

ATTO AZIENDALE

BOZZA

BOZZA

PREMESSA

Con il presente Atto Aziendale, redatto ai sensi di quanto disposto dall'articolo 3, comma 1.- bis, del D.Lgs n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, l'Azienda Sanitaria Locale "Salerno" determina la propria organizzazione ed il proprio funzionamento, delineando gli ambiti della propria autonomia gestionale ed organizzativa, nel rispetto dei principi e dei criteri emanati dalla Regione Campania (articolo 2, comma 2- sexies, del decreto legislativo n. 502/1992 e s.m.i. come modificato dall'art.1 del decreto legislativo n. 168/2000).

La finalità del presente documento è tesa al miglioramento dello stato di salute dei cittadini della provincia di Salerno, nel rispetto dei vincoli dell'equilibrio economico e della natura pubblicistica del servizio complessivamente reso.

L'Atto Aziendale è stato redatto nel rispetto ed in coerenza con la normativa nazionale e regionale di riferimento, in particolare:

- D.Lgs 502/1992 e s.m.i (da ultimo il decreto legge 13.09.2012 n.158 convertito con modificazioni nella legge 8.11.2012 n. 189);
- 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;
- 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" e s.m.i.;
- 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”;
- Decreto del commissario ad acta n.18/2013 “Approvazione atto di indirizzo per l’adozione dell’atto aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Campania;
- Decreto del commissario ad acta n.29/2013 relativo alla riorganizzazione della rete dell’emergenza cardiologica;
- Decreto del commissario ad acta n.44/2013 relativo alla riorganizzazione della rete dell’ictus cerebrale.

I principi generali che hanno ispirato il presente Atto Aziendale consentono di fornire alla Asl Salerno un assetto organizzativo, in grado di garantire:

- flessibilità organizzativa e procedurale;
- dipartimentalizzazione;
- adeguati livelli di qualificazione e economicità dell’attività;
- promozione delle attività valutative e di miglioramento della qualità;
- umanizzazione e personalizzazione dell’assistenza;
- integrazione trasversale delle competenze e dei servizi;
- legittimità, imparzialità e trasparenza dell’azione amministrativa;
- decentramento dei poteri gestionali attraverso un organico sistema di deleghe ai dirigenti proposti alle strutture organizzative individuati come centri di responsabilità;
- accentramento dei poteri di programmazione e d’indirizzo in capo al Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo aziendale in rapporto fiduciario.

Nella definizione del presente Atto Aziendale particolare attenzione è stata posta a:

- governo clinico, sicurezza delle cure e controllo qualità;
- clima e benessere organizzativo;
- gestione delle risorse umane;
- formazione continua e aggiornamento professionale;

- tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini attraverso la carta dei servizi, la conferenza dei servizi, la consulta socio-sanitaria, l'audit civico e la trasparenza;
- relazioni sindacali.

E' stato, altresì, considerata e prevista la completa applicazione degli strumenti di programmazione e controllo, indispensabili per assicurare i risultati di efficacia, efficienza ed economicità degli obiettivi programmati. E' stato previsto il potenziamento e la riorganizzazione dei sistemi informativi aziendali attraverso la istituzione di una Unità Operativa dedicata.

Anche per le attività di comunicazione ed informazione è stata prevista una Unità Operativa dedicata, indispensabile strumento per dare concreta attuazione ai principi di trasparenza, imparzialità e parità di accesso che le leggi assicurano a tutti i cittadini.

Il presente atto aziendale prevede, inoltre, la individuazione delle strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico professionale, soggette a rendicontazione analitica e di tutti i dati che rappresentano la complessità aziendale.

Infine si da atto che, come previsto, entro 90 giorni dall'approvazione regionale del presente atto aziendale, saranno adottati tutti i Regolamenti interni di cui all'art. 11.3 delle Linee Guida, approvate con Decreto Regionale n. 18 del 18 febbraio 2013.

Con successivi regolamenti interni, da adottare con specifici provvedimenti aziendali nei termini prescritti, saranno disciplinate, in particolare, le seguenti materie:

- modalità di funzionamento del collegio di direzione;
- modalità di funzionamento del consiglio dei sanitari;
- modalità di funzionamento del comitato di dipartimento;
- modalità di affidamento, mutamento e revoca della direzione delle strutture e degli incarichi, le modalità di valutazione degli stessi e la graduazione delle funzioni;
- relazioni sindacali;
- modalità con cui l'azienda sanitaria appalta o contratta direttamente la fornitura di beni e servizi nel rispetto del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163 e s.m.i.;
- formazione e aggiornamento professionale;

- modalità di gestione per obiettivi e di negoziazione del budget, nonché collegamento con il sistema premiante;
- modalità di funzionamento dei distretti e dei dipartimenti;
- procedure di controllo interno;
- modalità di funzionamento del Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, ex art. 57 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i.;
- modalità di funzionamento della Consulta Socio-Sanitaria;
- sistemi di protezione e sicurezza dei dati;
- sistema di misurazione e valutazione delle performance;
- contabilità;
- attività libero professionale "intramoenia", in coerenza con le norme di cui alla Legge n.120/2007 e s.m.i. e con l'impegno dell'Azienda ad aggiornarne i contenuti per adeguarli alle linee guida regionali che saranno emanate ai sensi dell'art. 2 del D.L. n.158/2012, convertito con modificazioni dalla Legge n. 189/2012.

Inoltre, saranno approvati ulteriori regolamenti inerenti altri settori di attività, quale, per esempio, la regolamentazione del decentramento dei poteri gestionali in capo ai dirigenti.

CAPO I – GLI ELEMENTI IDENTIFICATIVI

Art. 1

L'AZIENDA SANITARIA LOCALE "SALERNO"

L'Azienda Sanitaria Locale "Salerno", è costituita in Azienda con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale con DGRC n. 505 del 20.03.2009 ai sensi e per gli effetti dell'art. 2, comma j, lett. A, della L.R. n.16 del 28.11.2008 contraddistinta da autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale, tecnica e imprenditoriale.

Il logo dell'Azienda è il seguente



L'Azienda ha sede legale in Salerno, alla Via Nizza n.146 cap 84124 – CF&P.IVA 04701800650

Il legale rappresentante dell'Azienda è il Direttore Generale.

Art. 2

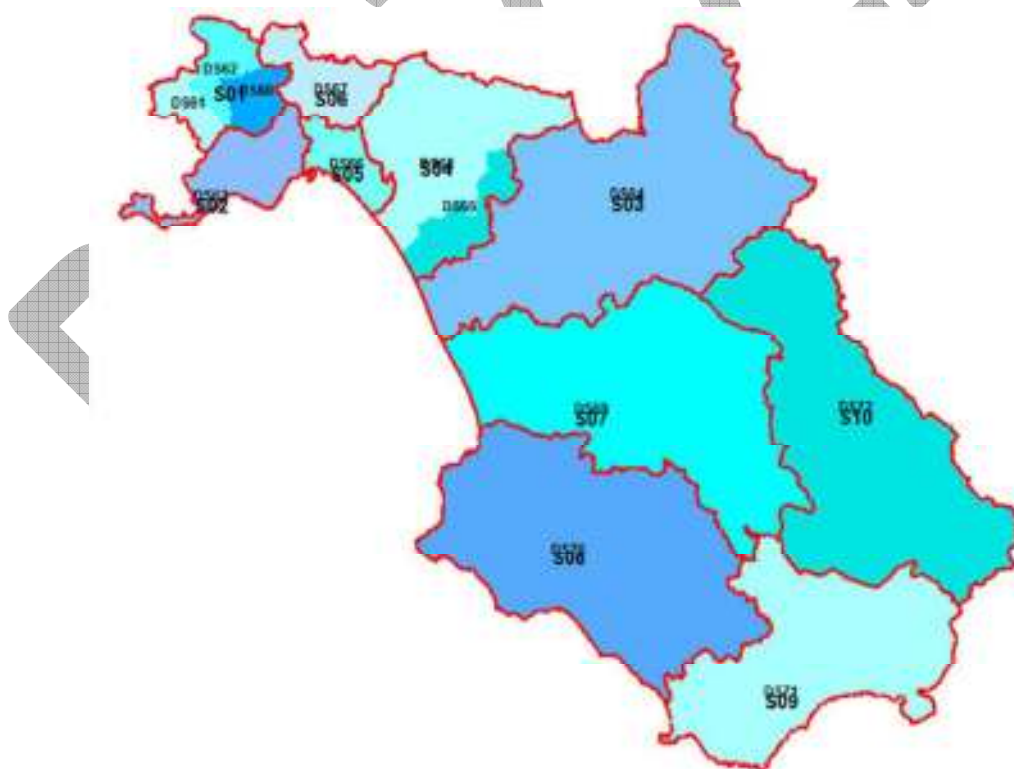
AMBITO TERRITORIALE E DATI DEMOGRAFICI

La Provincia di Salerno si estende per una superficie di 4.917,17 Km². che rappresenta il 36% della superficie regionale, così ripartita tra montagna interna, 29%, collina interna, 44,61%, collina litoranea 14,85% e pianura che interessa solo l'11,45% del territorio. La popolazione residente nella Provincia di Salerno al 31.12.2011 è di 1.109.815, 19% della popolazione regionale, la maggior parte della popolazione, 40%, risiede in pianura e solo il 5% in montagna.

Nella provincia di Salerno insistono 158 comuni: 21 presentano un elevato grado di urbanizzazione con una popolazione residente pari al 56% del totale; 40 presentano un livello medio di

urbanizzazione con una popolazione residente pari al 23%; i restanti 97 presentano un basso livello di urbanizzazione con una popolazione residente pari al 21% . L'area ad elevato grado di urbanizzazione o metropolitana della provincia di Salerno è costituita soprattutto dai comuni compresi nella fascia di territorio che va dall'Agro Nocerino-Sarnese a Nord fino a Pontecagnano e Battipaglia a Sud; l'area con livello medio di urbanizzazione è localizzata a ridosso di quella metropolitana, lungo la costa cilentana e del Vallo di Diano; l'area a basso livello di urbanizzazione è localizzata prevalentemente nelle zone della collina e della montagna interna, area Cratere, Cilento Interno e Vallo di Diano.

Ai sensi dell'art. 19 della Legge Regionale n.11/2007 la DGRC n.320 del 03.07.2012 ha modificato gli ambiti territoriali e i distretti sanitari che ricadono nella Provincia di Salerno pertanto insistono nell'ambito territoriale dell'Azienda Sanitaria Locale Salerno 10 Distretti Socio-Sanitari (vedi cartina).



► Ambito S01 ► Distretti 60, 61 e 62

n.	Comuni	Popolazione	Distretto
1	Castel San Giorgio	13.728	DS60
2	Nocera Inferiore	45.707	DS60
3	Nocera Superiore	24.255	DS60
4	Roccapiemonte	9.068	DS60
5	Angri	32.226	DS61
6	Corbara	2.594	DS61
7	Sant'Egidio del Monte Albino	8.942	DS61
8	Scafati	50.794	DS61
9	Pagani	35.962	DS62
10	San Marzano sul Sarno	10.205	DS62
11	San Valentino Torio	10.313	DS62
12	Sarno	31.423	DS62
		275.217	

► Ambito S02 ► Distretto 63

n.	Comuni	Popolazione	Distretto
1	Amalfi	5.317	DS63
2	Atrani	913	DS63
3	Cava de' Tirreni	53.520	DS63
4	Cetara	2.317	DS63
5	Conca dei Marini	739	DS63
6	Furore	850	DS63
7	Maiori	5.626	DS63
8	Minori	2.836	DS63
9	Positano	3.983	DS63
10	Praiano	2.081	DS63
11	Ravello	2.508	DS63
12	Scala	1.541	DS63
13	Tramonti	4.145	DS63
14	Vietri sul Mare	8.293	DS63
		94.669	

► Ambito S03 ► Distretto 64

n.	Comuni	Popolazione	Distretto
1	Altavilla Silentina	7.010	DS64
2	Buccino	5.394	DS64
3	Campagna	16.183	DS64
4	Castelnuovo di Conza	662	DS64
5	Colliano	3.800	DS64
6	Contursi Terme	3.367	DS64
7	Eboli	38.470	DS64
8	Laviano	1.496	DS64
9	Oliveto Citra	3.972	DS64
10	Palomonte	4.151	DS64
11	Postiglione	2.289	DS64
12	Ricigliano	1.241	DS64
13	Romagnano al Monte	399	DS64
14	San Gregorio Magno	4.457	DS64
15	Santomenna	482	DS64
16	Serre	4.045	DS64
17	Sicignano degli Albani	3.311	DS64
18	Valva	1.760	DS64
		102.489	

► Ambito S04 ► Distretti 65 e 68

n.	Comuni	Popolazione	Distretto
1	Battipaglia	51.133	DS65
2	Bellizzi	13.172	DS65
3	Olevano sul Tusciano	6.993	DS65
4	Acerno	2.877	DS68
5	Castiglione del Genovesi	1.364	DS68
6	Giffoni Sei Casali	5.322	DS68
7	Giffoni Valle Piana	12.079	DS68
8	Montecorvino Pugliano	10.190	DS68
9	Montecorvino Rovella	12.633	DS68
10	Pontecagnano Faiano	25.307	DS68
11	San Cipriano Picentino	6.721	DS68
12	San Mango Piemonte	2.644	DS68
		150.435	

► Ambito S05 ► Distretto 66

n.	Comuni	Popolazione	Distretto
1	Pellezzano	10.714	DS66
2	Salerno	139.019	DS66
		149.733	

► Ambito S06 ► Distretto 67

n.	Comuni	Popolazione	Distretto
1	Baronissi	16.850	DS67
2	Bracigliano	5.621	DS67
3	Calvanico	1.570	DS67
4	Fisciano	13.652	DS67
5	Mercato San Severino	21.814	DS67
6	Siano	10.324	DS67
		69.831	

► Ambito S07 ► Distretto 69

n.	Comuni	Popolazione	Distretto
1	Albanella	6.519	DS69
2	Aguara	1.606	DS69
3	Bellosguardo	865	DS69
4	Capaccio	22.300	DS69
5	Castel San Lorenzo	2.708	DS69
6	Castelcivita	1.902	DS69
7	Controne	909	DS69
8	Corleto Monforte	672	DS69
9	Felitto	1.332	DS69
10	Giungano	1.257	DS69
11	Laurino	1.741	DS69
12	Magliano Vetere	778	DS69
13	Monteforte Cilento	576	DS69
14	Ottati	761	DS69
15	Piaggine	1.478	DS69
16	Rocccaspide	7.462	DS69
17	Roscigno	860	DS69
18	Sacco	582	DS69
19	San'Angelo a Fasanell	730	DS69
20	Trentinara	1.724	DS69
21	Valle dell'Angelo	314	DS69
		57.076	

► Ambito S08 ► Distretto 70

n.	Comuni	Popolazione	Distretto
1	Agropoli	21.305	DS70
2	Ascea	5.630	DS70
3	Campora	479	DS70
4	Cannalonga	1.098	DS70
5	Casalvelino	4.995	DS70
6	Castellabate	8.213	DS70
7	Castelnuovo Cilento	2.614	DS70
8	Ceraso	2.532	DS70
9	Cicerale	1.272	DS70
10	Cuccaro Vetere	584	DS70
11	Futani	1.298	DS70
12	Gioi	1.368	DS70
13	Laureana Cilento	1.185	DS70
14	Laurito	870	DS70
15	Lustra	1.110	DS70
16	Moio della Civitella	1.927	DS70
17	Montano Antilia	2.002	DS70
18	Montecorice	2.589	DS70
19	Novi Velia	2.263	DS70
20	Ogliastro Cilento	2.274	DS70
21	Omignano	1.570	DS70
22	Orria	1.195	DS70
23	Pardifumo	1.784	DS70
24	Perito	1.022	DS70
25	Pisciotta	2.880	DS70
26	Pollica	2.460	DS70
27	Prignano Cilento	975	DS70
28	Rutino	895	DS70
29	Salento	2.046	DS70
30	San Mauro Cilento	982	DS70
31	San Mauro la Bruca	676	DS70
32	Serramezzana	355	DS70
33	Sessa Cilento	1.381	DS70
34	Stella Cilento	785	DS70
35	Sto	972	DS70
36	Torchiaro	1.808	DS70
37	Vallo della Lucania	8.865	DS70
		96.455	

► Ambito S09		► Distretto 71	
n.	Comuni	Popolazione	Distretto
1	Alfano	1.110	DS71
2	Camerota	7.289	DS71
3	Casaletto Spartano	1.488	DS71
4	Caselle in Pittari	2.001	DS71
5	Celle di Bulgheria	1.934	DS71
6	Centola	5.004	DS71
7	Ispani	1.017	DS71
8	Morigerati	736	DS71
9	Roccagloriosa	1.650	DS71
10	Rofrano	1.710	DS71
11	San Giovanni a Piro	3.868	DS71
12	Santa Marina	3.222	DS71
13	Sapri	7.038	DS71
14	Torraca	1.304	DS71
15	Torre Orsaia	2.259	DS71
16	Tortorella	572	DS71
17	Vibonati	3.278	DS71
		45.568	

► Ambito S10		► Distretto 72	
n.	Comuni	Popolazione	Distretto
1	Atena Lucana	2.344	DS72
2	Auletta	2.440	DS72
3	Buonabitacolo	2.632	DS72
4	Caggiano	2.858	DS72
5	Casalbuono	1.236	DS72
6	Monte San Giacomo	1.682	DS72
7	Montesano sulla Marcellana	6.683	DS72
8	Padula	5.523	DS72
9	Pertosa	714	DS72
10	Petina	1.213	DS72
11	Polla	5.316	DS72
12	Sala Consilina	12.716	DS72
13	Salvitelle	600	DS72
14	San Pietro al Tanagro	1.733	DS72
15	San Rufo	1.780	DS72
16	Sant'Arsenio	2.807	DS72
17	Sanza	2.754	DS72
18	Sassano	5.119	DS72
19	Teggiano	8.232	DS72
		68.342	

e n° 8 Presidi Ospedalieri così come individuati dal Decreto Regionale 49/2010:

- P.O. Nocera-Pagani, III livello nella rete dell'emergenza con 372 posti letto;
- P.O. Vallo della Lucania, III livello nella rete dell'emergenza con 307 posti letto;
- P.O. Valle Sele, II livello nella rete dell'emergenza con 328 posti letto;
- P.O. Sarno, II livello nella rete dell'emergenza con 160 posti letto;
- P.O. Polla, II livello nella rete dell'emergenza con 228 posti letto;
- P.O. Sapri, II livello nella rete dell'emergenza con 120 posti letto;
- P.O. Oliveto Citra, Presidio Ospedaliero ad indirizzo Riabilitativo con 80 posti letto;
- P.O. Scafati, Presidio Ospedaliero ad indirizzo Riabilitativo con 80 posti letto.

Art. 3

PATRIMONIO

Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti, 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, comma 2, D.Lgs. 229/1999, 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, comma 3, del D.Lgs. 229/1999.

Art. 4

MISSIONE AZIENDALE

L'Azienda Sanitaria Locale Salerno è inserita nel contesto del Sistema Sanitario Regionale della Campania, insieme alle altre Aziende Sanitarie Pubbliche, i Medici di Famiglia, gli erogatori privati accreditati ed agisce in un'ottica di solidarietà e con autonomia, nel rispetto dei principi e delle linee di indirizzo regionali.

L'Azienda Sanitaria Locale Salerno si pone come garante della salute dei propri cittadini, attraverso la programmazione locale, intesa come confronto e presa in carico delle richieste del territorio.

A tal fine le strategie dell'Asl sono orientate prioritariamente a:

- promuovere la salute di individui, gruppi e comunità individuando i bisogni di salute;
- esercitare l'attività di programmazione e indirizzo dei Servizi Sanitari e Sociosanitari;
- favorire la partecipazione dei soggetti rappresentativi delle comunità, coinvolgendoli in un processo di promozione della salute;

- valorizzare le proprie risorse umane.

Il modello organizzativo aziendale tende ad una semplificazione strutturale, in coerenza con l'obiettivo di razionalizzare e semplificare adempimenti e procedure, evitando duplicazioni e sovrapposizioni e rendere l'organizzazione più coerente alle specifiche necessità aziendali. A tal fine, si propone, come previsto dalla normativa Regionale vigente, una organizzazione basata sui Dipartimenti, volta ad assicurare una gestione integrata e coordinata delle attività, svolte a livello Territoriale ed Ospedaliero.

L'Azienda si impegna ad assicurare che le proprie attività vengano svolte nell'osservanza della legge, dell'onestà, integrità, correttezza e buona fede, nel rispetto degli interessi legittimi degli utenti, dipendenti, collaboratori e *partners* contrattuali.

4.1 La promozione della salute di individui, gruppi e comunità e l'analisi dei bisogni di salute

L'Asl deve essere in grado di sostenere "la causa della salute" con l'azione combinata di tutte le componenti di una comunità, agendo sulle condizioni sociali, ambientali, culturali, ma anche sul rinforzo delle conoscenze, delle abilità individuali e dei livelli di autonomia delle persone nelle scelte che hanno un impatto sulla salute.

4.2 L'attività di programmazione e indirizzo dei servizi sanitari e sociosanitari

Nell'attuale contesto di riferimento la Regione rappresenta l'ente di Governo, l'Asl svolge un ruolo di regolazione del sistema ed ai Comuni compete la programmazione zonale del sistema sociale con il coinvolgimento del Terzo Settore e dei soggetti rappresentativi della società civile.

L'Azienda è orientata al modello PAC che implica: programmazione integrata all'interno dell'Asl e con altri soggetti; controllo e governo della domanda e dell'offerta Sanitaria e Socio-Sanitaria; contrattazione e acquisto di prestazioni; forme di controllo a tutela del cittadino, controllo dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni erogate e controllo della conformità delle strutture erogative; sviluppo di nuovi ruoli e competenze rispetto alla presa in carico del bisogno (case management come governo della risposta ai bisogni del cittadino).

Tale orientamento richiede competenze nella programmazione, capacità di governo e negoziazione del budget ed, in particolare, l'evoluzione di un nuovo approccio rispetto al tradizionale modello di soddisfacimento dei bisogni.

Con specifico riferimento alla rete dei Servizi Socio-Sanitari, le funzioni di regolazione del sistema implicano:

- la programmazione e la progettazione, attraverso lo strumento dell'accreditamento;
- la collaborazione con gli Enti Locali nella programmazione della rete dei servizi sociali;
- la verifica di coerenza dei Piani di Zona con la programmazione regionale e di distretto;
- la vigilanza ed il controllo della rete Socio-Assistenziale e Socio-Sanitaria.

4.3 La partecipazione

L'Asl Salerno raccoglie e fa sintesi delle istanze, contributi e proposte provenienti dai soggetti rappresentativi dei bisogni dei cittadini, delle comunità locali e degli operatori, ciò anche al fine di favorire da parte dell'Azienda scelte non avulse dalle dinamiche sociali.

Particolare rilevanza assumono per l'Azienda i rapporti con tutti gli Enti che rappresentano le comunità locali ed i loro bisogni. In tale ottica, il raccordo con le Amministrazioni Locali si realizza in diversi ambiti e materie, quali, interventi nell'area della prevenzione, alleanze e *partnership* nel campo della promozione della salute, partecipazione a tavoli di confronto, oltre che nelle attività sociosanitarie.

Interlocutori dell'Azienda sono anche: Associazioni di volontariato, Associazioni di autotutela dei malati e loro familiari, altre espressioni della partecipazione in forma organizzata dei cittadini con i quali confrontarsi sulle problematiche dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari.

4.4 La valorizzazione delle risorse umane

Il fattore umano è decisivo per la realizzazione delle finalità dell'Asl. Occorre dunque che l'Azienda disponga di adeguate professionalità che siano in grado di rispondere ai cambiamenti istituzionali

e sociali adottando comportamenti professionali, organizzativi e relazionali che mettano in grado le persone, le famiglie, le comunità di aumentare il controllo sui fattori che influenzano la salute. Professionalità che vanno valorizzate attraverso un coinvolgimento nelle scelte, efficaci percorsi formativi, strumenti che accrescono il senso di appartenenza e la motivazione e lo sviluppo di adeguati strumenti di valutazione, incentivazione nella produttività e percorsi di carriera.

Sono strategici a tali fini:

- il raccordo con le Università, per trasferire esperienze e competenze nei percorsi di formazione avanzata;
- lo sviluppo di progetti di ricerca applicata (in accordo con Università e altri soggetti), che consentano di definire modelli organizzativi e gestionali, da utilizzare all'interno dell'Azienda.

4.5 La Formazione

La formazione e l'aggiornamento professionale assumono un ruolo prioritario nelle politiche di gestione e sviluppo delle risorse umane, con l'obiettivo di aumentare le conoscenze e le abilità professionali, in modo da essere sempre allineate con il progresso scientifico e tecnologico ed al fine di migliorare qualitativamente le prestazioni rese.

L'attività formativa è pianificata a livello centrale, tenuto conto dei fabbisogni formativi individuabili secondo processi di coinvolgimento anche delle più piccole articolazioni aziendali.

Le iniziative formative sono pianificate preventivamente per ogni anno nel rispetto delle esigenze prioritarie dell'azienda attraverso l'adozione del Piano Formativo Annuale.

L'obiettivo principale aziendale è costituito dal progressivo avanzamento delle culture professionali di riferimento. L'esito atteso è di conseguire il continuo miglioramento della presa in carico dei problemi di salute della popolazione, il puntuale riconoscimento dei diritti dei cittadini fin dal momento in cui si rivolgono alle strutture dell'Azienda, nonché la realizzazione di programmi aziendali di sviluppo dei servizi, degli interventi, delle tecniche gestionali, dei metodi e dei processi di lavoro.

L'Asl Salerno è attivamente impegnata nello sviluppo delle professionalità per mezzo della attività formativa erogata dal Polo Didattico, il quale è una struttura di formazione per il personale delle professioni sanitarie.

4.6 Il Volontariato

Il volontariato (oltre alla sua capacità di enfatizzare l'elemento relazionale) assume un particolare valore, in quanto concorre a concretizzare gli elementi che caratterizzano le strutture sanitarie, l'umanizzazione, la personalizzazione, il diritto all'informazione, i criteri alberghieri e l'educazione sanitaria.

Il volontariato è gestito come una risorsa basata sulla consapevolezza dei suoi valori, delle sue potenzialità e dei suoi limiti, che vanno ben oltre gli aspetti solo formali e di immagine.

Esso concentra il suo apporto su casi e situazioni sui quali l'intervento diviene utile se non insostituibile, malati gravi soli che richiedono assistenza continua, malati terminali in appoggio all'assistenza della famiglia, immigrati che non hanno nessun familiare vicino.

Art.5

AREE PRIORITARIE DI INTERVENTO

L'Asl Salerno definisce linee strategiche appropriate, sulla base di un'analisi di contesto, ed a fronte della programmazione regionale e dell'assegnazione di risorse determinate, al fine di perseguire la *mission* aziendale. Le priorità di intervento sono di seguito individuate.

5.1 La prevenzione

In generale si vuole affrontare l'esigenza di adattare l'attività di prevenzione a responsabilità nuove, di fronte a rischi nuovi, pur senza abbassare la guardia nei confronti dei rischi tradizionali.

L'identificazione di questi rischi, la valutazione del loro impatto sulla salute e la gestione delle iniziative di prevenzione, efficaci e praticabili, sono il nuovo obiettivo che il Dipartimento di Prevenzione si prefigge di assumere ad integrazione di quanto previsto dagli adempimenti di legge ed in collaborazione con tutti i soggetti coinvolti (cittadini, imprese, forze sociali, altre istituzioni).

Per far fronte a queste rinnovate responsabilità si lavorerà per obiettivi e progetti, distinguendoli in due tipologie: quelli nazionali e regionali e quelli rispondenti a priorità o profili epidemiologici locali.

Particolare rilevanza assume in tale ambito la salute e la sicurezza dei luoghi di lavoro. In tale ambito dovrà essere assicurata, per evitare duplicazioni di interventi, una corretta pianificazione degli interventi stessi, quale condizione essenziale per corrispondere in termini di massima efficacia complessiva. Ciò sarà realizzato mediante l'aggiornamento continuo del censimento delle attività lavorative esistenti sul territorio e mappatura dei fattori di rischio e protocolli per la vigilanza antinfortunistica sui luoghi di lavoro, con accertamenti e verifiche periodiche, protocolli per la vigilanza e la sicurezza degli impianti.

Tali attività di sorveglianza devono però essere orientate, tramite opportuni contributi preventivi, anche per favorire la nascita in sicurezza di nuove attività produttive al fine di incentivare lo sviluppo e l'occupazione. In tale campo, infatti, una adeguata informazione può svolgere un'efficace ruolo di prevenzione.

5.2 La cronicità

Accanto alla prevenzione ambientale, veterinaria e nei luoghi di lavoro e abitativi, assume significativa rilevanza anche quella più propriamente medica la cui necessità è determinata, soprattutto nel contesto della provincia di Salerno, dal continuo incremento delle patologie croniche legato essenzialmente a due fattori: aumento dell'età media e miglioramento dell'efficacia terapeutica.

Ciò induce un sempre maggiore impegno dei sistemi sanitari ed assistenziali nella presa in carico prolungata di pazienti con malattie croniche come il diabete, malattie cardiovascolari, ipertensione, ictus cerebrale ed alcune neoplasie.

Tali condizioni morbose hanno, come noto, fattori di rischio comuni (sovrappeso, sedentarietà e tabagismo). Intervenire, dunque, su questi fattori di rischio cosiddetti "modificabili" è fondamentale per agire efficacemente a tutti i livelli della prevenzione e della cura.

In questa ottica l'Asl Salerno intende porsi in coerenza con le linee strategiche nazionali ed internazionali consolidando e sviluppando ulteriormente azioni programmatiche su larga scala, orientate a sensibilizzare tutti gli operatori sanitari sulla promozione dei corretti stili di vita ed azioni tese ad ampliare il bagaglio terapeutico dei medici, fornendo strumenti operativi da utilizzare nella pratica quotidiana con la prescrizione di corretti comportamenti alimentari e di attività fisica.

5.3 Le attività di screening

Accanto alle attività di prevenzione essenzialmente primaria di cui sopra, la strategia operativa dell'Asl Salerno è rivolta anche agli aspetti di prevenzione secondaria, con particolare impegno nelle campagne degli *screening* oncologici (mammella, colon retto e cervice uterina).

5.4 Il "Risk Manager"

In coerenza con le linee guida regionali, si è previsto nell'presente Atto Aziendale la funzione di *Risk Management* con l'individuazione del *Risk Manager* Aziendale.

Tale funzione costituisce il processo gestionale attraverso cui l'Azienda si pone l'obiettivo di identificare, analizzare, quantificare, comunicare, monitorare, ridurre o eliminare i rischi associati a qualsiasi attività operativa.

5.5 Le problematiche delle dipendenze

Nel contesto del territorio della provincia di Salerno, l'attuale evoluzione del fenomeno delle problematiche delle dipendenze (alcol, stupefacenti, tabagismo, ludopatia, internet) sta assumendo sempre più rilevanza sanitaria e sociale. E' elevato il numero di persone che presentano una vera e propria dipendenza con conseguenti disagi sanitari, familiari e sociali.

Considerando gli stili di consumo di sostanze nella popolazione giovanile emerge che negli ultimi anni l'utilizzo è presente in età assai precoce, essendosi abbassata l'età di prima assunzione.

Il Dipartimento delle Dipendenze, come previsto dalla normativa Regionale rappresenta la sede istituzionale impegnata ad affrontare il tema delle patologie correlate alle dipendenze in un

approccio globale - che vuole privilegiare le azioni preventive, ma anche rafforzare la struttura preposta alla cura e riabilitazione dei soggetti dipendenti.

5.6 Il sistema dei controlli

L'azione dell'Asl Salerno, efficace, tempestiva e continua, punta a migliorare l'appropriatezza ed il corretto accesso alle strutture ed alle prestazioni, integrandosi con le attività inerenti l'accreditamento ed il controllo di qualità.

L'azione è supportata da valutazioni statistiche, epidemiologiche regionali e nazionali, esperienziali relative al territorio, alle strutture ed ai principali fenomeni sanitari e socio-sanitari, alla ricerca di una valutazione puntuale delle criticità e degli "eventi sentinella" meritevoli di approfondimento, implementando i legami operativi con tutte le professionalità, interne ed esterne all'Azienda, che si occupano di monitoraggio e controllo.

A tale fine l'Asl sviluppa i Nuclei Operativi di Controllo (N.O.C.) ed assicura loro adeguata funzionalità.

5.7 La negoziazione

Attraverso la negoziazione l'Asl si pone l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza delle prestazioni, sanitarie e socio-sanitarie, rese in risposta ai bisogni di salute e di conseguire livelli di assistenza più elevati.

L'Asl ha consolidato il processo di negoziazione con le strutture erogatrici Sanitarie e Socio-Sanitarie e monitora l'andamento delle attività, nel rispetto dei contratti stipulati e delle linee guida regionali.

La gestione ed il monitoraggio dei tempi di attesa si attua in base a criteri clinici in stretta collaborazione tra prescrittori ed erogatori. Particolare attenzione sarà posta alle politiche di valutazione della *customer satisfaction*.

5.8 Riordino della rete ospedaliera e della rete dei servizi di Emergenza-Urgenza

L'Asl Salerno, con il presente atto aziendale, provvede a dare piena attuazione al Decreto legislativo 49/2010 che prevede la completa riorganizzazione della rete ospedaliera della Provincia

di Salerno con lo scopo, pur nella razionalizzazione del numero dei Presidi Ospedalieri e nella riduzione complessiva del numero di posti letto, di ottenere un significativo miglioramento delle prestazioni sanitarie per acuti con particolare riguardo alle patologie di riconosciuta maggiore incidenza per le quali è prevista una organizzazione di rete secondo il modello Hub e Spoke.

Si è inteso privilegiare, nell'ottica di quanto previsto dal decreto 49, i presidi ad elevata intensità di cura al fine di ottenere in maniera omogenea su tutto il territorio provinciale trattamenti in linea con quanto previsto dalle più moderne linee guida Nazionali ed Internazionali per le patologie cosiddette *Big Killer* o per quelle che prevedono come esito finale un elevato tasso di disabilità.

Questo si è ottenuto, come previsto dal decreto 49, con interventi di riconversione e razionalizzazione della rete che puntino alla articolazione equilibrata dei diversi livelli di intervento con l'implementazione di servizi intermedi tra Ospedale e Territorio.

5.9 Il governo della domanda mediante la valorizzazione dei Medici delle Cure Primarie

Il governo della domanda sanitaria e il conseguente orientamento sulla programmazione dell'offerta è possibile solo attraverso l'apporto fattivo, coerente ed efficace dei Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS), protagonisti e primi interlocutori di ogni assistito nella lettura dei bisogni Sanitari e Socio-Sanitari individuali.

Solo conoscendo la storia sanitaria ed il contesto di vita di ciascuna persona, il Medico delle Cure Primarie ha la possibilità di orientare il cittadino verso il servizio di provata efficacia che meglio può rispondere alle sue particolari necessità.

Tale azione produce appropriatezza ed ottimizzazione dell'uso delle risorse.

5.10 Lo sviluppo del Sistema Informativo

Il sistema informativo si conferma quale supporto fondamentale per la gestione di un sistema complesso di governo della sanità.

Lo sviluppo del sistema informativo è rivolto al miglioramento della gestione dei servizi, all'ottimizzazione delle procedure organizzative e alla razionalizzazione dell'uso delle risorse.

La piena funzionalità delle tecnologie e strumenti informativi ed informatici, unitamente alla gestione strutturata delle informazioni, consentiranno la razionalizzazione delle attività e una maggiore efficienza dei servizi.

5.11 L'integrazione dei servizi

Le innovazioni normative ed istituzionali, sia a livello nazionale che regionale implicano la concretizzazione della gestione integrata delle attività e delle funzioni sanitarie con quelle socio-sanitarie. Si rafforza la collaborazione pubblico-privato per offrire migliori prestazioni, ottimizzando le risorse sia sul versante di un forte investimento del pubblico, sia nella piena legittimità di un privato che, in un sistema di regole, si sviluppa e offre servizi.

Ciò ha comportato per l'Asl nuove funzioni di programmazione-controllo e di definizione delle condizioni contrattuali (acquisto di prestazioni) e scelte in campo organizzativo con nuovi ruoli e responsabilità al fine di promuovere modelli organizzativi più efficienti ed efficaci.

5.12 Comunicazione, promozione ed educazione alla salute e informazione al cittadino

Nell'Asl Salerno la cultura della comunicazione pubblica in sanità si colloca come elemento di raccordo tra i percorsi definiti dalla programmazione regionale e le attività della azienda. Gli ambiti di intervento riguardano tutti i fattori che influiscono sulla salute, dalla facilitazione all'accesso ai servizi ed alle prestazioni (Sanitarie e Socio Sanitarie), alla promozione di corretti stili di vita, alla tutela della salute dei lavoratori, alla tutela dell'ambiente.

L'Asl intende sviluppare una politica di comunicazione, promozione ed educazione alla salute, basata su:

- necessità di informazione trasparente ed esauriente dell'attività svolta e della rete dei servizi sul territorio, anche per consentire ai cittadini di esercitare la libertà di scelta;
- promozione di iniziative di comunicazione esterna, volte a rendere visibili tutti gli ambiti di lavoro in cui l'Asl è impegnata;
- sviluppo di iniziative di promozione ed educazione alla salute, che aiutino il cittadino a compiere scelte consapevoli ed assumere stili di vita orientati alla salute;

- realizzazione di un sistema di comunicazione interna per migliorare l'efficienza organizzativa, la qualità dei servizi e il coinvolgimento degli operatori nei processi di cambiamento.

Art. 6

GOVERNO CLINICO, SICUREZZA DELLE CURE E CONTROLLO DELLA QUALITA'

L'Azienda adotta i principi e gli strumenti del governo clinico nella realizzazione di relazioni funzionali appropriate tra la componente clinico-assistenziale e quella organizzativo gestionale, al fine di promuovere il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantenere elevati livelli di servizio.

A sostegno del governo clinico, l'Azienda adotta un sistema di monitoraggio dei processi e degli esiti dell'assistenza erogata e provvede ai correttivi necessari.

A questo fine l'Azienda in particolare provvede:

- all'adozione di linee guida cliniche e clinico-organizzative, alla formalizzazione di percorsi di audit clinico, alla gestione del rischio clinico, alla formazione continua;
- alla promozione della collaborazione multi professionale e di percorsi assistenziali integrati;
- alla responsabilizzazione degli operatori e al monitoraggio delle performance;
- alla partecipazione responsabile dei cittadini.

Attraverso le funzioni del governo clinico l'Azienda deve assicurare:

- che i rischi siano contenuti;
- che gli eventi avversi siano rapidamente diagnosticati e studiati;
- che le buone pratiche siano rapidamente diffuse;
- che vi siano sistemi per garantire il miglioramento continuo della pratica clinica.

In questo senso, la qualità cessa di essere una sorta di dimensione separata, collaterale e parallela, e diventa invece parte integrante del processo di identificazione degli obiettivi dell'Azienda, dei meccanismi di definizione dei processi organizzativi come pure di quelli che presiedono alla definizione dell'allocazione delle risorse, oltre che, ovviamente, degli strumenti di valutazione

delle attività delle singole unità operative e dei percorsi formativi offerti ai professionisti. In particolare, il monitoraggio di processi e di esiti, mediante un sistema di indicatori e lo sviluppo o l'adattamento e l'aggiornamento di procedure organizzative e di linee guida professionali, la verifica della loro applicazione, nonché l'insieme delle azioni finalizzate al controllo qualità rappresentano i determinanti di un efficace governo clinico.

Al fine di ridurre i costi connessi al complesso dei rischi relativi alla propria attività l'Azienda, nell'ambito della propria organizzazione, e senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, cura l'analisi, studia e adotta le necessarie soluzioni per la gestione dei rischi medesimi per la prevenzione del contenzioso e la riduzione degli oneri assicurativi.

I livelli di responsabilità nel governo clinico all'interno dell'azienda sono:

- **La Direzione Sanitaria Aziendale** che ha il compito di sviluppare l'intero sistema di governo clinico e di diffonderlo al fine di implementare comportamenti virtuosi mediante:
 - il coordinamento ed il controllo continuo delle attività;
 - l'introduzione di meccanismi di *benchmarking* esterni ed interni;
 - la misurazione della performance individuali e di unità organizzativa;
 - il monitoraggio e i provvedimenti correttivi in caso di *feedback* negativo o inadeguato.
- **I Direttori di Dipartimento e di Struttura** che curano l'attuazione del governo clinico, in particolare nella promozione e controllo dei processi clinico-assistenziali che si svolgono nelle unità su cui esercitano azione organizzativo-gestionale, nonché la diffusione di procedure per il miglioramento continuo della qualità.
- **Il singolo Dirigente Medico** responsabile del piano preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo appropriato per il singolo paziente secondo i presupposti e gli strumenti del Governo Clinico (EBM, Audit, Gestione dell'Errore).

Art. 7

CLIMA E BENESSERE ORGANIZZATIVO

L'Asl Salerno intende realizzare e mantenere il benessere fisico e psicologico delle persone, attraverso la costruzione di ambienti e relazioni di lavoro che contribuiscono al miglioramento della qualità della vita dei lavoratori e delle prestazioni rappresentando un punto strategico per raggiungere obiettivi di efficacia e di produttività.

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

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

- valorizzare le risorse umane;
- aumentare la motivazione dei dipendenti;
- migliorare i rapporti tra i vari dipendenti dell'Asl;
- 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 che la cultura del mero adempimento;
- prevenire rischi psico-sociali.

Art. 8

LA LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA

L'Azienda promuove e valorizza l'attività libero-professionale intramuraria resa dai propri professionisti individualmente e/o in equipe e favorisce altresì, nei tempi tecnici più rapidi possibili

la reperibilità e la disponibilità di spazi interni adeguati all'attività ambulatoriale e di ricovero, tutto quanto ai sensi di quanto stabilito dall'art.2 della legge 189/2012.

L'Azienda intende perseguire in modo efficace i legittimi interessi di cui sono portatori sia gli utenti, ai quali poter offrire un'ulteriore opzione per ottenere prestazioni sanitarie con tempi di attesa ridotti e a tariffe trasparenti rispetto a quelle del mercato privato, sia il personale dirigente e di comparto che, attraverso l'esercizio delle attività libero-professionali, ha la possibilità di ottenere un rapporto personalizzato con l'utente e una maggiore autonomia e responsabilizzazione nello svolgimento delle attività, tenuto conto, altresì, dell'interesse aziendale all'arricchimento delle capacità interne e della contestuale necessità di offrire all'utenza adeguate risposte alla domanda sanitaria.

L'Azienda vigila sull'attività libero-professionale e verifica, altresì, il corretto svolgersi dell'attività nonché il perdurare del dovuto equilibrio fra quest'ultima e l'attività istituzionale, predisponendo, senza nuovi o maggiori oneri, a carico della finanza pubblica, sistemi e moduli organizzativi e tecnologici che consentano il controllo dei volumi delle prestazioni libero-professionali, che non devono superare, globalmente considerati, quelli eseguiti nell'orario di lavoro.

La regolamentazione Aziendale dell'istituto verrà predisposta, con separato atto, nei tempi previsti dalla normativa. In particolare si prevede l'attivazione di una infrastruttura di rete per il collegamento telematico, in condizioni di sicurezza, tra l'Azienda e le singole strutture nelle quali vengono erogate le prestazioni di attività libero-professionale intramuraria interna o in rete (modalità tecniche previste con decreto del Ministro della Salute previa intesa con la Conferenza permanente Stato-Regioni rep. Atti n°49 del 7.02.2013).

La libera professione intramuraria si esercita ordinariamente, al di fuori dell'orario di lavoro e degli impegni di servizio, secondo le seguenti tipologie:

- ambulatoriale;
- ricovero;
- esercizio dell'ALPI presso altre aziende del SSN;
- attività Aziendale a pagamento;
- acquisizione da parte dell'Azienda di prestazioni aggiuntive per particolari esigenze istituzionali.

Organismo istituzionale fondamentale per il controllo e la verifica dell'Attività della Libera Professione Intramoenia è la Commissione Paritetica Aziendale individuato quale organismo di miglioramento, osservazione e verifica per la corretta applicazione delle norme.

La Commissione è presieduta dal Direttore Generale o suo delegato ed è composta da:

- n. 2 dirigenti nominati dall'Direttore Generale;
- Il responsabile della S.C. Gestione Risorse Umane o suo delegato;
- Il responsabile della S.C. Gestione Risorse Economiche Finanziarie o suo delegato;
- n. 5 rappresentanti delle OO.SS maggiormente rappresentative di cui: due medici di area ospedaliera, un medico di area territoriale, un veterinario, un dirigente scelto tra i laureati non medici.

La Commissione individua eventuali punti critici e propone alla Direzione Generale gli opportuni correttivi e/o provvedimenti da adottare ivi incluse le penalizzazioni in caso di violazione delle disposizioni vigenti, nonché le misure conseguenti ad un insoddisfacente livello di attività. I componenti della Commissione sono nominati con apposito atto deliberativo, nel rispetto del regolamento adottato.

Art. 9

TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO

Le Politiche Aziendali per la Tutela della Salute dei Lavoratori

Il miglioramento delle condizioni di lavoro, la tutela della salute e sicurezza dei lavoratori e la promozione della cultura della prevenzione, rappresentano obiettivi fondamentali dell'Azienda. In tutti i propri ambienti di lavoro si deve promuovere una prevenzione globale, organizzata, programmata, informata e partecipata. In questo quadro, la Direzione Strategica considera di fondamentale importanza il raggiungimento della qualità nelle condizioni di lavoro e persegue tale obiettivo attraverso l'implementazione di un sistema organizzativo aziendale in grado di fornire indicazioni procedurali per la realizzazione di azioni tendenti a sviluppare la prevenzione e la protezione al fine di garantire la sicurezza e la salute dei lavoratori. A fronte del ruolo critico e strategico della Direzione Generale, questo tipo di organizzazione coinvolge, in maniera diretta, tutti i soggetti dai massimi dirigenti, ai responsabili di

reparti e servizi, ai preposti, ai lavoratori (dipendenti, convenzionati, ecc.) che, a qualsiasi titolo, svolgono attività all'interno dell'Azienda. L'Azienda, mediante apposito Documento, delinea l'organizzazione della Prevenzione, gli strumenti necessari ai fini della gestione della prevenzione, i dipendenti investiti "di fatto" della qualifica di dirigente o preposto e, per ciascuno di questi, i livelli di responsabilità in tema di sicurezza.

9.1 Servizio Prevenzione e Protezione

Per il perseguimento degli obiettivi dichiarati, l'Azienda, in ottemperanza alle disposizioni di legge vigenti, prevede apposita Struttura Complessa denominata Servizio di Prevenzione e Protezione. Tale servizio è utilizzato dal datore di lavoro con i compiti attribuiti dall'art. 33 D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. delega e svolge la funzione di "consulente" tecnico in merito alla corretta applicazione delle normative in vigore in tema di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

La Direzione Generale adotta lo strumento della delega ai direttori dei Macrocentri in merito alla gestione della sicurezza dei luoghi di lavoro. Per quanto riguarda gli strumenti necessari ai fini della gestione della prevenzione e del miglioramento delle condizioni di lavoro, l'Azienda persegue precise azioni permanenti quali il monitoraggio e la mappatura dei rischi negli ambienti di lavoro, la sorveglianza sanitaria ed epidemiologica dei lavoratori esposti a rischio, la formazione e informazione di lavoratori, il coinvolgimento, la partecipazione e la consultazione sistematica dei lavoratori e dei loro rappresentanti (RLS), il monitoraggio e il riesame.

L'Azienda intende, inoltre, mettere in atto attività mirate, volte al miglioramento continuo delle condizioni di salute e sicurezza dei lavoratori, quali la promozione del benessere organizzativo ed il contenimento del fenomeno infortunistico.

Art. 10

PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI

L'Azienda conferisce enorme importanza al principio della centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla tutela della salute, nella definizione delle prestazioni sanitarie e nella fruizione dei servizi stessi. A tal fine, assicura la partecipazione dell'utente, singolo o tramite le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti, alle fasi di programmazione delle attività, valutazione della qualità dei servizi, tutela dei diritti degli utenti, sviluppando la potenzialità di alcuni strumenti di partecipazione, in parte già adottati e/o previsti per legge quali: l'U.R.P., la Carta dei Servizi e la Conferenza dei Servizi, la Commissione Consultiva Mista e Partecipativa, la Consulta Socio-Sanitaria, il Sistema di gestione dei reclami, l'informazione.

L'Azienda riconosce la funzione delle organizzazioni sociali private non aventi scopo di lucro impegnate nella tutela del diritto alla salute come espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo, ne promuove lo sviluppo e ne favorisce l'apporto originale per l'esercizio delle proprie competenze.

L'iscrizione all'elenco di cui all'art. 1, comma 18, del D. Lgs. 502/1992, istituito presso la Regione, costituisce presupposto per il concorso delle formazioni sociali private alla programmazione sanitaria regionale, per l'accreditamento istituzionale e per la stipula dei relativi accordi contrattuali con l'Azienda.

Il protocollo d'intesa e gli accordi rappresentano lo strumento attraverso il quale l'Azienda, le associazioni di volontariato e di tutela (iscritte all'Elenco di cui all'articolo 2, comma 2 septies, del D. lgs. 229/1999) e le associazioni dei consumatori stipulano modalità di confronto permanente sulle tematiche della qualità dei servizi e della partecipazione degli utenti, definendo altresì l'eventuale concessione in uso di locali e le modalità di esercizio del diritto di accesso e di informazione. Il Direttore Generale può, altresì, stipulare accordi specifici per la semplificazione di alcuni procedimenti amministrativi anche su proposta degli organismi di rappresentanza dell'utenza.

10.1 Ufficio Relazioni con il Pubblico

L'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (U.R.P.), (incardinato nella Struttura Semplice Dipartimentale di Comunicazione-URP), presente in ciascun Distretto Sanitario e nei Presidi Ospedalieri costituisce lo strumento di ascolto dell'utenza, con tecniche improntate ad un'informazione semplice, tempestiva, corretta ed unitaria; unitamente alla funzione qualità, verifica la percezione della qualità delle attività di assistenza erogate individuando, per tale finalità, idonei ed adeguati strumenti. In particolare, l'U.R.P. acquisisce le osservazioni ed i reclami presentati dai cittadini, li segnala ai dirigenti competenti e provvede a darne tempestivo riscontro agli utenti. Lo stesso è deputato alla raccolta, alla classificazione ed alla archiviazione delle segnalazioni e degli esposti in un'apposita banca dati, nonché alla predisposizione, con cadenza almeno trimestrale, di una relazione al Direttore Generale sulle segnalazioni ed i reclami pervenuti e sull'esito degli stessi. Detta relazione è accompagnata da proposte per il miglioramento degli aspetti organizzativi, logistici, relazionali e di accesso alle prestazioni, nonché, per il superamento dei fattori di criticità emersi.

L'U.R.P. cura i rapporti con le Associazioni di Volontariato, le Associazioni di Tutela dei Cittadini e la Commissione Consultiva Mista e Partecipativa, anche attraverso l'elaborazione della Carta dei Servizi, del Piano di Comunicazione, la gestione del sito web, la predisposizione del Programma triennale per la Trasparenza e Integrità e l'Audit Civico. Promuove la cultura del clima e del benessere organizzativo e della partecipazione anche attraverso il Comitato Unico di Garanzia (CUG).

10.2 La Carta dei Servizi

Ai fini dell'attivazione delle politiche di partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini, l'Azienda predispone la Carta dei Servizi nel rispetto del DPCM 19 maggio 1995 e della DGRC n. 369 del 23 marzo 2010 e dei suoi principi fondamentali. L'adozione della carta dei servizi è essenzialmente finalizzata alla tutela dei diritti dei cittadini garantendo l'applicazione e la verifica degli impegni che l'Amministrazione assume in tema di:

- eguaglianza: parità di trattamento per tutti, indipendentemente dal sesso, età, razza, lingua, religione, opinione politica;
- imparzialità: garanzia di comportamenti non condizionati da pregiudizi e da valutazioni improprie;

- continuità: assicurazione della erogazione dei servizi senza interruzione temporali improprie;
- diritto di scelta: libertà, ove è consentito dalla legislazione vigente, di scegliere i soggetti erogatori del servizio;
- partecipazione: garantire il diritto di accesso alle informazioni e ascolto dei suggerimenti di miglioramento da parte dei cittadini;
- efficacia ed Efficienza: garantire che i servizi, gli interventi e le attività svolte raggiungano il risultato ottimale utilizzando le risorse con il minimo di sprechi e duplicazioni.

La Carta dei servizi è il patto tra l’Azienda e l’utenza, con cui la prima si impegna ad assolvere alla funzione di committenza e ad erogare i servizi assistenziali ai cittadini/utenti.

Nel documento sono indicate le tipologie e le quantità dei servizi di intervento, le modalità e la tempistica con cui questi si esplicano, gli *standard* di qualità, l’organizzazione e la dislocazione territoriale, i responsabili dei servizi a cui rivolgersi per ottenere il rispetto degli impegni dichiarati. Il sistema di gestione dei reclami, comprendente le modalità per la presentazione degli stessi e per la ricezione delle risposte, e le indicazioni sulle possibili azioni da intraprendere in caso di respingimenti dei reclami, si svolge attraverso procedure predefinite sulla base di apposito Regolamento di Pubblica Tutela.

Il Direttore Generale promuove e si fa carico del rispetto di tali condizioni e consente ai destinatari del servizio di esercitare consapevolmente i propri diritti.

La Carta dei Servizi è aggiornata annualmente per definire gli *standard* generali e specifici dei servizi erogati. Unitamente al Regolamento di Pubblica Tutela, essa è diffusa anche a mezzo locandine in tutte le strutture aziendali ed è pubblicata sul sito istituzionale dell’Azienda in modo permanente.

La Commissione Consultiva Mista e Partecipativa, composta da rappresentanti degli utenti, delle associazioni di volontariato e di tutela dei diritti, nonché operatori e rappresentanti dell’Azienda, è un organismo costituito per favorire la partecipazione dei cittadini al processo decisionale dell’Azienda per la valutazione della qualità dei servizi.

La costituzione, la composizione a carattere paritetico ed il funzionamento saranno disciplinati con apposito regolamento. La Commissione opererà in stretto collegamento con l’Ufficio Relazioni con il Pubblico.

10.3 La Conferenza dei Servizi

Ai sensi dell'art. 14, comma 4, D.Lgs. 502/92 e s.m.i., il Direttore Generale indice almeno una volta all'anno, una Conferenza dei Servizi, al fine di verificare l'attuazione della "Carta dei Servizi", rendendo 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.

10.4 La Consulta Socio-Sanitaria

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

La Consulta socio-sanitaria, in particolare:

- fornisce contributi per la programmazione sanitaria e socio sanitaria;
- elabora proposte finalizzate al miglioramento della qualità e dell'umanizzazione dei servizi;
- favorisce la partecipazione consapevole degli utenti e delle forze sociali attraverso dibattiti ed altri mezzi adeguati;
- promuove programmi di educazione sanitaria e collabora per favorire la corretta utilizzazione, da parte dell'utenza, dei servizi e delle prestazioni sanitarie;
- promuove iniziative volte all'attivazione di sistemi di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe e sulle modalità di accesso;
- promuove progetti di indagine di gradimento, nonché programmi di ricerca sugli eventi avversi e sulle criticità nell'erogazione dei servizi;

- partecipa alla conferenza dei servizi di cui all'articolo 14, comma 4, del D.lgs. n. 502/92 e s.m.i.

La Consulta si riunisce su convocazione del Direttore Generale o suo delegato che la presiede.

La Consulta socio-sanitaria è costituita da:

- il Direttore Sanitario Aziendale;
- i Direttori di Distretto;
- i Direttori di Dipartimento;
- il Comitato di rappresentanza dei Sindaci;
- 2 rappresentanti degli organismi di volontariato maggiormente rappresentativi nell'azienda;
- da 2 rappresentanti degli organismi di tutela dei diritti dei cittadini maggiormente rappresentativi nell'azienda;
- il Responsabile della SSD Comunicazione-Urp;
- il Direttore della S.C. Integrazione Socio-Sanitario.

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

10.5 Audit Civico

L'Azienda ritiene che l'Audit Civico rappresenti uno degli strumenti primari per la partecipazione, da parte dei cittadini, alle politiche sanitarie aziendali. E', infatti, una metodologia che ha la finalità di promuovere la valutazione, da parte dei cittadini, della qualità delle prestazioni rese.

Il processo di Audit Civico si basa sull'analisi critica e sistematica delle azioni svolte dall'Asl Salerno, attraverso l'utilizzo di uno strumento metodologico che comporta la definizione di indicatori condivisi tra cittadini e referenti aziendali delle modalità di raccolta dati. I dati forniti dalla rilevazione degli indicatori verranno confrontati con le informazioni tratte da altri sistemi di monitoraggio delle strutture e dei servizi, quali, ad esempio, l'accreditamento, le segnalazioni dei

cittadini, la documentazione riguardante delibere e provvedimenti aziendali, le liste di attesa, le interviste alle direzioni generali e sanitarie e la consultazione delle organizzazioni civiche.

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

10.6 Trasparenza e Integrità

L'Asl Salerno, così come affermato nel D.Lgs. n. 150/2009 e s.m.i., attribuisce particolare rilievo al tema della trasparenza e dell'integrità, valorizzando una nuova nozione di trasparenza intesa come "accessibilità totale delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione".

La trasparenza viene intesa quale livello essenziale delle prestazioni erogate, ai sensi dell'art. 117, comma 2, lettera m) della Costituzione. In tale direzione l'Azienda, formula, tramite la SSD. Comunicazione e URP il "Programma triennale per la trasparenza e l'integrità".

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

- 1) selezione dei dati da pubblicare;
- 2) descrizione delle modalità di pubblicazione on-line dei dati;
- 3) descrizione delle iniziative;
- 4) sezione Programmatica;
- 5) collegamenti con il piano della performance;
- 6) descrizione del processo di coinvolgimento dei portatori di interesse (*stakeholders*);
- 7) posta elettronica certificata;
- 8) giornate della trasparenza

Per quanto attiene al buon andamento dei servizi pubblici e alla corretta gestione delle relative risorse, la pubblicazione *on-line* dei dati consente a tutti i cittadini un'effettiva conoscenza dell'azione dell'Asl Salerno, con il fine di agevolare la pubblicità delle informazioni alla collettività. La suddetta pubblicità, consentendo dunque un'effettiva conoscenza dell'azione dell'Azienda,

costituisce il principale strumento informativo dell'andamento della performance e del raggiungimento degli obiettivi espressi nel più generale ciclo di gestione della medesima. In altri termini, si persegue la finalità di mettere a disposizione di tutti i cittadini i dati principali sull'andamento dell'Amministrazione quali: gli obiettivi, i tempi di realizzazione, i costi specifici e le relative risorse, le modalità adottate e le procedure gestionali ed amministrative.

L'Azienda è già impegnata a garantire un corretto livello di trasparenza mediante la pubblicazione sul proprio sito *web* istituzionale delle procedure gestionali ed amministrative, dei dati organizzativi, anagrafici, economici, retributivi, presenza/assenza degli operatori. In quest'ottica, sarà avviato il sistema delle prenotazioni e del pagamento *ticket on-line*, della scelta e revoca *on-line* dei MMG e dei PLS. È istituito l'Albo Pretorio Digitale ed istituzionalizzata la Posta Elettronica Certificata. Sono state predisposte apposite sezioni per la pubblicazione dei tempi di attesa, delle informazioni per l'utenza sull'offerta sanitaria e socio-sanitaria, della modulistica, delle *news*, bandi, avvisi, concorsi.

Ai sensi dell'art. 32 della Legge 18.06.2009, n. 69, al fine di favorire il processo di semplificazione delle procedure e di partecipazione dei cittadini, l'Azienda si è dotata di un Albo Pretorio Digitale in cui vengono pubblicati tutti gli atti e provvedimenti amministrativi, avente effetto di pubblicità legale.

L'Albo pretorio digitale è raggiungibile dal sito web istituzionale www.aslsalerno.it nella Home Page sezione "Albo Pretorio";

Nell'Albo Pretorio sono pubblicati integralmente tutti gli atti amministrativi ed è garantito accesso libero.

Art. 11

RELAZIONI SINDACALI

L'Azienda riconosce l'importanza fondamentale del sistema delle relazioni sindacali con le Confederazioni Sindacali, con le Organizzazioni Sindacali di categoria firmatarie degli accordi e contratti collettivi nazionali di lavoro e con le RSU Aziendali e assegna a tali relazioni rilievo centrale per lo sviluppo efficace delle strategie di gestione e di valorizzazione delle risorse umane.

L'Azienda assicura alle organizzazioni sindacali il pieno rispetto del principio della partecipazione, che si estrinseca con l'informazione, la consultazione, la concertazione e la contrattazione demandata in sede decentrata.

I rapporti della Direzione Aziendale con le OO.SS. e le R.S.U. aziendali sono improntati e regolati nel rispetto della normativa vigente. Essi saranno realizzati all'interno degli ambiti definiti dalle leggi e dai contratti nazionali, se questi ultimi non in contrasto con le leggi.

La correttezza delle relazioni sindacali, la reciproca autonomia e la chiara distinzione dei ruoli, ma nel contempo un'effettiva assunzione e riconoscimento delle reciproche responsabilità, la precisa individuazione dei confini fra contrattazione decentrata, concertazione, informazione e consultazione, devono sempre rappresentare aspetti ineludibili per un trasparente e proficuo espletamento delle rispettive attività con l'obiettivo di contemplare l'interesse dei dipendenti ed il miglioramento delle condizioni di lavoro e di sviluppo delle professionalità con l'esigenza di incrementare l'efficienza, l'efficacia e la qualità dei servizi erogati alla collettività.

L'Azienda ritiene particolarmente importante l'adozione del Regolamento delle Relazioni Sindacali che partecipato con le OO.SS. viene emanato dal Direttore Generale.

Il regolamento definisce le competenze, le procedure ed i termini della informazione, consultazione, contrattazione e concertazione interna ed esterna, nonché le regole di partecipazione del personale, attraverso le loro rappresentanze, per affrontare i problemi organizzativi, per valutare il lavoro e migliorare quantitativamente e qualitativamente l'offerta dei servizi e delle prestazioni, conformemente a quanto disposto dal D.Lgs. 150/2009, come modificato ed integrato dal D.Lgs. 141/2011.

CAPO II – ASSETTO ISTITUZIONALE – ORGANI E ORGANISMI

Art. 12

ORGANI AZIENDALI

Sono Organi dell'Azienda Sanitaria Locale Salerno: il Direttore Generale ed il Collegio Sindacale nonché il Collegio di Direzione.

12.1 Il Direttore Generale

Il Direttore Generale ha la rappresentanza legale dell'Azienda, è responsabile della gestione complessiva ed è tenuto pertanto ad assicurarne la legittimità, l'imparzialità e il buon andamento dell'azione amministrativa. Risponde alla Regione in relazione agli obiettivi assegnati all'atto della nomina nell'ambito della programmazione strategica regionale.

Egli dirige l'Azienda in completa autonomia e nel rispetto dei poteri spettanti a:

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

Sono di sua esclusiva competenza le funzioni di seguito elencate:

- la nomina del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo;
- la nomina del Collegio Sindacale ed la sua prima convocazione nei termini di legge;
- la costituzione del Collegio di Direzione e del Consiglio dei Sanitari;
- la nomina dell'Organismo Indipendente di Valutazione della performance ex art. 14 D.L.vo 150/2009, del Collegio Tecnico, del Comitato unico di garanzia per le pari opportunità per
-

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 di autonomia aziendale;

- l'adozione dell'Atto Aziendale e delle sue modificazioni ed integrazioni;
- l'adozione degli atti di organizzazione interna di tutte le strutture (presidi ospedalieri, distretti sanitari, dipartimenti, servizi centrali), di organizzazione dello staff alla Direzione

Strategica, di nomina e revoca dei responsabili delle strutture operative dell'Azienda, nonché dei Responsabili dei Dipartimenti, delle Strutture Complesse e Semplici e per il conferimento degli incarichi professionali;

- l'adozione dei provvedimenti conseguenti alla valutazione dei dirigenti;
- l'adozione del documento per la valutazione dei rischi e la nomina del responsabile del servizio di prevenzione e protezione (SPP). Tale responsabile è individuato in figura diversa dal responsabile di area tecnica preposto alla manutenzione;
- l'adozione del Piano Aziendale di Prevenzione (Piani Operativi del P.R.P.), del Modello Organizzativo Aziendale, la nomina del Coordinatore Aziendale e dei Referenti dei Piani Operativi;
- l'adozione dei regolamenti interni aziendali ivi compresi quelli per il funzionamento degli organismi collegiali (collegio di direzione, consiglio dei sanitari e comitato di dipartimento);
- l'adozione della dotazione organica aziendale;
- l'adozione di tutti gli atti deliberativi riguardanti l'assunzione di personale, nonché quelli concernenti l'irrogazione di sanzioni disciplinari che superino il livello di responsabilità di competenza dei dirigenti;
- l'adozione di tutti gli atti deliberativi relativi alla programmazione finanziaria e di bilancio, compresi quelli formulati secondo la logica *budgettaria* specifica di ogni macrocentro e di quella complessiva aziendale;
- l'attivazione dei processi relativi al Ciclo di Gestione della Performance ai sensi del D.Lgs. n.150/2009 ed adozione del Piano della *Performance* e della Relazione della *Performance*;
- l'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 sanitaria e sono assegnate le risorse umane, strumentali e finanziarie;
- la verifica della corretta ed economica gestione delle risorse attraverso il servizio di controllo interno, mediante valutazione comparativa dei costi, dei rendimenti e dei risultati, nonché dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa;

- la verifica qualitativa e quantitativa dei servizi erogati anche attraverso strutture a ciò preposte;
- l'adozione degli altri atti indicati dalla legislazione vigente.

Il Direttore Generale esercita le funzioni di competenza con atti di diritto privato o attraverso l'adozione di provvedimenti amministrativi.

Gli atti di diritto privato sono retti dal principio di libertà delle forme nei limiti previsti dal Codice Civile e dalle leggi speciali ed in generale non richiedono motivazione, salvo che questa non sia richiesta da specifiche disposizioni.

Sono di esclusiva competenza del Direttore Generale le funzioni di alta amministrazione e quindi "di governo", mentre sono delegabili, con specifici atti, ai vari livelli della dirigenza le funzioni di carattere gestionale, attraverso le quali si esplica l'autonomia funzionale delle articolazioni organizzative dell'azienda.

In caso di assenza o impedimento del Direttore Generale le relative funzioni sono svolte dal Direttore Amministrativo o dal Direttore Sanitario su delega del Direttore Generale, o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano. Ove l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi la Regione procede alla sua sostituzione.

Con apposito atto regolamentare, pubblicato sull'albo pretorio digitale e sul sito web aziendale, sono specificati, dettagliatamente, gli ambiti oggettivi e soggettivi delle attribuzioni dirigenziali e delle deleghe conferite ai singoli dirigenti preposti alle strutture organizzative individuate come centri di responsabilità.

12.2 Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale dell'Azienda è nominato dal Direttore Generale ed è composto da cinque membri effettivi, in possesso dei requisiti di cui all'articolo 3-ter del Decreto Legislativo 502/92 e s.m.i., e della Legge Regionale 7/08/1996,n.17 e s.m.i., designati secondo le modalità previste dalle norme di riferimento:

- due dal Consiglio Regionale;

- uno dalla Conferenza dei Sindaci;
- uno dal Ministero della Salute;
- uno dal Ministero del Tesoro.

I componenti sono scelti tra gli iscritti all'albo dei Revisori dei Conti.

Nella prima seduta convocata dal Direttore Generale entro cinque giorni dal provvedimento di nomina, il Collegio Sindacale elegge il Presidente tra i membri effettivi.

Il Collegio Sindacale dura in carica tre anni e può essere rinnovato.

Il Collegio Sindacale dell'Azienda Salerno:

- a) verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico;
- b) vigila sull'osservanza della legge;
- c) accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili ed effettua verifiche periodiche di cassa;
- d) fornisce al Direttore Generale indicazioni utili alla corretta gestione aziendale e provvede ad ogni altro adempimento previsto dalla legislazione vigente e dall'atto aziendale;
- e) fornisce a richiesta del Direttore Generale eventuali pareri preventivi;
- f) riferisce almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, evidenziando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità;
- g) trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'Azienda alla Conferenza dei sindaci;
- h) assolve ogni altro adempimento previsto dalla legislazione vigente.

12.3 Collegio di Direzione

L'art. 4 del D.L. 13.09.2012, n. 158, convertito in legge 08.11.2012, n. 189, ha stabilito che la Regione preveda l'istituzione del Collegio di Direzione, quale organo dell'Azienda, individuandone la composizione in modo da garantire la partecipazione di tutte le figure professionali presenti

nell'Azienda e disciplinandone le competenze e i criteri di funzionamento, nonché le relazioni con gli altri organi aziendali.

Nelle more degli adempimenti legislativi da parte della Regione Campania, si ritiene utile disciplinarne come di seguito la composizione, le competenze, il funzionamento nonché le relazioni con gli altri organi aziendali.

Il Collegio di Direzione, organo aziendale, è costituito e nominato dal Direttore Generale. Con successivo regolamento sono disciplinate le modalità di funzionamento di tale organo. In raccordo con il Direttore Generale orienta, sotto l'aspetto tecnico, lo sviluppo dell'Azienda in modo coerente agli standard più avanzati di assistenza sanitaria, ai bisogni riscontrati nella popolazione e all'implementazione degli strumenti del governo clinico.

Il Collegio di Direzione concorre con il Direttore Generale:

- al governo delle attività cliniche, sulla base delle linee strategiche elaborate dalla Direzione Generale, nel rispetto del Piano Sanitario Regionale;
- allo sviluppo organizzativo e gestionale dell'Azienda, individuando indicatori di risultato clinico-assistenziale e di efficienza utili per valutare i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici, in un'ottica dell'appropriatezza delle prestazioni, continuità dell'assistenza e revisione sistematica della qualità;
- alla redazione di programmi di ricerca, innovazione e sviluppo tecnologico ed organizzativo, cui correla appositi piani di formazione.

Il Collegio di Direzione, inoltre:

- partecipa alla pianificazione delle attività, in linea con le strategie aziendali, all'organizzazione e sviluppo dei servizi, all'individuazione di soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria, anche al fine di determinare strumenti e modalità per il monitoraggio di tale attività e di valutazione dei tempi di attesa;

- elabora il programma aziendale di gestione del rischio, che propone al Direttore Generale, e ne governa le attività, demandate per la gestione e l'operatività ai Dipartimenti e UU.OO. competenti;
- predisporre il Programma aziendale di Formazione, che propone al Direttore Generale, in cui sono previsti, ovvero aggiornati annualmente, i piani del sistema ECM e della formazione del personale, avvalendosi anche della collaborazione dell'Ufficio Formazione.

Il Collegio di Direzione è composto dai seguenti membri di diritto, cui spetta il diritto di voto:

- Direttore Sanitario, in qualità di Presidente;
- Direttore Amministrativo;
- Direttori di Dipartimento;
- Un medico convenzionato per le cure primarie.

Il Collegio di Direzione si riunisce su convocazione del Direttore Generale.

Il Collegio è consultato obbligatoriamente dal Direttore Generale su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche. Al Collegio di Direzione, qualora invitati, partecipano, senza diritto di voto, in relazione alla specificità degli argomenti da trattare, i Dirigenti delle articolazioni aziendali interessate nonché altri professionisti esperti dell'Azienda, competenti nella trattazione dei singoli argomenti, sia dipendenti che convenzionati, come ad esempio i Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali, ecc.. Ai componenti del Collegio non è corrisposto alcun emolumento, compenso, indennità o rimborso spese. Le sedute sono valide con la partecipazione di almeno la metà dei componenti; le decisioni sono assunte a maggioranza. In

caso di provvedimenti del Direttore Generale assunti in difformità rispetto alle decisioni del Collegio di Direzione, il Direttore Generale esplicita, all'interno delle motivazioni che sono alla base della formazione dell'atto, le ragioni della diversa valutazione e le trasmette al Collegio.

Art. 13

ORGANISMI E COMITATI AZIENDALI

Il Direttore Generale si avvale, per specifiche attività e competenti tematiche, di organismi e comitati consultivi aventi la finalità di supportare le decisioni aziendali e le strategie da attuare nelle modalità e con vincoli espressi di seguito.

13.1 Consiglio dei Sanitari: composizione e funzioni

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, da adottarsi con successivo provvedimento aziendale. I pareri del Consiglio dei sanitari si intendono come favorevoli se non formulati entro dieci giorni dalla richiesta; in casi urgenti e motivati i pareri vanno formulati entro i più brevi termini indicati nella richiesta. Il Consiglio dei sanitari è presieduto dal Direttore Sanitario. La rappresentanza è composta da:

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

- n. 2 unità del personale proveniente dalle professioni tecnico-riabilitative di cui una ospedaliera;

E' garantita la presenza dei responsabili dei dipartimenti ospedalieri 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 n. 32/1994 e s.m.i..

13.2 Il Comitato Etico

Il Comitato Etico, nel rispetto della normativa vigente, svolge funzioni di valutazione, di monitoraggio e di controllo delle sperimentazioni cliniche relative a prodotti medicinali e dispositivi chirurgici impiantabili. Esso formula il parere etico con particolare riguardo alla qualità scientifica dei Protocolli di Studio, dei metodi e dei documenti per l'informazione dei soggetti onde ottenerne il Consenso Informato, secondo le modalità ed i tempi previsti dalla norma e secondo criteri di riservatezza e di segretezza.

Il Comitato, inoltre, svolge:

- attività consultive in relazione a questioni etiche connesse con le attività scientifiche ed assistenziali;
- attività formativa mediante l'elaborazione e la diffusione di un rapporto annuale sull'attività svolta, con iniziative che promuovono la sensibilizzazione e l'aggiornamento in campo etico, sia nei confronti del personale della struttura aziendale sia nei confronti della popolazione afferente all'Azienda;
- attività di promozione della partecipazione a convegni, congressi, corsi di aggiornamento opportuni per i propri Componenti;
- garantisce lo sviluppo organico e costante degli studi, delle ricerche, della formazione, dell'educazione, delle referenze scientifiche e delle consulenze nei settori in cui opera l'Azienda.

I componenti sono nominati, con delibera, dal Direttore Generale tra coloro in possesso di professionalità e competenze corrispondenti sia a quanto previsto dal Decreto Ministero della salute 8 febbraio 2013, sia alle esigenze precipue dell'Azienda relativamente alle necessità scientifiche, metodologiche, bioetiche, tecnico-organizzative e di rappresentanza della Collettività. I Componenti sono nominati dal Direttore Generale. Le modalità di funzionamento del comitato sono individuate da un apposito Regolamento.

13.3 Commissione per il Prontuario Terapeutico

E' un organismo consultivo con la funzione di:

- a) aggiornare e diffondere, periodicamente, il Prontuario Terapeutico Aziendale;
- b) valutare le richieste di inserimento nel Prontuario di nuovi farmaci, in base ai seguenti criteri:
 - corrispondenza al Prontuario Terapeutico Regionale;
 - efficacia documentata da studi clinici in modalità controllata;
 - sicurezza ed economicità;
 - tollerabilità e accettabilità da parte del paziente.
- c) fornire suggerimenti alla S.C. delle Politiche del Farmaco in ordine alle procedure di controllo nella distribuzione dei farmaci;
- d) proporre l'inserimento dei farmaci nel Prontuario Terapeutico Regionale.

I componenti della Commissione per il prontuario terapeutico sono nominati dal Direttore Generale tra il personale dipendente con competenze specifiche.

13.4 Commissione per l'uso appropriato del farmaco e della diagnostica

Provvede all'analisi periodica del consumo dei farmaci e dell'utilizzo degli esami diagnostici nel territorio dell'Azienda. Valuta l'appropriatezza prescrittiva, definendo e diffondendo linee guida sul corretto utilizzo dei medicinali e degli esami diagnostici. Promuove attività di farmacovigilanza in ambito ospedaliero. I componenti della Commissione per l'uso appropriato del farmaco e della diagnostica sono nominati dal Direttore Generale tra il personale dipendente con competenze specifiche.

13.5 Comitato per il Buon Uso del Sangue

Il Comitato, costituito ai sensi del D.M. Sanità 1 settembre 1995, è un organismo consultivo che ha la responsabilità di:

- a) elaborare e diffondere le linee guida per l'uso razionale, sicuro e appropriato degli emoderivati;
- b) promuovere le pratiche dell'autotrasfusione e del pre-deposito di sangue per gli interventi programmati.

I componenti del Comitato per il buon uso del sangue sono nominati con atto del Direttore Generale.

13.6 Comitato per il Controllo delle Infezioni Ospedaliere

La ASL Salerno istituisce il Comitato per il Controllo delle Infezioni Ospedaliere con la finalità di orientare e promuovere la tutela della salute degli utenti, del personale e degli ambienti dei presidi ospedalieri e delle strutture territoriali (Strutture Accreditate, RSA, Case di Riposo). Esso si interfaccia costantemente con l'Ufficio Epidemiologico Aziendale e con la Direzione Sanitaria Aziendale e dei Presidi Ospedalieri e non comporta oneri aggiuntivi.

Il Comitato provvede all'attuazione di un programma di controllo costante della circolazione dei germi a maggiore potenzialità patogenetica e/o multiresistenti, mediante la predisposizione di protocolli comportamentali, di un programma di formazione continua per l'intero personale aziendale nonché mediante la pianificazione delle attività di controllo. L'obiettivo è quello di ridurre, fino a rimuovere, comportamenti a rischio di trasmissione delle infezioni correlate all'assistenza.

Il Comitato coopera inoltre, con i dirigenti responsabili, all'assunzione dei provvedimenti urgenti di tutela dell'utenza e del personale, qualora si verificano episodi a carattere epidemico o comunque con frequenza diversa dagli ordinari trend di endemia.

I componenti del Comitato per il Controllo delle Infezioni Ospedaliere sono nominati con atto del Direttore Generale.

CAPO III – IL GOVERNO STRATEGICO AZIENDALE

Art. 14

DIREZIONE STRATEGICA

La Direzione Strategica è composta dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, avvalendosi del Collegio di Direzione.

La Direzione Strategica definisce, sulla base delle indicazioni della programmazione regionale, le strategie e i programmi aziendali dei quali ne controlla la realizzazione.

Funzione prioritaria della Direzione Strategica dell'Asl Salerno è rappresentata dal coordinamento delle principali attività sanitarie ed amministrative aziendali in attuazione delle strategie e dei programmi definiti, in particolare:

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

Il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo sono nominati, in rapporto fiduciario, con provvedimento motivato dal Direttore Generale che risponde della verifica del possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente, acquisendo le necessarie certificazioni dei titoli e dei servizi svolti.

Il rapporto di lavoro del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario è a tempo pieno e di diritto privato e si instaura con contratto disciplinato dal comma 7 dell'art. 3 e dal comma 8 dell'art. 3 bis del D.Lvo 502/92 e s.m.i.

Il contratto è sottoscritto sulla base di uno schema approvato dalla Giunta Regionale e trasmesso alla Regione entro dieci giorni dalla sottoscrizione.

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

Essi esprimono pareri sugli atti del Direttore Generale per quanto di propria competenza ed inoltre:

- esprimono parere su ogni questione che venga loro sottoposta;
- svolgono le funzioni e adottano gli atti ad essi delegati e attribuiti dal Direttore Generale;
- formulano, per le parti 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;
- esercitano i poteri di spesa nell'ambito delle deleghe ricevute dal Direttore Generale e per gli importi determinati dallo stesso;
- 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, nell'ambito delle proprie competenze, l'attività dei dirigenti dei servizi e adottano i conseguenti provvedimenti, anche di carattere sostitutivo, riferendone al Direttore Generale, anche ai fini del controllo interno;
- svolgono ogni altra funzione attribuita loro dalle leggi e dai regolamenti.

Il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo, di loro iniziativa o su indicazione del Direttore Generale, possono, in qualsiasi fase del procedimento, avocare la trattazione diretta di affari che

rivestono particolare rilevanza nell'ambito delle rispettive competenze e delle rispettive funzioni, adottando correlativamente tutti gli atti necessari.

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

14.1 Direttore Sanitario Aziendale

Il Direttore Sanitario, nel rispetto delle linee di indirizzo definite, dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari. E' responsabile del miglioramento continuo della qualità e del governo clinico dell'azienda, intesi come insieme organizzato di attività.

Al fine del buon andamento delle attività e delle prestazioni sanitarie, della realizzazione dei programmi e del raggiungimento degli obiettivi individuati dalla direzione strategica, il Direttore Sanitario assicura la continuità operativa con le strutture e con i professionisti, attraverso il loro coordinamento unitario e lo sviluppo di metodologie organizzative (organizzazioni a rete, reti professionali, di lavoro interdisciplinari, etc.) finalizzate a realizzare la presa in carico degli utenti-pazienti e la continuità assistenziale.

Inoltre:

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

Inoltre il Direttore Sanitario, al fine dello sviluppo del governo clinico 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.

14.2 Direttore Amministrativo Aziendale

Il Direttore Amministrativo concorre alla Direzione Strategica, al Governo dell'Azienda ed al processo di pianificazione e controllo strategico della stessa, attraverso la definizione delle linee e delle politiche aziendali, coadiuva il Direttore Generale nell'esercizio delle funzioni ad esso spettanti ed è responsabile, oltre che delle funzioni attribuite dalle leggi e dai regolamenti, anche di quelle che gli vengono conferite direttamente dal Direttore Generale.

Il Direttore Amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'Asl, fatte salve le competenze, le responsabilità e le funzioni individuali dei singoli dirigenti previste dalla normativa di riferimento sulle quali esercita la vigilanza, secondo le modalità proprie dell'indirizzo/controllo, con particolare

riferimento agli aspetti giuridico - amministrativo ed economico - finanziario, al buon andamento e alla imparzialità dell'azione amministrativa.

In tale contesto, infatti, il Direttore Amministrativo assicura la legittimità degli atti e la correttezza, la completezza e la trasparenza dei processi di formazione dei documenti amministrativi, relativi alle dinamiche economiche, finanziarie e patrimoniali. Assicura il corretto assolvimento delle funzioni di supporto giuridico, tecnico, amministrativo e logistico curando, tra l'altro, che le stesse siano tempestive.

Il Direttore Amministrativo esprime parere sugli atti del Direttore Generale per quanto di propria competenza e su ogni questione che gli venga sottoposta e, in particolare, nell'ambito delle sue specifiche competenze, ha le seguenti attribuzioni:

- partecipa con il Direttore Sanitario e con il Direttore Generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'Azienda;
- coadiuva il Direttore Generale nella definizione e direzione del sistema di governo giuridico, economico e finanziario dell'Azienda;
- adotta gli atti delegati ed attribuiti dal Direttore Generale;
- assume diretta responsabilità di tutte le funzioni attribuite alla sua competenza;
- formula, per le materie di propria competenza, proposte al Direttore Generale, ai fini dell'elaborazione dei piani pluriennali, dei programmi annuali e dei progetti di attività;
- concorre, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni del Direttore Generale;
- coordina i servizi amministrativi.

Il Direttore Amministrativo, per le funzioni operative di supporto all'attività dell'Azienda, si avvale delle strutture deputate alla trattazione delle linee di attività di propria competenza.

Nella parte strutturale dell'Atto Aziendale sono disciplinati i collegamenti del Direttore Amministrativo con il Dipartimento Tecnico-Amministrativo e le UU.OO. Centrali ad esso afferenti nonché di queste con i servizi e le funzioni amministrative contabili e tecniche esercitate a livello distrettuale, ospedaliero e di dipartimento.

I Dirigenti Amministrativi sono tenuti nei riguardi del Direttore Amministrativo ad assicurare costante aggiornamento rispetto alle attività da loro poste in essere. In caso di assenza o di

impedimento del Direttore Amministrativo, le relative funzioni sono affidate dal Direttore Generale, su proposta del Direttore Amministrativo, ad un dirigente in possesso dei requisiti per l'esercizio di tali funzioni.

Art. 15

LA CONFERENZA DEI SINDACI

Organismo correlato al governo strategico aziendale è la "Conferenza dei Sindaci" dei 158 comuni indicati all'art. 2 del presente atto, il territorio dei quali costituisce l'ambito territoriale dell'Asl Salerno. E' l'organismo rappresentativo delle Autonomie Locali cui spetta il diritto-dovere di esprimere i bisogni socio-sanitari delle comunità amministrare.

Le competenze e le funzioni della Conferenza dei Sindaci sono quelle attribuite dal D.Lgs. 502/92 e s.m.i. e dalla legislazione regionale in materia L.R.C. 32/1994 e s.m.i..

Al fine di corrispondere alle esigenze sanitarie della popolazione, la Conferenza dei Sindaci:

- provvede alla definizione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività dell'Asl Salerno;
- esamina il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio di esercizio dell'Azienda, rimettendo alla Regione le relative osservazioni;
- verifica l'andamento generale dell'attività dell'Azienda segnalando al Direttore Generale ed alla Giunta Regionale valutazioni e proposte anche con la finalità di assicurare l'adeguata erogazione delle prestazioni previste dai livelli uniformi di assistenza;
- contribuisce alla definizione dei piani attuativi programmatici dell'Azienda trasmettendo al Direttore Generale ed alla Giunta Regionale valutazioni e proposte;
- designa un componente del Collegio Sindacale dell'Azienda;
- esercita ogni altra funzione riservata alla sua competenza dalle disposizioni vigenti.

La Conferenza dei Sindaci garantisce un rapporto continuo fra l'Azienda e la popolazione residente nel territorio di sua competenza in attuazione delle norme specifiche vigenti in materia (art. 3, comma 14 del D.L.gs 502/92 e s.m.i).

Art. 16

ORGANISMI DELLA DIREZIONE STRATEGICA

16.1 Il Nucleo Aziendale di Valutazione – O.I.V.

Ai sensi del Dlgs 150/2009 e s.m.i. l'Asl Salerno istituisce il Nucleo Aziendale di Valutazione (O.I.V.), organismo indipendente che sostituisce i servizi di controllo interno o comunque denominati di cui al Dlgs n. 286 del 30.07.1999 ed esercita in piena autonomia le attività di controllo strategico di cui all'articolo 6 comma 1 del citato Dlgs. e riferisce, in proposito direttamente alla Direzione Strategica Aziendale. L'O.I.V. è nominato, sentita la Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche, dal Direttore Generale per un periodo di tre anni. E' un organismo collegiale composto da tre componenti dotati dei requisiti stabiliti dalla legge e dalle circolari applicative della CIVIT. L'incarico dei componenti può essere rinnovato una sola volta.

L'O.I.V.:

- monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, trasparenza, integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato della stessa;
- comunica tempestivamente le criticità riscontrate alla Direzione Strategica Aziendale;
- valida la relazione sulla *Performance* e ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito Aziendale;
- garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione secondo quanto previsto dal Dlgs. 150/2009, dai CC.NN.LL., dai C.I.A., dai regolamenti interni all'Azienda, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;
- procede alla verifica e valutazione annuale dei risultati di gestione dei dirigenti di struttura complessa e di struttura semplice;
- procede alla verifica e valutazione annuale dei risultati raggiunti da tutti i dirigenti in relazione agli obiettivi affidati anche ai fini dell'attribuzione del salario di risultato.

All'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V) è assicurato il supporto tecnico di personale che fa capo alla Direzione Generale.

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

Ai sensi e con le modalità previste dall'art. 57 del D.L.vo 165/2001 e s.m.i., è istituito senza maggiori oneri, il "Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del

benessere di chi lavora e contro le discriminazioni", che sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità ed 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.

Tale Comitato ha composizione paritetica ed è formato da un componente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello di amministrazione e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione in modo da assicurare, nel complesso, la presenza paritaria di entrambi i generi. Il Presidente del Comitato unico di garanzia è designato dal Direttore Generale.

Il Comitato Unico di Garanzia ha compiti propositivi, consultivi e di verifica e opera in collaborazione con 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.

L' Azienda disciplina, con regolamento dedicato, le modalità di funzionamento del Comitato unico di garanzia in ottemperanza alle linee guida emanate ai sensi del comma 4, art. 57, del D.L.vo n. 165/2001 e s.m.i.

16.3 Unità Operativa per la Gestione del Rischio Clinico

La Gestione del Rischio Clinico è una metodologia che, mediante un approccio sistematico, si prefigge di esaminare i fattori che influenzano la pratica clinica in ogni suo stadio fornendo indicazioni per appropriati interventi e piani di riduzione degli errori, con conseguente miglioramento qualitativo complessivo sia della sicurezza che dell'appropriatezza assistenziale.

La gestione del rischio clinico costituisce uno degli obiettivi più importanti della politica sanitaria regionale. La Giunta Regionale con delibera n. 1688/2005 ha adottato un documento tecnico contenente indicazioni programmatiche per l'avvio di apposite metodologie, sistemi e strumenti finalizzati alla gestione del rischio clinico.

Presso la Direzione Sanitaria Aziendale è istituita una Struttura Complessa Gestione Rischio Clinico e Controllo di Qualità, nella quale sono incardinate figure professionali competenti (medico legale,

infettivologo, clinico di area medica, di area chirurgica e di area critica, dirigente dell'area giuridico-amministrativa, dirigente dell'assistenza infermieristica ed eventuali altre figure ritenute necessarie) ed un referente che integra la composizione del Comitato Regionale, istituito con DPGRC n. 565/2006 per monitorare gli interventi realizzati presso le Aziende Sanitarie.

Mediante l'istituzione della Unità Operativa dedicata, l'Azienda intende dotarsi degli strumenti più idonei per il governo clinico, con l'obiettivo prioritario di minimizzare l'impatto economico del sinistro nell'ambito della politica di copertura assicurativa aziendale.

L'attività della S.C. Gestione Rischio Clinico e Controllo di Qualità dovrà essere riferita a:

- definire gli strumenti per l'individuazione e la valutazione dei momenti di rischio e delle situazioni incidentali;
- individuare le criticità più o meno latenti;
- individuare strumenti ed azioni (correttive e preventive) per la riduzione dei danni al paziente, al patrimonio e per la riduzione del contenzioso legale.

Le modalità per l'espletamento delle suddette finalità sono:

- la individuazione delle strategie per migliorare i rapporti con l'utenza e l'immagine della struttura;
- il supporto all'attività dei relativi operatori sanitari e tecnici;
- la proposta e l'attuazione di piani per contenere i costi assicurativi.

CAPO IV – L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

Art. 17

LA PANIFICAZIONE STRATEGICA

17.1 Strutture in Staff alla Direzione Generale

Afferiscono direttamente alla Direzione Generale due Strutture Complesse e una Struttura Semplice che, ai sensi della normativa vigente, svolgono attività direttamente in capo al Direttore Generale.

Le Strutture in Staff alla Direzione Generale sono:

1. Struttura Complessa Medicina del Lavoro Aziendale;
2. Struttura Complessa Prevenzione e Protezione;
3. Struttura Semplice Gestione Liquidatoria.

La *Struttura Complessa Medicina del Lavoro Aziendale* svolge le seguenti attività:

- predisposizione e attuazione delle misure per la tutela della salute psico-fisica dei lavoratori;
- formazione e informazione dei lavoratori per la parte di competenza, nonché sulla organizzazione del servizio di primo soccorso;
- collaborazione all'attuazione e valorizzazione di programmi volontari di promozione della salute, secondo i principi di responsabilità sociale;
- programmazione e attuazione della sorveglianza sanitaria di cui all'art. 41 del D. Lgs 81/2008, attraverso protocolli sanitari definiti in funzione dei rischi specifici, secondo i più avanzati indirizzi scientifici;
- definizione di protocolli sanitari, tecnici ed operativi per la uniformità delle metodiche di lavoro nei diversi ambiti aziendali e nella interazione con i diversi Enti ed Organismi esterni (Protezione Civile, Prefettura, Volontariato, ONLUS, Regione etc.).

Struttura Complessa Prevenzione e Protezione

Il Servizio Prevenzione e Protezione è definito dall'art. 2, comma 1, lettera l) del D.Lgs 9 aprile 2008 n. 81 - nuovo testo unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro come *l'insieme delle persone, sistemi e mezzi esterni o interni all'azienda finalizzati all'attività di prevenzione e protezione dai rischi professionali per i lavoratori*".

La Struttura Complessa è collocata in posizione di staff al Direttore Generale e fornisce allo stesso supporto specialistico:

- per la individuazione dei fattori di rischio nell'ambiente di lavoro derivanti dall'impiego di attrezzature, impianti, ambienti, sostanze, dall'esposizione ad agenti fisici e/o biologici, ecc.;
- per la loro valutazione e individuazione delle misure di prevenzione e bonifica, finalizzate alla tutela della salute e sicurezza dei lavoratori.

La scelta di far svolgere le attività consulenziali specialistiche e di coordinamento a Dirigente e personale interno all'azienda è imposta dal D.Lgs 81/2008 (art. 31, comma 6, lettera g) per le strutture di ricovero e cura pubbliche e private con oltre 50 lavoratori.

La Struttura Complessa Servizio Prevenzione e Protezione espleta, in collaborazione con le altre Unità Operative aziendali i seguenti adempimenti previsti dal D.Lgs 81/2008:

- individuazione e valutazione dei fattori di rischio e individuazione delle misure per la sicurezza e la salubrità degli ambienti di lavoro, nel rispetto della normativa vigente sulla base della specifica conoscenza dell'organizzazione aziendale;
- elaborazione, per la parte di competenza, delle misure preventive e protettive di cui all'articolo 28, comma 2 e dei sistemi di controllo di tali misure;
- elaborazione della procedure di sicurezza per le varie attività aziendali;
- proposizione dei programmi di informazione e formazione dei lavoratori;

- partecipazione alle consultazioni in materia di tutela della salute e sicurezza sul lavoro, nonché alla riunione periodica di cui all'articolo 35;
- veicolazione ai lavoratori delle informazioni di cui all'articolo 36.

In applicazione dell'art. 33 d.lgs 81/2008 sono in capo alla Struttura Complessa Prevenzione e Protezione e al suo Responsabile le ulteriori seguenti attività:

- partecipazione alle visite ispettive degli organi di vigilanza e di polizia giudiziaria e alle inchieste interne per infortuni sul lavoro;
- organizzazione dei piani di emergenza e di prevenzione incendi, nonché la formazione degli addetti alle squadre di emergenza antincendio;
- collaborazione alle attività dell'Esperto Qualificato di Radioprotezione, ai sensi del D.lgs. 230 del 17/03/95, come integrato dal D.lgs. 241 del 26/05/2000 e dal successivo D.lgs. 257

- del 09/07/2002, in quanto la relazione dell'Esperto costituisce di fatto il Documento di Valutazione dei Rischi IR;
- collaborazione alle attività dell'Esperto Responsabile di Risonanza Magnetica, ai sensi del D.M. 02.08.91 e DPR n. 542/94 e alle attività dell' Addetto alla Sicurezza Laser, ai sensi del D.Lgs. 81/08, Capo V e Norma CEI EN 60825, parte 1, CEI 76-6 parte 8;
 - consulenza per la redazione dei Piani di Emergenza Esterna dell'Asl Salerno, addestramento teorico e pratico delle figure dell'emergenza e coordinamento, per l'Asl, dei rapporti con la Protezione Civile e i COC del territorio;
 - pareri di competenza riguardo alle nuove progettazioni di strutture sanitarie e modificazioni o trasformazioni delle strutture sanitarie esistenti;
 - valutazione del rischio Ingegneristico e Fisico su: impianti tecnologici, impianti elettrici ed elettronici, rumore, vibrazioni, radiazioni ionizzanti (RI), radiazioni non ionizzanti (NIR), illuminazione, microclima, rischio ergonomico, VDT, movimentazione dei carichi, apparecchi elettromedicali;
 - valutazione del rischio incendio e sua classificazione ai sensi del D.M. 10 marzo 1998, con valutazione delle strutture alla luce di eventuali regole tecniche emanate dai VV.FF. e stesura dei relativi piani di adeguamento, predisposizione dei Piani di Emergenza di cui all'art. 3 del D.M. 10 marzo 1998, con formazione del personale in materia antincendio;
 - valutazione del Rischio Chimico, Biologico e Psicologico, come previsto dal D.lgs. 81/08, al Titolo IX, Capo I (Protezione da agenti chimici), al Titolo IX, Capo II (Protezione da agenti cancerogeni e mutageni), al Titolo IX, Capo III (Protezione dai rischi connessi all'esposizione all'amianto), al successivo Titolo X (Esposizione ad agenti biologici), e valutazione dello stress-lavoro correlato e i rischi trasversali di origine psicosociale;
 - redazione piani di emergenza ed evacuazione;
 - consulenza e pareri per la sicurezza alle varie strutture aziendali;
 - congiuntamente al medico competente visita degli ambienti di lavoro almeno una volta l'anno;

- collaborazione alle UU.OO. aziendali competenti nella valutazione appalti acquisizione beni e attrezzature.

Struttura Semplice Gestione Liquidatoria

Le complesse funzioni di liquidazione della debitoria delle ex UU.SS.LL. della Provincia di Salerno, affidate dalla Regione direttamente al Direttore Generale, vengono svolte per il tramite della Struttura Semplice Gestione Liquidatoria che di conseguenza persegue le seguenti finalità:

- ricognizione analitica delle singole partite debitorie e creditorie riconducibili alle preesistenti Unità Sanitarie Locali confluite nell'Asl Salerno;
- gestione del contenzioso per eventi verificatesi fino al 31.12.1994;
- predisposizione degli atti di riconoscimento di debiti pregressi al 31.12.1994 finalizzati al pagamento degli stessi da parte della Regione Campania;
- attivazione di procedure di recupero di crediti al 31.12.1994;
- procedure di svincolo di pignoramenti accessi presso le Tesorerie delle disciolte Usl;
- rapporti con le tesorerie delle disciolte Usl per la gestione delle liquidità.

Art. 18

I DIPARTIMENTI

L'Asl Salerno, come tutte le Aziende Sanitarie, è un'Azienda ad elevata complessità in conseguenza di una molteplicità di fattori quali le caratteristiche della domanda e dell'offerta, il suo sistema economico-finanziario, le specificità socio-organizzative del suo funzionamento.

Essa persegue numerosi e diversi obiettivi, i più importanti dei quali sono:

- l'assistenza ospedaliera attraverso i PP.OO. previsti dalla programmazione regionale nel territorio di sua competenza;
- l'assistenza sanitaria di base attraverso i medici convenzionati, le strutture erogatrici di prestazioni di riabilitazione fisica, psichica e sociale;

- l'igiene ambientale, la promozione della salute nei luoghi di lavoro, l'igiene e l'assistenza veterinaria, l'educazione sanitaria e la prevenzione primaria e secondaria.

E' evidente, quindi, come ad una così ampia pluralità di obiettivi da perseguire corrispondano diverse e diversificate attività di gestione, da quella amministrativa, a quelle gestionali, igienico-sanitaria, diagnostico-terapeutica, assistenziale, alberghiera etc.

Fondamentale quindi diventa disegnare una efficiente architettura gestionale che supporti adeguatamente la Direzione Strategica, nella sua azione di *governance*.

L'Asl Salerno adotta un modello c.d. di "direzione multipla" che consiste nel distribuire il potere decisionale, utilizzando lo strumento giuridico della delega di funzioni, ai diversi centri gestionali (macrocentri) quali le Funzioni Centrali, le Direzioni dei Distretti Sanitari di Base, le Direzioni dei Presidi Ospedalieri, coordinate negli istituendi Dipartimenti.

L'organizzazione dipartimentale, 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, rappresenta il modello ordinario di gestione operativa dell'Azienda.

La dipartimentalizzazione consente all'azienda di dotarsi di strutture di coordinamento e di direzione per lo svolgimento di funzioni complesse che hanno i compiti di orientamento, consulenza e supervisione per la funzione cui sono preposte.

Il Dipartimento, a seconda della sua tipologia, è costituito da strutture organizzative complesse, semplici dipartimentali e semplici, 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, tecnici ed economico-finanziari.

L'organizzazione dei Dipartimenti dell'Azienda ha tenuto conto della funzionalità e della complessità della stessa, della sua estensione territoriale e delle caratteristiche geomorfologiche

del territorio della Provincia di Salerno, del numero di strutture complesse presenti e degli obiettivi che queste ultime debbono conseguire.

Le tipologie di Dipartimento previste dall'Asl Salerno sono, in rapporto alla caratterizzazione organizzativo-funzionale, di tipo strutturale, funzionale, integrato e transmurale:

- a) *Dipartimento Strutturale* rappresenta un'aggregazione organizzativa e funzionale di strutture che assume la valenza di soggetto negoziale nei rapporti con l'Azienda e con gli altri dipartimenti e/o macrostrutture organizzative secondo il regolamento Aziendale. Esso è dotato di autonomia gestionale ed è soggetto a rendicontazione analitica.
- b) *Dipartimento Funzionale* rappresenta un'aggregazione di strutture con il compito dell'integrazione funzionale delle attività svolte dalle singole strutture finalizzata al raggiungimento di specifici obiettivi. Il Dipartimento funzionale non è dotato di autonomia gestionale, non è soggetto a rendicontazione analitica e non è titolare di budget se non quello relativo a specifici progetti eventualmente affidati dalla Direzione Strategica. Ai Dipartimenti Funzionali si applicano, per quanto compatibili, i criteri e le modalità organizzative rappresentati per i Dipartimenti strutturali.
- c) *Dipartimento Trasmurale* rappresenta l'interazione tra i Presidi Ospedalieri e le Strutture Aziendali Territoriali.
- d) *Dipartimento Integrato* stabilisce le interazioni tra l'Asl Salerno e l'Azienda Ospedaliera Universitaria esclusivamente nell'ambito dell'emergenza sanitaria.

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

Più in particolare ad essi spetta il compito di:

- tendere al miglioramento degli indicatori di performance relativi a efficienza, efficacia ed 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 dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e del livello di efficienza delle diverse UU.00.

18.1 Il Direttore di Dipartimento

La Direzione del Dipartimento è affidata, con specifico contratto triennale, rinnovabile, consecutivamente una sola volta, con atto deliberativo del Direttore Generale, ad uno dei Direttori delle Unità Operative Complesse afferenti al Dipartimento stesso, nell'ambito di un numero di candidati proposti dal Comitato di Dipartimento. Nelle more della costituzione del Comitato di Dipartimento il Direttore Generale attribuisce temporaneamente la Direzione del Dipartimento ad uno dei Direttori delle UU.OO.CC. afferenti al Dipartimento.

Il Direttore del Dipartimento, in particolare:

- propone alla Direzione Strategica gli obiettivi dipartimentali assistenziali e gestionali e pianifica le attività, sentito il Comitato di Dipartimento, attribuendo gli obiettivi dipartimentali alla singole unità operative componenti il Dipartimento stesso;
- coordina le attività e le risorse affinché il dipartimento assolva in modo pieno i propri compiti al fine di assicurare che ogni struttura del dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee;
- partecipa alla negoziazione del *budget* secondo le modalità organizzative;
- informa il Comitato di Dipartimento delle risultanze della negoziazione;
- gestisce il *budget* del Dipartimento (nel caso dei Dipartimenti Strutturali);

- garantisce l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative secondo le modalità di governo clinico;
- verifica il raggiungimento degli obiettivi delle Unità Operative e risponde dei risultati complessivi del dipartimento in relazione agli obiettivi a lui direttamente assegnati;

E' prevista l'assegnazione al Direttore del Dipartimento di un supporto tecnico amministrativo con incarico di Posizione Organizzativa o con Struttura Semplice.

18.2 Il Comitato di Dipartimento

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

I componenti di diritto sono:

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

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

Il Comitato dura in carica 3 anni. 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 saranno stabilite con 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 si riunisce periodicamente per la verifica degli obiettivi e per individuare eventuali correttivi ed interventi idonei ad ottimizzare l'utilizzo delle risorse, nonché ogni qualvolta debba esprimersi su:

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

Il Comitato di Dipartimento, inoltre, individua i candidati all'incarico di Direttore del Dipartimento da proporre al Direttore Generale.

18.3 I Dipartimenti dell'Asl Salerno:

L'Asl Salerno istituisce i seguenti Dipartimenti:

- *Strutturali:*
 - Dipartimento di Prevenzione,
 - Dipartimento di Salute Mentale,
 - Dipartimento delle Dipendenze;
 - DIE 2.
- *Funzionali:*
 - Dipartimento Programmazione e Controllo,
 - Dipartimento Politiche Sanitarie,
 - Dipartimento Tecnico Amministrativo,
 - Dipartimento Discipline Mediche,
 - Dipartimento Discipline Chirurgiche,
 - Dipartimento Cardiovascolare,
 - Dipartimento Patologia Testa-Collo,

- Dipartimento dei Servizi,
- Dipartimento Area Critica,
- Dipartimento dei Presidi Ospedalieri,
- Dipartimento dei Distretti Socio-Sanitari.

- *Trasmurali*
- Dipartimento Materno Infantile.

- *Integrati:*

- DIE 1.

Art. 19

DIPARTIMENTI STRUTTURALI

19.1 Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è una macro struttura operativa dell'Azienda che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie acute e croniche e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita, attraverso il

recepimento e l'attuazione degli indirizzi contenuti nel Piano Sanitario Regionale e nel Piano Sanitario di Prevenzione. A tal fine il Dipartimento di Prevenzione promuove azioni volte a sorvegliare lo stato di salute della popolazione e i suoi determinanti e ad individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti e con gli altri dipartimenti, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. Partecipa alla formulazione del programma di attività, fornendo proposte d'intervento nelle materie di competenza.

Il Dipartimento di Prevenzione deve inoltre:

- assicurare il complesso sistema della Sanità Pubblica, a livello aziendale, garantendo sia l'esercizio delle funzioni di analisi, promozione, orientamento, assistenza e vigilanza sui

problemi di salute (pertanto vigila sui rischi negli ambienti di vita e di lavoro e sicurezza alimentare) ma anche sui fattori determinanti la salute di una collettività, privilegiando i temi caratterizzati da maggior diffusione, gravità e percezione;

- ricercare in tali ambiti il miglioramento continuo della qualità degli interventi, costruendo e/o partecipando ad alleanze ed integrazioni con tutti i soggetti coinvolti.

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

L'assetto organizzativo e le funzioni del Dipartimento di Prevenzione sono ben individuate dalle norme nazionali e regionali, in virtù dell'evoluzione normativa derivante dalle successive modifiche del D.lgs 502/92 e s.m.i. e dalle conseguenti norme regionali.

In particolare, a norma del D.L n. 158 del 13.09.2012 convertito con modificazioni nella Legge n. 189 del 8.11.2012, le strutture organizzative dell'area di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare devono operare quali centri di responsabilità dotati di autonomia tecnico funzionale e organizzativa nell'ambito della struttura dipartimentale e rispondono del perseguimento degli obiettivi dipartimentali aziendali, dell'attuazione delle disposizioni normative e regolamentali, regionali, nazionali ed internazionali, nonché della gestione delle risorse economiche attribuite.

L'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione è modulata, superando la frammentarietà delle funzioni e garantendo la piena integrazione tra le UU.OO. che lo compongono, secondo i principi di flessibilità, adattabilità, revisione periodica, orientamento progettuale delle attività, tenendo conto delle peculiarità dei vari ambiti territoriali della Provincia di Salerno, degli insediamenti produttivi presenti, del radicamento territoriale dei servizi, dell'entità numerica della popolazione (umana ed animale), delle caratteristiche orografiche, della viabilità, dei collegamenti in ambito provinciale, delle esigenze culturali dei territori nonché delle loro specifiche richieste prestazionali.

L'architettura organizzativa declinata garantisce le seguenti funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica:

- profilassi delle malattie infettive e parassitarie;

- tutela della collettività e dei singoli dai rischi sanitari degli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
- tutela igienico-sanitaria degli alimenti;
- sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- attività di prevenzione rivolte alla persona, quali vaccinazioni obbligatorie e raccomandate nonché programmi di diagnosi precoce;
- tutela della salute;
- verifica e vigilanza igienico-sanitaria delle strutture sanitarie, anche ai fini autorizzativi.
- sanità pubblica veterinaria, che comprende la sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e la profilassi delle malattie infettive e parassitarie, la farmacovigilanza animale, l'igiene delle produzioni zootecniche, la tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale.

Il Dipartimento di Prevenzione contribuisce inoltre alle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronic-degenerative, curando in particolare l'attuazione del Piano Regionale di Prevenzione, in collaborazione con gli altri servizi e dipartimenti aziendali, secondo il regolamento che verrà definito con apposito atto.

Poiché il territorio della Provincia di Salerno è particolarmente vasto sono stati individuati ambiti territoriali all'interno dei quali operano le unità operative tramite un'organizzazione su due livelli: un *livello centrale*, cui sarà affidata la "mission funzionale" e cioè di direzione tecnico organizzativa e gestionale complessiva, che sovrintenderà alla programmazione generale delle attività, alla verifica dell'efficienza, dell'efficacia e della qualità degli interventi e del rispetto dei Livelli minimi di assistenza, costituito dalla tecnostruttura dipartimentale nella quale sono incardinate le seguenti Strutture:

1. Struttura Complessa Igiene Pubblica e Promozione della Salute;
2. Struttura Complessa Epidemiologia e Prevenzione;
3. Struttura Complessa Igiene degli Alimenti e Nutrizione;
4. Struttura Complessa Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di lavoro;

5. Struttura Complessa Igiene e Medicina del Lavoro;
6. Struttura Semplice Dipartimentale Amministrativa e Flussi Informativi;
7. Struttura Semplice Dipartimentale Sistema di Allerta Rapido di Controllo Alimenti e Bevande;
8. Struttura Semplice Dipartimentale Stress da Lavoro Correlato;
9. Struttura Semplice Dipartimentale Medicina Necroscopica.

Un *livello territoriale* costituito da Unità Operative Semplici cui sarà affidata la cosiddetta “*mission produttiva*” al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza (LEA). Questo livello operativo si realizza attraverso l’individuazione di ambiti territoriali. Vengono pertanto individuate nell’ambito del territorio aziendale due aree; l’area Nord con competenza territoriale dal comune di Scafati a quello di Salerno e l’area Sud con competenza territoriale dal comune di Pontecagnano a quello di Sapri. Conseguentemente per la gestione territoriale si individuano le seguenti Strutture Semplici incardinate nella corrispondente Struttura Complessa alle quali sono deputate le funzioni riguardanti la *mission produttiva* del dipartimento:

- Struttura Semplice Igiene Pubblica e Promozione della Salute - Area Nord;
- Struttura Semplice Igiene Pubblica e Promozione della Salute - Area Sud;
- Struttura Semplice Epidemiologia e Prevenzione - Area Nord;
- Struttura Semplice Epidemiologia e Prevenzione - Area Sud;
- Struttura Semplice Igiene degli Alimenti e Nutrizione – Area Nord;
- Struttura Semplice Igiene degli Alimenti e Nutrizione – Area Sud;
- Struttura Semplice Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro – Area Nord;
- Struttura Semplice Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro – Area Sud;
- Struttura Semplice Igiene e Medicina del Lavoro – Area Nord;
- Struttura Semplice Igiene e Medicina del Lavoro – Area Sud.

Il livello territoriale è completato da Unità Organizzative (uffici) ubicate presso ogni Distretto che rappresentano il livello operativo delle attività di Sanità Pubblica e Prevenzione e sicurezza dei luoghi di lavoro cui viene assegnato il personale dedicato che dipende, sia gerarchicamente che funzionalmente dal Dipartimento di Prevenzione.

All'interno del Dipartimento di Prevenzione è previsto un incarico di Posizione Organizzativa di coordinamento dei tecnici della Prevenzione.

Per le ragioni anzidette relative alla particolarità territoriale della Provincia di Salerno, al fine di meglio governare i bisogni prestazionali e, nel contempo, garantire l'unitarietà delle funzioni e l'unicità delle interlocuzioni è stata individuata, nel Dipartimento di Prevenzione, come previsto dalla normativa vigente, una specifica *Area delle Attività Veterinarie*.

L'*Area Veterinaria* è strutturata in un livello centrale e in un livello territoriale, articolato in Ambiti.

Il livello centrale prevede le seguenti Strutture:

- Struttura Complessa Sanità Animale con la S.S. Randagi e Benessere Animali di Affezione;
- Struttura Complessa Igiene e Sicurezza Alimenti di Origine Animale;
- Struttura Complessa Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche.

Il *livello territoriale* dell'Area Veterinaria è costituito da Unità Operative Semplici cui sono affidate le cosiddette "competenze produttive" attraverso l'individuazione di ambiti territoriali. Anche per l'Area Veterinaria vengono individuate due aree; l'area Nord con competenza territoriale dal comune di Scafati a quello di Salerno e l'area Sud con competenza territoriale dal comune di Pontecagnano a quello di Sapri. Per la gestione territoriale si individuano le seguenti Strutture

Semplici incardinate nella corrispondente Struttura Complessa alle quali sono deputate le funzioni riguardanti le "competenze produttive" del dipartimento:

- Struttura Semplice Sanità Animale – Area Nord;
- Struttura Semplice Sanità Animale – Area Sud;
- Struttura Semplice Igiene e Sicurezza Alimenti di origine Animale – Area Nord ;
- Struttura Semplice Igiene e Sicurezza Alimenti di origine Animale – Area Sud;
- Struttura Semplice Igiene e Allevamenti e Produzione Zootecniche – Area Nord;
- Struttura Semplice Igiene e Allevamenti e Produzione Zootecniche – Area Sud.

Il livello territoriale è completato da Unità Organizzative (uffici) ubicate presso ogni Distretto che rappresentano il livello operativo delle attività di Sanità Animale e Igiene degli Alimenti cui viene

assegnato il personale dedicato che dipende, sia gerarchicamente che funzionalmente dall'Area Veterinaria Centrale.

19.2 Dipartimento di Salute Mentale

L'organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) trova il suo riferimento nel Progetto Obiettivo Nazionale e Regionale Salute Mentale dal quale ha preso avvio anche il Piano Nazionale Linee Guida (PNLG), nella convinzione che la definizione di comportamenti condivisi e basati, per quanto possibile, sull'evidenza scientifica, soprattutto in un servizio articolato come il DSM chiamato alla gestione di pazienti complessi quali i malati psichici, contribuisca ad aumentare l'efficacia degli interventi e ad assicurare pari opportunità a prescindere dall'ambito territoriale.

Il DSM, dipartimento strutturale dell'Asl Salerno, persegue i seguenti obiettivi:

- assicurare un uso efficace ed efficiente delle risorse disponibili;
- migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni e dei trattamenti psicoriabilitativi;
- migliorare la qualità dell'assistenza;
- garantire, nell'ambito del DSM, livelli uniformi di assistenza;
- migliorare la qualità degli interventi mediante un attento monitoraggio degli esiti in rapporto alle conoscenze e alla ricerca;
- produrre informazioni utili ad orientare le decisioni degli operatori clinici verso prescrizioni e/o pratiche la cui appropriatezza è stata verificata;
- condividere linee-guida all'interno di percorsi di miglioramento ed aggiornamento continuo, per la presa in carico del paziente psichico e la relativa gestione multimodale dell'assistenza.

Riferimenti Normativi

Quadro Normativo Nazionale

- L. 13 maggio 1978 n. 180;

- L.23 dicembre 1978 n. 833;
- L.R.C. 3 gennaio 1983 n. 1;
- D.lg. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni;
- D.P.R. 7 aprile 1994 “Progetto obiettivo Tutela della salute mentale 1994-1996”;
- D.lg. 19 giugno 1999 n. 229;
- Piano sanitario nazionale 1998-2000;
- D.P.R. 10 novembre 1999 Progetto obiettivo “Tutela della salute mentale 1998-2000”;
- L. 8 novembre 2000 n. 328 “Legge Quadro per la Realizzazione del Sistema Integrato degli Interventi e Servizi Sociali”;
- Il Piano Sanitario Nazionale 2001-2003;
- D.P.C.M. 29 novembre 2001 Definizione dei livelli essenziali di assistenza.

Quadro Normativo Regionale

- L.R.C. 3 novembre 1994 n. 32;
- Delibera G.R.C. n. 654 del 13 febbraio 2001;
- D.P.G.R.C. n. 001197 del 16 maggio 2001;
- Delibera G.R.C. n. 7262 del 27 dicembre 2001: Linee guida per l’ organizzazione e il funzionamento dei Dipartimenti di salute mentale della Regione Campania;
- Delibera G.R.C. n. 1082 del 15 marzo 2002: D.P.C.M 29/11/2001 “livelli essenziali di assistenza: disposizioni attuative”;
- L.R.C. 11 luglio 2002 n. 10: Piano Sanitario Regionale 2002-2004;
- Delibera G.R.C. n. 6467 del 30 dicembre 2002: Linee guida per l’integrazione socio-sanitaria;
- Progetto Obiettivo Regionale per la tutela della salute mentale in Campania per gli anni 2002- 2004 - Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. 50 del 27 ottobre 2003.

Mission

La *Mission* del Dipartimento è assicurare la tutela della salute mentale della popolazione della Provincia di Salerno secondo le indicazioni nazionali, regionali e aziendali che prevedono azioni ed interventi nelle aree della prevenzione, dell'intervento precoce, della cura e della riabilitazione, articolati secondo i livelli di assistenza ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale e ospedaliera. Il Dipartimento di Salute Mentale promuove la salute mentale come momento della salute generale in ogni fascia di età, tutelando i diritti di effettiva cittadinanza delle persone con disagio psichico o disturbo mentale.

Lo scopo finale è quello della presa in carico dei pazienti con disturbi mentali severi attivando risposte di carattere bio-psico-sociale adeguate ai loro bisogni di salute, nonché forme adeguate di consulto per i pazienti con disturbi minori, che restano in carico al Medico di Medicina Generale.

Obiettivi primari del Dipartimento e del personale ad esso assegnato sono:

- garantire il libero accesso ai servizi del D.S.M. favorendo il superamento di ogni forma di pregiudizio e la crescita di una cultura che elimini lo stigma del malato mentale;
- privilegiare la presa in cura dei pazienti con problematiche psicopatologiche gravi, tenendo conto dei problemi e delle esigenze posti dal nucleo familiare;
- implementare progetti e programmi di prevenzione, educazione alla salute, riabilitazione e reinserimento sociale;
- gestire in modo appropriato l'emergenza – urgenza e le criticità non programmabili;
- tutelare i diritti degli utenti attraverso garanzia di personalizzazione e umanizzazione dei trattamenti, anche attraverso programmi di formazione professionale e inserimento lavorativo;
- cooperare in modo sinergico ed integrato con gli altri servizi ospedalieri e territoriali aziendali, con Enti e Istituzioni e con le Agenzie impegnate nel sociale (associazioni di familiari, di utenti, volontariato, ecc.);
- realizzare programmi di formazione e aggiornamento continuo del personale, al fine di garantire il miglioramento della qualità del servizio e l'attività di ricerca.

Funzioni del Dipartimento

Di seguito, si declinano le funzioni proprie della Direzione del Dipartimento.

Il Direttore del Dipartimento:

- negozia annualmente con la Direzione Strategica il *budget* del Dipartimento in funzione degli obiettivi prefissati, previa valutazione dei risultati raggiunti;
- assicura il funzionamento del Dipartimento, attuando modelli organizzativi opportuni;
- garantisce lo svolgimento delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione, curando il collegamento tra i vari Centri di Salute Mentale;
- definisce l'allocazione delle risorse, in base al parere del Comitato di Dipartimento;
- gestisce e sovrintende il processo di assegnazione degli obiettivi annuali di lavoro nonché di verifica e valutazione di prima istanza;
- cura il collegamento e l'integrazione tra le attività dei propri Servizi e le attività complessive dell'Asl Salerno, nonché quelle di carattere socio-assistenziale eventualmente delegate dagli Enti Locali alla Asl;
- verifica l'attuazione delle linee programmatiche adottate, redigendo e pubblicando relazione consuntiva annuale;
- elabora iniziative finalizzate all'aggiornamento professionale ed alla formazione permanente degli operatori, utilizzando le risorse destinate a tale scopo;
- mantiene ed incentiva le attività di ricerca scientifica;
- svolge attività di valutazione delle funzioni e delle prestazioni erogate per la verifica e la programmazione, finalizzandola al raggiungimento degli obiettivi;
- presiede il comitato ristretto, il comitato allargato e l'assemblea del Dipartimento.

Oltre alle responsabilità gestionali di cui sopra, il Direttore del Dipartimento svolge le seguenti funzioni, per quanto alle proprie competenze e livelli di responsabilità, in collegamento con le Strutture afferenti alla Direzione Strategica:

- *Risorse Strutturali:*

- coordinamento, integrazione e controllo della qualità, della sicurezza e funzionalità degli spazi, delle attrezzature e delle apparecchiature;
- coordinamento e controllo del processo di valutazione della tecnologia sanitaria;

- segnalazione e proposta delle esigenze di manutenzione straordinaria e/o di sostituzione e/o innovazione tecnologica;
- programmazione dell'accessibilità ai Servizi ;
- coordinamento, integrazione, supervisione e valutazione degli acquisti di beni e servizi per tutto il Dipartimento.

- *Risorse Umane:*

- coordinamento, integrazione e gestione del personale assegnato al Dipartimento;
- piani di aggiornamento e di formazione del personale assegnato al Dipartimento;
- stesura di linee-guida utili atte alla massima correttezza e sostenibilità degli indirizzi assistenziali;
- gestione e valutazione del personale preposto alla dirigenza delle Strutture Complesse e alla responsabilità delle Strutture Semplici secondo gli indirizzi aziendali ed in conformità al piano di sviluppo delle risorse umane del Dipartimento;
- presidenza dei collegi tecnici per la valutazione del personale dirigente del Dipartimento secondo le scadenze della normativa vigente.

- *Budget:*

- proposta alla Direzione Strategica del *budget* del Dipartimento, sentito il Comitato di Dipartimento, e negoziato con le singole strutture (a detta fase partecipano i Direttori di Struttura Complessa e di Struttura Semplice Dipartimentale secondo le disposizioni della Direzione Generale);
- assunzione della responsabilità sui risultati complessivamente ottenuti dal Dipartimento e diretta responsabilità per la gestione delle risorse condivise.

Per l'espletamento di tutte le funzioni ed i compiti indicati, il Direttore di Dipartimento si avvale della Struttura Semplice Dipartimentale "Amministrativa e Flussi Informativi" cui compete la

gestione del personale, delle attrezzature, della manutenzione, della funzione economica, della gestione delle risorse complessive e delle risorse connesse a finanziamenti finalizzati.

Funzioni ed Articolazioni

La organizzazione del DSM prevede:

- un livello centrale cui è affidata la “*mission* funzionale” e cioè di direzione tecnico organizzativa e gestionale complessiva, che sovrintenderà alla programmazione generale delle attività, alla verifica dell’efficienza, dell’efficacia e della qualità degli interventi, costituito dalle seguenti Strutture Semplici Dipartimentali:
 1. Struttura Semplice Dipartimentale Amministrativa e Flussi Informativi;
 2. Struttura Semplice Dipartimentale Emergenza/Urgenza e Coordinamento Ricovero Acuti;
 3. Struttura Semplice Dipartimentale Riabilitazione e Integrazione Socio Sanitaria;
 4. Struttura Semplice Dipartimentale Psicologia Clinica;

- un livello territoriale costituito da Strutture Complesse U.O.S.M. e Strutture Semplici Dipartimentali S.P.D.C. al quale è affidato le funzioni cosiddette “*produttive*” al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza (LEA).

Unità Operative di Salute Mentale (U.O.S.M.)

Nel territorio della Asl Salerno sono previste 10 Strutture Complesse U.O.S.M. ubicate presso i Distretti Socio-Sanitari che svolgono le seguenti attività:

- attività di tipo ambulatoriale, domiciliare e di consulenza, anche negli ospedali se sprovvisti di SPDC;
- attività di accoglienza, analisi della domanda, valutazione e diagnostica;
- contribuzione alla definizione e attuazione di programmi terapeutico - riabilitativi e socio-riabilitativi in stretta collaborazione con il/i responsabile/i delle strutture riabilitative residenziali e semiresidenziali secondo le modalità proprie dell’approccio integrato e nella

strategia della continuità terapeutica;

- attività di accoglimento integrato;
- attività di intervento in situazioni di emergenza/urgenza anche in collaborazione con il Servizio 118;
- attività di prescrizione, verifica e valutazione dei ricoveri nelle Case di Cura neuropsichiatriche private accreditate al fine di assicurare la continuità terapeutica;
- interventi di inserimento lavorativo e formazione al lavoro, di reperimento alloggi, di programmazione di attività risocializzanti, espressive e riabilitative (soggiorni, tempo libero, etc.) in stretta collaborazione con il/i responsabile/i delle strutture riabilitative residenziali e semiresidenziali e, naturalmente, anche in collaborazione con eventuali associazioni del privato sociale;
- attività di collegamento con i Medici di Medicina Generale (MMG) sia a fini operativi che formativi;
- integrazione operativa sia come attività di consulenza, sia su progetti specifici con i servizi “di confine” (servizi e strutture per alcoolisti, tossicodipendenti, anziani, disabili, infanzia);
- attività di promozione, formazione e raccordo con le associazioni degli utenti e dei familiari e con le associazioni di volontariato;
- attività di documentazione e di comunicazione;
- iniziative di Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ);
- progettazione e attivazione di programmi di reintegrazione sociale e lavorativa ed interventi socio-assistenziali in rapporto con Enti Locali, attraverso la realizzazione dell’integrazione socio-sanitaria con gli ambiti dei rispettivi Piani di Zona;
- rete con i Medici di Medicina Generale (MMG) al fine di individuare i disturbi “sotto soglia”, spesso osservati dal MMG e rappresentativi del confine sfumato tra fisiologia del disagio e franca “patologia”;
- programmazione dell’intervento riabilitativo individuale.

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)

Il SPDC è una Struttura Semplice Dipartimentale Ospedaliera dove vengono attuati trattamenti

sanitari volontari (TSV) e obbligatori (TSO) in condizioni di ricovero.

In particolare il SPDC svolge:

- attività di diagnosi e cura nei confronti dei pazienti ricoverati;
- attività di integrazione e collegamento garantendo la continuità terapeutica con i Centri di Salute Mentale del bacino di utenza;
- attività di consulenza nei reparti e nei servizi dell'ospedale nel quale è ubicato;
- attività di pronto soccorso nel contesto;
- attività di Day Hospital se situato in ambito ospedaliero;
- attività di documentazione e di comunicazione al sistema informativo;
- iniziative di Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ).

Nell'ambito del DSM, l'SPDC svolge le seguenti funzioni:

- consulenza e primo accoglimento (diurno, notturno e festivo);
- osservazione temporanea;
- eventuale ricovero diretto (eccezionale) da parte del pronto soccorso;
- collegamento per la presa in carico con la rete dei servizi dipartimentali;
- consulenza per i servizi ospedalieri;
- ricovero concordato e programmato con gli U.O.S.M. e con le UU.OO. Ospedaliere in regime di TSO o di TSV;
- collegamento con i distretti, con i servizi sociali dei diversi comuni, con altre agenzie assistenziali (Caritas, associazioni di volontariato) per situazioni non di competenza del DSM;
- eventuali ricoveri decisi dall'Autorità Giudiziaria o con essa concordati, inclusi ricoveri di detenuti provenienti da Case Circondariali.

L'accesso degli utenti al SPDC deve avvenire di norma solo in seguito a richiesta di consulenza da parte del pronto soccorso e/o del medico psichiatra di guardia, eccezion fatta per i casi in carico ai servizi di salute mentale, ritenendosi che il passaggio in pronto soccorso si concluderebbe comunque con un invio in consulenza.

Il ricovero in SPDC attiene a:

- ricoveri in regime di volontarietà;
- ricoveri in regime di obbligatorietà;
- ricoveri di persone in attesa di presa in carico (osservazione prolungata) da parte degli U.O.S.M.;
- ricoveri in regime di volontarietà richiesti e concordati con il CSM;
- ricoveri in regime di volontarietà di pazienti degenti in altre UU.OO Ospedaliere con problemi psichiatrici acuti;
- ricoveri decisi dall'A.G. - cosiddetto TSO giudiziario;
- ricoveri concordati con le Case Circondariali per detenuti con disturbi psichici.

La riorganizzazione della Rete Ospedaliera ai sensi del Decreto Regionale 49/2010 prevede nella Provincia di Salerno i seguenti S.P.D.C.:

- S.P.D.C. presso il P.O. di Nocera Inferiore;
- S.P.D.C. presso il P.O. di Polla;
- S.P.D.C. presso il P.O. di Vallo della Lucania;
- S.P.D.C. presso l'AUO Ruggi D'Aragona.

Il Dipartimento di Salute Mentale garantisce anche la risposta all'Emergenza-Urgenza con i servizi territoriali presenti all'interno delle Unità Operative di Salute Mentale territoriali.

Relativamente all'urgenza di persone non seguite presso i servizi di Salute Mentale e per i casi di urgenza in ore notturne e festivi, l'intervento territoriale è affidato ai medici dell'emergenza/urgenza afferenti ai servizi di emergenza territoriale (118).

Centro Emergenza Psichiatrica (CEP)

Presso i Pronto Soccorso dei PP.OO. con SPDC è prevista la individuazione di un centro di emergenza psichiatrica (CEP) come spazio dedicato separato dalle camere di degenza del S.P.D.C.

Il CEP rappresenta il servizio di riferimento per tutte le emergenze-urgenze psichiatriche quale

interfaccia con le centrali operative del 118. Tale attività è espletata h24 da un medico e un infermiere dedicati.

19.3 Dipartimento delle Dipendenze

La G.R.C. con atto deliberativo n° 2136 del 20.06.2003 “Organizzazione Servizi Dipendenze nelle AA.SS.LL. - Dipartimento per le Dipendenze”, ha emanato linee di indirizzo per la riorganizzazione dei Servizi e delle Strutture per le Dipendenze. Con esse vengono date indicazioni per il conseguimento degli obiettivi di prevenzione, cura e riabilitazione per gli stati di dipendenza mediante il concorso di molteplici risorse, di servizi appartenenti alle AA.SS.LL., ad altri Enti, al Privato Sociale. Viene altresì sottolineato che la soluzione organizzativa in grado di garantire un’elevata integrazione socio-sanitaria ed un reale coordinamento operativo e metodologico è il Dipartimento per le Dipendenze, quale entità aziendale cui è affidato il coordinamento scientifico e la gestione delle risorse coinvolte nell’area delle dipendenze.

Viene inoltre specificato che sono previste due tipologie di Dipartimento in base alla popolazione da assistere:

- Dipartimento tecnico funzionale per quelle AA.SS.LL. con un numero di abitanti < 300.000
- Dipartimento strutturale per le AA.SS.LL. con un numero di abitanti >300.000.

Quest’ultimo caratterizzato da piena autonomia gestionale, con *budget* autonomo, nei limiti previsti dalla generale organizzazione dell’Azienda.

Riferimenti Normativi

Il Dipartimento delle Dipendenze costituisce una risposta alla complessità del fenomeno della tossicodipendenza che, tenendo conto dei numerosi riferimenti normativi emanati nel corso degli anni, disciplina gli interventi sugli stati di dipendenza.

Quadro Normativo:

- il D.M. 444/90;
- la legge nazionale n. 45/99 che detta disposizioni per l’assistenza ai tossicodipendenti;

- la legge 328/00 che riorganizza i servizi di assistenza alle persone secondo i sistemi organici di integrazione tra sociale e sanitario;
- la legge 125/01 che organizza l'assistenza ai pazienti alcolisti e interviene sui problemi alcol correlati;
- l' Atto di Intesa Stato-Regioni del 21/01/99 sulla riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti;
- l'Atto di Intesa Stato-Regioni del 5/8/99 "Determinazioni dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accREDITAMENTO dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso";
- il D.M. del 14/06/02 recante "Disposizioni di principio sull'organizzazione e sul funzionamento dei servizi per le tossicodipendenze delle aziende unità sanitarie locali - Ser.T. - di cui al D.M. 444/90;
- il D.P.C.M. del 29/11/01 che stabilisce i "Livelli Essenziali di Assistenza", LEA;
- il D.L. 229/99 che definisce le prestazioni socio-sanitarie ed individua nelle dipendenze da droga, da alcool, farmaci e nelle patologie per infezione da HIV..., le prestazioni ad elevata integrazione socio-sanitaria;
- il D.L. 230/99 "Riordino delle medicina penitenziaria" che trasferisce l'assistenza sanitaria dei detenuti alle AA.SS.LL.

L'Asl Salerno, in ottemperanza a quanto espresso dalla normativa succitata, istituisce il Dipartimento Strutturale delle Dipendenze.

Mission ed Obiettivi

Il Dipartimento delle Dipendenze è la struttura cui è deputato il coordinamento degli interventi preventivi, terapeutici e riabilitativi, dove i diversi soggetti pubblici e privati accreditati, con effettiva e pari titolarità realizzano programmi di intervento coerenti e coordinati.

Le principali funzioni del Dipartimento sono costituite da:

- rilevazione del fabbisogno assistenziale territoriale;
- programmazione e messa in atto di interventi preventivi, terapeutici e riabilitativi;

- coordinamento delle attività intra ed extra aziendali;
- esercizio delle funzioni di controllo a garanzia di una strategia complessiva di intervento;
- definizione di procedure e verifica degli indicatori di qualità sia sulle attività che sui progetti;
- verifica del raggiungimento degli obiettivi negoziati nella programmazione territoriale;
- formazione ed aggiornamento del personale in servizio;
- collaborazione e coordinamento con altre amministrazioni.

Il Dipartimento delle Dipendenze si pone i seguenti obiettivi:

- prevenire il comportamento di uso/abuso e dipendenza delle sostanze psicotrope;
- rafforzare la rete dei servizi e aumentare l'integrazione tra pubblico, terzo settore e volontariato;
- offrire tutte le prestazioni di cura e riabilitazione riconosciute valide per tutelare la salute e contenere i fenomeni di esclusione sociale, attraverso risposte flessibili e modulari;
- favorire una piena integrazione dei soggetti dipendenti, tenuto conto dell'esistenza di bisogni complessi e situazioni multiproblematiche;
- migliorare la qualità delle conoscenze.

Organizzazione e linee di attività

Il Dipartimento delle Dipendenze rappresenta una macro-articolazione aziendale, articolato nei servizi territoriali definiti Servizi per le Dipendenze (SER.D.). Esso è organizzato tenendo conto delle seguenti linee di attività clinico - assistenziali:

- trattamento delle dipendenze (*tossicodipendenze, alcool, tabagismo, gioco d'azzardo patologico, internet addiction ecc*);
- prevenzione e riduzione del danno;
- osservatorio territoriale;

- grave marginalità e carcere;
- rapporti con il tribunale di sorveglianza per le pene alternative alla detenzione, nell'ottica del recupero e reinserimento del paziente dipendente;
- rapporti con il tribunale per i minori per il recupero dei minori affetti da dipendenze, nonché per la salvaguardia dei minori figli di genitori dipendenti;
- rapporti con la medicina legale per le perizie tossicologiche finalizzate al rilascio delle patenti;
- rapporti con il medico competente per le diagnosi di assenza/presenza di dipendenza in particolari categorie di lavoratori;
- rapporti con le comunità terapeutiche ed il privato sociale per l'inserimento dei soggetti dipendenti in percorsi riabilitativi.

Funzioni della Direzione del Dipartimento

Il Direttore del Dipartimento delle Dipendenze:

- negozia annualmente con la Direzione Strategica il *budget* del Dipartimento in funzione degli obiettivi prefissati, previa valutazione dei risultati raggiunti;
- assicura il funzionamento del Dipartimento, attuando modelli organizzativi opportuni;
- garantisce lo svolgimento delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione, curando il collegamento tra i vari Ser.D.;
- definisce l'allocazione delle risorse dipartimentali, sentito il parere del Comitato di Dipartimento;
- gestisce e sovrintende il processo di assegnazione degli obiettivi annuali di lavoro nonché di verifica e valutazione di prima istanza;
- cura il collegamento e l'integrazione tra le attività dei Ser.D. 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 relazione consuntiva annuale;

- elabora iniziative finalizzate all'aggiornamento professionale ed alla formazione permanente degli operatori, utilizzando le risorse destinate a tale scopo;
- mantiene ed incentiva le attività di ricerca scientifica;
- svolge, ai fini di verifica e programmazione, attività di valutazione delle funzioni e delle prestazioni erogate, finalizzandola al raggiungimento degli obiettivi;
- presiede il comitato ristretto, il comitato allargato e l'assemblea del Dipartimento.

Il Direttore del Dipartimento oltre alle suddette responsabilità gestionali svolge le seguenti funzioni, per quanto di propria competenza e responsabilità in collegamento con le Strutture afferenti alla Direzione Strategica Aziendale:

- *Risorse Strutturali:*
 - coordinamento, integrazione e controllo della qualità, della sicurezza e funzionalità degli spazi, delle attrezzature e delle apparecchiature;
 - coordinamento e controllo del processo di valutazione della tecnologia sanitaria;
 - segnalazione e proposta delle esigenze di manutenzione straordinaria e/odi sostituzione e/o innovazione tecnologica;
 - programmazione dell'accessibilità ai Ser.D;
 - coordinamento, integrazione, supervisione e valutazione degli acquisti di beni e servizi per tutto il Dipartimento.
- *Risorse Umane:*
 - coordinamento, integrazione e gestione del personale assegnato al Dipartimento;
 - piani di aggiornamento e di formazione del personale assegnato al Dipartimento;
 - stesura di linee-guida utili atte alla massima correttezza e sostenibilità degli indirizzi assistenziali;
 - gestione e valutazione del personale preposto alla dirigenza/responsabilità delle strutture complesse e semplici secondo gli indirizzi aziendali ed in conformità al piano di sviluppo delle risorse umane del Dipartimento;

- presidenza dei collegi tecnici per la valutazione del personale dirigente del dipartimento secondo le scadenze della normativa vigente.

- *Budget:*

- proposta alla Direzione Strategica del *budget* del Dipartimento, sentito il Comitato di Dipartimento, e negoziato con le singole strutture (a detta fase partecipano i Direttori di Struttura Complessa e di Struttura Semplice Dipartimentale secondo le disposizioni della Direzione Generale);
- assunzione della responsabilità sui risultati complessivamente ottenuti dal Dipartimento e diretta responsabilità per la gestione delle risorse condivise.

Per l'espletamento di tutte le funzioni ed i compiti indicati, il Direttore di Dipartimento è supportato da unità organizzative (uffici) che garantiscono le seguenti linee di attività:

1. Organizzazione Amministrativa;
2. Rapporti Enti Istituzioni, Centri e Comunità;
3. Prevenzione e Reinserimento Sociale.

Funzioni ed Articolazioni

Nel Dipartimento delle Dipendenze sono incardinate le seguenti Strutture Complesse:

- Struttura Complessa Tossicologia;
- Struttura Complessa Dipendenze (Alcoolismo, Tabagismo, Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) e Nuove Dipendenze);
- Struttura Complessa Malattie Infettive.

Struttura Complessa Tossicologia

La Struttura Complessa Tossicologia ha lo scopo precipuo di assicurare omogeneità nei trattamenti e nei percorsi di presa in carico dei cittadini-utenti afferenti ai servizi distrettuali, SER.D., equità nell'accesso alle prestazioni e pari opportunità per i cittadini - utenti nell'accesso alla cura, nel diritto all'intervento precoce ed ai programmi di prevenzione specifica.

Assicura altresì la garanzia di osmosi delle competenze ed integrazione di operatori tra strutture e servizi afferenti ai SER.D. territoriali, la gestione della reportistica e dei flussi informativi, nonché la responsabilità della formazione ed aggiornamento continuo dei propri operatori.

La Struttura Complessa Tossicologia si avvale delle strutture di erogazione dei servizi ubicate presso le U.O. SER.D, distrettuali, per le seguenti attività:

- consulenze medico-tossicologiche finalizzate a prevenire, diagnosticare e curare gli effetti indesiderati dovuti all'esposizione ad agenti potenzialmente tossici;
- consulenze farmacologiche per ottimizzare le terapie di pazienti poli-trattati aventi problematiche cliniche complesse;
- consulenze di tossicologia industriale, ambientale ed alimentare;
- check-up tossicologici personalizzati attraverso l'ausilio di analisi laboratoristiche e diagnostico-strumentali.

Struttura Complessa Dipendenze

La Struttura Complessa Dipendenze, all'interno della quale è incardinata la Struttura Semplice Dipendenze Minori (ludopatia, internet addiction, etc.), coordina le relative attività erogate all'interno dei SER.D. e ha come obiettivo generale quello di sviluppare una serie di azioni concertate e coordinate nell'area ad elevata integrazione sanitaria delle dipendenze patologiche.

In particolare:

- contrasta la diffusione delle dipendenze patologiche mediante progettazione e realizzazione di interventi preventivi, terapeutici, di tutela della salute, di riabilitazione e di reinserimento sociale;

- procede alla rilevazione dei bisogni assistenziali, in base ai dati epidemiologici disponibili, ridefinendo i carichi di lavoro, secondo la specifica normativa vigente;
- esercita funzioni di monitoraggio e controllo dell'efficacia, della qualità e della sostenibilità complessiva dell'assistenza erogata;
- incentiva l'umanizzazione dei rapporti fra le strutture sanitarie, i pazienti e le loro famiglie promuovendo la cultura dell'accoglienza e dell'adozione sociale;
- individua soluzioni che avvicinino i servizi al cittadino e ottimizzino l'accesso degli utenti e delle loro famiglie alla rete dei servizi sanitari garantendo accoglienza e *privacy*, attraverso l'apertura di sportelli dedicati;
- concorre alla predisposizione del *budget*;
- integra le attività aziendali con quelle degli Enti ed Associazioni operanti nel settore, garantendo una strategia complessiva di interventi e la pari dignità dei compiti operativi svolti dai diversi soggetti pubblici e privati operanti nel settore;
- contribuisce alla definizione delle procedure e degli indicatori di qualità, al fine di monitorare, all'interno del processo di *budget*, il raggiungimento degli obiettivi intermedi e finali;
- contribuisce alla definizione di percorsi e linee-guida condivise con altre strutture aziendali presenti sul *setting* socio-assistenziale sopra declinato, nonché con altri Enti e Istituzioni, quali Prefetture, Scuole, Carceri, Comuni, secondo un sistema di interventi a rete;
- elabora progetti formativi per gli operatori afferenti al Dipartimento e alla rete integrata dei servizi.

Struttura Complessa Malattie Infettive

Le malattie infettive costituiscono un problema molto diffuso tra i tossicodipendenti e risulta sempre più determinante nella qualità dell'assistenza fornire indicazioni per l'esame medico e lo screening su base regolare, per l'HIV, l'epatite e numerose altre infezioni, in questa particolare popolazione a rischio. I tossicodipendenti per via iniettiva sono una popolazione particolarmente

vulnerabile, non solo per il potenziale rischio di contrarre infezioni a causa dell'uso di aghi infetti, ma anche per le condizioni igieniche spesso scarse e i possibili comportamenti sessuali a rischio.

Le infezioni virali a trasmissione parenterale costituiscono inoltre un importante capitolo della patologia di chi assume sostanze stupefacenti per via iniettiva.

Le infezioni batteriche micotiche e protozoarie, della cute e dei tessuti molli, delle vie respiratorie e del tratto genito-urinario, costituiscono in assoluto la causa più frequente di ospedalizzazione dei tossicodipendenti per via parenterale, mentre in altre casistiche più recenti, le infezioni cardiovascolari rappresentano una causa frequente di ricovero per patologie infettive comunitarie in tossicodipendenti.

In tale scenario, l'approccio sistematico alla tematica delle Malattie Infettive per i Tossicodipendenti assume carattere prioritario per l'organizzazione dei Servizi Socio-Sanitari

Aziendali. Per questa ragione è stata prevista nell'organizzazione del Dipartimento delle Dipendenze la Struttura Complessa dedicata che svolge i seguenti compiti:

- implementare un Piano di Informazione e sensibilizzazione per gli Operatori nell'approccio al cittadino - utente afferente ai SER.D.;
- strutturare un Piano Aziendale relativo ad attività di *screening* delle patologie infettive attese nella popolazione *target*;
- redigere linee - guida aziendali su come svolgere gli *screening*, sull'importanza di ottenere il consenso informato dai pazienti e di procedere con il test non solo per l'HIV e l'epatite, ma anche per tutte le infezioni attese nella popolazione *target*;
- elaborare i dati epidemiologici, redigere la reportistica e il flusso informativo dei dati di attività;
- effettuare monitoraggio e sorveglianza delle malattie infettive in questa popolazione a rischio;
- fornire linee di indirizzo sul tema alle strutture sanitarie e del privato coinvolte nella cura dei tossicodipendenti;
- garantire azioni di rete e percorsi integrati di cura e prevenzione delle complicanze, all'interno dei Centri di Riferimento Aziendali, sia Ospedalieri che Territoriali;

- monitorare e ottimizzare le azioni in tema di prevenzione, diagnosi, cura e prevenzione delle complicanze per gli utenti afferenti ai servizi, mediante il coordinamento delle specifiche unità organizzative afferenti ai SER.D. territoriali;
- garantire formazione ed aggiornamento continuo degli Operatori, afferenti alla rete integrata dei servizi, distrettuali ed ospedalieri.

Linee di attività relative alla Medicina Penitenziaria

Il Dipartimento delle Dipendenze fa parte della rete aziendale relativa alla medicina penitenziaria. In particolare si occupa delle seguenti azioni:

- azioni di rete tra operatori e servizi ed integrazione tra Istituzioni ed Agenzie del Territorio;
- coordinamento delle relative Unità Organizzative presenti nei SER.D. territoriali;
- linee-guida per la redazione dei Piani di Assistenza per il cittadino - detenuto;
- linee-guida per la Prevenzione del Rischio Suicidario per il cittadino - detenuto;
- linee-guida per la redazione dei Progetti di Educazione alla Salute per il cittadino-detenuto;
- linee-guida e Protocolli condivisi per l'implementazione degli *screening* delle patologie attese nella popolazione *target*;
- corsi di formazione e di sensibilizzazione per gli operatori afferenti agli Istituti di detenzione relativamente alle problematiche di salute del cittadino-detenuto, anche appartenente a diverse etnie o proveniente da realtà diverse;
formazione continua ed aggiornamento degli operatori della rete dei Servizi Aziendali;
- reportistica dei dati e gestione dei flussi informativi.

Il Servizio per le Dipendenze (SER.D.)

A livello territoriale l'organizzazione del dipartimento prevede l'individuazione di Strutture Semplici denominate SER.D., una per ogni Distretto Socio-Sanitario.

I SER.D. rappresentano l'articolazione operativa territoriale del Dipartimento delle Dipendenze con l'obiettivo fondamentale di prevenire la diffusione dell'uso e abuso di sostanze legali e illegali

intervenendo a favore della salute psico-fisica delle persone affette da dipendenze e delle loro famiglie.

Ciascuna Unità Operativa territoriale si collega e fa riferimento alle S.C. Centrali e alla Direzione del Dipartimento da cui dipendono.

I SER.D. si relazionano con la Direzione Gestionale Distrettuale per la collaborazione relativa agli interventi svolti in integrazione con le unità d'offerta del proprio territorio.

Ciascun SER.D. svolge le seguenti principali funzioni:

- accoglienza, diagnosi e presa in carico del paziente e del contesto familiare;
- valutazione diagnostica multidisciplinare e predisposizione/monitoraggio di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati;
- prevenzione, *screening* e collaborazione alla cura delle patologie correlate alle dipendenze, anche in collaborazione con altri servizi specialistici;
- orientamento e sostegno in ambito sociale e educativo;
- prevenzione delle principali cause di morte e di inabilità;
- tutela e sostegno ai minori conviventi con i soggetti che presentano problemi di dipendenza da sostanze, in collaborazione con altri Servizi;
- tutela delle donne, anche in raccordo con altri Servizi specialistici;
- collaborazione con il Tribunale per i minori;
- riabilitazione e prevenzione delle ricadute;
- collaborazione con Enti, Istituzioni, Realtà Territoriali;
- collaborazione con i Medici di Medicina Generale e le strutture Socio-Sanitarie presenti sul proprio territorio.

19.4 Dipartimento Integrato delle Emergenze (DIE)

Per il corretto funzionamento del sistema di emergenza-urgenza si provvede all'istituzione del DIE (Dipartimento Integrato delle Emergenze), finalizzato alla gestione ottimale di tutte le componenti territoriali e ospedaliere.

Al DIE sono demandate tutte le funzioni previste dalla normativa regionale vigente, se non diversamente esplicitate.

Il DIE, avvalendosi delle proprie componenti integrate e ripartendo tra di esse i compiti previsti, deve:

- garantire la necessaria mobilità del personale (per adeguamento alle necessità d'intervento) e l'opportuna sua rotazione sulle varie articolazioni del servizio;
- garantire la realizzazione di percorsi territorio/ospedale per le patologie a più alta incidenza di morbilità e mortalità (cardiovascolari, neurologiche, traumatiche, ecc.);
- garantire gli *standard* strutturali, operativi e clinici definiti dalle competenti Strutture Regionali;
- garantire la corretta gestione dei flussi informativi istituzionali;
- applicare le linee guida diagnostico/terapeutiche sui percorsi del paziente;
- effettuare le valutazioni qualitative dell'attività svolta;
- attuare i programmi di formazione e miglioramento della qualità definiti dalla Regione;
- verificare il possesso ed il mantenimento dei requisiti e degli standard organizzativo/clinici degli Enti ed Associazioni che collaborano nell'attività di emergenza;
- approntare piani di gestione delle emergenze intra ed extraospedaliere;
- eseguire esercitazioni di gestione delle emergenze intra ed extraospedaliere.

La riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza nella Provincia di Salerno secondo le modalità stabilite dai Decreti del Commissario ad Acta n° 49/2010 e 57/2012 prevede l'istituzione di due dipartimenti DIE.

Il DIE 1 viene costituito con apposito Protocollo di Intesa con l'A.O.U. "San Giovanni di Dio e Ruggi D'aragona di Salerno" secondo le indicazioni del suddetto decreto, in quanto ad esso afferiscono UU.OO. dell'Asl Salerno e dell'Azienda Ospedaliera ed assicura il funzionamento della rete dell'Emergenza-Urgenza nel territorio Centro-Nord della Provincia di Salerno.

Afferiscono al DIE 1 Salerno le seguenti strutture:

- Struttura Emergenza Territoriale;
- Centrale Operativa 118 (dell'A.O.U. San Giovanni di Dio e Ruggi D'aragona);
- Struttura Semplice Dipartimentale PS/OBI del P.O. di Sarno;
- Struttura Complessa PS/OBI e Medicina D'urgenza dei PP.OO.:

- Nocera Inferiore;
- Valle del Sele;
- A.O. U. San Giovanni di Dio e Ruggi D'aragona.

Il DIE 2 viene costituito all'interno dell'Asl Salerno ed assicura il funzionamento della rete dell'Emergenza-Urgenza nel territorio Sud della Provincia di Salerno; ad esso afferiscono le UU.OO. di seguito indicate:

- Struttura Emergenza Territoriale;
- Struttura Complessa Centrale Operativa 118;

- Struttura Semplice Dipartimentale PS/OBI dei PP.OO.:
 - Polla;
 - Sapri;
- Struttura Complessa PS/OBI e Medicina D'urgenza dei PP.OO.:
 - Vallo della Lucania;
 - Valle del Sele.

Le attività dei due DIE sono coordinate, per la parte relativa alla programmazione e controllo dal Direttore Sanitario Aziendale che si avvale della Struttura Complessa Emergenza-Urgenza, afferente al Dipartimento di Politiche Sanitarie.

Art.20

DIPARTIMENTI FUNZIONALI

20.1 Dipartimento di Programmazione e Controllo

Il Dipartimento di Programmazione e Controllo è una tecnostruttura finalizzata alle attività strategiche di Programmazione e Controllo. Esso agisce come supporto alle decisioni del Direttore Generale nella gestione dell'Azienda mediante attività finalizzate alla programmazione,

all'acquisto ed al controllo delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, previste dai LEA, consentendo:

- una programmazione integrata con i soggetti, istituzionali e non, partecipi del sistema;
- lo sviluppo della modalità di "contrattazione/acquisto" dei servizi e delle prestazioni, come strumento di governo e di regolazione del sistema;
- le attività di contrattazione/acquisto delle prestazioni e dei servizi sanitari e socio-sanitari, sulla scorta dei principi generali fissati dalla Regione, in ordine a volumi, tipologie, tariffe e modalità di erogazione delle prestazioni, nonché di supporto all'accreditamento delle strutture sul territorio.

Fornisce, inoltre, ulteriori attività di supporto per:

- la redazione, in collaborazione con il Dipartimento delle Politiche Sanitarie e quello di Prevenzione, del Piano Integrato dei Controlli Aziendali da proporre alla Direzione Strategica;
- la realizzazione del processo di programmazione, quale supporto alle decisioni della Direzione Aziendale, attraverso la preparazione del Documento di Programmazione e Coordinamento dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari, per la definizione degli obiettivi aziendali e per la verifica del loro raggiungimento;
- definire e monitorare, per il tramite del controllo di gestione, il raggiungimento degli obiettivi aziendali legati al processo di *budgeting*.

Per le attività istituzionali assegnategli e al fine di garantire una equa distribuzione delle risorse rispetto agli obiettivi predeterminati dei singoli Macrocentri, il Dipartimento concorre con le Macrostrutture Aziendali (Direzione dei Distretti Socio-Sanitari, Direzioni dei Presidi Ospedalieri e Direzione dei Dipartimenti) a negoziare, il *budget* con la Direzione Strategica Aziendale.

Il *budget* così negoziato sarà assegnato direttamente ai macrocentri.

Le Strutture Complesse afferenti al Dipartimento di Programmazione e Controllo sono:

1. *Struttura Complessa Ufficio di Gabinetto*

La Struttura Complessa Ufficio di Gabinetto rappresenta la struttura di riferimento del Direttore Generale per tutte le riservate attività di alta amministrazione e funge da interfaccia tra il Direttore Generale, le altre articolazioni dell'Azienda e gli enti esterni. In particolare svolge le seguenti funzioni:

- supporto alla Direzione Strategica rispetto all'attività della stessa con esclusione di quella che sfocia in deliberazioni;
- assistenza e supporto nei rapporti con le Strutture Aziendali;
- azioni connesse al funzionamento della Direzione Strategica nel suo complesso, con riferimento a quelle inerenti agli adempimenti relativi alla corrispondenza e al suo smistamento, alla segreteria ed alla gestione dell'agenda appuntamenti;
- cura delle relazioni esterne, con riferimento soprattutto alle relazioni istituzionali (Ministeri, Regione, Province, Comuni, Università, altre Aziende Sanitarie, etc.);
- cura della tenuta dei registri degli atti di competenza della Direzione Generale;
- programmazione di attività di valenza strategica (convegni, eventi, conferenze etc.);
- tutti gli adempimenti relativi alla normativa concernente la *privacy*;
- gestione segreteria di sicurezza atti della Direzione Strategica;
- verbalizzazione delle attività.

2. Struttura Complessa Internal Auditing e Compliance

La Struttura Complessa *Internal Auditing e Compliance* svolge un'attività indipendente ed autonoma finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'Azienda e supporta gli organi di vertice nel raggiungimento degli obiettivi aziendali, svolgendo attività di valutazione dei processi relativi al controllo, alla gestione dei rischi, ad eccezione di quello clinico, e al governo aziendale.

La Struttura Complessa esercita le seguenti funzioni:

- monitoraggio, in modo sistematico, dell'adeguatezza e dell'operatività del sistema dei controlli affidati ai competenti assetti aziendali, in particolare, in ordine:
 - o al corretto uso delle risorse aziendali economiche, finanziarie e patrimoniali;

- alla regolare applicazione delle procedure regolamentari e delle disposizioni operative vigenti;
- al corretto comportamento del personale dipendente, rispetto all'orario di lavoro, all'utilizzo dei beni materiali ed immateriali dell'Azienda;
- all'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia e a situazioni di incompatibilità del rapporto di lavoro;
- al controllo dei progetti Aziendali;
- verifica diretta dell'uso economico ed efficiente – a campione – delle risorse aziendali, con modalità operative da definirsi;
- pianificazione e verifica dei sistemi in atto per la protezione del patrimonio;
- predisposizione di *reports* sulle verifiche effettuate e formulazione di proposte migliorative.

Al fine di assicurare il monitoraggio del sistema aziendale dei controlli, la Struttura Complessa *Internal Auditing e Compliance* adotta una metodologia pianificata (definita e formalizzata in un apposito "Manuale Operativo di *Internal Auditing*"), basata sull'analisi dei processi, dei relativi rischi e dell'efficacia dei controlli attuati, fornendo supporto al Direttore Generale nella valutazione dell'efficienza e dell'efficacia del sistema di controllo interno dell'Azienda e contribuendo all'individuazione di eventuali aree od opportunità di miglioramento nei risultati.

3. *Struttura Complessa Programmazione e Controllo di Gestione*

La Struttura Complessa Programmazione e Controllo di Gestione, che si rapporta, tramite la Direzione del Dipartimento, con le Direzioni Aziendali e collabora con le competenti articolazioni delle stesse, è preposta a fornire specifico supporto tecnico alla Direzione Generale finalizzato ad una gestione delle risorse efficace, efficiente ed economica.

La struttura si avvale degli strumenti informativi dell'Azienda, del Controllo di Gestione, del Sistema di *Budgeting* e della Contabilità Analitica.

In particolare svolge le seguenti funzioni:

- realizzazione del controllo di gestione, finalizzato al monitoraggio dei costi di gestione, all'attuazione di un coerente processo strategico decisionale, alla valutazione

dell'economicità dell'Azienda, per supportare il personale, in particolar modo appartenente alla dirigenza, in ordine al raggiungimento, a consuntivo, degli obiettivi economici prefissati;

- supporto alla Direzione Strategica nella predisposizione del *budget* generale aziendale;
- impostazione e gestione dell'analisi per centri di responsabilità;
- monitoraggio della gestione aziendale mediante gli strumenti del *budget*, dell'analisi degli scostamenti, dell'analisi della corretta finalizzazione della spesa sanitaria;
- implementazione del sistema di *reporting*;
- supporto alla Direzione Generale e all'OIV nello sviluppo del Piano delle *Performance*;
- predisposizione di un sistema di contabilità analitica per centri di costo;
-
- supporto ai macrocentri aziendali per la corretta gestione del *budget*.

4. *Struttura Complessa Programmazione e Politiche Committenza Esterna*

La Struttura Complessa Programmazione e Politiche Committenza Esterna è preposta alla gestione delle diverse funzioni istituzionali nei confronti dei soggetti erogatori di prestazioni, previste dai LEA. Ad essa è funzionalmente connessa la Struttura Semplice Gestione dei Rapporti Contrattuali e supporto ai Comitati dell'Accreditamento.

La Struttura Complessa si rapporta, tramite la Direzione del Dipartimento, con il Direttore Sanitario Aziendale e con i Direttori ed i Responsabili dei Macrocentri Aziendali e svolge le seguenti funzioni:

- attività propedeutiche finalizzate al rilascio da parte della Regione delle autorizzazioni e dell'accreditamento istituzionale agli erogatori di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie;
- monitoraggio dei requisiti nei diversi *step* di accreditamento delle strutture;
- valutazione, in collaborazione, con gli organismi preposti del Dipartimento di Prevenzione, dei titoli professionali del personale operante nelle strutture accreditate e gestione del flusso informativo relativo al mantenimento dei requisiti sulla dotazione organica;
- predisposizione di piani di lavoro con le altre UU.OO. interessate per pareri congiunti e consulenze nell'ambito della verifica dei requisiti autorizzativi e/o di accreditamento.

- monitoraggio delle attività negoziate contrattualmente e verifiche con gli erogatori dell'andamento delle attività e conseguente verbalizzazione degli incontri;
- attività di liquidazione effettuate a favore delle strutture erogatrici, previa acquisizione delle informazioni e delle necessarie verifiche contabili da parte dei Distretti Socio Sanitari;
- monitoraggio e controllo dell'attività di analisi, verifica e controllo della qualità ed appropriatezza delle prestazioni rese dai Centri accreditati in capo ai Distretti Socio-Sanitari.

La *Struttura Semplice Gestione dei Rapporti Contrattuali e supporto ai Comitati dell'Accreditamento* incardinata nella Struttura Complessa di Programmazione e Politiche

Committenza Esterna svolge l'attività di verifica pre e post contrattuale e tutta l'attività di supporto tecnico e amministrativo ai Comitati per l'accreditamento.

Essa svolge, inoltre, le seguenti attività:

- gestione delle procedure di autorizzazione al funzionamento delle strutture socio-sanitarie e di accreditamento delle strutture erogatrici di prestazioni socio-sanitarie dell'intera rete di offerta dell'Asl Salerno;
- contrattazione del volume di prestazioni sanitarie rese dai Centri Accreditati;
- controlli sulla corretta esecuzione dei contratti stipulati con i centri erogatori.

5. Struttura Semplice Dipartimentale Comunicazione e URP

La Struttura Semplice Dipartimentale Comunicazione e URP è la struttura di riferimento della Direzione Strategica per tutte le attività di Comunicazione ed Informazione dell'Azienda. Essa cura i rapporti con le Associazioni di Volontariato, le Associazioni di Tutela dei Cittadini e la Commissione Consultiva Mista e Partecipativa, anche attraverso l'elaborazione della Carta dei Servizi, del Piano di Comunicazione, la gestione del sito web, la predisposizione del Programma triennale per la Trasparenza e Integrità e l'*Audit* Civico. Promuove la cultura del clima e del

benessere organizzativo e della partecipazione anche attraverso il Comitato Unico di Garanzia (CUG).

Essa svolge le seguenti ulteriori attività:

- coordina gli Uffici Relazioni con il Pubblico presenti a livello Distrettuale ed Ospedaliero;
- gestisce, con il contributo per la parte informatica della S.C. ICT, il sito web dell'Azienda;
- gestisce il sistema di raccolta dei reclami;
- redige il Piano di Comunicazione aziendale con indicazione delle tipologie di intervento, tempi, azioni e realizzazione delle attività previste;
- supporta la Direzione Strategica nella gestione dei rapporti con i media sia locali che nazionali;
- supporta la Direzione Generale nelle azioni finalizzate a promuovere un'immagine positiva dell'Azienda e del Servizio Sanitario Regionale;
- promuove e gestisce strategie di *marketing*;
- organizza gli eventi pubblici dell'Azienda e ne cura il relativo cerimoniale;
- pone in essere tutte le attività finalizzate al miglioramento della comunicazione interna anche con l'organizzazione di eventi formativi rivolti ai macrocentri aziendali.

6. *Struttura Semplice Dipartimentale Formazione*

La Struttura Semplice Dipartimentale Formazione si occupa della programmazione e gestione di tutti gli eventi formativi dell'azienda, mediante la predisposizione del Piano Annuale di Formazione Aziendale ed inoltre provvede alla gestione del Polo Didattico-Universitario per le Professioni Sanitarie.

Svolge in particolare le seguenti attività:

- formazione interna ed esterna e aggiornamento del personale dipendente e convenzionato;
- accreditamento ECM;
- gestione della formazione universitaria nei corsi di laurea delle professioni sanitarie;

- tirocinio e *tutorship* (tirocinio pre-laurea e post-laurea, di specializzazione) previa convenzione con Università Pubbliche e Private, con Scuole ed Enti di Formazione;
- corsi triennali di formazione specifica in Medicina Generale;
- elaborazione di atti di indirizzo e regolamenti sulla formazione del personale;
- formazione universitaria e specialistica;
- regolamentazione ed autorizzazione dei tirocini post-laurea;
- analisi del fabbisogno formativo;
- elaborazione del piano formazione;
- monitoraggio e valutazione degli interventi formativi realizzati;
- coordinamento dei Centri territoriali di formazione;
- rapporto con gli altri organismi preposti alle attività formative.

20.2 Dipartimento delle Politiche Sanitarie

L'Asl Salerno istituisce il Dipartimento gestionale delle Politiche Sanitarie in staff alla Direzione Sanitaria Aziendale che ha competenze di coordinamento del complesso delle attività sanitarie dell'Azienda sia ospedaliere che territoriali e relative alla medicina di comunità.

Esso si configura come una tecnostruttura che aggrega strutture complesse di supporto alla Direzione Sanitaria Aziendale per gli aspetti di Politica Sanitaria, di Programmazione e Monitoraggio dei percorsi Sanitari e Socio-Sanitari e per il Coordinamento delle Strutture Sanitarie Territoriali ed Ospedaliere.

Il Dipartimento delle Politiche Sanitarie ha anche la responsabilità di monitorare e controllare le attività erogatrici poste in essere dai Macrocentri. Le strutture periferiche territoriali ed ospedaliere non hanno nessun rapporto gerarchico con il Dipartimento e con le Strutture Complesse ad esse afferenti ma una dipendenza funzionale finalizzata al raggiungimento di obiettivi di politica Sanitaria dell'Azienda in capo al Direttore Sanitario Aziendale.

Il coordinamento delle attività della tecnostruttura dipartimentale si estrinseca in:

- definizione di percorsi, protocolli e linee guida in modo da omogeneizzare le procedure finalizzate alla erogazione delle prestazioni sanitarie in ambito sia ospedaliero che territoriale;

- interfaccia tra la Direzione Sanitaria Aziendale e le strutture erogatrici di prestazioni sanitarie, in particolare per la verifica degli indirizzi programmatici in materia sanitaria definiti dalla Direzione Strategica;
- proposte alla Direzione Sanitaria di correttivi in caso di rilevazione di criticità e scostamenti tra quanto programmato e quanto erogato.

Per le attività istituzionali assegnategli e al fine di garantire una equa distribuzione delle risorse rispetto agli obiettivi predeterminati dei singoli macrocentri, il Dipartimento fornisce alle Macrostrutture Aziendali (Direzione dei Distretti Socio-Sanitari, Direzioni dei Presidi Ospedalieri e Direzione dei Dipartimenti) indicazioni per concorrere alla negoziazione del *budget* con la Direzione Strategica Aziendale.

Il *budget* così negoziato sarà assegnato direttamente ai Macrocentri.

Il Dipartimento Politiche Sanitarie partecipa alla programmazione strategica dell'Azienda e provvede, con un'apposita attività reportistica, a supportare la Direzione Sanitaria Aziendale al raggiungimento, da parte dei Macrocentri, degli obiettivi predeterminati.

Afferiscono al Dipartimento Politiche Sanitarie le seguenti Strutture Complesse e S.S.D.:

- Struttura Complessa Tecnologie Biomediche;
- Struttura Complessa Politiche del Farmaco;
- Struttura Complessa Cure Primarie e Specialistiche e Area Materno Infantile;
- Struttura Complessa Integrazione Socio-Sanitaria, Riabilitazione e Protesica;
- Struttura Complessa Gestione Rischio Clinico e Qualità e Sistema Informativo;
- Struttura Complessa Cure Domiciliari e Assistenza Anziani;
- Struttura Complessa Medicina Legale e Penitenziaria;
- Struttura Complessa Emergenza-Urgenza Territoriale;
- Struttura Complessa Servizi Ispettivi e Attività NOC;
- Struttura Semplice Dipartimentale Professioni Tecnico Sanitarie.

1. Struttura Complessa Tecnologie Biomediche

La Struttura Complessa Tecnologie Biomediche è istituita al fine di assicurare la gestione, la piena funzionalità e sicurezza delle risorse tecnologiche mediante procedure che coinvolgono vari soggetti interni ed esterni all'Azienda, nonché, la qualità ed economicità nella gestione delle attrezzature che sviluppano i processi di erogazione dei servizi sanitari onde garantire i LEA.

Si occupa principalmente di valutare, per il tramite del Dipartimento, su basi tecniche e cliniche l'appropriatezza e la programmazione dei Piani di Investimento anche in funzione delle richieste espresse dalle Unità Operative e dalle Direzioni dei Macrocentri (Ospedali, Distretti, Dipartimenti).

La struttura si occupa delle seguenti linee di attività:

- programmazione, pianificazione e acquisizione di apparecchiature sanitarie, dispositivi medici, apparecchiature di laboratorio, accessori e parti di ricambio;
- assistenza di supporto alle diverse Strutture della Asl, per la corretta allocazione e manutenzione delle apparecchiature biomedicali in dotazione;
- relazioni con i fornitori per il controllo e la gestione dei contratti di manutenzione in essere e/o da stipulare;
- censimento del parco tecnologico aziendale;
- gestione dei processi applicati per la manutenzione preventiva e correttiva delle apparecchiature elettromedicali presenti nell'Asl Salerno allo scopo di assicurare la loro integrità fisico-funzionale;
- gestione del calendario delle periodicità delle verifiche di sicurezza elettrica e controlli funzionali delle apparecchiature elettromedicali allo scopo di assicurarne l'affidabilità;
- monitoraggio del funzionamento delle attrezzature in esercizio al fine di valutare gli *standard* di utilizzo, la durata residua, le condizioni di sicurezza per i pazienti e per gli operatori, e derivarne suggerimenti operativi;
- valutazione delle dismissioni ("fuori uso") in funzione della particolare vetustà dell'attrezzatura; quale conseguenza del "*end of life*" dichiarato dalla Casa Madre per mancata reperibilità dei pezzi di ricambio;

- tenuta e gestione dell'archivio delle attrezzature sanitarie, garantendo la disponibilità delle informazioni relative alla vita delle attrezzature stesse (manuali, libri macchina, riparazioni, controlli, ecc.) anche alle Unità Operative e ai Macrocentri;
- gestione del parco tecnologico biomedicale in dotazione, mediante la stipula di specifici contratti di manutenzione, definiti e distinti in funzione della classe tecnologica dell'attrezzatura;
- controllo dei fornitori e verifica della corretta esecuzione degli obblighi contrattuali;
- attività amministrativa/tracciabilità flussi finanziari, rilascio Codice Identificativo Gara (CIG);
- supporto alla Direzione Strategica in caso di acquisizione di nuove tecnologie analizzando i rischi e i benefici connessi all'utilizzo di nuove opportunità scientifiche e tecnologiche sulla base delle informazioni tecniche, cliniche ed amministrative acquisite dalle rispettive professionalità presenti in azienda;
- valutazioni tecniche ed economiche necessarie per le pratiche di accettazione di attrezzature sanitarie da acquisirsi a vario titolo (acquisto, donazione, service, noleggio, etc.);
- integrazione con la Struttura Complessa Provveditorato per la predisposizione di tutti gli atti tecnici (capitolati e specifiche tecniche) delle gare di appalto per acquisto/comodato d'uso/service/noleggio di apparecchiature, sistemi elettromedicali;
- analisi su base clinica-tecnica-economica delle opportunità di aggiornamento software/hardware dei sistemi elettromedicali installati con particolare riguardo all'alta tecnologia (TC, RM, etc.);
- interfaccia attiva con il Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale, il Servizio Provveditorato, il Servizio Tecnico Aziendale, il Servizio Formazione, il *Risk Management* e l'Esperto Qualificato per la gestione integrata del parco tecnologico aziendale.

2. *Struttura Complessa Politiche del Farmaco:*

La Struttura Complessa Politiche del Farmaco assicura l'integrazione delle funzioni che riguardano la politica del farmaco, attribuite all'Asl Salerno.

In particolare, coordina, collega, orienta e definisce le metodologie operative delle attività relative a:

- Farmaco-economia, appropriatezza e monitoraggio spesa farmaceutica;
- Farmacovigilanza e flussi informativi;
- Farmaceutica territoriale e logistica del farmaco;
- Farmaceutica ospedaliera.

Inoltre assiste le strutture periferiche (farmacie ospedaliere e territoriali) nell'individuazione ed elaborazione di linee guida, per favorire l'integrazione ed il coordinamento strategico con le altre Direzioni e gli altri Dipartimenti dell'Asl, anche mediante la promozione di specifici tavoli di confronto.

3. Struttura Complessa Cure Primarie e Specialistiche e Area Materno Infantile

La Struttura Complessa Cure Primarie e Specialistiche e Area Materno Infantile assicura l'integrazione delle funzioni che riguardano la cure primarie e specialistiche, attribuite all'Asl Salerno e si occupa dei rapporti funzionali della Direzione Sanitaria Aziendale con il Dipartimento Transmurale Materno Infantile.

In particolare, coordina, collega, orienta e definisce le metodologie operative delle attività relative a:

- assistenza sanitaria di Base e Medicina Specialistica Ambulatoriale;
- continuità Assistenziale e organizzazione dell'assistenza anche in h 24;
- servizi di monitoraggio dell'appropriatezza dei servizi e delle prestazioni;
- servizi sanitari e di accettazione, afferenti alle funzioni Poliambulatoriali;
- *front-office* per l'accesso alle prestazioni sanitarie (prenotazioni e gestione agenda, esenzioni ticket, scelta e revoca MMG e PLS, pagamento ticket, etc.);
- assistenza sanitaria all'estero, assistenza a stranieri temporaneamente residenti, rilascio esenzioni per patologia;

- medicina sportiva con rilascio di certificazione di specifica competenza.

Inoltre assiste le strutture periferiche che si occupano di cure primarie e specialistica nell'individuazione ed elaborazione di linee guida, per favorire l'integrazione ed il coordinamento strategico con le altre Direzioni e gli altri Dipartimenti dell'Asl Salerno, anche mediante la promozione di specifici tavoli di confronto.

La Struttura Complessa assicura anche interfacciandosi con il Dipartimento Transmurale Materno Infantile tutti i servizi di programmazione e di controllo finalizzati alla salute della donna e del bambino.

In particolare, l'Area Materno Infantile della Struttura Complessa persegue i seguenti obiettivi:

- assistere la famiglia nel desiderio di procreazione attraverso la disponibilità dei migliori e più aggiornati strumenti tecnico-professionali, nella dimensione dell'accoglienza,

dell'orientamento e del sostegno psicosociale improntati all'umanizzazione dei rapporti e delle relazioni;

- sostenere la donna e la coppia genitoriale nei casi di gravidanza non programmata, al fine di consentire scelte responsabili, fornendo informazioni, orientamento e sostegno competente, all'interno di percorsi integrati distretto-ospedale-distretto e di monitoraggio integrato;
- elevare la qualità dell'assistenza ostetrico-medico-infermieristica, individuando nuovi modelli organizzativi finalizzati a garantire continuità nel profilo di presa in carico, cura ed assistenza al parto, al fine di determinare recupero dell'appropriatezza e riduzione del ricorso al parto cesareo;
- attivare il monitoraggio socio-sanitario integrato delle condizioni di disagio sociale, fin dall'epoca pre-concezionale, e quindi in gravidanza e puerperio, organizzando la tutela del percorso nascita in modo da garantire continuità di cura tra distretto e centro nascita;
- garantire dimissione protetta del neonato in condizioni di rischio sociale, mediante attivazione di Ambulatorio Dedicato al Consultorio Familiare, per il monitoraggio socio-sanitario integrato del neonato e della famiglia, in rete con i PLS, i MMG ed i servizi sociali di rete;

- implementare forme evolute di assistenza territoriale sociosanitaria integrata per i Bambini con Bisogni Speciali, BBS, vale a dire portatori di patologia cronica spesso associata a disabilità, realizzando link ospedalieri con le strutture ed i servizi specialistici di riferimento;
- monitorare il fenomeno "mobilità in uscita" per i Bambini con Bisogni Speciali, organizzando forme integrate di assistenza multi-professionale secondo il modello di ADI Pediatrico, in attività di rete con i Presidi Ospedalieri Aziendali, il PLS, le Agenzie Territoriali ed i Servizi del Piano di Zona;
- assistere e curare, durante il ricovero e dopo la dimissione, i neonati patologici che richiedono i vari livelli di cura (terapia intensiva, cure intermedie) all'interno di percorsi di Assistenza Domiciliare, in rete con i PLS e le Terapie Intensive Neonatali di riferimento;
- attivare percorsi di diagnosi precoce, cura e assistenza, nonché di presa in carico e monitoraggio integrato socio-sanitario per i bambini bisognevoli di cure riabilitative, monitorandone la qualità dell'inserimento scolastico e l'inclusione sociale;
- promuovere attività qualificanti dei consultori, quali la ginecologia dell'infanzia e dell'adolescenza, la ginecologia multi-etnica, la ostetricia in donne diabetiche, atte a garantire specificità assistenziali a domande di salute sempre più emergenti;
- attivare i programmi di prevenzione degli *screening* oncologici di genere, mediante l'organizzazione capillare della rete dei servizi;
- promuovere la tutela e la salute dei bambini da 0 a 18 anni, intesa come benessere fisico, psichico e sociale e capacità di "far fronte" agli eventi avversi, nell'ottica della prevenzione, dell'educazione alla salute e dell'intervento sociale ed assistenziale precoce;
- implementare azioni di rete tra strutture e servizi, distrettuali, ospedalieri e dipartimentali, e con le Agenzie del Territorio, per la sensibilizzazione a corretti stili di vita, nonché per la promozione e la diffusione della conoscenza dei servizi consultoriali dedicati agli adolescenti (Spazi Adolescenti);
- garantire la transizione delle cure dalla Medicina Pediatrica alla medicina dell'adulto all'interno di percorsi di integrazione multi-professionale e multidisciplinare, di continuità

di assistenza e profili riabilitativi, e di qualità dell'inserimento scolastico, per l'adolescente con bisogni speciali, tali da realizzare la continuità delle cure ed il pieno successo della transizione;

4. Struttura Complessa Integrazione Socio-Sanitaria, Riabilitazione e Protesica

La Struttura Complessa Integrazione Socio-Sanitaria, Riabilitazione e Protesica assicura le funzioni che riguardano la integrazione Socio-Sanitaria e la Riabilitazione e l'Assistenza Protesica, attribuite all'Asl Salerno.

In particolare, per quanto riguarda l'Area dell'integrazione Socio-Sanitaria coordina, collega, orienta e definisce le metodologie operative delle attività relative a tutte le attività assistenziali Socio-Sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, individuate dal DLgs 229/99, dal DPCM 14.02.01

e dal DPCM 29.11.01, e costituenti nel loro insieme l'Area Socio-Sanitaria ad Elevata Integrazione Sanitaria (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);

A tal fine promuove:

- la partecipazione alla formulazione dei protocolli relativi alla "dimissione socio-sanitaria protetta", e partecipare a quelli relativi all'ADI;
- lo svolgimento di funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento delle attività socio-sanitarie ad elevata integrazione (con particolare riferimento ai LEA socio-sanitari) e delle attività socio-sanitarie in favore di immigrati e senza fissa dimora;
- l'analisi dei bisogni socio-sanitari (e, in particolare, delle disuguaglianze sociali nell'accesso ai servizi), nonché il monitoraggio delle attività socio-sanitarie, al fine di costruire un Sistema Informativo Socio-Sanitario Integrato;
- la partecipazione all'Ufficio di Piano, dove rappresenta il livello centrale aziendale, unitamente con i Direttori dei Distretti che sottoscrivono il Piano di Zona per la parte afferente al proprio distretto.

- la creazione di un collegamento organico (informatico, cartaceo, operativo) tra gli ospedali e la rete dei servizi socio-sanitari territoriali, anche attraverso l'istituzione dei protocolli della "dimissione socio-sanitaria protetta".

Inoltre per quel che attiene all'Area della Riabilitazione e Protesica coordina, collega, orienta e definisce le metodologie operative delle attività relative a:

- valutazione del Bisogno Riabilitativo e attivazione di Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo (UV - BR) e Riabilitativo Pediatrico (UV - BR Pediatrico);
- monitoraggio delle attività dei Medici Prescrittori;
- assistenza di medicina fisica, riabilitativa direttamente erogata in regime ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale;
- gestione della committenza delle prestazioni di riabilitazione, terapia fisica e protesica;
- fornitura di presidi ed ausili;
- monitoraggio e controllo delle attività erogate da strutture accreditate in regime ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale;
- monitoraggio e controllo dei budget assegnati ai Centri Accreditati di riabilitazione e terapia fisica che insistono nel territorio Aziendale;
- coordinamento ed integrazione con il sistema delle cure domiciliari e palliative per l'erogazione di prestazioni di medicina fisica e di riabilitazione nell'ambito delle cure domiciliari.

Inoltre assiste le Strutture Periferiche che si occupano di Riabilitazione e Protesica nell'individuazione ed elaborazione di linee guida, per favorire l'integrazione ed il coordinamento strategico con le altre Direzioni e gli altri Dipartimenti dell'Asl Salerno, anche mediante la promozione di specifici tavoli di confronto.

5. Struttura Complessa Gestione Rischio Clinico e Controllo di Qualità e Sistema Informativo

La Struttura Complessa Gestione Rischio Clinico e Controllo di Qualità e Sistema Informativo assicura l'integrazione delle funzioni che riguardano la Gestione del Rischio Clinico e Qualità e la

gestione del Sistema Informativo finalizzato ad alimentare il Sistema Informativo Sanitario Nazionale e Regionale.

All'interno della struttura sono incardinate figure professionali competenti (medico legale, infettivologo, clinico di area medica, di area chirurgica e di area critica, dirigente dell'area giuridico-amministrativa, dirigente dell'assistenza infermieristica ed eventuali altre figure ritenute necessarie) ed un referente che integra la composizione del Comitato Regionale, istituito con DPGRC n. 565/2006 per monitorare gli interventi realizzati presso le Aziende Sanitarie.

Con questa struttura dedicata, l'Azienda intende dotarsi degli strumenti più idonei per il governo clinico, in recepimento delle Linee Guida Regionali per la gestione del rischio clinico, con l'obiettivo prioritario di minimizzare l'impatto economico del sinistro nell'ambito della politica di copertura assicurativa aziendale.

Per l'attività della Struttura Complessa relativa alla Gestione Rischio Clinico e Controllo di Qualità essa dovrà mirare a:

- definire gli strumenti per l'individuazione e la valutazione dei momenti di rischio e delle situazioni incidentali;
- individuare le criticità più o meno latenti;
- individuare strumenti ed azioni (correttive e preventive) per la riduzione dei danni al paziente, al patrimonio e per la riduzione del contenzioso legale.

Le modalità per l'espletamento delle suddette finalità sono:

- la individuazione delle strategie per migliorare i rapporti con l'utenza e l'immagine della struttura;
- il supporto all'attività dei relativi operatori sanitari e tecnici;
- la proposta e l'attuazione di piani per contenere i costi assicurativi.

Le attività relative alla gestione del Sistema Informativo rappresentano il supporto fondamentale per la gestione dell'Azienda in quanto il Sistema Informativo rappresenta lo strumento per il miglioramento della gestione dei servizi, l'ottimizzazione delle procedure organizzative e la razionalizzazione dell'uso delle risorse.

La piena funzionalità delle tecnologie e strumenti informativi ed informatici, unitamente alla gestione strutturata delle informazioni, consentiranno la razionalizzazione delle attività e una maggiore efficienza dei servizi.

Le attività poste in essere dall'area della struttura deputata alla gestione del Sistema Informativo sono finalizzate al coordinamento, collegamento e orientamento di tutte le informazioni prodotte, trasformate ed utilizzate durante l'esecuzione dei processi aziendali, le modalità con cui esse sono gestite e le risorse sia umane sia tecnologiche coinvolte.

Il fine ultimo è quello di prevedere il potenziamento e la riorganizzazione del Sistema Informativo Aziendale coerenti con lo sviluppo del Sistema Informativo Nazionale (NSIS) e Regionale (SISR), strumenti di governo a supporto dei flussi informativi del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, finalizzati alla misurazione di qualità, efficienza, appropriatezza e costo del SSN, e per il monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Inoltre la Struttura ha come finalità quella di alimentare il Sistema Informativo Sanitario per il monitoraggio delle principali prestazioni comprese nei LEA, mirando prioritariamente a:

- arricchire le banche dati individuali;
- migliorare la capacità di lettura dell'evoluzione dell'offerta dei Servizi Sanitari Regionali.

All'interno della Struttura Complessa, al fine di contribuire a completare l'organizzazione aziendale in tema di sistema informativo sono incardinate, le Strutture Semplici:

- CUP e Tessera Sanitaria;
- Analisi Gestionale Epidemiologico e Monitoraggio Tempi di Attesa;

che assicurano i flussi informativi necessari alla programmazione e al debito informativo regionale.

6. Struttura Complessa Servizio Ispettivo e Attività Nuclei Operativi di Controllo

Alla Struttura Complessa Servizio Ispettivo e Attività Nuclei Operativi di Controllo (NOC), incardinata nel Dipartimento delle Politiche Sanitarie, compete il Piano dei Controlli sulle prestazioni Sanitarie e Socio-Sanitarie con particolare riferimento alla:

- verifica dell'eventualità di aumenti artificiali delle prestazioni erogate;

- verifica dell'anomala selezione della casistica trattata (difforme rappresentazione delle prestazioni effettivamente erogate attraverso l'inesatta compilazione della cartella clinica, della scheda di dimissione ospedaliera e/o della documentazione attestante l'erogazione delle prestazioni);
- svolgimento di tutti i compiti ispettivi effettuati su disposizione del Direttore Generale.

7. Struttura Complessa Cure Domiciliari e Assistenza Anziani

La Struttura Complessa Cure Domiciliari e Assistenza Anziani assicura l'integrazione delle funzioni che riguardano le Cure Domiciliari e l'Assistenza agli Anziani, attribuite all'Asl Salerno.

In particolare, coordina, collega, orienta e definisce le metodologie operative delle attività relative alle cure domiciliari e assistenza anziani erogate dalle strutture periferiche e finalizzate a dare

risposta ai complessi bisogni dell'utente fragile, con interventi nell'area sanitaria e socio-sanitaria in una logica di centralità del soggetto fragile e della sua famiglia e di attenzione alla persona.

La struttura accompagnerà le strutture periferiche di erogazione dei servizi nella gestione e ottimale funzionamento della rete dei servizi e di sostegno alla famiglia, al fine ultimo della presa in carico dei pazienti con la individuazione dei percorsi più adeguati.

8. Struttura Complessa Medicina Legale e Penitenziaria

La Struttura Complessa Medicina Legale e Penitenziaria rappresenta il riferimento tecnico medico-legale di supporto agli organi gestionali e direttivi dell'Azienda, ha il compito di garantire direttamente le prestazioni e gli accertamenti medico-legali di competenza dell'Asl Salerno.

Essa costituisce, inoltre, la struttura di coordinamento tecnico-organizzativo per le prestazioni a contenuto medico legale erogate nell'ambito dei Distretti Socio-Sanitari attraverso le Unità Operative territoriali.

La Struttura Complessa Medicina Legale e Penitenziaria provvede direttamente o servendosi delle UU.OO. Semplici Territoriali ad essa funzionalmente e gerarchicamente collegate:

- all'attività delle commissioni e/o collegi medici per l'accertamento:
 - dell'invalidità civile;
 - della cecità civile;
 - del sordomutismo;
 - dell'handicap (legge n. 104/1992);
 - della disabilità ai fini del collocamento obbligatorio (legge n. 68/1999);
 - della morte cerebrale (L. 578/93; D.M. 582/94 e successivi aggiornamenti);
 - dell'inidoneità e/o inabilità al lavoro dei dipendenti pubblici.

- all'istruzione delle domande di indennizzo da parte delle persone danneggiate a seguito di vaccinazioni o trasfusioni o somministrazione di emoderivati, gestendo la liquidazione del relativo indennizzo in caso di diritto riconosciuto (legge n. 210/1992);
- fornisce attività di consulenza per l'Azienda in caso di contenziosi con terzi;
- effettua attività di consulenza tecnica per l'Autorità Giudiziaria e per gli Organi di Polizia Giudiziaria;
- partecipa inoltre al comitato Etico Aziendale (valutazione e verifica medico-legale ed etica di procedure e protocolli assistenziali, sperimentazione farmaci, consenso informato, copertura assicurativa);
- rilascia tutte le certificazioni medico legali individuate come di competenza da leggi, regolamenti, disposizioni contrattuali e/o previdenziali richieste da singoli cittadini e da enti pubblici o privati;
- effettua le visite di controllo sui lavoratori assenti per malattia (visite fiscali richieste da enti, da privati, da autorità giudiziaria) e le visite fiscali alle lavoratrici in stato di gravidanza a rischio;
- effettua visite necroscopiche per l'accertamento e la certificazione di morte nel caso di persone decedute a domicilio o richiesti dall'autorità giudiziaria in caso di morte violenta;
- effettua riscontri diagnostici richiesti dai medici curanti in caso di morte senza causa ed autopsie richieste dall'autorità giudiziaria;
- coordina la commissione medica locale provinciale per l'idoneità alla guida di veicoli.

in Carcere che ha il compito precipuo di svolgere attività di coordinamento di tutta la rete predisposta dall'azienda per il raggiungimento dell'obiettivo della salute in carcere, rete che di seguito viene declinata.

Per la salute mentale in carcere, il decreto n. 64/2012, già recepito in atti dell'Azienda, prevede che il superamento degli OPG e Salute Mentale in Carcere sia inserito nella struttura di sanità penitenziaria, funzionalmente collegata al Dipartimento di Salute Mentale anche attraverso apposite regolamentazioni aziendali.

Il modello organizzativo di sanità penitenziaria delineato con il presente atto aziendale, tiene conto:

- della normativa nazionale, e recepisce, al contempo, le indicazioni della DGRC n. 96 del 21 marzo 2011, del Decreto del Commissario ad Acta n. 64 del 19.06.2012, della DGRC n. 620 del 13.11.2012, della DGRC n. 621 del 13.11.2012 e dei principi espressi nel Piano Sanitario

Regionale 2011 – 2013;

- del territorio dell'Asl Salerno ove insistono le Case Circondariali di Salerno, Vallo della Lucania e Sala Consilina nonché l'ICATT di Eboli, attraverso le professionalità localmente presenti e/o ivi destinate.

Esso pone in essere gli specifici interventi di seguito elencati:

- valutazione dello stato di salute e dei bisogni, così come definiti dall'O.M.S., di tutti i nuovi ingressi, da effettuarsi, se del caso, in più momenti temporali e per congrui periodi di osservazione;
- adozione di procedure di accoglienza che consentano di attenuare gli effetti traumatici della privazione della libertà ed esecuzione degli interventi necessari a prevenire atti di autolesionismo e suicidi;
- visite mediche dei detenuti ai sensi dell'art. 11 commi 5 e 6 L. 354/75, attuazione di programmi di diagnosi precoce delle principali malattie a carattere cronico e/o degenerativo;
- accertamento della situazione vaccinale, specie riguardo ai soggetti immigrati, con riferimento al quadro delle vaccinazioni obbligatorie nel nostro Paese, ed esecuzione, se del caso, delle vaccinazioni ritenute necessarie;
- promozione e sviluppo della cultura della prevenzione sanitaria, in costante collaborazione


con il Dipartimento di Prevenzione Aziendale, che dovrà, tra l'altro, garantire le necessarie attività di vigilanza;

- raccolta di tutte le informazioni sanitarie relative a ciascun soggetto, onde assicurare una appropriata presa in carico in altri istituti o nel momento del ritorno in libertà;
- presenza degli operatori sanitari negli organismi collegiali previsti dall'Ordinamento Penitenziario (es. Consigli di Disciplina, Gruppo di Osservazione e Trattamento, Gruppi di Lavoro in Genere, ecc. ex art 29, 33, 78 R.E. D.P.R., ecc,);
- adozione di particolari provvedimenti previsti dall'Ordinamento Penitenziario (rilascio certificazione prevista dall'art. 39 O.P.);
- relazioni sanitarie finalizzate all'applicazione di regime detentivo diverso o a modifica di misure cautelari, ovvero a valutazioni circa la compatibilità dello stato di salute con la misura restrittiva;
- relazioni o pareri su richiesta dell'Amministrazione Penitenziaria come visite preventive a trasferimenti (cd. Nulla Osta alla traduzione), la prescrizione di isolamento sanitario, etc.;
- prescrizioni per detenuti infermi e seminfermi di mente ai sensi dell'art. 20 DPR. 230/2000;
- controlli nel caso di uso legittimo della forza ex art. 41 e durante l'esecuzione di sanzioni disciplinari;
- gestione delle risorse umane localmente presenti e/o destinate;
- gestione delle risorse tecnologiche e strumentali;
- relazioni con la Direzione dell'Istituto Penitenziario per quanto concerne la collaborazione, a livello locale, con le Aree della Sicurezza e del Trattamento;
- rilascio di certificazione in uso nel Servizio Sanitario Regionale e di certificazioni specifiche dell'ambito penitenziario.

Per completare la rete della Sanità Penitenziaria aziendale sono previsti:

- Medico Referente d'Istituto (M.R.I.) presso i Presidi Sanitari delle Case Circondariali e dell'ICATT, strutturalmente e gerarchicamente subordinato al Direttore della Struttura Complessa Medicina Legale e Penitenziaria;
- Responsabile delle Dipendenze Patologiche Penitenziario (D.P.P.), che garantirà il coordinamento ed i livelli essenziali di assistenza per le dipendenze patologiche all'interno

di tutti gli Istituti Penitenziari del territorio dell'Asl Salerno con un collegamento funzionale con il Dipartimento delle Dipendenze, così come previsto dal regolamento aziendale;

- Responsabile di Minori con problemi di giustizia che dovrà garantire l'assistenza sanitaria, di base e/o specialistica, per il tramite dei servizi competenti per territorio presso: 
 - o il Centro di Prima Accoglienza, dove i minorenni arrestati-fermati o accompagnati permangono per un massimo di 96 ore, in attesa dell'udienza del Giudice per le indagini preliminari di convalida dell'arresto;
 - o le Comunità, dell'Amministrazione della Giustizia Minorile o del privato sociale, ove i minorenni possono essere collocati su disposizione dell'autorità giudiziaria, in misura cautelare, in misura alternativa o sostitutiva, in messa alla prova, in misura di sicurezza.

Il Responsabile per i minori provvederà, inoltre, alle procedure valutative da prodursi entro i termini previsti dalla legge per l'udienza di convalida, finalizzate al collocamento del minore in struttura sanitaria in esecuzione di un'ordinanza dell'Autorità Giudiziaria.

In tema di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e Salute Mentale in Carcere (SOOPG&SMC) per le finalità disciplinate dal DPCM 1.4.2008, dalla DGRC 96/2011 e Decreto del Commissario ad Acta 64/2012, recepite con Deliberazioni Aziendali n. 135/2012 e 564/2012, ed il necessario collegamento/collaborazione con l'Autorità Giudiziaria, la S.C. Medicina Legale e Penitenziaria provvede:

- all'individuazione del percorso terapeutico-riabilitativo e alla valutazione degli internati dimissibili e/o necessitanti di altri luoghi di ricovero e cura;
- al monitoraggio ed alla rendicontazione, delle attività sanitarie, tecnico/amministrative e di spesa, secondo le indicazioni contenute nelle normative regionali e nazionali di riferimento, attraverso specifico capitolo di bilancio appositamente dedicato.

Ha un rapporto funzionale con il Dipartimento di Salute Mentale, così come previsto dal regolamento aziendale. Elabora, insieme alla Struttura Complessa Integrazione Socio-Sanitaria, una programmazione Socio-Sanitaria delle politiche per le persone detenute e/o internate, comunque prive della libertà personale, al fine di un rafforzamento dell'approccio integrato mediante una collaborazione tra gli operatori del servizio sociale dell'ambito territoriale e gli operatori dei servizi sanitari che insieme dovranno gestire le problematiche sociali e sanitarie di

riferimento nell'ambito dei Piani di Zona. Inoltre, sovrintende al monitoraggio, appropriatezza e qualità tecnica dei percorsi Socio-Sanitari nell'ottica della umanizzazione dell'assistenza e del miglioramento continuo della qualità dei servizi.

9. Struttura Complessa Emergenza/Urgenza Territoriale

La Struttura Complessa Emergenza/Urgenza Territoriale ha il compito di coordinare le attività di programmazione e controllo in capo alla Direzione Sanitaria relative all'area dell'Emergenza-Urgenza Aziendale.

Ha inoltre ulteriori compiti di coordinamento delle attività di emergenza-urgenza territoriale in capo al DIE1 e DIE2 che rappresentano la fase gestionale dell'Emergenza-Urgenza.

Il Direttore della Struttura Complessa acquisisce dai DIE i dati di attività al fine del soddisfacimento dei debiti informativi interni e di quelli richiesti dalla Regione.

Collabora con la Funzione Centrale Provveditorato-Economato, fornendo consulenza specialistica e supporto alla preparazione delle specifiche tecniche relative ad acquisizioni di beni o servizi che riguardino l'Area dell'Emergenza-Urgenza.

10. Struttura Semplice Dipartimentale Professioni Tecnico-Sanitarie

La Struttura Semplice Dipartimentale Professioni Tecnico-Sanitarie viene istituita al fine di dare compimento a quanto previsto dalle indicazioni della legge 10.08.2000 n. 251 e dalla Legge Regionale 10.04.2001 n. 4, allo scopo di valorizzare tutte le professioni sanitarie.

Vengono istituiti i seguenti Servizi coordinati dalla Strutture Semplici Dipartimentali Professioni Tecnico-Sanitarie:

- Servizio infermieristico e ostetrico con a capo un Dirigente Responsabile;
- Servizio Tecnico-Sanitario con a capo un Dirigente Responsabile;
- Servizio Tecnico della Prevenzione con a capo un Dirigente Responsabile;
- Servizio delle Professioni della Riabilitazione con a capo un Dirigente Responsabile.

Tali servizi espletano le funzioni individuate dai regolamenti regionali e dalle altre norme in materia ed utilizzano 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 sanitarie.

I compiti dei dirigenti dei servizi di cui sopra, prevedono il concorso, per gli aspetti di competenza, all'individuazione e realizzazione degli obiettivi individuati dalla Direzione Generale e Strategica per la programmazione, organizzazione, gestione, verifica e controllo dell'erogazione delle prestazioni proprie della specifica area professionale.

I servizi centrali delle professioni sanitarie sono a loro volta collegati "on line" con i Servizi Infermieristici e delle altre Professioni Sanitarie e Sociali presenti a livello Ospedaliero, Distrettuale e Dipartimentale cui è preposto personale anche con incarichi di posizione organizzativa e di coordinamento.

Per espressa riserva contenuta nel Decreto del Commissario ad acta n. 18/2013, si rinvia all'emanazione di ulteriori linee guida con gli indirizzi per la costituzione dei Servizi Sociali Professionali dell'Azienda, all'atto dell'emanazione delle norme regionali sulle modalità di attribuzione delle funzioni di direzione delle attività dell'area professionale dei servizi sociali.

20.3 Dipartimento Tecnico-Amministrativo

Il Dipartimento gestionale Tecnico-Amministrativo, ha il compito precipuo di svolgere la funzione di raccordo e di interfaccia tra le strutture centrali afferenti, le strutture amministrative dei Presidi Ospedalieri, dei Distretti Socio-Sanitari, dei Dipartimenti Strutturali e la Direzione Amministrativa Aziendale, allo scopo di garantire la corretta esecuzione delle attività amministrative e tecniche dell'Azienda.

Il Direttore del Dipartimento può essere delegato dal Direttore Amministrativo aziendale, al coordinamento delle Strutture ad esso afferenti al fine di razionalizzare l'attività dalle medesime espletate.

Al Dipartimento Tecnico-Amministrativo afferiscono le seguenti Strutture Complesse:

1. Struttura Complessa Affari Generali

La Struttura Complessa Affari Generali svolge le seguenti attività:

- formalizzazione degli atti del Direttore Generale;
- gestione del protocollo aziendale;
- gestione generale dell'archivio storico e corrente;
- gestione dell'accesso agli atti (legge 241/90 e sue successive m.i.);
- gestione dei rapporti con il Collegio Sindacale;
- assicurazioni;
- protocolli d'intesa con Enti, Istituzioni e Privati comprese le convenzioni che saranno gestite dalle Strutture Competenti per materia (PP.OO. Distretti, S.S.D. Formazione).
- altre attività non declinate nel presente atto e da prevedere con provvedimenti Aziendali successivi.

Nella Struttura Complessa Affari Generali è incardinata la Struttura Semplice Trasparenza, Anticorruzione e Rapporti con l'Autorità Giudiziaria che si occupa delle seguenti linee di attività:

- applicazione della normativa in materia di trasparenza;
- applicazione della normativa in materia di anticorruzione;
- rapporti con l'autorità giudiziaria ed in particolare cura l'attività di accoglienza, valutazione delle richieste ed individuazione della struttura competente per materia che provvederà alla predisposizione e al rilascio della documentazione richiesta dagli organi investigativi o dalla Corte dei Conti;
- sorveglianza dell'esito della procedura e proposta alla Direzione Generale della nomina di un responsabile del procedimento per la puntuale esecuzione nei tempi e con le modalità previste dalla AA.GG.

2. Struttura Complessa Affari Legali

La Struttura Complessa Affari Legali nella quale sono incardinate le Strutture Semplici:

- 1) Gestione del Contenzioso Civile e Lavoro;
- 2) Gestione del Contenzioso Amministrativo e Penale e Attività Stragiudiziale;

svolge le seguenti attività:

- gestione del contenzioso civile, penale, amministrativo e di lavoro e dei procedimenti sanzionatori;
- redazione di pareri legali richiesti dalle strutture interni all'azienda ;
- assistenza, alle Strutture Centrali proponenti, nella stipula dei contratti di aggiudica di lavori, forniture e servizi e gestione del contenzioso relativo ai suddetti contratti;
- assistenza alla Funzione Centrale Affari Generali nella stipula dei contratti di assicurazione e gestione del contenzioso relativo ai suddetti contratti;
- istruttoria per l'esercizio delle azioni di rivalsa datoriale;
- altre attività non declinate nel presente atto e da prevedere con provvedimenti Aziendali successivi.

3. *Struttura Complessa Gestione del Personale*

La Struttura Complessa Gestione del Personale nella quale sono incardinate le Strutture Semplici:

- 1) Trattamento Economico/Previdenziale;
- 2) Trattamento Giuridico e Relazioni Sindacali;
- 3) Gestione Fondi e ALPI;

svolge le seguenti attività:

- assicura il controllo sulla compatibilità dei costi della contrattazione integrativa con i vincoli di bilancio al fine di garantire che i contratti collettivi decentrati non comportino oneri eccedenti la capienza finanziaria prevista dai CCNL;
- assicura la corretta definizione dei corrispettivi, sia per la parte fissa che per quella variabile, del personale dipendente e dei collaboratori non dipendenti;
- assicura la corretta tenuta di ogni rapporto in ordine ad eventuali attività affidate a terzi sia per l'aspetto giuridico che economico;
- supporta la Direzione Strategica nella pianificazione, lo sviluppo e la valorizzazione delle risorse umane nel pieno rispetto della Relazioni Sindacali;

- elabora studi e programmi in materia di fabbisogni, di sistemi di valutazione e di incentivazione del personale in collaborazione con le strutture del Dipartimento di Programmazione e Controllo;
- cura, in collaborazione con la Funzione Centrale Economico Finanziaria, il costante monitoraggio dei costi del personale dipendente e non dipendente ai fini del controllo della spesa;
- assolve al debito informativo richiesto dai diversi enti e organismi statali e regionali;
- pianifica il fabbisogno del personale con particolare riferimento alla programmazione triennale di cui all'art. 39 comma 1 della legge 27 novembre 1997 n.449 e s.m.i.;
- gestisce procedure di mobilità e reclutamento e riqualificazione del personale;
- cura la tenuta e l'aggiornamento dei fascicoli personali dei dipendenti, in collaborazione con i macrocentri aziendali;
- gestisce le presenze/assenze dei dipendenti;
- gestisce mediante la Commissione di Disciplina i procedimenti disciplinari concernenti il personale dipendente;
- esamina le controversie relative ai rapporti di lavoro e predispone gli elementi di valutazione per consentire la difesa in giudizio da parte della Struttura Complessa Affari Legali;
- gestisce gli istituti concernenti i diritti e le prerogative sindacali, con particolare riferimento ai distacchi, alle aspettative e ai permessi. Assicura la rilevazione dei dati associativi ed elettorali delle OO.SS. anche ai fini della trasmissione al Dipartimento della Funzione Pubblica e all'ARAN;
- gestisce le procedure per il conferimento, da parte del Direttore Generale, degli incarichi dirigenziali e degli incarichi di posizione organizzativa;
- istruisce i procedimenti concernenti il sistema di valutazione del personale;
- gestisce gli incarichi extra-aziendali del personale dipendente;
- gestisce i rapporti con consulenti che collaborano con l'Azienda;
- predispone il Conto Annuale relativamente alla parte del flusso informativo del personale;
- monitora e controlla la gestione in capo ai macrocentri delle procedure inerenti agli infortuni sul lavoro;

- gestisce gli Istituti Previdenziali;
- altre attività non declinate nel presente atto e da prevedere con provvedimenti Aziendali successivi.

4. *Struttura Complessa Economico-Finanziaria*

La Struttura Complessa Economico-Finanziaria nella quale sono incardinate le Strutture Semplici:

- 1) Bilancio;
- 2) Fiscale e Gestione Amministrativo-Contabile dei progetti;
- 3) Contabilità Generale e Rapporti con i fornitori;

svolge quale compito prioritario la redazione del Bilancio Preventivo e del Bilancio di Esercizio, in conformità alla normativa vigente nazionale e regionale nonché in conformità ai principi contabili definiti dal Codice Civile e da Fonti Comunitarie.

La Struttura Complessa Economico-Finanziaria svolge inoltre le seguenti attività:

- predisposizione e gestione del bilancio preventivo annuale;
- predisposizione e gestione del bilancio di esercizio aziendale;
- tenuta dei libri contabili obbligatori;
- predisposizione dei rendiconti trimestrali e di tutte le certificazioni collegate per il monitoraggio e controllo della spesa sanitaria;
- rilevazione e gestione di tutti i finanziamenti concessi;
- verifica della corretta applicazione delle norme di natura fiscale anche attraverso il coordinamento dell'attività delle Funzioni interessate fornendo i necessari chiarimenti, nonché gestione operativa degli aspetti fiscali e contabili dell'istituto "libera professione";
- cura e gestione operativa delle partite finanziarie attive comprese le casse *ticket*;
- determinazione delle imposte e redazione del Conto Economico Commerciale predisposto in conformità delle normative fiscali;
- predisposizione e gestione della modulistica fiscale/tributaria;

- aggiornamento dei tariffari per le prestazioni Sanitarie e Socio-Sanitarie erogate dall'azienda in collaborazione con i macrocentri e la Struttura Complessa ICT;
- segnala alla Struttura Complessa Affari Legali le posizioni a credito per le quali procedere legalmente per il recupero;
- cura e gestione dei rapporti con l'istituto tesoriere;
- gestione e contabilizzazione delle operazioni di compensazione per mobilità sanitaria attiva e passiva e dei relativi addebiti e riscossioni;
- verifica e controllo costante della situazione finanziaria aziendale;
- gestione amministrativo-contabile dei progetti finanziati con risorse ad apposita finalizzazione;
- verifica, cura e gestione di tutti i rapporti passivi intercorrenti con i fornitori ed altri soggetti pubblici e privati;
- ricognizione e gestione della massa debitoria anche ai fini della corretta applicazione del decreto regionale n. 12 del 2010 e s.m.i.;
- altre attività non declinate nel presente atto e da prevedere con provvedimenti Aziendali successivi.

5. *Struttura Complessa Tecnica e Gestione del Patrimonio*

La Struttura Complessa Tecnica e Gestione del Patrimonio nella quale è incardinata la Struttura Semplice:

1) Gestione Patrimonio Immobiliare;

svolge le seguenti attività:

- gestione della manutenzione ordinaria e straordinaria dei beni immobili;
- attività di progettazione, direzione dei lavori, contabilità e collaudo necessari per la realizzazione di nuove opere e ristrutturazione o miglioramenti del patrimonio edilizio ed impiantistico dell'Azienda;

- predisposizione atti di gara, gestione delle procedure di gara e affidamento di lavori e/o manutenzioni, attività di esecuzione dei contratti, eventuali proroghe tecniche di contratti scaduti;
- verifica degli stati di avanzamento dei lavori e liquidazione delle relative fatture;
- gestione dell'inventario dei beni immobili di proprietà dell'Azienda;
- gestione del patrimonio immobiliare di proprietà dell'Azienda, compresi i rapporti contrattuali di locazione e di comodato relativi all'amministrazione degli immobili stessi;
- controlli sulla gestione dei Macrocentri dei consumi energetici e di tutti quelli collegati al patrimonio aziendale ad eccezione delle utenze telefoniche;
- gestione delle installazioni impiantistiche sul patrimonio aziendale e relativi controlli;
- collaudo delle apparecchiature di nuova acquisizione non medicali e gestione degli impianti;
- gestione delle installazioni delle reti informatiche presso le strutture dell'Azienda e dei sistemi di sicurezza del patrimonio aziendale;
- gestione del patrimonio immobiliare, cui l'azienda riconosce valenza strategica, mediante azioni mirate a valorizzare lo stesso anche eventualmente alienandolo;
- altre attività non declinate nel presente atto e da prevedere con provvedimenti Aziendali successivi.

6. *Struttura Complessa Provveditorato-Economato*

La Struttura Complessa Provveditorato-Economato nella quale è incardinata la Struttura Semplice:

1) Economato/Logistica;

svolge le seguenti attività:

- predispone gli atti di programmazione delle acquisizioni di beni e servizi sanitari e non sanitari, con il coinvolgimento del Dipartimento di Programmazione e Controllo;
- assolve agli obblighi di informativa alla Regione, alla Autorità di Vigilanza degli Appalti, preinformazione prevista dal codice degli appalti e tutti gli altri obblighi previsti dalla normativa vigente;
- predispone tutti gli atti di gara per l'acquisizione di beni e servizi sanitari e non sanitari, compresi quelli tecnici, eventualmente utilizzando le competenze presenti in Azienda;

- gestisce tutte le fasi delle procedure di gara, compreso la nomina delle Commissioni;
- aggiudica definitiva su delega del Direttore Generale delle procedure di gara, previa verifica dei requisiti previsti dalla normativa vigente;
- predispone i contratti di affidamento avvalendosi della Struttura Complessa Affari Legali;
- gestisce la fase di esecuzione dei contratti di beni e servizi sanitari e non sanitari e fornisce opportuna istruttoria alla Struttura Complessa Affari Legali in caso di contenzioso per inadempienza;
- adotta su delega del Direttore Generale atti per la proroga tecnica di contratti scaduti;
- gestisce gli acquisti in economia;
- gestisce direttamente il mercato elettronico e le adesioni alle centrali di acquisto Nazionali e Regionali (Consip, Soresa);
- controlla i rendiconti economici dei Macrocentri al fine del loro reintegro;
- è responsabile della logistica, ed in particolare, delle attività di portierato e di magazzino, della gestione diretta ed amministrativa di tutti gli autisti e del parco automezzi nonché dei relativi collegamenti, ivi compresi il ritiro e il recapito della corrispondenza interna, e del guardaroba;
- assicura e gestisce l'inventario dei beni mobili aziendali;
- altre attività non declinate nel presente atto e da prevedere con provvedimenti Aziendali successivi.

7. *Struttura Complessa ICT*

La Struttura Complessa ICT nella quale è incardinata la Struttura Semplice:

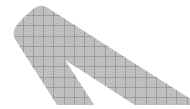
- Sistemi Centrali e Infrastrutture di Rete;

svolge le seguenti attività:

- centro elaborazione dati;
- gestione risorse *hardware*;
- gestione risorse *software*;
- gestione infrastrutture di rete;
- attività di sicurezza applicativa;

- processi di informatizzazione;
- integrazione dei sistemi informativi;
- gestione dei sistemi di posta elettronica, posta certificata e della firma digitale;
- gestione utenze telefoniche;
- gestione della parte informatica del sito web aziendale;

- altre attività non declinate nel presente atto e da prevedere con provvedimenti Aziendali successivi.



20.4 Dipartimento Materno-Infantile

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 della salute, di cura e riabilitazione in tale ambito hanno sulla qualità del benessere psico-fisico nella popolazione generale, attuale e futura.

Le attività relative all'area Materno-Infantile e dell'adolescenza si prestano specificamente all'organizzazione dipartimentale transmurale, per la valenza pre, intra e post- ospedaliera della disciplina, per il *continuum* di cura e presa in carico, per la multi-professionalità dei contributi tecnico-professionali che ad essa afferiscono nonché per la necessaria integrazione con i servizi di assistenza sociale.

Le attività dell'area Materno-Infantile e dell'adolescenza erogate nella cornice della Medicina Consultoriale si caratterizzano per la tipicità dei percorsi organizzativi assistenziali:

Percorso Nascita:

finalizzato a rendere trasparenti, omogenei e integrati i percorsi Socio-Sanitari territoriali e ospedalieri dedicati alla tutela della gravidanza e del parto, recuperando monitoraggio e presa in carico precoce della donna fin dai primi mesi di gravidanza all'interno delle realtà consultoriali, permettendo la realizzazione dei programmi e dei progetti nazionali e regionali, quali i Corsi di Preparazione alla Nascita e la stesura della Carta dei Servizi dei Centri Nascita Aziendali.

Medicina Perinatale:

finalizzato al monitoraggio dell'evento nascita e alla diffusione ed omogeneizzazione di buone pratiche per la promozione della salute della coppia madre-bambino all'interno del nucleo familiare, nonché del parto fisiologico e dell'allattamento al seno materno, all'interno dei percorsi

integrati con i Centri Nascita Ospedalieri, nonché la promozione e diffusione di progetti e programmi pediatrici specifici.

Pediatria di Comunità:

finalizzato alla riorganizzazione della rete integrata pediatrica ed alla definizione dei nuovi modelli di assistenza H24 e sette giorni su sette, di recente oggetto di normativa nazionale, da attuarsi attraverso le "Pediatric-Home", ovvero le *equipe* socio-sanitarie multi-specialistiche e multidisciplinari, in cui i pediatri vengono affiancati dalle figure professionali necessarie a dare risposta alla sempre più complessa domanda di salute espressa, garantendo continuità di cura ed assistenza.

Transizione delle Cure:

finalizzato alla pianificazione del passaggio di adolescenti e giovani adulti da un sistema incentrato sul bambino a uno orientato sull'adulto, strutturando un adeguato sistema di transizione dalle cure pediatriche a quelle della medicina dell'adulto, all'interno di azioni di sistema che prevedano modalità condivise tra PLS e MMG, adolescente e sistema famiglia.

Medicina di Genere:

finalizzato, secondo i dettami dell'OMS che ha inserito dal 2000 la medicina di genere nell'*Equity Act*, a garantire nella organizzazione distrettuale equità di accesso ai servizi sanitari per donne, uomini e bambini, appropriatezza di cura secondo il proprio genere e valorizzazione delle differenze, per migliorare la qualità di vita dei cittadini-utenti.

Programmi con Fondi a destinazione vincolata:

finalizzato al coordinamento funzionale ed al monitoraggio clinico-organizzativo relativamente alle attività di prevenzione oncologica (*screening* del Ca del seno e dell'utero) nonché di cura ed assistenza ai malati in domiciliarità, in integrazione con i servizi distrettuali di rete.

Programma Fragilità e Cronicità:

finalizzato alla omogeneizzazione delle cure e alla implementazione di modelli di presa in carico integrata dei bambini e delle bambine fragili e/o in condizioni di cronicità, da realizzarsi attraverso progetti formativi e linee-guida condivise tra servizi ospedalieri e territoriali e stesura di Percorsi

Diagnostico-Terapeutici (PDTA), atti ad assicurare quel *continuum* di cure ed assistenza in grado di garantire modelli assistenziali orientati all' appropriatezza delle cure ed alla de-ospedalizzazione dell'assistenza.

Mission ed Obiettivi

Mission del Dipartimento Materno Infantile è fornire servizi di qualità per la salute della donna e del bambino, garantendo una risposta sempre adeguata alla domanda dell'utenza, tenendo conto delle istanze culturali, etniche e sociali emergenti nel contesto urbano e regionale di riferimento.

In particolare, si individuano i seguenti obiettivi prioritari:

- assistere la famiglia nel desiderio di procreazione attraverso la disponibilità dei migliori e più aggiornati strumenti tecnico-professionali, nella dimensione dell' accoglienza, dell' orientamento e del sostegno psicosociale improntati all'umanizzazione dei rapporti e delle relazioni;
- sostenere la donna e la coppia genitoriale nei casi di gravidanza non programmata, al fine di consentire scelte responsabili, fornendo informazioni, orientamento e sostegno competente, all'interno di percorsi integrati distretto-ospedale-distretto e di monitoraggio integrato;
- recuperare il ruolo specialistico dell'ostetrica quale figura di riferimento del percorso nascita, all'interno di innovativi modelli organizzativi finalizzati all' istituzione del Registro Distrettuale delle Donne in Gravidanza, nello scenario di rete con i servizi specialistici e della medicina di famiglia;
- garantire la presa in carico precoce della donna in stato di gravidanza, attivando modelli integrati di tutela sociosanitaria, mediante attività specifiche di Prevenzione, Educazione alla Salute e Promozione di adeguati stili di vita;
- perseguire l'eccellenza nel percorso di preparazione ed assistenza alla nascita, garantendone tutoraggio ostetrico competente e realizzando, nell'ottica del *team* specialistico, il coordinamento ostetrico e la massima integrazione professionale degli Operatori dedicati al Percorso Nascita;

- elevare la qualità dell'assistenza ostetrico-medico-infermieristica, individuando nuovi modelli organizzativi finalizzati a garantire continuità nel profilo di presa in carico, cura ed assistenza al parto, al fine di determinare recupero dell'appropriatezza e riduzione del ricorso al parto cesareo;
- attivare il monitoraggio sociosanitario integrato delle condizioni di disagio sociale, fin dall'epoca pre-concezionale, e quindi in gravidanza e puerperio, organizzando la tutela del percorso nascita in modo da garantire continuità di cura tra distretto e centro nascita;
- riorganizzare la Pediatria di Comunità quale Agenzia Territoriale dedicata al *Pianeta Bambino* nella sua complessità e specificità assistenziale, orientandone le attività in base alla domanda di salute ed ai bisogni espressi dalla Comunità di riferimento;
- garantire dimissione protetta del neonato di famiglia in condizioni di rischio sociale, mediante attivazione di Ambulatorio Dedicato al Consultorio Familiare, per il monitoraggio sociosanitario integrato del neonato e della famiglia, in rete con i PLS, i MMG ed i servizi sociali di rete;
- organizzare forme di assistenza sociosanitaria integrata e monitoraggio strutturato anche domiciliare per i bambini a rischio sociale, al fine di prevenire le condizioni di malattia derivanti dalle condizioni di disagio sociale, e ciò all'interno della rete dei servizi sociali;
- implementare forme evolute di assistenza territoriale sociosanitaria integrata per i Bambini con Bisogni Speciali, BBS, vale a dire portatori di patologia cronica spesso associata a disabilità, realizzando link ospedalieri con le strutture ed i servizi specialistici di riferimento
- monitorare il fenomeno "mobilità in uscita" per i Bambini con Bisogni Speciali, organizzando forme integrate di assistenza multi-professionale secondo il modello di ADI Pediatrico, in attività di rete con i Presidi Ospedalieri Aziendali, il PLS, le Agenzie territoriali ed i servizi del Piano di Zona;
- assistere e curare, durante il ricovero e dopo la dimissione, i neonati patologici che richiedono i vari livelli di cura (terapia intensiva, cure intermedie) all'interno di percorsi di Assistenza Domiciliare, in rete con i PLS e le Terapie Intensive Neonatali di riferimento;

- attivare percorsi di diagnosi precoce, cura e assistenza, nonché di presa in carico e monitoraggio integrato sociosanitario per i bambini bisognevoli di cure riabilitative, monitorandone la qualità dell'inserimento scolastico e l'inclusione sociale;
- promuovere attività qualificanti l'organizzazione consultoriale, quali la ginecologia dell'infanzia e dell'adolescenza, la ginecologia multi-etnica, la ostetricia in donne diabetiche, atte a garantire specificità assistenziali a domande di salute sempre più emergenti;
- attivare i programmi di prevenzione degli screening oncologici di genere, mediante l'organizzazione capillare della rete dei servizi secondo modelli gestionali ed organizzativi che avvicinino servizi ed operatori ai cittadini - utenti, secondo la filosofia distrettuale del "Noi da Voi";
- promuovere la tutela e la salute dei bambini da 0 a 18 anni, intesa come benessere fisico, psichico e sociale e capacità di "far fronte" agli eventi avversi, nell'ottica della prevenzione, dell'educazione alla salute e dell'intervento sociale ed assistenziale precoce;
- implementare azioni di rete tra strutture e servizi, distrettuali, ospedalieri e dipartimentali, e con le Agenzie del Territorio, per la sensibilizzazione a corretti stili di vita, nonché per la promozione e la diffusione della conoscenza dei servizi consultoriali dedicati agli adolescenti (Spazi Adolescenti);
- organizzare forme avanzate di assistenza pediatrica in cui siano garantiti ai bambini competenze specialistiche adeguate nell'ottica della Pediatria Universalistica, al fine di garantire che i riferimenti sanitari per l'Età Evolutiva siano sempre rappresentati da competenze pediatriche competenti e specialistiche;
- organizzare e promuovere la transizione delle cure dal PLS al MMG e dalla Pediatria Specialistica alla Medicina dell'adulto in modo da garantire continuità di cura ed assistenza, promuovendo il passaggio di cura quale Progetto Personalizzato secondo modelli partecipati in cui protagonista sia l'adolescente e la sua famiglia;
- garantire la transizione delle cure dalla Medicina Pediatrica alla Medicina dell'adulto all'interno di percorsi di integrazione multi-professionale e multidisciplinare, di continuità di assistenza e profili riabilitativi, e di qualità dell'inserimento scolastico, per l'adolescente

con bisogni speciali, tali da realizzare la continuità delle cure ed il pieno successo della transizione;

- organizzare all'interno della rete dei servizi aziendali modalità di accesso privilegiato per le donne in gravidanza, i bambini e le bambine, attraverso implementazione di percorsi dedicati (*Percorso Rosa*) nei quali alle donne in gravidanza, ai bambini ed alle bambine siano garantiti tempo zero di attesa per le prestazioni (es. laboratorio analisi, radiografie, visite specialistiche, ecc.).

Il raggiungimento di tali obiettivi viene attuato mediante le attività e le funzioni erogate dai Servizi e dalle Unità Operative ed Organizzative presenti nelle macro-strutture ospedaliere e territoriali, nonché all'intero della rete dei servizi afferente agli Ambiti dei Piani Sociali di Zona.

L'Asl Salerno istituisce quindi a tale scopo il Dipartimento Trasmurale Materno-Infantile, Dipartimento Funzionale dell'Azienda.

Il Direttore del Dipartimento Trasmurale Materno-Infantile è nominato dal Direttore Generale dell'Asl tra i dirigenti delle Strutture Complesse afferenti al Dipartimento.

E' sottoposto a verifiche e riconferme periodiche sulla base dei risultati delle attività.

Il Direttore del Dipartimento può essere rimosso, prima della scadenza, per gravi inadempienze e/o per valutazioni negative dal Direttore Generale con provvedimento motivato sulla base della normativa vigente.

Funzioni ed Articolazioni

Afferiscono al Dipartimento Trasmurale Materno - Infantile della Asl Salerno le seguenti Strutture:

- Strutture Semplici Salute della Donna e dell'Età Evolutiva a valenza territoriale incardinate nei 10 Distretti Socio-Sanitari;
- Strutture Complesse di Ostetricia e Ginecologia, a valenza ospedaliera presenti in tutti i PP.OO. dell'Azienda inseriti nella Rete dell'Emergenza;
- UU.OO. di Pediatria, Neonatologia e TIN a valenza Ospedaliera presenti nei PP.OO. dell'Azienda inseriti nella Rete dell'Emergenza.

Le Strutture Territoriali del Dipartimento Transmurale Materno-Infantile si articolano nelle seguenti aree organizzative:

- Medicina Consultoriale;
- Pediatria di Comunità;
- Neuropsichiatria Infantile e dell' Adolescenza.

Medicina Consultoriale

Il Consultorio Familiare rappresenta il servizio socio-sanitario dedicato ai bisogni della famiglia, della donna, della coppia, dell'infanzia e dell'adolescenza.

L'operatività consultoriale è realizzata in équipe multiprofessionali composte da: Ginecologo, Pediatra, Ostetrica, Psicologo, Infermiera, Puericultrice, Assistente Sociale e ciò al fine di attuare gli interventi previsti a tutela della salute della donna, considerata nell'arco dell'intera vita, del bambino in età evolutiva e nell' adolescenza, e delle relazioni di coppia e familiari.

Il Consultorio Familiare eroga il proprio complesso di funzioni tecnico-professionali, secondo il modello della presa in carico sociosanitaria integrata, all'interno di unità organizzative specifiche e di ambulatori dedicati.

Le prestazioni assicurate riguardano la prevenzione dei tumori femminili, il percorso nascita, la procreazione responsabile e la genitorialità consapevole, la tutela della salute età evolutiva, come di seguito in dettaglio declinate:

- informazione sessuale, divulgazione delle conoscenze scientifiche e psicologiche sui problemi della coppia, del singolo, della famiglia, della gravidanza, della paternità e maternità responsabile nonché dell'infanzia e dei minori;
- interventi di assistenza diretta nei confronti del singolo e del gruppo familiare mediante: assistenza psicologica, pedagogica e consulenza sociale;
- assistenza sanitaria alla donna in epoca pre-concezionale e in gravidanza; indicazioni e/o somministrazione gratuita dei sistemi di contraccezione;
- consulenze, assistenza psicologica e sociale, sostegno competente in caso di gravidanza non programmata o di interruzione della gravidanza;

- collaborazione con il Tribunale per i minori riguardo agli affidi pre-adoptivi, all'adozione e ai servizi integrativi e sostitutivi della famiglia;
- interventi di prevenzione dei tumori della sfera femminile.

Compiti specifici dell' Area di Medicina Consultoriale sono quindi:

- il coordinamento delle attività consultoriali;
- la omogeneizzazione delle procedure;
- la condivisione di linee – guida;
- la diffusione delle buone prassi organizzative;
- la gestione dei rapporti di rete;
- la promozione degli eventi formativi;
- il monitoraggio delle attività;
- la rendicontazione dei dati di attività ed i relativi *reporting*;
- la gestione di *data – base* specifici;
- la piena collaborazione alle attività distrettuali;
- la redazione della Carta dei Servizi: *Percorso Nascita*.

Pediatria di Comunità

La Pediatria di Comunità è finalizzata alla promozione della Salute ed alla Tutela dei bambini e delle famiglie, relativamente all'individuazione precoce, mediante azioni di rete con i Centri Nascita, del Bambino a Rischio Sociale (BRS) ed alla presa in carico precoce del neonato e della sua famiglia nella rete dei servizi sanitari e sociosanitari integrati. In collaborazione col PLS e all'interno delle Agenzie del Territorio, si vuole raggiungere quale obiettivo di salute la prevenzione di quelle condizioni di malattia maggiormente attese in bambini di famiglie disagiate, oggi rappresentati il 25-30% della popolazione nel Sud dell'Italia. Tali patologie, sono infatti responsabili della maggior parte di ricoveri, e di ricoveri inappropriati, oltre che di accessi, e di accessi impropri, ai servizi di emergenza - urgenza e di pronto soccorso ospedalieri.

La Pediatria di comunità è inoltre chiamata all'organizzazione del monitoraggio integrato nell'ottica del *Disease Management* dei Bambini con Bisogni Speciali (BBS), vale a dire di quei

bambini portatori di malattia cronica invalidante, o di lunga durata, spesso associata a disabilità. L'1.2% dei bambini in Italia è oggi un Bambino con Bisogni Speciali; per essi, e per le loro famiglie, risulta oggi determinante riqualificare l'assistenza offerta organizzando percorsi di presa in carico e monitoraggio integrato. Ciò consentirà di recuperare all'interno dei percorsi aziendali i bambini in carico ai Centri Specialistici extra aziendali ed extra-regionale, evitare i "viaggi della speranza" e ottenere la riduzione del fenomeno della mobilità in uscita, dai costi umani e sanitari non più sostenibili per il nostra Provincia e in Regione Campania.

La Pediatria di Comunità ha quindi nella rete dei servizi il ruolo determinante per la riorganizzazione su scala provinciale della qualità dell'offerta sanitaria per l'età evolutiva, nell'ottica di individuare strategie di indirizzo e coordinamento con la Pediatria di famiglia ed i Servizi Pediatrici Ospedalieri, finalizzate alla strutturazione su base aziendale dell' *Ospedale Pediatrico Diffuso*, nel quale l'erogazione degli interventi assistenziali offerti trovi risposte avanzate a domande di salute specifiche, per tutte le fasce dell'età evolutiva.

Sul livello territoriale, infine, la Pediatria di Comunità si occupa dell' omogeneizzazione delle cure e dei modelli di presa in carico integrata dei pazienti fragili e/o in condizioni di cronicità, al fine di implementare protocolli e linee - guida condivise tra Servizi ospedalieri e territoriali, strutturare PDTA e realizzare il *continuum* di cure ed assistenza in grado di garantire modelli assistenziali orientati all' appropriatezza delle cure, alla de - ospedalizzazione dell'assistenza ed alla garanzia del successo della transizione delle cure dalla Pediatria alla Medicina dell'adulto.

Compiti specifici dell' Area Pediatria di Comunità sono quindi:

- la omogeneizzazione delle procedure e dei modelli di presa in carico;
- la diffusione di linee-guida, in base all'*Evidence Base Medicine* (EBM);
- la diffusione delle buone prassi organizzative;
- la gestione dei rapporti di rete, tra servizi territoriali e ospedalieri;
- la promozione degli eventi formativi;
- il monitoraggio delle attività e del fenomeno "mobilità in uscita";
- la gestione della rete con i Centri di Riferimento;
- la rendicontazione dei dati di attività ed i relativi *reporting*;
- la gestione di *data-base* specifici;
- la piena collaborazione alle attività distrettuali;

- la stesura di Carta dei Servizi: *Ospedale Pediatrico Diffuso*;

Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza

La Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza è il servizio per la prevenzione, diagnosi precoce, cura e riabilitazione dei disturbi neurologici, psichiatrici, psicologici e neuropsicologici dell'età evolutiva.

All'interno delle Unità Operative Materno-infantile è prevista la Unità Organizzativa dedicata alla Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza, con attività multidisciplinare per l'inserimento scolastico dell'alunno con diversa abilità

L'équipe di lavoro è coordinata dal Neuropsichiatra infantile, e si avvale delle competenze di rete con Psicologo, Pedagogista, Assistente sociale e tecnici della riabilitazione, al fine di garantire la valutazione multidimensionale per il bambino e l'adolescente.

Il Servizio di Neuropsichiatria collabora:

- con le Istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione dei bambini con abilità diverse nelle scuole di ogni ordine e grado (legge n. 104/92 e D.P.R. 24.02.94);
- con gli Enti Locali e le Istituzioni nazionali per l'inserimento lavorativo e sociale dei soggetti in situazioni di *handicap* in età post-scolare;
- collabora con gli Enti Locali e gli Enti preposti all'amministrazione della giustizia nella rete degli interventi di tutela e cura dei minori abusati, deprivati, e sottoposti a provvedimenti giudiziari;
- con il Dipartimento della Salute Mentale, per la continuità di cura ed assistenza all'interno dei percorsi di transizione tra la Medicina Pediatrica e la Medicina dell'adulto;

Compiti specifici dell'Area di Neuropsichiatria Infantile dell'Adolescenza risultano quindi:

- la omogeneizzazione delle procedure e dei modelli di presa in carico;
- la diffusione di linee-guida;
- la diffusione delle buone prassi organizzative;
- la gestione dei rapporti di rete, tra servizi territoriali e ospedalieri;

- la promozione degli eventi formativi;
- il monitoraggio delle attività;
- la gestione della rete con i Centri di Riferimento;
- la rendicontazione dei dati di attività ed i relativi *reporting*;
- la gestione di data- base specifici;
- la piena collaborazione alle attività distrettuali.

20.5 Altri Dipartimenti Funzionali

L'Asl Salerno istituisce il Dipartimento Funzionale dei Distretti Socio-Sanitari e il Dipartimento Funzionale dei Presidi Ospedalieri finalizzati rispettivamente al coordinamento delle attività dei Direttori dei Distretti Socio-Sanitari e di quelle dei Presidi Ospedalieri in modo da uniformare, attraverso la predisposizione di linee guida e protocolli diagnostico-terapeutici ed assistenziali, l'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie territoriali e di quelle ospedaliere su tutto l'ambito territoriale della Provincia di Salerno

Vengono inoltre istituiti i seguenti Dipartimenti Funzionali Ospedalieri

- Dipartimento Discipline Mediche,
- Dipartimento Discipline Chirurgiche,
- Dipartimento Cardiovascolare,
- Dipartimento Patologia Testa-Collo,
- Dipartimento dei Servizi,
- Dipartimento Area Critica.

Art. 21

IL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO

Il Distretto Socio-Sanitario rappresenta l'articolazione Aziendale alla quale è riconosciuta la responsabilità di governare la domanda (ruolo di committenza, ovvero valutare quali servizi per quali bisogni) e gestire i servizi sanitari territoriali (erogazione delle prestazioni) attraverso proprie unità operative ed organizzative.

In esso si identifica il livello di responsabilità sui bisogni di salute Sanitari e Socio-Sanitari della popolazione di riferimento e di organizzazione della risposta assistenziale ottenuta mediante gestione diretta delle risorse umane, tecnologiche e strutturali assegnate con il processo di *budgeting*.

L'elemento centrale dell'attività del Distretto Socio-Sanitario è la percezione del bisogno del cittadino.

21.1 Mission del Distretto Socio-Sanitario

La *Mission* del Distretto Socio-Sanitario è Garantire la Tutela della Salute e l'ottimizzazione dei benefici Socio-Sanitari della popolazione di riferimento attraverso il coinvolgimento e la responsabilizzazione dei soggetti detentori di responsabilità sociali, nell'ottica che "Fare Rete" è oggi contemporaneamente l'obiettivo ed il punto di partenza per un Sistema Salute di Qualità.

In particolare, compito dell'organizzazione distrettuale è:

- l'intercettazione precoce della domanda di salute;
- l'analisi del bisogno ed il confronto sulle risposte appropriate;
- l'organizzazione delle risposte attivabili in risposte praticabili;
- la predisposizione e gestione di progetti personalizzati di assistenza;
- la specializzazione ed il potenziamento delle cure domiciliari;
- il confronto con le autonomie locali per l'attivazione di risposte unitarie;
- la valorizzazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA);

- la condivisione delle responsabilità nell'individuazione delle risposte;
- l'attivazione dei collegamenti di rete tra operatori e servizi;
- la facilitazione nella trasmissione e condivisione di dati tra operatori, servizi e strutture;

- la semplificazione nell'accesso ai servizi;
- l'utilizzo della tecnologia e dei sistemi di de-materializzazione;
- la comunicazione e la diffusione delle iniziative.

Al fine di garantire la propria *mission* la rete integrata dei servizi è lo strumento organizzativo più idoneo al perseguimento degli obiettivi di salute indicati dalla Programmazione Sanitaria Regionale.

21.2 Attività

Di seguito vengono articolate le attività principali che devono essere assicurate dai Distretti Socio-Sanitari:

- l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il coordinamento e l'approccio multidisciplinare tra Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS), Medici Specialisti Ambulatoriali (MSA), servizi di guardia medica notturna e festiva e presidi territoriali ed ospedalieri, servizi pubblici o privati accreditati, con particolare attenzione ai territori dei Comuni senza Ospedale;
- il coordinamento delle attività relative all'area delle cure primarie attraverso azioni di integrazione ed interazione assistenziale tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, medicina specialistica ambulatoriale, servizi territoriali e strutture ospedaliere ed extra - ospedaliere accreditate, focalizzando l'attenzione sulla possibilità di Cure Domiciliari, attraverso un ventaglio di offerte di strutture e servizi sulle quali far convergere con azioni di sistema le competenze specialistiche della medicina territoriale ed ospedaliera, qualificando e potenziando sempre più l'offerta assistenziale sulla domiciliarità;
- l'integrazione Distretto – Ospedale – Distretto che rappresenta la condizione operativa necessaria per produrre diagnosi e valutazioni multidimensionali, selezionando risposte appropriate con riferimento alle diverse condizioni di bisogno, tenendo conto delle competenze tecnico – professionali, anche pianificando specifiche azioni di rete con Centri di riferimento;
- il coordinamento delle attività di assistenza sanitaria territoriale con l'assistenza sociale, favorendo l'interazione tra servizi e rete sociale, assicurando il modello di presa in carico

- integrata che attinga dalle risorse interne, gestisca i legami con i Centri specializzati, risolva la domanda di salute nella realtà locale, all'interno di modelli partecipati basati sul coinvolgimento del cittadino e della famiglia;
- l'implementazione di adeguate tecnologie dell'informazione e della comunicazione, per consentire scambio e condivisione di dati tra operatori e servizi, globalizzando le informazioni, garantendo al cittadino – utente di disporre del proprio fascicolo sanitario;
 - la pianificazione, verifica e monitoraggio delle funzioni territoriali di committenza concordate con i Dipartimenti Strutturati previsti dalle normative vigenti, Dipartimento di Prevenzione e Dipartimento di Salute Mentale secondo appositi piani di attività e relative compensazioni di *budget*;
 - valutazione dell'efficacia dei servizi attraverso la verifica delle attività svolte e dei risultati raggiunti.

21.3 Operatività e Specificità

L'Asl Salerno ha la consapevolezza che il Distretto Socio-Sanitario è lo strumento essenziale per:

- ricollocare al centro del sistema assistenziale le necessità dei cittadini e delle loro famiglie;
- coinvolgere gli operatori a spostare l'attenzione dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale, incentivando percorsi di de-ospedalizzazione, ambiti di cura domiciliari o di cure intermedie, su modelli gestionali integrati e flessibili, in cui sia presente la rete dei Medici Specialisti Ambulatoriali, integrata da Medici Specialisti Ospedalieri.

Particolare attenzione viene posta dall'Azienda al ruolo dei MMG e PLS che, in sinergia con il personale dei Distretti, si connota come punto di riferimento primario nella gestione della persona. Solo in questo modo si potrà rendere effettivo l'obiettivo della "Presenza in Carico" del

cittadino - utente attraverso un percorso verso cui indirizzare la persona, che tenendo conto da un lato delle Linee Guida e dall'altro della concreta potenzialità del territorio in termini di offerta dei servizi, sia ospedalieri che territoriali, riesca a limitare l'accesso a prestazioni e servizi impropri, garantendo appropriatezza e qualità della cura.

Nella realtà dell'Asl Salerno, il Distretto, oltre ad assolvere alla *mission* prevista dai decreti regionali, ha inoltre, per la forte vocazione turistica del territorio della Costa d'Amalfi e della Costa Cilentana (siti inseriti nel Patrimonio Unesco), particolari esigenze di organizzazione dei servizi di Sanità Pubblica, in considerazione dell'elevato flusso di cittadini residenti per turismo e concentrati massimamente nel periodo estivo, per 1/3 rappresentato da turisti stranieri.

21.4 Funzioni Specifiche del Distretto Socio-Sanitario

Al fine di poter rispondere alla domanda di salute della popolazione di riferimento attivando le risposte sanitarie in maniera integrata con i servizi sociali, nonché poter garantire appropriatezza delle prestazioni offerte, al DSB vengono riconosciute le seguenti funzioni specifiche:

- Porta Unitaria di accesso (PUA);
- Porta Unitaria di accesso ai Servizi Ospedalieri (PUA - H);
- Unità di Valutazione Integrata (UVI);

La Porta Unitaria di Accesso (PUA)

La Porta Unitaria di Accesso (PUA) costituisce il primo servizio a disposizione dei cittadini, finalizzato a:

- favorire pari opportunità di accesso alle informazioni e ai servizi da parte di quanti ne hanno bisogno/diritto;
- ricondurre ad unità accessi e interventi parcellizzati che lo stesso cittadino effettua presso servizi ed enti diversi;
- favorire l'interazione e l'integrazione tra servizi diversi e tra enti diversi, nonché a semplificare le procedure burocratiche a carico del cittadino.

La Porta Unitaria di Accesso va intesa come funzione esercitata sia dal Segretariato Sociale per i Comuni, sia dai Distretti Sanitari per le AA.SS.LL., con compiti di informazione, decodifica dei bisogni, orientamento, trasmissione delle richieste ai servizi competenti e realizzazione banca dati. La PUA rappresenta quindi l'anello operativo strategico per il recepimento unitario della domanda

per tutti i servizi sociali e sanitari a gestione integrata e compartecipata (di natura domiciliare, residenziale e semiresidenziale).

I destinatari della Porta Unitaria di Accesso sono tutti i cittadini che esprimono un bisogno di salute, con particolare attenzione alle condizioni di fragilità che caratterizzano situazioni di maggiore difficoltà per l'accesso ai servizi.

In relazione a questo, le attività svolte si declinano nel seguente modo:

- analisi del bisogno;
- registrazione dell'accesso;
- risposte informative e di orientamento;
- apertura di una cartella con *data-set* minimo di informazioni, per bisogni complessi;
- segnalazione del caso complesso (bisogno socio-sanitario) con trasmissione delle informazioni all'UVI, tramite il MMG e/o il Servizio Sociale Professionale per la successiva valutazione del bisogno di salute.

Pertanto, il percorso di accesso e presa in carico all'interno della rete dei servizi di assistenza territoriale prevede che la domanda perviene alla PUA, che integra al suo interno la funzione che era dello Sportello Cure Domiciliari, e viene valutata dagli operatori secondo il livello di complessità del problema:

- bisogno semplice: la PUA procede all'erogazione della prestazione;
- bisogno complesso: la PUA avvia la presa in carico informando il MMG ed indirizzando il caso all'Unità di Valutazione Integrata per la valutazione e la pianificazione del percorso di cura.

La Porta Unitaria di Accesso ai Servizi Ospedalieri (PUA - H)

La Porta Unitaria di Accesso ai Servizi Ospedalieri, PUA-H, organizzata all'interno dell'ufficio Socio-Sanitario distrettuale, è coordinata dal Direttore del Distretto o da un suo delegato e composta dal

MMG o PLS dell'utente, da medici specialisti per patologia, sia ospedalieri che territoriali, garantisce ammissioni ospedaliere concordate e dimissioni protette; la PUA-H assicura quindi appropriatezza dell'ambito di cura e continuità nel profilo assistenziale, realizzando il *continuum* di cura ed assistenza che, nella logica dell'integrazione Distretto-Ospedale-Distretto, determina giusta allocazione delle risorse, appropriatezza delle prestazioni e qualità dell'assistenza.

Alla PUA-H il compito di individuare, inoltre, risposte ospedaliere appropriate e coerenti con l'offerta dei servizi aziendali, riducendo il fenomeno della mobilità in uscita, prevalente nell'area dei Bambini con Bisogni Speciali (BBS), fenomeno dai costi umani, sociali e gestionali oltremodo elevati, individuando, se necessario e per specifici condizioni di patologia, i *link* ospedalieri con i Centri Specialistici di riferimento per patologie ad elevata complessità.

L'Unità di Valutazione Integrata (UVI)

L'Unità di Valutazione Integrata (UVI) è un organismo pluridisciplinare che all'interno della rete curante territoriale esercita la funzione di definire, secondo i criteri di appropriatezza ed equità, il piano assistenziale per tutti coloro che necessitano di un intervento socio-sanitario o di un bisogno sanitario complesso, al di fuori delle strutture ospedaliere.

L'UVI svolge le seguenti funzioni principali:

- esame della situazione clinica e sociale di un singolo caso;
- valutazione delle necessità assistenziali sociali e sanitarie;
- individuazione del referente formale della presa in carico (*case manager*);
- predisposizione del progetto individuale di intervento;
- monitoraggio dell'evoluzione dell'intervento e individuazione di eventuali variazioni del progetto di cura.

L'UVI svolge la valutazione multidimensionale (VMD) per poter individuare correttamente i bisogni dell'utente, redigere il Progetto Personalizzato (PP), verificando e aggiornandolo periodicamente.

L'istituzione delle UVI è oggetto del Regolamento di Accesso ex art.41 L.R. 11/07.

Va istituita una UVI per ogni Distretto Socio-Sanitario, secondo quanto definito nei Piani di Zona e nei PAT. La UVI afferisce alla Responsabilità del Direttore del Distretto Socio-Sanitario; la sede fisica e di supporto è l'Unità Operativa Integrazione Socio-Sanitaria.

21.5 Programmi Distrettuali Specifici

Il Distretto Socio-Sanitario programma, coerentemente con i Programmi Aziendali, attività strategiche per condizioni territoriali specifiche o per cittadini – utenti dai particolari bisogni di salute, la cui responsabilità/referenza è affidata a competenti specifici individuati dalla Direzione Strategica Aziendale.

Prioritarie, nella Asl Salerno, le seguenti aree progettuali:

Sanità e “Comuni senza Ospedali”:

finalizzato ad individuare modelli organizzativi alternativi ed innovativi atti a garantire assistenza e servizi a cittadini con difficoltà di accesso alle prestazioni, secondo la filosofia gestionale del: *Noi da Voi*, nell’ottica dell’alleanza istituzionale con Enti Locali ed Agenzie del Territorio.

Sanità e Telemedicina:

finalizzato all’implementazione delle tecniche mediche e tecnologiche atte a fornire servizi sanitari a distanza, con particolare attenzione ai pazienti a domicilio bisognevoli di monitoraggi seriati dei parametri vitali e residenti in territori dai tempi di percorrenza disagiati.

Sanità e Turismo:

finalizzato alla salvaguardia del Diritto alla Salute del cittadino – turista, con particolare riguardo ed in integrazione ai servizi di emergenza – urgenza, alla programmazione dei servizi per i turisti in condizioni di fragilità, e di servizi atti alla tutela della coppia madre – bambino.

21.6 Ambiti territoriali sociali e Distretti Socio-Sanitari della Asl Salerno

La DGRC n. 320 del 03.07.2012, ai sensi dell'art. 19 della legge regionale n. 11/2007, ha modificato gli ambiti territoriali e i Distretti Socio-Sanitari nell'ottica del progressivo allineamento tra Distretti Socio-Sanitari ed ambiti sociali, stabilendo che le modifiche apportate con il provvedimento agli ambiti territoriali ed ai Distretti Socio-Sanitari della Regione Campania devono intendersi operative obbligatoriamente entro il 1° gennaio 2013.

Pertanto il presente Atto Aziendale recepisce la normativa vigente e ridisegna gli ambiti dei Distretti Socio-Sanitari di base e gli ambiti territoriali sociali corrispondenti così come di seguito indicato.

► Ambito S01 ► Distretti 60, 61 e 62

n.	Comuni	Popolazione	Distretto
1	Castel San Giorgio	13.728	DS60
2	Nocera Inferiore	45.707	DS60
3	Nocera Superiore	24.255	DS60
4	Roccapiemonte	9.068	DS60
5	Anghi	32.226	DS61
6	Corbara	2.594	DS61
7	San'Egidio del Monte Albino	8.942	DS61
8	Scafati	50.794	DS61
9	Pagani	35.962	DS62
10	San Marzano sul Sarno	10.205	DS62
11	San Valentino Torio	10.313	DS62
12	Sarno	31.423	DS62
		275.217	

► Ambito S02 ► Distretto 63

n.	Comuni	Popolazione	Distretto
1	Amalfi	5.317	DS63
2	Atrani	913	DS63
3	Cava de' Tirreni	53.520	DS63
4	Cetara	2.317	DS63
5	Conca dei Marini	739	DS63
6	Furore	850	DS63
7	Maiori	5.626	DS63
8	Minori	2.836	DS63
9	Positano	3.983	DS63
10	Praiano	2.081	DS63
11	Ravello	2.508	DS63
12	Scala	1.541	DS63
13	Tramonti	4.145	DS63
14	Vietri sul Mare	8.293	DS63
		94.669	

► Ambito S03 ► Distretto 64

n.	Comuni	Popolazione	Distretto
1	Altavilla Silentina	7.010	DS64
2	Buccino	5.394	DS64
3	Campagna	16.183	DS64
4	Castelnuovo di Conza	662	DS64
5	Colliano	3.800	DS64
6	Contursi Terme	3.367	DS64
7	Eboli	38.470	DS64
8	Laviano	1.496	DS64
9	Oliveto Citra	3.972	DS64
10	Palomonte	4.151	DS64
11	Postiglione	2.289	DS64
12	Ricigliano	1.241	DS64
13	Romagnano al Monte	399	DS64
14	San Gregorio Magno	4.457	DS64
15	Santomenna	482	DS64
16	Serre	4.045	DS64
17	Sicignano degli Albani	3.311	DS64
18	Valva	1.760	DS64
		102.489	

► Ambito S04 ► Distretti 65 e 68

n.	Comuni	Popolazione	Distretto
1	Battipaglia	51.133	DS65
2	Bellizzi	13.172	DS65
3	Olevano sul Tusciano	6.993	DS65
4	Acerno	2.877	DS68
5	Castiglione del Genovesi	1.364	DS68
6	Giffoni Sei Casali	5.322	DS68
7	Giffoni Valle Piana	12.079	DS68
8	Montecorvino Pugliano	10.190	DS68
9	Montecorvino Rovella	12.633	DS68
10	Pontecagnano Faiano	25.307	DS68
11	San Cipriano Picentino	6.721	DS68
12	San Mango Piemonte	2.644	DS68
		150.435	

► Ambito S05

► Distretto 66

n.	Comuni	Popolazione	Distretto
1	Pellezzano	10.714	DS66
2	Salerno	139.019	DS66
		149.733	

► Ambito S06

► Distretto 67

n.	Comuni	Popolazione	Distretto
1	Baronissi	16.850	DS67
2	Bracigliano	5.621	DS67
3	Calvanico	1.570	DS67
4	Fisciano	13.652	DS67
5	Mercato San Severino	21.814	DS67
6	Siano	10.324	DS67
		69.831	

► Ambito S07

► Distretto 69

n.	Comuni	Popolazione	Distretto
1	Albanella	6.519	DS69
2	Aquara	1.606	DS69
3	Bellosguardo	865	DS69
4	Capaccio	22.300	DS69
5	Castel San Lorenzo	2.708	DS69
6	Castelcivita	1.902	DS69
7	Controne	909	DS69
8	Corleto Monforte	672	DS69
9	Felitto	1.332	DS69
10	Giungano	1.257	DS69
11	Laurino	1.741	DS69
12	Magliano Vetere	778	DS69
13	Monteforte Cilento	576	DS69
14	Ottati	761	DS69
15	Piaggine	1.478	DS69
16	Roccadaspide	7.462	DS69
17	Roscigno	860	DS69
18	Sacco	582	DS69
19	Sant'Angelo a Fasanell	730	DS69
20	Trentinara	1.724	DS69
21	Valle dell'Angelo	314	DS69
		57.076	

► Ambito S08

► Distretto 70

n.	Comuni	Popolazione	Distretto
1	Agropoli	21.305	DS70
2	Ascea	5.830	DS70
3	Campora	479	DS70
4	Cannalonga	1.098	DS70
5	Casalvelino	4.995	DS70
6	Castellabate	8.213	DS70
7	Castelnuovo Cilento	2.614	DS70
8	Ceraso	2.532	DS70
9	Cicerale	1.272	DS70
10	Cuccaro Vetere	584	DS70
11	Futani	1.296	DS70
12	Giol	1.366	DS70
13	Laureana Cilento	1.185	DS70
14	Laurito	870	DS70
15	Lustra	1.110	DS70
16	Moio della Civitella	1.927	DS70
17	Montano Antilia	2.002	DS70
18	Montecorice	2.589	DS70
19	Novi Velia	2.263	DS70
20	Ogliastro Cilento	2.274	DS70
21	Omignano	1.570	DS70
22	Orria	1.195	DS70
23	Perdifumo	1.784	DS70
24	Perito	1.022	DS70
25	Pisciotta	2.880	DS70
26	Pollica	2.460	DS70
27	Prignano Cilento	975	DS70
28	Rutino	895	DS70
29	Salento	2.046	DS70
30	San Mauro Cilento	982	DS70
31	San Mauro la Bruca	676	DS70
32	Serramezzana	355	DS70
33	Sessa Cilento	1.381	DS70
34	Stella Cilento	785	DS70
35	Sto	972	DS70
36	Torchiaro	1.808	DS70
37	Vallo della Lucania	8.865	DS70
		96.455	

► Ambito S09		► Distretto 71	
n.	Comuni	Popolazione	Distretto
1	Alfano	1.110	DS71
2	Camerota	7.289	DS71
3	Casaletto Spartano	1.488	DS71
4	Caselle in Pittari	2.001	DS71
5	Celle di Bulgheria	1.934	DS71
6	Centola	5.004	DS71
7	Ispani	1.017	DS71
8	Morigerati	736	DS71
9	Roccagloriosa	1.650	DS71
10	Rofrano	1.710	DS71
11	San Giovanni a Piro	3.868	DS71
12	Santa Marina	3.222	DS71
13	Sapri	7.038	DS71
14	Torraca	1.304	DS71
15	Torre Orsaia	2.259	DS71
16	Tortorella	572	DS71
17	Vibonati	3.278	DS71
		45.568	

► Ambito S10		► Distretto 72	
n.	Comuni	Popolazione	Distretto
1	Atena Lucana	2.344	DS72
2	Auletta	2.440	DS72
3	Buonabitacolo	2.632	DS72
4	Caggiano	2.858	DS72
5	Casalbuono	1.236	DS72
6	Monte San Giacomo	1.682	DS72
7	Montesano sulla Marcellana	6.683	DS72
8	Padula	5.523	DS72
9	Pertosa	714	DS72
10	Petina	1.213	DS72
11	Polla	5.316	DS72
12	Sala Consilina	12.716	DS72
13	Salvitelle	600	DS72
14	San Pietro al Tanagro	1.733	DS72
15	San Rufo	1.780	DS72
16	Sant'Arsenio	2.807	DS72
17	Sanza	2.754	DS72
18	Sassano	5.119	DS72
19	Teggiano	8.232	DS72
		68.342	

21.7 Il Livello Organizzativo e Gestionale

Alla Direzione del Distretto Sociosanitario è preposto il Direttore del Distretto Socio-Sanitario di Base (DSB) che organizza e gestisce il macrocentro avvalendosi del Comitato dei Sindaci e dell'Ufficio di Coordinamento Distrettuale (UCAD).

Il Direttore del Distretto Socio-Sanitario

Il Direttore del Distretto Socio-Sanitario ha un incarico di Struttura Complessa a tempo determinato attribuito dal Direttore Generale dell'Azienda, come previsto dal d.lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni. Il Direttore del Distretto è responsabile del funzionamento di tutti i servizi sul territorio. Egli si configura come il "garante" del complesso delle attività sanitarie e amministrative connesse al percorso terapeutico del paziente. E' responsabile,

in particolare, delle attività del Distretto, della gestione delle risorse umane, strumentali e finanziarie assegnate per il perseguimento degli specifici obiettivi, nonché della programmazione e valutazione delle attività territoriali sanitarie e socio-sanitarie e risponde al Direttore Generale della suddetta gestione e dei risultati raggiunti.

Tra i principali compiti della Direzione del Distretto si individuano i seguenti:

- elaborazione del Piano delle Attività Territoriali (PAT), avendo attenzione al sistema delle compatibilità in termini di risorse e di bisogni;
- attività di committenza e produzione di Servizi Sanitari e Socio-Sanitari relativamente alle Unità Operative afferenti direttamente all'articolazione distrettuale, nonché di organizzazione, monitoraggio e controllo degli stessi;
- attività di committenza e vigilanza;
- garanzia del presidio permanente dell'attività (verifica e valutazione) assicurando il continuo adeguamento quali - quantitativo ai bisogni e all'andamento delle risorse disponibili;
- garanzia, in collaborazione con le funzioni di staff di programmazione e controllo, del buon funzionamento del sistema informativo, e il puntuale ed esaustivo assolvimento dei debiti informativi e, attraverso il controllo di *budget*, l'efficacia e l'efficienza d'uso delle risorse;
- partecipazione al processo di *budget* nell'ambito della Direzione aziendale presidiando gli obiettivi di competenza;
- redazione della relazione annuale di Distretto. In tale ambito, in attuazione del Programma delle attività territoriali - distrettuali, effettua il monitoraggio dei dati di attività e dei risultati conseguiti in termini qualitativi e quantitativi, anche ai fini della descrizione dell'attività svolta, delle risorse impiegate, dei relativi costi e ricavi. La relazione annuale di Distretto deve essere predisposta, a consuntivo, quale parte integrante della relazione dell'Asl.

Al Direttore di Distretto infine compete la costruzione di un sistema improntato all'orientamento delle competenze professionali e di équipe al risultato di salute, alla massima integrazione operativa e alla più ampia flessibilità, favorendo il formarsi di strutture e meccanismi operativi fondati su processi da presidiare o problemi da risolvere, piuttosto che su una rigida definizione di funzioni ed atti.

Il ruolo del Distretto quale centro di riferimento Socio-Sanitario della comunità locale impone un continuo e proficuo rapporto di collaborazione con le Autonomie Locali.

In tale ottica, il Comitato dei Sindaci di Distretto, previsto dall'art. 3-quater, comma 4 del decreto legislativo 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, rappresenta un organismo indispensabile di consultazione e di interscambio con la Direzione Distrettuale.

In particolare, compete al Comitato dei Sindaci dei Distretti, quale organismo rappresentativo di tutte le amministrazioni comunali presenti nell'ambito territoriale del Distretto, l'espressione del parere sulla proposta, formulata dal Direttore del Distretto, relativa al Programma delle Attività Territoriali del distretto.

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'Asl Salerno.

Ai fini dell'espressione dei pareri previsti dalla legge, il Comitato dei Sindaci è da intendersi come rappresentativo degli indirizzi relativi alle politiche sociali propri di ciascun Comune e dell'Ente gestore delle funzioni socio-assistenziali esistenti nell'ambito territoriale del Distretto, dei quali ciascun Sindaco fa parte in qualità di membro dell'organo di indirizzo politico.

Il Comitato è presieduto da un Presidente eletto nel suo seno a maggioranza assoluta dei componenti, con voto a scrutinio segreto.

Fino alla nomina del Presidente, le sedute del Comitato sono presiedute dal Sindaco del Comune ove è ubicato il Distretto.

Alle sedute del Comitato partecipano, senza diritto di voto, il Direttore Generale o suo delegato e il Direttore del Distretto.

Il Comitato dei Sindaci, entro 30 gg. dall'insediamento, approva il regolamento relativo alla propria organizzazione e funzionamento, sentito il parere del Direttore Generale e del Direttore del Distretto.

Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD)

Il Direttore del Distretto nell'ambito delle funzioni assegnate rispetto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento definiti nel Programma delle Attività Territoriali (PAT) distrettuali, approvato dal Direttore Generale, si avvale di un Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (di seguito denominato UCAD) con funzioni propositive e tecnico consultive, nonché di interrelazione funzionale e tecnico-operativa rispetto alla rete dei servizi e delle attività distrettuali.

Ai sensi della normativa vigente l'UCAD è composto dal Direttore del Distretto e dalle seguenti figure professionali che hanno diritto di voto:

- Dirigenti Responsabili di ciascuna Unità Operativa (U.O.) del distretto, dell'Ufficio Socio-Sanitario e dal referente dell'educazione sanitaria;
- Coordinatore infermieristico o suo delegato;
- un rappresentante dei Medici di Medicina Generale e un rappresentante dei Pediatri di Libera Scelta operanti nel Distretto designati dalle OO.SS. e due MMG eletti dai medici di famiglia fra i MMG operanti nello stesso distretto;
- un rappresentante dei medici specialisti ambulatoriali designato dalle OO.SS.;
- un farmacista titolare o direttore di farmacia convenzionata con il SSN, designato dalle organizzazioni sindacali rappresentative delle farmacie pubbliche e private operanti nel Distretto;
- nelle materie riferite all' area socio-sanitaria, un Dirigente del Servizio socio-assistenziale designato dal Piano di Zona in cui è insito il Distretto Sanitario.

In relazioni a particolari attività, funzioni, programmi ed obiettivi l'UCAD è integrato con i seguenti dirigenti:

- i Direttori Sanitari dei Presidi Ospedalieri presenti nel territorio distrettuale, per l'integrazione finalizzata alla definizione dei percorsi assistenziali ai fini della continuità assistenziale. In questo ambito vanno definiti, tra l'altro, i protocolli di accesso alle strutture ambulatoriali e

diagnostiche ospedaliere e le modalità di valutazione multidimensionale in sede di pre e post dimissione. Devono inoltre essere promosse iniziative di integrazione attraverso la

partecipazione di medici ospedalieri ad attività distrettuali e viceversa, mediante il sistema di reti professionali e i gruppi operativi interdisciplinari;

- il Dirigente Responsabile dell'U.O. Territoriale afferente al Dipartimento di Prevenzione, per l'integrazione inerente i programmi e le iniziative di prevenzione primaria e di promozione di stili di vita salutari; a questo livello occorre definire le modalità di coordinamento tra il Dipartimento - che detiene la responsabilità tecnica delle stesse - ed il Distretto che, con la sua organizzazione ed i suoi operatori, in particolare i medici di medicina generale, - le deve realizzare;
- il Dirigente Responsabile dell'U.O. territoriale afferente al Dipartimento di Salute Mentale;
- il Dirigente Responsabile dell'U.O. territoriale afferente al Dipartimento delle Dipendenze.

Il Programma delle Attività Territoriali (PAT)

Gli obiettivi di salute della popolazione di riferimento sono definiti nel Programma delle Attività Territoriali (PAT) approvato dal Direttore Generale.

Il Distretto Socio-Sanitario, di concerto con il Piano di Zona, predispone il Programma delle Attività Territoriali, tenuto conto delle risorse attribuite in relazione agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento.

Il Programma delle Attività Territoriali viene proposto nel rispetto delle indicazioni regionali e delle normative vigenti in materia di integrazione socio-sanitaria.

In tale Programma, si individuano gli obiettivi strategici e le priorità d'intervento, nonché le risorse strutturali, organizzative, umane ed economiche disponibili per la realizzazione del piano, le modalità di interventi con gli altri soggetti delle amministrazioni pubbliche interessate nonché di collaborazione tra Comune, Asl, Piano di Zona, Soggetti Privati o del Privato Sociale con individuazione delle rispettive responsabilità di natura economica e gestionale.

Il monitoraggio dei dati di attività e dei risultati conseguiti in termini qualitativi e quantitativi, in attuazione del Programma delle Attività Territoriali e della descrizione dell'attività svolta, delle

risorse impiegate, dei risultati raggiunti in termini di efficacia ed efficienza, delle criticità e dei punti di forza, deve essere inserita nell'ambito della relazione annuale di distretto, predisposta a consuntivo quale parte integrante della relazione dell'Asl Salerno.

21.8 Il Livello Gestionale

Il Distretto Socio-Sanitario è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con l'attribuzione di specifico *budget*.

E' infatti in relazione agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento che al distretto vengono attribuite le necessarie risorse ed è in tal senso che va orientata la necessità di distinzione operativa tra competenza tecnico-professionale e competenza gestionale del Distretto.

La Direzione del Distretto è individuata come Centro di Responsabilità (CdR) che contratta direttamente il *budget* con la Direzione Strategica.

La Direzione del Distretto Socio-Sanitario

Coerentemente con la Programmazione Sanitaria Regionale che attribuisce alle Direzioni Distrettuali un alto grado di responsabilizzazione gestionale ed economica, l'organizzazione dei Distretti Socio-Sanitari della Asl Salerno prevede la individuazione della Direzione Distrettuale quale Struttura Complessa, coadiuvata da una Struttura Complessa di Direzione Tecnico-Amministrativa e le Unità Operative Distrettuali quali Strutture Semplici, dotate di propria autonomia organizzativa-operativa, nel limite delle direttive date dal Direttore del Distretto, finalizzata al raggiungimento degli obiettivi stabiliti e condivisi con la Direzione del Distretto.

Dette articolazioni distrettuali dipendono dal Direttore del Distretto e ne condividono le direttive per il conseguimento degli obiettivi stabiliti.

Le stesse unità organizzative, funzionalmente, si relazionano con le Unità Operative Complesse e Semplici Dipartimentali di riferimento afferenti ai Dipartimenti o alle Strutture di Staff in seno alla Direzione Strategica, e ne seguono le indicazioni relative alle procedure specialistiche ed ai protocolli stabiliti.

Il Direttore di Distretto è, quindi, responsabile del funzionamento di tutti i servizi sul territorio. Egli si configura come il "garante" del complesso delle attività sanitarie e gestionali connesse al percorso terapeutico del paziente. E' responsabile, in particolare, delle attività del Distretto, della gestione delle risorse umane, strumentali e finanziarie assegnate per il perseguimento degli

specifici obiettivi, nonché della programmazione e valutazione delle attività territoriali sanitarie e socio-sanitarie e risponde al Direttore Generale della suddetta gestione e dei risultati raggiunti.

In staff alla Direzione Distrettuale si prevedono due figure dirigenziali che gestiscono le attività della:

- *Comunicazione Interna ed Esterna;*
- *Educazione alla Salute;*

Tali attività si relazionano funzionalmente con l'Unità Organizzativa di riferimento delle Funzioni Centrali, e ne seguono le indicazioni relative alle specifiche procedure.

- n. 2 posizioni organizzative:
 - *Servizi Infermieristici ed Ostetrici distrettuali*
 - *Servizi Tecnico-Sanitari distrettuali*

Tali posizioni organizzative si relazionano funzionalmente con il Dipartimento delle Politiche Sanitarie in Staff alla Direzione Sanitaria Aziendale, seguendone le indicazioni relative alle procedure specialistiche, alle linee - guida ed ai protocolli stabiliti.

Le Articolazioni Organizzative del Distretto Socio-Sanitario

Al Distretto, sotto la diretta e unica responsabilità della direzione, sono assegnati operatori e risorse di discipline diverse, escluso quelle previste in ambito di dipartimento strutturato. L' Unità Operativa è la risorsa base del distretto e può essere identificata per obiettivi specifici e/o per categorie di popolazione a rischio. Essa è costituita da un nucleo anche minimo di operatori che rappresentano il riferimento operativo nella concreta conduzione delle specifiche attività. L'organizzazione distrettuale deve dare priorità alla massima integrazione operativa e alla più ampia flessibilità, favorendo il formarsi di strutture e meccanismi operativi fondati su processi e percorsi integrati.

Il Direttore del Distretto deve pertanto:

- allocare le risorse umane in modo mobile e flessibile, così da poter utilizzare ogni singolo operatore presso tutti i presidi che compongono il Distretto Socio-Sanitario, valorizzando il tempo di lavoro in modo differenziato;

- programmare la flessibilità degli organici in rapporto alla valutazione della domanda e dei costi delle prestazioni.

Le articolazioni distrettuali dipendono dal Direttore del Distretto e ne condividono le direttive per il conseguimento degli obiettivi stabiliti.

Le strutture individuate in ogni Distretto Socio-Sanitario sono le seguenti:

Struttura Semplice Integrazione Socio-Sanitaria, Assistenza Riabilitativa e Protesica

La Struttura, identificata quale Struttura Semplice è in staff al Direttore del Distretto Socio-Sanitario cui è direttamente collegata ed ha una composizione interdisciplinare.

I Settori prioritari di competenza dell'Area di Integrazione Socio-Sanitaria risultano essere:

- monitoraggio dei Livelli Essenziali di assistenza (LEA), diffusione delle valutazioni multidimensionale e dei progetti personalizzati, programmazione degli interventi territoriali socio-sanitari e sviluppo degli strumenti di integrazione gestionale e professionale, al fine di garantire la presa in carico della persona e l'individuazione della appropriatezza della ambito di cura;
- organizzazione, gestione, e monitoraggio della Porta Unitaria di Accesso ai Servizi Socio-Sanitari (PUA) e ai Servizi Ospedalieri (PUA - H);
- sede fisica di allocazione della Unità di Valutazione Integrata (UVI) e delle correlate attività di supporto;
- correlazione con il Piano di Zona (PdZ) e con il Comitato dei Sindaci;
- monitoraggio delle liste di attesa;
- sede fisica di allocazione ed attività di supporto all'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD);
- altre attività previste dalla normativa vigente o da provvedimenti aziendali non declinate nel presente atto.

I Settori prioritari di competenza dell'area di Assistenza Riabilitativa e Protesica risultano essere:

- valutazione del Bisogno Riabilitativo e attivazione di Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo (UV - BR) e Riabilitativo Pediatrico (UV - BR Pediatrico);
- monitoraggio delle attività dei Medici Prescrittori;

- assistenza di medicina fisica, riabilitativa direttamente erogata in regime ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale;
- gestione della committenza delle prestazioni di riabilitazione, terapia fisica e protesica;
- fornitura di presidi ed ausili;
- monitoraggio e controllo delle attività erogate da strutture accreditate in regime ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale;
- monitoraggio e controllo dei *budget* assegnati dei Centri Accreditati di riabilitazione e terapia fisica che insistono nel territorio distrettuale;
- coordinamento ed integrazione con il sistema delle cure domiciliari e palliative per l'erogazione di prestazione di medicina fisica e di riabilitazione nell'ambito delle cure prestazionali domiciliari;
- Altri settori o attività previste dalla normativa vigente o da provvedimenti aziendali non declinate nel presente atto.

Organizzazione Direzionale

- a) Dirigente Responsabile
- b) Unità organizzative interne con incarichi professionali dell'Area Integrazione Socio-Sanitaria:
 - Educazione alla Salute
 - UVI
- c) Unità Organizzative Interne con incarichi professionali dell'Area di Assistenza Riabilitativa e Protesica:
 - Centro di Riabilitazione/ FKT;
 - Protesica.

Struttura Complessa Direzione Amministrativa

La Struttura, che per la complessità delle attività tecnico-amministrative viene identificata quale Struttura Complessa, è in staff alla Direzione del Distretto, direttamente collegata al Direttore Responsabile del DSB e il dirigente responsabile dipende gerarchicamente per le specifiche

materie amministrative dal Direttore Amministrativo aziendale e per i risultati dal Direttore del Distretto.

I Settori prioritari di competenza sono:

- gestione amministrativa e contabile delle attività del *Front Office*;
- gestione del Personale dipendente e convenzionato;
- gestione della cassa economale e della riscossione *ticket*;
- gestione delle acquisizioni di beni e servizi ed Economato;
- gestione Contabilità economica ed analitica, Movimenti finanziari;
- gestione Affari generali, Protocollo ed Archivio;
- gestione contabile Centri Accreditati;
- predisposizione degli atti di liquidazione necessari al rispetto dei termini di pagamento da parte dell'Azienda;
- altre attività previste dalla normativa vigente o da provvedimenti aziendali non declinate nel presente atto.

Organizzazione Direzionale

- a) Dirigente Responsabile;
- b) Unità organizzative interne:
 - contabilità/gestione casse *ticket* e *fronte office*,
 - provveditorato/economato,
 - personale,
 - controllo di gestione.

Struttura Semplice Assistenza Primaria e Specialistica e Salute della Donna e dell'età Evolutiva

Attività Distrettuale Cure Primarie, Specialistiche, Continuità Assistenziale ed Appropriatelyzza delle cure.

I Settori prioritari di competenza risultano essere:

- assistenza Sanitaria di Base e Medicina Specialistica Ambulatoriale;

- continuità Assistenziale e organizzazione dell'assistenza anche in h 24;
- servizi di monitoraggio dell'appropriatezza dei servizi e delle prestazioni;
- servizi sanitari e di accettazione, afferenti alle funzioni Poliambulatoriali;
- *front-office* per l'accesso alle prestazioni sanitarie (CUP, Esenzioni ticket, Scelta e revoca MMG e PLS, pagamento ticket, etc.);
- assistenza sanitaria all'estero, assistenza a stranieri temporaneamente residenti, rilascio esenzioni per patologia;
- medicina sportiva con rilascio di certificazione di specifica competenza;
- gestione integrata delle problematiche legate alla malattia diabetica;
- controllo dell'appropriatezza dei centri antidiabetici accreditati;
- controllo della committenza dei presidi antidiabetici;
- altri settori o attività previste dalla normativa vigente o da provvedimenti aziendali non declinate nel presente atto.

Saranno attivate presso i Distretti degli ambiti S1, S3, S5 e S8 linee di attività (ambulatori) per i trattamenti odontoiatrici a pazienti disabili con il coinvolgimento di sanitari ospedalieri qualora le prestazioni debbano essere eseguite in narcosi.

Attività Distrettuale Materno – Infantile, Consultoriale, di Pediatria di Comunità e di Neuropsichiatria Infantile e dell'adolescenza

I Settori prioritari di competenza risultano essere:

- percorso Nascita e Medicina Perinatale, Pediatria di Comunità, con particolare riguardo alle tematiche: Bambini a Rischio Sociale (BRS) e Bambini con Bisogni Speciali (BBS);
- promozione della salute del bambino;
- neuropsichiatria Infantile e Attività Multidisciplinare per l'integrazione scolastica dei bambini e delle bambine con abilità diverse;
- unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo (UV - BR) pediatrica, anche domiciliare in collegamento con altre UU.OO;

- promozione della salute degli adolescenti, in collegamento operativo con altre UU.OO. e lo Spazio Adolescenti afferente al Consultorio Familiare;
- attività di medicina scolastica ed interventi domiciliari per l' integrazione scolastica dei portatori di handicap, in collegamento con altre UU.OO.;
- promozione della salute della donna, ivi compresa la tutela della procreazione responsabile;
- assistenza alla gravidanza, alla gestante a rischio, anche in collegamento operativo con funzioni extra - distrettuali;
- prevenzione dei tumori femminili anche in collegamento operativo con funzioni extra distrettuali ed attività di Screening oncologici;
- attività di Educazione alla Salute, anche in collaborazione con le Agenzie Territoriali;
- altri settori o attività previste dalla normativa vigente o da provvedimenti aziendali non declinate nel presente atto.

Organizzazione Direzionale

- a) Dirigente Responsabile;
- b) Unità Organizzative Interne dell'Area Assistenza Primaria e Specialistica Territoriale:
 - Medicina Territoriale e Continuità Assistenziale,
 - Poliambulatori Specialistici,
 - *Front-Office*,
 - Diabetologia.
- c) Unità Organizzative Interne con linee di attività dell'Area Materno Infantile:
 - Neuropsichiatria Infantile;
 - Pediatria di Comunità;
 - Ostetricia e Ginecologia e Screening oncologici.

Struttura Semplice Assistenza Domiciliare Integrata ed Assistenza Anziani

Attività Distrettuale Cure Domiciliari ed Assistenza Anziani

I settori prioritari di competenza risultano essere:

- assistenza sanitaria:

- al paziente in condizioni di domiciliarità (abitazione, comunità protetta, casa di riposo, residenza sanitaria, Hospice) a tutti i livelli di intensità assistenziale (prestazionale I, II e III livello);
- in regime di dimissione protetta o assistita da ricovero.
- assistenza sanitaria al paziente in cure palliative o in condizioni di terminalità:
 - cure palliative domiciliari dell'adulto e dell'età pediatrica;
 - terapia antalgica ambulatoriale e domiciliare;
 - assistenza domiciliare ai pazienti oncologici adulti e pediatrici, in correlazione con i centri di riferimento specialistico.
- assistenza ambulatoriale e domiciliare al paziente anziano ed attività di valutazione geriatrica;
- assistenza ambulatoriale e domiciliare del paziente con demenza o altra patologia cronicodegenerativa;
- altri settori o attività previste dalla normativa vigente o da provvedimenti aziendali non declinate nel presente atto.

Organizzazione Direzionale

- a) Dirigente Responsabile
- b) Unità Organizzative Interne con incarichi professionali:
 - Geriatria/Demenze
 - Cure palliative

Struttura Semplice Assistenza Farmaceutica

Attività Distrettuale di Assistenza Farmaceutica e di Farmacovigilanza

I Settori prioritari di competenza risultano essere:

- attività finalizzate al governo del processo dell'assistenza farmaceutica sul territorio, verifica della appropriatezza prescrittiva, analisi epidemiologica dei consumi;
- attività di farmacovigilanza;
- informazione e formazione sul corretto utilizzo dei medicinali e dei dispositivi medici;

- erogazione diretta di farmaci e presidi chirurgici;
- altri settori o attività previste dalla normativa vigente o da provvedimenti aziendali non declinate nel presente atto.

Organizzazione Direzionale

- Dirigente Responsabile;
- Unità Organizzative Interne con incarichi professionali:
 - Servizio di Farmacovigilanza

Struttura Semplice Medicina Legale

I Settori prioritari di competenza risultano essere:

- commissioni e/o collegi medici per l'accertamento:
 - dell'invalidità civile,
 - della cecità civile,
 - del sordomutismo,
 - dell'handicap (legge n. 104/1992);
 - della disabilità ai fini del collocamento obbligatorio (legge n. 68/1999);
 - per l'accertamento della morte cerebrale (L. 578/93; D.M. n° 582/94 e successivi aggiornamenti);
 - dell'inidoneità e/o inabilità al lavoro dei dipendenti pubblici;
 - dell'inidoneità e/o inabilità al lavoro dei dipendenti pubblici;
 - all'istruzione delle domande di indennizzo da parte delle persone

danneggiate a seguito di vaccinazioni o trasfusioni o somministrazione di emoderivati, gestendo la liquidazione del relativo indennizzo in caso di diritto riconosciuto (legge n. 210/1992);

- consulenza per l'Asl in caso di contenziosi con terzi;
- consulenza tecnica per l'Autorità Giudiziaria e per gli Organi di Polizia Giudiziaria;
- partecipazione al Comitato Etico Aziendale (valutazione e verifica medico-legale ed etica

- di procedure e protocolli assistenziali, sperimentazione farmaci, consenso informato, copertura assicurativa);
- certificazioni medico legali individuate come di competenza da leggi, regolamenti, disposizioni contrattuali e/o previdenziali richieste da singoli cittadini e da enti pubblici o privati;
 - visite di controllo sui lavoratori assenti per malattia (visite fiscali richieste da Enti, da privati, da autorità giudiziaria);
 - visite fiscali nei confronti di lavoratrici in stato di gravidanza a rischio;
 - visite necroscopiche per la certificazione dell'accertamento di morte nel caso di persone decedute a domicilio o richiesti dall'autorità giudiziaria in caso di morte violenta;
 - riscontri diagnostici richiesti dai medici curanti in caso di morte senza causa ed autopsie richieste dall'autorità giudiziaria;
 - coordinamento commissione medica locale provinciale per l'idoneità alla guida di veicoli;
 - consulenze medico legali di parte in ambito penale, civile, canonico ed assicurativo;
 - altri settori o attività previste dalla normativa vigente o da provvedimenti aziendali non declinate nel presente atto.

Struttura Semplice per le Dipendenze (SER.D.)

La Struttura Semplice Ser.D. è chiamata ad attuare gli indirizzi operativi adottati dal Dipartimento delle Dipendenze da cui dipende, sia gerarchicamente che funzionalmente.

Essa è, comunque, ubicata presso tutti i Distretti Sanitari di Base ed ha i seguenti obiettivi fondamentali:

- prevenire la diffusione dell'uso ed abuso di tutte le sostanze legali ed illegali che comportano dipendenza (droghe, alcol, tabacco, internet, giochi etc);
- intervenire a favore della salute psico-fisica delle persone che presentano queste problematiche e delle loro famiglie.

La Struttura Semplice provvede, inoltre, a:

- garantire accoglienza, diagnosi e presa in carico del paziente e del contesto familiare;

- provvedere in particolare alle prestazioni per la componente ambulatoriale dei programmi e la sempre migliore definizione del programma terapeutico individuale;
- effettuare terapie farmacologiche specifiche, sostitutive e non, compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico; per le terapie farmacologiche inclusi i trattamenti di disassuefazione, sostitutivi e per la comorbidità psichiatrica;
- svolgere attività di *counseling*, di sostegno psicologico, sociale, educativo e di psicoterapia, al soggetto ed alla famiglia, in collaborazione con altri servizi dell'Asl e del privato sociale;
- svolgere attività di prevenzione, *screening/counseling* e collaborazione alla cura delle patologie correlate all'uso di sostanze d'abuso, in collaborazione con altri servizi specialistici;
- instaurare specifiche e strutturate attività per la prevenzione delle principali cause di morte e di inabilità (*overdose*, malattie infettive, etc.);
- attivare specifici programmi in collaborazione con altri servizi rivolti a tutelare e sostenere i minori conviventi con i soggetti che presentano problemi di dipendenza da sostanze;
- assistere tossicodipendenti, alcolisti, detenuti tramite U.O. specifiche;
- svolgere attività di riabilitazione e di prevenzione delle ricadute;
- rilasciare certificazioni, attuare visite per pazienti, vaccinazioni etc.;
- altre attività non declinate nel presente atto e previste dalla normativa vigente o da provvedimenti aziendali.

La Struttura Semplice è parte integrante della rete aziendale che comprende, i Distretti Sanitari, le UU.OO. Ospedaliere, i Servizi di Emergenza, i Dipartimenti di Salute Mentale, di Prevenzione, Politiche sanitarie e Strutture Extra Aziendali, quali le Comunità Terapeutiche, gli Enti Locali, le Scuole, le Forze dell'Ordine, le Case Circondariali, i Tribunali e le Associazioni di Volontariato.

Art. 22

I Presidi Ospedalieri

Con Decreto del Commissario ad Acta per il Piano di Rientro Sanitario n. 49 del 27 settembre 2010 e s.m.i. la Regione ha definito il riassetto della rete ospedaliera.

Il Presidio Ospedaliero è una struttura operativa dell'Asl Salerno ed è organizzato, secondo modello dipartimentale, in strutture complesse e semplici e strutture semplici dipartimentali.

Le funzioni specialistiche esercitate da ciascun ospedale sono quelle previste dalla programmazione regionale e dalla pianificazione attuativa aziendale, approvata dagli organismi regionali competenti.

Il Presidio Ospedaliero rappresenta un livello di responsabilità condivisa dei livelli qualitativi e di appropriatezza delle prestazioni erogate, ovvero del miglioramento continuo della qualità e del governo clinico.

Il Presidio Ospedaliero è dotato di autonomia economico-finanziaria, con l'attribuzione di specifico *budget*.

Al Presidio Ospedaliero è preposto un Direttore Medico quale responsabile delle funzioni igienico-organizzative.

Il Direttore Medico di Presidio Ospedaliero assicura, inoltre, la funzione d'integrazione e coordinamento interni e di raccordo e di continuità operativa con la direzione strategica.

Alle funzioni di coordinamento amministrativo è preposto un dirigente amministrativo, nominato dal Direttore Generale.

Il Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero

Il Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero ha responsabilità gestionali in relazione alle singole funzioni ed attività elencate e di quanto altro stabilito dalla normativa vigente.

In particolare:

- adotta le norme necessarie per l'organizzazione dei servizi tecnico-sanitari;
- gestisce le Risorse Umane, Tecniche e Logistiche assegnate;
- stabilisce e verifica i criteri, in rapporto alle esigenze dei servizi, per l'impiego, la destinazione, i turni e i congedi del personale sanitario, tecnico, ausiliario ed esecutivo addetto ai servizi sanitari del presidio ospedaliero;
- propone all'Azienda le sostituzioni temporanee del personale sanitario e tecnico sanitario;
- assicura e verifica la corretta tenuta e gestione delle cartelle cliniche nel rispetto della normativa;

- gestisce il corretto rispetto dei flussi informativi, della tempistica di trasmissione e della qualità/completezza dei dati sanitari del Presidio Ospedaliero;
- presenta la relazione annuale sull'andamento sanitario del Presidio Ospedaliero;
- propone il piano di acquisizione delle attrezzature ed arredi sanitari;
- esprime parere, ai fini sanitari, circa le trasformazioni edilizie;
- gestisce e monitorizza la gestione delle provviste necessarie per il funzionamento sanitario del P. O.;
- controlla la regolarità delle prestazioni sanitarie e l'applicazione delle corrispondenti tariffe;
- emana direttive per la tariffazione delle prestazioni di ricovero e cura secondo le Direttive Regionali, delle prestazioni ambulatoriali e la riscossione della partecipazione alla spesa dei cittadini nonché degli onorari per prestazioni professionali;
- verifica la sollecita trasmissione alle autorità competenti delle denunce delle malattie contagiose riscontrate in Ospedale;
- valuta e autorizza le richieste di comando per aggiornamento professionale;
- provvede ad emanare direttive e a vigilare sul corretto smaltimento dei rifiuti prodotti nella Struttura Ospedaliera;
- provvede all'attuazione, per delega del Direttore Generale, degli adempimenti di sicurezza per gli ambienti di lavoro previsti dal D.L.vo n°81/08 e s.m.;
- definisce i criteri per la gestione delle liste di attesa e ne verifica l'attuazione;
- regola e gestisce le sale operatorie, la modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie ospedaliere, con particolare riferimento ai PAC, APA, Day Surgery, Day Hospital;
- regola e gestisce i piani e gli indirizzi per la preospedalizzazione, il *bed management* e la dimissione protetta;
- altre attività non declinate nel presente atto e previste con provvedimenti Aziendali successivi.

Il Direttore Amministrativo del Presidio Ospedaliero

Il Direttore Amministrativo del Presidio Ospedaliero è preposto al coordinamento, sulla base delle direttive generali provenienti dalla Direzione dell'Azienda, alle attività amministrative economiche e tecniche relative al Presidio Ospedaliero.

Il Direttore Amministrativo del Presidio Ospedaliero, in particolare, attraverso il personale a lui assegnato:

- dispone la utilizzazione del personale addetto ai servizi amministrativi, economici e tecnici nell'ambito del Presidio stesso;
- richiede gli accertamenti sanitari o fiscali relativi al personale assegnato;
- adotta i provvedimenti vincolanti relativi alle richieste del personale per ferie, permessi, aspettative, missioni e rimborso spese, nonché quelli relativi alla liquidazione delle competenze accessorie, nell'ambito dei criteri, limiti e disponibilità assegnati;
- autorizza le assenze del personale che svolge funzioni amministrative e tecnico-economiche e ne dispone la registrazione;
- istruisce le richieste di comando per perfezionamento professionale del personale assegnato;
- è responsabile del protocollo interno;
- cura lo smistamento agli uffici competenti degli atti da lui visionati;
- provvede alla liquidazione delle prestazioni ambulatoriali effettuate anche in regime libero professionale sulla base della contabilizzazione effettuata dalla Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero;
- provvede al controllo delle presenze del personale a lui assegnato, alla rilevazione dell'orario del personale del Presidio ed alla successiva liquidazione delle competenze fisse ed accessorie (stipendi, lavoro straordinario, indennità varie), nonché alla rilevazione e controllo della produttività ai fini della liquidazione dei premi connessi;
- provvede alla immissione dei dati di cui sopra ai fini della elaborazione;
- provvede a fornire al personale tutte le informazioni e i chiarimenti afferenti alle materie di cui ai punti precedenti;
- cura gli adempimenti relativi alla gestione dei servizi di cucina, dispensa e mensa;
- cura gli adempimenti relativi alla gestione dei servizi di guardaroba e lavanderia;
- cura gli adempimenti relativi alla gestione dei magazzini generali;

- cura gli adempimenti relativi al controllo delle merci ricevute, con esclusione dei Farmaci e dei Presidi Sanitari attribuiti alla Farmacia;
- cura la manutenzione delle attrezzature sanitarie ed economiche, inoltrando le richieste alle ditte specializzate;
- cura la spedizione ed il ricevimento dei beni e mezzi di qualsiasi tipo;
- cura la tenuta dell' inventario dei beni mobili di competenza;
- liquida le fatture di competenza;
- cura gli adempimenti relativi all'inoltro delle fatture, una volta vistate dai consegnatari dei beni o utilizzatori dei servizi, agli uffici preposti alla liquidazione delle stesse;
- cura la gestione e l'organizzazione del servizio trasporti di merci e persone;
- gestisce con il Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero il budget assegnato;
- cura l'elaborazione dei dati per le statistiche di competenza dei servizi amministrativi;
- istruisce le pratiche di rivalsa per l'esercizio delle azioni di surroga;
- altre attività non declinate nel presente atto e da prevedere con provvedimenti Aziendali successivi.

Assetto organizzativo della rete Ospedaliera dell'Asl Salerno

La predisposizione dell'assetto organizzativo dei PP.OO. dell'Asl Salerno tiene conto delle linee di indirizzo regionali emanate con D.R. n° 135 del 10.10.2012, integrate e modificate con il Decreto del Commissario ad Acta n° 18 del 18/2/2013 comunque nel rispetto del Decreto del Commissario ad Acta n° 49/2010.

Esso non è finalizzato, tuttavia, al mero adempimento degli obiettivi imposti dal Piano di rientro cui tende la Regione Campania ma, nello spirito contenuto nel Decreto del Commissario ad Acta n°

49/2010, determina, in virtù del mutato quadro epidemiologico e della quantità e qualità delle cure, una riqualificazione dell'offerta, puntando su un minor numero di Presidi Ospedalieri, in grado di garantire un elevato livello di cure, articolati in rete per bacini assistenziali omogenei.

La riduzione del numero dei PP.OO. e/o la loro riconversione come previsto dal Decreto del Commissario ad Acta n° 49/2010, tiene conto della congruità dimensionale di una struttura di ricovero pubblica per acuti che è valutata in almeno 100 posti letto, mentre quella di una struttura di ricovero pubblica di tipo riabilitativo e/o di lungo-degenza, è valutata in un numero di posti letto non inferiore a 80. In tale ultima tipologia di struttura si può prevedere un numero di posti letto per acuti, a supporto delle attività di riabilitazione e lungodegenza, non superiore a 25.

La scelta della congruità dimensionale, imposta dai dettati regionali, è finalizzata a garantire prestazioni più appropriate, in considerazione del fatto che inadeguati e bassi volumi prestazionali sono fortemente legati alla possibilità di maggiore rischio clinico e a realizzare un contenimento dei costi di gestione.

Pertanto la riorganizzazione della rete ospedaliera della Asl Salerno si pone l'obiettivo di assicurare complessivamente un'offerta più adeguata ai bisogni dei cittadini, attraverso la riduzione delle attività ritenute inappropriate e la riorganizzazione funzionale ed operativa delle strutture ospedaliere.

Con il presente Atto Aziendale, si rende effettivo quanto previsto per i PP.OO. di Battipaglia, Eboli, Roccadaspide e Oliveto Citra dal Decreto del Commissario ad Acta 49/2010 e cioè la integrazione degli stessi nell'unico presidio della Valle del Sele, accorpando unità operative della medesima disciplina e razionalizzando la distribuzione delle dotazioni tecnologiche.

Il processo di integrazione sarà reso operativo con uno specifico provvedimento che stabilirà il crono-programma delle attività.

Nelle more del completamento di tale processo, in prima applicazione, si provvederà ad una graduale razionalizzazione delle attività dei suddetti PP.OO., nel rispetto di quanto stabilito nel presente Atto Aziendale per l'istituendo Presidio Ospedaliero della Valle del Sele.

Il riassetto della rete ospedaliera dell'azienda è stato integrato inoltre con la riorganizzazione del sistema di Emergenza-Urgenza che ispirandosi alle indicazioni della *Evidence Based Medicine* ed in conformità con i dettati regionali è finalizzato a :

- riduzione del *free therapy interval* e, conseguentemente, miglioramento degli esiti di malattia, ed aumento della sopravvivenza dei pazienti affetti da patologie trattate in Emergenza- Urgenza;
- aumento della appropriatezza dei ricoveri, sia per l'individuazione del presidio ospedaliero più adeguato al problema del paziente che per gli aspetti relativi al regime di ricovero;
- attivazione dei posti letto di osservazione breve intensiva (OBI);
- attivazione delle reti specialistiche, prioritariamente quelle per IMA – Ictus – PoliTrauma.

La corretta applicazione delle vigenti normative nazionali e regionali prevede il raccordo funzionale tra le C.O.T. e le strutture ospedaliere, gerarchicamente organizzate in tre livelli di assistenza, secondo il modello "hub e spoke".

Il citato Decreto del Commissario ad Acta 49/2010 prevede la riclassificazione dei PP.OO. pubblici prendendo come riferimento un modello aderente alle linee guida nazionali e regionali che si articola in tre livelli:

- 1) Presidi Ospedalieri di I livello devono assicurare gli accertamenti diagnostici e gli interventi necessari per la stabilizzazione del paziente con l'eventuale trasporto ad un ospedale in grado di fornire prestazioni specializzate, attraverso il coordinamento della centrale operativa.
- 2) Presidi Ospedalieri di II livello devono assicurare il pronto soccorso e accettazione, osservazione breve, rianimazione e, contemporaneamente, interventi diagnostico-terapeutici di medicina generale, ortopedia e traumatologia, cardiologia con UTIC. Partecipano alle attività di pronto soccorso anche le UU.OO. di medicina d'urgenza i cui posti letto sono computati in quelli individuati nella disciplina di medicina generale. In tali presidi va garantita la presenza di personale in guardia attiva H24 nelle discipline di medicina, chirurgia, rianimazione, cardiologia con UTIC, ortopedia e radiologia.
- 3) Presidi Ospedalieri di III livello oltre ad assicurare le funzioni di cui ai Presidi di II Livello devono assicurare le funzioni di più alta qualificazione legate all'emergenza (cardiologia con emodinamica, neurochirurgia, terapia intensiva neonatale, *stroke unit*, *trauma center*).

I trasferimenti di pazienti, in urgenza, dagli ospedali di livello inferiore verso quelli di livello superiore, potranno avvenire solo in relazione a specifici trattamenti, non previsti negli ospedali di partenza.

Gli Ospedali di livello superiore non potranno rifiutare pazienti riconosciuti affetti da patologie di loro competenza provenienti dall'ambito territoriale di pertinenza, anche in carenza di posti letto. In base alla programmazione regionale la rete ospedaliera pubblica e privata della provincia di Salerno risulta programmata con un indice di 3,33 posti letto per mille abitanti, di cui 0,56 dedicati alla riabilitazione e lungodegenza. Rispetto all'attuale dotazione di posti letto si assiste ad una riduzione di 198 posti letto pubblici nei PP.OO. che ricadono nella competenza della Asl Salerno e 127 privati temporaneamente accreditati. A fronte di 1873 posti letto attivi alla data di pubblicazione del Decreto del Commissario ad Acta 49/2010 i PP.OO. dell'Asl Salerno vengono dimensionati con 1675 posti letto in strutture di ricovero pubbliche oltre a prevedersi 975 posti letto per le strutture accreditate private.

Nell'Asl Salerno vengono pertanto individuati i seguenti PP.OO. :

- P.O. Nocera-Pagani, III livello nella rete dell'emergenza con 372 posti letto;
- P.O. Vallo della Lucania, III livello nella rete dell'emergenza con 307 posti letto;
- P.O. Valle Sele, II livello nella rete dell'emergenza con 328 posti letto;
- P.O. Sarno, II livello nella rete dell'emergenza con 160 posti letto;
- P.O. Polla, II livello nella rete dell'emergenza con 228 posti letto;
- P.O. Sapri, II livello nella rete dell'emergenza con 120 posti letto;
- P.O. Oliveto Citra, Presidio Ospedaliero ad indirizzo Riabilitativo con 80 posti letto le cui attività saranno implementate anche con la collaborazione di eventuali *partners* operanti nel campo della idroterapia presenti sul territorio
- P.O. Scafati, Presidio Ospedaliero ad indirizzo Riabilitativo e Pneumologico con 80 posti letto .

Nella riorganizzazione dei PP.OO. e della rete ospedaliera si è tenuto conto dell'attuale situazione organizzativa degli ospedali aziendali per adattarli poi ai dettati regionali ed in particolare a rendere attuabile quanto il Decreto Regionale 49/2010 stabilisce circa l'organizzazione delle reti.

E' stato necessario comunque garantire la "mission" che il Decreto del Commissario ad Acta 49/2010 assegna ad ogni presidio dell'azienda principalmente per la organizzazione dell'emergenza riconoscendo ai singoli ospedali funzioni già individuate da precedenti piani ospedalieri regionali in particolare legge 2/1994 istitutiva del SIRES, piano ospedaliero regionale

licenziato con legge 2/1998 , piano ospedaliero regionale licenziato con legge 24/2006 e piano di rientro regionale legge 16/2008.

Considerati i limiti imposti dalle linee guida regionali circa l'individuazione del numero di Strutture Complesse rapportate ai posti letto totali dell'azienda e soprattutto al fine di garantire tutte le funzioni che i PP.OO. svolgono per assicurare l'assistenza in emergenza-urgenza tipica di un DEA, benchè diversamente dimensionata, è stato necessario predisporre una organizzazione in dipartimenti dell'intera Azienda per come richiamato dall'articolo 5 del decreto n° 18/2013 che prevede tra l'altro flessibilità organizzativa e procedurale, salvaguardia della qualità ed economicità.

Vengono istituiti i seguenti Dipartimenti Ospedalieri Aziendali:

- 1) Dipartimento Discipline Mediche;
- 2) Dipartimento Discipline Chirurgiche;
- 3) Dipartimento Cardiovascolare;
- 4) Dipartimento Patologia Testa-Collo (Neuroscienze);
- 5) Dipartimento Materno-Infantile;
- 6) Dipartimento Area Critica;
- 7) Dipartimento Servizi.

Le suddette tecnostrutture sono necessarie per il coordinamento di Unità Operative distribuite in un territorio vasto (giòva ricordare che la provincia di Salerno è la più vasta di Italia), inserite in PP.OO. con diversa *mission* per la garanzia dell'assistenza in emergenza oltre che per la

implementazione della Rete Cardiologica, dello *Stroke*, del Trauma e della Rete Oncologica. Tale intervento di razionalizzazione, nel rispetto delle linee guida regionali emanate con il D.R. 18/2013, consente di creare le condizioni per garantire la confluenza operativa di alcuni servizi in un dipartimento intraaziendale finalizzato alla gestione integrata delle risorse umane e tecnologiche. E' quanto è stato previsto per la organizzazione delle UU.OO di Diagnostica di Laboratorio ai sensi delle deliberazioni della Giunta Regionale n. 1246 del 13.07.2007 e n. 1177 del 11.07.2008, dei servizi di diagnostica per immagini, implementando processi tecnologicamente avanzati di trasferimento delle immagini per la lettura centralizzata, dei servizi di farmacia, concentrando e riqualificando la logistica, la gestione di magazzino e la distribuzione dei farmaci. Tale organizzazione dipartimentale consente, diversamente da quanto compente alle Direzioni

Sanitarie di ogni singolo presidio e alla Direzione Strategica, di individuare precisi percorsi diagnostico-terapeutici con la predisposizione di linee guida attraverso protocolli licenziati dall'azienda. In seno ad ogni dipartimento le unità complesse o semplici dipartimentali troveranno il loro preciso spazio assistenziale per garantire le risposte all'utenza pur rispettando i limiti imposti dai piani di rientro regionali che nel contempo richiamano la necessità di garantire i LEA.

In ogni P.O. si è ritenuto opportuno distribuire le UU.OO., a prescindere dall'appartenenza dipartimentale, in aree comuni (medica, chirurgica, servizi) onde facilitare l'attività assistenziale atteso che alcune UU.OO., previste dal Decreto del Commissario ad Acta 49/2010, hanno una ridotta dotazione di posti letto e pertanto meglio si inseriscono in un'area assistenziale che mette in comune risorse mediche ed infermieristiche. È stato inoltre previsto, nel rispetto di quanto disposto dalla Delibera GR n° 3073 del 30.12.2003 come integrazione della Delibera GR 6490 del 30.11.2001, una Unità Operativa che accolga tutti i posti letto di *day-surgery* del P.O. con evidenti vantaggi sia dal punto di vista assistenziale che per quanto attiene alla possibilità di utilizzo di personale condiviso.

Solo attraverso la modifica dell'organizzazione ospedaliera, ereditata dalle disciolte AA.SS.LL. precedentemente presenti nella Provincia di Salerno, è possibile ottemperare alla domanda di assistenza sanitaria cui ogni P.O. viene richiamato principalmente per provvedere al trattamento dei pazienti nella fase acuta della malattia, per assicurare le altre funzioni diagnostico-terapeutiche e garantire la quantità e qualità delle performance per il rispetto dei tempi di attesa.

La rete dell'Emergenza 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 U.O. di Cardiocirurgia i loro cardini assistenziali fondamentali. In particolare i pazienti con SCA in accordo con le linee guida internazionali, così come previsto dal D.R. n° 29 del 15.3.2013, 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 EI, quali la coronarografia ed interventi di rivascolarizzazione.

L'applicazione pratica di questa organizzazione, secondo il modello "Hub e Spoke" presuppone da un canto l'individuazione delle relazioni e delle gerarchie fra i punti di produzione dei servizi classificati, in funzione della complessità, in "spoke" (UTIC senza Emodinamica Interventistica), in *hub* di 1° livello (UTIC con Emodinamica Interventistica) ed in *hub* di 2° livello (UTIC con Emodinamica Interventistica e Cardiochirurgia) e dall'altro l'attivazione di schemi organizzativi coordinati dalla centrale operativa del 118, che siano in grado di facilitare la costruzione del percorso assistenziale sulle esigenze del paziente.

La rete deve garantire:

- la diagnosi nel più breve tempo possibile;
- percorsi di cura immediati e preordinati;
- informazione ai pazienti ed ai loro familiari;
- continuità assistenziale dopo la fase di acuzie.

Per tale ultima modalità assistenziale una componente fondamentale dell'assistenza al cardiopatico ischemico post acuto e post chirurgico è la cardiopatia riabilitativa post acuta. Tale attività è infatti in grado di garantire una gestione più idonea dei reparti per acuti cardiologici e cardiochirurgici, consentendo, a minori costi, una dimissione precoce ma protetta ed un più agile turnover di posti letto.

Nei Presidi del III livello della rete dell'emergenza, in cui insiste una UTIC, il 30% dei posti letto di Recupero e Riabilitazione Funzionale (cod.56) previsti per questi presidi è destinato alla cardiologia riabilitativa con titolarità da attribuire comunque allo specialista cardiologo.

Organizzazione dell'emergenza cardiologica in Provincia di Salerno:

D.I.E. 1 SALERNO in cui confluiscono:

- Centro *HUB* 2° livello per emodinamica interventistica e cardiochirurgia e centrale operativa

cardiologica di riferimento: A.U.O. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona – Salerno

- Centro *HUB* 1° livello di riferimento per emodinamica interventistica:
 - P.O. Nocera Inferiore;
 - P.O. Valle del Sele (P.O. di Eboli ove esiste cardiologia con emodinamica);
- Centri *SPOKE* presenti nel bacino d'utenza:
 - P.O. Sarno.

D.I.E. 2 SALERNO in cui confluiscono:

- Centro *HUB* 2° livello per emodinamica interventistica e cardiocirurgia e centrale operativa cardiologica di riferimento: A.U.O. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona – Salerno;
- Centro *HUB* 1° livello per emodinamica interventistica:
 - P.O. Vallo della Lucania;
- Centri *SPOKE* presenti nel bacino d'utenza:
 - P.O. Polla;
 - P.O. Sapri

La Rete dell'Ictus Cerebrale Acuto

In Italia l'Ictus costituisce la seconda causa di morte e la prima causa d'invalidità. La mortalità acuta (entro 30 giorni) riguarda il 20-25% dei decessi totali e circa la metà dei sopravvissuti presentano, ad un anno, elevati gradi d'invalidità. Il dato fondamentale che emerge dalla letteratura recente è che, indipendentemente dalle terapie farmacologiche (trombolitiche) usate nella fase acuta, la presa in carico del paziente con ictus in aree di degenza dedicate "*Stroke Unit*" (S.U.), la multidisciplinarietà di approccio e la precocità di avvio di interventi riabilitativi si associano ad una maggiore sopravvivenza e ad un minore rischio di disabilità.

Le S.U. vanno intese come unità semi intensive nelle quali i pazienti sono sottoposti a piani sistematici di trattamento precoce.

In ambito regionale la rete deputata all'assistenza dell'Ictus in fase acuta si articola in 3 livelli:

- unità Ictus di 2° livello ("*Stroke Unit*"): costituite da aree dedicate all'ictus di tipo semintensivo, che hanno già raggiunto una consolidata esperienza nella trombolisi sistemica derivante dalla partecipazione ai registri SITS-MOST e SITS-ISTR, dislocate in ospedali in cui è presente una U.O. di Neurologia, con personale adeguato alle necessità, una U.O. di Neuroradiologia e una di Neurochirurgia; in esse verrà organizzato un percorso anche per il trattamento endovascolare.
- unità Ictus di 1° livello: costituite da aree dedicate all'Ictus con possibilità di monitoraggio dei pazienti e dislocate negli ospedali in cui vi è la presenza di una U.O. di Neurologia; esse possono essere autorizzate a praticare la trombolisi sistemica previa verifica dei requisiti.
- aree dedicate all'Ictus: costituite da aree dedicate all'Ictus in altre strutture ospedaliere e inserite nelle strutture di neurologia, medicina interna o geriatria, per le quali non è prevista la possibilità di effettuare il trattamento trombolitico. Esse si rapporteranno con le strutture gerarchicamente superiori anche mediante teleconsulto.

Tale rete sarà collegata secondo un modello di tipo "*Hub e Spoke*" che prevede percorsi assistenziali tesi a concentrare i casi che necessitano assistenza di maggiore complessità nei centri *hub*, attraverso la organizzazione del sistema di invio da centri periferici (*spoke*) con la successiva

presa in carico da parte degli stessi centri *spoke* una volta che non siano più necessari gli interventi di alta complessità. In tale ambito svolgono un ruolo rilevante la centrale operativa del 118 ed il pronto soccorso cui compete il compito, in funzione del livello di gravità, di trasportare o di trasferire con tempestività i pazienti verso le sedi ove effettuare i trattamenti ottimali.

Il concetto "*Time is Brain*" ha portato al centro della riflessione sull'Ictus cerebrale il problema del tempo che intercorre tra l'esordio sintomatologico di un Ictus acuto e l'effettivo accesso del paziente alla terapia, soprattutto per quanto riguarda la trombolisi. In questa prospettiva, ovviamente, assumono importanza cruciale le connessioni fra i centri, per quanto riguarda la condivisione di modalità e strumenti operativi, di conoscenze e competenze specifiche, e di sistemi di raccolta e gestione delle informazioni.

Anche per la rete dell'Ictus, come per quella delle emergenze cardiologiche, è necessario offrire la possibilità di esaurire all'interno della rete stessa l'intero percorso assistenziale. Infatti nei presidi del III livello della rete dell'emergenza, in cui insistono Unità Operative di Neurologia con *stroke unit* il 30% dei posti letto di Recupero e Riabilitazione Funzionale (cod.56) è destinato alla neurologia riabilitativa. La titolarità delle attività di neurologia riabilitativa è da attribuire allo specialista neurologo.

La logica fondante è quella della creazione di una rete che offra una soluzione unitaria per la soddisfazione delle aspettative dei cittadini/utenti, attraverso un processo che permetta di indirizzare con immediatezza il paziente presso l'Ospedale più idoneo al trattamento della condizione patologica ed in grado di assicurare, quando indicati, tutti gli interventi utili nella fase acuta (rivascolarizzazione farmacologica, chirurgica e/o endovascolare; trattamento neurochirurgico delle lesioni emorragiche). Ciò è tanto più importante da quando sono disponibili prove di efficacia relativamente all'unica terapia eziologica, la terapia fibrinolitica che, se praticata in pazienti selezionati sulla base di criteri clinici e di *neuroimaging* standardizzati (TC, RM) dimostrano una riduzione significativa dell'incidenza dell'*end point* combinato morte-dipendenza, nei trattati entro 3 ore.

Organizzazione dell'emergenza Ictus Cerebrale in Provincia di Salerno:

D.I.E. 1 SALERNO in cui confluiscono:

- Centro *HUB* 2° livello di riferimento:
 - A.U.O. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona – Salerno;
 - P.O. Nocera Inferiore.

- Centro *HUB* 1° livello di riferimento:
 - P.O. Valle del Sele

- Centri *SPOKE* presenti nel bacino d'utenza:

- P.O. Sarno

D.I.E. 2 SALERNO in cui confluiscono:

- Centro HUB 2° livello di riferimento:
 - P.O. Vallo della Lucania;
 - P.O. Nocera Inferiore;
- Centro HUB 1 di riferimento:
 - P.O. Polla;
- Centri *SPOKE* presenti nel bacino d'utenza:
 - P.O. Sapri.

Il Decreto Regionale del Commissario ad Acta 44/2013, ribadendo la necessità di istituire la rete regionale per il trattamento dell'Ictus Cerebrale così come disegnata dal Decreto Regionale 49/2010 e confermando l'organizzazione delle strutture *Hub* e *Spoke* presenti nella Provincia di Salerno, individua, in base a quanto realmente presente sul territorio regionale, solo alcuni Presidi

Ospedalieri *Hub* di 2° livello cui deputare in una prima fase di attivazione della rete, il trattamento dei pazienti con Ictus ischemico e tra questi PP.OO. viene individuato il P.O. di Nocera che tra l'altro viene anche identificato come *Stroke Unit* di 3° livello, in quanto dispone delle professionalità necessarie al trattamento anche degli aneurismi cerebrali.

Rete Trauma Grave

I PP.OO. dell'Asl Salerno assicurano il trattamento dei pazienti con trauma grave in relazione alla diversa complessità degli stessi comunque coordinati dalla C.O.T. 118. In particolare presso i PP.OO. di 3° livello (Nocera e Vallo della Lucania) si individuano Centri Trauma, secondo quanto previsto da programmi regionali che disegnano la rete per il trattamento del paziente con Trauma

Grave. Tali presidi di 3° livello sono dotati di UU.OO. di Neurochirurgia, Chirurgia Vascolare con possibilità di interventi di Angiografia Interventistica in H24 e pertanto possono garantire il trattamento di traumi complessi fermo restando la confluenza dei casi che necessitano di trattamenti di Chirurgia di Alta Specialità (chirurgia toracica, cardiocirurgia, chirurgia plastica, Chirurgia maxillo-facciale) nel Centro Trauma di Zona (CTZ) presso la A.U.O. Ruggi d'Aragona.

Rete Oncologica

Il cancro rappresenta uno dei principali problemi medici che il mondo moderno si trova ad affrontare. La complessità del problema è multidimensionale: se da un lato la variabilità biologica e clinica della patologia oncologica non ha paragoni con nessun'altra manifestazione di malattia, dall'altro l'impatto socio-sanitario sulla popolazione è enorme.

Lo sviluppo di nuove terapie prosegue, in questo campo, a ritmo vertiginoso a cui consegue un incremento dei costi farmaceutici superiore a qualunque altra branca. Ci troviamo quindi, di fronte ad un settore della sanità in cui è aumentata considerevolmente la domanda e l'erogazione di prestazioni sanitarie, sia in termini quantitativi che di complessità, con importanti ricadute sulla sostenibilità economica da parte dei sistemi sanitari.

Tali bisogni possono essere soddisfatti solo con la creazione di una rete assistenziale ed un sistema di risorse condivise centrato sul paziente mettendo al servizio del paziente le strutture e i

trattamenti più idonei a rispondere alle sue specifiche esigenze, personalizzandone il più possibile il percorso diagnostico-terapeutico e assistenziale, nell'ambito di un *continuum* volto a tutelare la qualità di vita della persona malata.

L'obiettivo che la Rete Oncologica intende realizzare è la riorganizzare l'insieme delle prestazioni e dei servizi erogati ai pazienti oncologici in una rete integrata, rispettando il principio guida della presa in carico globale e continua della persona malata. La continuità dovrà essere assicurata grazie ad una integrazione funzionale delle strutture operative esistenti dal livello ospedaliero a quello territoriale e della medicina generale, avvicinando sempre più i servizi alla persona e al suo contesto.

Tale integrazione dovrà ispirarsi a principi di umanizzazione, appropriatezza ed adeguatezza delle prestazioni sanitarie.

Dovrà garantirsi:

- il superamento delle disomogeneità territoriali, a livello di servizi sanitari erogati;
- il raggiungimento di sempre più elevati standard di trattamento;
- una semplificazione delle fasi di accesso ai servizi e dei percorsi di diagnosi e terapia;
- una semplificazione nell'accesso alle tecnologie diagnostico-terapeutiche innovative e di avanguardia;
- il graduale avvicinamento dei servizi al contesto di vita della persona bisognosa di cura;
- la presa in carico totale della persona malata.

Il coordinamento di tutte le azioni che si riferiscono all'assistenza al paziente neoplastico, sia in ospedale sia al di fuori di esso, è un punto cruciale, irrinunciabile ai fini del raggiungimento di elevati standard di qualità della stessa assistenza oncologica, e requisito fondamentale per consentire un uguale accesso alle cure in tutto il territorio provinciale.

Nell'ambito dell'assistenza al malato oncologico vanno considerate in un contesto di stretta integrazione:

- la Rete della Prevenzione: comprende programmi di screening (ca. cervice uterina, ca. mammario, ca. colon-retto), di educazione sanitaria (dieta, abitudini di vita, alcool, fumo), di promozione della salute e di vaccinazione (ca. cervice uterina).
- la Rete Ospedaliera: comprende il *setting* di assistenza e trattamento dalla diagnosi di neoplasia e/o di ricaduta al trattamento specifico, cioè la gestione delle patologie oncologiche e delle Emergenze/Urgenze oncologiche (compressione midollare, sindrome da lisi tumorale, ipercalcemia, DIC, ipertensione endocranica, frattura patologica, sindrome mediastinica) e dei tumori rari.
- la Rete di Assistenza Domiciliare e al paziente terminale è costituita da un complesso di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, socio-assistenziali rese al domicilio dell'ammalato, nel rispetto di standard minimi di prestazione in forma integrata e secondo piani individuali programmati di assistenza, oppure presso strutture appositamente realizzate ed organizzate come l'*Hospice*, che rappresenta la condizione ideale per offrire il miglior supporto clinico-psicologico al paziente permettendogli di mantenere fino all'ultimo il proprio ruolo socio-affettivo nell'ambito del contesto familiare.

Riorganizzazione delle attività di gastroenterologia

In questi ultimi anni si è assistito ad una profonda evoluzione della cura delle malattie dell'apparato digerente, con particolare riguardo alle metodiche diagnostiche e terapeutiche offerte dall'Endoscopia Digestiva. In conseguenza l'Asl Salerno ha provveduto alla rimodulazione delle modalità organizzative di offerta del servizio che determinano:

- riduzione dei ricoveri ordinari a favore di un incremento dell'attività di *Day Hospital*, *Day Surgery* e *Ambulatoriale*;
- riduzione delle giornate di degenza correlate;
- aumento dei benefici per il paziente e per i familiari;
- aumento dell'appropriatezza e conseguente riduzione dei costi.

La gestione delle urgenze in gastroenterologia ed endoscopia digestiva rappresenta uno dei settori che richiedono una forma organizzativa ad "alta integrazione", visto l'impatto che la componente organizzativa ha sul risultato delle prestazioni. I dati epidemiologici di prevalenza delle patologie dell'apparato gastroenterico evidenziano, in proposito, che le più comuni emergenze sono rappresentate dalle emorragie digestive, dall'ingestione di corpi estranei e dalle pancreatiti acute biliari. La disponibilità di un servizio specializzato e l'efficacia degli interventi risultano essere, quindi, di primaria importanza. Nella Provincia di Salerno la gestione delle

urgenze in ambito gastroenterologico, presenta non poche criticità:

- l'attività non copre tutto il territorio e risulta, quindi, disomogenea;
- non è pienamente strutturata l'erogazione del livello di maggiore complessità di cure (ERCP).

Da ciò la necessità di definire linee di comportamento comuni che consentano l'efficace integrazione di professionalità diverse come quella endoscopica digestiva e quella di medicina d'emergenza-urgenza. Il numero di casi nell'Asl Salerno, per quanto attiene le sole urgenze endoscopiche emorragiche è di 1000-1150 casi/anno, ovvero circa 3 urgenze per ogni giorno. Tale dato sale realisticamente a 4/die se si considerano gli altri tipi di urgenze non emorragiche, anche se meno numerose. I casi stimati di emorragie digestive per anno assommano a circa 100 ogni 100.000 abitanti.

La letteratura e le casistiche nazionali ed internazionali dimostrano inequivocabilmente che il tempestivo intervento endoscopico in caso di emorragie digestive riduce il numero di trasfusioni, rischio di complicanze post-trasfusionali conseguente, e il rischio di intervento chirurgico, con

risultato finale di riduzione della mortalità.

La Rete Gastroenterologica identifica le strutture sede di *HUB* e *SPOKE* atte a rispondere alle esigenze del paziente con Emorragia Digestiva Acuta e individua un preciso percorso di cura di questi pazienti sia nella fase extra che intra-ospedaliera. Essa è basata sull'integrazione delle strutture ospedaliere con quelle territoriali del SIREs 118.

La rete *HUB* e *SPOKE* dell'Asl Salerno risulta quindi così disegnata:

- P.O. Nocera, P.O. Vallo della Lucania e P.O. Valle del Sele come centri *Hub* di 1° livello.
- P.O. Polla, Sarno e Sapri come centri *Spoke*

Presso il P.O. di Nocera Inferiore il Decreto 49/2010 individua posti letto dedicati mentre presso il P.O. di Vallo della Lucania saranno attivati posti letto computati nel numero di posti dell'Area Medica.

Il P.O. Valle del Sele sarà identificato come *Hub* di 1° livello dopo l'accorpamento dei diversi PP.OO. ai sensi del Decreto 49/2010.

Organizzazione interna dei singoli Presidi Ospedalieri della Asl Salerno

Nel ribadire l'organizzazione dei Dipartimenti Ospedalieri precedentemente descritta e a cui integralmente si fa riferimento si individuano nei singoli Presidi Ospedalieri dell'Asl di Salerno le seguenti Strutture Complesse con le Strutture Semplici in esse incardinate e le Strutture Semplici Dipartimentali (vedi schede allegate).

CAPO VI – INCARICHI, COMPETENZE E RESPONSABILITA'

ATTRIBUZIONE E REVOCA DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI E RELATIVE MODALITA' DI VALUTAZIONE

La materia sarà oggetto di specifica regolamentazione che l'Azienda, in conformità a quanto previsto dai CC.CC.NN.LL. e dal C.I.A., si impegna formalizzare entro 90 gg. dall'approvazione del presente Atto Aziendale da parte degli organismi regionali.

La responsabilizzazione gestionale

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

L'Azienda riconosce, quali principali vettori della responsabilizzazione gestionale, la pianificazione operativa e l'individuazione di obiettivi chiari cui associare responsabilità e poteri decisionali, la

delega di funzioni e poteri a soggetti che la esercitano in piena e diretta autonomia nonché la verifica sistematica dei risultati raggiunti.

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

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

Le deleghe e i poteri

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

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

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

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

Non sono previste forme di controllo preventivo sugli atti delegati.

La delega è conferita dal Direttore Generale con apposito provvedimento scritto e motivato in cui sono indicati chiaramente i soggetti delegati, le relative competenze, le tipologie di atti ed i relativi

importi. Ad esso deve darsi idonea pubblicità anche mediante pubblicazione sul sito web dell'Asl Salerno.

La revoca delle deleghe assegnate deve aver luogo nelle stesse forme seguite per il loro conferimento.

Il soggetto delegato ha la piena responsabilità, a qualsiasi effetto interno ed esterno, degli atti compiuti in virtù della delega conferita. Con il Regolamento di organizzazione vengono individuate modalità di controllo successivo delle attività delegate. Non è in alcun modo ammessa la subdelega.

L'esercizio delle funzioni delegate avviene:

- nel rispetto della normativa generale e specifica e delle norme del Codice Civile afferenti il mandato e la rappresentanza;
- nel rispetto degli obiettivi generali dell'Azienda;
- garantendo la trasparenza, la esaustività e la chiarezza espositiva della motivazione e della decisione degli atti adottati;
- nel rispetto della compatibilità finanziaria.

In caso di inerzia del soggetto delegato, o negli altri casi in cui lo ritenga opportuno, il Direttore Generale può adottare direttamente l'atto delegato ovvero delegarne l'adozione ad altro soggetto previa comunicazione al delegato originario.

Il Direttore Generale nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento può annullare o revocare, con atto formalmente motivato, i provvedimenti amministrativi illegittimi o inopportuni assunti dal delegato. Per gli atti di diritto privato invalidi o inopportuni il Direttore Generale provvede ai sensi di quanto stabilito dal codice civile.

La pubblicazione e la regolare tenuta dei provvedimenti dirigenziali adottati in esecuzione delle deleghe conferite è disciplinata da apposito regolamento aziendale.