaborazione di un Ufficio di Direzione, composto dai Direttori delle UU.OO.SS.M. e dal Direttore Amministrativo.

Il Direttore del DSM rimane titolare dell'incarico e della responsabilità della UOSM di cui è titolare;

Nell'esercizio della funzione di Direttore del Dipartimento, verificati gli impegni della funzione, può indicare un Dirigente Medico tra i dirigenti di struttura semplice afferenti alla U.O.S.M., per agire in sua vece per l'ordinario, in caso di assenza e per scelte inderogabili.

Il Direttore del DSM:

- negozia annualmente, con il Direttore Generale, il budget del DSM , in funzione di quanto stabilito dal Comitato di Dipartimento;
- definisce il programma annuale coincidente con i macro-obiettivi aziendali;
- garantisce lo svolgimento di adeguate attività di prevenzione, cura e riabilitazione, curando il collegamento tra le UUOOSM
- attua le verifiche periodiche dell'operato dei Direttori UU.OO.S.M. e U.O.S.D. secondo le modalità aziendali;
- controlla l'aderenza dei comportamenti dei singoli al dettame etico-gestionale dell'Azienda e ai criteri di volta in volta stabiliti in sede di Comitato di Dipartimento;
- rappresenta il DSM nei rapporti con la Direzione Generale e gli Organismi esterni;
- cura il collegamento e l'integrazione tra le attività di salute mentale e le attività complessive dell'ASL, nonché quelle di carattere socio-assistenziale eventualmente delegate dagli Enti Locali alla ASL;
- verifica l'attuazione delle linee programmatiche adottate, redigendo e pubblicando analitica relazione consuntiva annuale;
- propone, su indicazione del Comitato di Dipartimento e concordando con le strutture ASL preposte alla formazione, le iniziative finalizzate all'aggiornamento professionale ed alla formazione permanente degli operatori, utilizzando le risorse destinate a tale scopo dalla Regione, anche in collegamento con le Università, gli Istituti ed Enti di Ricerca, ed i Ministeri competenti, nonché ogni altra Agenzia accreditata per le finalità

- di cui sopra;
- mantiene gli opportuni collegamenti con gli omologhi DSM, promuovendo protocolli operativi inter-aziendali;
 - raccoglie, elabora e valuta, in costante collegamento con le UUOOSM, ed in raccordo con gli osservatori epidemiologici Regionali e centrali, i flussi informativi inerenti l'attività di salute mentale dei singoli bacini di utenza, curando in particolare l'omogeneità delle relative procedure, e provvede alla redazione e diffusione di una apposita relazione annuale;
 - promuove ed incentiva l'attività di ricerca scientifica nel rispetto di quanto stabilito in Comitato di Dipartimento;
 - stabilisce l'ordine del giorno e il calendario degli incontri dell'Ufficio di Direzione;
 - stabilisce il calendario degli incontri del Comitato di Dipartimento (almeno 1 volta ogni 2 mesi), dell'Assemblea e della Consulta (almeno una volta l'anno per ogni organismo); convoca, inoltre, il Comitato di Dipartimento ogni volta che lo ritiene necessario per il presentarsi di problemi o di opportunità; la convocazione può essere sancita dal Direttore di Dipartimento anche su richiesta di almeno 2 membri del Comitato di Dipartimento;
 - redige, conserva e diffonde i verbali degli incontri ufficiali dei diversi organismi dipartimentali.
 - Formula proposte di assegnazione al Direttore Generale di titolarità di UU.OO.CC., Semplici Dipartimentali, Semplici, nonché incarichi di natura Professionale;
 - È componente del Collegio di Direzione aziendale

Il Direttore del D.S.M., sentito l'Ufficio di Direzione, dispone sui seguenti temi:

- distribuisce annualmente il budget assegnato dalla direzione aziendale tra le singole UU.OO.S.M. per le diverse funzioni;
- provvede alla gestione delle risorse attribuite al dipartimento, tenendo presenti le indicazioni emerse anche in sede di Comitato di Dipartimento;
- assicura il funzionamento del Dipartimento, attuando i modelli organizzativi stabiliti anche in sede di Comitato di Dipartimento;
- propone il bisogno formativo degli operatori per la parte relativa alla competenza assistenziale e la integra con le proposte emerse anche in sede di Comitato di Dipartimento;
- stabilisce procedure per le attività intra-dipartimentali ma inter UU.OO.S.M. e UU.OO.S.D, o in rapporto a strutture appartenenti ad altri dipartimenti, altri presidi o altre agenzie territoriali.

Il Comitato di Dipartimento è di nomina elettiva, ad esclusione dei membri di diritto.

Sono membri di diritto i Direttori delle Strutture Complesse ed i Responsabili di Strutture Semplici a valenza dipartimentale.

La componente elettiva è composta da un rappresentante di ciascun profilo professionale operante nelle UU.OO.S.M. e nelle U.O.S.D.

I tempi e le modalità delle elezioni sono stabiliti dal Direttore Generale, previa concertazione con le OO.SS.

Gli aspetti principali e più significativi che riguardano l'elezione della componente elettiva del Comitato di Dipartimento sono disciplinati da apposito regolamento elettorale, adottato con apposita aziendale.

Il Comitato di Dipartimento resta in carica tre anni. I componenti eletti possono essere rieletti consecutivamente una sola volta.

Il Comitato di dipartimento si riunisce di norma ogni bimestre, salvo convocazione per motivi di urgenza. Il Direttore del DSM presiede tale comitato, documenta l'attività e ne riferisce al Direttore Generale. Esso esprime parere consultivo sulle seguenti materie:

- modelli di organizzazione del dipartimento, tesi al miglioramento dell'efficienza e dell'integrazione delle attività;
- razionale utilizzazione del personale;
- gestione degli spazi, delle attrezzature, dei presidi e delle risorse economiche assegnate al dipartimento;
- gestione del budget funzionale assegnato al dipartimento;
- obiettivi da realizzare nel corso dell'anno;
- adozione di modelli per la verifica e la valutazione di qualità dell'assistenza fornita;
- piani di aggiornamento e riqualificazione del personale, attività di didattica, di ricerca scientifica e di educazione sanitaria e miglioramento continuo di qualità;
- proposte di istituzione di nuove strutture e/o di gruppi operativi interdipartimentali;
- schemi di deliberazioni da sottoporre al Direttore Generale.

Il Direttore D.S.M. ha l'obbligo di provvedere, a mezzo di un dipendente nominato Segretario, alla verbalizzazione delle udienze.

Le deliberazioni, non vincolanti, del Comitato di Dipartimento, inerenti gli argomenti qui di seguito riportati, verranno partecipate alla Direzione Aziendale:

- programmi annuali e pluriennali su tutte le materie delegate al Direttore del dipartimento dal Direttore Generale;
- bilanci annuali e pluriennali e relative variazioni;
- proposta di dotazione organica, carichi di lavoro e relative variazioni;
- istituzione, compiti e funzionamento degli organismi e strutture di decentramento e partecipazione dipartimentali;
- regolamento interno operativo;
- nomina, designazione e revoca dei propri rappresentanti richiesti dall'Azienda.

L'Assemblea del Dipartimento è costituita da tutti gli Operatori della Salute Mentale.

Almeno una volta l'anno il Direttore di Dipartimento indice l'Assemblea di Dipartimento. A tal fine convoca l'Assemblea per la presentazione degli obiettivi e del documento di budget, per la verifica dei risultati raggiunti e per la raccolta di valutazioni, suggerimenti e proposte, che vengono verbalizzate e trasmesse al Direttore Generale ed al Direttore Sanitario.

L'Assemblea si riunisce, in sessione elettorale, per gli adempimenti relativi all'elezione del Comitato di Dipartimento.

Il dipartimento si articola in:

1. Strutture Complesse,
2. Strutture Semplici Dipartimentali,
3. Strutture Semplici;
4. Articolazioni funzionali.

Il DSM assicura l'espletamento di tutte le attività previste dalla norma e garantisce i livelli uniformi di assistenza tramite le Unità Operative di Salute Mentale (UOSM).

Le UU.OO. SM sono Strutture Complesse con competenza distrettuale e/o pluridistrettuali. Attuano gli indirizzi operativi adottati dal Dipartimento, mantenendo autonomia tecnica,

operativa e gestionale e costituiscono centro di costo.

La direzione della UOSM, ai sensi dell'art. 15 del D.P.R. 30/12/92 n°502, art.16 del D.P.R. 7/12/93 n. 517 , e dell'art.12 del Decreto Legislativo 229/99 , è conferita dal Direttore Generale ad un Dirigente Medico, secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

Il Direttore della UOSM assicura l'integrazione funzionale tra gli operatori, le strutture ed i servizi, al fine di garantire la continuità terapeutica e l'unitarietà degli interventi integrati multidisciplinari, di prevenzione, cura e riabilitazione, ed ha autonomia tecnico-gestionale.

La UOSM deve disporre di tutte le risorse di personale e strutture.

Le UU.OO.S.M. devono favorire attivamente la costituzione di associazioni di utenti, finalizzate all'elevazione della loro contrattualità sociale complessiva, ed alla formalizzazione dei rapporti tra DSM ed Associazioni.

La UOSM coordina e garantisce l'assistenza psichiatrica, curando la integrazione tra gli ambiti ospedalieri e quelli territoriali, anche mediante specifici protocolli di intesa in ordine agli aspetti logistico- organizzativi, fermo restando che il SPDC ed il personale afferiscono a tutti gli effetti al DSM e quindi all'Azienda.

La UOSM partecipa a tutte le attività distrettuali ed interdistrettuali che si configurano contigue con la tutela della salute mentale, attivando forme di integrazione con le altre U.O.

Vengono istituite le seguenti Strutture complesse di Salute Mentale (UOSM) con competenza distrettuale o pluridistrettuale:

- UOSM Caserta
- UOSM Marcianise
- UOSM Piedimonte
- UOSM Sessa Aurunca
- UOSM Mondragone
- UOSM Aversa
- UOSM Villa di Briano
- UOSM Capua

La UOSM esplica le seguenti funzioni:

1. Analisi della domanda.
2. Interventi sulle situazioni di crisi.
2. Assistenza ambulatoriale.
3. Assistenza domiciliare
4. Filtro della domanda di ricovero e controllo delle degenze in corso.
5. Accertamento Sanitario Obbligatorio e Trattamento Sanitario Obbligatorio.
6. Rapporti terapeutici con nuclei familiari e gruppi.
7. Informazione ed educazione sanitaria.
8. Interventi di abilitazione e prevenzione.
9. Programmi terapeutico - riabilitativi individualizzati/Budget di Salute
10. Raccolta, elaborazione e valutazione dei flussi informativi.
11. Attività di coordinamento
12. Rapporti con gli utenti di pertinenza territoriale sottoposti a misura di sicurezza psichiatrica.
13. Rapporti con gli utenti di pertinenza territoriale detenuti od internati in strutture penitenziarie non psichiatriche.
14. Consulenza e collegamento ai presidi ospedalieri e ai medici di base.

Le UUOOSM partecipano a tutte le attività distrettuali ed interdistrettuali che si configurano contigue con la tutela della salute mentale, attivando forme di integrazione con le altre UUOO, ed in particolare con quelle di:

- assistenza sanitaria di base;
- assistenza agli anziani;
- materno- infantile;
- tossicodipendenza (SERD);
- prevenzione nei luoghi di lavoro;
- medicina legale ed invalidi civili;
- assistenza riabilitativa;
- relazioni con il pubblico ed integrazione sociale;
- prevenzione collettiva.

Nell'adempimento del Piano adottato dal DSM, la UOSM svolge in maniera integrata tutti i compiti di cui agli articoli dell'allegato Regolamento, mediante articolazioni organizzative per le quali possono essere previsti specifici incarichi dirigenziali.

Vengono istituite altresì sei strutture semplici dipartimentali con competenza distrettuale o pluridistrettuale:

- UOSD SPDC di Aversa
- UOSD SPDC di Caserta
- UOSD SPDC di Sessa Aurunca
- UOSD Disturbi del Comportamento alimentare.
- UOSD Coordinamento SSIIRR (Marzanello, Caserta e Piedimonte Matese)
- UOSD Psicologia Clinica

Per le caratteristiche del Centro di Salute Mentale (CSM), del Centro Diurno (CD), delle Strutture Residenziali (SR) e del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) si rinvia al relativo Regolamento.

Ogni singola UOSM attiva al suo interno, con incarichi professionali, le seguenti articolazioni organizzative, in una rete integrata di servizi territoriali:

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

Il Centro di Salute Mentale è la sede delle attività territoriali. Esso funziona in tutte le sue articolazioni per almeno 12 ore consecutive in tutti i giorni feriali.

b. Il Day Hospital (D.H.)

Il Day Hospital è una modalità assistenziale semi-residenziale dell'UOSM in cui sono effettuati specifici programmi terapeutici e riabilitativi ed attività diagnostiche. Può essere allocato sia in Ospedale sede di SPDC, in stretto collegamento con esso, sia nel territorio in collegamento con il CSM. In quest'ultimo caso deve essere garantito anche il collegamento funzionale con una struttura ospedaliera per tutte le attività di supporto al ricovero.

Le esigenze epidemiologiche ed assistenziali dei singoli territori interdistrettuali, con atto del Direttore di Dipartimento, convalidato dalle Direzioni Generale e Sanitaria aziendale, possono far prevedere l'istituzione di Centri h24,(Day/Night Hospital) presso una struttura indicata dal DSM, idonea a consentire ospitalità in osservazione breve, per l'accoglienza in loco del paziente onde evitare lunghi e diseconomici trasferimenti fuori ASL e garantire la continuità terapeutica;

c. Il Centro Diurno (C.D.)

L'UOSM assicura funzioni volte alla riabilitazione psico-sociale. A tal fine predispone distinti progetti secondo la tipologia dei bisogni dei singoli utenti. Tali progetti sono attivati sia in sede sia all'esterno. Il Centro Diurno (CD), ubicato in idonei locali, svolge le sue funzioni, di norma, per almeno 8 ore, durante tutti i giorni feriali dell'anno solare. Tali funzioni possono essere svolte anche in giornate festive per specifici programmi.

d. Le Strutture Residenziali (S.R.)

Ogni UOSM può disporre di soluzioni abitative (comunità o Casa Alloggio, Gruppi di civile convivenza), al fine di attuare l'intervento terapeutico e riabilitativo di salute mentale nelle sue varie graduazioni ed articolazioni, da periodico a continuativo, con forme di protezione differenziate e flessibili (24 ore, 12 ore, per fasce orarie), in rapporto alle condizioni di salute degli utenti e secondo piani personalizzati d'intervento.

Le modalità di organizzazione, funzionamento ed inserimento degli ospiti nelle strutture residenziali sono definite in uno specifico regolamento del DSM aziendale.

Sono articolazione delle U.O.S.M. competenti per territorio le tre Strutture Intermedie Residenziali (S.I.R.) situate nei Comuni di Vairano Patenora (Frazione di Marzanello), Caserta e Piedimonte Matese.

La Struttura Intermedia Residenziale (SIR) è una struttura extraospedaliera di natura sanitaria, nella quale vengono attuati interventi terapeutici e riabilitativi multidisciplinari in favore di utenti di esclusiva competenza psichiatrica secondo piani personalizzati d'intervento.

La SIR soddisfa i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dal DGRC n. 7301 del 31/12/2001 e può erogare prestazioni terapeutico riabilitative secondo due tipologie di intervento:

1. Prestazioni Terapeutiche Riabilitative nella fase Intensiva, per soggetti anche nella fase di post-acuzie che necessitano di interventi di riabilitazione intensiva, ad alta intensità assistenziale, e l'attuazione di programmi di reinserimento sociale della durata massima di 18 mesi, salvo proroga motivata dall'équipe curante per un periodo massimo di 6 mesi, sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale sanitario nelle 24h
2. Prestazioni Terapeutiche Riabilitative nella fase Estensiva per soggetti anche nella fase di post-acuzie, con problematiche psichiatriche in fase di stabilizzazione, che necessitano di assistenza per i quali non è ipotizzabile un trattamento intensivo sotto il profilo riabilitativo ma che necessitano di media intensità assistenziale e di riabilitazione di tipo estensivo della durata massima di 36 mesi, salvo proroga motivata dall'équipe curante per un ulteriore periodo massimo di 12 mesi, erogati nell'ambito di strutture che garantiscano la presenza del personale sanitario per almeno 12 ore.

Le caratteristiche strutturali/organizzative/funzionali che le due tipologie di strutture devono possedere, le relative norme di riferimento per l'autorizzazione e l'accreditamento, le attività di programmazione e accesso per tali strutture, i profili professionali garantiti per ciascuna struttura e relativi turni di presenza, le relative tariffe giornaliere e le quote di costo a carico dell'Azienda Sanitaria Locale per ciascuna struttura devono rispondere pienamente alle disposizioni normative del Decreto n. 05 del 10/01/2011 del Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro.

Al fine di prevenire ogni forma di isolamento delle persone che vi sono ospitate e di favorire lo scambio sociale, tali strutture vanno collocate in località urbanizzate facilmente accessibili e devono prevedere il collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale.

L'obiettivo è quello di sostenere ed accompagnare gli utenti nella riappropriazione della propria dignità e della propria autonomia, realizzando percorsi terapeutici finalizzati alla dimissione e al rientro nella società. Pertanto le SIR non costituiscono una soluzione abitativa permanente, si pongono altresì come momento di passaggio per il rientro nella comunità.

Gli interventi terapeutici riabilitativi personalizzati sono attuati da un'equipe multiprofessionale, costituita da diverse figure professionali (medico specialista psichiatra, psicologi/psicoterapeuti, infermieri educatori e/o tecnici della R.P.e/o terapisti occupazionali, assistenti sociali, operatori socio-sanitari).

L'accesso alle SIR avviene attraverso proposta della UOSM di appartenenza dell'utente mediante l'elaborazione di un Piano Riabilitativo Personalizzato (PRP).

Caratteristiche Strutturali - Organizzative e Funzionali della SIR

La Struttura Residenziale Psichiatrica esplica le funzioni **Terapeutiche Riabilitative e Socio Riabilitative** per utenti di esclusiva competenza psichiatrica per il trattamento di situazioni post-acuzie, ivi comprese fasi di assistenza protratta successive al ricovero ospedaliero, per l'attuazione di Programmi Terapeutico-Riabilitativi Personalizzati di Medio/Lungo periodo.

La SIR prevede un numero massimo di 20 posti letto, pertanto è sottoposta ai requisiti strutturali di cui al DPCM 22/12/1989, Allegato A, limitatamente ai criteri 5,7 e 9 (punti A e B); punto f (in relazione alle dimensioni della struttura) e 10.

Allo scopo di fronteggiare eventuali emergenze, dovranno essere presenti attrezzature di pronto soccorso per l'assistenza cardio-respiratoria e farmaci di emergenza. Il personale assicura un'assistenza per 24 ore/die.

L'accesso e la dimissione dei pazienti avvengono attraverso un Piano Riabilitativo Personalizzato elaborato dagli operatori del DSM in accordo con il paziente ed eventuali persone di riferimento.

Procedura di valutazione della domanda e accoglienza utente

Il percorso della presa in carico è indicato per gli utenti affetti da disturbi psichici gravi e portatori di bisogni «complessi». L'identificazione di tali utenti avviene attraverso una valutazione multidimensionale che considera le diverse aree concorrenti a definire il «profilo di salute» dei pazienti:

- 1) diagnosi elettive (disturbi psicotici, gravi disturbi affettivi, gravi disturbi di personalità)
- 2) gravità clinica
- 3) funzionamento sociale
- 4) caratteristiche della rete familiare e psicosociale
- 5) precedenti trattamenti psichiatrici e psicologici

Pertanto l'ingresso nella SIR è consentito ad utenti con disabilità psichiatrica grave, modificabile attraverso idonei interventi terapeutici riabilitativi.

Vigilanza e controllo

Le funzioni di vigilanza e controllo della SIR sono esercitate direttamente dal Responsabile S.I.R. con la supervisione del Responsabile U.O.S.M., che riferisce al Direttore del D.S.M. (Datore di Lavoro) per gli eventuali adempimenti. Nello specifico le funzioni svolte sono le seguenti riguardano la verifica e controllo dei requisiti strutturali, impiantistici, abitativi, gestionali e organizzativi, previsti, per ciascuna tipologia di struttura, dalle norme nazionali e regionali.

IL SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA (S.P.D.C.)

I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.), rappresentano un'articolazione imprescindibile del modello organizzativo dipartimentale.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura è una struttura semplice, a valenza dipartimentale. Provvede agli accertamenti e trattamenti sanitari volontari ed obbligatori in condizione di degenza ospedaliera nei confronti delle persone con malattie mentali.

Il SPDC garantisce la copertura del turno di guardia medica 24 ore al giorno.

Concorda con le UU.OO.SS.MM. del DSM aziendale specifici protocolli di collaborazione, il programma terapeutico, nonché modalità e tempi delle dimissioni dei pazienti afferenti a ciascuna delle UUOOSM.

L'attività in ciascun SPDC è garantita da un'équipe multidisciplinare.

Negli SPDC deve essere garantita la presenza di personale oltre che medico ed infermieristico, anche gli altri profili professionali previsti (psicologo, assistente sociale, tecnico della riabilitazione psicosociale, animatore di comunità, etc.).

Il SPDC si colloca per le sue funzioni sempre all'interno del Dipartimento di Salute Mentale, di cui condivide e segue i progetti assistenziali coerenti con gli obiettivi di tutela di salute mentale programmati dal DSM. Ciò soddisfa l'interazione e la cooperazione ospedale-territorio, a salvaguardia della continuità terapeutica e dell'espletamento del progetto terapeutico integrato individuale.

Se il SPDC ha sede in A.O., la sua gestione resta sempre all'interno del DSM.

L'Ufficio di direzione provvederà a specifica regolamentazione, anche in ordine alla dotazione organica.

COORDINATORE INFERMIERISTICO

Al fine di dare maggiore impulso alle attività infermieristiche, è previsto un Coordinamento od una Posizione Organizzativa in staff del Direttore del Dipartimento, alla quale afferisce la gestione complessiva delle attività infermieristiche dipartimentali e, quindi, ha la responsabilità del coordinamento della gestione infermieristica complessiva del Dipartimento

CONSULTA PER LA SALUTE MENTALE

Al fine di garantire la partecipazione degli Organismi, pubblici e privati, interagenti con i temi della salute mentale, è costituita la Consulta per la Salute Mentale.

Essa viene convocata dal Direttore del DSM almeno una volta all'anno, con ordine del giorno concordato.

L'attività di tale organismo è tesa a:

- sostenere la cooperazione, il mutuo auto-aiuto e l'associazionismo delle famiglie degli utenti;
- valorizzare il loro ruolo attivo nella formazione di proposte e di progetti.

Tali finalità potranno essere raggiunti tramite il diretto coinvolgimento nell'ambito delle

organizzazioni dei servizi favorendo il protagonismo degli utenti.

La consulta è costituita da:

- A. Associazioni dei Familiari;
- B. Coordinatore Sociosanitario o suo delegato;
- C. Organismi di solidarietà sociale;
- D. Servizi sociali degli Ambiti Territoriali;
- E. Associazioni, istituzioni e Cooperative che operano nel no profit;
- F. Associazioni culturali no profit attive nell'ambito della salute mentale.

La Consulta è costituita dal Direttore del Dipartimento che la presiede, dai Direttori delle U.O.O.S.M. e dai Rappresentanti delle istituzioni di cui al punto precedente. I rapporti in ambito dello stesso organismo sono disciplinati da apposito Regolamento.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO DEL D.S.M.

Le funzioni amministrative e contabili del D.S.M. sono assicurate da una struttura organizzativa, al cui vertice è posto un Direttore Amministrativo, nominato dal Direttore Generale, con atto deliberativo e contratto, tra i Dirigenti Amministrativi in possesso dei requisiti ex lege per assumere la titolarità di una unità operativa complessa.

Nell'ambito della Direzione Amministrativa sono assicurate le funzioni di raccordo operativo delle strutture territoriali di salute mentale con la Direzione strategica ed i servizi centrali. Ad essa confluiscono le determinazioni dirigenziali delle UU.OO.SS.MM., che vengono inoltrate per la numerazione al competente ufficio direzionale, previa apposizione delle segnature informatiche denominata siscom propost.

Il Direttore Amministrativo assolve, in particolare, le seguenti funzioni:

- a) gestisce il fondo economico di Dipartimento tramite un funzionario denominato Economo delegato;
- b) governa l'espletamento di procedure negoziate, nei limiti economici di competenza dei Dirigenti di strutture dipartimentali, per la fornitura urgente di beni, servizi e lavori di piccola entità, non appaltati dai competenti Servizi centrali Provveditorato e Tecnico, a mezzo utilizzo del budget ex D.Lgs. n. 81/2008 e s.m.i. o di budgets di volta in volta attribuiti dai competenti servizi centrali ovvero negli ambiti delle risorse assegnate al D.S.M. con fondi nazionali e/o regionali vincolati;
- c) monitora le risorse economiche connesse a finanziamenti finalizzati, nazionali e/o regionali, previa individuazione dei bisogni a cura del Direttore del D.S.M., secondo un protocollo procedurale che contempli precisi criteri di assegnazione dal Direttore del D.S.M. alle strutture territoriali afferenti e verifica delle relative rendicontazioni;
- d) formula pareri e consulenze nelle materie di competenza;
- e) fermo restando quanto previsto in tema di riconducibilità al Direttore del D.S.M. della gestione del personale, cura gli adempimenti amministrativi inerenti allo stato giuridico, al trattamento economico, alle modalità di rilevazione assenze/presenze del personale per la parte non espletata e /o non espletabile direttamente dalle unità operative territoriali; detta disposizioni per l'uniforme applicazione degli istituti contrattuali e dei benefici di legge al personale dipendente;
- f) esercita l'azione disciplinare nei confronti del personale amministrativo del comparto alle dirette dipendenze, ai sensi dell'art. 55 bis del D.Lgs. n.165/2001, nei casi previsti dal vigente C.C.N.L. e secondo le modalità procedurali del Regolamento aziendale varato in materia;
- g) coadiuva il Direttore del D.S.M. nel processo di budgeting.

In via complementare ed accessoria, può essere attivato, nell'ambito del Dipartimento, un "Ufficio Tutela" in stretto collegamento con le UU.OO.SS.MM., per le attività relative ai rispettivi programmi individuali avviati con i Giudici Tutelari.

FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO

La formazione continua dovrà rispettare le esigenze rilevate dal lavoro quotidiano di cura coniugandole con le esigenze formative previste dall'OMS.

Ferma restando la possibilità di una proposta formativa anche di nozioni di base propria dell'ambito psichiatrico, elemento centrale e caratterizzante di un programma di formazione è il suo legame con l'operatività del servizio (es.: discussione con finalità didattica di situazioni di lavoro) e con la ricerca e la sperimentazione di nuove possibilità e assetti organizzativi dei servizi.

La formazione sul campo nasce dalla gamma di situazioni variegata fornita dal lavoro stesso nei servizi; queste possono diventare fattori di crescita per gli operatori se suffragate da una griglia di lettura che consenta una comprensione degli avvenimenti in atto.

Più concretamente il Direttore di DSM al fine di garantire la necessaria continuità dell'istituto formativo, proporrà agli organi del dipartimento e al DG un piano triennale di formazione ed aggiornamento del personale in tutte le sue articolazioni professionali, secondo le esigenze formative specifiche delle singole UOSM.

Individuerà, inoltre, tempi e modi della formazione per gli operatori delle altre discipline in tema di psichiatria alla quale sarà dedicato un numero congruo di ore.

Sarà individuato un referente che opererà in collegamento con l'ufficio formazione aziendale ed in sintonia con le disposizioni ministeriali per i crediti formativi.

Il referente della formazione potrà avvalersi della collaborazione di un nucleo di operatori dell'area sanitaria e tecnica in stretto collegamento con i responsabili delle UOSM per la rilevazione di specifici bisogni formativi. Il piano dovrà favorire capacità di lavoro in equipe, nonché la implementazione delle motivazioni e delle culture pratiche e teoriche dei servizi, in una prospettiva ampia, aperta al collettivo ed al sociale.

Il DSM garantisce corsi di formazione in tema di salute mentale al personale addetto all'emergenza.

La formazione va collegata con la ricerca e la sperimentazione innovativa sia in termini organizzativi che tecnologici, prevedendo nel piano triennale specifici programmi di ricerca e sperimentazione.

I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (DCA)

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) rappresentano un rilevante problema di sanità pubblica anche in termini di costi sia sociali che economici che ne derivano. Per tale motivo è prevista una UOSD Disturbi del Comportamento alimentare.

Poiché è strategico pervenire ad una diagnosi precoce per stabilire gli opportuni interventi sul contesto sociale e familiare oltre che un'adeguata terapia integrata psichiatrica – psicologica – nutrizionale, è previsto l'inserimento della tematica nelle attività di educazione alla salute indirizzate alla popolazione scolastica.

Considerato che le attività residenziali sono già disciplinate dal DCA n. 19/2016 e dal DCA n. 99/2016 le risorse aziendali, potenziate dai fondi vincolati, saranno rivolte alla costituzione di una rete aziendale, che adotti l'approccio integrato multi - professionale e multidisciplinare sia sulla persona malata che sul suo contesto familiare e che intervenga nella prevenzione, nella individuazione dei soggetti a rischio, nella diagnosi precoce, nel trattamento delle fasi acute e nella riabilitazione a lungo termine.

Nell'ambito delle competenze della UOSD dei DCA sono i rapporti con la Neuropsichiatria Infantile, le UOSM, i MMG/PLS, la collaborazione con le istituzioni scolastiche (anche per il tramite della UOS Educazione alla Salute del Dipartimento della Prevenzione) e con gli Ambiti Territoriali. Per la realizzazione di una attività estesa a tutta l'utenza dell'Azienda, sono previsti due ambulatori ed un Centro Semiresidenziale per i DCA.

Le attività ambulatoriali, in considerazione della distribuzione territoriale, saranno sviluppate su due poli, e precisamente l'ambulatorio del DS 13 di Maddaloni, che ha funzioni di Centro Coordinatore e l'ambulatorio del DS 17 di Aversa.

Le strutture ambulatoriali sono dedicate a tutti gli utenti che hanno necessità di ricevere una prima diagnosi, in particolare gli adolescenti di ambo i sessi con difficoltà manifesta di rapporto con il cibo, ed a tutti coloro che hanno già ricevuto una diagnosi di Disturbo del Comportamento Alimentare.

Il Centro Semiresidenziale potrà essere attivato anche di concerto con strutture private in possesso delle autorizzazioni previste dalla DGRC 7301/2001.

E' previsto anche il coinvolgimento, nei diversi setting interventistici, delle associazioni di volontariato che operano in questo settore.

L'obiettivo della UOSD per i DCA è la realizzazione di una rete di assistenza che persegue le seguenti finalità:

- evitare il ricovero presso strutture fuori regione
- realizzare una rete regionale integrata di servizi per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione dei DCA
- assicurare la presa in carico precoce dei pazienti
- sostenere il lavoro in team e l'audit sui singoli casi
- favorire la permanenza dei pazienti in luoghi di cura ed assistenza fase specifici
- prossimi al proprio contesto di vita e alla propria famiglia
- adottare strategie unitarie di intervento per la fascia di età adolescenziale
- perseguire l'integrazione funzionale ed operativa ed un uso razionale delle risorse
- prevenire l'insorgenza di complicanze organiche e la cronicizzazione dei disturbi.

7.1.10 DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

L'organizzazione del Dipartimento Dipendenze, come previsto dall'articolo 17 bis del D.L.vo 502/92, integrato e modificato dal D.L.vo 229/99, e così come previsto dalle Linee Guida Regionali emanate con Decreto n° 18 del 18.02.2013, è ricondotta al modello ordinario di gestione operativa.

Il Dipartimento nasce come risposta alla complessità dell'Azienda e considera: la sua estensione territoriale e le caratteristiche geomorfologiche del territorio della Provincia di Caserta, il numero delle UU.OO. presenti e gli obiettivi che queste ultime mirano a conseguire.

Il Dipartimento Dipendenze, di tipo strutturale, rappresenta un'aggregazione organizzativa

e funzionale e assume la connotazione di soggetto negoziale nei rapporti con l'Azienda e con altre agenzie insistenti sul territorio. Esso è dotato di autonomia gestionale ed è soggetto a rendicontazione analitica. Tutte le Unità Operative sono dotate di un centro responsabilità e di costo. Le strutture afferenti al Dipartimento mantengono la propria autonomia e responsabilità nell'ambito di un modello gestionale ed organizzativo comune volto a fornire una risposta unitaria, efficiente e completa alle richieste di prestazioni dei cittadini con problematiche di dipendenza.

Obiettivo del Dipartimento è la diagnosi, la cura e la riabilitazione a favore di soggetti con DUS (Disturbo da uso di sostanze) e con dipendenze comportamentali residenti nella provincia di Caserta, compresa la popolazione presente nei 4 istituti penitenziari ricadenti nel territorio.

Il Dipartimento delle Dipendenze si rivolge non più solo a tutte le persone con problemi di tossicodipendenza, alcolodipendenza e/o farmacodipendenza, ma anche a tutte quelle dipendenze senza sostanze, le dipendenze di tipo comportamentale, quali il gioco d'azzardo patologico, internet addiction, shopping compulsivo, ecc.. Infatti, con la Legge 79/2014, di modifica di alcuni articoli del D.P.R. 309/90, Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, disciplina il cambio di denominazione da Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T.) a Servizi per le Dipendenze (Ser.D.).

L'attuale visione dei servizi ha imposto conseguentemente una riorganizzazione dell'offerta del SSN capace di dare risposte adeguate a bisogni sempre più complessi e articolati. Ovvero, potenziare la gamma di offerte del Servizio pubblico attraverso interventi capaci di leggere gli aspetti multidimensionali del bisogno, di pensare a percorsi terapeutici integrati in raccordo sia intraziendale, sia con le realtà del territorio: realizzando una rete, disciplinata da protocolli di presa in carico globale.

Attualmente, nell'Azienda, il problema è affrontato nei SER.D. e nelle UOS e nelle UOSD dedicate in un raccordo sinergico tale da offrire la più ampia possibilità ai cittadini di ricorrere ai servizi per una prima presa in carico e/o un intervento più strutturato. L'Azienda ha istituito una UOS dedicata all'Alcologia e una UOSD delle Dipendenze Comportamentali, che si pone come obbiettivo l'implementazione delle azioni previste attraverso l'istituzione sul territorio di Punti GAP presso i Ser.D. la cui presenza consentirà di raggiungere una capillarizzazione sull'intero ambito aziendale. La UOSD delle Dipendenze Comportamentali rappresenta anche l'Osservatorio aziendale sui disturbi da dipendenza comportamentale patologica, con funzione di raccordo con l'Osservatorio regionale.

Presso il Dipartimento delle Dipendenze dell'Azienda è operativo un Servizio di Prevenzione sulle Dipendenze e Promozione della Salute orientato alla realizzazione e al potenziamento degli interventi sul territorio verso la popolazione a rischio. Target del Servizio è la popolazione scolastica e giovanile under 30, verso la quale pianifica interventi omogenei di educazione alla salute, campagne di informazione mirate agli stili di vita, di consumo e di comportamento consapevole, per promuovere, in sintesi, la crescita culturale della popolazione verso le dipendenze.

Motivi ispiratori del modello organizzativo-funzionale del dipartimento sono: la partecipazione attiva dell'utente al processo di cura, la visione integrale della persona nella sua unità bio-psico-sociale, la conseguente revisione del concetto di doppia diagnosi con tutto quello che ne discende sul piano della teoria e della prassi e la riabilitazione psico-sociale, come necessario complemento che dà senso all'intero percorso del trattamento. In tal modo il cittadino con problematiche di dipendenza che si riappropria della sua interezza

ed integrità, non solo come corpo o come mente sofferente, diviene il soggetto protagonista attivo del suo percorso terapeutico-riabilitativo individualizzato.

Il Dipartimento delle Dipendenze costituisce il sistema integrato di relazioni interdisciplinari, di strutture, di presidi, di operatori e di referenti territoriali e sociali che, nell'ambito della ASL, programma, promuove, attua, coordina e verifica le attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale degli utenti e di formazione degli operatori, necessarie per assicurare una efficace e sostanziale tutela della salute della popolazione, anche mediante l'integrazione socio-sanitaria.

Il Dipartimento muove dalla vigente normativa per definire protocolli diagnostico-terapeutici e linee guida, di valutazione e di monitoraggio delle attività aziendali, non limitandosi alla specifica area di intervento. Esso tutela l'interesse di salute individuale e sociale e garantisce l'accessibilità ad una offerta appropriata; sovrintende all'azione territoriale preventiva, terapeutica e riabilitativa e favorisce la conoscenza dei fenomeni di consumo, abuso e dipendenza. Supporta la rete territoriale specifica (Enti Accreditati e servizi territoriali).

Il Dipartimento punta al coinvolgimento dell'utente e della sua famiglia nel trattamento attraverso una proposta, adeguata e possibile, di un programma integrato medico-psicologico-sociale.

La visione prevalente si identifica con l'approccio bio-psico-sociale: l'attenzione e la cura sono rivolte alla persona globalmente intesa. La persona è posta al centro dell'interesse dei servizi quale soggetto portatore di bisogni, nel rispetto dei principi di Uguaglianza, Imparzialità, Continuità, Diritto di scelta, Informazione e Partecipazione, Tutela, Efficacia, Efficienza.

Aree di intervento

Il Dipartimento interviene su:

- Area della Prevenzione e Promozione della Salute
- Area Clinica
- Area della Riabilitazione

Area della Prevenzione e Promozione della Salute

Tra le priorità di intervento, particolare attenzione è rivolta alla prevenzione primaria, all'uso delle sostanze ed alla promozione di stili di vita sani. Ambiti d'intervento prevalenti sono quelli scolastico e i luoghi di aggregazione formali ed informali del tempo libero. I progetti di prevenzione e di promozione della salute sono rivolti a tutte le fasce di popolazione tramite la scuola (dalle elementari alle scuole medie superiori) e tutte le altre forme di aggregazione presenti nella comunità locale (Associazioni sportive, culturali, di volontariato, parrocchie, etc...). Le tematiche affrontate sono quelle relative alle forme di contrasto all'uso di droga, alcol e tabacco ed agli stili di vita a rischio ed al gioco d'azzardo e alle altre dipendenze comportamentali.

I Servizi con i quali vengono stabiliti i rapporti di collaborazione e progettazione sono: il Dipartimento della Prevenzione (UOSD Educazione alla Salute), il Dipartimento della Salute Mentale, il Coordinamento Sociosanitario ed i Distretti Sanitari. I progetti possono essere elaborati sia all'interno della normale programmazione di Servizio, sia come adesione a progetti regionali o nazionali. Le procedure per avviare e realizzare i progetti di prevenzione sono diverse a seconda dei destinatari e delle finalità.

I progetti rivolti alla popolazione scolastica vengono offerti a tutte le scuole ad inizio anno scolastico, attraverso incontro di presentazione delle proposte progettuali.

Successivamente le scuole interessate inviano una richiesta di adesione scritta al dipartimento. Al ricevimento della richiesta di adesione, gli operatori referenti per l'attività avviano il contatto diretto con i Dirigenti Scolastici e con gli Insegnanti Referenti fino allo svolgimento ed alla verifica dell'attività stessa.

Le metodologie utilizzate possono essere di tipologia diversa a seconda del target di riferimento, della fase o del tipo di progetto.

La finalità della prevenzione è favorire l'incremento delle abilità sociali più protettive, una maggiore capacità di riflessione critica, lo sviluppo delle conoscenze, il confronto tra pari.

Area Clinica

Le persone si rivolgono ai servizi del Dipartimento delle Dipendenze per ricevere sia informazioni che trattamenti terapeutici, in merito alle problematiche relative alle dipendenze.

Il percorso clinico prevede: fase di accoglienza, fase diagnostica, proposta terapeutica e trattamento. Medico, psicologo, assistente sociale, educatore, infermiere professionale concorrono assieme alla formulazione di un programma terapeutico personalizzato rispetto alle esigenze cliniche di ciascuna persona e della sua famiglia. Le scelte cliniche si ispirano alla letteratura scientifica più accreditata in materia di interventi e qualità delle cure nonché all'esperienza clinica maturata.

La fase di accoglienza comprende il primo contatto con la persona e/o i suoi familiari, l'accoglimento e l'ascolto della domanda, la definizione delle possibili risposte terapeutico-riabilitative.

La fase diagnostica si articola in valutazione medico-tossicologica valutazione psicologica e valutazione sociale. Gli strumenti utilizzati per la valutazione medico-tossicologica sono il colloquio clinico, l'esame obiettivo, la raccolta ed il prelievo di campioni biologici (sangue, urine) sui quali effettuare la ricerca tossicologica delle principali sostanze psicotrope (stupefacenti, psicofarmaci, alcool) ed accertare eventuali compromissioni organiche. La valutazione psicologica consiste in un processo di conoscenza ed approfondimento delle caratteristiche del funzionamento psichico del paziente e delle relazioni familiari tramite colloquio clinico e somministrazione di test psicologici per uso di sostanze e per altri comportamenti additivi. La valutazione dell'assetto sociale consiste nell'analisi delle caratteristiche e delle risorse del paziente dal punto di vista del suo adattamento e delle sue competenze sociali.

La proposta terapeutica discende dall'integrazione dei diversi aspetti valutativi ed è adattata alle caratteristiche, alle risorse ed alla motivazione della persona e della sua famiglia.

Il trattamento può comprendere interventi farmacologici, psicologici e sociali che possono coinvolgere sia il paziente che i suoi familiari in fasi diverse del processo di cura nonché l'inserimento in Comunità Terapeutiche.

Sono inoltre previsti percorsi clinici specialistici in rapporto a: percorsi terapeutici di doppia diagnosi realizzati mediante una collaborazione tra Dipartimento Dipendenze e Dipartimento di Salute Mentale regolamentata da protocollo d'intesa; percorsi di

accoglienza e terapeutici per i soggetti segnalati dalla Prefettura (artt. 75 e 121 D.P.R. n.309/90); percorsi terapeutici all'interno delle misure alternative alla detenzione (artt. 90 e 94 D.P.R. n.309/90).

Area della Riabilitazione

Uno dei momenti più delicati del percorso terapeutico della persona con disturbo da uso di sostanze e/o con dipendenze comportamentali è indubbiamente rappresentato dal reinserimento sociale e/o dal mantenimento dello stesso qualora non sia stato ancora deteriorato. La riabilitazione è un processo trasversale e complesso che coinvolge l'equipe multiprofessionale nella sua operatività fin dal primo contatto con la persona e la sua famiglia. La persona che si rivolge al Servizio viene coinvolta attivamente in un processo che tende a raggiungere un livello di benessere più elevato attraverso una costante attenzione agli aspetti positivi ed alle potenzialità della stessa e della sua famiglia, ponendo quindi al centro dell'intervento la persona intesa nella sua globalità.

Le attività riabilitative vengono espletate mediante la realizzazione di progetti personalizzati e comprendono: programmi ambulatoriali, programmi in Comunità Terapeutiche e programmi in due Centri Diurni (Centro Diurno sulle dipendenze da nuove sostanze e Centro Diurno sulle dipendenze comportamentali) di prossima istituzione

I programmi ambulatoriali consistono in interventi multiprofessionali che offrono una varietà di prestazioni differenziate. L'intervento riabilitativo sarà determinato dalla integrazione degli interventi terapeutici di area medica, area psicologica, area sociale, area infermieristica e area educativa che potranno variare in base alle caratteristiche della storia individuale. Di conseguenza, nel corso del programma potranno prevalere o coesistere una o più aree di intervento.

I programmi nelle Comunità Terapeutiche vengono attuati in collaborazione con i servizi del Dipartimento e si differenziano per tipologia di intervento con l'obiettivo di recuperare, attraverso attività residenziali o semiresidenziali, le competenze sociali e relazionali della persona. Generalmente, le fasi operative del percorso comunitario sono rappresentate da: accoglienza, residenza e reinserimento. Rispetto ai programmi svolti dagli utenti inseriti in Comunità Terapeutica, il dipartimento, attraverso le sue articolazioni operative, svolge una costante azione di monitoraggio e di verifica del percorso sia con gli operatori delle Comunità Terapeutica che con gli utenti stessi.

I Programmi nei due predetti Centri Diurni offrono, tra l'altro, l'opportunità di valorizzare e sviluppare le abilità delle persone in specifici percorsi di formazione e avviamento al lavoro.

Il Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL Caserta è una struttura con autonomia gestionale e tecnico-organizzativa a cui afferiscono una UOSD Amministrativa, cinque UOC SER.D. interdistrettuali, una UOC per le Dipendenze Comportamentali (con SER.D. Mobile), due UOSD (SER.D. Maddaloni e Alcologia) ed un Centro per il Tabagismo (incarico professionale), secondo il seguente schema:

- UOC:

1. U.O.C. Ser.D. Caserta
2. U.O.C. Ser.D. Marcianise
3. U.O.C. Ser.D. Aversa
4. U.O.C. Ser.D. Piedimonte Matese
5. U.O.C. Ser.D. Capua
6. U.O.C. Dipendenze Comportamentali (con Serd Mobile).

- UOSD
1. U.O.S.D. Alcolismo
 2. U.O.S.D. Ser.D. Maddaloni
 3. U.O.S.D. Direzione Amm.va

L'attività del Dipartimento delle Dipendenze ricopre tutto il territorio dell'Azienda attraverso gli interventi e le attività correlati alle dipendenze da sostanze psicotrope, all'alcoldipendenza e alle dipendenze da Gioco d'Azzardo Patologico (GAP). Di seguito la distribuzione territoriale delle strutture afferenti al Dipartimento delle Dipendenze:

- SER.D. CASERTA (Ambito di riferimento Distretto n. 12 - Ambito Sociale C01)
Via del Feudo di San Martino n. 10 – Caserta
- SER.D. PIEDIMONTE MATESE - TEANO
 - P. Matese: (Ambito di riferimento Distretto n. 15 - Ambito Sociale C04)
Via G. G. D'Amore n. 47
 - Teano: (Ambito di riferimento Distretti n. 14-23 - Ambito Sociale C03)
Via XXVI Ottobre
- SER.D. MARCIANISE (Ambito di riferimento Distretto n.16 - Ambito Sociale C05)
Via Gandhi n. 52 – Marciianise
- SER.D. MADDALONI (Ambito di riferimento Distretto n.13 Ambito Sociale C02)
Via Libertà c/o P.O. di Maddaloni
- SER.D. AVERSA (Ambito di riferimento Distretti n.17-18-19 Ambiti Sociali C06-C07)
Via Linguiti n. 54 – Aversa
- SER.D. CAPUA/S. MARIA C.V. (Ambito di riferimento Distretti n.21-22 - Ambiti Sociali C08-C09)
Via Mariani n. 12 – Capua
- DIPENDENZE COMPORTAMENTALI (con SER.D. Mobile)
Via Paul Harris (ex Area Saint Gobin) – Caserta
- ALCOLOGIA S. MARIA C.V. (Ambito Sociale C08)
Via Melorio c/o P.O. S. Maria C.V.
- Ambulatorio CENTRO ANTIFUMO
Via S. Lucia , edificio B (1°piano) – Aversa

PROGRAMMAZIONE E RELATIVI OBIETTIVI

Obiettivi del Dipartimento

Il Dipartimento Dipendenze al fine di garantire la prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze nell'ambito territoriale della ASL, mediante i Ser.D. e di concerto con gli altri Dipartimenti territoriali ed ospedalieri, assicura:

- L'accoglimento, la valutazione e il trattamento della domanda del cittadino che si rivolge ai Ser.D. con problematiche di dipendenza, con particolare attenzione ai cittadini con età inferiore ai 35 anni;

- La presa in carico degli utenti e l'attivazione di progetti personalizzati, anche in accordo con gli enti privati temporaneamente accreditati, al fine di evitare l'abbandono dei programmi terapeutici;
- Programmi terapeutico-riabilitativo, anche con la metodologia dei PTRI/BdS, per ogni singolo utente, anche per le misure alternative alla detenzione;
- La continuità dell'assistenza in un programma unico coordinato tra le varie articolazioni del Dipartimento Dipendenze;
- Il rapporto con i MMG / PLS ed i servizi dei distretti sanitari;
- La collaborazione con le Associazioni di Volontariato;
- Il coordinamento con i Servizi Sociali, Sociosanitari ed altre istituzioni, per utilizzo delle risorse non sanitarie del territorio da parte degli utenti;
- Attività di prevenzione sul territorio anche attraverso gli interventi di prossimità: Unità Mobili;
- Prevenzione universale e selettiva in sinergia con gli Istituti Scolastici da parte dei singoli SER.D.;
- Utilizzo di protocolli per la presa in carico congiunta nei pazienti con comorbidità psichiatrica per rendere omogenei gli interventi di cura e riabilitazione, su tutto il territorio, da parte dei SER.D. (es. protocollo d'intesa stilato tra Dip. Dipendenze e Dip. Salute Mentale);
- Monitoraggio costante sulla popolazione afferente ai SER.D. sulle patologie correlate alle tossicodipendenze;
- Offerta formativa a tutto il personale afferente al Dipartimento Dipendenze, e a quegli operatori sanitari che intercettano, nel loro specifico ruolo, la popolazione a rischio e/o dipendente (personale del 118, dei PP.SS., MMG, Consulteri, ecc.);
- Ricerca di intese con il privato sociale e imprenditoriale, facilitando lo sviluppo di iniziative a favore dell'inserimento lavorativo degli utenti;
- Le iniziative a favore dell'inserimento lavorativo degli utenti e rapporti con il Privato sociale e imprenditoriale;
- Il rapporto con le Strutture accreditate con il SSN;
- Lo sviluppo e la promozione delle pari opportunità per operatori e per utenti senza discriminazioni di genere, di provenienza e di etnia;

PROGRAMMAZIONE E POTENZIAMENTO DELLE ATTIVITA' ANNI 2017-2018

Il cambiamento dei nuovi stili di consumo e la crescita esponenziale del poliabuso (cocaina, nuove sostanze ed alcol), impongono oggi ai servizi nuove sfide: gli attuali organici devono essere necessariamente rivisti, così come devono essere rivisti gli spazi della cura e l'approccio stesso con i nuovi consumatori e i cittadini con dipendenza di questo millennio. Quindi nei prossimi anni la politica degli interventi del Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL Caserta muoverà seguendo proprio questo cambiamento. L'attenzione sarà rivolta a tutte quelle criticità alle quali fino ad oggi è stato difficile dare la piena attenzione: **problematiche correlate alla comorbidità psichiatrica, poliabuso e dipendenze da alcol, dipendenze senza sostanza (GAP).**

Anche uno studio attento dell'efficacia degli interventi dei Ser.D. sulla popolazione degli utenti presi in carico, si presenta come una priorità per poter meglio orientare interventi, protocolli e terapie. Non solo. Un follow up sistematico serve anche a calibrare i percorsi formativi per il personale, garantendo una costante crescita della qualità stessa degli interventi.

In una futura previsione degli scenari di sviluppo dei servizi e delle attività del Dipartimento Dipendenze possiamo elencare il seguente programma delle attività:

- Potenziamento e stabilizzazione del **personale**;
- Potenziamento della **dotazione diagnostica e strumentale** in ogni Ser.D. e Servizi

- ad essi afferenti e Dipartimentali;
- Omogeneizzazione dei **protocolli** diagnostici, di presa in carico e di trattamento (garantendo ad ogni cittadino sull'intera provincia la stessa qualità degli interventi);
 - Miglioramento costante del **confort** strutturale sia per gli operatori in servizio, che per i cittadini che ricorrono ai Ser.D.
 - Realizzazione di spazi dedicati, semiresidenziali e a bassa soglia (**Centri Diurni**) per utenti con particolari patologie, quali la **Doppia Diagnosi** e i dipendenti da Gioco d'azzardo patologico (**GAP**)
 - **Diversificazione degli accessi** per i cittadini utilizzatori di nuove sostanze o cocaina o alcolisti, che non si riconoscono come utente dei Ser.D. così come rappresentati nell'immaginario collettivo (ovvero, creare condizioni per il superamento dello stigma negativo che accompagna da tempo i servizi per dipendenze);
 - Sistematizzazione e calendarizzazione di momenti di **supervisione** delle attività e di formazione del personale sui nuovi stili di consumo;
 - Aumento della copertura territoriale dei servizi anche attraverso i presidi itineranti delle **Unità Mobili**;
 - **Prevenzione** universale e selettiva sull'intero territorio di competenza dell'ASL Caserta, attraverso programmi di prevenzione attuati dai singoli Ser.D. e coordinati nelle modalità e finalità generali dal Dipartimento Dipendenze;
 - Utilizzo dei nuovi linguaggi e strumenti di comunicazione giovanile: realizzazione di sito internet interattivo, blog, presenza sui principali Social, realizzazione di radio/Tv on line ed APP per colmare la distanza sui **livelli innovativi** tra offerta sanitaria ed i nuovi fruitori.

IL COMITATO RISTRETTO

Il Direttore del Dipartimento per lo svolgimento dei propri compiti istituzionali si avvale della collaborazione del Comitato Ristretto di Dipartimento il quale rappresenta l'organo di programmazione interna del Dipartimento, cui compete la predisposizione di un progetto generale di intervento.

Il comitato ristretto si riunisce almeno quattro volte all'anno in ordinaria ed in via straordinaria su invito del Direttore di Dipartimento e qualora ne venga fatta richiesta dalla maggioranza dei membri.

La partecipazione al comitato di dipartimento è obbligo dei componenti. Le assenze o i ritardi devono essere giustificati al direttore del Dipartimento.

Membri di diritto di tale comitato sono:

- Il Direttore del Dipartimento, che lo presiede
- I Direttori UOC Ser.D.
- I responsabili di U.O.S.D
- Rappresentanti di ciascun profilo professionale operante nelle U.O. (parte elettiva, pari al 30% della parte di diritto, i tempi e le modalità di elezioni sono stabiliti dal Direttore Generale)
- il Dirigente della Unità Operativa Amministrativa di Dipartimento con funzioni di segreteria
- Il Responsabile del personale infermieristico, afferente al Dipartimento nominato dal Direttore Generale su proposta del Direttore del Dipartimento.

I pareri/proposte del Comitato di dipartimento devono essere approvati con voto palese della maggioranza semplice dei presenti. In caso di parità di voti prevale il voto del

Direttore.

IL COMITATO ALLARGATO

Sono membri del comitato allargato i componenti del comitato ristretto e i rappresentanti degli Enti accreditati del territorio.

Il comitato allargato resta in carica tre anni. Si riunisce a cadenza almeno semestrale, a seguito di convocazione da parte del Direttore di Dipartimento che provvede ad avvisare i componenti e fissa l'ordine del giorno delle sedute accogliendo a tal fine i suggerimenti dei Direttori delle U.O.C.

Per l'iscrizione di altri argomenti è indispensabile la richiesta di almeno un terzo dei componenti.

7.1.11 INTEGRAZIONE TRA DIPARTIMENTI OSPEDALIERI E TERRITORIALI

L'Azienda intende attivare l'integrazione funzionale tra presidi ospedalieri e strutture territoriali con la formulazione di protocolli operativi specifici per la programmazione di attività educative preventive mediante la istituzione di:

- Dipartimento Materno Infantile per la messa in rete dell'assistenza ostetrica e neonatologica (percorso nascita) e pediatrica e per l'identificazione di percorsi diagnostici terapeutici di II e III livello;
- Coordinamento della Riabilitazione.

7.1.12 INTEGRAZIONE DELL'ASL E DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI CASERTA

Per realizzare l'attività di integrazione ospedale-territorio, come da DGRC n. 4183 del 14/9/2001, che indica quale obiettivo dei Direttori Generali delle AA. SS. LL., la necessità di prevedere un piano di intervento, di concerto con le Aziende Ospedaliere di incidenza territoriale, capace di ridurre e di contenere la mobilità passiva ospedaliera in riferimento sia ad alcune patologie specifiche che ad aree territoriali ben definite, è stato costituito un tavolo di lavoro che vede la partecipazione dei componenti delle Direzioni Strategiche delle Aziende Sanitarie del territorio di Caserta.

L'intesa raggiunta prevede un piano di lavoro articolato su azioni di diverso livello sia operativo che temporale:

- la costituzione di un tavolo di "specialità" a carattere interaziendale per affrontare una lettura tecnica della tipologia della domanda e una proposta operativa per la possibile implementazione dell'offerta, quest'ultima intesa come capacità e possibilità di lavorare sull'esistente attraverso il riassetto, la razionalizzazione o la proposizione ex novo di prestazioni e servizi.
- La presentazione di un quadro delle offerte possibili che vada efficacemente ad interfacciarsi con le scelte dei medici di medicina generale, soggetti principali quali induttori di domanda attraverso un loro coinvolgimento diretto nel piano programmatico da elaborare.

TITOLO VIII – LE ARTICOLAZIONI DELL'AZIENDA

8.1 IL DISTRETTO SANITARIO

L'assistenza sanitaria non ospedaliera viene resa nell'ambito di una macrostruttura

denominata Distretto Sanitario.

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

Gli obiettivi principali che questa riorganizzazione si pone sono:

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

Obiettivi preminenti saranno:

- avvio di sperimentazione gestionale AFT e UCCP;
- implementazione progressiva delle AFT e UCCP in tutti i distretti entro i 3 anni dall'approvazione del presente piano;
- ricollocazione della Continuità Assistenziale, oltre che nelle UCCP, anche nella rete delle emergenze con inserimento delle chiamate nel circuito della C.O. 118;
- un potenziamento degli Ospedali di Comunità ed implementazioni di nuovi plessi con integrazioni tecnologiche (Teano, Capua);
- una predisposizione di PDTA regionali finalizzati alla Clinical Governance delle Patologie Croniche a più alto impatto di inappropriatezza (diabete, scompenso cardiaco, ipertensione arteriosa, BPCO) nella trasversalità dei setting assistenziali;
- predisposizione delle reti specialistiche monotematiche per l'appropriatezza gestionale in area endocrinologica;
- riorganizzazione e potenziamento dei servizi e interventi pubblici ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali specialistici (neuropsichiatria infantile e psichiatria)

- per la diagnosi precoce e il trattamento dei disturbi psichici e di quelli del comportamento e dell'apprendimento;
- rimodulazione dell'assistenza residenziale e semiresidenziale in Salute Mentale con potenziamento delle SIR aziendali anche in funzione della chiusura degli OPG (già conclusa in Regione Campania);
 - definizione di Percorsi Diagnostici-Terapeutici Assistenziali (PDTA) e di Piani di Assistenza Individuale (PAI) integrati per rafforzare la collaborazione tra strutture e servizi sanitari di salute mentale dell'età evolutiva e dell'età adulta nonché per definire i precorsi di transizione.

L'evoluzione del concetto di "cure integrate", la ricerca di una relazione forte tra ospedale e territorio, la condivisione concettuale della cospicua componente sociale nella domanda sanitaria, l'introduzione della Legge 328/2000, hanno fatto sì che dal D.L.vo 502/92 l'enunciato dei contenuti del Distretto Sanitario, inizialmente visto come contrapposto e quasi concorrente all'attività ospedaliera, si amplificasse e contestualmente si rafforzasse nella sua centralità di struttura-chiave di una gran parte del sistema aziendale.

Si passa dunque negli anni da un Distretto sanitario, con le sue Unità Operative stabilite e codificate da specifici compiti e mansioni, nel loro standard di personale normato dalla Legge Regionale n. 32 del 1994, che lavoravano sotto lo stesso tetto senza incontrarsi quasi mai, anzi frammentando e talvolta duplicando ruoli, funzioni e prestazioni, lasciando al cittadino con scarso empowerment, l'abilità di ricomporre a suo vantaggio il puzzle dell'assistenza, ad un Distretto che coglie nei processi di integrazione e condivisione la sua forza e la sua essenza, aprendosi, da un lato verso le Istituzioni sociali ed i suoi raccordi operativi (ambito territoriale, che non a caso si è fatto nel tempo coincidere con l'estensione geografica del Distretto di appartenenza, PUA, Piano di Zona), dall'altro verso le articolazioni aziendali di assistenza per acuti e verso il filone delle cure primarie e domiciliari che rappresentano, in un contesto di scarse risorse economiche, la migliore declinazione di una appropriatezza assistenziale che, ben condotta, trova anche ampia soddisfazione nel paziente e nella famiglia.

Il modello di Distretto Sanitario che l'Azienda Sanitaria Caserta intende realizzare è un modello organizzativo rivolto alla salute, alla sua promozione in ogni senso, alla prevenzione, principalmente primaria e secondaria attraverso l'analisi dei bisogni di salute della popolazione di riferimento, all'analisi del contesto socio-economico-ambientale che necessariamente deve essere individualizzato quale risultato di studi integrati, un modello organizzativo chiaro ma flessibile, che tiene conto nei suoi paradigmi strutturali delle continue modifiche sociali, culturali, ambientali, che abbia occhi aperti sul territorio attraverso le sue Unità Operative e nel contempo utilizzando a piene mani le risorse sociali, culturali, istituzionali, di volontariato e terzo settore, da cui emergono segnalazioni, bisogni, aspettative. Le attività distrettuali devono essere necessariamente omogenee e tese al raggiungimento degli obiettivi di salute programmati a livello regionale e aziendale. Al fine di raggiungere tale obiettivo sarà individuato un Direttore di DS per il coordinamento delle attività distrettuali.

Il Distretto Sanitario della Azienda Sanitaria Caserta dirigerà la sua operatività secondo tre direttrici di sviluppo (Piano Sanitario Regionale 2016-2018)

La logica di sistema per la tutela complessiva della salute – il Distretto Sanitario, nell'ambito della sua autonomia organizzativa e nel solco degli obiettivi aziendali e regionali che di volta in volta saranno assegnati, dovrà necessariamente improntare la sua organizzazione e l'articolazione delle sue attività, sulla base di una piattaforma programmatica in cui i detentori delle responsabilità sociali e gli stakeholders territoriali possano agire quali apportatori di bisogni e collaboratori operosi nell'esercizio fondamentale della costruzione e poi della modifica continua dei bisogni di salute della popolazione. Solo una corretta, approfondita e continuamente aggiornata analisi del bisogno potrà condurre alla

programmazione e pianificazione di azioni e servizi soddisfacenti, sia sotto il profilo squisitamente sanitario che dell'equità e dell'accessibilità

La logica della integrazione delle risposte – su questa logica di sistema fondamentale che avrà condotto ad una condivisa ed esaustiva verifica del bisogno di salute reale della popolazione, seguirà inevitabilmente o sarà comunque perseguita, una altrettanto sistematica integrazione delle risposte al bisogno di salute espresso. Al Direttore del Distretto spetta il compito di produrre l'analisi del bisogno territoriale, da cui partire per la organizzazione interna dei servizi e delle strutture e per creare ponti d'intesa operativa con i Comuni, anche congiuntamente con l'Unità Operativa Complessa Socio-Sanitaria, collocata in sede centrale. Il Piano delle Attività Territoriali (PAT) dovrà necessariamente trarre origine dal contesto sociale ed economico e dovrà altrettanto necessariamente raccordarsi con l'aspetto delle risorse comunali e territoriali in senso lato, attraverso il Piano di Zona di riferimento, per progettare una mappa delle risorse globali e stabilire aree prioritarie di intervento sanitario e socio-sanitario, a loro volta rimodellabili al cambio delle variabili determinanti. Nonostante le differenze fondamentali di ruolo tra Istituzioni e Azienda Sanitaria, la mission ultima di tutti è il benessere del cittadino e ad esso bisogna tendere, ciascuno per il proprio ruolo, ma con azioni sinergiche che, se da un lato migliorano e amplificano la potenzialità positiva di una risposta dall'altro permettono, il più delle volte, che dall'unione delle forze possa derivarne un miglior risultato a più basso costo. Le leggi vigenti infine ci impongono una collaborazione opportuna e obbligata nell'ambito delle problematiche socio-sanitarie e la richiesta del cittadino-utente di veder analizzata e affrontata in maniera unitaria la propria richiesta è sempre più pressante e consapevole

La logica aziendale nella gestione delle risorse – la risposta al bisogno socio-sanitario prodotta in una logica di sistema e nel confronto con le autonomie locali, come sopra illustrata, condurrà a superare gli interventi settoriali. Essi dovranno trovare tuttavia un modello erogativo che dovrà seguire modalità d'azioni strutturate, percorsi e procedure regolamentate e condivise, per sfondare l'operatività dalla singola interpretazione e dalla autoreferenzialità, condizioni che condurrebbero ad una diseguità e disomogeneità di risposte. L'Azienda Sanitaria agirà con percorsi e procedure codificate, con PDTA e linee guida, formalmente adottate e pubblicamente dichiarate, nell'intento ulteriore di amplificare la trasparenza dell'azione sanitaria anche nella sua componente tecnico-amministrativa, nonché per tracciare percorsi di riferimento che integrino macrostrutture diverse in azioni trasversali e complementari, legandole a vincoli di risultato in termini di efficacia, efficienza, economicità, in ultimo di appropriatezza. Il Direttore di Distretto, nell'ambito della gestione del budget, dovrà commisurare l'entità delle azioni sanitarie programmate alle risorse economiche affidategli, nella garanzia dei LEA e nella necessaria integrazione sia con le altre strutture aziendali sia con i Comuni di riferimento, e con questi ultimi sia per la parte professionale che per la prevista compartecipazione economica alle azioni socio-sanitarie integrate per arrivare ad un modello di welfare community. In questo quadro di logica aziendale non restano fuori i MMG e PLS. Il loro ruolo di protagonisti della salute del cittadino è per il distretto “una telecamera” esplorativa sul mondo salute e quali committenti interni manifestano la domanda della loro popolazione, diventando a loro volta produttori di salute per la competenza tecnico-professionale che esprimono. Il mondo della Medicina di Base troverà una sua ulteriore valorizzazione nel contesto delle Cure Primarie, delle Cure Domiciliari e Riabilitative, ai cui paragrafi si rinvia per ulteriore approfondimento. Resta forte il legame con il Direttore del Distretto, sia attraverso i consessi istituzionali che, si auspica, mediante un discorso continuo di costruzione della visione della salute in cui, all'aspetto puramente scientifico si affianchino momenti formativi di tipo gestionale ed organizzativo.

8.1.1. IL MODELLO ORGANIZZATIVO DISTRETTUALE

Il Distretto si configura quale principale punto di accesso alla rete generale dei servizi sanitari e socio-sanitari. Nella ASL Caserta sono istituiti 12 Distretti Sanitari con la seguente distribuzione geografica e di popolazione, con indicate variabili percentuali di popolazione per la definizione di caratteristiche demografiche locali:

distretto n.	Comuni	Popolazione	% 0-14 anni	% > 65 anni
12	Caserta	118.319	13,98	16,78
13	Maddaloni	84.556	17,05	13,44
14	Teano	78.974	13,59	19,47
15	Piedimonte Matese	73.388	13,45	20,56
16	Marcianise	83.172	19,08	11,99
17	Aversa	52.989	15,86	13,62
18	Gricignano	99.849	20,54	9,80
19	Lusciano	73.732	19,46	11,52
20	Casal di Principe	53.427	17,66	11,96
21	S Maria CV	76.622	16,17	15,18
22	Capua	57.192	15,36	16,83
23	Mondragone	71.479	16,66	14,82
Media			16,56	14,69

Il Distretto Sanitario dovrà essere riconfigurato nel suo impianto organizzativo seguendo tre assunti logici fondamentali:

- Flessibilità
- Struttura portante, orizzontale e apicale
- Responsabilità/competenza organizzativo-gestionale, differenziata e indipendente dalla responsabilità/competenza tecnico-professionale specifica dei Dipartimenti.

8.1.1.1 FUNZIONI

Al Distretto competono, in primo luogo, l'analisi del bisogno di salute e la promozione di corretti stili di vita della popolazione, e l'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, secondo quanto previsto dai livelli uniformi di assistenza. Il Distretto Socio-Sanitario si identifica con l'area territoriale dove sono presenti tutti i punti di erogazione delle prestazioni socio sanitarie sia pubbliche che private accreditate. Esso deve sviluppare soluzioni che vadano verso l'integrazione delle risposte assistenziali erogate in ambito sanitario con le risposte assistenziali erogate in ambito sociale o da soggetti terzi.

Il modello di intervento del Distretto sarà quello della "presa in carico" del paziente, una operatività basata su un raccordo continuo tra le varie anime professionali, che parte dal MMG o PLS e, attraverso una funzione di accoglienza e di prima valutazione, espressa nella PUA (Vedi Coordinamento Socio-Sanitario) e nella Valutazione Multidimensionale, definisce un Progetto Assistenziale Individualizzato. In questo modello il Direttore di Distretto è responsabile dell'allocazione di risorse e della valutazione dell'appropriatezza dei percorsi assistenziali integrati. Diventa, quindi, centro di responsabilità finale rispetto all'utenza e nell'ambito della funzione di tutela affidata al Distretto, si configura come il garante del complesso delle attività sanitarie ed amministrative connesse al percorso terapeutico del paziente.

8.1.1.2 DIRETTORE DEL DISTRETTO

Al Distretto è preposto un Direttore Responsabile con incarico di Struttura Complessa.

L'incarico di Direttore di Distretto è attribuito dal Direttore Generale a un Dirigente dell'Azienda, che abbia maturato un'esperienza specifica nei servizi territoriali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure a un Medico convenzionato, ai sensi dell'art.8 comma 1 del D.Lgs 229/99, da almeno dieci anni, con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria.

Il Direttore di Distretto è responsabile del funzionamento di tutti i servizi sul territorio. Egli si configura come il "garante" del complesso delle attività sanitarie e amministrative connesse al percorso terapeutico del paziente. È responsabile, in particolare, delle attività del Distretto, della gestione delle risorse umane, strumentali e finanziarie assegnate per il perseguimento degli specifici obiettivi, nonché della programmazione e valutazione delle attività territoriali sanitarie e sociosanitarie, rispondendo al Direttore Generale della suddetta gestione e dei risultati raggiunti.

Al Direttore del Distretto sono attribuite le risorse definite in rapporto alle funzioni assegnate ed agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento, definiti nel Programma delle attività territoriali distrettuali (PAT), approvato dal Direttore Generale.

Il Direttore di Distretto è individuato come Responsabile della gestione complessiva, è titolare di tutti i poteri di gestione a lui delegati dal Direttore Generale e si avvale anche della Segreteria Amministrativa del distretto che si rapporta a lui in posizione di staff. Nei confronti del Responsabile della gestione complessiva del Distretto si realizza la procedura di attribuzione contrattata, degli obiettivi gestionali e delle inerenti risorse necessarie, prevista ed individuata dall'art. 20, comma 1, D. Lvo. 29/93.

Il Direttore di Distretto rappresenta inoltre la Direzione Generale Aziendale nei rapporti con i Sindaci del Distretto.

Il budget di Distretto rappresenta il contenitore logico di tale assunto organizzativo di cui rappresenta il coerente strumento gestionale. La Direzione del Distretto è individuata come Centro di Responsabilità (CdR) che contratta il budget con la Direzione Strategica.

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

Principali compiti del Direttore di Distretto sono :

- Elaborazione Piano delle Attività Territoriali (PAT): dall'analisi del bisogno, attraverso la domanda, alla corretta allocazione di risorse per il prodotto salute;
- Garanzia di presidio permanente dell'attività (con verifica e valutazione) assicurando il continuo adeguamento quali-quantitativo ai bisogni ed all'andamento delle risorse disponibili;
- Garanzia, in collaborazione con le funzioni di staff di programmazione e controllo, del buon andamento del sistema informativo, il puntuale assolvimento dei debiti informativi, l'efficacia e l'efficienza d'uso delle risorse, mediante il controllo del budget;
- Redazione della relazione annuale di Distretto, in attuazione del PAT, verificando dati di attività e di risultato in termini qualitativi e quantitativi;
- Partecipazione al processo di budget aziendale presidiando gli obiettivi di competenza;
- Interfaccia con le Istituzioni territoriali per lo studio dei bisogni del territorio finalizzato ad azioni integrate di promozione della salute e di adeguati stili di vita;

- Gestione e controllo delle azioni integrate in ambito socio-sanitario secondo gli indirizzi provenienti dalla UOC Coordinamento Socio-sanitario e attraverso gli uffici Socio-sanitari;
- Definizione concordata con i Responsabili delle UU.OO. degli obiettivi annuali di ciascuna U.O. in relazione propositiva con i rispettivi Dipartimenti, ove esistenti, e valutazione finale.

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

Strumenti operativi del Direttore di Distretto sono:

- Ufficio di Coordinamento di Distretto
- Commissioni di verifica e controllo distrettuali
- Staff dirigenziale

Viene previsto a livello distrettuale una struttura periferica del Servizio Controllo di Gestione Centrale con funzione di supporto alla programmazione, alla gestione del budget assegnato al Distretto, alla gestione del sistema informativo, all'analisi ed alla elaborazione dei dati.

8.1.1.3 ATTIVITÀ

Le principali linee di attività del Distretto sono:

- La salute della donna e dell'età evolutiva, che garantisce la tutela della salute della donna e dell'infanzia-adolescenza, ponendo in stretta continuità e contiguità l'attività svolta dai pediatri di libera scelta e dai consultori familiari;
- La tutela della salute mentale e riabilitazione dell'età evolutiva, che esercita funzioni di prevenzione, tutela, diagnosi, cura, riabilitazione, inserimento scolastico e sociale dei soggetti in età evolutiva che presentano disabilità, disturbi e patologie di tipo neurologico, neuropsicologico, psichiatrico, psicologico e dello sviluppo, nonché situazioni di disagio psico-sociale e relazionale;
- L'assistenza primaria, che garantisce l'attività assistenziale a favore della comunità di riferimento e innanzitutto la continuità assistenziale;
- La medicina specialistica territoriale in particolare a livello distrettuale o interdistrettuale per la presa in carico del paziente cronico;
- La riabilitazione e presa in carico dell'utente disabile, ivi compresa l'assistenza protesica che, attraverso equipe multidisciplinari, garantisce gli interventi di cura e riabilitazione, e programma l'attivazione e l'integrazione della rete dei servizi sociali e sanitari;
- L'assistenza domiciliare integrata, indirizzata prevalentemente a persone affette da malattie croniche, sindromi cliniche e funzionali, deficit multipli che determinano disabilità e non autosufficienza attraverso procedure che tengano conto di tale complessità;
- La medicina legale;
- L'assistenza ai non autosufficienti ed anziani fragili;
- La diagnostica di laboratorio e diagnostica per immagini;
- L'assistenza farmaceutica.

8.1.1.4 LE UNITÀ OPERATIVE DISTRETTUALI

Nei Distretti Sanitari dell'Azienda sono istituite le seguenti Unità Operative (anche interdistrettuali):

- Sei Unità Operativa Assistenza Sanitaria di Base Semplici (UOASB) con presenza nei restanti distretti di attività con incarico professionale e/o di alta specializzazione, coordinate dall'UOC Cure Primarie:

UOASB DS 12
UOASB DS 13-16
UOASB DS 15-14
UOASB DS 17-18-19-20
UOASB DS 21-22
UOASB DS 23

- Cinque Unità Operativa Materno Infantile Semplici (UOMI) interdistrettuali con centri vaccinali più una complessa (con presenza nei restanti distretti di attività con incarico professionale e/o di alta specializzazione):

UOMI DS 12,13,16	UOC
UOMI DS 14	UOS
UOMI DS 15	UOS
UOMI DS 17,18	UOS
UOMI DS 19,20,21	UOS
UOMI 22,23	UOS

- Una Unità Operativa Complessa Assistenza Riabilitativa Sovradistrettuale, con presenza nei distretti di un'attività con incarico professionale e/o di alta specializzazione;
- Una Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Medicina Legale ed Invalidi Civili (UOMLIC) Sovradistrettuale, afferente al Dipartimento dei Servizi Strategici;
- Quattro Unità Operativa Assistenza Domiciliare Integrata (UOADI) Interdistrettuali semplici più una complessa con funzione di coordinamento (con presenza nei restanti distretti di un'attività con incarico professionale e/o di alta specializzazione):

ADI DS 12,13,16,21	UOC
ADI DS 14,15	UOS
ADI DS 17, 18	UOS
ADI DS 19,20	UOS
ADI DS 22,23	UOS

Alla gestione diretta del Direttore del Distretto viene affidata la funzione integrata CUP-ticket di concerto con la struttura di supporto amministrativa per la parte economica (cassa).

Le UU.OO. dei distretti si configurano come Strutture Semplici o Funzioni con Incarichi Professionali, ad eccezione di alcune UU.OO. che vengono classificate Complesse in quanto assorbono, oltre alle funzioni di base come sopra elencate, altre funzioni aggiuntive, già svolte in altre strutture e/o funzioni di coordinamento d'area, che vengono modificate e/o accorpate. Tali Unità Operative complesse sono, altresì, finalizzate a realizzare profili di cura e/o percorsi assistenziali integrati.

8.2 LE CURE PRIMARIE

In una moderna Azienda Sanitaria non si può trascurare alcun processo di sintesi e di unificazione di percorsi gestionali-organizzativi che possano condurre ad una ricomposizione della domanda ed una pari e congrua riconfigurazione dell'offerta di salute.

Uno degli ambiti più dispersivi su entrambi i fronti è quello che raccoglie le cure primarie; quell'insieme di azioni assistenziali essenziali, di ampio utilizzo, di primo livello, fondamentali anche nei risvolti sociali ed economici di una popolazione, e perciò di complesso governo anche perché ricadenti in capo a vari stakeholders interni ed esterni.

Le cure primarie vanno garantite attraverso metodologie di equità e facilità di accesso, estensività e prossimità, avendo da un lato come area di confine l'integrazione socio-sanitaria con i Comuni, dall'altro le cure intensive in regime di degenza. Sono la sfida totale ad una buona organizzazione e ad un buon controllo del sistema e perciò ad esse va dedicato un sincero approccio ricostruttivo integrato che conduca ad una buona sintesi delle risorse e ad un'efficacia misurabile degli outcomes.

Questa Azienda vuole confermare la bontà dei percorsi unificanti finora realizzati, spingendo sull'acceleratore dell'integrazione tra professionalità dell'area delle Cure Primarie, promuovendo percorsi di salute uniformi, eliminando parcellizzazioni di sistema, riconducendo la domanda plurima in una forma aggregata seppur complessa, fornendo risposte senza duplicazioni, con la massimizzazione dell'uso di quanto già esistente.

Si riconferma il ruolo centrale del MMG e PLS governando un sistema in rete delle professionalità che rientrano nell'ambito delle cure primarie (MMG e PLS, Continuità Assistenziale, specialisti ambulatoriali) percorrendo sperimentazioni applicative condivise delle varie modalità di aggregazione e costruendo un modello aziendale unificato (in rete) capace di comunicare al suo interno in tempo reale, dalle Aggregazioni Funzionali Territoriali alle Cooperative, all'Integrazione ospedale-territorio all'ingresso negli Ospedali di Comunità, che si avvalga di strumenti di lavoro moderni, dalla rete informatica (Information Communication Technology – ICT) ai PDTA, dalla richiesta di cure domiciliari alla valutazione d'esito attraverso sinceri percorsi di Audit clinico.

Nel contesto delle Cure Primarie sono compresi:

- I MMG e PLS
- Gli Specialisti ambulatoriali
- I Presidi di Continuità Assistenziale:
 1. Caserta
 2. Casagiove
 3. S Nicola La Strada
 4. S Felice a Cancellò
 5. Maddaloni
 6. Teano
 7. Vairano Patenora
 8. S. Andrea del Pizzone
 9. Riardo
 10. Roccamonfina
 11. Mignano M. Lungo
 12. Piedimonte Matese
 13. Ailano
 14. Dragoni
 15. Caiazzo
 16. Formicola
 17. Marcianise

18. Portico di Caserta
19. Aversa
20. Succivo
21. Casaluce
22. Frignano
23. Trentola
24. Casal di Principe
25. Curti
26. Capua
27. Carinola
28. Castel Volturno
29. Mondragone

L'Azienda Caserta intende procedere ad una riorganizzazione complessiva delle Cure Primarie mediante:

- Riorganizzazione degli ambiti territoriali di Assistenza Primaria in coerenza con il nuovo assetto territoriale dei Distretti e degli Ambiti sociali.
- Riorganizzazione dell'attività di assistenza specialistica ambulatoriale, basata sulla valutazione dell'appropriatezza dell'assistenza specialistica ambulatoriale con conseguente diretto impatto che ne deriva sia in termini di costi sostenuti, che di tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni
- Rimodulazione e riqualificazione della rete dei presidi di Continuità Assistenziale.
- Promozione e sostegno alle Cooperative ed alle altre forme associative dei MMG e PLS (Aggregazioni Funzionali Territoriali – AFT), degli specialisti ambulatoriali e degli psicologi, sia in un'ottica puramente assistenziale fondata su un network informatico che incamera dati e a sua volta genera report di valutazione di outcome economici e clinici, sia quale modello culturale condiviso basato su EBM.
- Promozione e sostegno della presa in carico globale del paziente identificando percorsi di appropriatezza erogativa codificati in PDTA, quale strumento riconosciuto valido per la gestione efficace ed efficiente dei pazienti cronici a bassa e media complessità, che pone al centro il paziente ed i suoi bisogni di salute, valorizzando le capacità di autogestione della patologia (self care), attraverso l'empowerment del paziente.
- Promozione e rafforzamento del modello di Ospedale di Comunità, già realizzato nel Distretto Sanitario di Teano per la gestione a breve/medio termine di pazienti con patologia cronico/degenerativa instabile o riacutizzata, che necessitino di controlli ravvicinati non effettuabili ambulatorialmente o in ADI o in fase di convalescenza post-acuta o post-chirurgica.
- Rafforzamento e potenziamento di un "sistema informativo clinico" che dalla cartella clinica informatizzata possa trarre indicatori di processo e di esito delle cure che conducano ad una sempre maggiore consapevolezza nell'appropriatezza del governo del sistema.

8.2.1 CENTRI ASSISTENZA DIABETOLOGICA (CAD)

L'ASL Caserta per rispondere alla crescente domanda assistenziale della popolazione affetta da Diabete Mellito ha previsto sei CAD Aziendali di cui 3 con funzioni di UOS in possesso dei requisiti previsti dalla DGRC n. 1168 del 16/09/2005.

Attualmente sono attivi i seguenti CAD:

- CAD - Caserta per i Distretti 12, 13, 16 (incarico professionale di Alta Specializzazione)
- UOS CAD - Cellole per il Distretto 14
- UOS CAD - Aversa per i Distretti 17, 18, 19, 20

Di prossima attivazione i seguenti CAD (incarico professionale):

- Piedimonte Matese per il Distretto 15
- Capua per i Distretti 21, 22
- Castelvoturno per il Distretto 23

8.3 LE CURE DOMICILIARI

In sintonia con le Linee Guida Regionali, approvate con Delibera della Giunta Regionale n. 41 del 14.02.2011 avente ad oggetto: "il Sistema dei servizi Domiciliari in Campania" pubblicate sul BURC n. 11 del 14/2/2011 l'Azienda assume le Cure Domiciliari quale obiettivo strategico della programmazione aziendale al fine di imprimere un reale processo d'innovazione e integrazione dei servizi sociali e sanitari.

È evidente infatti che attraverso le cure domiciliari si esprime un unico percorso che garantisce unitarietà degli interventi, prestazioni essenziali riconducibili ai LEA, protocolli operativi che promuovono l'integrazione ospedale-territorio favorendo in tal modo la naturale riconversione della rete ospedaliera orientandola alle reali necessità del territorio.

Gli obiettivi specifici del Sistema delle Cure Domiciliari sono:

- fornire adeguata assistenza a persone che presentano problematiche di tipo sanitario e sociale suscettibili di trattamento domiciliare evitando ricoveri ospedalieri impropri e l'ingresso in residenza;
- favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti, perseguendo il recupero o la conservazione delle residue capacità di autonomia e relazionali;
- rendere possibili dimissioni ospedaliere tempestive ed assicurare la continuità assistenziale mediante lo strumento della "dimissione protetta";
- supportare i "caregiver" e trasmettere loro delle competenze che possano tradursi in autonomia di intervento;
- migliorare in ultima analisi la qualità della vita di persone non autosufficienti o a rischio di perdita dell'autosufficienza, favorendo il mantenimento delle capacità residue.

La Delibera della Giunta Regionale n. 41/2011 ha articolato le cure domiciliari in tre livelli:

- Cure Domiciliari di tipo prestazionale;
- Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello, e terzo livello;
- Cure Domiciliari palliative per malati terminali.

8.3.1 MODELLO ORGANIZZATIVO

Le cure domiciliari sono prestate da U.O.S. interdistrettuali con un Responsabile di struttura; nei Distretti privi di Struttura Semplice sono assicurati Uffici distrettuali con un dirigente incaricato con profilo di alta specialità.

Tutte le articolazioni ADI rispondono gerarchicamente al Direttore del Distretto Sanitario e sono coordinate da un Responsabile incaricato dal Direttore Generale tra i Responsabili di Struttura Semplice.

Le UUOO ADI sono distribuite secondo il seguente schema:

- ☐ UOC Coordinamento Cure Domiciliari e ADI DS 12,13,16,21
- ☐ UOS ADI DS 14,15
- ☐ UOS ADI DS 17,18

- UOS ADI DS 19,20
- UOS ADI DS 22,23

Il Coordinamento ADI ha i seguenti compiti:

- analisi del bisogno e formulazione di proposte operative per l'offerta dei servizi;
- favorire l'omogeneizzazione degli interventi su tutto il territorio aziendale;
- analisi del bisogno formativo e proposizione dei piani formativi;
- stesura, responsabilità e monitoraggio dei progetti regionali riguardanti l'area;
- definizione degli obiettivi specifici da assegnare alle U.O. Cure Domiciliari.

Le Cure Domiciliari avranno il compito di referente unico per:

- la porta di accesso unica per la domanda di prestazioni domiciliari al paziente con età superiore ai 65 anni;
- la valutazione multidimensionale sanitaria e sociale del bisogno attraverso personale che è stato formato appositamente all'uso dello strumento di valutazione adottato e provvede all'inserimento dei dati nel sistema informatico regionale;
- la presentazione all'UVI dei casi a rilevanza socio-sanitaria;
- la definizione del piano e momenti di verifica;
- l'erogazione delle prestazioni.

8.4 CURE PALLIATIVE (UOSD Cure Palliative ed Hospice)

Le cure palliative sono state definite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come *"...un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di un'identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicofisica e spirituale"*.

Rivolgendosi a pazienti in fase avanzata di malattia cronica ed evolutiva, (malattie oncologiche ma anche neurologiche, respiratorie, cardiologiche) le cure palliative hanno lo scopo di garantire la massima qualità di vita possibile, nel rispetto della volontà dell'ammalato, aiutandolo a vivere al meglio la fase terminale della malattia ed accompagnandolo verso una morte dignitosa.

La medicina palliativa mette la persona al centro, partendo dall'assioma che esistono malattie inguaribili, ma non esistono malattie incurabili: anche quando l'obiettivo non è la guarigione, la cura del malato non deve essere mai abbandonata.

La L. 38/2010 definisce il malato terminale come: *la persona affetta da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita.*

L'ASL Caserta ha istituito la RETE delle Cure Palliative con la deliberazione n. 950 del 02/07/2015. Con la stessa deliberazione, ai sensi del D.C.A. n. 46/2015 ha potenziato la capacità di presa in carico dell'Azienda per le cure domiciliari palliative a favore dei malati terminali. Allo stato fanno parte della rete della ASL Caserta:

- UOSD Cure Palliative ed Hospice di S. Felice a Cancellò (in corso di realizzazione) con 10 posti letto (DCA 47/2012 e DCA 99/2016).
- Hospice accreditati con D.C.A. 158/2012.

Struttura	D.C.A.	Posti letto
-----------	--------	-------------

Hospice S. Felice a C.	47/2012	10
Villa Fiorita S.p.A.	158/2012	11
Hospice Nicola Falde	158/2012	11
Casa di Cura Villa Giovanna	158/2012	13
	totali	45

8.5 AMBULATORI ATTIVI PER ALZHEIMER/DEMENZE

Nell'ambito dell'attività distrettuale sono previsti i seguenti ambulatori per i pazienti affetti da Morbo di Alzheimer e le Demenze:

SEDE	INDIRIZZO	COMUNE
UVA DS 13	Via Roma 27 – S. Felice a Canc.	S.Felice a Cancelllo
UVA DS 12	Via Lamberti - ex S. Gobain	CASERTA
UVA P.O. Marcianise	Rione Santella	Marcianise
UVA DS 15	Viale Caduti sul lavoro	Alife
UVA DS 15	Via Matese	Piedimonte Matese
UVA DS 17	Via S.Di Giacomo ex INAM	Aversa
UVA DS 18	Via Prolung. Via Palazzo	Carinaro
UVA DS 19	Via Circumvallazione 80130	Trentola Ducenta
Nucleo Alzheimer	Centro Medicina Sociale	S.Cipriano D'Aversa
UVA DS 21	Via Albana Palo Buffolana	S.Maria Capua V.
UVA DS 22	Via Ettore Fieramosca	Capua
UVA DS 22	Via Iannotta Medaglie d'oro	Pignataro Maggiore
UVA DS 23	Via Marina di Marzano 81030	Castelvoturno
UVA DS 23	Via Alemanno 31 81034	Mondragone
UVA DS 23	Via Sessa M. Seminario Vescovile	Sessa Aurunca

8.6 MATERNO INFANTILE – SALUTE DELLA DONNA E DELL'ETA' EVOLUTIVA

La tutela della salute in ambito Materno-Infantile costituisce un impegno di valenza strategica dei sistemi socio-sanitari, per il riflesso che gli interventi di promozione e prevenzione della salute, di cura e riabilitazione, hanno sulla qualità del benessere psico-fisico nella popolazione generale attuale e futura.

Il Piano Sanitario Nazionale (PSN), il Piano Sanitario Regionale (PSR), e il Progetto Obiettivo Materno-Infantile (POMI), tengono conto della complessità degli obiettivi che, anche sul piano organizzativo e gestionale, contraddistingue gli interventi delle strutture operative. Tale complessità determina la necessità di attuare una forte integrazione tra interventi prettamente sanitari e interventi sociali.

Il D.L.vo n°229/99 ha definito, in termini precisi, l'integrazione socio-sanitaria rendendo concreta la possibilità di attuare forme di collaborazione ed integrazione tra ASL, Enti Locali, Autorità Giudiziaria Minorile, Istituzione Scolastica ecc.

Per garantire quindi unità, efficienza e coerenza negli interventi del Materno-Infantile, vista l'afferenza in esso di molteplici discipline tra loro affini e complementari, è necessario attuare un modello organizzativo capace di sinergizzare le attività territoriali e ospedaliere valorizzando le interdipendenze esistenti fra le strutture operative.

Gli obiettivi specifici del Materno-Infantile, che si attuano attraverso progetti, sono la tutela:

- della Salute della donna in tutte le fasi ed ambienti di vita;
- della procreazione e la maternità e paternità responsabile;
- dell'unità madre-neonato all'interno del percorso nascita;
- della salute dei bambini fino al raggiungimento dell'età adulta;
- dei minori disabili e dei soggetti socialmente deboli.

Il Materno-Infantile garantisce inoltre:

- interventi volti alla prevenzione del disagio psichico e sociale del bambino e dell'adolescente, dovuto a problematiche scolastiche, familiari e relazionali;
- interventi in caso di abuso e maltrattamento dei minori e adozioni nazionali e internazionali.

Il Materno-Infantile promuove altresì l'offerta attiva:

- di interventi di prevenzione oncologica per la donna (screening ca cervice uterina e ca mammella)
- di interventi di prevenzione delle malattie infettive del bambino (vaccinazioni).

Modello Organizzativo

Nell'ottica dell'ottimizzazione delle risorse e della gestione delle esigenze del territorio, sono previste una U.O.C. con funzioni di Coordinamento Territoriale, cinque U.O.S. distrettuali ed un incarico professionale di Alta Specializzazione "Adozioni e psicologia giuridica" per i rapporti con le UOSM distrettuali. Sono inoltre previste tre U.O.S.D. aziendali presso il Dipartimento Materno Infantile.

L'U.O.C. Coordinamento Attività Territoriali Materno-Infantile ha il compito di:

- assicurare l'unitarietà e l'omogeneità del percorso assistenziale alla donna, al bambino ed alla famiglia, e integrarsi con le Unità Operative Ospedaliere, i PLS, i MMG.
- favorire la omogeneizzazione di tutti gli interventi su tutto il territorio aziendale;
- analizzare il bisogno formativo e proporre i piani formativi;
- stesura, responsabilità e monitoraggio dei progetti regionali riguardanti l'area materno-infantile;
- definire gli obiettivi specifici da assegnare alle Unità Operative Materno-Infantile.

L'attuazione dei progetti (LEA) del Materno-Infantile sono assicurati dalle U.O.S.D. incardinate nel Coordinamento Materno-Infantile, e protese, ognuna di esse, al raggiungimento di un obiettivo specifico (e.g. "Percorso Nascita", "Adolescenti", ecc.) e dalle U.O.S., quest'ultime incardinate nei distretti sanitari, sia sotto il profilo gestionale del personale che della responsabilità clinica degli utenti; presso i distretti non sede di U.O.S. è il dirigente con incarico di alta specializzazione e/o incarico professionale a garantire i LEA.

8.7 AREA DEI MINORI CON DISTURBI NEUROPSICHIATRICI

Si intende perseguire lo stato di benessere dell'infanzia affrontando il tema in modo globale (sanitario, sociale e scolastico, con il coinvolgimento attivo dei familiari).

Per agevolare la promozione e la tutela della salute mentale in età evolutiva occorre mettere al centro il minore nel suo contesto naturale di vita (familiare, educativo, socioculturale) e rappresenta pertanto una priorità che sarà oggetto di investimenti mirati, anche con il ricorso a fondi finalizzati.

Per tale motivo, per le attività di prevenzione, diagnosi, cura e abilitazione, è istituita una **UOSD di Neuropsichiatria Infantile (NPI)**, onde superare l'attuale frammentazione degli interventi per i disturbi neuropsichiatrici dell'età evolutiva e per garantire il principio della

continuità terapeutica.

L'UOSD di Neuropsichiatria Infantile (NPI), ha funzione di coordinamento e di indirizzo è inserita nel Dipartimento delle Fragilità.

Saranno costituiti **Nuclei territoriali di Neuropsichiatria Infantile e Adolescenziale (N.NP.I.A.)** a competenza distrettuale e, in alcuni casi in base alle risorse disponibili, pluri-distrettuale. In ogni caso il bacino di popolazione di riferimento non sarà superiore ai 200.000 abitanti.

Per assicurare la corretta presa in carico sarà data particolare importanza all'integrazione sociosanitaria, con il coinvolgimento dell'Ufficio Sociosanitario e dell'U.V.I. distrettuale.

Il Nucleo territoriale di NPI assicura le attività e gli interventi per la tutela della salute mentale del minore, cura e sostegno al benessere psicologico e abilitazione dell'età evolutiva, esercita funzioni di prevenzione, tutela, diagnosi, cura, abilitazione, inserimento scolastico e sociale dei soggetti in età evolutiva (0-18 anni) che presentano disabilità, disturbi di tipo neurologico, neuropsicologico, psichiatrico, e dello sviluppo, nonché situazioni di disagio psico-sociale e relazionale.

Entro 90 giorni dall'approvazione dell'Atto Aziendale saranno istituiti, presso i Distretti, dei Nuclei di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (N.NP.I.A.) costituiti da équipe multi-professionali e multidisciplinari coordinate dal neuropsichiatra infantile.

I Nuclei di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NNPIA) garantiscono le seguenti funzioni, anche attraverso gli strumenti distrettuali di integrazione P.U.A e U.V.I.:

1. prevenzione, diagnosi, e cura delle patologie neurologiche, dei disturbi dello sviluppo affettivo e relazionale, delle patologie della sfera cognitiva e dei disturbi neuropsicologici;
2. presa in carico terapeutica e riabilitativa, dei soggetti in età evolutiva: nell'ambito del programma terapeutico e assistenziale garantiscono direttamente la prescrizione e il monitoraggio di terapia farmacologica, le prestazioni di psicoterapia e riabilitative, compatibilmente con la complessità del caso e con l'organizzazione del servizio;
3. valutazione del bisogno riabilitativo ed elaborazione definizione del progetto di presa in carico globale individualizzato della persona con definizione di programmi terapeutici, abilitativi, riabilitativi e socio-riabilitativi, attuazione, monitoraggio degli interventi e valutazione dei risultati, in raccordo con la U.O. di Riabilitazione del Distretto, secondo modalità proprie dell'approccio integrato e nella strategia della continuità terapeutica;
4. integrazione scolastica degli alunni disabili ai sensi della normativa vigente (Diagnosi Funzionale, Profilo Dinamico Funzionale, PEI, partecipazione ai GLH);
5. partecipazione alla Valutazione Integrata per l'accesso ai servizi sociosanitari, e per l'elaborazione del PAI (Piano Assistenziale Individuale);
6. formazione e informazione alla famiglia e all'ambiente sociale del minore per una efficace gestione delle sue problematiche;
7. integrazione operativa con le UOSM e UO Riabilitazione dell'età adulta per garantire la transizione e la continuità dei percorsi assistenziali, al compimento del 18° anno di età dei soggetti con disturbi psichiatrici e disabilità neuropsichiatriche.

Per ciascun soggetto in carico sarà individuato il care giver, anche in considerazione della problematica prevalente, garantita la massima partecipazione della famiglia alla valutazione e alle scelte terapeutiche e assistenziali.

8.8 LA RIABILITAZIONE E L'ASSISTENZA PROTESICA

L'assistenza di riabilitazione e per la distribuzione della protesica è assicurata da un Coordinamento dell'Assistenza Riabilitativa delle singole articolazione distrettuali che opereranno al fine di garantire i L.E.A.

L'organizzazione prevede la gestione di budget per aree di intervento e si avvale della collaborazione dell'U.O.C. Servizio Controllo Prestazioni in Accreditamento, dell'U.O.S. Controllo Centri Accreditati e dell'U.O.S. Controllo Centri di Riabilitazione.

In ciascun D.S. è presente l'Unità di Valutazione dei Bisogni Riabilitativi (UVBR) quale equipe multidisciplinare responsabile dell'identificazione e della quantificazione dei bisogni riabilitativi per la definizione del percorso più appropriato. L'utente viene preso in carico con un Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) che rappresenta il primo strumento di continuità della presa in carico riabilitativa e di interventi integrati. La criticità rappresentata dalla dimissione del paziente dall'ospedale, con interruzione o ritardi nell'attivazione / prosecuzione del progetto riabilitativo è stata rimossa dalla procedura per la dimissione protetta adottata con la deliberazione n. 300 del 20/10/2016.

Il responsabile della struttura distrettuale partecipa attivamente all'U.V.I. per i casi di competenza, ed è in stretto collegamento funzionale con l'ADI.

Ciascuna struttura assicura:

Prestazioni di specialista ambulatoriale:

- Chirurgia, Fisiatria, Foniatria, Neurologia, Neuropsichiatria Infantile, Oculistica, ORL, Ortopedia, Pneumologia e Urologia.
- Le visite specialistiche sono finalizzate esclusivamente alla prescrizione di ausili e/o trattamenti riabilitativi.

Assistenza Protesica:

- Erogazione ausili El 1 – 2 – 3 Nomenclatore tariffario delle protesi; ausili riconducibili e/o extratariffario;
- Informatizzazione delle autorizzazioni in rete;
- Distribuzione diretta dispositivi per stomie, per incontinenza a raccolta e medicazioni per piaghe da decubito;
- Controllo fatturazione;
- Verifiche annuali delle ditte ortopediche, audioprotesiche ed ocularistiche sul mantenimento dei requisiti richiesti, finalizzate all'inserimento nell'elenco regionale delle aziende autorizzate alla fornitura dei dispositivi protesici con spesa a carico del SSN di cui all'Elenco 1, D.M. 332/99 (controlli effettuati unitamente alle U.O.P.C.);
- Erogazione dei contributi previsti per la modifica degli strumenti di guida ai sensi dell'art. 27 – L. 104/1992;
- Prestazioni protesiche e contributo alberghiero per cure climatiche e soggiorni terapeutici elencate nel Regolamento ex ONIG (invalidi di guerra e per servizio).

Trattamenti Riabilitativi complessi:

- Elaborazione / Autorizzazione di Progetti Riabilitativi nella fase intensiva di post acuto immediato presso Case di Cura Cod. 56, in regime di ricovero ordinario o

- day hospital;
- Presa in carico globale degli assistiti con Progetti Riabilitativi nella fase estensiva ai sensi dell'art. 26, L. 833/78 in regime ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale;
- Progetti sociosanitari personalizzati per l'accesso in RSA Disabili / Centri Diurni;
- Attivazione U.V.I.;
- Informatizzazione delle autorizzazioni in rete;
- Informatizzazione delle prestazioni sociosanitarie complesse nella piattaforma LEASOCIOSAN/SANIARP.

Attività di verifica dell'appropriatezza delle prestazioni di riabilitazione per patologie semplici, ai sensi dei DD.CC.AA. n. 64 e n. 88/2011.

8.9 ASSISTENZA TERRITORIALE RIVOLTA AGLI STRANIERI

E' assicurata da una fitta rete di ambulatori dedicati, in larga parte assicurati da personale dipendente o convenzionato (Medici Continuità Assistenziale a 14 ore). Molto intensa la collaborazione con le Associazioni di volontariato impegnate nel settore che coprono, con i loro aderenti, una parte del territorio. La collaborazione è regolata da specifici protocolli d'intesa, recepiti in delibera dalla Direzione Generale.

Sono attivi i seguenti Ambulatori:

Ambulatori Dedicati STP/ENI ASL CASERTA		
D.S.	Ambulatorio	Sede
12 Caserta	I Livello Medicina Generale	Via P. Harris, area Ex Saint-Gobain, Palazzo della Salute. Caserta
13 Maddaloni	I Livello Medicina Generale	Via Vallone P.co Giuliana, 1° Piano Scala A Maddaloni
	I Livello Medicina Generale	Via Roma, 66 S. Felice a Cancellò
17 Aversa	I Livello Medicina Generale	Via Salvatore Di Giacomo, 82 Aversa
	I Livello Medicina Generale	Caritas Aversa Vico Sant'Agostino, 4
	II Livello Ginecologia Ostetricia	Viale Europa, 4 Aversa
18 Succivo	I Livello Medicina Generale	Casa della Gioia. Via Virgilio, Succivo (adiacente scuola elementare)
19 Lusciano	I Livello Medicina Generale	Via G. Amendola, Parete
20 Casal di Principe	I Livello Medicina Generale	Amb. MMG. C/so Umberto I° n. 160 Casal di Principe

	I Livello Medicina Generale	Via Perugia, 8 - S. Cipriano d'Aversa
	I Livello Medicina Generale	Casal di Principe. C.so Umberto I,179 Palazzo Baldascini
21 S. Maria C.V.	I Livello Medicina Generale	Ambulatorio della Carità. Via Madonna delle Grazie 8 - S. Maria C.V.
	I Livello Medicina Generale	Via Treviso, 1 Curti
23 Mondragone	I Livello Medicina Generale	Via Marino di Marzano Castelvoturno
	I Livello Medicina Generale	Centro di prima accoglienza "Fondazione Fernandez" via Domiziana Km. 33,500 Castelvoturno
	I Livello Medicina Generale	Ambulatorio Emergency via Domiziana 288 Castelvoturno

La gestione e la organizzazione territoriale dei servizi prestati agli STP sono garantiti attraverso i distretti sanitari aziendali e le Unità di assistenza sanitaria di base che provvedono all'applicazione delle linee guida nazionali e regionali vigenti, all'individuazione delle strutture atte all'assistenza e delle risorse umane necessarie per il corretto funzionamento del servizio.

Le attività sono coordinate dall'UOSD Area della fragilità e Immigrati, incardinata nel Dipartimento dei Servizi Strategici.

L'UOSD Area della fragilità e Immigrati:

1. Provvede al monitoraggio dei servizi resi ed alla rendicontazione sia delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche che da quelle Accreditate;
2. Effettua la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate, in sinergia con le strutture aziendali preposte (Servizio Controllo Interno di Gestione, Farmacie Aziendali, Cure Primarie, ecc.);
3. Predisporre la modulistica necessaria;
4. Emanare, di concerto con l'UOC Coordinamento Sociosanitario, le procedure applicative. A tal fine entro 90 giorni dall'adozione dell'Atto Aziendale, verrà emanata apposita linea guida, in coerenza con la DGRC n. 111/2013 e s.m.i.

Sono in corso di approvazione specifiche progettualità, finanziate con fondi dedicati, per il potenziamento delle attività, anche di prossimità, nella gestione dell'area ed il potenziamento tramite l'acquisizione di risorse umane, strumentali e tecnologiche.

8.10 FUNZIONI DI SUPPORTO AMMINISTRATIVO-CONTABILE DEL DISTRETTO SANITARIO

Presso ciascuna Direzione di Distretto Sanitario è istituita una funzione di supporto amministrativo-contabile con un referente che supporta la Direzione del Distretto nella gestione del personale, nella gestione degli acquisti in conto economale, per il budget assegnato e nella gestione delle procedure di liquidazione dei servizi affidati al distretto.

Essa collabora, altresì alla:

- gestione, monitoraggio e liquidazione delle indennità stipendiali del personale;
- imputazione informatica delle presenze e assenze del personale;
- gestione dei fondi economici assegnati secondo il regolamento aziendale, gestione economica fondi sicurezza, gestione cassa;
- emissione degli ordini di acquisto sulle gare centralizzate e sulle procedure direttamente gestite e relative liquidazioni. Per le procedure direttamente gestite si fa riferimento al regolamento degli acquisti.
- liquidazione dei servizi appaltati del presidio. Per le attività di manutenzione e degli uffici tecnici si rinvia ai relativi regolamenti.
- provvede alla definizione di tutte le procedure di gara ed amministrative delle UU.OO. distrettuali.

Viene istituita una UOC Gestione Amministrativa distrettuale centralizzata che supporterà tutte le Direzioni Distrettuali omogeneizzando le procedure amministrative, in particolare per la gestione economica, riscossione ticket, piccole gare periferiche e procedure di acquisto. Allo scopo sarà predisposto opportuno regolamento in merito, pubblicato sul sito aziendale.

8.11 IL PROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ TERRITORIALI DISTRETTUALI (P.A.T.)

Il Programma delle Attività Territoriali (P.A.T.), elaborato con i contenuti e con le modalità di cui all'art. 3-quater, comma 3 del decreto legislativo 502/92 e s.m.i., della DGRC 1813/2007 nonché con i contenuti previsti dai Regolamenti di esecuzione degli AA. CC. NN. per i Medici di Medicina Generale e per i Pediatri di Libera Scelta (D.P.R. 270 e 271 del 28/7/2000 e s.m.i.), definisce gli obiettivi da perseguire, in attuazione delle strategie aziendali e sulla base della situazione esistente e del fabbisogno rilevato nell'area di riferimento, individuando le attività da svolgere per conseguirli e la relativa distribuzione delle risorse assegnate.

Il P.A.T. definisce le modalità di verifica dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi prefissati, in termini di efficienza, efficacia ed economicità, al fine di rendere possibili periodiche rimodulazioni delle attività.

Il Programma rappresenta l'ambito d'integrazione, sul piano della definizione degli obiettivi e della destinazione delle rispettive risorse, fra i servizi sanitari distrettuali e quelli sociali al fine di offrire al cittadino interventi coordinati e completi, in un'ottica di ottimizzazione nell'impiego delle risorse disponibili e sulla base di una comune analisi dei bisogni di salute presenti sul territorio di riferimento.

Il P.A.T. è proposto dal Direttore del Distretto, in collaborazione con la funzione centrale di Coordinamento delle attività sociosanitarie, al fine di garantire uniformità di erogazione nella gestione dei servizi sulla base delle risorse assegnate e coerentemente con la programmazione regionale e aziendale, previa concertazione e coordinamento con i responsabili dei Dipartimenti territoriali e ospedalieri dell'Azienda, sentito l'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali e il Comitato dei Sindaci di Distretto.

La proposta del P.A.T. è trasmessa al Direttore Generale ai fini dell'approvazione, d'intesa con il suddetto Comitato, limitatamente alle attività sociosanitarie.

Per qualificare gli interventi finalizzati all'integrazione socio-sanitaria è necessario garantire unitarietà al processo di programmazione, rendendo tra loro compatibili le scelte

previste dal programma delle attività territoriali e dal Piano di Zona, a garanzia di integrazione di investimenti e risorse, di efficienza ed economicità nonché di continuità assistenziale.

I due strumenti pertanto, devono essere gestiti all'interno di una unica strategia programmatoria, attuata in modo collaborativo tra Azienda Sanitaria e Comune, in ordine alla rete dei servizi e degli interventi socio-sanitari da garantire sul territorio.

Ai sensi dei citati D.P.R. 270 e 271 del 2000, il Direttore dei Distretto, unitamente ai propri collaboratori ed all'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali è coadiuvato, per il monitoraggio delle attività previste dal Programma, concernenti la medicina generale e la pediatria di famiglia, rispettivamente da due rappresentanti dei medici di base e da un rappresentante dei pediatri di famiglia, eletti tra quelli operanti nel Distretto.

8.12 L'ACCESSO AI SERVIZI DISTRETTUALI: LA PORTA UNITARIA DI ACCESSO – PUA

Nell'ottica di superare la frammentarietà delle risposte, si organizzano servizi che garantiscono accoglienza, informazione ed orientamento al cittadino fin dal primo momento della formulazione della richiesta ed agevolano l'accesso ai servizi. Viene organizzato un modello di integrazione dell'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari per i cittadini con lo scopo di:

- orientare i soggetti;
- promuovere la capacità del cittadino di scelta e di empowerment nel fare scelte informate;
- incrementare il funzionamento del sistema di assistenza territoriale;
- realizzare risposte che permettano di promuovere percorsi assistenziali di tipo domiciliare e residenziale;
- innalzare la capacità di risposta del sistema sanitario regionale ai bisogni del cittadino;
- promuovere risposte integrate ai bisogni sociosanitari complessi;
- favorire modelli organizzativi per l'integrazione con il sistema di presa in carico sociale, implementando progetti personalizzati per la presa in carico integrata tra sistema sanitario e sistema sociale;
- favorire la continuità dei percorsi assistenziali;
- migliorare la cooperazione fra le istituzioni.

La Porta Unitaria di Accesso è una funzione esercitata di concerto tra i Distretti Sanitari e l'Ambito Territoriale, con compiti di informazione, decodifica dei bisogni, orientamento, trasmissione delle richieste ai servizi competenti. È disciplinata dalle Linee Operative per l'Accesso Unitario ai Servizi Socio-Sanitari – Porta Unica di Accesso – P.U.A. di cui alla DGRC n. 790 del 21/12/2012, così come modificato dal DCA 99/2016.

Il modello di funzionamento della PUA avviene su due livelli:

1. il primo di tipo operativo, finalizzato a rendere organica e ad individuare “fisicamente” la PUA, al fine di evitare una disomogeneità dei processi di accesso ed accoglienza. Infatti la PUA verrà dislocata quanto più possibile in luoghi di facile accesso per gli utenti (preferibilmente al piano terra degli stabili), ed
2. il secondo, di tipo gestionale, garantito dalla funzione di Coordinamento attivata presso ciascun Distretto Sanitario;

Il modello di funzionamento è disciplinato da specifico Protocollo d'Intesa da stipulare tra l'Ambito Territoriale di riferimento ed il Distretto SS (o i Distretti SS) coincidenti, trasmettendone copia al Coordinamento Sociosanitario Aziendale.

Il Direttore del Distretto Sanitario individua i Punti di Accesso e la funzione di Coordinamento (Ufficio Sociosanitario o URP), d'intesa con l'Ambito Territoriale.

É garantita l'omogeneità del sistema su tutto il territorio dell'Azienda con un collegamento funzionale di ciascun Coordinamento distrettuale della PUA (secondo livello) con il Coordinamento Sociosanitario aziendale.

É adottata, quale set minimo per la scheda d'accesso, l'allegato "A" della DGRC n. 790/2012. In base all'esperienza maturata con la stipula delle Convenzioni di cui alla DGRC 50/2012, i Direttori dei Distretti Sociosanitari, d'intesa con i Coordinatori degli Uffici di Piano, possono integrare tale set minimo in base ai reali bisogni della popolazione di riferimento.

I Direttori dei Distretti Sociosanitari attivano la PUA, con specifico Protocollo Operativo da stipulare con l'Ambito di riferimento, in base all'allegato "B" (format del regolamento delle procedure operative).

Il Monitoraggio e la valutazione dei dati, a cura del secondo livello operativo (Coordinamento distrettuale) avviene con l'utilizzo degli indicatori di cui all'allegato "C" della DGRC 790/2012.

É utilizzata, quale piattaforma informatica integrata, in attesa della condivisione con gli Ambiti Territoriali, il sistema univoco regionale di monitoraggio delle prestazioni sociosanitarie LEASOCIOSAN che prevede l'informatizzazione delle prestazioni di cui all'allegato 1/C del DPCM 29/11/2001 (DGRC 2105/2007).

L'accesso è diretto ma può realizzarsi anche attraverso antenne sociali (Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta; Unità Operative Distrettuali; Segretariato Sociale dell'Ambito Territoriale, Terzo Settore, ecc.).

Gli attori della Porta Unitaria di Accesso decodificano il bisogno espresso dal cittadino (*valutazione di primo livello*) ed avviano un percorso di accesso al sistema dei servizi che, a seconda dell'intensità delle problematiche espresse, semplici o complesse, prevede l'invio ai servizi sanitari o sociali o l'attivazione della valutazione multidimensionale, tramite l'U.V.I., finalizzata ad una presa in carico integrata.

8.13 L'UNITÀ DI VALUTAZIONE INTEGRATA (U.V.I.) E LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E MULTI PROFESSIONALE

Nel caso in cui un soggetto presenti bisogni multifattoriali che necessitano di risposte di tipo complesso si individua la natura del bisogno, al fine di attivare percorsi assistenziali appropriati, utilizzando strumenti e scale di valutazione certificate e validate.

Nel caso il bisogno espresso non può trovare soddisfacimento con il concorso di professionalità di una sola U.O. o il bisogno richiede una risposta anche di tipo socio assistenziale e si rileva l'opportunità di verificare le condizioni socio relazionali ed ambientali, l'utente viene inviato alla valutazione multiprofessionale da effettuarsi in sede di Unità di Valutazione Integrata (UVI).

É attiva una UVI per ogni distretto sociosanitario, secondo quanto definito nei Piani di Zona e negli AdP. Alle UVI partecipano i seguenti componenti:

- il Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta che ha in carico l'utente ed un Assistente sociale individuato dall'Ambito Territoriale, entrambi responsabili della presa in carico del cittadino/utente;

- un Medico dell'U.O. distrettuale competente per il caso ed un referente per l'integrazione sociosanitaria dell'Ufficio di Piano, entrambi delegati alla spesa per le parti di competenza, su provvedimento, rispettivamente, del Direttore del Distretto Sanitario e del Coordinatore dell'Ufficio di Piano.

L'UVI viene integrata, con le modalità previste nel regolamento allegato all'Accordo di Programma, da altre figure specialistiche legate alla valutazione del singolo caso.

La UVI svolge i seguenti compiti:

- effettua la valutazione multidimensionale del grado di autosufficienza e dei bisogni assistenziali del paziente e del suo nucleo familiare (*valutazione di 2° livello*);
- elabora il Progetto Personalizzato, che deve essere condiviso e sottoscritto dall'assistito nel rispetto delle norme in materia di privacy e tutela;
- verifica e aggiorna l'andamento del Progetto Personalizzato.

In sede UVI viene individuato il Case Manager o Responsabile del caso, un professionista che opera come "riferimento" e "facilitatore" per la persona in carico al servizio. Il Case Manager o Responsabile del caso ha il compito di seguire il paziente durante tutto il percorso assistenziale, per coordinare le risorse e migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza. Il Case Manager o Responsabile del caso è colui che verifica la fase operativa e funge da raccordo fra l'equipe operativa e l'UVI.

La responsabilità clinica del caso è in capo al MMG/PLS (il naturale referente sanitario dell'assistito che coordina comunque gli interventi sanitari); la responsabilità del Progetto Personalizzato è del *Case Manager o Responsabile del caso*. Il ruolo di Case manager è assunto da figure assistenziali diverse a seconda della tipologia e complessità del bisogno del paziente: può quindi essere una figura sanitaria o sociale, in base ai bisogni prevalenti del soggetto e alle scelte organizzative.

Al fine di rendere omogenei e confrontabili i criteri di valutazione, la valutazione multidimensionale dell'UVI viene effettuata con strumenti specifici (scheda S.Va.M.A. e S.Va.M.Di., approvate rispettivamente con la D.G.R.C. 323/2012 e la DGRC 324/2012).

La valutazione multidimensionale rappresenta l'analisi dettagliata dei problemi e dei bisogni dell'assistito ed è l'atto prioritario ed ineludibile ai fini della definizione del Progetto Personalizzato.

In esecuzione del Decreto n. 77 del 11/11/2011 del Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario l'U.V.I. provvede alla elaborazione dei costi delle prestazioni sociosanitarie soggette alla compartecipazione di cui all'allegato 1 C del DPCM del 29/11/2001 secondo le disposizioni di cui all'allegato C del Decreto Commissariale 6/2010 per agevolare gli adempimenti delle strutture e/o cogestori che devono fatturare all'ASL le tariffe dovute per la componente sanitaria ed all'utente/Comune la restante quota delle tariffe per la componente sociale, secondo le percentuali riportate nel richiamato Decreto n. 77/2011 e così come modificato dalla L.R. n.5 del 06.05.2013.

8.14 UFFICIO SOCIOSANITARIO

L'Ufficio Socio-Sanitario distrettuale svolge una funzione di back-office, anche all'interno di una struttura più complessiva con compiti specifici relativi all'integrazione socio-sanitaria, in funzione di staff per il Direttore del Distretto e in raccordo funzionale con il Coordinamento Sociosanitario aziendale, del quale rappresenta la proiezione al livello locale e col quale è in costante rapporto di feedback per tutti gli aspetti relativi alle attività sociosanitarie integrate. In sostanza il Coordinamento Sociosanitario coordina e indirizza, in una ottica funzionale, gli U.S.S. distrettuali al fine di curare l'organizzazione, la gestione e

l'operatività dell'integrazione sociosanitaria territoriale.

A capo dell'Ufficio Sociosanitario vi può essere un Dirigente o un Referente (che può essere anche titolare di Posizione Organizzativa).

L'ufficio sociosanitario svolge, a supporto del Direttore del DS, funzioni di:

- programmazione territoriale integrata (collabora, per gli aspetti relativi all'integrazione sociosanitaria, con la Direzione distrettuale alla elaborazione del Programma delle Attività Territoriali, del Piano di Zona e dei Patti Distrettuali per la Salute);
- analisi dei bisogni e delle risorse;
- monitoraggio, verifica e valutazione dei programmi e delle attività sociosanitarie integrate distrettuali;
- monitoraggio della spesa con invio di report trimestrali all'Ambito Territoriale ed al Coordinamento Sociosanitario aziendale;
- coordinamento e raccordo, in particolare tra i servizi sociosanitari ad elevata integrazione sanitaria del distretto e tra questi e i servizi sociali territoriali.

Provvede al collegamento organico tra gli ospedali e la rete dei servizi sociosanitari territoriali, attraverso l'istituzione dei protocolli della "dimissione sociosanitaria protetta" così come previsto dalla deliberazione ASL Caserta n. 300 del 20/10/2016.

8.14 IL PROGETTO PERSONALIZZATO

I distretti utilizzano il progetto personalizzato che nasce dalla necessità di porre al centro del sistema sociosanitario integrato l'individuo portatore di bisogni complessi, cui non è possibile fornire risposta esaustiva ed efficace attraverso l'erogazione di prestazioni semplici (ancorché articolate in un piano assistenziale). Ciò implica che non tutte le persone afferenti all'area distrettuale sono eleggibili per un progetto personalizzato (es.: visita specialistica, programma vaccinale, ecc.).

Il progetto personalizzato viene, in tutti i casi, definito dall'Unità di Valutazione Integrata (UVI) per le persone le cui condizioni richiedono prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria e prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica, riferite alle aree:

- materno-infantile,
- anziani e non autosufficienti
- disabilità
- patologie psichiatriche
- dipendenza da droga, alcool e farmaci
- patologie per infezioni da HIV
- malati terminali.

Il progetto personalizzato tiene conto dei bisogni, delle aspettative e priorità del paziente e dei suoi familiari, delle sue menomazioni, disabilità e, soprattutto, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari. La personalizzazione del progetto implica la condivisione degli obiettivi, delle azioni da svolgere e delle modalità d'intervento, con il paziente e/o i familiari e la responsabilità rispetto ai risultati attesi, le modalità di verifica e la suddivisione del carico economico con tutti gli attori coinvolti.

Gli obiettivi dei progetti personalizzati sono la promozione dell'inclusione e del mantenimento nel corpo sociale delle persone con disabilità o in condizioni di bisogno sociosanitario. Il fine è evitare l'instaurarsi di sistemi tendenti a perpetuare le condizioni di

marginalità e di esclusione attraverso la istituzionalizzazione sanitaria o sociale e l'assistenzialismo. Tale obiettivo viene perseguito attraverso la progressiva trasformazione dei bisogni e relativi interventi sanitari a rilevanza sociale, in bisogni ed interventi sociali a rilevanza sanitaria, privilegiando la domiciliarietà degli interventi e la permanenza delle persone utenti nei propri contesti familiari e comunitari.

Sul piano operativo, si distinguono 4 fasi entro cui si sviluppa il progetto personalizzato:

- Accesso
- Valutazione multiprofessionale e multidimensionale del bisogno
- Progetto e relativa spesa
- Verifica e valutazione

Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) Centri Diurni per Anziani NON Autosufficienti, Demenze e Alzheimer di strutture accreditate dell'A.S.L. Caserta (DCA n. 125 del 31/10/2014)

DENOMINAZIONE	Sede operativa	SEDE LEGALE	TIPOLOGIA DI ATTIVITA'	POSTI LETTO		CLASS E
				Resid en ziali	Semiresi denz.	
EMME DUE s.r.l. Struttura "Villa Anna")	Via Ponte Aurunco, 13- Sessa Aurunca	Via Ponte Aurunco, 13- Sessa Aurunca	RSA per anziani non autosufficienti	33	0	3
EMME DUE s.r.l. (Struttura "Baia Duemila")	Via F. Turati, 7 Baia e Latina	Via Ponte Aurunco, 13 Sessa Aurunca	RSA per anziani non autosufficienti, demenze e Alzheimer (Centri Diurni)	24	0	3
G.A.F. srl (Struttura "La Pinetina")	Via Domitiana, KM 37,700 – CastelVolturno	Via S. D'Acquisto, 100 – Aversa	RSA per anziani non autosufficienti, a ciclo continuativo, demenze e Alzheimer	37	0	3
Gerovit srl	Via Madonna Dell'Olio, 142 – Aversa	Via Madonna Dell'Olio, 142 – Aversa	RSA per anziani non autosufficienti, demenze e Alzheimer (Centri Diurni)	0	15	3
L'OASI – Centro Residenza di Riabilitazione Neuromotoria per Anziani e Disabili S.r.l.	Via Castagneta, 25 – Castel Campagnano	Via F. Petrarca, 8 – S. Nicola L.S.	RSA per anziani non autosufficienti, demenze e Alzheimer (Centri Diurni)	48	0	3
S.A.A. s.r.l. (Struttura "Villa San Francesco")	Via Sorbo, 10 – Valle di Maddaloni	Salita Arenella, 9 – Napoli	RSA per anziani non autosufficienti, demenze e Alzheimer	40	0	3
TOTALE RSA ANZIANI				182	15	

RSADisabili. Strutture accreditate dell'A.S.L. di Caserta (DCA n. 53/2015):

Denominazione	Posti letto	
	Residenziale	C.Diurno
Piccola casa divina provvidenza	60	-----
L'OASI s.r.l.	120	-----
L'OASI s.r.l.	-----	50
Villa dei Cedri s.r.l.	-----	56
Totale	180	106

UOSD RSA Disabili Aziendale – Caserta

Attività	Posti letto
Residenziale	23
Diurno	15
Totale	38

8.15 L'UFFICIO DI COORDINAMENTO DELLE ATTIVITÀ DISTRETTUALI

Il Direttore del Distretto si avvale di un Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali con funzioni propositive e tecnico-consultive, nonché di interrelazione funzionale e tecnico-operativa rispetto alla rete dei servizi e delle attività distrettuali.

Tale ufficio è composto, come previsto dall'art. 3-sexies, comma 2 del Decreto Legislativo 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, dai responsabili delle UU.OO. del distretto, integrato dai rappresentanti delle professioni sanitarie e per le materie afferenti all'area di integrazione socio-sanitaria, da un coordinatore assistente sociale e da un rappresentante delle restanti professionalità laureate/dirigenti; sono membri di diritto di tale ufficio un rappresentante dei Medici di Medicina Generale, uno dei Pediatri di Libera Scelta e uno degli Specialisti Ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto, nominati dal Direttore Generale. Il numero e la modalità di individuazione dei rappresentanti vengono disciplinati con apposito separato atto del Direttore Generale.

Partecipano ai lavori dell'Ufficio su invito del Direttore del Distretto:

- il Direttore del Dipartimento della Salute Mentale o un suo delegato;
- il Direttore del Dipartimento di Prevenzione o un suo delegato;
- il Direttore del Dipartimento SERD o un suo delegato;
- il Direttore del Presidio Ospedaliero o un suo delegato;

Competono a tale ufficio funzioni propositive e tecnico-consultive relative alle seguenti attività:

- analisi del fabbisogno di salute e di assistenza della popolazione, mediante la definizione di un unico piano di rilevamento, avvalendosi dei dati epidemiologici e degli indicatori di processo di risultato e di qualità;
- elaborazione della proposta annuale relativa al programma delle attività distrettuali;
- promozione di strategie condivise, finalizzate a soddisfare i reali bisogno di salute, sempre nell'ambito della programmazione aziendale e del budget assegnato;
- monitoraggio e valutazione di tutte le attività poste in essere nell'ambito del programma delle attività territoriali;
- monitoraggio delle iniziative previste dal Programma delle attività distrettuali concernenti la medicina generale;
- individuazione delle modalità di raccordo tra i diversi elementi che costituiscono la rete dei servizi sociali e sanitari presenti sul territorio, in modo da consentire l'integrazione dei percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali.

8.16 FUNZIONE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE COMPONENTE DELL'UFFICIO DI COORDINAMENTO DELLE ATTIVITÀ DISTRETTUALI

I Medici dell'Ufficio di Coordinamento del Distretto decadono per:

- dimissioni
- cessazione dell'incarico convenzionale
- revoca o sospensione dell'incarico convenzionale
- non giustificata mancata partecipazione alle riunioni dell'ufficio per un 1/3 delle sedute nel corso dell'anno.

I Medici dell'Ufficio di Coordinamento del Distretto hanno i seguenti compiti:

- fare da collegamento integrativo tra Distretto socio-sanitario e Medici di Medicina Generale dell'ambito distrettuale d'appartenenza, anche con l'ausilio di personale e strutture del Distretto per l'attuazione pratica degli accordi convenzionali e programmatici sottoscritti a livello nazionale, regionale ed aziendale;
- partecipare ad incontri e riunioni su temi specifici proposti dal Responsabile di Distretto o su iniziativa dai Medici di Medicina Generale;
- formulare proposte inerenti all'ottimizzazione delle prestazioni socio-sanitarie erogate sui territori distrettuali e delle prestazioni fornite dai MMG in rapporto alle convenzioni vigenti;
- essere in stretto collegamento con il Responsabile di Distretto ed il Referente ADI per la gestione e lo sviluppo delle attività di assistenza domiciliare;
- avanzare proposte al responsabile di Distretto su reali bisogni socio-sanitari non soddisfatti o su prestazioni socio-sanitarie non opportune;
- prendere conoscenza ed esprimere parere in merito a segnalazioni di disservizi effettivi o presunti nell'ambito dell'attività dei MMG;
- collaborare alla realizzazione delle iniziative di aggiornamento;
- collaborare con i servizi centrali al monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva, in riferimento a linee-guida condivise, a percorsi diagnostici e terapeutici concordati, al rispetto delle norme emanate dalla Commissione Unica del Farmaco, anche al fine di prevenire e rimuovere comportamenti anomali favorendo l'integrazione e lo sviluppo di comportamenti omogenei tra medici di Assistenza Primaria, Specialisti ambulatoriali e ospedalieri.

8.17 IL COMITATO DEI SINDACI DI DISTRETTO

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

Il Comitato dei Sindaci di Distretto previsto dall'art. 3-quater, comma 4 del decreto legislativo 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, esplica funzioni consultive e propositive sulla programmazione distrettuale delle attività e sul livello di soddisfazione rispetto ai servizi erogati.

Ai sensi del citato art. 3-quater D. Lgs. 502/92, e successive modifiche ed integrazioni, compete al Comitato dei Sindaci di Distretto, quale organismo rappresentativo di tutte le amministrazioni comunali presenti nell'ambito territoriale del Distretto, quanto segue:

- l'espressione del parere sulla proposta, formulata dal Direttore del Distretto, relativa al programma delle attività territoriali-distrettuali;
- l'espressione del parere, limitatamente alle attività socio-sanitarie sull'atto del Direttore Generale con il quale viene approvato il suddetto Programma, coerentemente con le priorità stabilite a livello regionale;

- la diffusione delle informazioni sui settori socio-sanitari e socio-assistenziali e la promozione, a livello di indirizzo politico, delle relative attività in forma integrata e coordinata.

Al Comitato dei Sindaci di Distretto viene inoltre trasmessa, a fini conoscitivi, la relazione annuale sulle attività distrettuali predisposta ai fini dell'elaborazione della relazione annuale dell'Azienda.

Ai fini dell'espressione dei pareri previsti dalla legge, il Comitato dei Sindaci è da intendersi come rappresentativo degli indirizzi relativi alle politiche sociali proprie di ciascun Comune e dell'Ente gestore delle funzioni socio-assistenziali esistenti nell'ambito territoriale del Distretto, dei quali ciascun Sindaco fa parte, in qualità di membro dell'organo di indirizzo politico (Assemblea consortile, Assemblea dei Comuni associati e Assemblea Comunità Montana).

Nel Distretto ricomprendenti Comuni montani, il Comitato dei Sindaci di Distretto è integrato dal Presidente della Comunità Montana interessata.

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

Il Comitato è convocato dal suo Presidente ai fini dell'espressione dei pareri sopra citati, previsti dalla legge, qualora lo richieda il Direttore Generale dell'Azienda e quando lo richieda per iscritto almeno un terzo dei componenti, indicando gli argomenti da trattare corredati delle relative proposte.

8.18 UFFICIO PER I RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Nell'ambito delle funzioni afferenti alla Direzione Sanitaria viene previsto l'ufficio per i rapporti con la Medicina Generale e Pediatria di L.S.

Il responsabile dell'Ufficio è un medico di Medicina Generale o Pediatra Convenzionato, nominato dal Direttore Generale con i seguenti compiti:

- partecipa ad incontri e riunioni su temi specifici dell'area della Medicina generale convenzionata e quant'altro con essa connessa;
- opera in stretto collegamento con i Direttori dei Distretti per la corretta applicazione di tutte le norme inerenti l'area convenzionata;
- informa su tutti i bisogni socio-sanitari non soddisfatti o su prestazioni socio-sanitarie non opportune riguardanti la medicina generale e pediatria;
- predispone, in collaborazione con il Direttore del Distretto, quanto necessario per rimuovere disservizi nell'ambito dell'attività della medicina generale e pediatria;
- supporta il Dirigente del Servizio Controllo di Gestione nella valutazione gestionale della Medicina Generale e nelle iniziative di controllo dei fenomeni prescrittivi;
- è il delegato della Direzione Generale nei comitati e commissioni previste dagli accordi collettivi della medicina generale pediatria, e specialistica ambulatoriale;
- verifica la gestione delle risorse destinate alle attività di assistenza primaria, pediatria, continuità assistenziale;
- coordina le attività dei medici di medicina generale membri di diritto dell'ufficio di

coordinamento distrettuale e verifica che i nuovi medici inseriti negli ambiti carenti svolgano il minimo di attività assistenziale;

- é il delegato della Direzione Generale per la verifica del rispetto del rapporto ottimale nell'area convenzionata e della sussistenza di situazioni di incompatibilità.

8.19 INDIVIDUAZIONE DEI DISTRETTI SANITARI

Con le DGRC n. 504 e 505 del 2009 la Giunta Regionale ha definito la nuova codifica delle AA.SS.LL. e dei distretti sanitari.



Con nota prot. 29634 del 30 ottobre 2009 l'Azienda ha trasmesso considerazioni e proposte in ordine al suddetto assetto degli ambiti distrettuali evidenziando alcune difficoltà di gestione del territorio distrettuale n.23 che si presenta molto esteso e differenziato per caratteristiche geo-morfologiche, culturali ed economiche individuando soluzioni alternative rispondenti ai requisiti dell'art. 3 L.R. 16/2008.

La GRC, valutando le proposte e le considerazioni formulate con DGRC 1960 del 30.12.2009 ha modificato gli ambiti distrettuali 14, 22 e 23 attribuendo i comuni di Cancellò Arnone, Grazzanise e S. Maria La Fossa al Distretto 22 (Capua) e Cellole e Sessa Aurunca al distretto 14 (Teano).

La legge finanziaria regionale n. 4 del 15.3.2011 aveva parzialmente modificato tali assetti

riattribuendo i comuni di Cannello Arnone, Grazzanise e S. Maria La Fossa al distretto 23 e spostando il comune di Cellole dal distretto 14 al distretto 23.

Con decreto del Commissario ad Acta n. 69 del 30.9.2011 é stata ripristinata la configurazione precedente di cui alla DGRC 505/2009.

Con DGRC. n. 320 del 3.7.2012 pubblicata sul BURC n. 42 del 9.7.2012 la Giunta Regionale ha effettuato le seguenti modifiche agli ambiti e ai distretti:

- I Comuni di Pietramelara, Riardo e Roccaromana passano dal distretto 14 al distretto 15;
- I Comuni di Grazzanise e S. Maria La Fossa passano dal distretto 22 al distretto 21;
- Il Comune di Cannello Arnone passa dal distretto 22 al distretto 23.

8.20 L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Una concreta integrazione e sinergia tra il sistema dei servizi sociali e sanitari (DLgs 229/99 e il DPCM 14.02.2001 e s.m.i.), l'auspicato potenziamento delle politiche sociali dei Comuni attraverso la realizzazione delle indicazioni della legge 328/00 e il completamento nell'ASL Caserta della riconversione graduale della spesa a favore della Sanità Territoriale (in particolare nelle aree sociosanitarie ad elevata integrazione degli anziani, disabili, salute mentale, ecc.), è necessaria anche a causa di una molteplicità di fattori (progressivo invecchiamento della popolazione ed aumento della cronicità, maggiore diffusione del disagio, aumento delle disuguaglianze sociali ed economiche, maggiore attesa di benessere, ecc.), che determinano un massiccio aumento della domanda di prestazioni sociosanitarie. L'integrazione sociosanitaria garantisce una ricaduta positiva anche nell'ambito della sanità, in termini sia di equità e appropriatezza delle risposte che di economicità. Il potenziale valore aggiunto dell'integrazione con il sistema sociale, infatti, consente l'implementazione della rete integrata di servizi evitando il ricorso suppletivo a funzioni improprie.

Pazienti disabili di lieve-medio grado, con bisogni prioritari sociali di vitto, alloggio, socializzazione, sono stati, in passato, impropriamente ospitati in strutture sanitarie istituzionalizzanti (e ad alto costo) o gestiti in gruppi di convivenza o presso il proprio domicilio (a più basso costo) prevalentemente a carico del S.S.R. Più adeguati interventi sociali consentono, oltre quanto previsto dai Decreti del Commissario ad Acta per il Piano di Rientro, una riduzione della spesa complessiva e risposte più appropriate ed incisive. Per tale motivo l'ASL Caserta attribuisce importanza prioritaria alla coerenza tra i PdZ ed i PAT in termini di efficacia, concretezza e coerenza.

Al fine di consentire una programmazione condivisa, partecipata, unitaria e coerente in relazione ai bisogni sociosanitari del territorio, il Coordinatore Sociosanitario dell'Azienda partecipa al Coordinamento Istituzionale di ciascun Ambito Territoriale direttamente o delegando il Direttore di Distretto Sociosanitario competente. Ciò al fine di raccordare l'azione programmatica tra gli Ambiti Territoriali e l'ASL per gli aspetti sociosanitari del Piano di Zona con gli aspetti sociosanitari del Programma delle Attività Territoriali del distretto (PAT) e del Piano Attuativo Locale dell'ASL.

Gli interventi sociosanitari che prevedono una compartecipazione alla spesa, in regime domiciliare, semiresidenziale e residenziale, sono di competenza congiunta dell'ASL e dei Comuni dell'Ambito (allegato 1.C del DPCM del 29.11.01; Decreto del Commissario ad Acta per il Piano di rientro n. 6 del 04/02/2010 e n. 77 del 11/11/2011).

Negli Accordi di Programma possono essere previste particolari forme di organizzazione

delle cure domiciliari con specifici progetti condivisi tra l'ASL e l'Ambito Territoriale come ad esempio i PTRI/BdS (DGRC 483/2012 e DCA 16/2013). Per l'attivazione dei PTRI/BdS, come per qualsiasi progetto personalizzato sociosanitario, occorre la valutazione multidimensionale e la progettualità dell'Unità di Valutazione Integrata con presa in carico congiunta con l'Ambito Territoriale o con il Comune di residenza dell'assistito, specificando la quota economica in carico al sistema sanitario ed al sistema sociale per agevolare la fatturazione disgiunta prevista dal Decreto del Commissario ad Acta per il Piano di rientro n. 77/2011 e n. 81/2011 e dalla DGRC 50/2012, successivamente modificato dalla L.R. n. 5 del 06.05.2013.

La negoziazione con i Comuni continuerà a prestare specifica attenzione ai seguenti obiettivi:

- Sarà favorita la domiciliarità (anche con gruppi di convivenza se attivati congiuntamente all'Ambito/Comune di residenza) con un'offerta di prestazioni che la rendano praticabile e anche preferibile per i soggetti (pazienti e famiglie) e insieme meno onerosa (rispetto a soluzioni residenziali o semiresidenziali) anche per il cittadino;
- Saranno concordati chiari criteri per la valutazione dei casi e per la correlazione fra tale valutazione e i livelli di assistenza, per ri-orientare la natura ed il contenuto specifico delle prestazioni;
- Saranno stabiliti criteri di priorità sia nell'accettazione di nuovi casi che nella revisione di quelli già in carico, sulla base dei concetti di consistenza e urgenza del bisogno, considerando che l'obiettivo non è mai la negazione di una risposta ad un bisogno assistenziale ma solo riposizionamento nell'ordine degli interventi.
- Saranno progettati e attivati servizi articolati e flessibili, per offrire risposte appropriate, e non sovradimensionate, rispetto al bisogno considerato;
- Nella individuazione delle soluzioni gestionali, poiché i servizi a carattere sanitario hanno generalmente livelli di costo più elevati, saranno esplorate anche opzioni più sociali, integrandole con l'azione del medico di medicina generale e di altre professionalità sanitarie specificamente richieste perché l'intervento sia appropriato e qualificato;
- Saranno previste combinazioni di prestazioni offerte da più soggetti, comunque assicurando la continuità e l'integrazione, a livello organizzativo e tramite l'attribuzione ad un operatore della specifica responsabilità di gestione del caso (case manager).

In applicazione del Decreto 22/2011 del Commissario ad Acta per il Piano di Rientro del settore sanitario le attività sociosanitarie sono funzione strategica nella programmazione aziendale e, a tal fine, è previsto un Coordinamento Sociosanitario (Struttura Complessa) per assicurare l'integrazione tra:

- le diverse aree sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria;
- le aree sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria ed i servizi centrali dell'Azienda, i Distretti Sociosanitari ed i Presidi Ospedalieri;
- l'Azienda ed i Comuni, in particolare per le attività sociosanitarie di competenza della ASL e quelle di competenza dell'Ente Locale.

All'U.O.C. Coordinamento Sociosanitario afferiscono:

- U.O.S.D. Integrazione aree delle fragilità e Immigrati (per gli immigrati come da DGRC n. 111/2013, con funzione di coordinamento degli ambulatori STP/ENI e di rendicontazione delle prestazioni specialistiche e di diagnostica effettuata presso le strutture pubbliche ed i Centri Accreditati).
- U.O.S.D. Integrazione aree sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria
Rientra in tale area la Formazione continua del personale, il Coordinamento degli Uffici Sociosanitari e delle PUA distrettuali, l'analisi dei bisogni ed i correlati PdZ e

PAT, il monitoraggio budget.

- SUAP pubblica P.O. Piedimonte Matese (incarico professionale alta specializzazione).

La Speciale Unità di Accoglienza Permanente (SUAP - DCA 70/2012), in corso di istituzione presso il P.O. di Piedimonte Matese, è coordinata da un Medico con incarico professionale di alta specializzazione. Ha funzione di riferimento per piccoli interventi a favore dei pazienti in Stato vegetativo o di minima coscienza in assistenza domiciliare, di concerto con le strutture ADI aziendali. Con l'attivazione dei posti letto la gestione delle attività sarà assicurata dal Direttore del Distretto Sanitario 15 Piedimonte Matese.

Dipendono "funzionalmente" dal Coordinamento Sociosanitario (D.C.A. n. 22/2011 e 99/2016):

- 12 Uffici Sociosanitari in staff ai Direttori di Distretto;
- 12 U.V.I. presso le Direzioni distrettuali;
- 12 P.U.A. presso le UORP distrettuali e/o le Direzioni Distrettuali.

Il Coordinamento Sociosanitario esplica le seguenti funzioni:

- Aggrega tutte le attività assistenziali sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria, individuate dal DLgs 502/92 e s.m.i., dal DPCM 14.02.01 e dal DPCM 29.11.01, e costituenti nel loro insieme l'Area Sociosanitaria ad Elevata Integrazione Sanitaria (materno-infantile, anziani, disabili fisici, psichici e sensoriali, salute mentale, dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezione da HIV, patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative, assistenza ai detenuti affetti da dipendenza o disturbi mentali). Ciò anche al fine di promuovere una integrazione operativa tra le stesse, una cultura e una metodologia del lavoro integrata;
- Partecipa alla formulazione dei protocolli relativi alla "dimissione sociosanitaria protetta", ed a quelli relativi all'ADI;
- Svolge funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento delle attività sociosanitarie ad elevata integrazione (con particolare riferimento ai LEA sociosanitari) e delle attività sociosanitarie in favore di immigrati e senza fissa dimora;
- Concorre, in collaborazione con le altre articolazioni aziendali e comunali, all'analisi dei bisogni sociosanitari (e, in particolare, delle disuguaglianze sociali nell'accesso ai servizi), al monitoraggio delle attività sociosanitarie;
- Cura in particolare il livello organizzativo, gestionale ed operativo della integrazione sociosanitaria territoriale, avvalendosi degli Uffici Sociosanitari distrettuali;
- Partecipa all'Ufficio di Piano, dove rappresenta il livello centrale aziendale, unitamente con i direttori dei Distretti Sociosanitari che sottoscrivono il PdZ per la parte afferente al proprio distretto.

8.21 SANITÀ PENITENZIARIA

L'attribuzione della responsabilità della tutela della salute in ambito penitenziario ad una Istituzione diversa da quella che eroga le funzioni di custodia ha progressivamente reso necessario ripensare il modello organizzativo e gestionale della Sanità Penitenziaria che ha le proprie radici nella legge 740 del 1970 ed è antecedente di otto anni l'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale avvenuta nel 1978.

Pertanto il modello regionale di sanità penitenziaria deve essere armonizzato con la realtà nazionale nel rispetto dei principi ispiratori esplicitati nel PSR 2011-2013 e delle politiche organizzative e di intervento ivi rappresentate. Al contempo deve recepire

progressivamente le pertinenti indicazioni a partire da quelle dell'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria di cui alla DGR n. 96 del 21 marzo 2011 fino alle recenti indicazioni recate dal Decreto Commissariale n. 99/2016.

In considerazione degli indirizzi regionali di recepire e definire il processo di riordino della sanità penitenziaria nel rispetto dei principi e delle linee di riferimento enunciati nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008 – “Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie generale, n° 126, del 30 maggio 2008 – deriva la necessità, a livello aziendale, di aggiornare il modello organizzativo già implementato al fine di migliorarne l'efficienza e l'efficacia.

Di particolare rilievo risulta, nel contesto territoriale di riferimento, il processo di superamento degli OPG (DPCM 01.04.2208, art. 3-ter, Legge 17 febbraio 2012 n. 9; Legge 30 maggio 2014, n. 81) che ha portato alla definitiva chiusura dell'OPG di Aversa e alla realizzazione di tutte le previste strutture e servizi richiesti per il suo superamento (strutture residenziali per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive OPG e CCC (REMS) e Articolazioni per la tutela della salute mentale in carcere.

Per le REMS, si evidenzia che sono state attivate inizialmente tre strutture provvisorie (Mondragone, Roccaromana e Vairano P.) per n. 48 posti, da ricondurre progressivamente ad una sola struttura definitiva di n. 20 posti (Calvi Risorta) in funzione dal 15.12.2016 a cui farà seguito la contestuale dismissione della struttura di Roccaromana e, successivamente, secondo un programma regionale in definizione, seguiranno le dismissioni delle restanti due strutture provvisorie.

Il D.P.C.M. 1 aprile 2008 (“Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”), all'art. 2, comma 2, stabilisce che, nell'assolvimento delle funzioni sanitarie in ambito penitenziario, le Regioni disciplinano gli interventi da attuare attraverso le Aziende sanitarie locali in conformità ai principi definiti dalle linee guida di cui all'allegato A.

Nel predetto allegato viene in premessa richiamato il D.Lgs. n. 230/1999, che prevede che gli obiettivi per la tutela della salute dei detenuti, degli internati e dei minori del circuito penale siano precisati nei programmi delle Regioni e delle Aziende sanitarie e realizzati mediante l'individuazione di specifici modelli organizzativi, anche di tipo dipartimentale, differenziati in rapporto alla tipologia e alla consistenza degli Istituti di Pena ubicati in ciascuna regione.

Le prestazioni di sanità penitenziaria attualmente dovute dal servizio sanitario regionale attengono principalmente all'assistenza primaria e specialistica e sono definite come: *“...funzioni riconducibili all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza ai detenuti che, a norma dell'art. 1 comma 1 del D.lgs. 230/1999, hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, all'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel Piano Sanitario Nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali”.*

Tali prestazioni vengono rese in regime di iscrizione al servizio sanitario nazionale e di totale esenzione dalla compartecipazione alla spesa, subordinate a criteri di appropriatezza basati su evidenze scientifiche e all'osservanza del Codice Deontologico.

Inoltre attengono al servizio sanitario regionale eventuali prestazioni di tipo aggiuntivo (per esigenze istituzionali proprie, non necessariamente subordinate ai criteri che vincolano l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, come a titolo di esempio prestazioni odontoiatriche).

Le Aziende Sanitarie sono tenute, altresì, ad erogare le prestazioni medico legali in favore del Corpo di Polizia Penitenziaria, di cui all'Accordo ai sensi dell'art. 9 del D.lgs. 28.8.1997 n. 281, approvato in Conferenza Unificata in data 29.10.2009, di cui alle convenzioni locali. Tale ulteriore attività rende ragione della complessità e della numerosità degli utenti in carico a questo specifico settore di assistenza.

L'organizzazione dell'offerta assistenziale finalizzata all'efficacia degli interventi di cura deve prevedere la presa in carico della persona detenuta, la gestione integrata e la continuità delle cure, dal momento dell'ingresso in struttura penitenziaria, durante la permanenza, nel caso di trasferimento e al momento del rilascio. L'erogazione delle prestazioni medico/diagnostico/assistenziali, così come le attività di promozione della salute, sono preferenzialmente realizzate all'interno delle strutture penitenziarie, riducendo al massimo le traduzioni dei detenuti verso le strutture esterne ma garantendo prioritariamente l'appropriatezza delle prestazioni e le garanzie di tutela della salute individuale.

Le indicazioni in precedenza richiamate sono da ritenersi solo parte di un insieme di norme e regolamentazioni definite e operativamente consolidate nei servizi sanitari, e alle quali si rimanda.

Per quanto specificamente riferibile al processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari e all'implementazione delle strutture e dei servizi che ne hanno sostituito e modificato le funzioni, si richiamano, per quanto pertinente con l'organizzazione aziendale e con riferimento all'ambito regionale, i Decreti del Commissario ad Acta per il rientro dal deficit sanitario della Campania n. 62/2012 e n. 104/2014.

Il modello organizzativo di riferimento - dal PSR 2011-2013 al Piano Regionale di Programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale Campania - prevede, come fondamentale unità organizzativa aziendale, un Servizio Aziendale per la Tutela della Salute in Carcere, configurato come ambito assistenziale trasversale, assorbendo sia la funzione assistenziale ospedaliera che territoriale, e pertanto collocato nella dimensione della Direzione Strategica, in diretta connessione con la Direzione Sanitaria e che assicura le funzioni sanitarie trasferite ex D.lgs. n. 230/1999, DPCM 01.04.2008, Legge n. 9/2012 e Legge n. 81/2014.

La predetta articolazione aziendale deve inoltre assicurare, nell'erogazione dell'assistenza, il necessario raccordo, per ciascun Istituto Penitenziario, con il Distretto ed i Dipartimenti territorialmente competenti.

Particolare attenzione deve essere assicurata nella definizione dei rapporti di collaborazione con i servizi di cure primaria, delle dipendenze patologiche e della salute mentale.

Con riferimento a questi ultimi assume prioritaria rilevanza la garanzia di un collegamento funzionalmente efficace, essendo il DSM responsabile dell'elaborazione dei piani terapeutico-riabilitativi personalizzati (PTRI) per tutti i cittadini afferenti al proprio territorio sottoposti a misura di sicurezza detentiva o non detentiva, costantemente finalizzati alla prevenzione delle misure di sicurezza detentive o, qualora in essere, alla loro trasformazione in misure non detentive.

Pertanto, al fine di implementarne pienamente l'organizzazione richiesta dalle norme di riferimento, in considerazione delle strutture detentive presenti nel territorio aziendale, si aggiorna e integra l'attuale organizzazione con l'istituzione della seguente articolazione aziendale.

È istituita la U.O.C. Tutela della Salute in Carcere: struttura complessa, dotata di autonomia organizzativa e gestionale, ed afferente al Dipartimento delle Fragilità, che realizza con le risorse assegnate (strutturali, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche) l'appropriato svolgimento delle funzioni sanitarie rivolte alle persone in regime di esecuzione penale e ai minori destinatari di provvedimenti penali, ed all'unificazione della gestione dei rapporti di lavoro oggetto di trasferimento dalla Amministrazione di Giustizia al Sistema Sanitario della Regione Campania, assicurando l'assolvimento delle seguenti funzioni:

- prestazioni sanitarie di base (medicina di base e continuità assistenziale) e prestazioni specialistiche, attraverso le articolazioni interne competenti per la singola struttura o servizio;
- raccordo con i Dipartimenti Dipendenze Patologiche e Salute Mentale ed i Distretti Sanitari nel cui territorio insistono i servizi e le strutture della sanità penitenziaria, per quanto attiene alle attività di prevenzione, cura e riabilitazione nelle specifiche aree;
- funzioni di consulenza e collaborazione;
- raccordo con gli uffici della Regione Campania e con quelli del PRAP, del Centro di Giustizia Minorile, e dell'Autorità Giudiziaria;
- coordinamento organizzativo, clinico e medico legale correlate alle funzioni di ufficiale medico del Corpo degli Agenti di Polizia Penitenziaria e di cui alla lettera circolare GDAP-0366497-2007 del 26.11.1007, per quanto ivi citato di competenza della figura del medico incaricato;
- coordinamento di tutte le altre funzioni sanitarie anche non previste esplicitamente dall'allegato A e C del DPCM 1 aprile 2008 e oggetto di transito dall'Amministrazione Penitenziaria al SSN, di competenza del personale dei servizi distrettuali e/o dipartimentali;
- programmazione annuale delle attività di formazione del personale coinvolto nell'area della sanità penitenziaria, di concerto con il responsabile della specifica area aziendale, nonché di ulteriori e specifici interventi formativi su ambiti di particolare rilevanza.

Il Direttore della UOC Tutela della Salute in Carcere è responsabile aziendale dell'area della sanità penitenziaria, negozia annualmente gli obiettivi con la Direzione aziendale, funge da collegamento e promuove pro-attivamente l'integrazione tra la Regione e l'Azienda di propria appartenenza. Laddove non già individuato ai sensi della DGRC n. 1551/2008, viene scelto nell'ambito della dirigenza medica dell'Azienda con sperimentata conoscenza o esperienza nell'ambito delle attività sanitarie proprie della realtà penitenziaria, e in possesso dei titoli necessari a ricoprire l'incarico di responsabile di struttura complessa.

Il Direttore della UOC Tutela della Salute in Carcere è responsabile a livello aziendale:

- delle funzioni sanitarie, di base e specialistiche erogate nei confronti dei cittadini detenuti o comunque in esecuzione penale o destinatari di provvedimenti penali.
- del recepimento delle indicazioni regionali e nazionali sopravvenute;
- del recepimento, la riconferma, e l'estensione a tutti gli Istituti afferenti al Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria esistenti sul territorio dell'organizzazione prevista per l'Azienda, in uno con il recepimento formale di tutte le avvenute sue evoluzioni; la redazione e l'approvazione di un documento esplicativo degli interventi di assistenza sanitaria per i detenuti effettuati dalla ASL

- (“Carta dei servizi di medicina penitenziaria”);
- dell’elaborazione di specifici e dettagliati strumenti operativi, utili sia ai fini dell’erogazione dell’assistenza stessa che alla sua progressiva ottimizzazione, attraverso l’acquisizione dei necessari dati epidemiologici, di bisogno, di attività e di esito;
 - della promozione di iniziative locali nell’area della sanità penitenziaria e della predisposizione degli interventi finalizzati ad assicurare un’idonea integrazione delle azioni dei singoli servizi aziendali coinvolti nella predetta area, prevedendo eventuali risorse aggiuntive.

Allo stesso Direttore compete anche la partecipazione, diretta o attraverso proprio delegato, alle funzioni ispettive all’interno degli Istituti penitenziari di cui alla legge 30 aprile 1962 n. 283, di competenza, ex DPCM 01.04.2008, del Dipartimento di Prevenzione; al riguardo, in fase di prima implementazione della presente organizzazione, assume il compito, congiuntamente al Direttore del Dipartimento di Prevenzione, di definire l’idonea e aggiornata composizione e operatività della relativa commissione di vigilanza.

Articolazioni della U.O.C. Tutela della Salute in Carcere.

In relazione alla complessità quali-quantitativa della rete di Istituti e strutture residenziali per l’esecuzione delle misure di sicurezza detentive OPG e CCC (REMS) afferenti alla U.O.C. Tutela della Salute in Carcere, sono previste le seguenti articolazioni interne:

- UOS Presidio Penitenziario di Santa Maria Capua Vetere: assicura le funzioni di sanità penitenziaria presso l’Istituto Penitenziario di Santa Maria Capua Vetere; opera in raccordo funzionale con il Distretto Sanitario territorialmente competente e la Direzione Penitenziaria dell’Istituto.
- UOS Presidio Penitenziario di Carinola: assicura le funzioni di sanità penitenziaria presso l’Istituto Penitenziario di Carinola; opera in raccordo funzionale con il Distretto Sanitario territorialmente competente e la Direzione Penitenziaria dell’Istituto.
- Presidio Penitenziario di Arienzo (incarico professionale): assicura le funzioni di sanità penitenziaria presso l’Istituto Penitenziario di Arienzo; opera in raccordo funzionale con il Distretto Sanitario territorialmente competente e la Direzione Penitenziaria dell’Istituto.
- Presidio Penitenziario di Aversa (incarico professionale): assicura le funzioni di sanità penitenziaria presso l’Istituto Penitenziario di Aversa; opera in raccordo funzionale con il Distretto Sanitario territorialmente competente e la Direzione Penitenziaria dell’Istituto.
- UOS Residenza Esecuzione Misure di Sicurezza (R.E.M.S.) Calvi Risorta.

Funzioni specifiche di rilevanza organizzativa.

In relazione alle caratteristiche della popolazione ristretta nelle strutture aziendali dell’area della sanità penitenziaria, sia qualitative (internati, detenuti, donne, minori) che quantitative, ai fini di garantire l’efficiente erogazione delle prestazioni si identificano le seguenti aree di particolare rilevanza e criticità:

- Attività farmaceutica a servizio dell’UOC Tutela della salute in Carcere
- Presa in carico dei minori con problematiche psichiatriche e/o di dipendenza inseriti in comunità terapeutiche su disposizione dell’Autorità Giudiziaria;
- Integrazione comunitaria e prevenzione dell’esclusione sociosanitaria (rapporti con gli enti esterni; coordinamento e gestione delle attività per la prevenzione dell’assegnazione a REMS e la dimissione da REMS, attraverso la metodologia dei PTRI; rapporti con i Servizi Sociali del Ministero della Giustizia; attività di programmazione, controllo e monitoraggio delle pertinenti risorse e obiettivi della

UOC Tutela della salute in carcere);

- Procedure amministrative (realizzazione efficiente ed efficace dell'istruttoria e predisposizione degli atti amministrativi connessi alle funzioni della UOC).

Per ciascuna delle predette aree di attività si prevede una specifica funzione dirigenziale, assicurabile anche attraverso posizioni organizzative.

Considerata l'attività già implementata e la rilevante esperienza acquisita, come anche previsto nel Piano regionale di Programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale 2016 – 2018 (approvato con DCA n. 99/2016), la funzione di "Farmacia in area penitenziaria" per la complessiva gestione del farmaco nelle strutture afferenti alla UOC Tutela della Salute in Carcere è collocata nell'ambito della UO Farmacia Ospedaliera di S. Maria Capua Vetere. Le operatività sono regolamentate con specifico protocollo da definirsi tra le Direzioni delle due UU.OO. coinvolte.

Per quanto infine relativo alla disponibilità di un congruo numero di posti letto ospedalieri riservati alle persone ristrette negli Istituti penitenziari e nelle REMS del territorio aziendale, l'attuale sperimentazione in essere con posti letto prioritariamente riservati presso il P.O. di Sessa Aurunca (n. del P.O. e n. 1 posto letto per patologia acute psichiatriche presso l'S.P.D.C. e n. 4 p.l. per patologie acute non psichiatriche presso altro reparto) è provvisoriamente confermata e sarà rivalutata in funzione dell'effettiva riattivazione del reparto ospedaliero protetto per detenuti previsto presso l'A.O. di Caserta. La predetta sperimentazione sarà oggetto di specifico protocollo tra la UOC Tutela della salute in Carcere e, rispettivamente, la Direzione del DSM e la Direzione Sanitaria del P.O. di Sessa Aurunca, che ne regolerà le funzioni, i percorsi di ricovero e di dimissione e le risorse professionali dedicate.

La UOC Tutela della Salute in Carcere assicura il coordinamento e l'integrazione intraziendale, attraverso il "Gruppo di Lavoro Aziendale per la Tutela della Salute in Carcere", al quale partecipano i Direttori dei Distretti Sanitari sede di Istituto Penitenziario, il Direttore del DSM, il Direttore del Dipartimento Dipendenze Patologiche, i Dirigenti delle articolazioni interne alla UOC Tutela della Salute in Carcere, i Responsabili delle Articolazioni competenti, i Referenti del personale infermieristico e tecnico; per specifiche problematiche connesse alla medicina penitenziaria, il Gruppo di lavoro dovrà essere integrato, a richiesta del Direttore della U.O.C. Tutela della Salute in Carcere, con la partecipazione dei Referenti dei Servizi Centrali e delle Aree Tematiche Aziendali competenti per altre attività. Al Gruppo di Lavoro Aziendale per la Tutela della Salute in Carcere spetterà prioritariamente il compito di predisporre il "Piano dell'offerta dei servizi sanitari dell'area penitenziaria", che andrà periodicamente aggiornato. Per motivate esigenze, il Direttore della UOC, sentito il predetto Gruppo, potrà attivare altri specifici sottogruppi di lavoro.

In ogni Presidio Penitenziario è individuata la funzione di Medico Referente d'Istituto (M.R.I.). Al predetto M.R.I., strutturalmente e gerarchicamente subordinato al Responsabile della UOS del presidio, saranno da quest'ultimo assegnati specifici compiti e/o funzioni, coerenti e sinergici con gli obiettivi della UOC; attribuzioni previste dalla disciplina della Legge 740/70, nel rispetto della normativa nazionale ed europea in tema di tetti orario di lavoro e nelle more dell'adozione di ulteriori indirizzi relativi alla tipologia di inquadramento e attribuzione di funzioni.

8.22 ISTITUZIONE DELLE FUNZIONI AZIENDALI

L'Azienda garantisce, per il tramite delle strutture territorialmente competenti (Distretti Sanitari e Dipartimenti Aziendali) l'assolvimento di tutte le funzioni sanitarie transitate al

SSR dall'Amministrazione Penitenziaria - intendendo la medicina penitenziaria, anche quando realizzata nell'ambito dei CDT, quale attività di tipo territoriale centralmente ed univocamente coordinata.

Essa, quindi, garantisce un omogeneo percorso per la presa in carico della Salute in Carcere da parte del Sistema Sanitario Regionale, in costante raccordo con gli organismi regionali, tra cui, prioritariamente, l'Osservatorio Permanente Regionale sulla Sanità Penitenziaria che, anche in collaborazione con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale, è preposto tra l'altro al monitoraggio delle attività dei servizi sanitari penitenziari, attraverso le funzioni di analisi del volume delle prestazioni erogate, di valutazione epidemiologica sulle caratteristiche dell'utenza e pattern di trattamento, di descrizione della condizione igienico sanitaria e di supporto alla costruzione di indicatori di struttura, livello ed esito a livello regionale.

8.23 INTEGRAZIONE TRA DISTRETTO E DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

L'integrazione tra il Distretto ed il Dipartimento di prevenzione è garantita a livello centrale dal coordinamento programmatico e funzionale impartito dal Direttore Sanitario Aziendale e attraverso la partecipazione al Collegio di Direzione strategica; a tale livello vengono stabilite le linee di intervento comune, le possibilità di raccordo territoriale nell'ambito delle rispettive autonomie organizzative e funzionali. Nei singoli Distretti le Unità operative afferenti al Dipartimento di Prevenzione dipendono sia sul piano programmatico che sul piano tecnico funzionale dai Servizi del Dipartimento stesso.

8.24 INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

La problematica dei rapporti ospedale-territorio ha il suo elemento nodale nella evidenza che si è realizzata, da parte di entrambe le strutture, una risposta distorta alla domanda di salute del cittadino.

Infatti, il distretto, attraverso le sue articolazioni, non soddisfa pienamente la domanda di prestazioni pur potenzialmente erogabili al di fuori dell'ospedale, rendendo talora obbligatorio per il cittadino il ricorso al pronto soccorso ed al ricovero; l'ospedale, nell'intercettare questa domanda inevasa, la soddisfa spesso attraverso l'utilizzo improprio del ricovero. Sostanzialmente, a fronte del bisogno di salute del cittadino, vi è da parte del distretto una risposta inadeguata e da parte dell'ospedale una risposta inappropriata.

Pertanto l'Azienda si pone i seguenti obiettivi:

- aumentare la capacità di risposta del Distretto Sociosanitario;
- modulare l'appropriatezza della risposta dell'Ospedale;
- migliorare l'integrazione delle funzioni;
- utilizzare gli strumenti normativi degli Accordi Collettivi, nazionali e decentrati dei MMG/PLS, con particolare riguardo ai punti relativi ad associazionismo e cooperazione, al fine di estendere in termini qualitativi e quantitativi la "copertura" della domanda degli assistiti da parte dei MMG/PLS. Obiettivo è adattare modalità di accesso ed orari di apertura degli ambulatori dei MMG/PLS alle reali esigenze dell'utenza ed ampliare i tempi della copertura del servizio in modo da realizzare, in cooperazione con le SAUT, un reale dispositivo di continuità assistenziale sul territorio;
- Stabilizzare e razionalizzare l'assetto operativo e strutturale del sistema delle SAUT. Queste saranno coordinate con i presidi della Continuità Assistenziale. Tutto il sistema dell'emergenza-urgenza sarà inteso non come semplice punto di smistamento verso l'ospedale o di emanazione di prestazioni di cui si richiederà la replica al MMG/PLS il giorno successivo. Per questo scopo sarà proseguito ed

- ampliato il programma di formazione degli operatori;
- Rispondere a bisogni di maggiore complessità amplificando la capacità del distretto, attraverso l'uso delle conoscenze tecniche ed organizzative innovative, di affrontare problematiche a maggiore complessità. Per tale motivo sarà data particolare attenzione a quei progetti, anche sperimentali, che prevedano la possibilità, per i medici dell'assistenza primaria e della continuità assistenziale, di effettuare l'osservazione breve del paziente e di somministrare terapie di prima cura o di elezione in pazienti stabilizzati, anche attraverso la diffusione dei sistemi di self help diagnostico e mediante la riqualificazione strutturale degli ambulatori.
 - Allargare le esperienze delle strutture sanitarie intermedie, con la possibilità di realizzare attività di cura a ciclo diurno anche in ambito extra ospedaliero; tali attività, pur permanendo nella sfera del ricovero e quindi nella piena pertinenza ospedaliera, saranno realizzate spostando, per patologie tipicamente di elezione, il "contenuto" ospedaliero (operatori, conoscenze) in un "contenitore" (la struttura sanitaria intermedia) a minore complessità e dunque a minor assorbimento di risorse.
 - Modulare l'appropriatezza della risposta dell'Ospedale adottando protocolli condivisi, quali il PRUO (Protocollo per la Revisione dell'Uso dell'Ospedale), in modo da selezionare in maniera adeguata ed omogenea i pazienti realmente abbisognevoli di ricovero.
 - Riconoscere la remunerazione tariffaria dell'attività di P.S. ed osservazione breve. A tal proposito verrà attivata l'informatizzazione delle attività del pronto soccorso.
 - Migliorare l'integrazione sviluppando e sostenendo il rapporto MMG-Ospedale sia nel pre-ricovero (prescrizione del ricovero di elezione, e non abuso della modalità di ricovero di PS o per auto-prescrizione), sia durante il ricovero (partecipazione alla consultazione clinica), sia nel post-ricovero (continuità delle cure sulla base di linee guida comuni condivise).
 - Utilizzare appieno le Carte dei Servizi, anche attraverso la lettura "trasversale" delle Carte prodotte dalle AA.OO. e dalle altre AA.SS.LL., per la conoscenza dell'offerta e l'indirizzo del paziente al servizio che offra la risposta più adeguata allo specifico bisogno di salute.
 - Attivare diffusamente, come già previsto da specifici progetti per la de-ospedalizzazione presentati alla Regione Campania, la Assistenza Domiciliare Integrata, che per la sua complessità organizzativa e per lo sforzo di integrazione che richiede, può avere ricadute positive anche fuori dal proprio specifico ambito di applicazione, costituendo le premesse metodologiche, culturali ed organizzative per una integrazione applicabile anche ad altri obiettivi assistenziali.

Nel Presidio Ospedaliero di Teano é stato già attivato l'ospedale di Comunità ed il trasferimento delle attività ambulatoriali del distretto (SPS). Nel presidio di Capua é in corso di attivazione l'Ospedale di Comunità mentre le attività distrettuali già sono state trasferite.

8.25 PIANO ATTUATIVO LOCALE

Il PAL è lo strumento di programmazione attraverso il quale l'ASL Caserta, in relazione alle risorse disponibili ed ai vincoli del piano sanitario regionale, programma le proprie attività su base triennale.

Il PAL, in esecuzione di quanto previsto dalla programmazione regionale e sulla base degli indirizzi formulati dalla Conferenza dei Sindaci, definisce:

- le attività da svolgere, in rapporto agli obiettivi determinati ed ai livelli essenziali di assistenza da garantire nonché le risorse finanziarie che attribuisce alle proprie strutture;

- i livelli quali-quantitativi delle prestazioni assistenziali e le modalità di fruizione di servizi;
- le modalità di integrazione tra servizi sociali e sanitari;
- le modalità ed i termini di attuazione dei progetti obiettivi delle azioni programmate, anche ai fini della individuazione dei relativi percorsi assistenziali;
- gli strumenti, lo sviluppo e la rideterminazione della rete ospedaliera locale;
- gli strumenti per lo sviluppo dell'assistenza distrettuale;
- le azioni conseguenti agli impegni assunti in sede di adozione e aggiornamento annuale della carta dei servizi;
- i livelli e le forme della partecipazione dei cittadini e delle organizzazioni rappresentative degli utenti.

Con il PAL saranno indicati:

- gli obiettivi e i risultati di gestione da raggiungere attraverso l'utilizzo del sistema di budget;
- gli strumenti ed i sistemi per il controllo qualitativo e gestionale dei risultati;
- l'attribuzione delle risorse alle proprie strutture organizzative e l'individuazione dei settori e delle quote di attività per le quali sono previste iniziative di concertazione interaziendale e di contrattazione con istituzioni private, prevedendone gli esiti organizzativi, economici e finanziari;
- le necessità di risorse materiali e di personale e le loro modalità di reperimento;
- i piani di investimento per il potenziamento e l'ammodernamento strutturale e per l'acquisizione di tecnologie sanitarie sulla base delle risorse assegnate e di quelle comunque disponibili a questo fine.

8.26 PIANO ANNUALE DELLE ATTIVITÀ

Il Piano Annuale delle Attività (PAA) o Direttiva annuale del Direttore Generale, è lo strumento di programmazione attraverso il quale l'ASL Caserta adegua ed attualizza annualmente i programmi contenuti nel PAL alle esigenze di compatibilità e di priorità.

Con il piano annuale delle attività la Direzione Aziendale dà operatività agli obiettivi determinati dalla pianificazione strategica, che orienta e vincola tutti i produttori sanitari, interni ed esterni all'Azienda, pubblici e privati.

La Direzione Aziendale assolve in tal modo alla propria funzione di committenza presiedendo alla negoziazione e stipula degli accordi contrattuali con gli erogatori interni ed esterni, che garantiscono le compatibilità tra il piano annuale delle attività e le risorse disponibili.

La programmazione annuale con gli erogatori interni è attuata mediante il processo di budget con il quale le risorse umane, tecnologiche, e finanziarie disponibili vengono assegnate alle articolazioni aziendali, individuate dal presente Atto Aziendale, alle quali vengono parimenti assegnati gli specifici obiettivi di attività da conseguire nel rispetto degli standard di qualità attesi.

Il processo di budgeting è un'attività di programmazione i cui elementi fondamentali sono la correlazione tra risorse ed attività nonché tra obiettivi previsti e risultati raggiunti.

L'insieme dei budget dei vari centri di responsabilità e di costo costituisce il budget generale d'Azienda che si allega al Bilancio economico preventivo di ciascun anno.

Con cadenza trimestrale vengono prodotte, in modo sistematico, le informazioni di attività e di utilizzo delle risorse per verificare che l'andamento della gestione sia in linea con gli

obiettivi previsti ed adottare, in caso contrario, le misure correttive necessarie.

8.27 RELAZIONE SANITARIA

Ai sensi dell'art. 18 della L.R. 10/2002 l'ASL Caserta, predispone e trasmette alla Giunta Regionale entro il 31 gennaio di ogni anno, una relazione sanitaria contenente la sintesi dei dati e delle informazioni raccolte ed elaborate dal sistema informativo del Controllo di Gestione in ordine:

- alle condizioni di salute della popolazione;
- alle attività dei Distretti Sociosanitari, dei Presidi Ospedalieri, dei Dipartimenti e dei Servizi;
- alla situazione economico-finanziaria;
- allo stato di attuazione dei piani attuativi con la indicazione degli strumenti e dei sistemi utilizzati per la misurazione dei risultati raggiunti.

TITOLO IX – LA RETE OSPEDALIERA

9.1 LA RETE

Il D.L. 18.09.2000 n° 347, convertito con modificazioni nella Legge 16.11.2001 n° 405, nel mirare ad un contenimento dei posti letto stigmatizza:

- la progressiva messa a regime del Day-Surgery;
- il superamento delle Liste di Attesa;
- l'integrazione Ospedale-Territorio.

La chirurgia di giorno, o day surgery, è la modalità tecnico-organizzativa definita come *"la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici, od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive, in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, in anestesia locale, loco-regionale o generale"*.

Con questa modalità assistenziale si ottiene migliore qualità di cura per il cittadino, ma anche il contenimento dei ricoveri impropri e l'abbattimento della relativa spesa in linea con gli attuali orientamenti di programmazione sanitaria contenuta nel Piano Sanitario Nazionale. Le strutture ospedaliere dell'Azienda (pubbliche e accreditate) dovranno progressivamente procedere all'attivazione della day-surgery dotandosi di opportuno regolamento che tenendo conto delle caratteristiche delle strutture erogatrici delle prestazioni individui le procedure chirurgiche eseguibili in day-surgery e le modalità organizzative dell'attività di day-surgery così come definite dalla Giunta Regionale.

Le liste di attesa rappresentano un momento particolarmente critico della percezione che i cittadini hanno della qualità del Sistema sanitario nazionale (SSN). Infatti le liste di attesa hanno a che fare con alcuni valori e principi fondamentali quali l'efficacia, l'efficienza, l'appropriatezza delle prestazioni, l'equità geografica e tra gruppi sociali rispetto ai livelli assistenziali ed ai diritti di cittadinanza, nonché la cultura del servizio cioè l'atteggiamento di trasparenza ed attenzione verso l'utenza che fa del problema del cittadino un problema proprio dei servizi.

L'ASL Caserta avendo attivato il CUP in tutti i distretti e nei PP.OO. ed il Call Center presso il Servizio Controllo di Gestione ha aderito al progetto definito dall'ARSAN, ai sensi della Legge 662/96, per la riduzione dei tempi di attesa e una attività di monitoraggio sulle prestazioni c.d. "critiche", individuate nella D.G.R. n. 4061 del 7/9/2001 con l'obiettivo da perseguire nel breve e medio tempo di ridurre i tempi di attesa per:

- garantire al cittadino il diritto ad informazione certe;

- assicurare la trasparenza delle procedure di gestione;
- ridurre i tempi di attesa per alcune prestazioni prioritarie e critiche in ragione della frequenza e dell'impatto sullo stato di salute e dell'appropriatezza, che non riguarda solo l'appropriata indicazione di una prestazione, ma anche l'appropriato livello assistenziale in cui una prestazione deve essere erogata;
- ridurre la disomogeneità tra attività istituzionale e libera professione per evitare situazioni di forte disagio per l'utenza e l'impressione di una gestione di tipo privatistico delle risorse pubbliche;
- aumentare l'accessibilità attraverso sistemi informatici e CUP;
- assicurare il rispetto dei tempi stabiliti e attuare misure di recupero in caso che questo non avvenga;
- aumentare l'appropriatezza della domanda.

9.2 IL PIANO OSPEDALIERO

A seguito della programmazione regionale precedente, numerose strutture sono state chiuse o è stata prevista la dismissione verso attività territoriali solo in parte realizzate.

L'emanazione del DM 70/2015 ha imposto un nuovo metodo di programmazione dell'assistenza ospedaliera, nella riclassificazione della tipologia dei presidi ospedalieri e nella metodologia di calcolo della dotazioni dei posti letto.

La nuova norma in vigore evidenzia la criticità rappresentata dal ridotto numero di presidi ospedalieri attivi e ne richiede il recupero, secondo un nuovo modello di stabilimento accorpato ad un presidio principale.

L'area della Provincia di Caserta è risultata fortemente penalizzata dalla precedente programmazione, che prevedeva un rapporto di 2,61 posti letto/1000 abitanti. Ciò ha determinato inevitabilmente grandi ricadute sulla aumentata mobilità degli utenti presso altre aziende e fuori regione e grosse criticità nei presidi della rete.

Con il DCA 33/2016 è possibile colmare questa rilevante criticità, programmando nell'area della Provincia di Caserta un incremento sostanziale di posti letto e di discipline a rinforzo dell'attività pubblica.

L'incremento dei posti letto ottenuto in applicazione del DM 70/15 e del DCA 33/2016 permetterà una migliore equità di accesso alle cure sui vari bacini di popolazione e costituirà uno strumento di contrasto alla mobilità regionale.

Uno dei fattori critici nella precedente programmazione si è rivelato il prolungato periodo di realizzazione della nuova Azienda Universitaria Ospedaliera dell'Università della Campania "Luigi Vanvitelli": dotata – in previsione - di circa 350 posti letto, essi venivano assegnati alla dotazione dei posti letto della Provincia di Caserta, sebbene la struttura non fosse ancora realizzata e risulti tutt'oggi in fase di costruzione.

In conseguenza è necessario riconsiderare la dotazione dei posti letto della ASL Caserta, che coincide con il territorio della Provincia di Caserta, e ricollocare l'integrazione dell'offerta sanitaria pubblica nei presidi già disponibili, con qualche intervento di potenziamento strutturale e recupero di stabilimenti ospedalieri.

Ne consegue che la programmazione dell'Azienda necessita di una graduale implementazione delle strutture sanitarie esistenti e attive per rendere disponibili i posti letto previsti dalla programmazione del DCA 33/2016.

Il DM 70/15 definisce un nuovo modello di classificazione dei Presidi inseriti nella rete ospedaliera, prevedendone tre diversi livelli di complessità, in relazione al bacino di utenza e ad uno standard di discipline minime per la configurazione al relativo livello.

Di seguito si riportano le diverse tipologie previste e gli standard da rispettare per procedere alla classificazione del singolo presidio:

- Presidi ospedalieri di base, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, salvo le deroghe previste nella rete di emergenza urgenza, dotati di sede di Pronto Soccorso con la presenza di un numero limitato di specialità ad ampia diffusione territoriale: Medicina interna, Chirurgia generale, Ortopedia, Rianimazione e servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità H24 di Radiologia, Laboratorio, Emoteca, nonché di letti di “Osservazione Breve Intensiva”;
- Presidi ospedalieri di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, sede di DEA di I livello dotati delle seguenti specialità: Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (se prevista per n. di parti/anno), Pediatria, Cardiologia con U.T.I.C., Neurologia, Psichiatria, Oncologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, con servizio di guardia attiva e/o di reperibilità oppure in rete per le patologie che la prevedono. È prevista la presenza attiva o disponibilità in rete H24 dei Servizi di Radiologia almeno con T.A.C. ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale. Per le patologie complesse (quali i traumi, quelle cardiovascolari, lo stroke) sono previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento dei pazienti presso i Centri di II livello. Sono dotati, inoltre, di letti di “Osservazione Breve Intensiva” e di letti per la Terapia Subintensiva (anche a carattere multidisciplinare);
- Presidi ospedalieri di II livello, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, sedi di DEA di II livello, dotati di tutte le strutture previste per l'Ospedale di I livello, nonché di strutture che attengono alle discipline più complesse non previste nell'Ospedale di I livello.

La programmazione regionale nella Macroarea Caserta prevede un numero di presidi ospedalieri con pronto soccorso da 6 ad un massimo di 11, di cui 1 DEA di II° livello; da 3 a 6 DEA di I° livello, con un totale minimo complessivo di 6 punti di accesso.

Per garantire la completa copertura dell'assistenza di emergenza, nell'area di interesse della Azienda Sanitaria Locale Caserta, sono previsti punti di accesso per l'emergenza ospedaliera nei Presidi Ospedalieri di: Aversa (individuato come DEA di I° livello), Sessa Aurunca, S. Maria Capua Vetere, Piedimonte Matese, Maddaloni, Marcianise ai quali si aggiunge la Casa di Cura Pineta Grande di Castelvolturmo, e l'AORN di Caserta con i propri punti di pronto soccorso.

Viceversa per le ordinarie attività di ricovero e cura ospedaliera è prevista un'ampia gamma di specialità, non tutte immediatamente attivabili. Infatti, è previsto un primo step di attivazione di degenze ospedaliere con competenze professionali disponibili, come è il caso di Cardiologia e il potenziamento della rete di rianimazione cardiologica (UTIC), e viceversa lo slittamento nel prossimo futuro di degenze mediche di cui è attualmente priva l'Azienda: è il caso di Neurologia, Riabilitazione e Lungodegenza in parte previste nella futura programmazione aziendale (§ 4.3.5 del DCA 33/2016: ... gli Atti aziendali dovranno contenere le specifiche azioni che, articolate nel periodo temporale di vigenza del presente piano, porteranno alla risoluzione delle eccedenze e delle carenze attualmente presenti per singola disciplina).

Infatti, sono state attivate le procedure previste dalla norma e consentite dal Piano di

rientro per l'acquisizione delle risorse umane e strumentali necessarie per l'attivazione di tutte le discipline previste dal Piano regionale ed è stato programmato un piano di edilizia sanitaria per le strutture attive.

Pertanto l'attuale programmazione delle discipline ospedaliere prevede:

Il Presidio Ospedaliero di Aversa, dove è prevista l'attivazione della Neurologia, viene inserito nella rete Ictus come centro spoke, mentre accede al ruolo di hub di I° livello nella rete cardiologica con attivazione dell'emodinamica; funge da pronto soccorso per traumi (PST); è spoke di II° livello per la rete pediatrica e spoke di I° livello nelle rete di terapia del dolore. Riceve le nuove discipline di Oculistica e Urologia.

Il Presidio Ospedaliero di Marcianise, che non subirà la confluenza con il P.O. di Maddaloni come nella precedente programmazione, resta identificato come Presidio Ospedaliero con Pronto Soccorso, riceve la disciplina di Terapia Intensiva. Incrementa la disciplina di Gastroenterologia. Mantiene la disciplina di Ostetricia e Ginecologia con la Pediatria che diventa spoke di II° livello per le emergenze pediatriche.

Il Presidio Ospedaliero di Maddaloni viene riprogrammato quale Presidio Ospedaliero con Pronto Soccorso e annesso stabilimento di San Felice a Cancelli con le discipline di Medicina, Cardiologia, Pneumologia e Neurologia, oltre la Chirurgia e l'Oculistica. Si conferma la Terapia Intensiva con Urologia e ORL. Vengono istituite le discipline di Lungodegenza e Riabilitazione.

Il Presidio di San Felice a Cancelli riconvertito precedentemente in presidio di lungodegenza, riabilitazione e **Hospice** (in corso di realizzazione), viene riconfigurato quale stabilimento annesso al P.O. di Maddaloni. È spoke di I° livello nella rete di terapia del dolore. Collocato nella "Terra dei fuochi", dove è prevista la necessità di soddisfare un crescente bisogno sanitario in ambito oncologico. Il piano regionale riconferisce al presidio una attività di degenza per l'Oncologia medica (con rafforzamento contestuale delle tecnologie diagnostiche) e per la disciplina di Geriatria.

Il Presidio Ospedaliero di S. Maria Capua Vetere viene inserito quale spoke di I° livello nella rete cardiologica con il mantenimento di cardiologia-utic. In tale presidio viene implementata una UO di Ortopedia proveniente dalla confluenza del PO di Capua. Vengono implementate le discipline Recupero e Riabilitazione funzionale, Pneumologia, Neurologia e Gastroenterologia. Si programmano Servizi di Oculistica e Otorinolaringoiatria in regime di Day Surgery e Day Service.

Per il **Presidio Ospedaliero di Piedimonte Matese** occorre considerare la possibilità di un servizio di elisoccorso, al fine di sopperire ai disagi per la gestione dei traumi e dei percorsi tempo-dipendenti, data l'orografia e la difficile viabilità. È spoke di I° livello per la rete pediatrica. Vengono istituite le discipline di Neurologia (requisito per spoke nella rete ictus), Pneumologia, Lungodegenza e potenziata l'Oncologia.

Il Presidio Ospedaliero di Sessa Aurunca con Pronto Soccorso, è spoke di I° livello nella rete IMA, spoke di I° livello nelle emergenze pediatriche, riceve la disciplina di Oncologia.

Il Presidio di Teano è stato riconvertito in **Ospedale di Comunità**.

Il Presidio di Capua, confluito nel P.O. di Santa Maria Capua Vetere, sarà riconvertito in **Ospedale di Comunità**.

La individuazione dei punti di accesso alla rete emergenza-urgenza è condizionata dalla carenza di offerta con la necessità della conferma di quelli esistenti.

In sintesi la Macroarea di Caserta viene potenziata con ulteriori 503 posti letto, prossimi agli standard previsti dal DM 70/2015.

9.3 ARTICOLAZIONE DELLA RETE DELL'EMERGENZA - URGENZA

All'interno del quadro riportato, configurato sulla base dell'articolazione dei presidi per livelli di complessità secondo i criteri della rete dell'emergenza-urgenza, è prevista la costruzione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale, secondo le indicazioni del regolamento, nonché il collegamento, particolarmente per quanto riguarda le reti per patologie tempo-dipendenti, alla rete emergenza-urgenza.

Le reti cliniche tempo-dipendenti previste sono:

- La rete IMA;
- La rete Stroke;
- La rete Traumatologica;
- La rete delle Emergenze Pediatriche;
- La rete delle Emergenze Digestive;
- La rete Neonatologica con i punti nascita.

Le reti sono costruite secondo il modello *hub* e *spoke*, previsto su due o tre livelli.

Occorre realizzare la massima integrazione del percorso di presa in carico del paziente tra contesto territoriale di riferimento e ospedale. È necessario migliorare i livelli di raccordo tra strutture ospedaliere e sistema urgenza-emergenza 118.

Le risorse del territorio, inoltre, vanno raccordate al loro stesso interno con coinvolgimento della Medicina Generale, degli Specialisti Ambulatoriali, del sistema di trasporto in emergenza urgenza, della Continuità Assistenziale, anche postulando una completa riorganizzazione del percorso di presa in carico.

In particolare, l'ottimizzazione del raccordo tra operatori e strutture coinvolti richiede:

- un costante monitoraggio della attuale organizzazione e delle risorse presenti sul territorio quale premessa fondamentale per una programmazione più efficiente ed efficace;
- la creazione ed efficientamento di un sistema di rete integrato con costituzione di un fascicolo sanitario elettronico per la gestione costante e aggiornata dei dati sanitari;
- la formazione permanente degli operatori coinvolti nel sistema secondo il livello di intervento richiesto ad ognuno;
- l'utilizzo di un sistema di indicatori in continuo per la valutazione del servizio, in termini di risposte organizzative e delle procedure seguite, nonché in termini di esiti sanitari degli interventi effettuati.

9.3.1 LA RETE TERRITORIALE EMERGENZA – URGENZA E IL SISTEMA 118

9.3.1.1 INTRODUZIONE

Il Sistema Sanitario per l'emergenza-urgenza è costituito da una componente "territoriale" e da una "ospedaliera". La prima è costituita dal sistema di allarme sanitario della Centrale Operativa del 118 e dalle Attività Territoriali di Soccorso. La seconda è costituita dai Servizi

e dai presidi ospedalieri, funzionalmente differenziati e organizzati in maniera gerarchica. Le due componenti operano in conformità ai contenuti del D.P.R. 27 marzo 1992 (Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza) e dell'Atto d'Intesa Stato-Regioni del 17 maggio 1996 e s.m.i.

9.3.1.2 LA CENTRALE OPERATIVA DEL 118

La C.O. 118 ha funzioni prevalentemente tecnico-organizzative, svolge compiti di processazione delle chiamate, di identificazione del codice d'intervento sulla base della gravità/urgenza del caso, invio del mezzo più idoneo, guida fino al luogo dell'evento.

Essa inoltre:

- coordina tutti gli interventi di urgenza/emergenza nell'ambito territoriale di competenza. Gestisce operativamente tutti i mezzi di soccorso disponendo eventuali movimentazioni estemporanee, qualora se ne ravvedesse la necessità per situazioni contingenti che si possano presentare, al fine di ottimizzare le risorse e rispondere agli obiettivi del sistema di emergenza-urgenza (riduzione del free therapy interval, risposta adeguata alla richiesta di soccorso, ecc).
- assicura le attività di collegamento in rete con le altre centrali operative, con altri settori di emergenza (VVF, Protezione Civile, UCR, ecc.) ed il coordinamento delle emergenze locali intra ed extra-ospedaliera.
- è responsabile della programmazione aziendale della localizzazione dei mezzi di soccorso sul territorio in base alle esigenze sanitarie, ai tempi di percorrenza ed alla rete stradale.
- è responsabile dell'appropriatezza del trasporto nella scelta, per i pazienti eleggibili per trattamenti specialistici, dell'ospedale più adeguato all'interno della rete in cui è prevista la specifica attività, nel rispetto dello specifico protocollo.

La Centrale Operativa opera in stretto collegamento funzionale con le altre strutture della Rete d'Emergenza-Urgenza, sulla base di comuni linee guida e protocolli operativi, per realizzare la continuità terapeutica tra il territorio e l'ambiente ospedaliero.

Il DM 70/15 prevede la ridefinizione dei bacini di riferimento delle centrali operative, definendo uno standard pari a una centrale per un bacino di riferimento non inferiore a 0,6 milioni e oltre di abitanti.

La centrale operativa è gestita dall'Azienda Sanitaria Locale (legge Regionale n.13 del 18.5.2016).

Postazioni SAUT attive

DS	Postazione	n. ambulanze
12	CASERTA	2
13	MADDALONI	1
13	S. FELICE a CANCELLO	1
14	CAIANELLO	1
14	TEANO	1
14	SESSA	1
15	PIEDIMONTE MATESE	1
15	CAIAZZO	1
16	MARCIANISE	1
17	AVERSA	1
18	GRICIGNANO d'AVERSA	1
19	TRENTOLA DUCENTA	1

20	CASAL DI PRINCIPE	1
21	CURTI	1
22	CAPUA	1
22	CALVI RISORTA	1
23	MONDRAGONE	1
23	CASTELVOLTURNO	1

Postazioni Demedicalizzate

DS	Postazione	n. ambulanze
14	ROCCAMONFINA	1
15	ROCCAROMANA	1

9.3.1.3 – L'ORGANIZZAZIONE DELL'AREA DI ASSISTENZA IN EMERGENZA

In ogni ospedale dotato di pronto soccorso deve essere presente un'area triage infermieristico, attiva nelle 24 ore, secondo le indicazioni contenute nel DCA n.57/2012, nel rispetto del principio che *“ad ogni livello, il triage è lo strumento di valutazione della tipologia e della priorità di intervento”*.

I Posti letto di Osservazione Breve Intensiva (OBI) sono previsti nei Pronto Soccorso dei presidi ospedalieri sede di DEA di I° e di II° livello, e comunque per presidi dotati di PS con un numero di accessi/anno non inferiore a 20.000. La postazione OBI è l'unità dedicata al paziente ove si realizzano le attività di assistenza, diagnosi e cura, nel rispetto della privacy e del comfort. La dotazione delle postazioni dedicate all'OBI è individuata mediante il criterio di una postazione ogni 6.000 accessi al Pronto Soccorso. Le postazioni di OBI sono funzionali e pertanto non devono essere considerate nella dotazione totale dei posti letto dedicati al ricovero ospedaliero.

In ogni presidio ospedaliero sede di DEA di I° e di II° livello, e comunque per presidi dotati di PS con un numero di accessi/anno non inferiore a 50.000, dovrà essere presente un reparto di medicina d'urgenza (a valere sui p.l. della disciplina di medicina e chirurgia di accettazione e d'urgenza, laddove prevista). L'area del PS-OBI e della Medicina d'urgenza a regime dovrà essere dotata di un organico unico e funzionalmente integrato sotto la responsabilità di un unico medico. In quest'area potranno essere utilizzati i medici unici dell'emergenza. Dovranno inoltre essere previsti percorsi diagnostico terapeutici integrati con le unità operative di medicina generale.

Nella rete della emergenza urgenza vanno ridefiniti i rapporti con il Servizio della Continuità Assistenziale. Così come attualmente erogato il servizio di Continuità assistenziale si configura quale prevalente medicina di attesa. Nella prossima applicazione del DM 70/15 e nella rivisitazione del DCA n. 18/2015 questo servizio troverà una ricollocazione funzionale anche nell'area dell'emergenza-urgenza con collegamento alla centrale operativa attraverso il numero unico 118 e nei presidi territoriali (anche in PS/DEA) per l'assistenza ai codici bianchi. Alle centrali operative viene assegnato il monitoraggio delle attività in funzione dell'appropriatezza delle cure nell'ambito delle prestazioni di emergenza urgenza. Infine, il Servizio della continuità assistenziale parteciperà in integrazione alla rete delle Cure Primarie nell'ambito delle AFT/UCCP per le quali è in progettazione la rete regionale.

9.4 LA RETE CARDIOLOGICA

La sindrome coronarica acuta (SCA) e le altre emergenze cardiologiche (scompenso

cardiaco ed aritmie) costituiscono condizioni di alta frequenza e mortalità che presuppongono trattamenti di elevata complessità, che hanno nelle Unità intensive coronariche (UTIC), nei Servizi di Emodinamica interventistica (EI) e nelle UO di Cardiocirurgia i loro cardini assistenziali fondamentali. In particolare i Pazienti con SCA in accordo con le linee guida internazionali, si giovano di trattamenti intensivi, che includono la trombolisi farmacologica e, nella maggioranza dei casi, in tempi brevi o brevissimi, procedure invasive di pertinenza delle Emodinamiche Interventistiche, quali la coronarografia ed interventi di rivascularizzazione.

9.5 – LA RETE PER L'ICTUS

9.5.1 PREMESSA

Nonostante la Regione Campania avesse emanato con DGR n. 257 del 2005 uno specifico documento “Linee guida per il trattamento dell'ictus cerebrale” propedeutico alla progettazione della rete stroke, questo non ha ricevuto alcuna applicazione operativa.

La precedente programmazione di riordino della rete ospedaliera provvedeva a descrivere la rete dell'ictus cerebrale, i livelli funzionali (unità ictus di 2° livello, unità ictus di 1° livello, aree dedicate all'ictus).

9.5.2 LA MACRO-AREA DELLA PROVINCIA DI CASERTA

La Provincia di Caserta ha 924.614 residenti ha ampia estensione territoriale con aree a diversa densità di popolazione. La tabella 48, già citata, evidenzia l'incidenza delle varie diagnosi di patologia rilevata nel 2013 nella ASL in questione.

Il piano prevede necessari i seguenti punti di accesso alla rete:

- n. 1 Unità stroke hub dislocata nell'A.O. S. Sebastiano di Caserta
- n. 2 Unità spoke, nell'Ospedale Moscati di Aversa e nella Casa di Cura Pineta Grande di Castel Volturno

L'analisi dei dati dimostra inoltre che la Provincia di Caserta è quella in cui vi è la maggiore dispersione dei ricoveri per ictus, con una notevole mobilità anche verso ospedali di ASL vicine, fenomeno che dovrebbe scomparire con il potenziamento e la dislocazione dell'offerta prevista dal piano nella rete stroke.

Attualmente nessuna delle strutture ospedaliere individuate è in grado di assicurare la completa assistenza per le forme emorragiche, in particolare per l'assenza della neuroradiologia nell'A.O. S. Sebastiano. Per il tempo necessario alla attivazione delle predette specialità, è necessario stabilire una connessione funzionale con l'hub dell'A.O. Cardarelli per il consulto ed il trasferimento dei casi trattabili della predetta patologia.

9.6 ALTRE RETI PER PATOLOGIA

9.6.1 LA RETE PER L'EMERGENZA PEDIATRICA

Il DM 70/2015 avvia la fase applicativa del processo di qualificazione e riorganizzazione della rete ospedaliera che, insieme a quella delle cure primarie, costituisce la fondamentale linea di programmazione sanitaria per la sostenibilità del SSN.

Tale qualificazione e riorganizzazione è assolutamente indispensabile in Campania per la pediatria: infatti, pur essendo la regione Campania una regione caratterizzata da classi di

età molto giovani, manca ancora di un sistema organizzato ed integrato di assistenza pediatrica.

A tal fine occorre procedere alla definizione di una rete dell'emergenza pediatrica attraverso un modello hub-spoke (oggetto di questa sezione) con la definizione dei ruoli e delle competenze che ogni singola struttura deve svolgere tenendo conto che, nella fase acuta l'organizzazione deve avvenire per livelli diversificati di intensità di cure:

- Spoke di I° Livello ubicati negli Ospedali sedi di PS. In questo livello vengono inserite strutture di pediatria che pur non essendo inserite in Ospedali sedi di DEA sono indispensabili per assicurare assistenza pediatrica a pazienti acuti in aree ad alta densità abitativa o lontani da DEA o particolarmente disagiate.
- Spoke di II° livello ubicati presso ospedali sedi di Pronto Soccorso, fanno capo al DEA più vicino e devono essere dotati di P.S. pediatrico e guardia pediatrica attiva.

9.6.2 I PUNTI NASCITA E ASSISTENZA NEONATALE

Con deliberazione della giunta regionale n.532 del 29.10.2011 la Regione Campania ha recepito l'Accordo in conferenza unificata sul documento concernente le linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della quantità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo.

In tale accordo si è convenuto di procedere alla razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita con numero di parti inferiore a 1.000/anno. Nella Regione sono presenti ancora punti nascita pubblici che nell'anno hanno assicurato meno di 500 parti, anche dopo le numerose dismissioni già intervenute. Per tale settore di intervento viene programmato un percorso tendente a realizzare entro il 31.12.2018 una rete di offerta costituita da punti parto che assicurano almeno 1.000 parti/anno fatte salve specifiche deroghe. Considerato che le chiusure già intervenute e quelle programmate determineranno un migliore afflusso nelle restanti strutture, il percorso nel pubblico non potrà che avere un carattere graduale partendo, salvo le deroghe (zone difficilmente accessibili e isole), dal limite inferiore dei 500 parti. Per quanto riguarda, in particolare, le strutture private i punti parto che non raggiungono lo standard di 500 parti sono stati già esclusi dalle strutture accreditate con decorrenza dal 01.01.2015.

Nella Provincia di Caserta, considerato che sono già intervenuti il trasferimento a Marcianise del punto parto di Maddaloni e la chiusura del punto parto della Casa di Cura Santa Maria della Salute, il Decreto 33/2016 prevede una deroga per il PO di Piedimonte Matese (174 parti nel 2015), in considerazione della collocazione geografica del comune, della natura del territorio e del ruolo quale ospedale sede di Pronto Soccorso; si prevede deroga anche per il P.O. di Sessa Aurunca per la carenza di altre strutture nella vasta area di competenza ed in contrasto alla mobilità passiva verso il basso Lazio.

9.6.3 LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE NEONATOLOGICA E DELLE TERAPIE INTENSIVE NEONATALI

Nell'attuale situazione della Regione Campania, si registrano diverse discrasie in merito all'efficacia della rete neonatologica e delle Terapie Intensive Neonatali (TIN), quali quelle relative alla elevata percentuale di trasferimenti di neonati pari a più di 1.600 all'anno (circa il 2,5% vs una media nazionale dell'1,5%), l'assenza di un Sistema di Trasporto Assistito Materno (STAM), il cosiddetto "trasporto in utero" e la scarsa capacità delle neonatologie a trattare neonati che necessitino di cure intermedie, con trasferimento alle TIN anche di neonati che non richiedono cure intensive.

Il piano prevede una riorganizzazione della rete assistenziale neonatale che integra quanto previsto dalle Linee guida dell'accordo Stato-Regioni del 2010 *“Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo”* con le disposizioni del DM 70/2015.

Il piano, pertanto, prevede assistenza ai neonati fisiologici con problemi di adattamento alla vita extrauterina e neonati affetti da patologie (circa il 10% dei parti) che necessitano di cure intermedie e non richiedono cure intensive (ipoglicemia o tachipnea transitoria) e neonati prematuri >34 settimane.

9.7 LA RETE PER LE EMERGENZE GASTROENTERICHE

9.7.1 PREMESSA

Con oltre 878.000 ricoveri nel 2014 le malattie dell'apparato digerente rappresentano la seconda causa di ospedalizzazione in Italia e il 10% di tutti i motivi di ricovero, con un trend in aumento. La Campania è al secondo posto in Italia, dopo l'Abruzzo, per ricoveri a causa di patologie gastroenterologiche. Nella regione, infatti, queste malattie sono responsabili di oltre 135.800 ricoveri, di cui 89.600 ordinari e 46.100 in day hospital. Rappresentano l'8,7% di tutti i ricoveri ogni anno. Queste patologie, inoltre, sono causa della morte di più di 5 uomini ogni 10.000/anno mentre tra le donne il dato scende a circa 3,5 su 10.000/anno.

Le malattie gastroenterologiche sono dunque responsabili di una quota rilevante di prestazioni assistenziali e di consumo di farmaci, implicando anche problemi di appropriatezza clinica ed organizzativa, ed impattano fortemente anche sull'organizzazione della rete dell'emergenza/urgenza.

L'emorragia digestiva è la più grave delle emergenze gastroenterologiche: essa risulta essere più frequente al sud Italia: le Regioni del Sud Italia mostrano per questa patologia una mortalità superiore (8,1%) rispetto a Nord (6,6%) e Centro (4,1%).

Risulta evidente la necessità di creare una rete regionale per le urgenze gastroenterologiche per consentire a tutti i pazienti una prestazione appropriata, sia per il setting assistenziale, sia per la garanzia dell'accesso alla rete nella adeguata tempistica. È anche oggettivo rilevare che un livello di cura ospedaliero non specialistico aumenta la mortalità intraospedaliera e allunga le giornate di degenza.

9.7.2 L'ORGANIZZAZIONE DELLA RETE

Le emergenze/urgenze in gastroenterologia presentano un percorso complesso che combina aspetti gestionali clinici e strumentali, in particolare endoscopici.

Il Decreto 70/2015 non fornisce indicazioni in merito ai requisiti per *Hub* e *Spoke* di una rete per le emergenze gastrointestinali, e pertanto si individuano i seguenti criteri.

Nei punti Hub, cui devono afferire soltanto casi selezionati per la loro complessità, sono presenti:

- un DEA di II° o I° livello, con copertura della emergenza/urgenza h24 con tutte le specialità correlate;
- tutte le funzioni diagnostiche e terapeutiche che permettano una presa in carico completa del paziente con emorragia digestiva;
- la partecipazione alle attività di ricerca e di didattica.

Nei punti Spoke, cui devono afferire i pazienti che hanno bisogno comunque di una assistenza specialistica, sono presenti le seguenti funzioni:

- un Pronto Soccorso con servizio di pronta disponibilità endoscopica nei notturni e festivi;
- almeno una funzione di gastroenterologia dedicata o all'interno dell'AFO di Medicina.

Una Rete territoriale di presa in carico del paziente per la prevenzione e la gestione delle patologie correlate sarà ugualmente necessaria nella definizione del Piano Territoriale dell'assistenza. Una forte correlazione con la Medicina Generale sarà la base per una buona integrazione Ospedale-Territorio.

È rilevante provvedere alla costruzione della Rete per la risposta alle emergenze gastroenteriche, improntata sul modello di integrazione dei servizi di tipo "orizzontale", con il fine di garantire il miglioramento della gestione di prestazioni ad elevata complessità, soprattutto se erogate in un contesto di emergenza e urgenza, in centri qualificati sia dal punto di vista strutturale e tecnologico sia da quello delle professionalità presenti.

La rete per le emorragie digestive sarà composta dalle unità di gastroenterologia con endoscopia digestiva organizzate secondo il sistema Hub (presenti di norma nei presidi DEA di II° livello) e Spoke (presenti di norma nei presidi DEA di I° livello).

Il prospetto riepilogativo della rete è illustrato di seguito:

- Hub Area Caserta: AORN Caserta
- Spoke: PO di Aversa e PO di Marcianise.

9.8 LA RETE NEFROLOGICA

9.8.1 PREMESSA

La malattia renale cronica (MRC) é uno dei maggiori problemi di salute pubblica rappresentando un peso clinico rilevante e di notevole impatto sociale. Secondo l'OMS é una pandemia a livello mondiale.

Istituzioni internazionali come il "Center for Disease Control and Prevention "indicano la MRC come una delle priorità in ambito epidemiologico.

L'attenzione globale alla MRC é attribuibile a cinque fattori:

- il rapido incremento nella sua prevalenza;
- è la punta di un iceberg di malattia nascosta;
- il suo riconosciuto ruolo nell'aumentare il rischio di malattia cardiovascolare;
- la scoperta di efficaci misure di prevenzione della sua progressione;
- l'enorme costo del trattamento.

Dalle valutazioni effettuate dal Ministero della Salute nel 2010-2012 il costo per l'erogazione delle attività ambulatoriali nefrologiche é al 4° posto per significatività, rappresentando il 9.3% dei costi totali. La stima della prevalenza dei primi stadi di MRC e il trend evolutivo sono centrali per il management della malattia e la programmazione della prevenzione. Da qui la necessità della creazione di una rete nefrologica Campana.

Attualmente in Campania abbiamo una popolazione dialitica di circa 5000 pazienti, di questi circa il 2% pratica dialisi peritoneale; la restante popolazione pratica emodialisi per un totale in percentuale 863/pmp. Mediamente ogni anno abbiamo un incremento pari al

2% della popolazione dialitica, con un'età media superiore ai 65 anni, e di questi il 60% è costituito da uomini.

9.8.2 LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE

L'attività della Nefrologia in Campania è così strutturata:

- Strutture operative: 27 strutture pubbliche di Nefrologia e/o Dialisi e 114 strutture private per un totale di 141 strutture con un rapporto medio di 24 centri per milione di popolazione (pmp).
- Medici specialisti in nefrologia.

Prendendo in esame la totalità dei pazienti in dialisi, risulta che le 114 strutture private effettuano l'85% del numero di dialisi complessivo. La rete deve necessariamente essere estesa tra Ospedale e Territorio. Anche in questo caso, le attività di diagnosi e cura ad elevata complessità possono giovare dell'organizzazione in rete delle strutture e dei servizi al fine di favorire la diffusione di conoscenze e competenze tra i professionisti consentire loro di indirizzarsi verso le opzioni terapeutiche più appropriate, facilitare l'accesso e la tracciabilità del paziente, permettendo al malato di orientarsi in modo più consapevole all'interno di percorsi assistenziali di elevata complessità.

Per far ciò ed assicurare la continuità dei percorsi degli assistiti nella rete devono essere coinvolti i Medici di Medicina Generale i quali dovranno condividere i percorsi di prevenzione, diagnosi e cura delle patologie con i medici specialisti delle strutture pubbliche e private accreditate del territorio.

La necessità di creare questa rete di conoscenze e di supporto al settore nefrologico campano, tra i vari soggetti interessati, dovrà svilupparsi per diversi motivi sia di ordine economico che gestionale e decongestionare e diminuire le problematiche relative a situazioni di urgenza.

9.9 LA RETE PER LA TERAPIA DEL DOLORE

Per rete di Terapia del dolore si intende una aggregazione funzionale ed integrata delle attività di terapia del dolore erogate nei diversi setting assistenziali, che ha l'obiettivo di migliorare la qualità della vita delle persone adulte affette da dolore indipendentemente dalla sua eziopatogenesi, riducendone il grado di disabilità e favorendone la reintegrazione nel contesto sociale e lavorativo.

I nodi della rete sono le strutture declinate, come da accordo sancito dalla Conferenza Stato Regioni 16 dicembre 2010, nelle Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali Legge 15 marzo 2010 n. 38, Art. 3, in particolare:

- ambulatori dei Medici di Medicina Generale/Pediatri di libera scelta, forme di aggregazione funzionale previste dagli accordi collettivi con la Medicina Generale-AFT-UCCP;
- centri SPOKE/centri ambulatoriali di terapia del dolore;
- centro di Terapia del dolore HUB/centro ospedaliero di terapia del dolore.

La rete include tutte le attività specialistiche orientate alla diagnosi, terapia, riabilitazione di patologie dolorose specifiche (compresa fisiatria, geriatria, neurologia, oncologia, radioterapia) e unifica il trattamento del dolore oncologico e non oncologico.

Il DCA 22/2015 stabilisce standard e fabbisogni e definisce la rete con Centri Spoke di I° livello nel Territorio Caserta nel Presidio di San Felice a Cancelli.

9.10 LA RETE ONCOLOGICA

9.10.1 PREMESSA

In Campania, sulla base dei dati epidemiologici forniti dalla Banca dati "I tumori in Italia", portale dell'epidemiologia oncologica nato dalla collaborazione tra Istituto Nazionale Tumori e Istituto Superiore di Sanità, si stima un'incidenza di neoplasie maligne per l'anno 2010 (dato più recente) di 398/100.000 nuovi casi per il sesso maschile, a fronte di una media nazionale di 336/100.000 e 265/100.000 per il sesso femminile, dato in linea con la media nazionale. Il tasso di mortalità si discosta decisamente dalla media nazionale di 173/100.000 per gli uomini e 94/100.000 per le donne, attestandosi su 231/100.000 per i primi e 103/100.000 per le seconde.

Per il sesso maschile, si stima che gli organi maggiormente colpiti da neoplasie maligne siano stati nel 2012 (dato più recente) polmone e prostata, rispettivamente con 2811 e 2773 nuovi casi, seguiti da colon e retto, con 2275 nuovi casi totali. Nel sesso femminile il tumore della mammella è risultato essere il più frequente con 3675 nuovi casi, seguito da colon-retto (1694) e polmone (818). Il tasso di mortalità più elevato per il sesso femminile si è riscontrato per il tumore mammario (31/100.000), invece per il sesso maschile il tumore al polmone ha fatto registrare il maggiore tasso di mortalità (80/100.000). Nelle donne il tumore a maggiore prevalenza è il carcinoma della mammella (34.000 casi con precedente diagnosi viventi nel 2012), seguito dal cancro del colon-retto. Per gli uomini la maggiore prevalenza si riscontra per il tumore alla prostata (18.000 casi con precedente diagnosi viventi nel 2012), seguito dai tumori del colon-retto (22.000 casi totali viventi fra entrambi i sessi nel 2012).

I tumori maligni di mammella, colon-retto e cervice uterina, ad oggi, rappresentano le uniche patologie neoplastiche che possono beneficiare di prevenzione secondaria mediante screening validati a livello nazionale ed internazionale.

La sopravvivenza relativa a 5 anni è una stima della percentuale di pazienti che ci si aspetta che sopravviva a 5 anni dalla diagnosi di tumore rispetto alla popolazione non colpita dal tumore comparabile per età e per sesso. Da un'analisi dettagliata dei tassi di sopravvivenza relativa standardizzata a 5 anni dalla diagnosi effettuata da AIOM ed AIRTUM nel 2012 per tumori maligni di mammella, cervice uterina e colon-retto, emerge chiaramente come il Sud Italia sia gravato dai tassi di sopravvivenza più bassi (81% per tumore della mammella, 56% per tumore del colon-retto maschile e femminile, 65% per il tumore della cervice) rispetto alle macro regioni del Nord Est, Nord Ovest ed Italia Centrale.

In Campania, questo rilevante dato negativo trova una sua spiegazione nell'ancora troppo scarsa partecipazione della popolazione ai programmi regionali di screening, attualmente in fase di potenziamento, con conseguente riduzione delle diagnosi precoci e delle possibilità di cura. Un'altra fondamentale spiegazione va ricercata nell'eccessiva dispersione territoriale dell'assistenza in Chirurgia Oncologica.

9.10.2 LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE

I dati epidemiologici rendono urgente e non più procrastinabile costruire per questa Regione la Rete Oncologica, in tutto il suo sistema di rete complessa, multidisciplinare, multipresidiale, a più livelli e con forti integrazioni, basato sul concetto ormai universale della presa in carico globale del paziente, finalmente tutelato nel percorso di diagnosi e cura da PDTA regionali, sostenuti da Evidenze Scientifiche, e assistito in setting di cura predeterminati che consentano il massimo dell'appropriatezza ed il massimo della qualità.

La rete deve necessariamente dunque essere trasversale, deve richiamare i forti principi dell'integrazione Ospedale-Territorio, deve riferirsi con fiducia ad un polo chirurgico di comprovata qualità, all'assistenza terminale e palliativa ben organizzata ed accogliente, ad una rete diffusa di terapia del dolore. Per la numerosità delle tipologie neoplastiche non sarà facile definire i percorsi ed i nodi della rete.

9.11 RETE LABORATORISTICA E PATOLOGIA CLINICA

Alla luce del DCA 55/2010 sul riassetto della rete laboratoristica, l'Azienda intende ristrutturare l'organizzazione della Medicina di Laboratorio, tenendo conto della normativa di riferimento nazionale e regionale e delle linee guida AGENAS sulla riorganizzazione della rete ospedaliera. Sarà tenuto conto di modelli che favoriscano l'integrazione delle attività con le varie strutture e/o punti di erogazione del servizio e le altre singole discipline; grazie all'evoluzione del processo di informatizzazione, si adotteranno le adeguate politiche aziendali per il controllo dell'appropriatezza delle prestazioni e la raggruppamento degli esami a più alto costo e più bassa frequenza.

Nell'allegato organigramma, sono individuati le U.O. Laboratorio Analisi e i Servizi Trasfusionali programmati secondo le necessità ed i criteri elencanti.

9.11 IL PRESIDIO OSPEDALIERO E LA SUA ORGANIZZAZIONE

Il presidio ospedaliero è una struttura operativa dell'Azienda Sanitaria ed è organizzato in strutture complesse e semplici e strutture semplici dipartimentali.

Le funzioni specialistiche esercitate da ciascun ospedale sono quelle previste dalla programmazione regionale. L'ospedale rappresenta il presidio sanitario la cui missione fondamentale è rappresentata dalla diagnosi e cura di patologie tali da richiedere prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative ad alta integrazione e concentrazione nel tempo e nello spazio di risorse umane e tecnologiche.

È preposto al trattamento di pazienti in urgenza o portatori di patologie acute, che comprendono la riabilitazione e la gestione del paziente post acuto che, per complessità e/o intensità delle cure rappresenta un livello di responsabilità condivisa dei livelli qualitativi e di appropriatezza delle prestazioni erogate, ovvero del miglioramento continuo della qualità e del governo clinico.

L'ospedale è dotato di autonomia gestionale, con l'attribuzione di specifico budget e con contabilità analitica separata all'interno del bilancio dell'azienda.

Ferme restando le competenze attribuite al dirigente amministrativo preposto all'ospedale, il Direttore Generale affida, ad un dirigente medico (secondo le procedure di legge) in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente, l'incarico di Direttore Sanitario dell'Ospedale.

Il Direttore Sanitario dell'ospedale assicura la funzione di integrazione e coordinamento interni e di raccordo e di continuità operativa con la direzione strategica.

Ad ogni Presidio è preposto un Direttore Sanitario.

9.11.1 IL DIRETTORE SANITARIO DEL PRESIDIO OSPEDALIERO

La Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero Aziendale è struttura complessa.

Il Direttore Sanitario del Presidio ospedaliero esercita la funzione di rendere la risposta ospedaliera, in termini di produzione di prestazioni, corrispondente alla domanda di salute espressa dal territorio, nell'ambito degli indirizzi strategici stabiliti dalla direzione aziendale.

- Coordina l'attività programmatica e di budget dei dipartimenti attraverso strumenti di concertazione interna con i direttori di dipartimento;
- svolge con il supporto tecnico amministrativo funzioni di negoziazione delle proposte programmatiche formulate dai direttori di dipartimento rispetto alla programmazione aziendale e distrettuale.

Adempie alle seguenti funzioni:

- curare l'organizzazione operativa del presidio e governare la globalità delle relazioni tra UU.OO.;
- coordinare le attività ospedaliere al fine di perseguire il livello di efficienza, efficacia e gradimento dell'utenza;
- adottare le misure necessarie per rimuovere i disservizi che incidono sulla qualità dell'assistenza;
- concorrere con il Dirigente Amministrativo, alla definizione dei criteri di allocazione delle risorse;
- adottare modalità di gestione per l'equa ripartizione dei carichi di lavoro, la motivazione del personale e per la sua valorizzazione e qualificazione professionale, propone eventuali provvedimenti disciplinari;
- vigilare sull'attività inerente l'area delle emergenze sanitarie;
- fornire al Direttore Sanitario dell'Azienda parere per la fornitura di apparecchiature mediche e su opere di ristrutturazione di competenza;
- curare la tutela della salute dei lavoratori e dei pazienti dal rischio infettivo;
- curare la tutela dell'igiene ambientale e sorveglianza igienica sui servizi alberghieri e di ristorazione collettiva;
- curare la gestione delle attività inerenti i rifiuti ospedalieri, l'attività di pulizia, disinfezione e sterilizzazione;
- Adottare i provvedimenti di polizia mortuaria;
- Attuare le procedure relative alla donazione e trapianto d'organi;
- Vigilare sulla conservazione della cartella clinica e di ogni altra documentazione sanitaria dei ricoverati, sulla completezza delle informazioni delle SDO, rilasciare copia della cartella clinica ed ogni altra documentazione sanitaria;
- inoltrare ai competenti organi le denunce obbligatorie ;
- vigilare sui principi etici e deontologici ed in particolare sulla manifestazione del consenso ai trattamenti sanitari;
- vigilare sul rispetto delle norme in materia di sperimentazione clinica e sulla riservatezza dei dati sanitari, coordinare l'attività di formazione ed aggiornamento del personale delle UU.OO. interne al presidio ospedaliero;
- vigilare sull'ammissione e sull'attività del personale volontario;
- curare le metodologie necessarie alla verifica e revisione della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie;
- vigilare sulla corretta gestione delle liste d'attesa;
- vigilare sulla applicazione dei provvedimenti regolamentari adottati dalla Direzione Aziendale;
- predisporre le condizioni opportune per l'integrazione e la collaborazione con i medici delle cure primarie;
- è responsabile del rispetto dei requisiti previsti per l'accreditamento delle strutture e dei professionisti che operano negli ospedali, nonché delle condizioni relative alla sicurezza.

Il Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero partecipa di diritto al Collegio di Direzione strategica dove formula la proposta programmatica coordinata di produttività del Presidio ospedaliero nell'ambito della programmazione aziendale.

Sulla base di tale proposta, e con le procedure stabilite nel presente atto aziendale egli svolge le seguenti attività di negoziazione:

- con la Direzione generale, per l'attribuzione dei budget annuale del Presidio;
- con le Direzioni distrettuali, per la definizione di una proposta congiunta sui volumi di prestazioni ospedaliere da destinare a ciascun distretto ad integrazione delle attività che lo stesso eroga in via diretta;
- con i Direttori di dipartimento, per l'assegnazione delle relative risorse in base ai livelli di produzione richiesti nell'ambito della programmazione aziendale.

9.11.2 STRUTTURA AMMINISTRATIVA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO

Presso ogni Presidio Ospedaliero aziendale è previsto un Ufficio amministrativo con un responsabile incaricato con Posizione Organizzativa.

Le Posizioni Organizzative degli Uffici Amministrativi dei Presidi ospedalieri confluiscono nella Unità Operativa Complessa di Coordinamento degli Uffici Amministrativi dei Presidi Ospedalieri.

Al Coordinamento degli Uffici amministrativi dei Presidi ospedalieri è preposto un dirigente amministrativo responsabile dell'organizzazione e della direzione delle attività amministrative, tecniche ed economiche, ivi compresi i servizi di segreteria e di protocollo del presidio.

Il dirigente amministrativo incaricato:

- collabora nel monitoraggio delle attività e dei costi diretti del presidio
- concorre per la parte di competenza alla definizione delle attività e del budget assegnato alla Struttura per il conseguimento dei fini istituzionali e relativi obiettivi del Presidio attraverso strumenti di concertazione interna;
- concorre per la parte di competenza, con il Direttore Sanitario nella funzione di negoziazione delle proposte programmate, formulate dai Direttori dei Dipartimenti, rispetto alla programmazione aziendale e distrettuale;
- concorre alla definizione dei criteri di riparto delle risorse economiche;
- concorre alla definizione dei criteri di allocazione delle risorse organiche in rapporto ai profili e posizioni funzionali del personale previsto;
- attiva, su proposta del Direttore Sanitario per la parte di competenza, le procedure per i provvedimenti disciplinari;
- su segnalazione della Direzione Sanitaria, istruisce le denunce da inoltrare ai competenti organi e segnalare fatti per eventuali provvedimenti assicurativi;
- provvede alla gestione, monitoraggio e liquidazione delle indennità stipendiali del personale sulla base dei dati rilevati dai cartellini marcatempo, con relativa imputazione informatica, rapportati ai turni di servizio rimessi dalla Direzione Sanitaria;
- provvede alla gestione dei fondi economici assegnati secondo il regolamento aziendale;
- provvede alla emissione degli ordini di acquisto sulle gare centralizzate e sulle procedure direttamente gestite e relative liquidazioni nel rispetto della trasparenza amministrativa;
- provvede al controllo e liquidazione dei servizi appaltati del Presidio;
- provvede alle attività di manutenzione e degli uffici tecnici dei PP.OO. sulla base dei

regolamenti aziendali.

TITOLO X – IL GOVERNO DELLA SPESA

10.1 PRINCIPI GENERALI

Atteso che l'obiettivo del S.S.R. é quello di mirare all'equilibrio finanziario strutturale tra entrate ed uscite e all'esclusivo e pieno utilizzo delle risorse disponibili ai fini della realizzazione degli obiettivi del PSR.

L'osservanza del principio della *“esclusiva finalizzazione del pieno utilizzo delle risorse al perseguimento degli obiettivi del PSR”* vincola tutti i soggetti pubblici e privati legittimati ad operare nell'ambito del SSR. Le Aziende Sanitarie uniformano a tale principio tutte le attività di propria competenza, sia quali produttori diretti di assistenza, sia quali acquirenti di prestazioni erogate da terzi soggetti accreditati. Molteplici sono i meccanismi che determinano la dimensione e la variabilità delle componenti in cui si articola la spesa nel suo complesso e questa circostanza rende necessaria un'attenta scelta e modulazione di strumenti altrettanto diversi a seconda delle aree di intervento.

Nel caso di prestazioni erogate in regime diretto e per le altre attività istituzionali a contenuto non assistenziale le Aziende Sanitarie dovranno focalizzare l'attenzione sulla tipologia e volume dei fattori impiegati e definire la propria organizzazione al fine di:

- Eliminare duplicazioni o ridondanze strutturali ed organizzative nell'area dei servizi e delle attività di supporto
- Dimensionare la propria capacità produttiva in funzione dell'effettivo livello di domanda prevedibile, a seguito della definizione del piano delle prestazioni
- Eliminare fenomeni di auto-domanda sia nell'area delle attività assistenziali sia in quella delle attività connesse all'esercizio di funzioni a rilevanza pubblicistica.
- Individuare, con obbligo di rendicontazione separata e verifica di risultato, le risorse da destinare alla realizzazione di interventi ritenuti idonei a migliorare il livello qualitativo della assistenza sanitaria erogata dai presidi a gestione diretta, al fine di permettere una sana competizione tra pubblico/privato.
- Vigilare sull'utilizzo sistematico del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR) come strumento di riferimento per la programmazione e la razionalizzazione della quota di spesa ospedaliera finalizzata all'acquisto di prodotti farmaceutici

Nel caso di finanziamento di attività assistenziali erogate da soggetti terzi in regime di accreditamento, costituiscono strumento di governo della spesa le modalità con cui disciplinare i rapporti con tali soggetti e specificatamente:

- L'autorizzazione all'apertura ed all'esercizio dell'attività di nuove strutture sanitarie in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale;
- l'accreditamento;
- il Piano delle prestazioni;
- la contrattazione delle quote di domanda con i soggetti privati;
- la politica delle tariffe per le prestazioni assistenziali di ricovero ospedaliero e specialistica ambulatoriale.
- I tetti di spesa ed i relativi contratti.

10.2 GLI STRUMENTI DI CONTROLLO DELLA SPESA

L'Azienda, nell'ambito della sua autonomia, si dota di strumenti adeguati a:

- Garantire legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa (controllo di regolarità amministrativa e contabile);
- verificare efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati (controllo di gestione);
- valutare le prestazioni del personale con qualifica dirigenziale (valutazione della dirigenza);
- valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi e altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico, in termini di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti (valutazione e controllo strategico).

La progettazione d'insieme del Controllo interno rispetta i seguenti principi generali:

- l'attività di valutazione e controllo strategico fornisce il supporto alle attività di programmazione strategica e di indirizzo politico-amministrativo proprie della Direzione generale. Essa è affidata a strutture che rispondono direttamente al Direttore Generale e che svolgono, di norma, anche l'attività di valutazione dei dirigenti direttamente destinatari delle direttive emanate dagli organi di indirizzo politico-amministrativo, in particolare dalla Direzione Generale;
- il controllo di gestione e l'attività di valutazione dei dirigenti, fermo restando quanto previsto dai vigenti CC.NN.LL. per i dirigenti con incarico professionale, sono svolte da strutture e soggetti che rispondono direttamente al Direttore Generale e che, nello svolgimento del compito affidato, forniscono tutti gli elementi in proprio possesso, ai dirigenti posti al vertice della struttura interessata e al collegio tecnico previsto dal comma 5, art.15 del novellato D.Lgs. 502/92, ai fini della valutazione ivi prevista;
- l'attività di valutazione dei dirigenti utilizza anche i risultati del controllo di gestione, ma è svolta da strutture o soggetti diversi da quelli cui è demandato il controllo di gestione medesimo;
- le funzioni di cui ai punti precedenti sono esercitate in modo integrato;
- 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.

L'accesso ai documenti amministrativi afferenti alle attività di valutazione e controllo strategico è differito sino all'esito del procedimento cui si riferiscono.

Gli addetti alle strutture che effettuano il controllo di gestione, la valutazione dei dirigenti e il controllo strategico riferiscono sui risultati dell'attività svolta al Direttore Generale.

10.3 STRUTTURAZIONE DEL SISTEMA DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

Il Sistema di Programmazione e Controllo dell'Azienda prevede un Controllo di Gestione-Sistema Informativo-programmazione sanitaria ed un Controllo di regolarità amministrativa e contabile.

Nel caso dell'affidamento dell'incarico a Dirigenti dell'Azienda, il trattamento economico segue la posizione funzionale rivestita al momento dell'incarico con attribuzione di tutte le indennità aggiuntive e di contratto previste per le Strutture Complesse.

10.4 PROCEDURE CONTABILI

Le procedure contabili nel rilevare i fatti aziendali si attestano alle modalità di rilevazione

economico-patrimoniale di cui alla disciplina codicistica, come integrata dalle decretazioni e normazioni statuali, ministeriali e regionali in campo sanitario e di contabilità pubblica, e di cui ai principi contabili nazionali ed internazionali (OIC, IPAS, IAS/IFRS). Tali procedure sono peraltro riepilogate nel Decreto Commissariale n. 07/2009 con allegato Manuale dei principi contabili, cui si rimanda.

Nello specifico della realtà regionale, sussiste un articolata produzione tecnico-normativa in materia, e solo a titolo di riepilogo si richiamano le più salienti normative in materia, che dunque regolamentano e riepilogano a vario titolo il complesso di norme, linee guida, e procedure, costituenti l'insieme di adempimenti alla cui osservanza le aziende sanitarie sono inderogabilmente e puntualmente tenute.

Conseguentemente, con il presente Atto aziendale si 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 tutte vigenti, e comunque seguenti, che si intendono quindi comunque qui richiamate e riscritte ad ogni effetto:

- D.Lgs, 502 del 30/12/1992 e s.m.i.
- DGRC n. 1364 del 30/03/2001
- Principi e direttive per l'adozione degli Atti Aziendali da parte delle ASL
- L. n. 311 del 30/12/2004, art. 1, comma 180
- Legge finanziaria 2005 - Ricognizione cause squilibrio finanziario e adozione programma operativo
- Intesa Stato - Regioni 23/03/2005
- Obbligo garanzia equilibrio economico-finanziario del SSR
- DGRC 460 del 20/03/2007
- Approvazione Piano di rientro dal disavanzo - Impegno della Regione a implementazione dei nuovi sistemi organizzativi gestionali e contabili
- Dee. N. 07 del 30/09/2009
- Completamento assetto territoriale ASL - Centri unici di responsabilità' delle principali funzioni - punto n. 11
- Dec. N. 14 del 30/11/2009
- Procedure contabili - Adozione Documenti necessari per supportare Aziende sanitarie nella definizione di corrette procedure contabili, amministrative e gestionali - obbligo adozione da 01/01/2010
- L. 191 del 23/12/2009 , art. 2, comma 88
- Finanziaria 2010 - Conferma assetto gestione commissariale e relative azioni di supporto contabile gestionale
- Dee. Comm. N. 25 del 13/04/2010
- All. A - Piano operativo n. 7 (punto 11 D CdM 24/7/2009)
- Intesa Stato Regioni 3/12/2009 Approvazione programma operativo (Dec Comm. N. 7 del 30/09/2009)
- Dec. Comm, N. 11 del 14/02/2011
- Approvazione nuovo piano dei conti - obbligo adozione da 01/01/2011
- Integrazione Dec. 14 del 30/09/2009
- Dec. Comm. N. 59 del 19/07/2011
- Proroga incarico a KPMG
- Dec. Comm. N. 60 del 04/08/2011
- Punti a e b Del CdM 23/04/2010 Integrazioni dei corretti procedimenti contabili e gestionali - Processi di supporto alle attività' aziendali .

Segnatamente per quanto inerente il Piano di Rientro, esso, come é noto, vede obbligata la Regione Campania ad una serie di adempimenti, che pongono non casualmente al centro l'obbligo di adottare 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.

Nel contesto dello scenario contingente legato alle misure di rientro dal disavanzo, di cui alla delibera di Giunta regionale n. 460 del 20 marzo 2007 di approvazione del relativo Piano di rientro, ed all'Accordo tra Stato e Regione Campania, ai sensi dell'art. 1, comma 180, legge 311/2004, nell'ambito degli obblighi assunti con il citato accordo, al fine di provvedere alla quantificazione esatta e definitiva del debito regionale e di implementare corrette procedure contabili e gestionali, la Regione si è impegnata ad attivare, con la consulenza ed il supporto tecnico di un *advisor* indicato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, tutte le attività utili allo scopo, assumendone i relativi costi sino alla scadenza del Piano di rientro.

Al fine di realizzare gli interventi previsti dal Piano di rientro e dai Programmi Operativi la Regione ha altresì emanato una serie di decreti e delibere attuative opportunamente recepite dall'Azienda.

Infatti, lo stesso Piano di rientro della Campania ha stabilito, al punto 4, che "il risanamento economico-finanziario dovrà essere accompagnato da un processo di revisione delle funzioni contabili delle singole aziende sanitarie, in modo da assicurare la correttezza dei bilanci e la trasparenza dei processi di monitoraggio dei costi programmati".

La Regione, con il contributo delle Aziende Sanitarie, è giunta alla formulazione di un sistema di regole e linee guida per la corretta definizione delle funzioni gestionali e contabili che ha trovato formale approvazione con il Decreto Commissariale n. 14 del 30 novembre 2009. Il contenuto di tale Decreto ha ricevuto l'approvazione dei Ministeri della Salute e dell'Economia che, tuttavia, hanno invitato la Regione a dare "concreta attuazione dei provvedimenti emanati".

L'efficacia e la tempestività attraverso cui gli indirizzi contenuti nei Decreti/Delibere regionali vengono sviluppati presso le singole aziende costituisce una delle principali tematiche che la Struttura commissariale si trova ad affrontare per realizzare le condizioni necessarie al conseguimento degli obiettivi di contenimento della spesa sanitaria.

In attuazione del decreto del Commissario ad acta n. 14 del 30 novembre 2009 l'Azienda, a partire dal 1° gennaio 2010, ha adottato i documenti - di seguito elencati - necessari per la definizione di corrette procedure contabili, amministrative e gestionali aggiornando altresì il piano dei conti così come disposto con Decreto n. 11 del 14/02/2011 cui si rimanda ad ogni effetto, con obbligo di adozione dal 01/01/2011:

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

- Modello di Nota Integrativa;
- Manuale dei principi di consolidamento e delle relative procedure .

10.5 ACQUISTI DI BENI E SERVIZI E PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DELLE ATTREZZATURE

10.5.1 GLI ACQUISTI DI BENI E SERVIZI

L'Azienda, in osservanza delle disposizioni nazionali, con particolare riguardo alle disposizioni di cui all'art. 23 della legge 18 aprile 2005 n. 62 "disposizioni in materia di rinnovo dei contratti pubblici delle pubbliche amministrazioni per la fornitura di beni e servizi", nonché di quelle regionali, effettuerà, ove previsto, i propri acquisti tramite il MEPA, la CONSIP e la Centrale Acquisti della Regione (SORESA). La stessa si atterrà alle disposizioni contenute nel decreto commissariale 58 del 18 luglio 2011, in particolare per quanto attiene la determinazione del piano triennale di esigenze di beni e servizi con il relativo fabbisogno finanziario.

L'Azienda ha disciplinato, con proprio regolamento, gli acquisti di beni e servizi in economia e predisposto un regolamento nel rispetto delle previsioni di cui all'art. 256 del decreto legislativo 12 aprile 2006 n. 163.

10.5.2 ATTREZZATURE: PROGRAMMAZIONE, ACQUISTI, GESTIONE MANUTENZIONE

L'Azienda entro 120 giorni dalla data di pubblicazione sul BURC del decreto commissariale sulle linee guida dell'Atto Aziendale adotterà i documenti per la Programmazione e gestione delle attrezzature. Le attrezzature che sviluppano i processi di erogazione dei servizi hanno impatto sul livello qualitativo ottenuto e pertanto la loro corretta gestione è fondamentale ai fini dei risultati.

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

Programmazione degli acquisti di attrezzature

L'acquisizione delle attrezzature sarà pianificata in modo documentato. Il programma di acquisto delle attrezzature, in particolare delle attrezzature biomediche e dei dispositivi medici deve tenere 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.

Inventari delle attrezzature

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

- soddisfare gli obblighi di legge;
- disporre di dati riassuntivi;

- permettere la rintracciabilità;
- 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 saranno raccolte sia in forma aggregata per l'intero parco macchine sia in forma analitica per singola tipologia di attrezzature, centro di costo, classe di età, produttore, periodo di ammortamento e modalità di acquisizione.

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

Manutenzionedelleattrezzature

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

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

Manutenzionepreventiva

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

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

- qualora i risultati non fossero soddisfacenti;
- identificare le apparecchiature biomediche mediante contrassegno appropriato o documenti approvati di identificazione per evidenziare lo stato di controllo;
 - conservare le registrazioni relative alle manutenzioni preventive e ai controlli delle apparecchiature biomediche; 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.

10.6 VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE

Fermo restando quanto previsto dai Contratti Ministeriali e dai contratti integrativi aziendali delle varie aree contrattuali, l'Azienda con l'atto di diritto privato può introdurre elementi di flessibilità nella gestione e valorizzazione del personale dipendente.

In conformità della previsione della normativa 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 tenere conto della diversità dell'impegno richiesto, degli obiettivi assegnati, del grado di rilevanza e della collocazione organizzativa della struttura assegnata nell'ambito dell'Azienda.
- 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.
- 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 dei dirigenti cui vengono affidati incarichi aggiuntivi, nonché di quelli chiamati ad assolvere, eventualmente, incombenze correlate a strutture sovraordinate a quelle di titolarità.

La quantificazione delle risorse di derivazione contrattuale è definita nella contrattazione integrativa aziendale. La quantificazione delle eventuali risorse aggiuntive aziendali è definita all'inizio di ogni anno in concomitanza della negoziazione di budget con i dipartimenti e nel momento della approvazione del budget complessivo aziendale.

Le eventuali risorse aggiuntive sono individuate nell'ambito delle appostazioni di bilancio dove si sono registrati risparmi di gestione e nell'ambito delle quote rimaste a saldo dell'Azienda relative all'attività libero professionale intramuraria.

L'ottimizzazione del rapporto costi benefici nell'Azienda sanitaria trova nel personale dipendente in generale e nei dirigenti di struttura, in particolare, un punto cruciale per il suo raggiungimento.

La valorizzazione delle risorse umane è legata al raggiungimento di un mix di obiettivi che vengono raggruppati nelle seguenti macrocategorie:

- obiettivi economico-finanziari (ricavi, margini, costi ecc.);

- obiettivi di mercato (quote di mercato, livelli di fidelizzazione dell'utenza, copertura e penetrazione in un dato, specifico mercato, ecc. .);
- obiettivi di processo (produttività, livelli di qualità, applicazione di pratiche legate alla medicina dell'evidenza, ecc.);
- obiettivi di innovazione (percentuale di ricavi derivante da nuove metodologie e/o tecnologie, ricavi da riconfigurazione della catena del valore fornitore\cliente, ecc.).

Gli obiettivi da assegnare a ciascuna struttura sono costituiti da un insieme rientrante in ciascuna delle macrocategorie di cui al comma precedente. La composizione di ciascun insieme sarà determinata in relazione alla responsabilità della specifica articolazione organizzativa.

Gli obiettivi di cui sopra vengono definiti all'inizio dell'anno di riferimento, in sede di programmazione di budget.

La metodologia di valutazione del raggiungimento degli obiettivi a cui è legata la politica di valorizzazione delle risorse umane di cui al presente articolo è definita nel rispetto dei seguenti criteri generali:

- individuazione di strumenti che evidenzino il grado di conseguimento degli obiettivi assegnati con il programma di gestione;
- modalità di valutazione degli scostamenti eventualmente riscontrati;
- individuazione di elementi che consentano la misurazione della capacità di gestione delle risorse umane, organizzative e finanziarie assegnate in relazione alle esigenze della struttura o dell'incarico conferito;
- 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.

10.7 LE DOTAZIONI ORGANICHE

Indirizzi strategici- Flessibilità

Il processo di recupero di efficienza del SSR può essere favorito dall'adozione di politiche aziendali che tendano a rendere flessibile l'impiego o la riallocazione della risorsa umana. L'Azienda può così non solo modulare, in senso spazio temporale, il proprio potenziale produttivo in funzione della effettiva variabilità del bisogno assistenziale da soddisfare, ma anche rispondere con tempestività ed efficacia alle sfide che il regime competitivo del settore impone per la difesa del proprio posizionamento strategico.

A tal fine occorre fare ricorso a strumenti quali:

- la riconversione del personale
- la stipula di contratti a tempo determinato
- la mobilità orizzontale interna
- la mobilità nell'ambito del SSR

I predetti istituti non si escludono vicendevolmente ma si integrano in una logica di approccio globale alle politiche di gestione del personale che devono essere armonizzate e finalizzate al perseguimento di un duplice obiettivo:

- consentire il costante adeguamento del patrimonio professionale dell'ASL alle effettive esigenze
- assicurare la condizione di equilibrio economico finanziario stabile per l' Azienda Sanitaria.

La riconversione del personale costituisce in tale ottica uno strumento prezioso e di “prima scelta” per la preservazione e valorizzazione del patrimonio umano che opera nel SSR, in quanto può offrire al singolo operatore nuove opportunità ed occasioni di gratificazione professionale, congiuntamente ad una ricollocazione del soggetto nel tessuto organizzativo aziendale che ne legittimi, a pieno titolo, la permanenza.

10.8 RELAZIONI SINDACALI

Il sistema delle relazioni sindacali è finalizzato a contemperare l'interesse al miglioramento delle condizioni di lavoro e alla crescita professionale dei dipendenti con l'esigenza dell'Azienda ad incrementare e mantenere elevata l'efficacia e l'efficienza dei servizi erogati alla collettività e per offrire una risposta efficace alla domanda di salute delle persone.

Le relazioni sindacali sono previste e disciplinate dai CC.CC.NN.LL. del Comparto, della Dirigenza Medica e Veterinaria nonché della Dirigenza Tecnica, Amministrativa, Professionale e Sanitaria non medica che disciplinano la materia.

In ottemperanza ai contratti sono stabilite le modalità operative che regolamentano lo svolgimento degli incontri con le OO.SS. per la contrattazione, concertazione e consultazione, a livello aziendale, distrettuale e di presidio:

- La delegazione trattante di parte sindacale è composta dalle sigle o confederazioni che sono firmatarie dei singoli contratti; per l'area contrattuale del Comparto è prevista anche la presenza delle RSU (Rappresentanze Sindacali Unitarie).
- Gli incontri richiesti da uno o più organismi sindacali, a qualunque titolo o livello di contrattazione, vengono automaticamente estesi a tutti i soggetti che compongono la delegazione trattante di parte sindacale.
- Le convocazioni vengono fissate sempre con note scritte, inviate alle OO.SS. con un anticipo di norma non inferiore a cinque giorni.
- Le date degli incontri sono fissate dall'Azienda; per eventuali richieste di incontro, avanzate dagli organismi sindacali, l'Azienda si impegna ad effettuare le convocazioni di regola entro il termine di 15 giorni.
- Le convocazioni contengono la data, l'ora e il luogo dell'incontro nonché gli argomenti iscritti all'ordine del giorno. In corso di riunione potranno essere trattati anche ulteriori argomenti non previsti, ove le parti lo convengano.
- Gli incontri tra le delegazioni trattanti hanno regolare e piena validità quando gli Organismi Sindacali presenti raggiungono il 50% + 1 di rappresentanza sindacale aziendale.
- Le bozze di proposte relative agli argomenti all'ordine del giorno vengono discusse e consegnate in contrattazione alla controparte sindacale. Nei casi in cui le bozze di proposte necessitino di studi particolari da parte sindacale, vengono inviate almeno 20 giorni prima della riunione con nota scritta.
- Per ogni incontro viene redatto un verbale da parte di un funzionario verbalizzante, nel quale viene iscritta la sintesi delle posizioni finali assunte dalle parti presenti alla seduta su ciascun argomento all'ordine del giorno.
- Il funzionario verbalizzante, al termine di ogni incontro, legge la sintesi delle determinazioni finali espresse dalle parti e provvede a far sottoscrivere ai presenti il verbale.

TITOLO XI - LE ATTRIBUZIONI DIRIGENZIALI

11.1 PROVVEDIMENTI SPECIFICI DI DELEGA

Le attribuzioni dirigenziali, ai sensi del D.L.vo 165 e D.L.vo 502 sono raggruppabili in:

- direzione di strutture complesse e semplici;
- direzione attività di consulenza studio e ricerca ;
- direzione attività ispettive;
- direzione attività professionali specifiche.

L'autonomia imprenditoriale (art. 3 D.L.vo 502/92) comporta il potenziamento dei compiti e della responsabilità del Direttore Generale nei confronti della Regione. Nel contempo implica l'ampliamento della sfera di competenza della dirigenza da esplicarsi nel quadro degli indirizzi e dei programmi di attività promossi a livello dipartimentale, di distretto, di presidio, di area ed aziendale e finalizzata all'efficace utilizzo delle risorse e all'erogazione di prestazioni appropriate e di qualità.

L'assegnazione del Budget (inteso come risorse complessive umane – strutturali – strumentali ed economiche) ha il fine di dare ai dirigenti responsabili capacità ed autonomia di gestione per realizzare gli obiettivi previsti.

I Dirigenti esercitano le funzioni di carattere gestionale secondo quanto previsto nella programmazione annuale delle attività nel rispetto del possesso di negoziazione del budget. Spetta ai Dirigenti lo svolgimento delle seguenti funzioni:

- direzione, coordinamento, organizzazione e gestione delle strutture a cui sono preposti mediante l'adozione di atti e provvedimenti amministrativi necessari per il conseguimento degli obiettivi e per una gestione ordinaria di attività ispirata a principi di qualità ed efficienza;
- responsabilizzazione del personale ai fini del raggiungimento dei risultati ed armonizzazione degli orari di servizio per il miglior soddisfacimento delle esigenze dell'utenza;
- controllo delle attività e delle risorse umane delle strutture cui sono preposti al fine della valutazione dei risultati conseguiti.

I provvedimenti emessi dai Dirigenti assumono la denominazione di disposizioni dirigenziali. Le determine dirigenziali sono sottoscritte dal Dirigente di struttura semplice e controfirmate dal dirigente di struttura complessa ad esso sovraordinato, oppure direttamente da quest'ultimo. I dirigenti di struttura complessa, nell'ambito delle competenze di gestione amministrativa, dispongono l'attuazione delle delibere adottate dalla Direzione Aziendale, con tutti i compiti e le potestà a tal fine necessari.

L'individuazione di un assetto organizzativo delle funzioni amministrative in "Direzioni Complesse", dotate di "autonomia organizzativa, professionale e decisionale" alle quali corrispondono precise responsabilità, anche di tipo economico (e ciò in conseguenza della riconosciuta natura aziendale imposta dai Decreti di riordino del S.S.N.) comporta, implicitamente, l'applicazione del principio del decentramento del potere decisionale dalla Direzione Generale alla Dirigenza, in una logica imprenditoriale di budget-obiettivo con attribuzione alla stessa della responsabilità collegata al raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Tale decentramento si realizza, appunto, attraverso l'istituto della delega all'esercizio delle funzioni gestionali.

Il contenuto degli atti, adottati in applicazione del principio della delega, dovrà risultare conforme ai seguenti criteri:

- riportare espressamente, nei provvedimenti adottati, le norme di legge ed il regolamento disciplinanti la materia;
- assicurare la piena coerenza degli atti adottati con gli obiettivi generali dell'Azienda;
- assicurare la "trasparenza", la "esaustività" e la "chiarezza" dell'esposizione, della

- motivazione e della decisione;
- assicurare il rispetto dei “termini” previsti dalla normativa di riferimento per la conclusione dei procedimenti e per l’assunzione delle decisioni, adottando la massima speditezza nella procedura;
 - assicurare il rispetto del “budget” assegnato;
 - valorizzare i “momenti di comunicazione e/o informazione” delle decisioni assunte (in particolare nei confronti dei soggetti destinatari dei provvedimenti e degli operatori interessati all’applicazione degli stessi) all’interno e all’esterno dell’Azienda;
 - essere assunti nella forma di “determine e/o disposizioni di liquidazione”. Le determine dirigenziali saranno trasmesse alla sede centrale-Ufficio delibere/determine per l’assunzione di una unica registrazione con numerazione in ordine cronologico e pubblicazione sul Sito Aziendale e all’Albo Pretorio. Le disposizioni di liquidazioni saranno raccolte in appositi registri delle “disposizioni”, da tenersi presso ciascuna Direzione a cura del relativo Responsabile.

Fatta salva, a seguito della loro pubblicazione, l’immediata eseguibilità degli atti delegati e fatti comunque salvi “i poteri di autotutela” del Direttore Generale, l’esercizio della delega, di cui al presente provvedimento, è soggetto a verifica e controllo, da parte del Direttore Amministrativo, che provvederà a richiedere alla Direzione Generale eventuali provvedimenti correttivi.



ATTO AZIENDALE

PARTE SECONDA

PO di Maddaloni



TOTALI GENERALI	2014	2015	2016	2017 1° sem.
PRODUTTIVITA'	16 998 691 03	14 840 184 06	14 441 316 91	
COSTI	21 435 072 67	17 772 826 75	18 173 579 06	
RAPPORTO PROD./COSTI	79 30	83 50	79 46	

PRODUTTIVITA'	2014	2015	2016	2017
ATTIVITÀ AMBULATORIALE ESTERNA	969 256 33	1 051 080 80	723 630 30	342 282 89
RICOVERI ORDINARI	9 174 091 10	8 866 291 10	8 588 855 00	4 193 880 45
ATTIVITÀ DAY SURGERY	1 173 210 10	1 071 697 85	1 265 429 45	501 575 30
ACCESSI DI PRONTO SOCCORSO	3 612 118 84	1 660 975 08	1 677 708 52	848 719 88
TICKET	270 618 98	278 070 16	289 729 31	
REMUNERAZIONE AGGIUNTIVA PER COMPL.	1 799 395 68	1 912 069 07	1 895 964 33	
Totali	16 998 691 03	14 840 184 06	14 441 316 91	5 886 458,52

Posti letto	2014	D H 2014	2015	D H 2015	2016	D H 2016	2016	D H 2016
	82,66	25,24	61,74	21	58	15	58	15

numero medio dipendenti	2014	2015	2016	2017
	302	269	258	

INDICATORI DI EFFICIENZA	2014	2015	2016	2017
ATTIVITÀ CHIRURGICA (%)	21 45	21 10	22 54	22 52
DEGENZA MEDIA	6 86	7 56	7 34	7 38
DEGENZA MEDIA POST OPERATORIA	4 90	10 89	5 16	5 35
DEGENZA MEDIA PRE OPERATORIA	3 27	8 29	4 24	4 03
DEGENZA MEDIA TRIMATA	6 87	7 70	7 41	
INDICE COMPLESSITÀ PERFORMANCE	1 77	1 16	1 15	1 26
INDICE CASE MIX	1 12	1 19	1 05	1 01
INDICE OCCUPAZIONE MEDIA	74 70	84 93	88 33	93 07
INDICE ROTAZIONE	39 77	40 99	43 95	22 90
INDICE TURNOVER	2 32	1 34	0 97	0 53

INDICATORI DI ATTIVITÀ	2014	2015	2016	2017
NUMERO DIMISSIONI ORDINARIE	3 287	2 531	2 578	1 328
GIORNATE DEGENZA	22 537	19 139	18 913	9 799
PESO TOTALE (ORD+D H)	4 025 84	3 812 19	3 871 61	
DIMISSIONI 01GG	252	200	186	
DIMISSIONI D H	1 316	1 128	1 250	509
ACCESSI D H	3 312	2 932	3 437	1 334
ACCESSI MED D H	2 52	2 60	2 75	

Il Presidio di Maddaloni viene individuato quale Ospedale sede di pronto soccorso dotato delle discipline di base secondo la seguente configurazione:

	P.O. MADDALONI	
Cod. Disciplina	Discipline con Posti Letto	PL Ord/DH
08	Cardiologia	2+4
09	Chirurgia generale	16+4
26	Medicina Generale	20+4
32	Neurologia	2+4
34	Oculistica	6+2
36	Ortopedia e traumatologia	16+2
38	Otorinolaringoiatria	3+2
68	Pneumologia	4+2
49	Anestesia e terapia intensiva	5
43	Urologia	4+4
	Discipline senza Posti Letto	
112	Direzione Sanitaria di Presidio	
105	Farmacia ospedaliera	
106	Laboratorio Analisi	
69	Radiologia	
TOTALE OFFERTA PER ACUTI		106
56	Recupero e riabilitazione funzionale	32
TOTALE OFFERTA LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE		32
TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA		138

In questa tipologia di presidio va garantita la gestione di farmaci e dispositivi, la funzione amministrativa e sanitaria secondo quanto previsto dal DM 70/15.

Stabilimento di S. Felice a Cannello



TOTALI GENERALI	2014	2015	2016	2017 1\$ se
PRODUTTIVITA'	3 905 962 39	4 419 543 26	5 247 799 90	
COSTI	8 641 111 85	7 832 737 40	8 154 045 69	
RAPPORTO PROD./COSTI	45 20	56 42	64 36	

PRODUTTIVITA'	2014	2015	2016	2017
ATTIVITA' AMBULATORIALE ESTERNA	1 218 319 81	1 127 193 08	1 414 534 91	648 308 82
RICOVERI ORDINARI	1 645 761 90	1 639 221 50	1 936 536 60	929 761 40
RICOVERI DAY HOSPITAL	561 041 87	1 241 968 35	1 347 707 05	140 268 45
TICKET	97 075 63	94 498 12	95 281 37	
REMIUNERAZIONE AGGIUNTIVA PER COMPL. DRG	383 763 18	316 662 21	553 739 97	
Totali	3 905 962 39	4 419 543 26	5.347.799,90	1.718.338,67

POSTI LETTO	2014	DH 2014	2015	DH 2015	2016	DH 2016	2017	DH 2017
	35,24	7	36	7	36,5	7	37	7

UNUMERO MEDIO DIPENDENTI	2014	2015	2016	2017
	117	118	111	

INDICATORI DI EFFICIENZA	2014	2015	2016	2017
ATTIVITA' CHIRURGICA (%)		0 30	0 53	
DEGENZA MEDIA	25 04	27 33	26 67	22 53
DEGENZA MEDIA POST OPERATORIA		10 00	3 50	
DEGENZA MEDIA PRE OPERATORIA		20 00	22 50	
DEGENZA MEDIA TRIMMATA	20 69	22 60	22 29	
INDICATORE DI PRODUTTIVITA'	2 76	2 55	2 84	
INDICE OCCUPAZIONE MEDIA	68 91	69 47	75 87	73 99
INDICE ROTAZIONE	10 05	9 28	10 38	5 95
INDICE TURN OVER	11 30	12 01	8 48	7 91

INDICATORI DI ATTIVITA'	2014	2015	2016	2017
NUMERO DIMISSIONI ORDINARIE	354	334	379	220
GIORNATE DEGENZA	8864	9129	10108	4957
PESO TOTALE (ORD+DH)	584 03	454 35	703 11	
DIMISSIONI IGG	11	1	12	
DIMISSIONI DH	292	353	395	84
ACCESSI DH	3159	3754	4038	464
ACCESSI MEDT DH	10 82	10 63	10 22	

Lo **Stabilimento di San Felice a Canello** riconvertito in presidio di lungodegenza, riabilitazione con annesso **Hospice** in corso di realizzazione, viene riconfigurato quale presidio annesso al P.O. di Maddaloni. È spoke I° livello nella rete di terapia del dolore. Collocato nella “*Terra dei fuochi*”, dove è prevista la necessità di soddisfare un crescente bisogno sanitario in ambito oncologico, il piano riconferisce al presidio una attività di degenza per l’Oncologia medica (con rafforzamento contestuale delle tecnologie diagnostiche) e per la disciplina di Geriatria, secondo il seguente schema:

	PO S.FELICE A CANCELLO	
Cod. Disciplina	Discipline con Posti Letto	PL Ord/DH
21	Geriatria	18+2
64	Oncologia con PL	4+6
	Discipline senza Posti Letto	
TOTALE OFFERTA PER ACUTI		30
56	Recupero e riabilitazione funzionale	32
60	Lungodegenti	24
TOTALE OFFERTA LUNG E RIABILITAZIONE		56
TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA		86

PO Marcianise



TOTALI GENERALI	2014	2015	2016	2017 1\$se
PRODUTTIVITA'	16 113 167 14	17 036 750 60	15 598 661 75	
COSTI	20 864 392 60	21 923 463 83	21 996 952 34	
RAPPORTO PROD./COSTI	77 23	77 71	70 91	

PRODUTTIVITA'	2014	2015	2016	2017
ATTIVITÀ AMBULATORIALE ESTERNA	2 406 683 54	3 022 161 14	2 897 170 82	1 572 114 87
RICOVERI ORDINARI	7 282 632 55	8 160 666 25	7 833 488 15	3 797 258 30
ATTIVITÀ DH	806 965 15	1 882 607 40	893 109 25	370 842 40
ACCESSI DI PRONTO SOCCORSO	4 156 872 68	2 263 910 79	2 464 652 25	1 271 427 03
TICKET	412 410 32	406 801 08	380 146 64	
REMUNERAZIONE AGGIUNTIVA PER COMPL.	1 047 602 90	1 300 603 94	1 130 094 36	
Totale LI	16.113.167,14	17.036.750,60	15.598.661,47	7.011.642,60

POSTI LETTO	2014	D H 2014	2015	D H 2015	2016	D H 2016	2017	D H 2017
	74	32	15 5	32	73 7	23 41	80	21

NUMERO MEDIO DIPENDENTI	2014	2015	2016	2017
	289	303	293	

INDICATORI DI EFFICIENZA	2014	2015	2016	2017
ATTIVITÀ CHIRURGICA (%)	21 76	23 32	24 37	22 55
DEGENZA MEDIA	5 08	5 07	5 19	5 20
DEGENZA MEDIA POST OPERATORIA	2 92	5 44	2 78	2 47
DEGENZA MEDIA PRE OPERATORIA	1 02	1 67	0 99	0 89
DEGENZA MEDIA TRIMMATA	5 28	5 22	5 35	
INDICE COMPLESSITÀ PERFORMANCE	1 07	1 13	1 03	0 87
INDICE CASE MIX	0 90	0 85	0 56	0 62
INDICE OCCUPAZIONE MEDIA	78 00	88 69	87 45	80 00
INDICE ROTAZIONE	56 08	63 83	61 50	26 94
INDICE TURNOVER	1 43	0 65	0 74	1 52

INDICATORI DI ATTIVITÀ	2014	2015	2016	2017
NUMERO DIMISSIONI ORDINARIE	4 150	4 819	4 535	2 155
GIORNATE DEGENZA	21 068	24 442	23 537	11 200
PESO TOTALE (ORD+DH)	3 480 50	3 962 94	3 734 25	
DIMISSIONI 01GG	444	576	520	
DIMISSIONI DH	1014	1074	1143	410
ACCESSI DH	2530	2017	2637	1049
ACCESSI MEDICI DH	2 50	1 87	2 31	

Il Presidio di Marcianise viene individuato quale Ospedale di base sede di pronto soccorso dotato delle discipline di base secondo la seguente configurazione:

	PO MARCIANISE	
Cod. Disciplina	Discipline con Posti Letto	PL Ord/DH
08	Cardiologia	10+2
09	Chirurgia generale	20+4
58	Gastroenterologia	6+2
26	Medicina Generale	20+4
36	Ortopedia e traumatologia	20+4
37	Ostetricia e ginecologia	16+4
39	Pediatria	8+2
49	Anestesia e terapia intensiva	6
50	Unità coronarica	6
	Discipline senza Posti Letto	
112	Direzione Sanitaria di Presidio	
105	Farmacia ospedaliera	
106	Laboratorio Analisi	
69	Radiologia	
TOTALE OFFERTA PER ACUTI		134
60	Lungodegenti	24
TOTALE OFFERTA LUNGOD E RIAB		
TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA		158

In questa tipologia di presidio viene prevista la disciplina di Ostetricia e Ginecologia nel rispetto dei requisiti previsti secondo le procedure dettate dalla norma e discipline a media diffusione, compatibilmente con gli standard di riferimento. Va garantita la gestione di farmaci e dispositivi, la funzione amministrativa e sanitaria secondo quanto previsto dal DM 70/15.

PO Piedimonte Matese



TOTALI GENERALI	2014	2015	2016	2017 1\$ se
PRODUTTIVITA'	19 344 900 43	18 242 473 12	18 744 277 86	
COSTI	28 685 554 63	25 659 874 93	27 427 032 35	
RAPPORTO PROD./COSTI	67 44	71 09	68 34	

PRODUTTIVITA'	2014	2015	2016	2017
ATTIVITA' AMBULATORIALE ESTERNA	1 833 983 25	1 925 286 08	1 908 914 85	1 040 699 26
RICOVERI ORDINARI	11 131 597 45	11 270 564 40	11 531 777 35	5 657 034 35
ATTIVITA' DI DIAGNOSTICA E SURVEILLANZA	1 717 309 30	1 558 577 60	1 607 232 80	202 651 15
ACCESSO DIPARTIMENTO SOCCORSO	2 251 318 26	1 099 738 60	1 092 902 63	508 863 25
TICKET	176 267 29	157 318 65	172 733 35	
REMISSIONE AGGIUNTIVA PER COMPLESSIVITA'	2 234 424 88	2 230 987 79	2 430 716 88	
Totali	19 344 900 43	18 242 473 12	18 744 277 86	7 409 248 01

POSTI LETTO	2014	DH 2014	2015	DH 2015	2016	DH 2016	2017	DH 2017
	117	26	120	26	123,8	25	122	21

UNUMERO MEDIO DIPENDENTI	2014	2015	2016	2017
	413	399	393	

INDICATORI DI EFFICIENZA	2014	2015	2016	2017
ATTIVITA' CHIRURGICA (%)	31 11	39 18	30 41	28 48
DEGENZA MEDIA	6 07	6 36	6 55	6 60
DEGENZA MEDIA POST-OPERATORIA	4 36	9 26	4 91	4 76
DEGENZA MEDIA PRE-OPERATORIA	2 35	5 56	2 48	2 41
DEGENZA MEDIA TRIMESTRALE	6 57	6 88	6 91	
INDICE COMPLESSITA' PERFORMANCE	1 18	1 11	1 17	1 25
INDICE CASE MIX	1 04	1 08	0 85	0 87
INDICE OCCUPAZIONE MEDIA	59 38	59 93	58 71	56 30
INDICE ROTAZIONE	35 72	34 42	32 71	15 54
INDICE TURNOVER	4 15	4 25	4 61	5 04

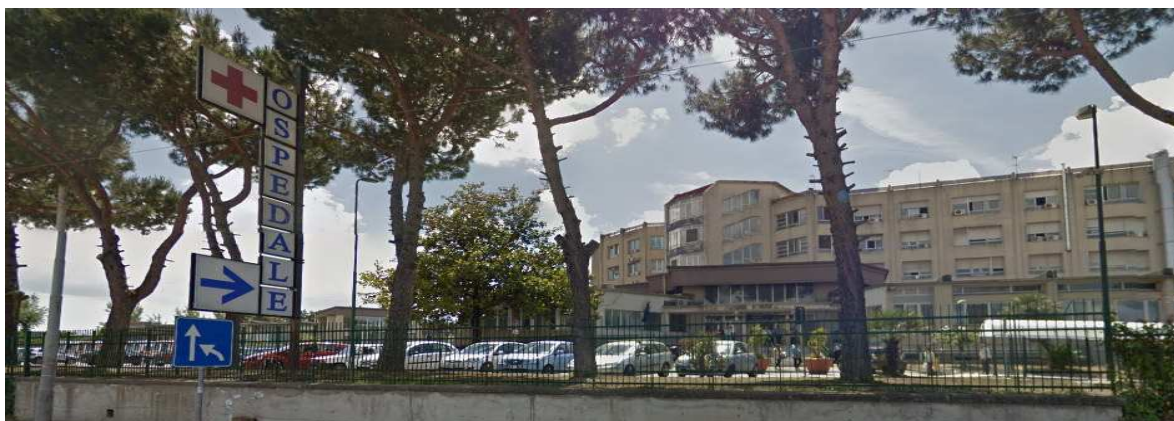
INDICATORI DI ATTIVITA'	2014	2015	2016	2017
NUMERO DIMISSIONI ORDINARIE	4179	4130	4051	1896
GIORNATE DEGENZA	25357	26250	26535	12523
PESO TOTALE (ORDINARIO)	4 605 88	4 572 38	4 686 20	
DIMISSIONI 01GG	702	625	50	
DIMISSIONI DH	879	855	904	247
ACCESSI DH	5036	4656	4739	636
ACCESSI MEDICI DH	5 73	5 45	5 24	

Il Presidio di Piedimonte Matese viene individuato quale Ospedale di base sede di pronto soccorso dotato delle discipline di base secondo la seguente configurazione:

	PO PIEDIMONTE MATESE	
Cod. Disciplina	Discipline con Posti Letto	PL Ord/DH
08	Cardiologia	8+2
09	Chirurgia generale	18+2
26	Medicina Generale	18+2
32	Neurologia	15+3
64	Oncologia con PL	4+6
36	Ortopedia e traumatologia	18+2
37	Ostetricia e ginecologia	14+2
39	Pediatria	8+2
68	Pneumologia	4(DH)
49	Anestesia e terapia intensiva	6
50	Unità coronarica	6
	Discipline senza Posti Letto	
112	Direzione Sanitaria di Presidio	
54	Emodialisi	
105	Farmacia ospedaliera	
106	Laboratorio Analisi	
69	Radiologia	
TOTALE OFFERTA PER ACUTI		140
56	Recupero e riabilitazione funzionale	24
60	Lungodegenti	24
TOTALE OFFERTA LUNG E RIABIL		48
TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA		188

In questa tipologia di presidio viene prevista la disciplina di Ostetricia e Ginecologia in deroga, secondo le procedure dettate dalla norma e discipline a media diffusione, compatibilmente con gli standard di riferimento. Va garantita la gestione di farmaci e dispositivi, la funzione amministrativa e sanitaria secondo quanto previsto dal DM 70/15. Per i punti nascita considerato che sono già intervenuti il trasferimento a Marcianise del punto parto di Maddaloni e la chiusura del punto parto della Casa di Cura Santa Maria della Salute, si prevede una deroga per il PO di Piedimonte Matese (174 parti nel 2015), in considerazione della collocazione geografica del comune, della natura del territorio e del ruolo quale ospedale sede di Pronto Soccorso.

PO AVERSA



TOTALI GENERALI	2014	2015	2016	2017 1\$ se °
PRODUTTIVITA'	46 832 284 98	49 285 270 81	46 729 954 32	
COSTI	56 585 856 29	55 226 440 57	57 025 051 89	
RAPPORTO PROD./COSTI	82 76	89 24	81 95	

PRODUTTIVITA'	2014	2015	2016	2017
ATTIVITA' AMBULATORIALE ESTERNA	2 891 777 00	3 527 235 74	2 214 971 72	1 015 826 52
RICOVERI ORDINARI	27 031 955 50	28 419 808 60	27 856 375 12	13 344 883 70
RICOVERI DAY HOSPITAL	4 372 811 05	4 119 035 65	4 123 333 45	625 539 65
ACCESSI DI PRONTO SOCCORSO	6 100 474 55	6 375 227 56	6 198 227 89	2 830 798 87
TICKET	37 857 98	52 386 50	59 104 38	
ATTIVITA' TRASFUSIONALE	936 120 00	1 133 071 74	716 670 44	
RENUMERAZIONE AGGIUNTIVA PER COM.P.L.DRG	5 461 288 90	5 658 505 02	5 561 271 32	
Totali	46 832 284 98	49 285 270 81	46 729 954,32	17 817 048,74

POSTI LETTO	2014	DH 2014	2015	DH 2015	2016	DH 2016	2017	DH 2017
	187,48	34,25	186,25	34	180	31,24	180	38

UNUMERO MEDIO DIPENDENTI	2014	2015	2016	2017
	742	739	731	

INDICATORI DI EFFICIENZA	2014	2015	2016	2017
ATTIVITA' CHIRURGICA (%)	32 05	3 57	34 08	32 95
DEGENZA MEDIA	5 73	5 96	5 86	5 89
DEGENZA MEDIA POST OPERATORIA	3 55	3 67	3 54	3 53
DEGENZA MEDIA PRE OPERATORIA	1 52	1 52	1 61	1 49
DEGENZA MEDIA TRIMATA	6 26	6 26	6 15	
INDICE COMPLESSITA' PERFORMANCE	0 99	1 06	1 04	1 07
INDICE CASE MIX	1 05	1 07	0 82	0 84
INDICE OCCUPAZIONE MEDIA	83 85	89 20	88 50	85 16
INDICE ROTAZIONE	53 20	54 61	55 10	26 30
INDICE TURNOVER	1 13	0 72	0 76	0 99

INDICATORI DI ATTIVITA'	2014	2015	2016	2017
NUMERO DIMISSIONI ORDINARIE	9 973	10 172	9 967	4 734
GIORNATE DEGENZA	57 175	60 636	58 433	27 873
PESO TOTALE (ORD+DH)	11 581 80	12 011 68	11 537 00	
DIMISSIONI 01GG	1 599	1 474	1 332	
DIMISSIONI DH	2 553	2 462	2 834	516
ACCESSI DH	15 072	13 896	13 659	1 797
ACCESSI MEDIDH	5 90	5 64	5 73	

Il Presidio di Aversa è individuato quale sede di DEA di I° livello e prevede un maggior numero di specialità per acuti:

	PO AVERSA	
Cod. Disciplina	Discipline con Posti Letto	PL Ord/DH
08	Cardiologia	10+2
09	Chirurgia generale	20+4
18	Ematologia	18+2
58	Gastroenterologia	14+2
51	Medicina e Chirurgia d'ac. e d'urg.	8
26	Medicina Generale	30+4
62	Neonatologia	8
32	Neurologia	16+4
34	Oculistica	4+4
64	Oncologia con PL	4+6
36	Ortopedia e traumatologia	18+2
37	Ostetricia e ginecologia	18+2
38	Otorinolaringoiatria	4+4
39	Pediatria	12+4
40	Psichiatria	15+3
49	Anestesia e terapia intensiva	7+1
50	Unità coronarica	6
43	Urologia	10+2
Discipline senza Posti Letto		
03	Anatomia ed istologia patologica	
111	Dietetica/dietologia	
112	Direzione Sanitaria di Presidio	
54	Emodialisi	
8	Emodinamica	
105	Farmacia ospedaliera	
106	Laboratorio Analisi	
69	Radiologia	
109	Servizio trasfusionale	
TOTALE OFFERTA PER ACUTI		268
60	Lungodegenti	20
TOTALE OFFERTA LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE		20
TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA		288

PO Sessa Aurunca

TOTALI GENERALI	2014	2015	2016	2017 1\$ se
PRODUTTIVITA'	16 099 953 16	16 253 632 26	16 716 280 52	
COSTI	20 941 936 77	19 639 099 87	20 356 376 25	
RAPPORTO PROD./COSTI	76 88	82 76	82 12	

PRODUTTIVITA'	2014	2015	2016	2017
ATTIVITA' AMBULATORIALE ESTERNA	439 260 51	598 405 34	540 924 77	172 547 66
RICOVERI ORDINARI	9 786 373 70	9 625 582 40	9 995 018 40	4 458 616 15
RICOVERI DAY HOSPITAL	1 772 753 20	2 091 666 30	2 128 114 95	502 113 95
ACCESSI DI PRONTO SOCCORSO	1 941 399 28	1 955 930 68	2 032 691 41	938 352 65
TICKET	150 034 30	161 187 09	134 596 07	
REMUNERAZIONE AGGIUNTIVA PER COMPL. DRG	2 010 132 17	1 820 860 45	1 883 934 92	
Totale	16.099.953,16	16.253.632,26	16.715.280,52	6.071.630,41

POSTI LETTO	2014	D.H. 2014	2015	D.H. 2015	2016	D.H. 2016	2017	D.H. 2017
	87	10	89	10	91	11	97	11

NUMERO MEDIO DIPENDENTI	2014	2015	2016	2017
	309	298	293	

INDICATORI DI EFFICIENZA	2014	2015	2016	2017
ATTIVITA' CHIRURGICA (%)	29 09	28 54	25 17	21 99
DEGENZA MEDIA	5 95	5 97	5 84	5 96
DEGENZA MEDIA POST OPERATORIA	3 48	3 51	3 44	3 59
DEGENZA MEDIA PRE OPERATORIA	2 02	2 04	1 75	1 79
DEGENZA MEDIA TRIMATA	5 99	6 02	6 11	
INDICE COMPLESSITA' PERFORMANCE	1 06	1 13	1 18	1 13
INDICE CASE MIX	1 03	0 79	0 80	0 77
INDICE OCCUPAZIONE MEDIA	71 91	72 09	76 41	66 37
INDICE ROTAZIONE	44 09	44 10	47 76	20 30
INDICE TURNOVER	2 33	2 31	1 80	2 96

INDICATORI DI ATTIVITA'	2014	2015	2016	2017
NUMERO DIMISSIONI ORDINARIE	3 836	3 925	4 346	1 969
GIORNATE DEGENZA	22 835	23 419	25 378	11 738
PESO TOTALE (ORD+DH)	4 135 27	4 122 66	4 399 34	
DIMISSIONI OTGG	550	542	674	
DIMISSIONI DH	828	912	861	336
ACCESSI DH	4488	5252	5077	925
ACCESSI MEDIDH	5 42	5 76	5 90	

Il Presidio di Sessa Aurunca viene individuato quale Ospedale di base sede di pronto soccorso dotato delle discipline di base secondo la seguente configurazione :

	PO SESSA AURUNCA	
Cod. Disciplina	Discipline con Posti Letto	PL Ord/DH
08	Cardiologia	8+2
09	Chirurgia generale	13+2
26	Medicina Generale	20+4
32	Neurologia	15+5
64	Oncologia con PL	2+4
36	Ortopedia e traumatologia	10
37	Ostetricia e ginecologia	14+2
39	Pediatria	8+2
40	Psichiatria	15+3
49	Anestesia e terapia intensiva	5
50	Unità coronarica (solo come UOS)	6
	Discipline senza Posti Letto	
112	Direzione Sanitaria di Presidio	
105	Farmacia ospedaliera	
106	Laboratorio Analisi	
69	Radiologia	
TOTALE OFFERTA PER ACUTI		140
56	Recupero e riabilitazione funzionale	20
TOTALE OFFERTA LUNG E RIAB		
TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA		160

In questa tipologia di presidio viene prevista la disciplina di Ostetricia e Ginecologia in deroga, secondo le procedure dettate dalla norma sulle discipline a media diffusione, compatibilmente con gli standard di riferimento. Considerata la carenza di altre strutture nella vasta area di competenza ed in contrasto alla mobilità passiva verso il basso Lazio.

Va garantita la gestione di farmaci e dispositivi, la funzione amministrativa e sanitaria secondo quanto previsto dal DM 70/15.

PO S. Maria Capua Vetere



TOTALI GENERALI	2014	2015	2016	2017 1\$ se
PRODUTTIVITA'	13 025 223 01	11 255 148 99	11 813 803 07	
COSTI	20 005 878 46	18 098 172 46	17 904 775 06	
RAPPORTO PROD./COSTI	65 11	62 19	65 98	

PRODUTTIVITA'	2014	2015	2016	2017
ATTIVITA' AMBULATORIALE ESTERNA	2 155 798 26	2 148 206 35	2 023 824 11	987 100 26
RICOVERI ORDINARI	6 839 663 70	5 458 565 10	6 101 713 20	3 247 750 75
ATTIVITA' DAY SURGERY	676 973 80	550 217 20	568 154 15	263 576 55
ACCESSI DIPRONTOSOCCORSO	1 739 157 10	1 772 247 83	1 744 755 80	905 487 67
TICKET	167 429 09	169 822 80	141 430 35	
REMIERAZIONE AGGIUNTIVA PER COMPL.DRG	1 446 201 06	1 156 089 71	1 233 925 46	
Totali	13.025.223,01	11.255.148,99	11.813.803,07	5.403.915,23

POSTI LETTO	2014	D H 2014	2015	D H 2015	2016	D H 2016	2017	D H 2017
	53 25	13 75	41	11 25	51 24	14 5	54	15

NUMERO MEDIO DIPENDENTI	2014	2015	2016	2017
	269	259	246	

INDICATORI DI EFFICIENZA	2014	2015	2016	2017
ATTIVITA' CHIRURGICA (%)	20 91	12 19	23 16	24 50
DEGENZA MEDIA	7 21	7 34	6 43	6 32
DEGENZA MEDIA POST OPERATORIA	3 41	3 59	3 23	2 64
DEGENZA MEDIA PRE OPERATORIA	1 39	1 42	1 13	0 77
DEGENZA MEDIA TRIMMATA	7 63	7 43	7 07	
INDICE COMPLESSITA' PERFORMANCE	1 46	1 18	1 18	1 04
INDICE CASE MIX	1 47	1 15	1 04	0 97
INDICE OCCUPAZIONE MEDIA	80 88	84 02	75 31	76 72
INDICE ROTAZIONE	40 96	41 80	42 72	22 15
INDICE TURNOVER	1 70	1 40	2 11	1 85

INDICATORI DI ATTIVITA'	2014	2015	2016	2017
NUMERO DIMISSIONI ORDINARIE	2 181	1 714	2 189	1 196
GIORNATE DEGENZA	15 721	12 573	14 085	7 758
PESO TOTALE (ORD+DH)	2 932 30	2 334 24	2 705 69	
DIMISSIONI 01GG	274	121	367	
DIMISSIONI DH	549	462	447	206
ACCESSI DH	1 638	1 294	1 230	508
ACCESSI MED DH	2 98	2 80	2 75	

Il Presidio di Santa Maria Capua Vetere viene individuato quale Ospedale di base sede di pronto soccorso dotato delle discipline di base secondo la seguente configurazione:

	P.O. S. MARIA CAPUA VETERE	
Cod. Disciplina	Discipline con Posti Letto	PL Ord+DH
08	Cardiologia	5+1
09	Chirurgia generale	18+2
58	Gastroenterologia	4(DH)
26	Medicina Generale	20+4
32	Neurologia	4(DH)
36	Ortopedia e traumatologia	16+4
68	Pneumologia	4(DH)
49	Anestesia e terapia intensiva	4
50	Unità coronarica (solo come UOS)	4
	Discipline senza Posti Letto	
112	Direzione Sanitaria di Presidio	
54	Emodialisi	
105	Farmacia ospedaliera	
106	Laboratorio Analisi	
69	Radiologia	
TOTALE OFFERTA PER ACUTI		90
56	Recupero e riabilitazione funzionale	20
TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA		110

In questa tipologia di presidio va garantita la gestione di farmaci e dispositivi, la funzione amministrativa e sanitaria secondo quanto previsto dal DM 70/15.

MACROAREA CASERTA

	Popolazione pesata		867.965	UOC Max attivabili		Programmazione Iniziale H Pubblici	
Cod. Disciplina	Descrizione Disciplina	Bacini Utenza (da DM 70/2015)		UOC Max att in H pubblici (da Patto per la Salute 2010-2012 e DCA 18/2013)	UOC Max attivabili in Totale (da DM 70/15)	PL	UOC
Discipline con Posti Letto							
07	Cardiochirurgia	1.200.000	600.000	1,1	1,0	18	1,1
08	Cardiologia	300.000	150.000	4,7	6,0	90	4,7
09	Chirurgia generale	200.000	100.000	9,0	9,0	177	9,0
10	Chirurgia maxillo-facciale	2.000.000	1.000.000	0,5	1,0	8	0,5
11	Chirurgia pediatrica	2.500.000	1.500.000	0,8	1,0	12	0,8
12	Chirurgia plastica	2.000.000	1.000.000	0,3	1,0	5	0,3
13	Chirurgia toracica	1.500.000	800.000	1,0	1,0	16	1,0
14	Chirurgia vascolare	800.000	400.000	0,9	2,0	15	0,9
52	Dermatologia	1.200.000	600.000	0,3	1,0	5	0,3
18	Ematologia	1.200.000	600.000	1,8	1,0	34	1,8
58	Gastroenterologia	800.000	400.000	2,5	2,0	48	2,5
21	Geriatria	800.000	400.000	1,9	2,0	36	1,9
19	Malat.endocrine, ric. della nutr.	1.200.000	600.000	0,3	1,0	4	0,3
24	Malattie infettive e tropicali	1.200.000	600.000	1,3	1,0	20	1,3
51	Medicina e Chirurgia d'ac. e d'urg.	300.000	150.000	1,6	6,0	28	1,6
26	Medicina Generale	150.000	80.000	8,3	11,0	174	8,3
29	Nefrologia	1.200.000	600.000	0,8	1,0	12	0,8
62	Neonatologia	1.200.000	600.000	1,3	1,0	23	1,3
30	Neurochirurgia	1.200.000	600.000	1,3	1,0	20	1,3
32	Neurologia	300.000	150.000	4,7	6,0	93	4,7
34	Oculistica	300.000	150.000	1,2	6,0	24	1,2
35	Odontoiatria e stomatologia	800.000	400.000	0,3	2,0	4	0,3
64	Oncologia con PL	600.000	300.000	2,9	3,0	56	2,9
36	Ortopedia e traumatologia	200.000	100.000	7,2	9,0	146	7,2
37	Ostetricia e ginecologia	300.000	150.000	5,8	6,0	112	5,8
38	Otorinolaringoiatria	300.000	150.000	1,3	6,0	25	1,3
39	Pediatria	300.000	150.000	3,1	6,0	62	3,1
68	Pneumologia	800.000	400.000	1,8	2,0	32	1,8
40	Psichiatria	300.000	150.000	2,8	6,0	54	2,8
71	Reumatologia	1.200.000	600.000	0,3	1,0	5	0,3
49	Terapia intensiva	300.000	150.000	2,9	6,0	56	2,9
73	Terapia intensiva neonatale	1.200.000	600.000	0,8	1,0	12	0,8
50	Unità coronarica	300.000	150.000	1,9	6,0	38	1,9
43	Urologia	300.000	150.000	2,0	6,0	38	2,0

Discipline senza Posti Letto							
1	Allergologia	2.000.000	1.000.000		1,0		
03	Anatomia ed istologia patologica	300.000	150.000		6,0		
111	Dietetica/dietologia	1.200.000	600.000		1,0		
112	Direzione Sanitaria di Presidio	300.000	150.000		6,0		
54	Emodialisi	600.000	300.000		3,0		
103	Emodinamica	600.000	300.000		3,0		
105	Farmacia ospedaliera	300.000	150.000		6,0		
106	Laboratorio Analisi	300.000	150.000		6,0		
107	Microbiologia e virologia	1.200.000	600.000		1,0		
104	Neuroradiologia	2.000.000	1.000.000		1,0		
69	Radiologia	300.000	150.000		6,0		
74	Radioterapia	1.200.000	600.000		1,0		
109	Servizio trasfusionale	300.000	150.000		6,0		
102	Terapia del dolore senza PL	500.000	300.000		3,0		
TOTALE OFFERTA PER ACUTI				78,4	173,0	1.502	78,4
28	Unità spinale	2.000.000	1.000.000	0,6	1,0	10	0,6
56	Recupero e riabilitazione funzionale	100.000	50.000	6,4	17,0	138	6,4
60	Lungodegenti	150.000	80.000	4,2	11,0	92	4,2
75	Neuro-riabilitazione	1.200.000	600.000	0,6	1,0	10	0,6
TOTALE OFFERTA LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE				11,9	30,0	250	11,9
TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA				90,3	203,0	1.752	90,3

Programmazione dei Posti letto ex DM 70 (nelle singole Macro-Aree)

Area	POSTI LETTO				
Area CE	PL HSP 2015		PL Programmati		Δ PL Programmati - PL HSP 2015
	N. PL	N.PL x 1.000 ab. pesati	N. PL	N.PL x 1.000 ab. pesati	
Acuti	1.993	2,30	2.264	2,61	271
Riabilitazione	197	0,23	333	0,38	136
Lungodegenza	73	0,08	169	0,19	96
Totale	2.263	2,61	2.766	3,19	503

PRESIDI ASL CASERTA					
Cod.Discipl.	Disciplina con posti letto	P.L./DCA33	UOC/DCA 33	Proposta	Del 54/2016
08	Cardiologia	56	2,5	5	4
50	Unità Coronarica	28	1,3	0	
09	Chirurgia generale	123	5,6	6	5
18	Ematologia	20	0,9	1	1
58	Gastroenterologia	28	1	0	0
21	Geriatría	20	0,9	1	0
51	Medicina e Chirurgia d'ac. e d'urg.	8	0,4	1	1
26	Medicina Generale	150	6,8	6	5
68	Pneumologia	14	0,6	0	1
62	Neonatologia	8	0,4	0	0
39	Pediatria	46	2,1	2	4
32	Neurologia	68	3,1	0	0
34	Oculistica	16	0,7	1	1
64	Oncologia con PL	36	1,6	0	0
36	Ortopedia e traumatologia	112	5,1	4	4
37	Ostetricia e ginecologia	72	3,3	3	3
38	Otorinolaringoiatria	13	0,6	0	0
40	Psichiatria	36	1,6	0	0
49	Anestesia e terapia intensiva	34	1,5	5	3
43	Urologia	20	0,9	0	0
	Totale parziale	908	40,9	35	32
56	Recupero e riabilitazione funzionale	128	5,8		1
60	Lungodegenti	92	4,2		1
	Totale	1.128	51	35	34
112	Direzione Sanitaria di Presidio			6	5
106	Laboratorio Analisi			4	2
	Anatomia Patologica			1	0
69	Radiologia			4	3
109	Servizio trasfusionale			1	1
	Totale (*)			51	47

Dipartimento	Presidi	Cod	UOC	U	PL	Cod	UOS	U	PL	Cod	UOSD	U	PL
Direzione Amministrativa Aziendale													
			Servizio Economico-Finanziario	1			Contabilità analitica	1					
			Servizio Provveditorato	1			Economato	1					
			Servizio Gestione e Ottimizzazione Patrimonio Aziendale	1									
			Servizio Tecnico-manutentivo	1									
			Coordinamento Amministrativo Distretti e PPOO	1									
			Affari Legali	1			Contenzioso	1					
			Affari Generali	1			Gestione Documenti e Segreteria Organi	1					
			Gestione Risorse Umane	1			Trattamento giuridico personale	1					
							Rapporti sindacali	1					
Direzione Sanitaria Aziendale													
			Direzione Sanitaria PO Aversa	1									
			Direzione Sanitaria PO Maddaloni-S. Felice a Cancellò	1									
			Direzione Sanitaria PO Marcianise	1									
			Direzione Sanitaria PO Piedimonte Matese	1									
			Direzione Sanitaria PO Sessa Aurunca	1									
			Direzione Sanitaria PO Santa Maria Capua Vetere	1									

		Direzione Distretto 12	1		UOASB DS 12	1					
		Direzione Distretto 13	1		UOASB DS 13,16	1					
		Direzione Distretto 14	1		UOASB DS 14,15	1					
		Direzione Distretto 15	1		UOASB DS 17,18,19,20	1					
		Direzione Distretto 16	1		UOASB DS 21,22	1					
		Direzione Distretto 17	1		UOASB DS 23	1					
		Direzione Distretto 18	1		ADI DS 14,15	1					
		Direzione Distretto 19	1		ADI DS 17, 18	1					
		Direzione Distretto 20	1		ADI DS 19,20	1					
		Direzione Distretto 21	1		ADI DS 22,23	1					
		Direzione Distretto 22	1		UOMI DS 14	1					
		Direzione Distretto 23	1		UOMI DS 15	1					
					UOMI DS 17,18	1					
					UOMI DS 19,20,21	1					
					UOMI 22,23	1					
					Centro Antidiabetico Aversa	1					
					Centro Antidiabetico Cellole	1					
		Servizio Prevenzione e Protezione	1								
		Servizio Cure Primarie	1								
Dipartimento Funzionale della Programmazione											
		Servizio Controllo di Gestione e Sistema Informativo	1								
		Servizio Controllo delle Prestazioni in Accreditamento	1		Controllo Centri Accreditati	1					
					Controllo Centri di Riabilitazione	1					
					Controllo Case di Cura	1					

		Servizio Ispettivo	1									
		Servizio delle Tecnologie Informatiche	1									
		Servizio Ingegneria Clinica	1									
		Servizio di Sorveglianza Fisica Sanitaria	1									
										Medici Competenti	1	
Dipartimento Funzionale delle Fragilità												
		Servizio Tutela della Salute in Carcere	1				Sanità Penitenziaria S. Maria C. Vetere	1				
							Sanità Penitenziaria Carinola	1				
							REMS Calvi Risorta	1				
										Dipendenze Patologiche in carcere	1	
		Coordinamento Cure Domiciliari - ADI 12, 13, 16, 21	1									
										Cure Palliative - Hospice	1	
										Neuropsichiatria Infantile	1	
		Coordinamento Riabilitazione Territoriale	1								1	
										RSA Disabili	1	
Dipartimento Funzionale Servizi Strategici												
		Coordinamento Sociosanitario	1									
										Integrazione Aree Fragilità e Immigrati	1	

												Integrazione aree socio-sanitaria ad elevata int. Sanit.	1	
												Medicina Legale	1	
			Servizio Qualità e Risk Management	1										
			Servizio Formazione	1										
			Servizio Relazioni con il Pubblico	1										
Dipartimento di Prevenzione														
												Educazione alla Salute	1	
												Accreditamento strutture sanitarie	1	
			Servizio Epidemiologia e Prevenzione (SEP)	1										
			Servizio Igiene e Sanità pubblica (SISP)	1										
			Servizio Igiene Alimenti e nutrizione (SIAN)	1										
								UOPC DS 12	1					
								UOPC DS 13	1					
								UOPC DS 14	1					
								UOPC DS 15	1					
								UOPC DS 16	1					
								UOPC DS 17,18	1					
								UOPC DS 19,20	1					
								UOPC DS 21	1					
								UOPC DS 22,23	1					
			Serv. Monitoraggio Rischio Ambientale e Reg.Tumori	1										
												UOPLL DS: 12, 13, 14, 15, 16	1	
												UOPLL DS: 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23	1	

		Serv.Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro	1		Verifica Impianti	1						
		Serv.Igiene e Medicina del Lavoro	1									
		Serv.Veterinario Animale (Area A)	1		Prevenzione Randagismo	1						
		Serv.Veter. Igien Alimenti Orig.Animale (Area B)	1									
		Serv.Veter.Igiene Allev.e prod.Zootecnica (Area C)	1									
					UOV DS 12	1						
					UOV DS 13	1						
					UOV DS 14	1						
					UOV DS 15	1						
					UOV DS 16	1						
					UOV DS 17	1						
					UOV DS 18,19,20	1						
					UOV DS 21	1						
					UOV DS 22,23	1						
		Direzione Amministrativa Dipartimentale	1									
Dipartimento Salute mentale												
		UOSM Caserta DS 12	1									
		UOSM Marcianise DS 13,16	1									
		UOSM Aversa DS 17,18	1									
		UOSM Sessa Aurunca DS 14	1									
		UOSM Capua DS 21,22	1									
		UOSM Piedimonte Matese DS 15	1									
		UOSM Villa di Briano DS 18,19,20	1									
		UOSM Mondragone DS 23	1									

			Direzione Amministrativa Dipartimentale	1									
											Sistema Informativo Dipartimentale e Qualità	1	
										4001	SPDC Caserta		
											Disturbi del Comportamento Alimentare	1	
										4001	SPDC Aversa	1	18
										4001	SPDC Sessa Aurunca	1	18
											Coordinamento SSIIRR	1	
											Psicologia Clinica	1	
Dipartimento delle Dipendenze Patologiche													
											Alcolismo	1	
											SER.D Maddaloni	1	
											Direzione Amministrativa	1	
			SER.D Caserta	1									
			SER.D Marcianise	1									
			SER.D Aversa	1									
			SER.D.Piedimonte Matese	1									
			SER.D. Capua	1									
			Dipendenze Comportamentali	1									
Dipartimento Funzionale Farmaceutico													
											Integ.Provv./Farmacie- Uff. Ordini Liquidazioni	1	
			Farmaceutica Convenzionata e DPC	1									

			Farmacia P.O. S Maria C.V.	1			Farmacia Ist. Penitenz SMCV – DS 20,21,22	1					
			Farmacia PO Sessa Aurunca, PO Piedimonte Matese	1			Farmacia Istituto Penit. Carinola, DS 14,15,23	1					
			Farmacia – P.O. Marcianise - P.O. Maddaloni-S. Felice a C.	1			Farmacia Istituto Penitenziario Arienzo - DS 12,13,16	1					
			Farmacia P.O. Aversa	1			Farmacia Casa di reclusione di Aversa, DS 17, 18 e 19	1					
Dipartimento Funzionale Materno Infantile													
			Coordinamento Attività Territoriali Materno Infantile e UOMI 12, 13 e 16	1									
	13	3701	Ostetricia PO S G Moscati Aversa	1	20								
	438	3701	Ostetricia PO Marcianise	1	20	3701	Ginecologia Oncologica PO Marcianise	1					
	10	3701	Ostetricia PO S Rocco Sessa Aurunca	1	16								
	13	3901	Pediatria PO S G Moscati Aversa	1	16	6201	Neonatologia PO S G Moscati Aversa	1	8				
	438	3901	Pediatria PO Marcianise	1	10								
												Percorso Nascita	1
												Psicologia dell'Infanzia, Integrazione e Disabilità	1
												Diagnostica Senologia c/o Po Marcianise	1

										5701	Fisiopatologia della Riproduzione PO Marcianise	1	
										3701	Ostetricia PO Piedimonte Matese	1	16
										3901	Pediatria PO Piedimonte Matese	1	10
										3901	Pediatria PO Sessa Aurunca	1	10
Dipartimento Funzionale Area Medica													
	437	2601	Medicina Po Maddaloni	1	24	6801	Pneumologia PO Maddaloni	1	6	801	Cardiologia PO Maddaloni	1	6
							Neurologia PO Maddaloni	1	6				
							Recupero e Riabilitazione funzionale a indirizzo ortopedico PO Maddaloni	1	32				
							Pronto Soccorso con OBI PO Maddaloni	1					
	440	2101	Geriatrica PO S Felice a C	1	20					6001	Lungodegenza Po S Felice a C	1	24
										5601	Recupero e Riabilitazione funzionale a indirizzo cardiologico PO S Felice a C	1	32
											Emodialisi PO S Felice a C	1	
										6401	Oncologia PO S Felice a C	1	10
	438	2601	Medicina PO Marcianise	1	24		Pronto Soccorso con OBI PO Marcianise	1			Lungodegenti PO Marcianise	1	24
										5801	Gastroenterologia ed endoscopia digestiva PO Marcianise	1	8
	438	2601	Medicina PO S G Moscati Aversa	1	34	6801	Pneumologia PO Aversa	1		6401	Oncologia PO Aversa	1	10

											Neurologia Po Aversa	1	20
											Lungodegenti PO Aversa	1	20
											Emodialisi PO Aversa	1	
						5802	Endoscopia Digestiva PO Aversa	1		5801	Gastroenterologia PO Aversa	1	16
	4	2601	Medicina PO S Maria CV	1	24	6801	Pneumologia PO S Maria CV	1	4		Emodialisi PO S Maria Cv	1	
							Neurologia PO S Maria CV	1	4		Recupero e Riabilitazione Funzionale a indirizzo neurologico	1	20
											Gastroenterologia ed endoscopia digestiva PO S. Maria CV	1	4
	440	2601	Medicina PO Piedimonte Matese	1	20		Neurologia PO Piedimonte Matese	1	18	6401	Oncologia PO Piedimonte Matese	1	10
						6801	Pneumologia PO Piedimonte Matese	1	4		Lungodegenti PO Piedimonte Matese	1	24
							Pronto Soccorso con OBI PO Piedimonte Matese	1			Emodialis PO Piedimonte Matese	1	
										5601	Recupero e Riabilitazione Funzionale a indirizzo ortopedico PO Piedimonte Matese	1	24
	10	2601	Medicina PO S Rocco Sessa Aurunca	1	24		Neurologia PO S Rocco Sessa Aurunca	1	20				
							Pronto Soccorso ed OBI PO S Rocco Sessa Aurunca	1		6401	Oncologia PO S Rocco Sessa Aurunca	1	6
										5601	Recupero e Riabilitazione Funzionale a indirizzo Cardiologico	1	20
	438	801	Cardiologia PO Marcianise	1	12	5001	UTIC PO Marcianise	1	6				

	13	801	Cardiologia PO S G Moscati Aversa	1	12	5001	UTIC PO Aversa	1	6			
	440	801	Cardiologia PO Piedimonte Matese	1	10	5001	UTIC PO Piedimonte Matese	1	6			
	10	801	Cardiologia PO S Rocco Sessa Aurunca	1	10	5001	UTIC PO S Rocco Sessa Aurunca	1	6			
	4	801	Cardiologia PO S Maria CV	1	6	5001	UTIC PO S Maria CV	1	4			
	13		Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'Urgenza PO Aversa	1	8							
	13	1801	Ematologia PO Aversa	1	20		Genetica Medica PO Aversa	1				
Dipartimento Funzionale Area Chirurgica												
	437	901	Chirurgia Generale PO Maddaloni	1	20	4301	Urologia PO Maddaloni	1	8	3801	Otorinolaringoiatria PO Maddaloni	1 5
	437	3401	Oculistica PO Maddaloni	1	8							
	438	901	Chirurgia Generale PO Marcianise	1	24						Diagnostica e Terapia Vascolare PO Marcianise	1
											Chirurgia del seno	1
	13	901	Chirurgia Generale PO Aversa	1	24	3401	Oculistica Po Aversa	1	8	901	Chirurgia Mininvasiva PO Aversa	1
						4301	Urologia PO Aversa	1	12	3801	Otorinolaringoiatria PO Aversa	1 8
	10	901	Chirurgia Generale PO Sessa Aurunca	1	15		Diagnostica Endoscopica Chirurgica PO Sessa A	1				
	4	901	Chirurgia PO S Maria C V	1	20		Senologia Chirurgica	1		3401	Oculistica PO S Maria CV	1
	440	901	Chirurgia Generale PO Piedimonte Matese	1	20							
	437	3601	Ortopedia e Traumatologia PO Maddaloni	1	18	3601	Traumatologia dell'Anca	1				

								438	3601	Ortopedia e Traumatologia PO Marcianise	1	24
	13	3601	Ortopedia e Traumatologia PO Aversa	1	20	3601	Ortopedia artroscopica	1				
	10	3601	Ortopedia e Traumatologia PO Sessa Aurunca	1	10	3601	Ortopedia Interventistica	1				
									3601	Ortopedia e Traumatologia PO S Maria CV	1	20
	440	3601	Ortopedia e Traumatologia PO Piedimonte Matese	1	20							
	437	4901	Anestesia e Terapia Intensiva PO Maddaloni	1	5							
	438	4901	Anestesia e Terapia Intensiva PO Marcianise	1	6		Analgesia al parto PO Marcianise	1				
	13	4901	Anestesia e Terapia Intensiva PO Aversa	1	8		Analgesia al parto PO Aversa	1				
	10	4901	Anestesia e Terapia Intensiva PO Sessa Aurunca	1	5		Analgesia al parto PO Sessa Aurunca	1				
	440	4901	Anestesia e Terapia Intensiva PO Piedimonte Matese	1	6		Analgesia al parto PO Piedimonte Matese	1				
										Anestesia e Terapia Intensiva PO S M. CV	1	4
										CO 118	1	
Dipartimento Funzionale dei Servizi												
	437		Radiologia PO Maddaloni	1			Radiologia Interventistica	1				
	438		Radiologia Po Marcianise	1			Diagnostica Ecografica	1				
	13		Radiologia PO Aversa	1			Neuroradiologia	1				
	10		Radiologia PO Sessa Aurunca	1								

												Radiologia PO S Maria CV	1	
												Radiologia PO Piedimonte Matese	1	
	438		Laboratorio Analisi PO Marcianise	1										
	13		Laboratorio Analisi PO Aversa	1								Biologia Molecolare PO Aversa	1	
	10		Laboratorio Analisi PO Sessa Aurunca	1										
	440		Laboratorio Analisi PO Piedimonte Matese	1										
												Laboratorio Analisi PO S Maria Cv	1	
												Laboratorio Analisi PO Maddaloni	1	
	13		Anatomia Patologica PO Aversa	1										
	13		Serv.Immunotrasfusionale PO Aversa	1										