



Oggetto : Atto aziendale A.S.L. Napoli 3 Sud - Approvazione

**Premesso che**

- Con decreto del Commissario ad Acta n. 135 del 10/10/2012, pubblicato sul BURC n. 67 del 22/10/2012, sono stati forniti gli indirizzi specifici per l'adozione degli atti aziendali e sono stati determinati i parametri per l'individuazione delle strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali;
- con decreto del Commissario ad Acta n. 6 del 14/01/2013 sono stati impartiti ulteriori indirizzi con riguardo ai parametri standard per l'articolazione delle unità operative ed all'aggiornamento di alcune disposizioni;
- Con decreto del Commissario ad Acta n. 18 del 18/02/2013, pubblicato sul BURC n. 12 del 25 febbraio 2013, è stato approvato l'Atto definitivo di indirizzo per l'adozione dell'atto aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Campania;
- Inizialmente i nuovi atti aziendali dovevano essere inviati alla Struttura Commissariale entro 60 giorni dalla data di pubblicazione sul BURC;
- Con decreto n. 34 del 24/04/2013, il Commissario ad Acta ha differito il termine previsto per la trasmissione ai competenti Uffici Regionali degli atti aziendali al 10 giugno 2013;
- Con nota del 7/6/2013 inviata alla Regione i Direttori Generali delle AASSLL hanno comunicato che procederanno alla trasmissione dell'atto aziendale entro il 28 giugno 2013.

**Considerato che**

Il Decreto del Commissario ad Acta n. 18/2013 statuisce i seguenti parametri per l'individuazione delle Unità Operative Complesse (UOC), semplici (UOS) e Semplici Dipartimentali (UOSD):

- a) Per i presidi ospedalieri di ASL una struttura complessa ogni 22 posti letto, riferiti al complesso dei posti letto della ASL;
- b) Per l'ambito territoriale, 1 struttura complessa ogni 13515 residenti;
- c) Sia in ambito ospedaliero che in ambito territoriale, 1,31 strutture semplici o semplici dipartimentali per ogni struttura complessa

**Atteso che:**

- Il numero di posti letto della ASL Napoli 3 Sud, come analiticamente descritti nei decreti commissariali n. 49/2010 e n. 36/2011 è pari a 1027;
- Che la popolazione residente nella ASL Napoli 3 Sud alla data del 18/12/2012 è pari a 1.059.390 abitanti (G.U. n. 209 supp. ord. n. 294 del 18/12/2012) ad oggi 1.155.594;
- Che in ragione dei menzionati parametri le UUOCC ospedaliere aziendali devono essere pari a 47 e quelle territoriali, riferite al n. della popolazione, devono essere pari a 86, per complessive 133 UU.OO.CC.;
- Che in ragione dei predetti parametri, l'Azienda deve dotarsi complessivamente di n. 133 strutture complesse e n. 174 strutture semplici e semplici dipartimentali;



### **Considerato che**

Al fine di garantire una migliore risposta ai bisogni assistenziali, ed in linea con i parametri fissati dalla struttura commissariale, l'Azienda ha formulato un Atto Aziendale fondato sulla sinergia ospedale/territorio e su un assetto dipartimentale aziendale e non settoriale, così completando l'obiettivo di uniformare le attività tutte alla nuova dimensione dell'ASL Napoli 3 Sud;

### **Atteso che**

La nuova organizzazione contempla complessive n. 133 strutture complesse e n. 174 strutture semplici e semplici dipartimentali di cui n. 115 UUUOSS e n.68 UU.OO.SS.DD.;

### **Dato atto**

Che al punto 11.1. dell'Atto di indirizzo sopra citato, vengono definite le procedure per l'adozione dell'atto aziendale nelle quali si precisa che l'atto aziendale è adottato dal Direttore Generale con proprio provvedimento, previo parere del Collegio di Direzione di cui ai verbali n. 5 del 10/6/2013 e n. 6 del 17/6/2013, informati preventivamente e sentiti il Comitato di rappresentanza dei Sindaci, il Consiglio dei Sanitari e le Organizzazioni Sindacali;

Dato altresì atto che nella Asl Napoli 3 Sud non è ancora costituito il Consiglio dei Sanitari e, pur tuttavia, l'atto aziendale va reso entro il prossimo 28 giugno 2103;

### **Rilevato che**

- Onde adempiere all'obbligo dell'informazione preventiva sono state avviate numerose consultazioni con la dirigenza medica e veterinaria, sanitaria e STAP, all'esito delle quali sono state rese diverse richieste di modifiche di cui ai verbali n. 15 del 4/6/2013, n. 18 dell'11/6/2013 e n. 21 del 20/6/2013;
- Che la medesima informazione preventiva è stata resa alle OO.SS. del comparto con cui sono state avviate numerose consultazioni all'esito delle quali sono state rese diverse richieste di modifiche di cui ai verbali n.16 del 4/6/2013, n. 17 del 4/6/2013 tavolo separato FIALS, n.19 dell'11/6/2013 e n.20 dell'11/6/2013 tavolo separato FIALS, n.22 del 20/6/2013 e n. 23 del 20/6/2013 tavolo separato FIALS;

### **Richiamati e letti**

Il D.C.A. n. 18/2013 che, al punto 11.1, in relazione alle organizzazioni sindacali, sancisce l'obbligo, in capo al Direttore Generale della informazione preventiva e non già della concertazione;

il D. Lgs. N. 150/2009 che al c.2) dell'art. 34 testualmente recita "... le determinazioni per l'organizzazione degli uffici e le misure inerenti alla gestione dei rapporti di lavoro sono assunte in via esclusiva dagli organi preposti alla gestione con la capacità e i poteri del privato datore di lavoro, fatta salva la sola informazione ai sindacati, ove prevista nei contratti...";



la Legge n. 135 del 7 agosto 2012 che al c.17) dell'art.2, in relazione all'organizzazione degli uffici, richiama l'obbligo della "sola informazione" ai sindacati per le determinazioni relative all'organizzazione degli uffici;

**Ritenuto** pertanto di avere assolto all'obbligo dell'informazione preventiva;

**dato atto** che sono state accolte alcune proposte di modifica suggerite dalle OO.SS.,

**Valutati** i pareri formulati dal Collegio di Direzione nelle riunioni effettuate nelle date 10 e 17 giugno 2013 e dato atto che sono state accolte alcune proposte di modifica;

**Dato atto** che in data 31/5/2013, con nota prot. 0038583, è stata informata la Conferenza dei sindaci; che la bozza dell'atto aziendale è stata consegnata in data 7 giugno 2013 al Presidente della Conferenza e del Comitato di rappresentanza nella persona del Sindaco della città di Torre del Greco e che con il citato Comitato è stata convocata riunione per il giorno 21 giugno, andata deserta, e riconvocata per il giorno 24 giugno 2013 di cui a verbale;

**Ritenuto** di avere esperito tutte le procedure di cui al punto 11.1 del DCA 18/2103 e di poter quindi procedere ad adottare l'Atto Aziendale dell'ASL Napoli 3 Sud con tutti gli allegati formanti parte integrante e sostanziale nonché l'elenco delle Posizioni Organizzative e l'elenco dei Coordinamenti quali emergono dalla nuova organizzazione aziendale;

**Ritenuto** altresì allegare, in ossequio al punto 11.2 del citato DCA 18/2013 lo stato del personale dipendente e convenzionato nonché l'attuale stato delle Posizioni Organizzative e dei Coordinamenti;

**in virtù** dei poteri conferitigli in esecuzione della DGRC n. 467 del 26/09/2011;

**vista** la Legge Regionale n. 16 del 28 novembre 2008;

**Sentiti** i pareri favorevoli del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo;

### **DELIBERA**

Per quanto riportato in premessa, che qui si intende per ritrascritto:

#### **Di adottare**

L'Atto Aziendale (parte descrittiva e parte organizzativa - Allegato 1 ed Allegato 2)

#### **Di allegare**

L'elenco delle Posizioni Organizzative e l'elenco dei Coordinamenti quali emergono dalla nuova organizzazione aziendale, di cui alla deliberazione n. 329 del 25 giugno 2013 (Allegato 3)

Lo stato del personale dipendente e convenzionato comprensivo dell'elenco delle Posizioni Organizzative e dei Coordinamenti (Allegato 4)



Così come allegati e parti integranti del presente provvedimento disponendo il successivo invio alla Regione Campania per i successivi adempimenti di competenza.

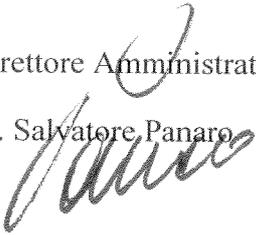
Tali atti sono sottoscritti in ogni pagina dal Direttore Generale dell'Azienda.

Dare mandato al Direttore della U.O.C. Gestione Risorse Umane di provvedere ad ogni consequenziale adempimento, riferito al presente atto.

Precisare che l'esecuzione avverrà a seguito di positivo esame da parte della Struttura commissariale regionale, con l'emanazione degli atti consequenziali.

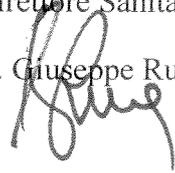
Il Direttore Amministrativo

Dott. Salvatore Panaro



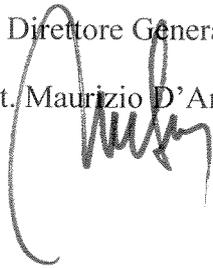
Il Direttore Sanitario

dott. Giuseppe Russo



Il Direttore Generale

Dott. Maurizio D'Amora





*Direttore Generale: Dott. Maurizio D'Amora*

# ATTO AZIENDALE 2013

## DOCUMENTO di diritto privato

ai sensi dell'articolo 3, comma 1 bis del Decreto Legislativo n. 229/99.



**IL DIRETTORE GENERALE**  
*Dott. Maurizio D'Amora*

## PREFAZIONE

*Con l'adozione dell'Atto Aziendale, elaborato sulla base dei "Principi, Criteri e Indirizzi" emanati dalla Regione Campania con l'adozione del Piano Sanitario Regionale 2011-2013 e puntualizzati con il Decreto del Commissario ad acta n. 18 del 18/02/2013 si è avviato più compiutamente il percorso di autonomia e aziendalizzazione della nostra struttura sanitaria individuato dal legislatore con l'ultima riforma del sistema.*

*Nel riconsiderare l'intero assetto organizzativo dell'azienda, il presente documento, al di là degli obblighi normativi, è stato considerato quale strumento per rendere compatibile la organizzazione, il funzionamento e lo stile di direzione con gli obiettivi di riforma e del Piano Sanitario Regionale.*

*Il percorso intrapreso per la trasformazione della struttura organizzativa e del modello della gestione, il potenziamento dei servizi esistenti e l'istituzione di nuovi, la razionalizzazione delle risorse e l'innovazione duratura dell'operatività dei servizi sanitari che quotidianamente sono erogati all'utenza è segnato dall'evoluzione dei tempi e dalle difficoltà economico-finanziarie del sistema per cui si è resa necessaria la presente riscrittura.*

*L'atto aziendale, fondamentalmente, si caratterizza per gli interventi inerenti i Distretti Sanitari e per la reingegnerizzazione dell'attività ospedaliera con la rivisitazione dell'organizzazione dipartimentale per realizzare poli sanitari con specialità e professionalità che concorrono sinergicamente con le altre strutture pubbliche e private.*

*Si conferma la funzione primaria dei Distretti Sanitari nella pianificazione degli obiettivi aziendali, nel rilievo dei bisogni, nel monitoraggio dei programmi, nella promozione della salute, nella prevenzione di malattie e disabilità, nel favorire l'integrazione sociosanitaria attraverso la concertazione con i Comuni, i soggetti privati e del privato sociale.*

*L'obiettivo è di garantire, ottimizzando le risorse disponibili, servizi unitari e globali alla persona, lo sviluppo dell'assistenza domiciliare e le attività di prevenzione rivolte ai bambini, alle donne ed agli anziani. In tale ambito la preziosa collaborazione con le organizzazioni di volontariato e con gli organismi di tutela, è sia auspicata che garantita da questa Direzione Generale.*

*La missione aziendale pone come fondamento della programmazione di governo i criteri della massima flessibilità organizzativa compatibile con le superiori esigenze di legittimità, trasparenza, qualità, equità, appropriatezza, efficacia, efficienza, produttività ed economicità della gestione, nonché di corrispondenza tra le molteplici attività svolte e quelle programmate a livello regionale.*

*Si tratta evidentemente solo di un momento iniziale che, con il coordinamento della Giunta Regionale, ritengo debba essere integrato da ulteriori perfezionamenti sia attraverso successivi adeguamenti del documento elaborato sia attraverso iniziative e progetti volti a garantire la più razionale fruibilità delle prestazioni sanitarie.*

Dott. Maurizio D'Amora  
Direttore Generale





➤ **PREMESSA**

Il presente documento rappresenta l'integrazione e modifica dei precedenti Atti aziendali delle ex ASL Napoli 4 e Napoli 5, aziende confluite nell'Asl Napoli 3 Sud nell'anno 2009.

Con il decreto n. 22 del 22 marzo 2011, pubblicato sul B.U.R.C. n. 32 del 27 maggio 2011, del Commissario ad acta per la prosecuzione del piano di rientro è stato promulgato il "Piano Sanitario Regionale per il triennio 2011 - 2013".

Le indicazioni di merito relative alle azioni e agli interventi da effettuare sono contenute nel testo allegato al decreto, che costituisce atto amministrativo di portata generale, programmatica e di indirizzo.

Gli interventi individuati dai programmi operativi di riorganizzazione, qualificazione o di potenziamento del servizio sanitario regionale, necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, oggetto degli accordi di cui alla legge 30 dicembre 2004, n. 311, articolo 1, comma 180, come integrati dagli accordi di cui alla legge 23 dicembre 2005, n. 266, articolo 1, commi 278 e 281, sono vincolanti per la regione Campania.

Ai sensi del nuovo P.R.O. promulgato con il decreto n. 49/2010 occorre procedere alla rimodulazione della rete ospedaliera campana, anche al fine di arginare la migrazione sanitaria, e la stessa deve essere attuata attraverso scelte organizzative efficaci, verificate e verificabili, mediante azioni tese:

a) alla progressiva riqualificazione delle prestazioni di alta specialità ed eccellenza;



b) all'opportuna e qualificata dotazione professionale e tecnologica che tiene conto anche dei nuovi profili professionali emergenti dai nuovi corsi accademici ad indirizzo sanitario e della figura professionale di operatore socio sanitario istituita a livello regionale;

c) alla sempre maggiore riqualificazione delle risposte all'emergenza;

d) all'ottimizzazione delle risposte alla domanda sempre più consistente di attività riabilitative, territoriali, di day hospital medico-chirurgico.

In concreto la filosofia e gli obiettivi a cui è ispirato il nuovo P.R.O. è quella che deriva dalle linee di tendenza legislative e culturali che ispirano la programmazione regionale ovvero:

a) alta partecipazione delle Direzioni Aziendali nel processo di verifica di efficacia degli obiettivi raggiunti sia in termini di processo che di risultato;

b) analisi dell'utilizzo attuale della rete ospedaliera;

c) analisi della "domanda di assistenza sanitaria" presente nell'ambito territoriale di riferimento;

d) sistematizzazione ed implementazione di una metodologia di pianificazione che rappresenti una linea guida per il livello centrale e periferico per l'attivazione, disattivazione e riconversione totale o parziale delle strutture, entro i limiti quantitativi e gli obiettivi strategici tracciati dal Piano stesso;

e) potenziamento e valorizzazione delle Alte Specializzazioni anche con l'obiettivo della riduzione della migrazione sanitaria in alcune discipline strategiche quali, ad esempio, la l'ematologia, l'oncologia;

f) riorganizzazione del Sistema di Emergenza, anche attraverso risposte tecnologicamente avanzate;

g) verifica delle strutture di ricovero alla luce delle necessità prioritarie di allocare i DH medico-chirurgici in strutture diverse dalle U.O. di degenza ordinaria e di creare quelle forme alternative al ricovero e nell'ottica della

integrazione ospedale-territorio che meglio possano rispondere ai bisogni epidemiologici del territorio;

h) rivisitazione e sviluppo delle attività di riabilitazione, con il riequilibrio dell'offerta pubblica e privata ispirata agli obiettivi di salute della popolazione;

i) pianificazione e governo del rapporto pubblico-privato, finalizzato alla risposta ai bisogni di salute della popolazione e non solo alla verifica del possesso dei requisiti;

j) riequilibrio territoriale dell'offerta ospedaliera, attraverso il progressivo decongestionamento e decentramento delle strutture.

k) potenziamento dell'offerta della degenza per acuti al paziente anziano e messa in rete dell'offerta attraverso la dipartimentalizzazione delle attività a completamento di quanto già programmato a livello nazionale e regionale (Progetto Obiettivo Anziani, Piano Sanitario Nazionale, Piano Sanitario Regionale 2002-2004, DGRC. n. 5744 del 28/11/2000, Progetto Ministeriale "CRONOS", Legge regionale 8/ 2003 sulle RR.SS.AA e successive m.i.).

Il P.R.O. 2011-2013, che è inserito nella attuale realtà legislativa, economica ed organizzativa regionale, mira prioritariamente alla piena tutela della salute dei cittadini ponendo i diritti del paziente al centro delle attività ospedaliere, tenendo conto della necessità di un contenimento della spesa sanitaria che, in ogni caso, non mini la qualità delle prestazioni offerte.

In particolare:

1) l'indice di posti letto programmati per abitanti passa da 5,2/1.000 abitanti del Piano precedente al 3,4/1.000 abitanti di cui 0,7 di riabilitazione e 2,7 per acuti;

2) vengono indicate le dimensioni minime delle Unità Operative Complesse, allo scopo di migliorare l'efficienza e razionalizzare le spese;

3) vengono forniti rigorosi criteri per la riorganizzazione dell'emergenza, attraverso:

- a) la verifica dei requisiti tecnologico-strutturali e organizzativi;
- b) la riorganizzazione dell'emergenza attraverso una "rete" esaustiva delle esigenze individuate in ambito provinciale.

Il Piano per raggiungere gli obiettivi tracciati percorre le seguenti tappe:

- A) analisi della situazione legislativa con relativi vincoli e risorse;
- B) fotografia analitica e ragionata dell'utilizzo attuale della rete ospedaliera campana;
- C) messa a punto del percorso di gestione periferica della programmazione posta in

essere dal livello centrale, attraverso linee guida che razionalizzino le metodologie di attivazione, disattivazione e riconversione delle funzioni delle strutture nei limiti emergenti dal calcolo dei fabbisogni;

D) elaborazione di modelli di erogazione dell'assistenza, compresi i modelli miranti al decongestionamento e all'ottimizzazione del ricorso all'ospedalizzazione, attraverso la definizione di percorsi alternativi al ricovero e che prevedono l'integrazione ospedale-territorio e, se necessario, interaziendale;

E) proposte di riorganizzazione della rete dell'emergenza sulla base di un'adeguata qualificazione tecnologica ed organizzativa;

F) monitoraggio e verifica annuale dei risultati raggiunti, sia sotto il profilo della qualità delle prestazioni offerte sia sotto il profilo del miglioramento dello stato di salute della popolazione.

I limiti strutturali - operativi dell'assetto organizzativo oggi esistente sono così individuati:

- a) distribuzione disomogenea dell'offerta sul territorio regionale in senso quantitativo e per specialità;

- b) significativa mobilità sanitaria intra ed extraregionale;
- c) carenze e disomogeneità delle risorse umane in relazione all'assetto organizzativo esistente;
- d) efficienza non ottimale;
- e) elevati livelli dei costi;

I criteri ispiratori del riordino della rete ospedaliera, sono così identificati:

- 1) autosufficienza su base provinciale;
- 2) necessità di garantire assistenza omogenea sul territorio regionale con riferimento ai livelli essenziali;
- 3) realizzazione di un razionale e qualificato sistema d'assistenza ospedaliera distribuito sul territorio nel quadro di un riequilibrio delle dotazioni sanitarie nel loro complesso;
- 4) riorganizzazione delle attività interne dei presidi ospedalieri attraverso la dipartimentalizzazione ed il superamento della frammentazione e/o duplicazione delle strutture organizzative esistenti, con particolare riferimento alle strutture complesse;
- 5) eventuale trasformazione o riconversione di parte delle strutture ospedaliere in strutture residenziali o in altre tipologie di offerte assistenziali;
- 6) potenziamento delle strutture che erogano prestazioni di Alta Specializzazione e/o attivazione di nuove strutture costituenti Centri di Alta Specializzazione;
- 7) realizzazione di piani intra-ospedalieri per un rapido adeguamento ad esigenze assistenziali connesse ad eventi di maxi-emergenze, nonché individuazione di strutture ospedaliere dedicate ad eventi calamitosi.

Considerato il tasso di utilizzo dei posti letto al 75% quale limite inferiore accettabile al di sotto del quale è necessario ridurre il numero di posti letto fino all'eventuale accorpamento o disattivazione di reparti di degenza, tenuto conto dei casi di temporanea sospensione dei ricoveri per giustificati motivi,



e fissando come limite superiore accettabile il 95%, si possono ricavare alcune indicazioni, complessivamente considerate per le strutture ospedaliere frutto sia della valutazione degli indici sopra riportati, ma anche della domanda inespressa per mancanza di offerta, anche tecnologica, o della mobilità extraregionale o extra provinciale, ritenute elementi rilevanti in sede di programmazione della rete ospedaliera.

Occorre integrare a tutto quanto sopra quanto disposto dalla DGRC n. 460 del 20 marzo 2007 avente ad oggetto: **"Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004"** considerato che l'intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, in attuazione della Legge 311/2004, pone in capo alla Regione Campania:

- l'impegno ad adottare provvedimenti in ordine alla razionalizzazione della rete ospedaliera;
- l'obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi sull'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, con riferimento alle proprie Aziende sanitarie locali, Aziende ospedaliere, Aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i Policlinici universitari e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, sia in sede di preventivo annuale, che di conto consuntivo, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo economico per l'anno di riferimento (art. 6).

La scrittura del presente Atto aziendale risponde ai requisiti scaturenti dalla stipula - in relazione a quanto disposto dall'art. 1 comma 180 della Legge 30 dicembre 2004 n. 311 - con i Ministri dell'Economia e della Salute dell'apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento



dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza (art. 8).

L'Atto aziendale, infine, ha dovuto considerare che la Regione Campania, per aver maturato nel tempo disavanzi di gestione non ripianabili entro il 31 maggio 2006 e per aver accertato un livello di indebitamento del settore sanitario di rilevante consistenza, si è trovata nelle condizioni di dover stipulare l'accordo previsto dall'art. 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e di dover ottemperare a tutti gli obblighi ivi disciplinati per le Regioni in situazione di squilibrio economico-finanziario.

I richiamati atti ed i provvedimenti amministrativi e legislativi adottati per avviare il risanamento economico finanziario del settore hanno reso indispensabile elaborare, con le modalità e nelle forme indicate dai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, un articolato piano di interventi, azioni e misure di riorganizzazione e riqualificazione del SSR (Il Piano di Rientro) dirette - attraverso l'individuazione di specifici obiettivi di risanamento - a riportare entro l'anno 2011 il Servizio Sanitario Regionale in condizioni di equilibrio economico finanziario, nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza atteso l'approvazione da parte della Regione del "Piano di Rientro" è posta dai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze come condizione pregiudiziale per la progressiva erogazione delle risorse integrative e aggiuntive statali.

I processi assistenziali, laddove fortemente accentrati nel livello ospedaliero, generano spesso rilevanti diseconomie di sistema che sottraggono risorse che potrebbero potenzialmente essere meglio utilizzate in termini di costi/opportunità. I mutamenti intervenuti nel quadro demografico e socioeconomico, l'identificazione di nuovi rischi, la valutazione del loro impatto sulla salute, la pianificazione e la gestione di iniziative di prevenzione tempestive, efficaci e sostenibili, il nuovo quadro epidemiologico richiedono un significativo cambiamento delle politiche sanitarie. Infatti, i

nuovi determinanti di salute - da ricercare nelle condizioni sociali, economiche, culturali e comportamentali di una popolazione - non consentono risposte settoriali, ma richiedono risposte unitarie che considerino la persona nella sua globalità tenendo conto delle prospettive fisiche, economiche, sociali, culturali, ambientali e di genere della popolazione, delle disuguaglianze nella salute e sappiano garantire assistenza senza soluzione di continuità. Inoltre il progresso culturale e scientifico della medicina e delle scienze sanitarie, associati ad una rilevante evoluzione tecnologica, hanno profondamente ridefinito gli spazi di intervento dei servizi sanitari e reso sempre più evidente che l'obiettivo del sistema deve essere il raggiungimento di importanti "guadagni di salute".

*"L'assistenza sanitaria primaria è costituita da quelle forme essenziali di assistenza sanitaria che sono basate su tecnologie e metodi pratici, scientificamente validi e socialmente accettabili, che sono rese accessibili a tutti gli individui e alle famiglie nella comunità grazie alla loro piena partecipazione, che sono realizzate a un costo che la comunità e la nazione possono sostenere in ogni fase del proprio sviluppo in uno spirito di autonomia e di autodeterminazione. L'assistenza sanitaria primaria è una parte integrante sia del sistema sanitario di un paese, del quale rappresenta la funzione centrale e il punto principale, sia del completo sviluppo sociale ed economico della comunità. Essa rappresenta la prima occasione di contatto degli individui, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario nazionale, portando l'assistenza sanitaria il più vicino possibile ai luoghi di vita e di lavoro, e costituisce il primo elemento di un processo continuo di assistenza sanitaria.*

*Tutti i governi dovrebbero formulare a livello nazionale politiche, strategie e piani d'azione per diffondere e sostenere l'assistenza sanitaria primaria come parte dell'intero sistema sanitario nazionale e in modo coordinato con gli altri settori." (Alma Ata).*



## NORMATIVA DI RIFERIMENTO

La disciplina relativa all'assetto organizzativo delle aziende sanitarie della Campania trova, nell'attuale contesto, il suo principale riferimento nella seguente normativa:

- D.Lgs 502/1992 e s.m.i;
- L.R. 32/94 e s.m.i.;
- L.R. 24/2006
- DGRC n. 460/2007 "Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale";
- L.R. 16/2008
- Decreto del commissario ad acta n. 49/2010 " Riassetto della rete ospedaliera e territoriale";
- Decreto del commissario ad acta n. 55/2010 "Completamento del riassetto della rete laboratoristica"
- Patto per la salute 2010-2012;
- Decreto del Commissario ad acta n. 22/2011 "Piano Sanitario Regionale 2011-2013";
- Decreto del commissario ad acta n.45/2011 "Approvazione Programmi operativi 2011-2012".
- Articolo 9, comma 32, del decreto-legge 31 maggio 2010, n.78, convertito, con modificazioni dalla legge 30 luglio 2010, n.122 richiamato dal D.L. Balduzzi 2012.

N.B. per effetto delle norme sopra richiamate le UU.OO.CC. e le SS.SS. soppresse e/o riconvertite in applicazione del DCA 18 del 18/2/2013 cesseranno dalla funzione alla scadenza del contratto di diritto privato sottoscritto con il legale rappresentante dell'Azienda (D.L. Balduzzi).



# 1 - L'AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI

## 3 SUD

L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud ha come scopo la promozione, la tutela, il mantenimento ed il miglioramento delle condizioni di salute dei cittadini che si affidano alle sue prestazioni. In sintonia con altri soggetti istituzionali e non, pubblici e privati, persegue tale scopo per promuovere e migliorare la qualità complessiva degli stessi utenti.

### L'ASPETTO LEGALE

#### 1.1 Costituzione e sede legale dell'Azienda

L'A.S.L. Napoli 3 Sud è stata costituita ai sensi della Legge Regionale della Campania 28/11/2008, n° 16 con DGRC n. 505 del 20 marzo 2009. Essa è il risultato della fusione delle ex ASL Napoli 4 e Napoli 5 in cui era suddiviso il territorio a sud della provincia di Napoli; in esse erano attivi anche dieci Presidi Ospedalieri.

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

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

La Giunta regionale della Campania con la deliberazione n. 751 del 21 dicembre 2012 ha stabilito la sede legale definitiva dell'ASL Napoli 3 Sud, così come proposta dal Direttore Generale, nel Comune di Torre del Greco (Na) – alla Via Marconi n. 66 ex Presidio "Bottazzi" Partita IVA 06322711216.

I Comuni di competenza dell'Asl Napoli 3 Sud sono 57 per un totale di 1.012.313 abitanti dato ISTAT e dato anagrafico residenti 1.059.390.

L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud gode di personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale ed il presente atto di diritto di privato novella la disciplina di funzionamento, ne ridisegna l'assetto organizzativo, reidentifica le gerarchie, i livelli di responsabilità e le autonomie gestionali dei dirigenti, sancisce i rapporti tra unità organizzative e definisce le finalità produttive dell'Azienda, così come già stabilito nella D.G.R.C. n. 1364 del 30 marzo 2001 pubblicata sul B.U.R.C. numero speciale del 04/05/2001 e successive modifiche ed integrazioni.

L'attuale Direttore Generale dell'azienda è il Dott. Maurizio D'Amora, nominato il 29/09/2011.

Il Direttore Sanitario è il dott. Giuseppe Russo nominato il 28/03/2012.



Il Direttore Amministrativo è il dott. Salvatore Panaro nominato il 18/04/2013.

Il sito web ufficiale è: [www.aslnapoli3sud.it](http://www.aslnapoli3sud.it)

## 1.2. Patrimonio

L'Azienda ha un proprio patrimonio composto di tutti i beni mobili e immobili, (ivi comprese le attrezzature) ed i proventi da reddito o acquisite direttamente dall'Azienda o a seguito d'atti di liberalità, compreso i beni trasferiti dallo Stato o da altri Enti Pubblici in virtù di leggi o di provvedimenti amministrativi.

Il patrimonio, ai sensi e per gli effetti dell'art. 5, comma 2 del D.Lgs. n. 229/99, è disponibile secondo il regime della proprietà privata, fermo restando le disposizioni di cui all'articolo 830, secondo comma, del Codice Civile e gli altri limiti imposti dalla legge.

L'Azienda riconosce la valenza strategica del patrimonio quale strumento di potenziamento e di qualificazione strutturale e tecnologica dell'offerta di servizio e, in tale prospettiva, si riserva di ricorrere a tutte le forme possibili di finanziamento, incluse quelle innovative e compresi i processi di alienazione del patrimonio da reddito e di trasferimento di diritti reali, previa la necessaria autorizzazione regionale.

Acquisire la costante e puntuale conoscenza del patrimonio immobiliare, perseguire la massima redditività degli immobili e razionalizzare il processo di gestione del patrimonio aziendale ed i relativi costi, costituiscono gli obiettivi di un nuovo modello di governance, atta ad innescare circoli virtuosi di sviluppo dell'intero sistema pubblico.

## 1.3. Logo

Si conferma il logo dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud nel seguente:



Il logo fu introdotto il 4/10/2010 con la delibera n. 1101 come immediata identificazione dell'Azienda e nuova unica identità aziendale. Con la citata delibera n° 1101 si è disposto l'utilizzo del Logo, come unico simbolo rappresentativo/marchio ( brand ) aziendale, e che nessun altro logo di struttura o settore può essere inserito nella documentazione ufficiale. La strutturazione dell'azienda, nata dal confluire di due ex AASSLL, (Napoli 4 e Napoli 5) il mutato scenario normativo, proiettato verso l'aziendalizzazione, resero necessario adottare in maniera ufficiale un logo che fosse espressione non solo del processo di cambiamento in atto ma che consentisse anche di identificare immediatamente l'Azienda come struttura con peculiari connotati d'unità e qualità e partecipe del processo di rinascita della città.

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

Si conferma che la scelta dell'immagine simbolo rappresenta una precisa indicazione della volontà d'identificazione dell'azienda con il territorio tutto , nel solco di una storia e di una cultura prestigiosa in ogni campo ivi compresa l'assistenza sanitaria.

## 1.4 Albo Pretorio

L'Albo Pretorio dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud, per la pubblicazione degli atti deliberativi e determinativi, e di tutti i provvedimenti e avvisi da portare a conoscenza del pubblico, è gestito dalla U.O.C. "Relazioni con il pubblico", come da delibera n° 663 del 02/05/2011, attualmente ubicata in Castellammare di Stabia (Na), Corso Alcide De Gasperi, 167, C.A.P. 80053.

L'albo è gestito ai sensi della Legge 69/2009.

## 2. MISSION, VISION E VALORI AZIENDALI

### 2.1 I PRINCIPI GENERALI

L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud è un'organizzazione che:

1. persegue le finalità della produzione d'atti sanitari e sociosanitari tesi al mantenimento e al miglioramento dello stato di salute dei cittadini, inteso come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse prioritario della collettività, ai sensi del dettato Costituzionale e per le ragioni e gli effetti dell'art. 1 del D.L.vo 19 giugno 1999, n° 229, degli atti di Programmazione Sanitaria Nazionale e Regionale, nonché della Legge Regionale della Campania 03/11/1994, n° 32. Tali finalità istituzionali sono perseguite anche in collaborazione con altri soggetti pubblici e privati;
2. gestisce le risorse che le sono affidate adottando criteri d'efficacia, d'efficienza ed equità operando con trasparenza e favorendo la partecipazione nella definizione delle scelte e nella valutazione dei risultati;
3. persegue la valorizzazione del proprio capitale sia tecnologico che professionale attraverso un processo organizzativo dedicato alla gestione e produzione dei servizi sanitari per garantire le prestazioni di prevenzione e cura efficaci, offerte con la tempestività necessaria, nel rispetto della persona ed in condizioni di sicurezza, allo scopo di dare soddisfazione ai bisogni ed alle aspettative di salute dei cittadini.

L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud ricerca ed incoraggia le forme d'integrazione, partecipazione e collaborazione nel più ampio contesto sociale delle competenze localmente distribuite, per arricchire il proprio ruolo sociale già fortemente radicato nel territorio e sviluppare la capacità di differenziazione e di specializzazione delle risposte che possono contribuire al miglioramento della qualità di vita e delle opportunità di salute dei cittadini.

La complessità e pluralità dei bisogni, i rapidi mutamenti della struttura socio-demografica, ivi compresa la problematica delle culture multiethniche presenti nel territorio aziendale, necessitano di forti capacità di lettura dei bisogni di salute e una conseguenziale flessibilità, variabilità ed integrazione di risposte nell'offerta di servizi, affiancate dalla necessaria facilitazione nei percorsi d'accesso. Scelte regionali, scelte d'opportunità e ragioni istituzionali rendono impossibile che sia un unico soggetto giuridico ad affrontare e risolvere tali problematiche, da cui la necessità di sviluppare alleanze con più soggetti sia pubblici che privati operanti in campo sanitario, produttivo, sociale, assistenziale, culturale, formativo e comunque teso al miglioramento della qualità della vita.

La visione strategica dell'Azienda è quindi quella di promuovere una gestione improntata ad una ricerca continua di nuove modalità d'offerta di servizi coerenti con l'evolversi della

domanda e del bisogno, con la nuova cultura della salute e con l'innovazione continua e rapida delle conoscenze scientifiche e tecniche in campo medico.

Il principio della complessità rappresenta la chiave di lettura dei processi gestionali e in primo luogo della definizione delle strategie. L'Azienda si connota come partner attivo e propositivo nella definizione, costruzione e realizzazione – valutazione di un progetto sociale di salute, in una condizione di parità con il complesso dei soggetti istituzionali, sociali, produttivi presenti nel contesto provinciale.

Particolarmente rilevante in questa logica è il coordinamento con le Aziende limitrofe, territoriali ed ospedaliere, con le Facoltà di Medicina (AOUP Federico II e AOUP Seconda Università), e con gli Istituti di Ricovero e Cura Carattere Scientifico.

Le competenze distintive dell'ASL Napoli 3 Sud si esplicano nell'analisi dei bisogni di salute della popolazione di riferimento, nelle azioni di prevenzione e tutela delle condizioni di vita, nella cura della malattia, nel recupero della disabilità e del disagio sociale coerentemente con gli obiettivi di salute espressi nell'OMS e contenuti nel documento "la salute per tutti, obiettivi per il XXI secolo". Il concetto di "promozione" è principio ispiratore di tutto l'agire tecnico e organizzativo, promozione di conoscenza, d'autonomia e sviluppo della responsabilità sociale e individuale, come condizioni per ridefinire il valore delle libertà di scelta, come premessa all'integrazione delle risorse e la valorizzazione della centralità dell'individuo e della comunità nella realizzazione del progetto individuale e sociale di salute. In tal senso viene ribadito un ruolo fondamentale dell'Asl Napoli 3 Sud nella "promozione e tutela della salute" della comunità locale.

I principi e le finalità che hanno ispirato la creazione del modello aziendale, di cui al presente Atto, possono sintetizzarsi come segue:

- a) Creazione di un'azienda che consenta di:
  - ricondurre la programmazione sanitaria e sociosanitaria (livelli assistenziali, standard organizzativi e distribuzione delle risorse su ampie aggregazioni di popolazione) al coordinamento con gli Enti locali;
  - razionalizzare l'attività amministrativa e favorire l'ottimizzazione delle risorse nello svolgimento d'attività di supporto alle prestazioni sanitarie, al fine di diminuire i costi e le spese generali;
  - rendere più omogenee le attività assistenziali per i cittadini e le modalità d'accesso, semplificandole.
- b) Separazione all'interno dell'azienda delle funzioni di "staff" e di "line" delle relative responsabilità di programmazione e controllo da quelle di gestione delle attività sanitarie, mediante il decentramento di queste ultime nell'organizzazione dei distretti e dei presidi ospedalieri.

Tale principio implica:

- l'unitarietà dell'intervento sanitario su aree territoriali e su aggregati di popolazioni peculiari nell'ambito del territorio dell'azienda;
- la generalizzazione della gestione per budget quale strumento del ciclo della programmazione e della performance;
- l'organizzazione in forma dipartimentale delle attività sanitarie su base aziendale;
- la definizione di un organigramma della dirigenza adeguato ai dettami della riforma del pubblico impiego, così com'è espresso dal D.L. vo n° 29/92 e successive modifiche ed integrazioni, mediante un marcato ricorso all'istituto della delega gestionale e identificazione dei livelli d'autonomia gestionale e responsabilità connesse a livello dei Servizi Centrali, e di

direzione di Distretto e d'Ospedale unitamente al responsabile del Dipartimento di Prevenzione che rispondono di un budget identificato ed autonomia operativa. Il meccanismo della delega e dell'identificazione dei livelli di responsabilità si applica anche, seppure con limitazioni aggiuntive, ai Dirigenti responsabili di Dipartimenti Strutturali (ospedalieri), mentre viene sancita la funzione unicamente d'indirizzo e di consulenza – ma non gestionali ed operative – per quelle altre aggregazioni organizzative di tipo funzionale istituite allo scopo di coordinare le unità operative territoriali replicate nei 13 distretti (area materno infantile, area farmaceutica, ecc.), coerentemente a quanto contenuto nei vari CC.NN.LL.;

c) promozione d'iniziative di formazione e d'aggiornamento del personale privilegiando quello adibito al contatto con il pubblico, sui temi inerenti alla tutela dei diritti del cittadino, da realizzare anche con il concorso delle associazioni di categoria, del volontariato e delle rappresentanze professionali sindacali.

L'equilibrio del modello descritto si fonda sulla pari valorizzazione di tutti i suoi elementi.

## 2.2. I principi ispiratori

L'evidente ridefinizione del ruolo delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere operata dalla legge di riforma e ridefinita dalla recente legislazione, in coerenza con l'analoga ridefinizione dei ruoli della Regione e delle Autonomie Locali, ha impresso una forte connotazione d'innovazione nella gestione delle aziende sanitarie mediante il riconoscimento dell'autonomia imprenditoriale.

Le logiche di governo e di gestione aziendale, pertanto, pur riconoscendo la centralità dei cittadini, non possono prescindere dall'utilizzo di sistemi dinamici che si adattino al disegno strategico aziendale e collochino l'azienda come partner attivo e propositivo nella definizione, costruzione e realizzazione di un progetto sociale di salute.

E' indubbio che l'interlocutore per l'Azienda nel perseguire gli interessi della collettività siano le istituzioni locali che hanno il ruolo di "progettare salute " tenendo saldo il concetto di garanzia, di chiarezza e di coerenza nel non confondere salute e sanità, strategia e gestione concreta, ma anche capacità di mettere in rete le iniziative finalizzate alla qualità della vita. La comunità a cui si riferisce la nostra azienda e che ne rappresenta la ragione d'esistenza, esprime un ricchissimo "capitale sociale" fatto di disponibilità a collaborare, di valori di solidarietà e d'accoglienza. Su questi l'Azienda intende sviluppare i percorsi progettuali. Al terzo settore in particolare (sia esso volontario che produttivo) l'attenzione per una diversa logica di progettazione e gestione dei servizi acquisendo sia il principio della sussidiarietà che quello del valore delle differenze all'interno dei criteri generali e specifici di qualità.

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

Occorre quindi porre attenzione all'ascolto del cittadino/fruttore, perseguire con tenacia l'informazione tempestiva e corretta degli eventi e delle scelte e la promozione di stili di vita nuovi e più adeguati attraverso la formazione e l'educazione alla salute, considerare l'opportunità del coinvolgimento nei processi decisionali per il raggiungimento dei fini sopra esposti.

A tal fine l'Azienda intende sviluppare le potenzialità d'alcuni strumenti di partecipazione già adottati e/o normativamente previsti quali:

- La carta dei servizi, intesa com'espressione formale del patto sulla qualità dei servizi offerti;

- la formalizzazione d'organismi (Comitato) di partecipazione per la valutazione della qualità dei servizi erogati soprattutto a livello distrettuale in stretta connessione con il ruolo di committenza e tutela dello stesso distretto;
- Il Servizio Relazioni con il Pubblico rappresenta per l'Azienda il punto d'incontro preliminare con i cittadini in quanto garanzia d'informazione semplice, tempestiva, corretta e unitaria e come strumento d'ascolto attraverso i reclami e i suggerimenti;
- La comunicazione permanente con i media e con le istanze sociali garantita da un apposito servizio;
- La formazione della cultura della salute che verrà garantita attraverso programmi generali e specifici d'informazione, educazione e promozione secondo gli orientamenti e le metodologie esplicitate dall'OMS nelle varie dichiarazioni.

La "promozione" diventa quindi il principio ispiratore dell'azione tecnica e organizzativa aziendale intesa come promozione di conoscenza, d'autonomia e sviluppo della responsabilità individuale al fine di consentire la ridefinizione del valore della libertà fondata sulla conoscenza e sull'esercizio dei propri diritti (ivi compreso quello di scelta terapeutica) quale massima espressione della centralità dell'individuo.

Per raggiungere tali obiettivi l'Azienda si propone:

- di porre i bisogni dei cittadini al centro delle decisioni aziendali assumendo il principio della sussidiarietà e della responsabilizzazione sociale;
- di investire in innovazione organizzativa, tecnologica e gestionale secondo il principio del miglioramento continuo;
- di sviluppare idonee forme di comunicazione interna ed esterna come condizione indispensabile per attivare il processo di coinvolgimento degli operatori e dei cittadini nello sviluppo aziendale;
- di sviluppare la concorrenza attraverso il confronto con altri Enti o istituzioni o strutture private anche e soprattutto nell'erogazione dei servizi;
- di investire in formazione ed aggiornamento al fine di potenziare il patrimonio professionale presente.

### 2.3. I Principi fondanti

Le linee fondamentali in cui si articola il presente atto aziendale sono le seguenti:

- accentramento dei poteri di programmazione e d'indirizzo nel Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo in rapporto fiduciario;
- decentramento dei poteri gestionali ai dirigenti preposti alle strutture organizzative individuate come centri di responsabilità facendo ricorso allo strumento delle deleghe<sup>1</sup> (vedi delibera n. 237 del 12/06/2009);
- flessibilità dell'organizzazione, revisione periodica della stessa ed orientamento delle attività in senso progettuale, e cioè per obiettivi, in funzione della produzione dei servizi e delle prestazioni indicati dai livelli uniformi d'assistenza e rapportati agli effettivi bisogni dei cittadini ed alle risorse a disposizione;
- introduzione, in via ordinaria e permanente, di un sistema circolare di verifica, revisione e valutazione della qualità e della quantità della produzione e del suo costo. Quest'attività è

<sup>1</sup> Lo strumento della delega ai dirigenti rappresenta un elemento importante di una gestione di tipo privatistico improntata verso decentramento dei poteri nei luoghi più vicini a quelli di produzione e, quindi, agli utenti. La delega di specifiche responsabilità, ai vari livelli della dirigenza, si associa al riconoscimento di corrispondenti gradi di autonomia.



assegnata allo staff direzionale strategico ed a tutti gli operatori in funzione della valutazione del proprio operato, del miglioramento del prodotto aziendale e dell'individuazione di mutamenti o adattamenti da introdurre in termini di programmazione e d'organizzazione (ciclo della performance);

–individuazione di una struttura amministrativa/contabile in grado di supportare le scelte gestionali sia a livello direzionale che operativo;

–l'implementazione di un modello organizzativo di tipo dipartimentale cui applicare le medesime regole gestionali di governo dell'azienda;

–introduzione della contabilità analitica per centri di costo/responsabilità. A questo proposito si precisa che sono individuati quali centri di responsabilità i dipartimenti, le strutture complesse e quelle semplici a valenza dipartimentale. Ai centri di responsabilità il Direttore Generale attribuisce autonomia finanziaria della gestione budgetaria per conseguire la funzionalità e l'efficienza della gestione. Sono centri di costo le strutture incaricate di gestire risorse con autonomia finanziaria budgetaria quali le strutture semplici articolazione interna di strutture complesse. I centri di costo sono sott'ordinati rispetto ai centri di responsabilità e sono costituiti da strutture di dimensioni più piccole e con caratteristiche funzionali omogenee;

## 2.4. Mission

L'intento dell'Azienda è di migliorare le condizioni di vita attraverso la garanzia dell'erogazione delle prestazioni ed il continuo progresso della qualità delle stesse e dei servizi che offriamo.

La qualità nei servizi offerti è indubbiamente anche la cura delle persone in quanto soggetti cui sono riconosciuti i diritti alla tutela e alla partecipazione nella logica della personalizzazione e dell'umanizzazione dell'assistenza, del diritto all'informazione ed alla prevenzione delle malattie di modo che la sanità possa sempre più, non solo soddisfare, ma anche andare oltre i bisogni e le aspettative dei propri utenti secondo una corretta gestione manageriale autenticamente "patient oriented" nonché garantendo la trasparenza nelle decisioni.

## 2.5 Obiettivi specifici dell'Azienda

Con il presente atto si intende garantire un'organizzazione aziendale coerente e funzionale al perseguimento degli obiettivi di programmazione regionale, anche in relazione ai vincoli propri del Piano di Rientro nonché un'uniformità di comportamenti, omogeneità di azioni e parità di trattamento per il personale.

Si riportano di seguito le aree di azione per l'applicazione di tale organizzazione aziendale.

Centralità del cittadino.

La cura centrata sul paziente è diventato un obiettivo centrale per il sistema sanitario. Esso è basato su interviste con i leader delle organizzazioni e delle iniziative di tali cure. La relazione individua sette fattori chiave per raggiungere la cura centrata sul paziente a livello di organizzazione:

- 1) superiore direzione di impegno,
- 2) una visione strategica chiara e costantemente comunicata a tutti i membri dell'organizzazione,
- 3) il coinvolgimento dei pazienti e delle famiglie a più livelli,
- 4) un ambiente di lavoro favorevole per tutti dipendenti,
- 5) misurazione sistematica e feedback,
- 6) la qualità dell'ambiente costruito,
- 7) informatica di supporto.



La relazione si conclude con una discussione di strategie a l'organizzazione e il livello di sistema che può aiutare a sfruttare l'implementazione diffusa di paziente-cura centrato.

Gli obiettivi che tale organizzazione si pone sono:

- garantire i livelli essenziali di assistenza;
- garantire uniformemente su tutto il territorio aziendale pari opportunità attraverso una omogenea allocazione delle risorse sanitarie ed una corretta gestione degli accessi alle prestazioni con un sistema di prenotazione ed informazione adeguata.

Qualità dei servizi. Per perseguire un approccio integrato al problema della qualità dell'assistenza l'Azienda intende agire sui sistemi assistenziali nel loro insieme e non solo sulle singole decisioni cliniche. Infatti, viene perseguita la qualità in senso globale, che consideri cioè tutte le sfaccettature di tale concetto: qualità tecnica delle prestazioni, efficacia, appropriatezza, ma anche attenzione agli aspetti di contorno della prestazione stessa (aspetti alberghieri, relazionali ecc.) perché fondamentali alla percezione dell'utenza. Quest'ultima sarà valutabile attraverso lo strumento dell'audit civico i cui esiti saranno confrontati con i dati provenienti da altri sistemi di monitoraggio.

Continuità terapeutica. L'Azienda assume come valore strategico e, quindi, come obiettivo da perseguire la continuità dei percorsi di cura intesi come l'insieme di processi assistenziali che permettono, da un lato, la presa in carico globale dell'assistito in tutti i momenti del percorso di cura e, dall'altro, l'integrazione massima dei singoli momenti, vale a dire attraverso l'uso integrato delle risorse necessarie, sia umane che strumentali o finanziarie. I vantaggi sono rilevanti innanzitutto per l'assistito perché viene notevolmente migliorata l'accessibilità ai servizi, la continuità assistenziale e l'orientamento verso le soluzioni più adeguate ai problemi presentati. Altrettanto significativi sono i benefici per l'Azienda che, integrando competenze multidisciplinari e profili professionali, configura una struttura organizzativa e funzionale più adeguata ad un utilizzo ottimale dei beni strumentali e delle risorse finanziarie disponibili anche nell'ottica di una integrazione fra l'assistenza sanitaria e quella sociale territoriale.

Imparzialità e trasparenza. L'azione dell'organizzazione è, inoltre, rivolta all'uguaglianza di trattamento dei propri utenti, alla trasparenza del proprio operato e al perseguimento degli interessi collettivi prima che quelli dei singoli.

## 2.6. I valori aziendali

I valori fondanti l'azione dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud, attraverso cui orientare gli scopi, le scelte e l'agire d'ogni attore dell'organizzazione per raggiungere i risultati dichiarati ed assolvere alla mission sono individuati:

- nell'efficacia e appropriatezza tecnica delle azioni svolte;
- nell'equità;
- nella sicurezza;
- nell'efficienza gestionale e organizzativa;
- nell'affidabilità;
- nella trasparenza;
- nella tutela e nella partecipazione del cittadino;
- nell'umanizzazione delle cure.

In questa logica, "l'ascolto", per la qualità stessa del lavoro, la "formazione", quale momento propulsivo dell'azione aziendale, "l'informazione", trasparente, semplice e puntuale, la



“comunicazione” delle ragioni delle scelte e la “chiarezza” delle attese reciproche, il “consenso” come contributo alla qualità dell’azione, sono gli elementi cruciali di tale atteggiamento.

## 2.7. Vision

In funzione del perseguimento dei suoi fini istituzionali l’Asl Napoli 3 Sud informa la propria attività a criteri d’efficacia, efficienza ed economicità garantendo comunque la qualità e l’appropriatezza delle cure e la trasparenza dei processi, con lo scopo di concretizzare i principi di partecipazione e di tutela del cittadino.

L’Azienda intende perseguire, nella propria gestione, lo sviluppo di competenze relazionali come parte integrante dell’atto sanitario ponendosi come obiettivo strategico la visibilità dell’attenzione al cittadino/beneficiario (consenso informato – attività intramoenia).

Il recupero dell’esperienza di professionisti come contributo per le decisioni aziendali in una logica di learning organization. Per tale risultato l’investimento permanente (selezione, formazione, valutazione) sarà sulla leadership a tutti i livelli (top management e quadri intermedi) affinché si sviluppino le condizioni per la circolazione tempestiva delle informazioni (cultura aziendale).

L’Azienda considera elemento essenziale per la qualità del servizio, la partnership e il coinvolgimento dei fornitori esterni di prestazioni sanitarie, di beni e di servizi. Accanto alle garanzie formali previste dalla legge verranno richiesti ai fornitori e concordati, nei limiti in cui ciò risulti praticabile sulla scorta dei dispositivi vigenti, criteri di qualità trasparenti quali l’accreditamento e la certificazione, il rispetto delle norme di compatibilità ambientale e la disponibilità a partecipare al più generale disegno di tutela della salute.

In una visione strategica l’Asl Napoli 3 Sud intende potenziare i rapporti esistenti con l’Università e con le altre istituzioni sanitarie del territorio ricercando nuove forme d’integrazione e collaborazione con il mondo scientifico ed accademico anche al fine di arricchire il proprio capitale di conoscenze e contribuire al miglioramento della qualità della vita e delle opportunità di salute per i cittadini.

L’Asl Napoli 3 Sud sviluppa una gestione improntata:

- all’efficacia sanitaria dei trattamenti medici, intesa come massimo e giustificato beneficio clinico ottenibile;
- all’adeguatezza ed alla personalizzazione dell’intervento diagnostico, terapeutico e riabilitativo;
- all’efficienza dei processi sanitari e di supporto, intesa come semplificazione e razionalizzazione, anche ai fini economici, delle procedure e dei percorsi al fine di raggiungere il massimo grado di soddisfazione dell’utente;
- alla tutela delle professionalità attraverso l’individuazione di percorsi formativi che ne garantiscano la crescita e l’aggiornamento;
- alla collaborazione con le organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti degli utenti;
- alla sicurezza ed all’appropriatezza tecnica delle cure, intese come valori da condividere con gli utenti e con gli operatori;
- alla promozione strutturata dell’immagine aziendale anche attraverso l’utilizzo delle moderne tecnologie;
- alla salvaguardia della sicurezza negli ambienti di lavoro;



- alla flessibilità dell'organizzazione;
- alla revisione periodica della stessa;
- all'orientamento delle attività in senso progettuale e quindi per obiettivi.
- l'audit civico strumento primario per la partecipazione dei cittadini alle politiche sanitarie aziendali al fine di promuovere la valutazione, della qualità percepita delle prestazioni erogate.

## – 2.8. Trasparenza

Trasparenza ed Integrità, Partecipazione, Tutela e Comunicazione

L'obiettivo del miglioramento dell'Assistenza Sanitaria non può che vedere impegnata l'ASL Napoli 3 Sud nella ricerca costante tra equilibrio dei costi ed il rispetto del diritto di accesso ai servizi dei cittadini e delle cittadine.

E' necessario recuperare il divario organizzativo e culturale tra le varie e diverse realtà del territorio di competenza ricercando una piena sostenibilità nell'accelerazione dei processi di innovazione organizzativa, questi processi sono talmente complessi che senza la partecipazione ed il coinvolgimento dei cittadini, delle istituzioni, e di tutti i portatori di interesse (OO.SS. Ordini Professionali – Rete Accreditate – Forze dell'Ordine, Religione e Luoghi di Culto, Associazioni di Volontariato, Associazioni di Tutela dei diritti dei Consumatori e del terzo settore) sarà una missione impossibile.

L'ASL Napoli 3 Sud, convinta dell'importanza che riveste lo studio dei bisogni, espressi e non espressi dei cittadini e delle cittadine e la loro percezione della nostra organizzazione, ha da tempo avviato una politica organizzativa, cercando di pianificare ed articolare l'offerta dei servizi perché sia più appropriata e perché a condizioni diseguali non si possono dare risposte uguali.

E' questo il senso da dare al principio della centralità della persona quale vera spinta al cambiamento ed al miglioramento per arrivare alla cittadinanza attiva ed alla vera innovazione, verso una partecipazione organizzativa alle scelte di politica Sanitaria e Sociosanitaria.

Ogni innovazione mancata nella grave situazione economica attuale, rappresenta un passo verso la privatizzazione del sistema, un pericolo che proprio nel nome del rispetto dell'uguaglianza e della dignità dell'uomo e della donna non possiamo correre.

In questo capitolo l'Azienda evidenzia quali sono le azioni già messe in campo ed il modello organizzativo necessario per rispondere agli obiettivi succitati.

La Trasparenza è un livello essenziale delle prestazioni erogate dall'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud, ai sensi dell'art. 117 comma 2 lettera m, della Costituzione ; " ...è intesa come accessibilità totale (...) alle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, agli indicatori relativi ad andamenti gestionali ed all'utilizzo delle risorse per il proseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione ..." (art.11, comma 1 D. Lgs 150/09 e D. Lgs. 33/2013);

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

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

Il Radicamento della trasparenza riconosce ad ogni cittadino una posizione qualificata rispetto all'operato della Pubblica Amministrazione;

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

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

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

L'Asl Napoli 3 Sud con atto deliberativo n° 58 del 31 gennaio 2012 ha adottato il primo piano della Trasparenza e dell'Integrità. Entro il 10 luglio 2013 l'Asl Napoli 3 Sud si impegna ad adottare il secondo Piano della Trasparenza e dell'Integrità secondo le nuove disposizioni dettate dal Dipartimento della Funzione Pubblica e della Commissione Indipendente per la Valutazione dell' Integrità e della Trasparenza ed in coerenza con il D. Lgs n° 33 del 2013 " Riordino della Disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni ".

Il piano della trasparenza ha conseguito il riconoscimento del primato tra le aziende sanitarie italiane nella "bussola della trasparenza dei siti web della pubblica amministrazione" della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Tra le prime aziende sanitarie nazionali si è proceduto, successivamente, al varo del piano triennale di prevenzione della corruzione con la delibera n. 144 del 26/3/2013. Il piano coinvolge tutti i protagonisti della vita aziendale, in pratica tutti i dipendenti, in attività di analisi, valutazione e controllo.



### La Consulta sanitaria

Presso l'azienda sanitaria ASL Napoli 3 Sud è istituita la Consulta sanitaria quale organismo per la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini nel rispetto di quanto previsto dall'art. 14, comma 2 del DLgs 502/92 e s.m.i.

la Consulta sanitaria, in particolare:

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

Detto organismo si riunisce almeno ogni quattro mesi su convocazione del Direttore Sanitario aziendale che lo presiede.

La Consulta sanitaria è costituita da:

- il Direttore Sanitario aziendale o suo delegato;
- i Direttori Responsabili di distretto;
- I Direttori di Dipartimento;
- dal Comitato di rappresentanza dei sindaci;
- due rappresentanti degli organismi di volontariato maggiormente rappresentativi nell'azienda;
- due rappresentanti degli organismi di tutela dei diritti dei cittadini maggiormente rappresentativi nell'azienda e nelle altre aziende sanitarie regionali;
- il Direttore del Servizio Relazioni con il Pubblico.

La Consulta sanitaria è costituita con provvedimento del Direttore Generale e dura in carica




due anni. Il suo funzionamento è disciplinato da apposito regolamento aziendale. Per particolari esigenze, anche legate alle specificità del territorio aziendale, il Direttore Generale può, nel provvedimento di costituzione della Consulta, prevedere la partecipazione di altri soggetti istituzionali.

### **La carta della qualità**

Con delibera n. 458 del 30/7/2012 si è proceduto alla presa d'atto della carta della qualità dell'azienda ai sensi della delibera CIVIT n. 3/2012 "linee guida per il miglioramento degli strumenti per la qualità dei servizi pubblici".

Con la delibera citata si è adottata la prima carta della qualità quale strumento aziendale finalizzato all'individuazione, promozione e diffusione della metodologia che verrà adottata per la definizione degli standard di qualità dei servizi erogati da tutte le strutture aziendali così come stabilito tra gli obiettivi del Piano della Trasparenza e dell'Integrità dell'ASL Napoli 3 Sud.

### **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 Napoli 3 Sud, attraverso l'utilizzo di uno strumento metodologico che comporta la definizione di indicatori tramite la co-progettazione tra cittadini e referenti aziendali delle modalità di raccolta dati. I dati forniti dalla rilevazione degli indicatori verranno confrontati con le informazioni tratte da altri sistemi di monitoraggio delle strutture e dei servizi, quali, ad esempio, l'accreditamento, le segnalazioni dei cittadini, la documentazione riguardante delibere e provvedimenti aziendali, le liste di attesa, le interviste alle direzioni generali e sanitarie e la consultazione delle organizzazioni civiche.

L'Azienda si impegna a promuovere, in via sperimentale, progetti di Audit Civico, coordinandoli con le iniziative che saranno assunte a livello regionale. Con delibera n. 63 del 7/2/2013 si è proceduto all'approvazione del piano di lavoro "Audit Civico" aziendale.. Con delibera n. 424 del 12 luglio 2012 si è adottato il nuovo regolamento di pubblica tutela per la gestione ed il monitoraggio dei reclami su tutto il territorio aziendale.

### **Attività di volontariato**

Atteso che questa ASL intende avvalersi dell'attività di volontariato riconoscendo e volendo valorizzare la funzione sociale dell'attività in parola con delibera n. 117 del 19 marzo 2013 si è proceduto all'adozione della schema di convenzione per attività di volontariato ai sensi delle linee guida pubblicate sul sito del Ministero della Salute ed ai sensi della normativa nazionale e regionale in materia.



## – 2.9 CLIMA E BENESSERE ORGANIZZATIVO

L'ASL Napoli 3 Sud 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'Azienda sanitaria;
- accrescere il senso di appartenenza e di soddisfazione per la propria Azienda;
- migliorare l'immagine interna ed esterna e la qualità dei servizi forniti;
- diffondere la cultura della partecipazione quale presupposto dell'orientamento al risultato piuttosto della cultura del mero adempimento;
- prevenire rischi psico-sociali.



### 3. IL GOVERNO AZIENDALE, IL GOVERNO CLINICO ASSISTENZIALE, IL GOVERNO AMMINISTRATIVO

#### 3.1. Il Governo Aziendale

Il modello organizzativo individuato persegue la netta distinzione fra le funzioni di governo (programmazione, indirizzo e controllo), di committenza (negoiazione e tutela) e di produzione e gestione per le quali vengono definite precise competenze e responsabilità.

La scelta aziendale di un'azione orientata ad attività per "processi" è lo strumento fondamentale per la definizione delle relazioni organizzative, dei profili funzionali e dei livelli di responsabilità.

La metodologia seguita tiene conto delle finalità proprie dell'Azienda in rapporto alle prestazioni erogate ed i servizi di supporto sono strutturati per facilitare la realizzazione dei processi sanitari rappresentandone parte attiva e integrante.

In tale ottica, s'inserisce, in maniera fondamentale, anche l'apporto della dirigenza, senza distinzione di qualifiche e livelli, ed i cui risultati di gestione vanno verificati periodicamente con specifici meccanismi di valutazione da parte della Direzione aziendale.

Tale responsabilizzazione attiene sia agli aspetti tecnico-professionali che amministrativi ed economici per quanto di competenza ed è formalizzata con specifici atti che n'esplicitano e definiscono i contenuti ai suoi diversi livelli.

Il governo aziendale s'ispira, oltre che ai valori generali espressi, a tre modalità di lavoro così sintetizzate:

- a. la visione aziendale come sistema unitario al fine di rendere evidente il senso strategico complessivo<sup>2</sup>. La qualità percepita sia dalle Istituzioni che dagli utenti rappresentano per l'Azienda la ragione d'essere e la premessa per le azioni di sviluppo ed il necessario consenso alle azioni progettuali. Rappresenta infine l'opportunità per costruire l'indispensabile senso d'appartenenza in tutti gli operatori aziendali.
- b. Attività per processi quale strumento indispensabile all'ottenimento degli obiettivi strategici. Per processo aziendale s'intende infatti *"una sequenza d'azioni eseguite da più professionisti che utilizzano risorse per ottenere risultati utili a fruitori definiti. L'impegno aziendale nell'ottica dei processi si sviluppa attraverso la definizione dei grandi processi che guidano l'azione istituzionale sul versante del governo, del supporto ai processi primari e della produzione diretta dei servizi (processi primari o di business)"*.

Tra i tipici processi aziendali in base a questa strategia d'intervento possiamo annoverare :

- processi di *"governo"* (definire strategie, pianificazione delle attività ed identificazione delle responsabilità, analisi dei fenomeni);
- processi di *"programmazione"* (cooptazione dei servizi o individuazione di nuovi servizi, definizione delle modalità d'intervento, identificazione dei controlli);

<sup>2</sup> Il riferimento metodologico generale è individuato nell'approccio proposto dall'EFQM (European Foundation for Quality Management)



– processi “*gestionali*” di supporto (tutte quelle attività, che possono essere comuni a più processi, che garantiscono il corretto svolgersi delle azioni coerenti ai processi : adeguatezza del supporto amministrativo<sup>3</sup>, impegno delle tecnologie, delle risorse umane ed economiche, delle giuste informazioni, ecc.;

Ad integrare queste forme d’attività per processo occorre che si sviluppino anche altre forme d’intervento utili ad ottenere i massimi risultati ottenibili da un’azienda sanitaria, quali, ad esempio, processi di qualità e processi di comunicazione e marketing; infatti la gestione per processi è perseguita con la finalità di ottimizzare la propria efficacia ed efficienza interna, mettere al centro il risultato e il fruitore del servizio<sup>4</sup>; superare la modalità di lavoro per compiti orientando il lavoro dei singoli professionisti al risultato; orientare il lavoro aziendale alle priorità di salute e alla ricerca delle sinergie di sistema; sviluppare la cultura del lavoro di gruppo per obiettivi e risultati.

Il perseguimento della qualità richiede scelte sia sul piano del governo amministrativo, sia dell’organizzazione dei servizi, sia su quello della formazione dei professionisti che vi operano. E’ determinante l’identificazione di specifici obiettivi, di adeguati meccanismi di definizione dei processi organizzativi e di razionale allocazione delle risorse, nonché l’adozione di adeguati strumenti di valutazione, monitorando processi ed esiti, adottando aggiornate procedure organizzative e linee guida professionali e verificandone l’applicazione, come previsto nel Piano Sanitario Regionale 2011-2013 (decreto del Commissario ad acta n. 22 del 22 marzo 2011).

In linea con quanto sopra, l’Azienda ha istituito la UOC Risk Management che utilizza un approccio sistemico per l’esame dei fattori che influenzano la pratica clinica in ogni suo stadio, fornendo indicazioni per appropriati interventi e piani di riduzione degli errori, favorendo una maggiore responsabilizzazione e comunicazione tra professionisti, amministratori e cittadini nonché la riduzione del contenzioso e, consequenzialmente, dei costi e degli oneri assicurativi. Per la gestione del rischio clinico è stato, inoltre, costituito un team aziendale con delibera n° 37 del 23/1/12 ai sensi del D.G.R.C. n° 1688 del 26/11/05.

- Aggiornamento tecnologico

Il veloce progresso tecnico-scientifico nel campo sanitario ed il continuo aggiornamento dei profili diagnostico-terapeutici determinano rispettivamente una veloce obsolescenza del patrimonio tecnologico di un’azienda sanitaria e la necessità di acquisizione di nuove tecnologie prima non presenti in azienda. Per questa ragione l’A.S.L. NA3SUD ha costituito la Commissione “Health Tecnology Assessment and Horizon scanning” con delibera n° 466 del 6/\*8/12 finalizzata a valutare le proposte di adeguamento tecnologico.

- gestione delle risorse umane. L’azienda considera le risorse umane (operatori del comparto e dirigenti, dipendenti e convenzionati) l’elemento qualificante ed essenziale per realizzare i propri obiettivi di salute. Infatti, le persone che compongono l’azienda sono portatrici di caratteristiche umane e di professionalità che costituiscono la ricchezza della stessa. La loro valorizzazione si persegue attraverso: clima e benessere organizzativo per la valorizzazione delle risorse umane.

L’Azienda mira alla presa di coscienza critica del significato sociale, culturale, organizzativo e produttivo del “lavoro per obiettivi e risultati”, contrapposto al “lavoro per compiti” e alla individuazione e costruzione di strumenti e contesti organizzativi facilitanti tale approccio.

<sup>3</sup> Particolarmente attenta è l’azione aziendale per quanto attiene le attività di supporto, soprattutto quelle amministrative, la cui organizzazione è funzionale alla efficienza ed efficacia dei processi primari.

<sup>4</sup> È fondamentale, per una società di servizi che intende ottenere dei buoni risultati, valutare ed analizzare, sempre, il giudizio che il fruitore di servizio esprime, mettendosi dal suo punto di vista, e non da quello aziendale. Occorre in altri termini esercitare il controllo della “customer satisfaction” (soddisfazione del cliente).



Gli strumenti necessari per raggiungere tale scopo sono:

- un clima organizzativo che stimoli la creatività e l'apprendimento;
- il mantenimento del benessere fisico e psicologico delle persone;
- la formazione e l'aggiornamento continuo degli operatori;
- l'adozione di sistemi operativi motivanti come processi di cambiamento dei contesti organizzativi.

L'obiettivo dell'Azienda, quindi, è far sì che i propri lavoratori siano centrati sugli obiettivi strategici aziendali per riuscire a capitalizzare tutte le potenzialità insite nel know-how aziendale ed evitare che l'attenzione su una singola attività rischi di far perdere di vista il processo completo del lavoro, allontanare dalle finalità dello stesso e generando, consequenzialmente, alienazione, burn out, malattie professionali che poi il lavoratore e l'azienda stessa pagano a caro prezzo.

Promuovere strumenti capaci di riconoscere il valore del "lavoro per obiettivi e risultati", consente di "far squadra" rispetto agli stessi e si configura come uno strumento di Benessere Organizzativo all'interno dell'azienda.

Fra questi: i sistemi premianti gestiti secondo logiche effettivamente meritocratiche, la cura di un clima aziendale positivo favorendo il senso di appartenenza all'Azienda.

L'Azienda è protesa alla realizzazione di contesti ambientali e sociali adeguati alla valorizzazione degli operatori attraverso: l'identificazione e la consapevolezza degli obiettivi da conseguire e la condivisione degli stessi; l'accertamento delle motivazioni per la valorizzazione e la gratifica dei risultati con adeguati sistemi premianti.

L'Azienda deve adottare come implicito obiettivo la crescita professionale della persona e supportare l'organizzazione affinché ciò si realizzi. Si tratta, dunque, di considerare i collaboratori con un approccio completamente diverso, indirizzato a motivarli, nonché ad aiutarli a migliorare, a cooperare, ad imparare dai loro errori e ad essere più autonomi. Le persone, sentendosi libere di dare il meglio di sé stesse, si impegneranno di più, lavoreranno meglio e contribuiranno così a realizzare migliori risultati per l'organizzazione. L'empowerment, infatti, sviluppa quello spirito imprenditoriale che consenta loro di lavorare come se l'organizzazione fosse loro ed acquisire la percezione di essere abili nel dare una risposta personale agli eventi, ma anche di essere chiamati a rispondere ad essi.

### 3.1.1 - La funzione di programmazione

L'Azienda Sanitaria Locale deve garantire i livelli essenziali d'assistenza della popolazione di riferimento nel rispetto dei principi, degli obiettivi e delle compatibilità stabilite dalla programmazione Regionale.

Il processo di programmazione, basato sui principi della condivisione e del massimo coinvolgimento degli operatori e di tutti i soggetti presenti nel governo, nella gestione e nello sviluppo della comunità cittadina, è attivato dall'Azienda attraverso gli strumenti previsti dalla normativa nazionale e regionale in materia nel rispetto della normativa e le relazioni tra sanitario e sociale di cui all'art. 3 septies del D. Lgs. 502/92 e s.m.i.:

- il **Piano Attuativo Locale (PAL)** concepito come modalità d'organizzazione dei servizi con cui l'azienda intende contribuire al raggiungimento degli obiettivi di salute fissati dal Piano Sanitario Regionale. Esso è lo strumento attraverso il quale l'Azienda programma le proprie attività su base triennale. Il PAL definisce:

a) - le attività da svolgere, in rapporto agli obiettivi determinati ed ai livelli di attività da garantire nonché le risorse da attribuire alle proprie strutture;

b) - i livelli quali-quantitativi delle prestazioni assistenziali e le modalità di fruizione dei servizi;

c) - le modalità ed i termini d'attuazione delle azioni programmate.

Il PAL, altresì, indica:

– i livelli e le forme della partecipazione dei cittadini e delle organizzazioni rappresentative degli utenti;

– gli obiettivi e i risultati di gestione da raggiungere attraverso l'utilizzo del sistema di budget ;

– gli strumenti ed i sistemi per il controllo qualitativo e gestionale dei risultati;

– le necessità di risorse materiali e di personale e le loro modalità di reperimento;

– i piani di investimento per il potenziamento e l'ammodernamento strutturale e per l'acquisizione di tecnologie sanitarie sulla base delle risorse assegnate e di quelle comunque disponibili a questo fine.

– Il **Piano annuale delle attività (PAA)**, o Direttiva Annuale del Direttore Generale, è lo strumento di programmazione attraverso il quale l'Azienda adegua ed attualizza annualmente i programmi contenuti nel PAL alle esigenze di compatibilità e di priorità. Con il Piano annuale delle attività la Direzione Aziendale dà operatività agli obiettivi determinati dalla pianificazione strategica, che orienta e vincola tutti i produttori sanitari, interni ed esterni all'Azienda, pubblici e privati. Il Collegio di direzione strategica fornisce elementi per l'elaborazione del PAA.

– L'elaborazione del Piano delle Attività Territoriali (PAT), è tra i compiti principali del distretto avendo attenzione al sistema delle compatibilità in termini di risorse e di bisogni;

– Il **Piano triennale delle Assunzioni** concepito come lo strumento di programmazione operativa interno all'Azienda Sanitaria attraverso il quale vengono concretizzati le azioni di acquisizione ed utilizzo delle risorse umane, il rispetto dei vincoli e delle compatibilità, i livelli quali - quantitativi dell'offerta ivi compresi gli standard di servizio e i criteri di verificabilità degli stessi. Il piano in parola sarà operativo allo sblocco delle assunzioni. L'insieme dei Budget dei vari Centri di Responsabilità costituisce il Budget generale d'Azienda che si allega al Bilancio economico preventivo di ciascun anno. Il Budget dei Centri di Responsabilità. La programmazione annuale dei singoli Centri di Responsabilità, è attuata mediante il processo di Budget. Tramite questo strumento s'individua per ogni macro articolazione:

– le risorse assegnate (umane, tecnologiche, strutturali e finanziarie);

– gli obiettivi da perseguire;

– le azioni da intraprendere;

– i risultati da conseguire

– gli indicatori di misura

Con cadenza periodica verranno prodotte, in modo sistematico, le informazioni di attività e di utilizzo delle risorse per verificare l'andamento della gestione che deve essere in linea con gli obiettivi previsti onde adottare, in caso contrario, le misure correttive necessarie



### 3.1.2. La committenza

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

Tale funzione, che si esplica attraverso la valutazione e la definizione quali - quantitativa delle prestazioni o delle attività necessarie per fornire un'adeguata risposta ai bisogni di salute della popolazione, necessita di un supporto di conoscenze indispensabili per la definizione dei piani annuali di attività, in base ai quali definire gli accordi contrattuali, che è assicurato dallo Staff di Direzione e dal Collegio di Direzione.

E' convincimento dell'Azienda che la funzione di committenza rappresenti uno strumento fondamentale per la valorizzazione delle risorse umane perché attribuisce a queste piena capacità operativa ed autonomia gestionale attraverso la netta distinzione fra chi decide quale prestazione erogare e chi fornisce e/o eroga la prestazione. Ciò consente di individuare i diversi ruoli istituzionali al fine di giungere alla definizione di un sistema premiante che tenga conto degli obiettivi raggiunti, delle performance qualitative e delle capacità individuali.

L'Azienda intende sviluppare la funzione di committenza attraverso:

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

L'esercizio della funzione di committenza è pratica del tutto nuova ed in parte ancora da "esplorare", che implica la necessità di porre in essere la distinzione tra chi decide cosa deve essere prodotto e chi fornisce/eroga il prodotto, al fine di attribuire i diversi ruoli istituzionali precisando i rispettivi meccanismi di responsabilizzazione e gli obiettivi di performance. La responsabilizzazione si traduce nella contestabilità, che a sua volta poggia sul presupposto della piena autonomia e, di conseguenza, della responsabilità nell'esercizio delle funzioni. Autonomia gestionale per puntare alla piena valorizzazione delle risorse umane e per attribuire a queste piena capacità operativa; imputabilità e contestabilità dei risultati raggiunti per disegnare un'organizzazione aziendale orientata verso la costruzione di un sistema premiante che riconosce il primato del merito e della capacità. il principio della contestabilità trova concretezza negli accordi contrattuali con i soggetti produttori, che avranno la forma di accordi o di contratti di fornitura con i soggetti esterni e di accordi di budget con i centri di responsabilità dell'azienda; sia negli accordi/contratti di fornitura che negli accordi di budget vengono stabilite le caratteristiche quali - quantitative delle attività da realizzare; la quantità delle risorse che l'azienda s'impegna a mettere a disposizione, i sistemi incentivanti o sanzionatori, gli eventuali meccanismi di revisione ed assestamento dei medesimi, I contenuti degli accordi/contratti di fornitura e degli accordi di budget sono informati a criteri e regole omogenei sia per i fornitori interni che per quelli esterni all'azienda, pubblici e privati.

### 3.1.3. La produzione

La funzione di produzione è effettuata direttamente dalle strutture operative aziendali, alle quali è affidato il compito di decidere quali modalità tecnico-operative utilizzare garantendo la qualità delle prestazioni attraverso la responsabilità diretta dei processi in sintonia con le scelte strategiche aziendali e gli obiettivi assegnati.

Il Direttore Sanitario è responsabile del governo clinico, che viene esercitato attraverso i dirigenti responsabili delle strutture sanitarie "produttrici".

S'intende dare evidenza a livello aziendale alla diversità dei compiti di governo e committenza che spettano alla Direzione Aziendale nelle sue articolazioni e di quelli di produzione assegnati ai soggetti istituzionali deputati a decidere sul come produrre. La produzione s'intende effettuata direttamente

dalle strutture operative dell'Azienda o acquistata all'esterno sia pubblico che privato. All'interno dell'Azienda la responsabilità complessiva della funzione di produzione di servizi è in capo al responsabile designato per l'area. Il ruolo di produttore è assegnato ai servizi sanitari afferenti nel dipartimento di assistenza sanitaria al complesso delle funzioni sia ospedaliere che territoriali.

### 3.2. Il Governo Clinico Assistenziale

Il governo clinico rappresenta una delle linee del governo aziendale assieme a quell'amministrativo ed è uno degli strumenti fondamentali per lo sviluppo e la gestione dei processi sanitari e per la valutazione della qualità complessiva delle prestazioni erogate.

Esso è uno strumento che colloca al centro del sistema la soddisfazione dell'utente, l'autonomia dei professionisti (e le loro relazioni) e gli obiettivi aziendali, consentendo ai primi di usufruire di un'assistenza integrata di qualità di cui percepiscano il valore, ed ai secondi di realizzare le migliori prestazioni orientate secondo gli interessi dell'Azienda.

Il Governo Clinico fa capo al Direttore Sanitario d'Azienda che vigila e verifica la qualità e l'efficienza tecnica ed operativa delle prestazioni sia della distribuzione dei servizi.

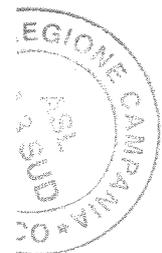
In tale attività il Direttore Sanitario d'Azienda si avvale della collaborazione dei Direttori Sanitari di Presidio e dei Direttori Responsabili dei Distretti Sanitari.

Obiettivo del governo clinico è quello di orientare il sistema alle migliori pratiche cliniche, individuate su basi di efficacia, eliminando quelle di bassa qualità ed inefficaci, nel rispetto delle risorse disponibili. La responsabilità del governo clinico è propria di ogni livello organizzativo e professionale; essa è funzione peculiare attribuita ai responsabili della produzione con ruolo di direzione e gestione delle risorse. Il governo clinico si basa su due principi fondamentali:

1- definizione e, successivamente, sistematico monitoraggio e valutazione di standards predefiniti in grado di caratterizzare i processi clinico-assistenziali ed i livelli di servizio erogati dall'azienda;

2- sviluppo continuo delle professionalità degli operatori aziendali, affinché gli stessi siano sempre consapevoli del ruolo svolto all'interno dell'organizzazione e delle capacità che devono possedere per affrontare i problemi di salute dei pazienti.

La Formazione Continua 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 modi da essere sempre allineate con il progresso scientifico e tecnologico.



L'attività formativa deve necessariamente essere pianificata a livello decentrato, tenuto conto dei fabbisogni formativi individuali a livello dipartimentale ed ulteriormente rilevabili secondo processi di coinvolgimento delle altre articolazioni aziendali o gruppi professionali o interprofessionali. Le iniziative formative devono essere preventivamente pianificate per ogni anno dalla struttura aziendale preposta alla formazione, nel rispetto delle esigenze prioritarie dell'azienda. Esse devono contenere eventi formativi programmati coerenti con gli obiettivi nazionali e regionali, i bisogni formativi insorgenti nel corso dell'anno saranno opportunamente selezionati e validati dalla struttura aziendale centrale.

### 3.3. Il Governo Amministrativo

Il Governo Amministrativo rappresenta una delle linee del Governo dell'Azienda costituendone strumento indispensabile di supporto per lo sviluppo e la gestione per processi delle attività aziendali e per lo sviluppo della qualità.

Il Governo Amministrativo fa capo al Direttore Amministrativo, coadiuvato dai Servizi amministrativi e strategici e di controllo per la parte di competenza. Il Governo Amministrativo assicura che le funzioni di supporto siano tempestive ed integrate con i servizi di produzione garantendone l'efficienza, anche attraverso il corretto utilizzo e sviluppo dei sistemi informativi, ed assicurando la qualità delle procedure organizzative di natura amministrativa e logistica.

### 3.4. Il Governo Economico - Finanziario

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

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

- a. la contabilità generale economico-patrimoniale, in sostituzione di quella finanziaria;
- b. il sistema di budgeting e di contabilità analitica per centri di costo;
- c. il bilancio pluriennale di previsione e il bilancio economico preventivo;
- d. il bilancio aziendale annuale composto, tra l'altro, del bilancio economico, del bilancio finanziario e di quello patrimoniale..

Il governo Economico-Finanziario fa capo al Direttore Amministrativo per la parte tecnica ed organizzativa, mentre è funzione della Direzione di Azienda per la parte gestionale e programmatoria.

Rientra tra le finalità del governo economico aziendale quella di emanare direttive volte alla piena applicazione dei sistemi contabili adottati, all'individuazione di criteri uniformi per la rilevazione dei dati elementari a valenza contabile e la loro elaborazione allo scopo di garantirne trasparenza, completezza, omogeneità e confrontabilità. La responsabilità del

governo economico sarà in capo a tutti i soggetti organizzativi dotati di uno specifico budget. Le posizioni che ricoprono una responsabilità di tipo funzionale, connessa all'acquisizione dei fattori produttivi (personale, materiali, servizi, ecc.) hanno una responsabilità di governo economico trasversale complessivo per i settori di competenza. La Direzione Amministrativa aziendale assume il ruolo di orientamento tecnico-metodologico e di coordinamento del governo economico aziendale fermo restando che ogni singolo centro di responsabilità aziendale assume, attraverso le proprie scelte gestionali, il ruolo di primo responsabile del corretto governo economico.

### 3.5 La separazione fra funzioni di governo aziendale e funzioni gestionali

L'art. 4 del D. Lgs 165/2001 sancisce il principio della distinzione tra funzioni di indirizzo, programmazione controllo, da un lato, e funzioni di gestione dall'altro, stabilendo che, nell'ambito delle amministrazioni pubbliche, *"Gli organi di governo esercitano le funzioni di indirizzo politico-amministrativo, definendo gli obiettivi e i programmi da attuare ed adottando gli altri atti rientranti nello svolgimento di tali funzioni, e verificano la rispondenza dei risultati dell'attività amministrativa e della gestione agli indirizzi impartiti ... (omissis). Ai dirigenti spetta l'adozione degli atti e provvedimenti amministrativi, compresi tutti gli atti che impegnano l'amministrazione verso l'esterno, nonché la gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa mediante autonomi poteri di spesa, di organizzazione delle risorse umane, strumentali e di controllo. Essi sono responsabili in via esclusiva dell'attività amministrativa, della gestione e dei relativi risultati."* Il medesimo articolo prevede che le amministrazioni pubbliche, (ivi comprese le Aziende del Servizio Sanitario Nazionale), i cui organi di vertice non siano direttamente o indirettamente espressione di rappresentanza politica, adeguino i propri ordinamenti al principio sopra enunciato. Sia la normativa nazionale che quella regionale campana in materia sanitaria, riservano tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza legale dell'Azienda Sanitaria, al Direttore Generale, il quale è responsabile del raggiungimento degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale e della corretta ed ottimale gestione delle risorse a disposizione dell'Azienda.

Coerentemente ai principi esposti, il Direttore Generale conferisce, con atto amministrativo, delega ai dirigenti appartenenti alle aree professionali ed amministrativa per l'adozione, da parte dei medesimi, di atti di esecuzione e/o di attuazione in materie rientranti nella sfera di propria competenza, nonché per l'espletamento dell'attività di diritto comune connessa e correlata.

Permane, quindi, in capo al Direttore Generale l'adozione degli atti di indirizzo, programmazione e controllo, nonché di tutti gli atti comunque di governo dell'Azienda.

Nell'Asl Napoli 3 Sud con delibera n. 237 del 12/06/2009 si è provveduto alla delega delle competenze gestionali in applicazione del D.L. 30/03/2001 n. 165 e s.m. di cui alla legge 15/7/2002 n. 145.

### **3.6 -Lo svolgimento delle attività: la natura e forma degli atti**

L'Azienda persegue le proprie finalità agendo mediante l'esercizio dei poteri pubblicistici, espressamente attribuiti dalla legge e mediante atti di diritto privato. Tutta l'attività istituzionale è svolta nel rispetto dei principi di legalità, trasparenza, imparzialità, buon andamento e semplificazione della attività sanitaria ed amministrativa; l'attività di diritto privato è svolta in conformità alle previsioni del codice civile e delle leggi speciali. L'Azienda si riserva di emanare apposite linee guida e regolamenti sui criteri e sulle modalità generali di adozione degli atti, al fine di garantire omogeneità delle procedure.

### **3.7 -Sistema di misurazione e valutazione delle performance**

In conformità a quanto disposto dal decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m.i., concernente "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", l'azienda sanitaria Napoli 3 Sud prevede apposita disciplina per il sistema di misurazione e valutazione delle prestazioni. In particolare si prevede che la funzione di misurazione e valutazione sia svolta, oltre che a livello dirigenziale, dagli organismi indipendenti di valutazione delle performance, cui è attribuita anche la funzione di controllo strategico,

Con delibera n. 459 del 30/07/2012 si è proceduto alla prima applicazione delle disposizioni regionali emanate con il Regolamento n. 12 del 15 dicembre 2012 "Ordinamento Amministrativo della Giunta Regionale della Campania".

#### *-Organismo indipendente di valutazione della performance*

Ai sensi e con le modalità previste dell'art. 14 del D.L.vo n. 150/2009 e s.m.i., le aziende sanitarie istituiscono l'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance, che opera in staff alla direzione strategica in posizione di autonomia.

L'Organismo Indipendente di Valutazione è costituito da un organo monocratico ovvero collegiale, composto da tre componenti dotati dei requisiti previsti dalla citata normativa e di elevata professionalità ed esperienza, maturata nel campo del management, della valutazione della performance e della valutazione del personale delle amministrazioni pubbliche. Essi dovranno, dunque, avere un'appropriata cultura organizzativa che sia promotrice dei valori della trasparenza, integrità e del miglioramento continuo. I componenti non possono essere nominati tra soggetti che rivestono incarichi pubblici elettivi o cariche in partiti politici o in

organizzazioni sindacali, ovvero che abbiano rapporti continuativi di collaborazione o di consulenza con le predette organizzazioni, ovvero che abbiano rivestito simili incarichi o cariche o che abbiano avuti simili rapporti nei tre anni precedenti la designazione, e dunque non devono ricorrere le incompatibilità previste dall'art. 13 comma 3 del D. Lgs 150/2009 e s.m.i

L'Organismo dura in carica tre anni e l'incarico dei componenti può essere rinnovato una sola volta. Presso l'Organismo è costituita, con deliberazione del direttore generale e senza maggiori oneri per i bilanci delle aziende sanitarie, un'apposita struttura tecnica di supporto (STP) . L'Organismo, inoltre, può avvalersi del supporto di strutture interne delle aziende sanitarie che forniscono i necessari strumenti di analisi e reporting. Le modalità di funzionamento ed i compensi per i componenti sono disciplinati in apposito regolamento.

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

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

## **4. GLI ORGANI DELL'AZIENDA, LE DIREZIONI SANITARIA ED AMMINISTRATIVA, GLI ORGANISMI CONSULTIVI**

### **4.1 Gli organi dell'Azienda**

#### **4.1.1. Il Direttore Generale**

Il Direttore Generale, cui sono attribuiti tutti i poteri di gestione e di rappresentanza legale, costituisce il vertice dell'Azienda e, quindi, di tutte le sue componenti, amministrativa, tecnica e sanitaria, e svolge un'azione di management orientando le attività di ciascuna di esse al fine del raggiungimento degli obiettivi programmatici indicati. Nel rispetto dei vincoli determinati dalle risorse disponibili, di cui garantisce l'utilizzo ottimale, promuove l'attuazione delle politiche aziendali finalizzate al perseguimento degli obiettivi strategici, esercitando la funzione di committenza esterna ed interna secondo criteri di pertinenza, efficacia, sicurezza, appropriatezza, efficienza ed economicità.

Nell'esercizio delle funzioni proprie del suo ufficio è coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario in rapporto fiduciario contrattuale, si avvale dell'ausilio di tutti gli organi e organismi previsti dalla norma quali soggetti partecipativi in ordine all'assunzione dei provvedimenti finalizzati ad assicurare il miglior andamento Aziendale.

Il Direttore Generale nomina e revoca i Capi Dipartimento, i Direttori delle strutture complesse, il Coordinatore dei Servizi delle Professioni Sanitarie, i Direttori dei Servizi delle Professioni

Sanitarie, i Responsabili delle strutture semplici nonché i Responsabili di tutte le altre strutture operative dell'Azienda.

Il Direttore Generale conferisce:

- direttamente, su base fiduciaria e discrezionale, con atto scritto e motivato, l'incarico di Direttore Amministrativo e di Direttore Sanitario aziendali, conferisce inoltre, nei modi di legge, gli incarichi di Coordinatore dei Servizi delle Professioni Sanitarie, di Direttore delle strutture complesse a valenza aziendale nonché gli incarichi di cui all'art. 15 septies, commi 1 e 2, ed all'art. 15 octies del D. L.vo. 502/92 e successive integrazioni e modifiche, e gli incarichi di consulenza.

- l'incarico di Capo Dipartimento delle discipline di area sanitaria;
- l'incarico di Coordinatore Socio-sanitario;
- l'incarico di Capo Dipartimento delle discipline di area amministrativa;
- mediante le procedure definite dalla normativa vigente, gli incarichi di Direttore di Unità Operativa Complessa attenendosi, comunque, ai seguenti criteri:
  - capacità di management con particolare riguardo alla gestione delle risorse umane ed al raggiungimento degli obiettivi prefissati;
  - capacità di comunicazione e di aggregazione intorno agli obiettivi fissati dall'azienda;
  - sensibilità per le problematiche relative all'umanizzazione delle cure e alla tutela dei pazienti;
  - documentata attenzione al proprio aggiornamento professionale
  - curriculum professionale sia tecnico che direzionale;
- gli incarichi di Responsabile di struttura semplice dipartimentale secondo quanto riportato nel presente atto e su proposta del Direttore del dipartimento di appartenenza;
- gli incarichi di Responsabile di struttura semplice divisionale secondo quanto riportato nel presente atto e su proposta del Direttore della struttura complessa di appartenenza;
- l'incarico di natura professionale ex art. 27 CCNL 1998-2001 secondo quanto riportato nel presente atto e su proposta del Direttore dell'Unità Operativa Complessa di appartenenza;
- l'incarico di natura professionale ex art. 27 lettera C e D del CCNL 1998-2001 secondo quanto riportato nel presente atto e su proposta del Direttore del Servizio amministrativo di appartenenza;

In coerenza con quanto previsto dalla vigente legislazione in materia di competenze e responsabilità dei profili dirigenziali, il Direttore Generale attribuisce ai dirigenti diretta responsabilità dei risultati delle procedure affidate.

Il Direttore Generale verifica la rispondenza dei risultati delle attività e della gestione agli indirizzi impartiti ed agli obiettivi definiti attraverso gli strumenti identificati dalla normativa vigente. Il Direttore Generale riserva direttamente alla sua personale determinazione tutti gli atti di «alta amministrazione» la cui valenza strategica chiama in causa il suo ruolo di vertice aziendale, ed in particolare:

- le decisioni e l'adozione degli atti di indirizzo interpretativo ed applicativo di norme nazionali e regionali;
- l'adozione di tutti gli atti relativi al piano pluriennale di attività;
- l'adozione di tutti gli atti relativi alla programmazione finanziaria e di bilancio;




- l'adozione di tutti gli atti relativi alla definizione di obiettivi, priorità, piani, programmi e direttive generali per l'azione amministrativa e la gestione;
- l'individuazione delle risorse umane, materiali ed economico finanziarie e la loro ripartizione tra le strutture complesse<sup>5</sup>;
- l'adozione di tutti gli atti strategici e programmatori relativi all'assunzione di personale;
- la determinazione di tariffe, canoni ed analoghi oneri a carico di terzi.
- In caso di assenza o impedimento del Direttore generale le relative funzioni sono svolte dal Direttore amministrativo o dal Direttore sanitario su delega del Direttore generale, o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano. Ove l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi si procede alla sua sostituzione.
- Con apposito atto da pubblicare sull'albo dell'azienda e sul sito web aziendale, vengono specificati, dettagliatamente, gli ambiti oggettivi e soggettivi delle attribuzioni dirigenziali e delle deleghe conferite ai singoli dirigenti.

Al Direttore Generale risultano comunque pienamente riconosciuti i poteri avocativi, di revoca e di annullamento nei riguardi degli incarichi affidati.

Il Direttore Generale dell'A.S.L. Napoli 3 sud, Dott. Maurizio D'Amora è stato nominato con DGRC n° 467 del 26/09/2011.

#### 4.1.2. Il Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale è un organo dell'Azienda al pari del Direttore Generale che lo nomina in base alla designazione delle Autorità competenti sulla scorta di quanto previsto dalla vigente normativa.

Esso rappresenta un organo istituzionale esclusivo dell'azienda.

La funzione del Collegio si estrinseca in azione di vigilanza sull'osservanza da parte dell'Azienda delle norme vigenti a garanzia della legittimità procedurale, sull'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico e sulla regolare tenuta della contabilità e conformità del bilancio alle risultanze delle scritture contabili ed effettua periodicamente verifiche di cassa.

Il Collegio riferisce trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, formula rilievi su singoli atti ed esplica tutte le altre funzioni attribuite dalla legge.

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

Il Collegio Sindacale dura in carica tre anni.

La dirigenza amministrativa e sanitaria ha l'obbligo di fornire al Collegio ogni collaborazione utile al proficuo esercizio della funzione ogni qualvolta il Collegio operi accessi per controlli e/o verifiche.

Il Collegio Sindacale, in quanto organo istituzionale dell'Azienda, ferme restando le competenze e le responsabilità ad esso assegnate dalla normativa, ispira l'esercizio delle sue funzioni al principio della massima collaborazione e della sinergia operativa. Favorisce costanti e reciproche forme di coinvolgimento e di consultazione, con particolare riferimento alla fase istruttoria dei provvedimenti più profondamente incidenti sul processo di programmazione e di gestione dell'azienda.



- Nell'ASL Napoli 3 sud il Collegio Sindacale è stato nominato dal Direttore Generale con delibera 677 del 17/5/11, si compone di n. 5 componenti che eleggono al loro interno il Presidente..

#### 4.1.3 Il Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione è organo dell'Azienda che lo costituisce e nomina in attuazione dell'art. 17 del D. Lgs. 229/99 e s.m.i. ed in conformità alla specifica disciplina emanata dalla Regione. Rappresenta il supporto partecipativo e collabora con il Direttore Generale per il governo delle attività cliniche, la programmazione e la valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria, attraverso l'esercizio di funzioni di consulenza, di elaborazione e di verifica di processo.

Il Collegio di Direzione collabora, inoltre con il Direttore Generale per l'elaborazione del programma di attività dell'azienda e l'organizzazione e lo sviluppo delle strutture aziendali anche in rapporto all'organizzazione dipartimentale ed al migliore utilizzo delle risorse umane.

Il Collegio di Direzione concorre alla formulazione dei programmi di formazione, delle soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici.

Il Collegio di Direzione è presieduto dal Direttore Sanitario ed è composto dal Direttore Amministrativo, dai Direttori di Dipartimento, dal Coordinatore Socio-Sanitario, dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione, dal Coordinatore dei Servizi delle Professioni Sanitarie, dai Direttori Sanitari degli ospedali e dai Direttori di Distretto Sanitario. Può essere integrato, in forma stabile o temporanea e con atto motivato, dai responsabili di ogni altra macrostruttura prevista e disciplinata dagli atti programmatori aziendali.

Il Collegio si riunisce su convocazione del Direttore Generale.

Nell'ASL Napoli 3 sud il Collegio di Direzione è stato nominato dal Direttore Generale con delibera 145 del 3/4/13. Ai componenti del Collegio non è corrisposto alcun emolumento, indennità o rimborso spese.

#### 4.1.4 La Conferenza dei Sindaci

La normativa di riferimento della Conferenza dei Sindaci, del suo organo di rappresentanza, e delle Assemblee Distrettuali dei Sindaci derivano da:

Decreto Legislativo 502 e s.m.i. e dalla L. R. 3/11/1994 n. 32.

La Conferenza dei Sindaci dell'Asl Napoli 3 Sud è composta da tutti i Sindaci (57) che fanno parte dell'Azienda. L'attuale Presidente è l'Avv. Gennaro Malinconico, Sindaco della città di Torre del Greco.

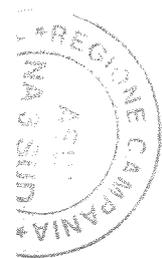
Si riunisce 1-2 volte all'anno per l'esame di temi inerenti la programmazione dei servizi sanitari e socio sanitari.

##### Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci

È composto da 5 membri, tra cui il Presidente ed il Vice-Presidente, eletto nel proprio seno.

È costituita dai Sindaci dei Comuni di : Torre del Greco, Boscotrecase, Poggiomarino, Pomigliano D'Arco, Somma Vesuviana.

Alle riunioni partecipano i Presidenti delle Assemblee Distrettuali, il Direttore Generale ed i



Direttori Aziendali dell'ASL

E' presieduto dal Presidente della Conferenza dei Sindaci, attualmente l'incarico è assegnato al Sindaco del comune di Torre del Greco.

La Segreteria della Conferenza e del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci si trova presso la sede legale dell'ASL, in Via Marconi 66 Torre del Greco.

*Compiti e funzioni:*

Partecipazione all'attività di programmazione

Esame del bilancio d'esercizio

Nomina rappresentanti in commissioni varie

Esame e parere su iniziative, regolamenti, progetti di particolare rilievo

Nomina componente del Collegio dei Revisori

Esame e approvazione criteri di riparto dei Fondi per le politiche sociali

Assemblee Distrettuali dei Sindaci

Sono 13, una in ogni Distretto Socio Sanitario.

Sono composte dai Sindaci dei Comuni che fanno parte del Distretto.

Trattano materie di competenza della Conferenza dei Sindaci relative al territorio di riferimento

La Assemblee nominano al loro interno un Presidente, un Vice Presidente, e un organismo esecutivo.

Le Assemblee Distrettuali coincidono con le Assemblee dei Comuni per la gestione dei Piani di Zona per le politiche sociali di cui alla Legge n. 328/00.

Le segreterie delle Assemblee distrettuali dei Sindaci sono presso le Direzioni dei rispettivi Distretti Socio Sanitari.

## 4.2. Le Direzioni Sanitaria ed Amministrativa

### 4.2.1. Il Direttore Sanitario

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

In particolare, il Direttore Sanitario:

— coadiuva il Direttore Generale nel governo dell'Azienda concorrendo, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni del Direttore Generale;

— assume diretta responsabilità solo delle funzioni attribuite alla sua competenza esclusivamente sulle materie indicate dalla Legge e su quelle specificamente indicate con apposita ordinanza del Direttore Generale;

— partecipa alla funzione di committenza, identificando la domanda di assistenza ed i bisogni di salute dell'utenza;

- cura il sistema di rilevazione dei dati relativi alle prestazioni erogate e ne verifica la qualità, riferendo al Direttore Generale sulle eventuali difformità dagli standard previsti e sulle relative responsabilità;
- pianifica, nel rispetto della programmazione sanitaria aziendale, l'allocazione delle risorse umane e tecnico-strumentali nell'ambito delle Unità Operative sanitarie di concerto con i Capi Dipartimento ed avvalendosi della collaborazione dei Direttori dei Servizi delle Professioni Sanitarie;
- esprime parere sugli aspetti igienico - sanitari delle progettazioni edilizie dell'Azienda;
- presiede il Consiglio dei Sanitari;
- presiede il Collegio di Direzione;
- presiede le commissioni per il conferimento degli incarichi di Direttore di struttura complessa;
- coadiuva il Direttore Generale nelle iniziative previste per la partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini adottando, in particolare, le misure necessarie per rimuovere eventuali disservizi;
- cura i rapporti con le associazioni di volontariato e con gli organismi di partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini.
- Il Direttore Sanitario dell'A.S.L. Napoli 3 Sud, Dott. Giuseppe Russo, è stato nominato con delibera 178 del 28/3/12 .

#### 4.2.2. Il Direttore Amministrativo

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

In particolare il Direttore Amministrativo:

- coadiuva il Direttore Generale nel governo dell'Azienda concorrendo, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni del Direttore Generale;
- assume diretta responsabilità solo delle funzioni attribuite alla sua competenza esclusivamente sulle materie indicate dalla Legge e su quelle specificamente indicate con apposita ordinanza del Direttore Generale;
- partecipa alle funzioni di committenza collaborando alla definizione dei bisogni dell'utenza avvalendosi delle strutture preposte;
- cura il sistema di rilevazione dei dati relativi alle prestazioni erogate e ne verifica la qualità, riferendo al Direttore Generale sulle eventuali difformità dagli standard previsti e sulle relative responsabilità;
- assicura il corretto assolvimento delle funzioni di supporto tecnico, amministrativo e logistico;
- verifica l'andamento della gestione economica-finanziaria aziendale e riferisce nel merito al Direttore Generale;



- riceve gli atti e/o le proposte definite dai Direttori dei Servizi amministrativi e sanitari nelle materie di relativa competenza;
  - elabora proposte nell'ambito di ogni attività di competenza informandone i Direttori dei Servizi ed i Capo Dipartimento interessati;
  - promuove ogni utile iniziativa per migliorare e razionalizzare le procedure tecniche, amministrative e contabili e di percorsi assistenziali;
  - promuove ogni utile iniziativa finalizzata all'ottimizzazione dei flussi informativi;
  - collabora con il Direttore Generale alla pianificazione della distribuzione del personale amministrativo.
- Il Direttore Amministrativo aziendale dell'A.S.L. Napoli 3 sud, Dott. Salvatore Panaro, è stato nominato con delibera n° 194 del 18/4/2013

### 4.3. Gli Organismi consultivi

#### 4.3.1. Il Consiglio dei Sanitari

Il Consiglio dei Sanitari è un organismo consultivo del Direttore Generale in materia tecnico-sanitaria.

E' presieduto dal Direttore Sanitario Aziendale.

È un organismo elettivo la cui costituzione e composizione sono definite dalla normativa nazionale e regionale vigente in materia in attuazione di quanto previsto dall'art. 3, comma 12, del D. Lgs. 502/92 e s.m.i.

Le modalità e i termini di elezione del consiglio dei sanitari, nonché le funzioni, nonché le funzioni ad esso attribuite sono disciplinate con regolamento adottato dal Direttore Generale nel rispetto dell'art. 25 della L.R. 3/11/1994 n. 32 e s.m.i.

Il Consiglio dei Sanitari fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale per le attività tecnico sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti. Esso si esprime altresì sulle attività di assistenza sanitaria.

#### 4.3.2. Il Comitato Etico

Il Comitato Etico dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud, il cui statuto è allegato al presente Atto Aziendale, s'ispira alle Carte dei Diritti dell'Uomo, alla Dichiarazione di Helsinki, alle norme di Good Clinical Practice (D.M. Sanità del 15/7/1997), alle Raccomandazioni di Organismi Internazionali, alla deontologia medica nazionale e internazionale, alle Raccomandazioni del Comitato Etico Nazionale e a quant'altro previsto dalle regolamentazioni vigenti.

Il Comitato Etico, in coerenza con i principi ispiratori, i valori aziendali e la mission dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud, esercita:

⇒ una funzione consultiva in relazione a questioni etiche connesse con le attività scientifiche, assistenziali, didattiche al fine di proteggere e di promuovere i valori della persona umana curando, in particolare:

- o il rapporto con il paziente in tutti i suoi aspetti psicologici, morali e spirituali;
- o l'attuazione dei diritti del malato in concorso con le altre strutture deputate;
- o l'etica dell'allocazione delle risorse;



- o l'esame dei casi clinici con particolari risvolti etici;
- o gli orientamenti di economia sanitaria;
- o partecipa inoltre alle iniziative coinvolgenti l'immagine, e/o il nome e/o la coerenza con la missione dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud;

⇒ una funzione di promozione delle attività di formazione e di aggiornamento professionale del personale dell'Azienda perché sia, secondo le norme correnti, «richiamo operante dell'amore per l'Uomo» e a tal fine esamina, promuove e stimola iniziative culturali proposte sia all'interno che all'esterno dell'Azienda.

Circa la composizione attuale del Etico dell'Azienda Napoli 3 Sud si rimanda alla delibera n. 206 del 12/04/2012 ed alla delibera n. 783 del 30/12/2009.



## 5. LA STRUTTURA AZIENDALE :

### I DISTRETTI SANITARI, I PRESIDI OSPEDALIERI, I SERVIZI CENTRALI.

#### Il livello strutturale

La struttura aziendale si divide in struttura dedicata alla produzione e struttura dedicata al supporto gestionale.

La struttura produttiva si articola sostanzialmente in due comparti, quello della "medicina territoriale" basato sul "distretto sanitario" e quello dei presidi ospedalieri. Dal punto di vista spaziale, il distretto sanitario diventa quindi la parte di territorio dove insistono sia i punti di erogazione della produzione a gestione diretta ( i presidi ospedalieri aziendali e similari e le strutture della sanità territoriale) che i punti di erogazione della committenza (pubblica extra aziendale, pubblica a convenzionamento obbligatorio, privata accreditata, privata).

La distinzione nei due comparti (territorio e presidi ospedalieri aziendali) permette una differenziazione gestionale degli stessi, per cui sia i distretti che i presidi godono, nei limiti che vedremo dopo di autonomia gestionale e contabilità separata, fermo restando ai distretti tutte le funzioni di monitoraggio e controllo che devono essere esercitate nei confronti dei punti di produzione della committenza sia pubblica che privata.

Una funzione sanitaria che si estrinseca sia a livello distrettuale (quindi direttamente sul territorio) che a livello sovra distrettuale (quindi a valenza generale) è rappresentata, ad esempio, dal Dipartimento di Prevenzione.

La struttura di supporto si estrinseca nei servizi e nelle funzioni centralizzate che hanno quindi valenza sovra distrettuale e la cui "territorialità" coincide con l'intero territorio aziendale.

#### 5.1.- I distretti sanitari

##### 5.1.a - LA GESTIONE DELL' ASSISTENZA TERRITORIALE

Possiamo ritenere che la vecchia "(in)cultura sanitaria" che si ostinava a considerare come corpo nettamente "separato" la medicina ospedaliera, da quella territoriale, è, finalmente, ormai superata.

Essa nasceva da una visione : a) degli ospedali come luogo fisico dove ( r )accogliere pazienti bisognevoli di assistenza continuata, e dove allocare risorse tecnologiche che, per il loro costo, manutenzione ed utilizzo, non possono essere diffuse più di tanto sul territorio, ma soprattutto come sede elettiva di assistenza qualificata e professionalmente competente; b) il territorio come luogo della certificazione, nelle necessità burocratiche, delle cure non intensive, dello scarsa assistenza.

La definizione "L'assistenza sanitaria è un "continuum" di interventi che si esplicano nel luogo più idoneo all'esplicitarsi dell'evento stesso, tenendo sempre conto che questo luogo ideale non è uno spazio, ma lo spazio che circonda il paziente", ben si adatta alla nuova impostazione della sanità che ricerca il benessere e soprattutto la qualità della vita e si dispone quindi, in modo trasparente, a fianco del cittadino / utente, per raggiungere tale scopo.

Come conseguenza di questa nuova impostazione si possono considerare il moltiplicarsi delle forme di assistenza domiciliare (oncologica, riabilitativa, per varie cronicità, ecc.) anche quando le condizioni del paziente erano considerate, solo alcuni anni or sono, tali da presupporre solo

l'assistenza ospedaliera<sup>6</sup>; ed ancora il sorgere di strutture polispecialistiche fortemente collegate con ospedali di riferimento ma con utenza non ricoverata<sup>6</sup>; una prevenzione pubblica che si occupa sempre più delle condizioni di vita, di lavoro ma, soprattutto, di ambiente e controllo degli inquinamenti<sup>7</sup>. Naturalmente questo nuovo modo di intendere la sanità deve, necessariamente, avere come sede iniziale di attività, il luogo stesso dove vive il cittadino: il territorio, che diventa distretto sanitario per una più efficace organizzazione degli interventi.

Il Distretto si configura quindi come lo snodo fondamentale del processo assistenziale: rappresenta, in effetti, il momento di valutazione della domanda, presa in carico del bisogno espresso, orientamento verso l'offerta e modulazione della stessa.

Sarà compito della struttura gestionale del distretto assicurare che tale attività avvenga in termini di pari opportunità, trasparenza, facilitazione, rispetto dei diritti, ottimizzazione del rapporto efficacia/costi; il tutto attraverso un'attenzione scrupolosa alle metodologie di verifica e controllo, soprattutto perché occorre assicurare la "qualità", in ogni sua eccezione, della prestazione offerta.

Per raggiungere tali obiettivi nel modello a regime la nostra azienda attuerà :

1. La sperimentazione di soluzioni organizzative tali da configurare il Distretto quale principale punto d'accesso, non solo ai servizi distrettuali ma alla rete generale dei servizi sanitari, coinvolgendo i Medici di Medicina Generale (MMG), i Pediatri di Libera Scelta (PLS) e gli Specialisti Ambulatoriali in tale processo<sup>8</sup>;
2. L'accentuazione della funzione di filtro e di informazione<sup>9</sup>;
3. L'ottimizzazione dell'integrazione fra le funzioni sanitarie e socio-sanitarie di competenza del Distretto, con quelle dei presidi ospedalieri e con quelle socio-assistenziali gestite dagli Enti locali<sup>10</sup> ;
4. La scelta responsabile di intervenire ovunque un'azione sanitaria svolta in collaborazione con gli Enti Locali possa risolversi in un miglioramento della qualità complessiva della vita, anche se questo miglioramento investe in maniera preponderante altri ambiti e/o abitudini di vita.

### 5.1.b - L'AZIENDA ED IL SUO CONTESTO

I distretti sanitari coincidono, territorialmente con le disciolte AA.SS.LL. n 4 e 5 ridisegnate perché private territorialmente dei comuni di Acerra e Casalnuovo aggregati all'ASL Napoli 2 Nord. A far data dal 1 gennaio 2013 la città di Portici che si identifica con il Distretto Sanitario n. 34 è stata accorpata all'ASL Napoli 3 Sud provenendo dall'ASL Napoli 1 Centro. La seguente tabella definisce la composizione e quindi gli attuali limiti spaziali dell'Azienda:

<sup>6</sup> Ne sono un esempio importante, sia pur iniziale, l'assistenza che la Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud assicura ai portatori di Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) subito dopo la fase acuta. In effetti, a paziente appena stabilizzato si procede alla domiciliazione assistita, assicurando la presenza giornaliera di personale medico ed infermieristico specializzato ed assicurando l'utilizzo di macchinari fondamentali, come i respiratori automatici. L'assistenza non è solo sanitaria ma anche sociale, con l'apporto di competenze specifiche fornite dal Comune, la presa in carico del paziente è del Distretto che provvede al rifornimento di materiale di consumo, di farmaci e di assistenza integrata, se necessaria (psicologi, farmacisti, riabilitatori, ecc.). Tale intervento (ADOTI) si applica anche ad alcuni pazienti in coma profondo stabile, in alcuni casi di trauma midollare grave e soprattutto, in convenzione da sottoscrivere con l'A.O. Santobono-Pausillipon-SS. Annunziata, per i piccoli pazienti affetti da Werding - Hoffmann.

<sup>7</sup> Si possono citare le nuove aggregazioni del Dipartimento di Prevenzione per il controllo delle catene alimentari, per il controllo degli inquinamenti elettromagnetici ed acustici, per il controllo della sanità animale, ecc.

<sup>8</sup> In tale organizzazione il medico di base, primo interlocutore del cittadino, si rapporta al servizio distrettuale con modalità stabilite a livello aziendale e tramite soluzioni informatiche tali da agevolare il più possibile la comunicazione tra i medici stessi e i punti di accettazione

<sup>9</sup> Soprattutto individuando meccanismi di valutazione multi dimensionali dei bisogni al fine di calibrare gli interventi e le prestazioni sull'effettivo bisogno espresso.

<sup>10</sup> L'integrazione socio-sanitaria è regolata dallo strumento della convenzione/accordo fra A.S.L. e Comuni (o altri Enti Istituzionali) sulla base dei rispettivi indirizzi programmatici.



Distretto	Comuni	Sede della Direzione
34	Portici	Portici
48	Mariglianella, Marigliano, S. Vitaliano, Castello di Cisterna, Somma Vesuviana, Brusciano	Mariglianella
49	Nola, Carbonara di Nola, Casamarciano, Liveri, S.P. Belsito, Saviano, Scisciano, Visciano, Camposanto, Cicciano, Cimatile, Comiziano, Roccarainola, Tufino	Nola
50	Volla, Cercola, Pollena Trocchia, Massa di Somma	Volla
51	Pomigliano d'Arco, S. Anastasia	Pomigliano d'Arco
52	Palma Campania, Ottaviano, S. Giuseppe Vesuviano, S. Gennaro Vesuviano, Poggiomarino, Striano, Terzigno	Palma Campania
53	Castellammare di Stabia	Castellammare di Stabia
54	S. Giorgio a Cremano, S. Sebastiano al Vesuvio	S. Giorgio a Cremano
55	Ercolano	Ercolano
56	Torre Annunziata, Boscoreale, Boscotrecase, Trecase	Torre Annunziata
57	Torre del Greco	Torre del Greco
58	Pompei, Gragnano, S. Antonio Abate, S. Maria la Carità, Agerola, Casola di Napoli, Lettere, Pimonte	Pompei
59	Vico Equense, Meta di Sorrento, S. Agnello, Piano di Sorrento, Sorrento, Massa Lubrense	S. Agnello

## Il Territorio

L'estensione e la variabilità geografica della nuova A.S.L. accorpata, sono senza dubbio notevoli, comprendendo il territorio che si affaccia sul mare, dall'hinterland napoletano a nord verso l'area vesuviana ad est fino alla Penisola Sorrentina nella zona a sud.

Agerola, Boscoreale, Boscotrecase, Brusciano, Camposano, Carbonara di Nola, Casamarciano, Casola di Napoli, Castellammare di Stabia, Castello di Cisterna, Cercola, Cicciano, Cimatile, Comiziano, Ercolano, Gragnano, Lettere, Liveri, Mariglianella, Marigliano, Massa di Somma, Massa Lubrense, Meta, Nola, Ottaviano, Palma Campania, Piano di Sorrento, Pimonte, Poggiomarino, Pollena Trocchia, Pomigliano d'Arco, Pompei, Portici, Roccarainola, San Gennaro Vesuviano, San Giorgio a Cremano, San Giuseppe Vesuviano, San Paolo Belsito, San Sebastiano al Vesuvio, San Vitaliano, Santa Maria la Carità, Sant'Agnello, Sant'Anastasia, Sant'Antonio Abate, Saviano, Scisciano, Somma Vesuviana, Sorrento, Striano, Terzigno, Torre Annunziata, Torre del Greco, Trecase, Tufino, Vico Equense, Visciano, Volla.

I suddetti Comuni provvedono all'esercizio associato delle funzioni sociali aggregandosi nei seguenti Ambiti Territoriali di norma coincidenti con i distretti sanitari già operanti per le prestazioni sanitarie:

Ambito n° 11 Distretto 34; Ambito n° 22 Distretto 48; Ambito n° 23 Distretto 49; Ambito n° 24 Distretto 50; Ambito n° 25 Distretto 51; Ambito n° 26 Distretto 52; Ambito n° 27 Distretto 53; Ambito n° 28 Distretto 54; Ambito n° 29 Distretto 55; Ambito n° 30 Distretto 56; Ambito n° 31 Distretto 57; Ambito n° 32 Distretto 58; Ambito n° 33 Distretto 59 (Delibera della Giunta Regionale n. 320 del 03/07/2012: "Modifica degli ambiti territoriali sociali e dei distretti sanitari - Provvedimenti a seguito della Deliberazione di Giunta Regionale n° 40 del 14/02/2011).




Gli ambiti, tredici in totale, sono rappresentati nelle tabelle seguenti.

> Ambito N11		> Distretto 34	
n.	Comuni	Popolazione	Distretto
1	Portici	53.981	DS34

> Ambito N23		> Distretto 49	
n.	Comuni	Popolazione	Distretto
1	Camposano	5.450	DS49
2	Carbonara di Nola	2.293	DS49
3	Casamarciano	3.359	DS49
4	Cicciano	12.290	DS49
5	Cimitile	7.356	DS49
6	Comiziano	1.821	DS49
7	Livri	1.669	DS49
8	Nola	32.761	DS49
9	Roccainola	7.294	DS49
10	San Paolo Bel Sito	3.546	DS49
11	Saviano	15.410	DS49
12	Sciaciano	5.769	DS49
13	Tufino	3.745	DS49
14	Viciliano	4.558	DS49
		107.322	

> Ambito N26		> Distretto 52	
n.	Comuni	Popolazione	Distretto
1	Ottaviano	24.072	DS52
2	Palma Campania	15.187	DS52
3	Poggioreale	21.353	DS52
4	San Gennaro Vesuviano	11.235	DS52
5	San Giuseppe Vesuvio	28.084	DS52
6	Silvano	8.323	DS52
7	Terzigno	17.868	DS52
		126.120	

> Ambito N29		> Distretto 55	
n.	Comuni	Popolazione	Distretto
1	Ercolano	54.779	DS55

> Ambito N31		> Distretto 57	
n.	Comuni	Popolazione	Distretto
1	Torre del Greco	87.197	DS57

> Ambito N32		> Distretto 58	
n.	Comuni	Popolazione	Distretto
1	Agerola	7.456	DS58
2	Casola di Napoli	3.884	DS58
3	Gragnano	29.719	DS58
4	Lettere	8.228	DS58
5	Paronà	6.033	DS58
6	Pompe	25.820	DS58
7	Santa Maria la Carità	11.718	DS58
8	San Antonio Abate	19.693	DS58
		116.331	

> Ambito N22		> Distretto 48	
n.	Comuni	Popolazione	Distretto
1	Brusciano	16.017	DS48
2	Castello di Stabia	7.435	DS48
3	Mariglianella	7.468	DS48
4	Marigliano	30.370	DS48
5	San Vito	6.189	DS48
6	Somma Vesuviana	35.260	DS48
		102.739	

> Ambito N24		> Distretto 50	
n.	Comuni	Popolazione	Distretto
1	Cercola	19.336	DS50
2	Massa di Somma	5.751	DS50
3	Pollena Trocchia	13.846	DS50
4	Volte	23.312	DS50
		62.245	

> Ambito N25		> Distretto 51	
n.	Comuni	Popolazione	Distretto
1	Pomigliano d'Arco	39.215	DS51
2	San'Anastasia	28.827	DS51
		68.042	

> Ambito N27		> Distretto 53	
n.	Comuni	Popolazione	Distretto
1	Castellammare di Stabia	64.506	DS53

> Ambito N28		> Distretto 54	
n.	Comuni	Popolazione	Distretto
1	San Giorgio a Cremano	47.244	DS54
2	San Sebastiano al Vesuvio	9.581	DS54
		56.825	

> Ambito N30		> Distretto 56	
n.	Comuni	Popolazione	Distretto
1	Boscotrecase	28.984	DS56
2	Boscotrecase	10.645	DS56
3	Torre Annunziata	43.699	DS56
4	Trecase	9.311	DS56
		92.639	

> Ambito N33		> Distretto 59	
n.	Comuni	Popolazione	Distretto
1	Massa Lubrense	13.985	DS59
2	Meta	8.041	DS59
3	Piano di Sorrento	13.136	DS59
4	San'Agello	9.079	DS59
5	Sorrento	18.580	DS59
6	Vico Equense	20.980	DS59
		83.810	

Sul Territorio insistono le seguenti Strutture sanitarie dell'ASL Napoli 3 Sud:

- n° 13 Distretti;
- Gli Ospedali Riuniti dell'Area Nolana;
- Gli Ospedali Riuniti dell'Area Stabiese;
- Gli Ospedali Riuniti Penisola Sorrentina;
- Gli Ospedali Riuniti dell'Area Vesuviana;
- n° 4 Macrostrutture: Dipartimento Integrato delle Emergenze (DIE), Dipartimento di Prevenzione (DP), Dipartimento di Salute Mentale (DSM), Dipartimento delle Dipendenze (DD).

### **La Popolazione**

L'Asl Napoli 3 Sud presenta un'alta densità abitativa (DA) pari a 1.791,74 abitanti/ Km<sup>2</sup>: con una popolazione distribuita in 57 comuni su una superficie pari a 631,72 Km<sup>2</sup>. Tale DA è una delle più alte della Regione ed è di gran lunga superiore a quella media nazionale. Alcuni comuni, in particolare, mostrano densità abitative estremamente elevate come Portici con 12.000 ab/ Km<sup>2</sup>, S. Giorgio a Cremano con 11.500 ab/ Km<sup>2</sup>, Torre Annunziata con 6.000 ab/ Km<sup>2</sup> e Castellammare di Stabia con 3.600 ab/ Km<sup>2</sup>.

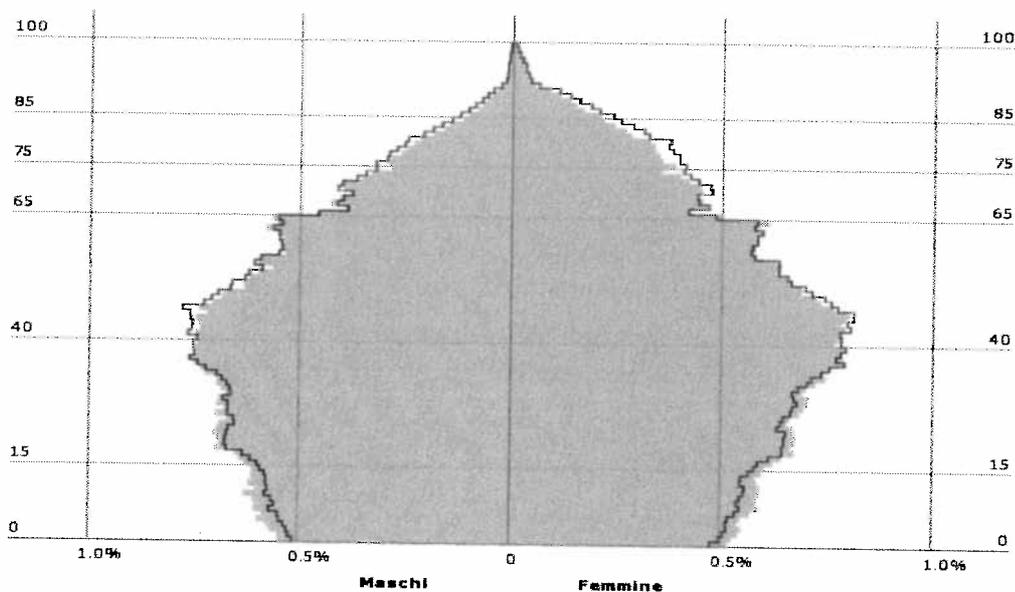
La popolazione dell' ASL Napoli 3 Sud, al pari di altre A.A.S.S.L.L. Campane, è anche mediamente più giovane rispetto a quella nazionale: l'età media nelle femmine è pari a 39,1 anni rispetto a una media nazionale di 44,0 anni, mentre nei maschi è pari a 36,7 rispetto a 41,0.

La composizione per fascia d'età della popolazione aziendale è perfettamente sovrapponibile a quella regionale come risulta dalla piramide dell'età.

Piramide delle età per genere

Popolazione residente (valori percentuali) ASL Napoli 3 Sud, dati al 1/1/2011 e confronto con Regione Campania, dati al 1/1/2011





L'indice di vecchiaia ( pop. di 65 anni e più / pop.0-14 anni x 100) si situa nella fascia più bassa dei valori nazionali con valori nei maschi e nelle femmine rispettivamente pari a 66,3% e 94,0%. Il tasso grezzo di natalità, (nati/ pop. x 1000), si situa nella fascia alta dei valori nazionali, sia per i maschi sia per le femmine, con valori rispettivamente pari a 11,8 ‰ e 10,7 ‰.

Una parte consistente vive in condizioni sociali ed economiche che, seppur simili a quelle della maggioranza delle AA.SS.LL. Campane, sono particolarmente svantaggiate rispetto a quasi tutte le altre Regioni italiane. Le condizioni socio-economiche sono strettamente connesse alle disuguaglianze in salute: è noto che i gruppi di popolazione caratterizzati da scadenti condizioni socio-economiche sono quelli che, a causa sia dei loro stili di vita sia dell'incapacità di relazionarsi in modo appropriato con le risorse sanitarie, sperimentano una maggiore probabilità di malattia.

La disoccupazione, strettamente associata al modesto livello di alfabetizzazione, è elevata. Infatti, il tasso di disoccupazione risulta superiore al 25%, simile a quello medio campano, più che doppio rispetto a quello italiano pari al 12%.

L'indice di dipendenza economica ( pop. di 65 anni e più + pop.0-14 anni / pop. tra 15 e 64 anni x 100) della popolazione aziendale si situa nella fascia medio bassa dei valori nazionali per gli uomini (45,56%) e in quella bassa nelle femmine (49,22%)

Il tasso migratorio medio (differenza fra il n. degli iscritti e quello dei cancellati all'anagrafe/ l'ammontare medio della pop. x 1000) della popolazione aziendale, individua il territorio aziendale fra quelli a maggior migrazione con un tasso di -6,22 fra i maschi e -5,92 fra le femmine.

Questa situazione, inevitabilmente, espone i cittadini di ogni età e la Comunità nel suo complesso a un più alto rischio di malattia associata a un ambiente sociale non protettivo, a stili di vita non salutari e a un utilizzo delle risorse sanitarie incongruo.

Per quanto attiene la popolazione afferente ai singoli distretti si rimanda alla tabella seguente, sottolineando che il dato "ISTAT" si riferisce alla proiezione statistica della popolazione così come viene calcolata dall'Istituto sulla base degli andamenti demografici al 31 dicembre 2012. È questo un dato puramente virtuale, ma rappresenta comunque la base di calcolo per definire, sia a livello regionale che centrale, la popolazione di riferimento sulla quale vengono assegnate le quote di finanziamento regionale; il dato "residenti" si riferisce alla popolazione così come risulta all'anagrafe comunale;

Ai sensi del DCA n. 18 del 18/02/2013 è fissato il parametro di n. 13.515 abitanti per ogni struttura complessa territoriale e di n. 1,31 strutture semplici per ogni struttura complessa da cui scaturisce per l'ASL Napoli 3 Sud la seguente dotazione a livello territoriale e centrale : n. 86 (85,51) strutture complesse e n. 113 (112,66) strutture semplici.

Per quanto attiene la dislocazione territoriale dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) si rimanda alla specifica tabella seguente che riporta anche i medici di emergenza territoriale ed i medici dei servizi.



Distretto	ISTAT	Residenti	Assistibili	Superficie Km/q
34	53981	55365	64.894	4,52
48	100986	102093	111.496	71,47
49	106306	108415	118578	133,42
50	62030	60218	67911	21,51
51	68455	67379	77502	30,20
52	123871	123765	135860	105,71
53	65224	65944	69920	17,71
54	57254	54690	61828	6,71
55	55463	53677	58431	19,64
56	93885	90512	99242	32,16
57	88425	85922	91744	30,66
58	109513	109599	113255	85,46
59	80901	81411	84933	72,55
<b>TOTALE</b>	<b>1012313</b>	<b>1059390</b>	<b>1155594</b>	<b>631,72</b>

**Fonti:**  
**Per la popolazione: G.U. n. 209 supp. ord. n. 294 del 18/12/2012**  
**Per la superficie: piano per l'emergenza provincia di Napoli redatto dal Prefetto di Napoli**  
**Assistibili: popolazione assistita da MMG, PLS e anagrafe assistiti, STP, naviganti**

I MMG, i PLS e gli Specialisti Ambulatoriali rappresentano il punto di contatto capillare tra il sistema sanitario nazionale e il cittadino e rappresentano indubbiamente la fonte primaria non solo delle prescrizioni farmaceutiche e specialistiche, ma rappresentano il vero luogo di indirizzamento delle scelte terapeutiche ed assistenziali. Negli allegati è riportato, tra l'altro, le specialità presenti nell'azienda con la distribuzione territoriale e le ore di specialistica assicurate dagli Specialisti Ambulatoriali.

L'appropriatezza e congruità degli interventi diagnostici e terapeutici si concretizza infatti nell'attività professionale di questi operatori e con essi l'Azienda intende costruire dei rapporti solidi di collaborazione e coinvolgimento costante, rendendoli partecipi non solo delle scelte gestionali distrettuali ma anche di ogni azione tesa al contenimento ed ottimizzazione della spesa, per far coincidere l'economicità degli interventi con la migliore assistenza fruibile, sempre cercando di migliorare la qualità delle prestazioni erogate. In tale contesto sono da inserire la presenza dei MMG, dei PLS e degli Specialisti Ambulatoriali nei vari organismi distrettuali di partecipazione individuati a tale scopo (vedi dopo). Naturalmente ciò non fa venir meno l'obbligo di tutela, controllo e salvaguardia che deve essere costantemente esercitato dall'azienda sia per perseguire i fini istituzionali sia per evitare che comportamenti scorretti e/o incongrui rechino danno economico e di immagine all'azienda che, in ultima analisi, sfociano non solo in un'inequiva distribuzione dell'assistenza ma, riducendo il potenziale economico di spesa, riducano gli stessi livelli assistenziali. Per quanto attiene la distribuzione territoriale degli altri punti salienti di assistenza a gestione diretta e dei punti di committenza accreditata, ivi comprese le Case di Cura Private, si rimanda alla tabella a lato per il quadro sinottico



Il Distretto contribuisce alla Missione aziendale assicurando alla popolazione residente la disponibilità, secondo criteri di equità, accessibilità e appropriatezza, dei servizi di tipo sanitario e sociosanitario ad elevata integrazione sanitaria, attraverso l'espletamento delle funzioni di committenza (analisi e definizione partecipata dei bisogni, l'allocazione delle risorse, la negoziazione della quantità e qualità delle prestazioni e dei servizi con i vari livelli di produzione).

Assicura altresì la funzione di produzione propria dell'Azienda e la funzione di produzione per l'area dei Servizi Socio- sanitari ad alta integrazione sanitaria, in stretto collegamento con i programmi degli Enti Locali.

Nella sua funzione di committenza supporta in modo permanente le autonomie locali garantendo il supporto tecnico necessario per l'azione di individuazione e selezione dei bisogni, attivazione di interventi di promozione della salute. Assicura, per target specifici di popolazione, percorsi di assistenza basati sul principio della continuità e del coordinamento degli interventi, promuovendo la multi-disciplinarietà tra i ruoli professionali e le strutture di produzione: principio guida dell'agire organizzativo è la globalità del progetto di cura e l'unitarietà della persona inserita nel proprio contesto socio-culturale e di relazione. Ruolo peculiare del Distretto è l'organizzazione dell'accesso dei cittadini alle prestazioni fornite dal sistema dei servizi con i quali esercita il ruolo di committenza e quelle fornite direttamente: fondamentale è perciò il perseguimento di strategie di semplificazione delle procedure e di trasparenza dei percorsi. Nel Distretto vengono garantiti gli aspetti dell'informazione, della tutela e garanzia dell'offerta e del rispetto della dignità della persona. Particolare evidenza viene data alla funzione di tutela come azione / atteggiamento verso il cittadino / beneficiario dei servizi: tutela cioè vista non come presa in carico, ma partnership consapevole.

È affidato al Distretto, in sintesi, il triplice compito di analisi delle cause, di risposta al cittadino, di garanzia e controllo delle azioni intraprese.

Per ribadire lo stretto collegamento tra "distretto" in termini sanitari e "distretto" in termini di unità territoriale, si riporta in alto la mappa dell'azienda in cui si evidenziano la suddivisione in comuni e la loro distribuzione nei distretti sanitari.

Notevole importanza, ai fini della comprensione della struttura del territorio aziendale è la mappa dell'azienda, riportata di seguito, in cui si mette in evidenza la morfologia territoriale nel contesto della porzione territoriale di competenza sanitaria (che è maggiore rispetto ai confini aziendali).

Questo dato permette di cogliere alcune delle difficoltà connesse con la complessa gestione dell'Azienda Sanitaria Napoli3 Sud.

Il distretto sanitario è articolato in unità di organizzazione ed unità di produzione. Alle prime si ascrive la Direzione Responsabile del Distretto con il supporto della funzione Amministrativa. Le seconde sono organizzate in aree, e precisamente :

- Area della prevenzione e tutela, cui afferiscono le Unità operative di Prevenzione Collettiva (UOPC), Prevenzione nei luoghi di lavoro (PLL), Igiene e Medicina del Lavoro (IML), Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (IN), Materno Infantile (MI), Veterinaria (V); Anziani (AA), Assistenza Riabilitativa A e B (AR);



## STRUTTURE SANITARIE ACCREDITATE SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Distretto	Poliamb.	Specialità Ambulatoriali	SIR	Laboratorio	Radiologia	Centri Diab	Dialisi	BaV	Terme	Case di Cura Accred	Case di Cura non Accred	RSA Anziani	RSA Disabili	Totali strutture accreditate
Ds 34	38	19		8	4	1	1	6		1				21
Ds 48	32	22		14	3	0	3	4		1				25
Ds 49	28	19	1*	14	3	1	2	1		1			3	25
Ds 50	20	17		5	1	0	1	0		1				8
Ds 51	30	24		9	3	0	2	3		1				18
Ds 52	49	25	2	15	3	0	2	9		3				32
Ds 53	29	18	1	7	4	1	1	3	1	1		1		19
Ds 54	58	26	1	11	3	0	1	3		1	1			20
Ds 55	24	18		8	2	0	1	9						20
Ds 56	37	16	1	16	5	1	2	4	1					30
Ds 57	36	24		14	5	0	2	10		2			2	35
Ds 58	86	24	1	14	4	0	1	9		1			1	30
Ds 59	48	26	1	5	0	0	1	0	1	1	1		1	10
<b>TOTALI</b>	<b>515</b>	<b>278</b>	<b>8</b>	<b>140</b>	<b>40</b>	<b>3</b>	<b>20</b>	<b>61</b>	<b>3</b>	<b>13</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>293</b>

\*A indirizzo giudiziario

– Area dell'Assistenza, cui afferiscono le unità operative di Assistenza Sanitaria di Base (ASB), Medicina Legale Pubblica Valutativa ed Invalidi Civili (ML), Salute Mentale (SM), Dipendenze (SERT), Assistenza

– Area delle funzioni di supporto, cui afferiscono gli uffici di Relazioni con il Pubblico (URP), Amministrativa (AM) e le eventuali funzioni periferiche dei servizi amministrativi.

Dal punto di vista organizzativo le UU.OO. che afferiscono all'area della prevenzione sono funzionalmente inserite nel Distretto. L'U. amministrativa, struttura semplice dipartimentale, dipende dalla direzione del distretto ed è funzionalmente collegata con il dipartimento centrale amministrativo di riferimento. Le articolazioni territoriali del Servizio Relazioni con il Pubblico si collegano funzionalmente con la direzione del rispettivo distretto ed anche con il rispettivo servizio centrale. Non viene menzionata in quest'elenco l'unità organizzativa della farmaceutica, che afferisce alla direzione del distretto ed è funzionalmente inserita in un comprensorio territoriale di cui fa parte anche un presidio ospedaliero. Il comprensorio territoriale affluisce poi, funzionalmente nel dipartimento strutturale farmaceutico, in considerazione della particolarità operativa prodotta da quest'area.

All'U.O. assistenza Sanitaria di Base (struttura semplice) afferiscono anche le strutture poliambulatoriali del distretto.



Nel distretto insistono altresì le strutture residenziali per anziani, per disabili e per malati psichici, funzionalmente collegate alle aree di relativa competenza (Servizio Assistenza Anziani, Aree di Riabilitazione, Dipartimento di Salute Mentale – vedi dopo). Due residenze per anziani (Torre del Greco e Portici) sono articolate quale unica struttura complessa

con compiti di indirizzo, guida e coordinamento. Le strutture residenziali per pazienti psichici sono fortemente inserite, quali strutture semplici, nell'U.O. di Salute Mentale da cui dipendono e, quindi, nello stesso dipartimento di Salute Mentale.

Nella tabella a lato sono riportate le sedi distrettuali per ogni tipologia di residenza sanitaria assistita.

Nell'ambito del distretto sono considerate strutture complesse le UO di Salute mentale, i SERT e le Direzioni Responsabili di Distretto.

Per le UU.OO. di Assistenza Riabilitativa l'intero territorio aziendale è stato suddiviso in due zone, denominate Area A ed area B cui affluiscono rispettivamente i distretti sanitari dal n. 48 al n. 52 per l'Area A ed i PP.OO. di Nola e Pollena Trocchia e dal n. 53 al n. 59 più il distretto n.34 ed i PP.OO. di Boscotrecase e Pollena Trocchia per l'Area B). Ognuna delle UU.OO. (per ogni singola funzione), assolverà compiti di coordinamento territoriale e di integrazione con le altre realtà assistenziali ed assicurerà gli opportuni interventi per funzioni sovra distrettuali; per tali compiti avrà la funzione di struttura complessa e coordinerà anche le strutture riabilitative ospedaliere insite nel territorio di relativa competenza. così come individuato nella delibera n. 03 del 07/01/2013 a cui si fa espresso riferimento.



Il disegno organizzativo previsto per le UU.OO. SERT, anche se con diversa ripartizione territoriale che porta a 7 le strutture complesse, e ciò anche in applicazione dell'evoluzione normativa nazionale regionale (cfr CDA 18 del 18/2/2013) relativa alle funzioni dei SERT. Gli ultimi dispositivi in materia disciplinano le UU.OO. SERT.

Le UU.OO.SS. di Psicologia territoriale (6 per tutta l'azienda, pur essendo fortemente indovate nel tessuto distrettuale dove operano (è del distretto di appartenenza il governo giuridico ed amministrativo del personale) sono strutture semplici e sono inserite nel Coordinamento di Psicologia. Sono funzionalmente coordinate e correlate tra loro in un modello organizzativo funzionale. La sede del coordinamento, che assume carattere unicamente funzionale, di organizzazione e di indirizzo, ma non carattere strutturale, coinciderà con la sede di una delle UU.OO. e verrà identificata con atto successivo dal Direttore Generale.

Distretto	RESIDENZE SANITARIE		
	Anziani	Riabilitazione	Psichiatriche
34	1		
48			
49		3*	
50			
51			
52			2
53			1
54			1
55			
56			
57	1	2*	
58		1*	1
59		1*	1
<b>TOTALE</b>	<b>2</b>	<b>7*</b>	<b>6</b>

Legenda: \*strutture in accreditamento

Distretti di attività	Popolazione di riferimento	UU.OO. Psicologia (Strutture Semplici)
DS 53-59	145.000	PC1 Psicologia Clinica
DS 56-58	200.000	PC2 Psicologia Clinica
DS 34-55-57	195.000	PC3 Psicologia Clinica
DS 50-51-54	186.000	PC4 Psicologia Clinica
DS 48-49	209000	PC5 Psicologia Clinica
Sovradistrettuale		PC6 Psicologia Clinica dell'età evolutiva

Le UUOO di Psicologia sono sovradistrettuali.

Negli ambiti distrettuali sono altresì inseriti i centri diabetologici ognuno dei quali ha la dignità di struttura semplice e che sono funzionalmente coordinati e correlati tra loro con un modello organizzativo di area funzionale. I comprensori distrettuali su cui insistono i dodici Centri diabetologici, (uno ogni 100.000

abitanti circa) sono illustrati nella tabella successiva. Il DS 55 non ha un CAD ma un ambulatorio diabetologico distrettuale.

La sede del coordinamento, che assume carattere unicamente funzionale, di organizzazione e di indirizzo, ma non carattere strutturale, coinciderà con la sede di uno dei centri diabetologici e verrà identificato con atto successivo dal Direttore Generale.

Le UOMI nei distretti sanitari con popolazione superiore ad 80.000 abitanti sono strutture semplici del materno infantile territoriale (DS n. 48,49, 52,56,57,58,59). Le UOMI dei distretti con popolazione inferiore ad 80.000 abitanti sono affidate, per la responsabilità, a dirigenti con incarico di alta specializzazione (DS n. 34,50,51,53,54,55).

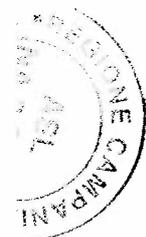
Nell'ambito dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud, in relazione alla complessità strutturale ed all'articolazione organizzativa del territorio, è identificata la funzione dei Distretti Sanitari ai sensi dell'articolo 3 quater, comma 1 del novellato Decreto Legislativo n. 502/92 e s.m.i..

Centro	Distretti di competenza
CAD1	D.S. 34
CAD2	D.S. 48
CAD3	D.S. 49
CAD4	D.S. 50
CAD5	D.S. 51
CAD6	D.S. 52
CAD7	D.S. 53
CAD8	D.S.54
CAD9	D.S.56
CAD10	D.S.57
CAD11	D.S.58
CAD12	D.S.59

I Distretti Sanitari <sup>11</sup> sono individuati come struttura complessa aziendale, alla cui direzione sono preposti Direttori responsabili le cui funzioni ed attribuzioni sono regolamentate dall'art. 10 della L.R. n. 32/94 e s.m.i..

<sup>11</sup> Il distretto sanitario è l'articolazione aziendale privilegiata dove realizzare l'integrazione socio sanitaria. Esso, dal punto di vista del modello organizzativo, si caratterizza come un "area sistema" all'interno della quale debbono incontrarsi, con coerenza, le caratteristiche omogenee di alcune condizioni della struttura dei bisogni (che costituiscono la domanda sociale) e le modalità obbligate d'intervento, garantendo efficacia ed efficienza delle prestazioni.

DISTRETTO E COMUNI	POPOL.	SUPERF.	MMG	PLS	CASA DI CURA	RSA	pp.II	S I R	pp.I I.
DISTRETTO 34 Portici	53.981	4,51	47	7	Casa di Cura Bianchi	RSA Piazzale Gradoni	30 PP.L L.		
DISTRETTO 48 Mariglianella, Marigliano, San Vitaliano, Castello di Cisterna, Somma Vesuviana, Brusciano	100.986	70,35	74	15	Casa di Cura Cem Santa Maria del Pozzo - Neuroriabilitazione - Somma Vesuviana				
DISTRETTO 49 Nola, Carbonara di Nola, Casamarciano, Liveri, S.P. Belsito, Saviano, Scisciano, Visciano, Camposano, Cicciano, Cimitile, Comiziano, Roccarainola, Tufino	106.306	130,24	77	14	Casa di Cura Villa Elisa San Paolo	1. RSA AIAS ONLUS - 2. ANFFAS "N Martini" LIVERI 3. ANFFAS San Maria delle Grazie	1. pp.II. 40 - 2. pp.II. 60 - 3. pp.II. 62	1	
DISTRETTO 50 Volla, Cercola, Pollena Trocchia, Massa di Somma	62.030	20,14	44	10	Casa di Cura Nostra Signora di Lourdes - Cercola				
DISTRETTO 51 Pomigliano D'Arco - Sant'Anastasia	68.455	30,2	56	11					
DISTRETTO 52 Palma Campania, Ottaviano, S. Giuseppe Vesuviano, San Gennaro Vesuviano, Poggiomarino, Striano, Terzigno	123.871	104,7	92	19	1. Casa di Cura Santa Lucia - San Giuseppe vesuviano - 2. Casa di Cura Trusso - Ottaviano			2	10 + 15
DISTRETTO 53 Castellammare di Stabia	65.224	17,71	51	9	Casa Di Cura Villa Stabia - C/Mare di Stabia	RSA per Anziani - Temp. Accr.	60	1	20
DISTRETTO 54 San Giorgio a Cremano San Sebastiano al Vesuvio	57.254	16,11	46	7	Casa di Cura ex Grimaldi - San Giorgio a Cremano			1	10
DISTRETTO 55 Ercolano	55.463	19,64	38	10					
DISTRETTO 56 Torre Annunziata Boscoreale Boscotrecase Trecase	93.885	32,05	67	15				1	
DISTRETTO 57 Torre del Greco	88.425	30,66	64	12	1. casa di Cura Villa delle Margherite 2. Casa di Cura Santa Maria la Bruna	1. RSA PER ANZIANI ( pubblica) - 2. ANFFAS LE GINESTRE - 3. ANFFAS J. KENNEDY	1. pp.II. 21 + 2. pp.II. 30 + 3. pp.II. 24		



<b>DISTRETTO 58</b> Pompei, Gragnano, Sant'Antonio Abate - Santa Maria La Carità, Agerola, Casola di Napoli, Lettere, Pimonte	109.513	85,18	77	17	Casa Di Cura Maria Rosaria Pompei	RSA ANFFAS PIMONTE	20	1	18
<b>DISTRETTO 59</b> Vico Equense - Meta di Sorrento - Sant'Agnello - Piano di Sorrento - Sorrento - Massalubrense	80.901	73,03	58	11	Casa di Cura San Michele - privata	RSA per Disabili minori di 65 aa Temp. Accr.	40	1	12
<b>Totale</b>	<b>1.012.313</b>	<b>630,01</b>	<b>791</b>	<b>157</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>410</b>	<b>8</b>	<b>85</b>

### 5.1.c - L'ORGANIZZAZIONE DELLA DOMANDA E DELLA RISPOSTA

I Direttori Responsabili dei Distretti dell'Azienda Napoli 3 Sud, individuati quali responsabili sanitari e gestionali dei distretti stessi, per attuare pienamente quanto contenuto nelle precedenti linee programmatiche si avvarranno, tra l'altro, di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali e di un ufficio socio-sanitario distrettuale.

Detto ufficio, oltre a svolgere le funzioni di legge, eserciterà, in quanto organismo di staff, funzioni propositive e tecnico - consultive, nonché di interrelazione, nel supporto all'azione dei Direttori responsabili dei distretti.

Tale ufficio sarà composto come previsto dall'art. 3 - sexies, comma 2 del Decreto Legislativo 502/92 e successive modifiche ed integrazioni.

Per le materie relative all'integrazione socio-sanitaria ed afferenti all'area socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria, Il Direttore del distretto è supportato dall'Ufficio Socio-sanitario distrettuale, previsto dall'Accordo di Programma sull'Integrazione Socio-Sanitaria. Tale Ufficio è un back-office in funzione di staff per il Direttore di Distretto, così come il Coordinamento Sociosanitario lo è per il Direttore Generale, in raccordo funzionale in particolare con lo specifico Servizio per le Attività socio-sanitarie territoriali del quale rappresenta la proiezione al livello locale e col quale è in costante rapporto di feed-back per tutti gli aspetti relativi alle attività sociosanitarie integrate. Detto ufficio svolge, a supporto del Direttore del distretto, funzioni di: programmazione territoriale integrata (e collabora, per gli aspetti relativi all'integrazione sociosanitaria, con la Direzione distrettuale all'elaborazione del Programma delle Attività Territoriali e dei Patti Distrettuali per la Salute), analisi dei bisogni e delle risorse, monitoraggio, verifica e valutazione dei programmi e delle attività sociosanitarie integrate distrettuali, coordinamento e raccordo, in particolare tra i servizi sociosanitari ad elevata integrazione sociosanitaria e tra questi ed i servizi sociali circoscrizionali. Esso è composto da figure professionali adeguate a questi tre ordini di funzione (medici di organizzazione dei servizi, epidemiologi, sociologi, operatori esperti nel lavoro di rete, ecc.) e dal Dirigente del servizio socioassistenziale distrettuale, ed è coordinato da un Referente individuato dal Direttore del Distretto all'interno della dirigenza distrettuale. L'Ufficio Socio-Sanitario distrettuale è istituito con apposito provvedimento, emesso di concerto col responsabile del Coordinamento socio-sanitario, dal Direttore del Distretto e gli altri organismi territoriali integrati previsti in materia di integrazione socio-sanitaria.

### 5.1.d - IL COMITATO DI DISTRETTO

Il Comitato di Distretto rappresenta il luogo del confronto con le istanze istituzionali del territorio; è composto dal Comitato dei Sindaci. Il Comitato è presieduto da un Presidente eletto nel suo seno a maggioranza assoluta dei componenti a scrutinio segreto. Si riunisce con la presenza del Direttore di Distretto che rappresenta la Direzione Aziendale.

Il Comitato contribuisce alla definizione dei bisogni del territorio, all'elaborazione dei piani e progetti di salute, analizza i risultati di servizio e promuove la partecipazione dei cittadini. E' il momento territoriale dell'integrazione tra tutte le risorse presenti sul territorio. L'istituzione, l'organizzazione e funzionamento del Comitato saranno disciplinati da apposito atto regionale; nelle more si procederà in via provvisoria nei termini già espressi affidando al Direttore del distretto l'assolvimento degli aspetti organizzativi tesi anche a garantirne il migliore funzionamento.

Il Comitato concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal Programma delle Attività Territoriali. Il Programma delle Attività Territoriali è proposto, sulla base delle risorse assegnate e previo parere del Comitato dei Sindaci dal Direttore del distretto ed è approvato dal Direttore Generale d'intesa, limitatamente alle attività sociosanitarie, con il Comitato medesimo.

### 5.1.e - ORGANISMI DI PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' DEI DISTRETTI DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

Essi sono rappresentati principalmente da :

- Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali: presente in tutti i 13 Distretti dell'A.S.L. Napoli 3 Sud
- Comitati Aziendali di cui al D.P.R. 270/2000 e 272/2000
  - o Comitato Aziendale ex articolo 11 del D.P.R. 270/2000 per la Medicina Generale
  - o Comitato Aziendale ex articolo 11 del D.P.R. 272/2000 per la Pediatria di libera scelta
- Comitato Consultivo zonale di cui al D.P.R.271/2000
  - o Comitato consultivo zonale della Provincia di Napoli ex articolo 11 del D.P.R. 271/2000 per la Specialistica ambulatoriale interna
- Commissioni per la Formazione permanente di cui al D.P.R. 270/2000 e 272/2000
  - Commissione centrale per la Formazione permanente ex art.11 del D.P.R. 270/2000 per la Medicina Generale
  - Commissione centrale per la Formazione permanente ex art.11 del D.P.R. 272/2000 per la Pediatria di libera scelta

A livello distrettuale si concorderanno organismi analoghi per la partecipazione degli Specialisti Ambulatoriali.




### 5.1.f. L'INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

L'Azienda persegue prioritariamente l'obiettivo della continuità dei percorsi di cura intesa come presa in carico globale dell'assistito e integrazione di tutti i momenti del percorso.

A questo fine l'Azienda promuove l'integrazione tra:

- le attività del servizio di continuità assistenziale e la medicina generale;
- la medicina generale e l'assistenza domiciliare;
- i percorsi facilitati di accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- le cure primarie e l'assistenza ospedaliera;
- le diverse attività erogate nell'ambito dell'assistenza ospedaliera.

L'Azienda garantisce e sviluppa la continuità dei percorsi di cura attraverso la rete integrata dei servizi dei Distretti e della rete ospedaliera regionale complessiva, pubblica e privata accreditata.

L'Azienda promuove lo sviluppo di strumenti operativi e modalità assistenziali in grado di assicurare la continuità dei percorsi di cura sul territorio.

A questo fine favorisce ogni forma di associazionismo tra i medici di medicina generale, in grado di garantire percorsi di cura autonomi e completi e di realizzare la continuità tra i momenti ordinari di assistenza ambulatoriale e domiciliare e quelli straordinari del servizio di continuità assistenziale.

La continuità dei percorsi di cura nel quadro dell'assistenza ospedaliera è realizzata attraverso l'organizzazione dipartimentale dei Presidi ospedalieri e per il tramite dell'integrazione dei dipartimenti che lo compongono con i distretti territoriali.

Attraverso l'organizzazione dipartimentale e la sua integrazione con i distretti territoriali l'Azienda promuove processi di assistenza e cura finalizzati a diminuire progressivamente la necessità dello spostamento dei pazienti fra le strutture. L'integrazione della rete ospedaliera con quella territoriale è finalizzata, altresì, ad assicurare la multidisciplinarietà delle diverse fasi del percorso clinico-assistenziale e riabilitativo, il trattamento della cronicità e delle patologie a lungo decorso, la personalizzazione dell'assistenza primaria, farmaceutica e specialistica, nonché la continuità assistenziale.

L'integrazione deve partire dal potenziamento dell'offerta sanitaria territoriale e dall'individuazione di strategie e strumenti per ridurre l'ospedalizzazione inappropriata e migliorare l'omogeneità di offerta.




### 5.1.g SISTEMA DELLE CURE DOMICILIARI

La nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare ha (documento del Ministero della Salute 2006) ridefinito le cure domiciliari, distinguendo, in dettaglio, gli interventi basati su prestazioni - che non necessitano di integrazione e valutazioni multidimensionali - dalle Cure Domiciliari Integrate, definite come una modalità di assistenza integrata - sanitaria e sociale erogata al domicilio dell'Assistito, in modo continuo ed integrato, in relazione alla natura ed alla complessità dei bisogni a cui si rivolge. La Regione ha definito il modello di riferimento del sistema cure domiciliari con DGRC n. 41/2011.

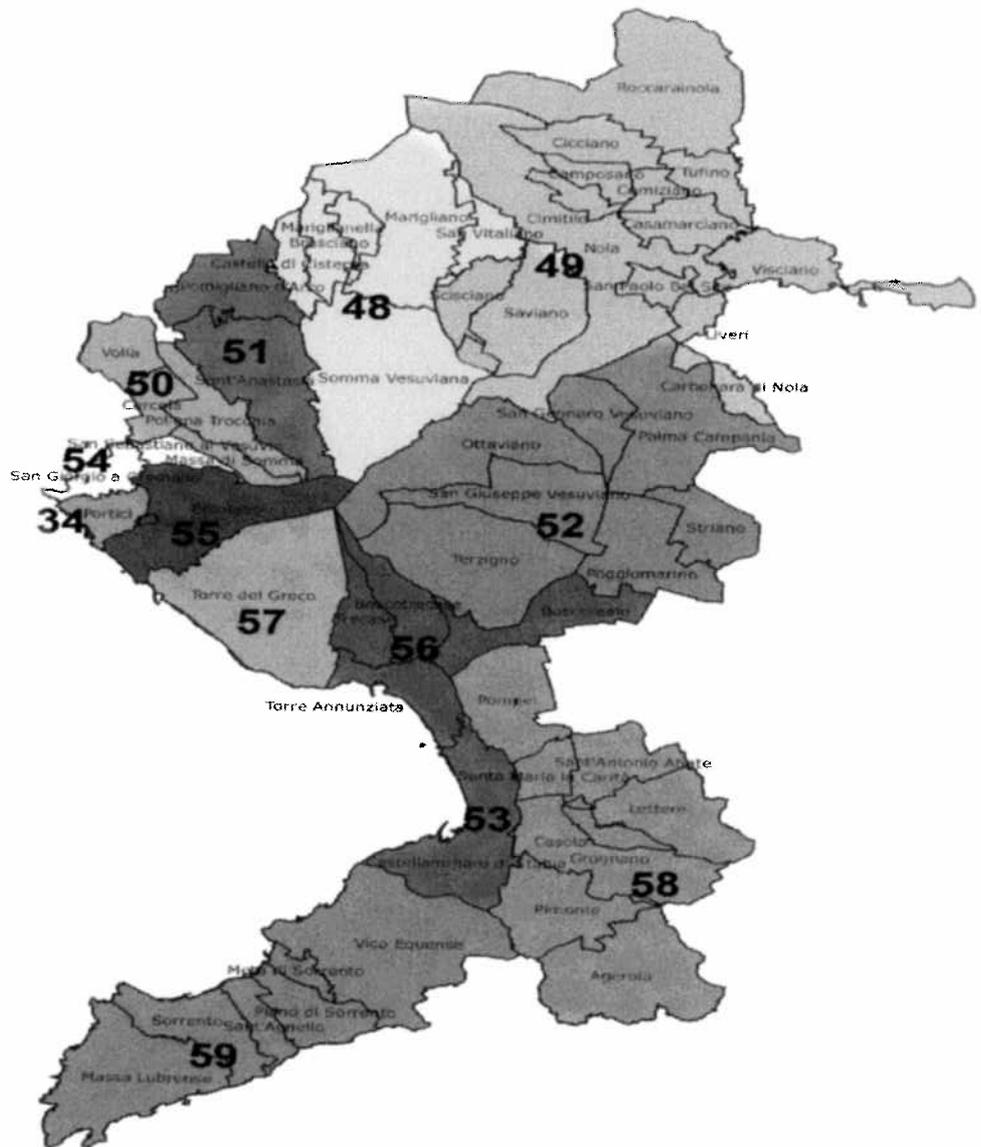
Gli obiettivi specifici del Sistema delle Cure Domiciliari sono:

- fornire adeguata assistenza a persone che presentano problematiche di tipo sanitario e sociale suscettibili di trattamento domiciliare, evitando i ricoveri ospedalieri impropri e l'ingresso in residenza;
- favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti, perseguendo il recupero o la conservazione delle residue capacità di autonomia e relazionali;
- rendere possibili dimissioni ospedaliere tempestive ed assicurare la continuità assistenziale mediante lo strumento della "dimissione protetta";
- supportare i "caregiver" e trasmettere loro delle competenze che possano tradursi in autonomia di intervento;
- migliorare in ultima analisi la qualità della vita di persone non autosufficienti o a rischio di perdita dell'autosufficienza, favorendo il mantenimento delle capacità residue.

Il documento ministeriale denominato "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" recepito dalla Regione Campania ha articolato le cure domiciliari in tre tipi:

- Cure Domiciliari di tipo prestazionale;
- Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello, e terzo livello;
- Cure Domiciliari palliative per malati terminali.





### Il contesto sanitario odierno:

1.059.390 residenti e n. 1.155.594 assistibili

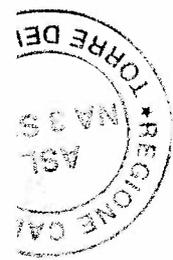
57 comuni

13 ambiti sociali

13 distretti sanitari

4 ospedali riuniti (8 presidi ospedalieri)

4.969 dipendenti (al 31 maggio 2013)



## 5.2 -Gli Ospedali Riuniti (OO.RR.) - I Presidi Ospedalieri (PO)

### 5.2.1 - OO.RR. - I Presidi Ospedalieri

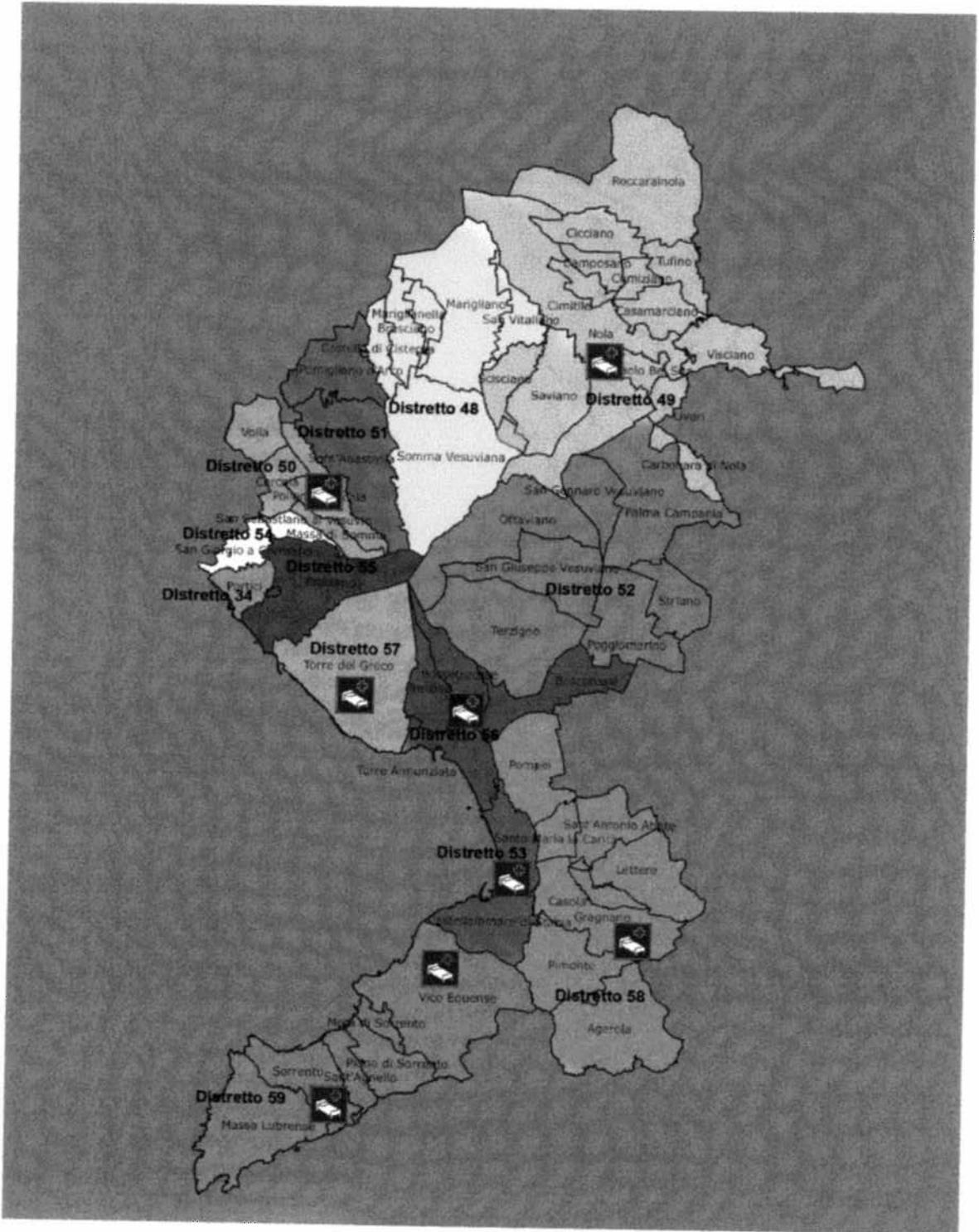
I presidi ospedalieri dell'Azienda Asl Napoli 3 sud sono 8 riuniti a due a due nel concetto degli OO.RR. : Area Vesuviana: Boscotrecase/Torre del Greco, Area Nolana: Nola/Pollena Trocchia, Area Stabiese: Castellamare di Stabia/Gragnano, Area Penisola Sorrentina: Sorrento/Vico Equense..

OO. RR.
Area Vesuviana: Boscotrecase/Torre del Greco
Area Nolana: Nola/Pollena Trocchia
Area Stabiese: Castellamare di Stabia/Gragnano
Area Penisola Sorrentina: Sorrento/Vico Equense

I primi 4 di ogni riunito sono sede di DEA quindi ospedali preminentemente deputati all'emergenza, i secondi 4 sono presidi ospedalieri di elezione e/o di pronto soccorso.

La rete ospedaliera aziendale è conforme, nel numero di posti letto e delle discipline ivi previste, al Piano Attuativo, ex DCA. n. 49/2010 approvato con delibera di Giunta Regionale n. 0266/AC del 03 marzo 2000 fino all'approvazione da parte del Consiglio Regionale del nuovo Piano Sanitario Ospedaliero. Il presidio ospedaliero è un'articolazione organizzativa complessa dell'Azienda;

comprende tutte le funzioni di assistenza destinate a persone affette da patologie in fase acuta e post acuta che per gravità, complessità o intensità di cura non possono essere trattate nell'ambito dei servizi territoriali o a domicilio. Il presidio Ospedaliero contribuisce al progetto di salute della comunità attuando le politiche aziendali attraverso un impiego efficace ed efficiente delle risorse assegnate. Persegue un'azione diagnostico terapeutica improntata alla continuità assistenziale ed all'approccio polispecialistico e multiprofessionale attuato attraverso l'integrazione delle attività appropriate al caso, sia interne al Presidio Ospedaliero che esterne allo stesso. La mission dei presidi ospedalieri è quella di partecipare ad un sistema integrato di assistenza che tende a dare risposta ai bisogni di diagnosi e cura con/senza ricovero attraverso servizi la cui qualità sia confrontabile nei vari stabilimenti, sostenendo in tal modo equità nell'accesso ed uguaglianza e affidabilità nelle risposte ai cittadini. Nella figura successiva sono riportate le sedi distrettuali dei presidi ospedalieri. La strutturazione in posti letto dei Presidi Ospedalieri Aziendali è riportata nella tabella seguente.



Rappresentazione topografica dei PP.OO.

OO.RR. Area Vesuviana: Boscotrecase/Torre del Greco	PL	265
P.O. Boscotrecase		
P.O. Torre del Greco		

OO.RR. Area Nolana: Nola/Pollena Trocchia	PL	267
P.O. Nola		
P.O. Pollena Trocchia		

OO.RR. Area Stabiese: Cast/mare di Stabia/Gragnano	PL	292
P.O. Castellamare di Stabia		
P.O. Gragnano		

OO.RR. Area Penisola Sorrentina: Sorrento/Vico	PL	203
P.O. Sorrento		
P.O. Vico Equense		

*Totale 1.027 p.l. (DCA n. 49/2010)*

*Assistibili 1.155.594/ 1027 p.l. = 1125,21 abitanti/p.l.*

*N.B. i parametri regionali riportano quale fabbisogno regionale 3,4 p.l. /1000 abit. di cui 2,7 per acuti e 0,7 per riabilitazione*

### 5.3 - I Servizi centrali

L'estensione territoriale dell'Azienda, la complessità delle funzioni da svolgere, la forte integrazione con gli organi istituzionali da una parte e con i bisogni assistenziali dall'altra, impongono che la struttura stessa dell'azienda si articoli in una serie di servizi che definiremo centrali per la valenza sovradistrettuale dell'azione da essi svolta, sia in termini di univocità di interventi e di procedure, onde garantire al massimo equità, certezza, celerità e trasparenza di trattamento, sia per la forte componente di integrazione che caratterizza alcuni di essi.

D'altra parte la complessità organizzativa che ne deriva impone che anche la struttura di supporto e di gestione che è necessaria per poter far funzionare tale apparato deve essere centralizzata onde ottenere i massimi benefici che derivano da ogni forma di economia di scala.

Pertanto i servizi centrali della azienda sono distinti in Servizi Centrali Sanitari, Servizi Centrali Socio-Sanitari, Servizi Centrali Amministrativi, Servizi Centrali Tecnici, Servizi Centrali Professionali, Servizi Centrali Strategici e Servizi Centrali di Staff. Alcuni di essi, come verrà specificato in

seguito hanno le caratteristiche di Strutture Complesse, altri ancora presentano un tale grado di complessità da essere essi stessi Strutture Complesse costruite su un modello gestionale di dipartimento funzionale che quindi comprende altre strutture complesse fortemente integrate tra loro. Tale modello vede però sempre la univocità di indirizzo e di scelta che viene esercitata dal Capo Servizio, anche se alcuni dei collaboratori godono di tale autonomia di scelta e governano funzioni tanto impegnative da essere loro stessi responsabili di struttura complessa. Altri Servizi ancora non sono di per se strutture complesse ma esercitano tipicamente funzioni di staff.

### 5.3.1 - I Dipartimenti ed i Servizi Centrali Sanitari.

Sono i Dipartimenti ed i Servizi Centrali che svolgono azione di tipo sanitario, o la cui responsabilità è affidata ad un dirigente dell'area medica di organizzazione. Essi sono : i Servizi che afferiscono al Dipartimento di Prevenzione, il Dipartimento per le Malattie Professionali e la Sorveglianza Sanitaria, i Servizi Centrali di Medicina Ospedaliera e di Medicina Territoriale. Ognuna delle menzionate strutture è organizzata in settori.

#### 5.3.1.a - Il Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione programma strategie e sviluppa iniziative atte a garantire la tutela della salute collettiva e persegue obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità e quindi di miglioramento complessivo della qualità della vita, attraverso azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e patologia, sia di origine umana che animale, "in tutte le realtà in cui la salute pubblica è sottoposta a rischi di origine ambientale, alimentare e lavorativa".

Il precedente modello operativo era quello che derivava dalla L.R. 32/94 e si esplicitava in otto servizi centrali, dei quali sette (Prevenzione collettiva, Prevenzione nei luoghi di lavoro, Igiene e Medicina del lavoro, Igiene degli alimenti e della nutrizione, il Servizio Veterinario Igiene della Produzione, Trasformazione, Commercializzazione Alimenti di Origine Animale, il servizio veterinario allevamenti e produzioni zootecniche, Servizio Veterinario sanità animale) con competenze gestionali sulle unità operative distrettuali, ed uno (Servizio di Epidemiologia e Prevenzione) a valenza sovradistrettuale e senza unità operative periferiche afferenti.

Le nuove esigenze di sanità pubblica, hanno indotto il legislatore regionale ad emanare diversi indirizzi sulla costituzione, strutturazione, competenze ed attività del dipartimento di prevenzione.

Adeguandoci a questi indirizzi è stato istituito il nuovo modello di dipartimento di prevenzione che di seguito verrà specificato

Il Dipartimento di Prevenzione è un dipartimento per area di competenza o per "processo", "modello organizzativo innovativo" nel quale, sebbene venga conservata la terminologia "Dipartimento" per indicare potere gestionale, forte controllo, etc., viene utilizzato un approccio "culturalmente nuovo", che prevede l'interfacciamento tra competenze molteplici, consentendo così l'esaltazione di singole unità, altrimenti mai intercettate, e nel contempo sviluppando la comprensione dei problemi delle varie unità organizzative partecipanti al fine di conseguire una risoluzione equilibrata degli stessi. Tale modello si affianca ma non si contrappone, da un punto di vista concettuale, a strutture dipartimentali classiche, caratterizzate da modelli gerarchici più tradizionali, fondati sulla differenziazione in compiti specifici ed attività.

In altre parole un tale modello organizzativo:



- si muove principalmente su indicazioni specifiche del Direttore Generale, interpretando i bisogni dell'utenza e cogliendone i segnali premonitori utili ad un riorientamento delle attività;
- ottimizza le risorse sulla scorta delle priorità del target affidato, scegliendo il percorso metodologico e le linee di intervento più utili alla soluzione dello stesso;
- assicura la completa presa in carico del target affidato, agendo affinché non vi siano le zone "deserte" del non intervento, ponendosi obiettivi programmatori orientati alla soluzione.

Tutto questo dove, invece, il precedente modello dipartimentale agisce per regolamento e per statuto e mai in forma problematica con la conseguenza di far emergere alcune problematiche :

- rispondere più ad esigenze di "struttura" che ai bisogni del territorio con il rischio di non essere in grado di fronteggiare una diversificazione degli stessi e quindi assegnare le risorse in fase di progettazione delle attività, collegandole alla struttura e non ai problemi;
- essere sostanzialmente fisso negli schemi e nei protocolli procedurali curando più gli adempimenti insiti nei campi di attività delle U.O. partecipanti che porre attenzione alle eventuali aree di «NON» intervento;
- finire in ultima analisi di porsi come obiettivo non l'azione più efficace ma l'applicazione dei regolamenti di governo gestionale.

Per ovviare a ciò il Dipartimento di Prevenzione sarà così strutturato:

A livello distrettuale viene allargato il campo d'azione delle unità operative di prevenzione storiche (prevenzione collettiva, igiene del lavoro, veterinarie etc.) attraverso l'istituzione di unità operative di prevenzione territoriali, che rappresentano il front – office tra l'utenza ed i suoi bisogni e la offerta Aziendale. La struttura distrettuale deputata a questo compito è lo SPORTELLO DELLA PREVENZIONE , che risponda a due linee di intervento. La prima è quella di fungere da filtro del bisogno dell'utenza, intendendo come filtro anche l'azione integrativa di indirizzo ed informazione: in altri termini, a livello dello sportello distrettuale il bisogno dell'utente si qualifica e si trasforma in una domanda che può sia avere risposta locale, se rientra nei poteri delegati allo sportello della prevenzione, sia essere incanalata nei flussi di attività e di risposta delle strutture centrali. La seconda linea di intervento, a sua volta, si diversifica in due aspetti: da un lato gli operatori dello sportello svolgono il compito di indirizzare adeguatamente la domanda qualificata verso la più idonea struttura centrale e si propongono anche come "aiuto in campo" per concorrere alla soddisfazione dell'utente; dall'altro, lo sportello è lo strumento attraverso cui le strutture centrali dialogano con le altre strutture distrettuali, laddove sia da prevedere un concorso con altre professionalità nell' offerta della risposta; lo sportello della prevenzione che è la struttura di governo territoriale del DAC da un lato "legge" il territorio, dall' altro "agisce" sul territorio. Lo SPORTELLO della PREVENZIONE è presente in ogni distretto e verrà affidato alla responsabilità di personale dirigente qualificato ed esperto non appartenente esclusivamente <sup>12</sup> ai quadri della dirigenza medica e veterinaria, essendo molto importante a questo livello la qualità legata all'esperienza operativa. La struttura operativa dello sportello deve essere in grado di rispondere, entro i limiti di delega, ad ogni esigenza di "prevenzione" ed è compito del responsabile utilizzare in maniera ottimale le risorse sulla base di specifiche competenze, predisposizioni ed esperienze. Con questo meccanismo si diminuisce anche il rischio di «specializzare» troppo l'operatore in quell'ambito territoriale. Naturalmente la dotazione organica dello sportello deve essere consona alle esigenze del territorio di competenza in termini quali/quantitativi. Il dirigente responsabile gode di ampia

<sup>12</sup> Sarà cura della Conferenza di Governo Dipartimentale (vedi dopo) identificare, con una proposta da sottoporre alla ratifica del Direttore Generale, per ogni sportello della prevenzione e per ogni sportello veterinario, il livello e la qualifica del dirigente responsabile

delega soprattutto per quanto attiene le problematiche che non coinvolgono momenti programmatici e riceve ordini direttamente dalle strutture di staff del dipartimento, pur non appartenendo gerarchicamente a nessun servizio istituzionalizzato. Deve chiaramente assicurare qualità, efficienza ed efficacia di intervento. Si collega e si integra, fortemente, con le altre strutture sanitarie distrettuali attraverso una decisa collaborazione con la direzione del distretto sanitario. Dispone di una struttura di supporto amministrativo per la gestione dello sportello in quanto centro di costo e di responsabilità.

Le strutture centrali del Dipartimento verranno potenziate per permettere di realizzare il punto nodale dell'intera organizzazione dipartimentale per area di competenza che deve essere fortemente radicata nel territorio e rispondere alle peculiari esigenze.

La struttura di staff è composta da una unità semplice con compiti appunto di staff a supporto del direttore del dipartimento.

Alla Struttura di staff è attribuito il supporto al coordinamento delle attività pluriaree e lo sviluppo del "sistema comunicazione" intradipartimentale; il coordinatore dello staff partecipa alla conferenza di governo dipartimentale con funzioni segretariali. I Servizi Veterinari operano come centri di responsabilità e di costo dotati di autonomia tecnico - funzionale ed organizzativa nell'ambito della struttura dipartimentale, e rispondono del perseguimento degli obiettivi del servizio, nonché della gestione delle risorse economiche attribuite. Viene istituita un' Area funzionale di Sanità Pubblica Veterinaria coordinata da un dirigente apicale che sia "libero" dai vincoli di direzione di uno dei servizi ad essa afferente.

Viene istituzionalizzata la così detta CONFERENZA DI GOVERNO DIPARTIMENTALE, quale sede elettiva di programmazione degli interventi, di confronto, di sintesi e di scelta delle priorità e di quant'altro necessario per il governo complessivo del dipartimento di prevenzione con uno schema di funzionamento che prevede un basso livello di burocratizzazione ed un alto livello di flessibilità (ad esempio variabilità, a seconda delle esigenze, del numero dei partecipanti, delle modalità di partecipazione, ecc.),

A livello di conferenza di governo dipartimentale (CGD) il sistema trova la massima espressione di una funzione dipartimentale "realmente" orientata per processi. Il CDG è composto in forma stabile dai responsabili dei servizi e può essere integrato di volta in volta da dirigenti con specifiche professionalità e competenze, non necessariamente responsabili di strutture, mentre è necessario che siano responsabili di processo, secondo le indicazioni che fornirà lo stesso CDG. La funzione di responsabilità di processo sarà analizzata e valutata in sede di applicazione contrattuale dei sistemi premianti. Il CGD è inoltre la sede dove si realizza quella nutrita presenza di responsabilità "delegate" dal Direttore Generale che esalta il rapporto fiduciario. È in questa sede che viene ancor più esaltata la figura di direttore del dipartimento che dovrà svolgere, oltre le funzioni classiche, anche il compito di coinvolgere, mediare, esaltare, indirizzare, le professionalità e le competenze coinvolte nel dipartimento.

L'organigramma del Dipartimento di Prevenzione, già previsto dalla delibera n. 780 del 30/12/2009, è articolato in una Struttura di staff, in tredici servizi centrali ed un servizio amministrativo, articolati a loro volta in strutture semplici e uffici, in una strutture semplice dipartimentale che risponde direttamente dal Direttore del Dipartimento e negli sportelli della prevenzione e veterinario.

Nel dipartimento si distinguono quattro aree tecniche ed una amministrativa:

1. area di sanità pubblica e della promozione della salute;
2. area dell'igiene e sicurezza degli ambienti di lavoro;




3. area degli alimenti e della nutrizione;
4. area veterinaria.
5. area amministrativa

#### DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

Il Direttore del Dipartimento viene nominato dal Direttore Generale tra i Direttori di struttura complessa afferenti al Dipartimento stesso ai sensi delle vigenti disposizioni.

#### AREA AMMINISTRATIVA

La gestione amministrativa di tutto il Dipartimento di Prevenzione è assicurata da una struttura complessa, sostanziata da adeguato organico e diretta da un Dirigente amministrativo. Tale struttura complessa dovrà gestire anche l'attività di depenalizzazione.

#### COORDINATORE DI AREA

Nel modello così configurato è d'obbligo l'istituzione di un coordinatore per ciascuna area al fine di garantire al meglio l'interfacciamento tra queste ultime con le problematiche complessive dell'intero dipartimento

I coordinatori saranno scelti dal Direttore Generale tra i dirigenti di struttura complessa dell'area di appartenenza.

I coordinatori delle quattro aree sono incompatibili con la funzione di Direttore di Dipartimento.

Per l'autonomia gestionale prevista dal D.L.vo n. 229/99 e dalla L.R. n. 10 del 11/07/2002 (Piano Sanitario Regionale 2002/04) i servizi veterinari sono centri di responsabilità e di costo autonomi nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione.

#### **SERVIZI CENTRALI DIPARTIMENTALI (STRUTTURE COMPLESSE):**

- Servizio Igiene e Sanità Pubblica

con le UOS: Igiene Ambientale

Acque potabili, balneazione, termali, piscine, ecc.

- Servizio Educazione alla salute
- Servizio Igiene Urbana
- Servizio Epidemiologia e Prevenzione

con la UOS Malattie Infettive e profilassi internazionale

- Prevenzione patologie cronico-degenerative e screening oncologici

Con le UOS: Screening oncologici

Screening malattie cronico-degenerative

- Servizio Igiene degli Alimenti e delle bevande

con le UOS: Emergenze, allerte, infezioni-tossinfezioni-intossicazioni alimentari

- Servizio Sicurezza Alimentare e Nutrizionale

con la UOS Nutrizione Collettiva

- Servizio Igiene e Medicina del Lavoro

Con la UOS Amianto

- Servizio di Medicina dello Sport

con 1 UOS di Psicologia dello Sport, con valenza sovra distrettuale;

- Servizio Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro

con la UOS Impiantistica

- Servizio Igiene della Produzione Stoccaggio e trasporto degli alimenti di origine animale



con la UOS Allerte alimenti di origine animale e G.I.S.A.

- Servizio Vigilanza sulla Commercializzazione degli Alimenti di origine animale
  - o CON LA UOS Ristorazione Collettiva e Pubblica

- Servizio Veterinario Sanità Animale

con la UOS Piani di bonifica

e UOS Igiene Urbana veterinaria e randagismo

- Servizio Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche

Con la UOS Benessere animale

Dal punto di vista funzionale le attività sul territorio di prevenzione si attuano in questo modo:

- sportello della prevenzione
- sportello della veterinaria
- attività territoriali dei servizi centrali

Le UU.OO.PP.CC. , le UU.OO.W. e le UU.OO.LL, tutte strutture semplici, sono sei per ogni linea di attività con competenze territoriali come da tabella seguente.

UU.OO.PP.CC.	UU.OO.W.	UU.OO.LL	Popolazione di riferimento UOPC e UOL
DS 53-59	DS 48-49-50-51-52-54-55-34 Area A	DS 53-59	145.000
DS 56-58	DS 48-49-50-51-52-54-55-34 Area B	DS 56-58	200.000
DS 34-55-57	DS 48-49-50-51-52-54-55-34 Area C	DS 34-55-57	195.000
DS 50-51-54	DS 53-56-57-58-59 Area A	DS 50-51-54	186.000
DS 48-49	DS 53-56-57-58-59 Area B	DS 48-49	209000
DS 52	DS 53-56-57-58-59 Area C	DS 52	125000

### 5.3.1.c - Il Servizio Centrale di Assistenza Ospedaliera

A livello centrale l'attività di governo ed indirizzo sovrastrutturale dei presidi ospedalieri della Asl Napoli 3 sud è stata articolata nel Servizio Centrale di Assistenza Ospedaliera.

Al Servizio Centrale di Assistenza Ospedaliera i seguenti presidi ospedalieri organizzati nel modello degli ospedali riuniti:

OO.RR. Area Nolana (PP.OO. Nola e Pollena Trocchia), OO.RR. Area Vesuviana (PP.OO. Boscotrecase e Torre del Greco), OO.RR. Area Stabiese (PP.OO. Castellamare di Stabia e Gragnano), OO.RR. Penisola Sorrentina (PP.OO. Sorrento e Vico Equense).

Al Servizio Centrale di Assistenza Ospedaliera afferiscono anche le Aree generali di coordinamento delle attività ospedaliere che svolgono il ruolo di staff funzionale nei confronti dei Direttori dei Dipartimenti.

Al Servizio Centrale di Assistenza Ospedaliera competono le funzioni di governo ed indirizzo di quelle attività sanitarie presidiali di interesse sovrastrutturale che necessitano di una forte azione di coordinamento. Presiedono altresì alla raccolta ed elaborazione dei dati di attività presidiale assicurandone la corretta rilevazione, elaborazione ed utilizzo anche attraverso l'attività dei settori/strutture semplici. Per le funzioni di emergenza territoriale (SAUT) si coordina con il Servizio Centrale di Assistenza Territoriale. Entrambi i Servizi Centrali (Ospedaliero e Territoriale) sono coinvolti, in collaborazione con il Coordinamento CUP nella rilevazione e nel monitoraggio delle liste di attesa. Collaborano inoltre con il Servizio Controllo di Qualità per l'implementazione dei criteri di Total Quality Management, secondo la vision 2000, nella gestione per qualità dei processi sanitari ospedalieri.

#### **5.3.1.d - Il Servizio Centrale di Assistenza Territoriale.**

È la struttura complessa deputata al coordinamento delle attività territoriali.

Si articola in tre aree di attività : la prima si occupa dell'Assistenza Sanitaria di Base e dell'Assistenza Estera e dell'Assistenza Indiretta; la seconda raggruppa tutte le unità operative con valenza interdistrettuale, la cui competenza cioè si esercita su attività che interessano tutta l'azienda e per tale motivo non possono essere allocate che in sede centrale. Vi è poi la terza linea operativa che raggruppa le strutture a competenza sovradistrettuale, quelle cioè la cui valenza necessita di un bacino di utenza più ampio di quello di un singolo distretto. Al Servizio Centrale di Assistenza Territoriale competono le funzioni di governo ed indirizzo di quelle attività sanitarie distrettuali di interesse sovrastrutturale che necessitano di una forte azione di coordinamento. Presiede altresì alla raccolta ed elaborazione dei dati di attività distrettuale assicurandone la corretta rilevazione, elaborazione ed utilizzo. Per le funzioni di emergenza territoriale si coordina con il Servizio Centrale di Assistenza Ospedaliera.

#### **5.3.2 - I Dipartimenti ed i Servizi Centrali non sanitari**

La complessità organizzativa delle strutture sanitarie che compongono il tessuto assistenziale della Azienda trova supporto tecnico e gestionale in una serie di servizi centrali che devono assicurare il regolare svolgimento delle procedure, l'ottimizzazione dell'assegnazione delle risorse, assicurare il giusto flusso di materiali dei consumo, la corretta tenuta degli archivi e dei magazzini, la dovuta manutenzione dei beni mobili sanitari e dei beni immobili, e quant'altro necessario alla complessa rete organizzativa. A tale scopo i servizi centrali si articolano in Servizi Centrali Amministrativi e Servizi Centrali Strategici.




### **5.3.2.a - I Dipartimenti ed i Servizi Centrali Amministrativi, Gestionali e Professionali**

Si annoverano le seguenti strutture : Affari Generali, Bilancio e Conti Consuntivi, Economato, Gestione Risorse Umane, Economico Fiscale, Proweditorato. Per ognuno di esse si elencheranno anche alcune delle principali linee di attività, rimandando alle denominazioni dei singoli settori ed uffici la ulteriore specificità delle competenze.

#### **5.3.2. a.I Il Servizio Affari Generali**

Il Servizio Affari Generali cura le procedure inerenti le convenzioni che l'azienda ha in gestione e di quelle che andrà a stipulare, sia con privati che con altre strutture sanitarie ed enti, dalla sottoscrizione fino alla cessazione del rapporto, curando la liquidazione delle relative fatture previo controllo di conformità alla previsione contrattuale.

Cura le pratiche concernenti l'ammissione di tirocinanti ed assimilati secondo gli indirizzi della Direzione Generale ed in genere le pratiche che non rientrano nella specifica competenza degli altri servizi. Cura la ricerca di Giurisprudenza e di precedenti a supporto delle attività del servizio e della Direzione Aziendale.

#### **5.3.2.a.II - Il Dipartimento Programmazione, Gestione e Tutele**

Il Dipartimento Programmazione, Gestione e Tutele è una struttura funzionale che comprende dieci strutture complesse come riportato nella tabella seguente. Le UUOCC indicate nella tabella sono in staff del Direttore Generale e successivamente sono riportate le linee di attività assegnate analiticamente ad ognuna di esse.

<b>DIPARTIMENTO PROGRAMMAZIONE, GESTIONE E TUTELE</b>
<b>Strutture Complesse</b>
<b>Servizio Gabinetto del Direttore Generale</b>
<b>Servizio Controllo di Gestione</b>
<b>Servizio Prevenzione e Protezione</b>
<b>Servizio Programmazione Pianificazione e Valutazione Attività Sanitaria</b>
<b>Servizio Risk Management</b>
<b>Servizio Formazione ed Aggiornamento Professionale</b>
<b>Servizio Controllo di Qualità</b>
<b>Servizio Affari generali e contrattualistica</b>
<b>Servizio Affari Legali</b>
<b>Servizio Registro dei Tumori</b>

### 5.3.2.a.III - Dipartimento Amministrativo e Professionale

Esercita il coordinamento delle attività svolte dalle varie UU.OO.CC. comprese nel dipartimento; risponde al Direttore Amministrativo aziendale delle attività rientranti nella propria competenza;

È un dipartimento funzionale che comprende sei strutture complesse come specificato in tabella,

DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO e PROFESSIONALE	
Strutture Complesse	
Servizio Gestione Risorse Umane (GRU)	
Servizio Sistemi Informativi	
Servizio Centrale Tecnico e Patrimoniale	
Gestione Economica e Finanziaria (GEF)	
Servizio Acquisizione Beni e Servizi (ABS)	

### 5.3.2.a.III - Servizio Gestione Risorse Umane

Esercita il controllo e la direzione delle attività svolte dai vari settori compresi nel servizio; risponde al Direttore Amministrativo aziendale delle attività rientranti nella propria competenza; esercita : attività relativa alle diverse modalità di costituzione, modifica ed estinzione del rapporto di lavoro dei dipendenti e consulenti dell'Azienda; istituzione, tenuta ed aggiornamento dei fascicoli personali dei dipendenti; definizione e variazione della pianta organica complessiva e/o di area del personale, ivi compresi i rapporti a tempo determinato previsti dalla nuova disciplina di settore; cura degli adempimenti conseguenti agli infortuni sul lavoro, al riconoscimento di malattie contratte in servizio o per causa di servizio, con esclusione delle competenze di carattere sanitario; applicazione, nei termini previsti dell'inquadramento derivante dai C.C.N.L. o da altre fonti normative; registra le posizioni di eventuali distacchi sindacali, le richieste di permesso retribuito e non presentate dalle varie organizzazioni che ne abbiano titolo, annotando le generalità dei beneficiari e la durata; sviluppo ed aggiornamento mensile del trattamento economico di ciascun dipendente in relazione alla categoria e



posizione funzionale rivestita, secondo il contratto d'area, con trattamento ed archiviazione informatica dei relativi dati; trasmissione degli elaborati in tempo utile al puntuale pagamento delle competenze; cura, in caso di necessità, i rapporti con gli enti previdenziali ed assistenziali per ogni esigenza finalizzata all'accertamento dei trattamenti pensionistici e di fine rapporto di lavoro dei dipendenti sino alla definizione delle relative pratiche. Redige la relazione annuale dei collocamenti in quiescenza per raggiunti limiti di età previsti per l'anno successivo. Effettua ogni altro adempimento connesso alla materia su indicazione del responsabile del servizio. Esercita il controllo e la direzione delle attività con risvolti economico - finanziari svolte dai settori ed uffici compresi nel servizio. Attua il controllo sulle autocertificazioni relative al personale secondo la vigente normativa.

E' articolato nelle strutture semplici riportate nella tabella seguente

<b>UOC SERVIZIO GESTIONE RISORSE UMANE</b>	<b>Settori/Strutture Semplici</b>
	Trattamento Economico
	Assistenza e Previdenza
	Amministrazione giuridica
	Concorsi e mobilità
	Gestione dotazione organica
	Procedure disciplinari
	Convenzionata interna

#### **5.3.2.a.IV - Settore Centrale Economato**

E' una struttura semplice dipartimentale che provvede ad acquisire beni e servizi che non risultino ottenibili con le usuali procedure di legge (pagamento per contanti) quali pubblicità su quotidiani, spese per corrispondenza ecc. ovvero in casi di necessità urgenti, imprevedibili ed indilazionabili o ancora di acquisti di modesta entità contenuti nei limiti previsti dal regolamento economale. Gestisce il fondo economale secondo la disciplina prevista dall'apposito regolamento. Sulla base del costante approvvigionamento di beni mobili inventariabili, di materiali di consumo, stampati e cancelleria, attrezzature sanitarie, armamentario ospedaliero, generi alimentari, materiale tecnico per gli interventi di manutenzione ecc. assicurati sulla base di pubbliche gare e rapporti contrattuali. Gestisce le determinazioni di aggiudicazione inoltrando ordini delle merci in via di esaurimento od insufficienti a garantire la corretta gestione dei servizi. Controlla la qualità e la perfetta conservazione dei beni immagazzinati, l'adempimento degli obblighi contrattualmente assunti dai fornitori per quanto concerne la qualità e quantità pattuite. Soddisfa le richieste di materiali inoltrate dai vari Servizi abilitati. Segnala l'esaurirsi delle scorte tempestivamente al fine di non recare possibile pregiudizio alle

attività di assistenza. Effettua e mantiene aggiornato l'inventario dei beni mobili aziendali secondo le procedure di legge e regolamentari. Ai fini di cui al punto precedente registra i beni all'atto della loro acquisizione.

Assicura tramite l'autoparco le esigenze di mobilità dell'Azienda, sia per il trasporto infermi (ad eccezione del 118) , sia per quanto concerne le esigenze della Direzione Generale, Amministrativa e Sanitaria.

Afferisce al Dipartimento Amministrativo.

### **5.3.2.a.V - Servizio Gestione Economica e Finanziaria**

#### **PROCEDURE CONTABILI**

Le procedure contabili ineriscono le modalità di rilevazione dei fatti aziendali, e rimandano, per le aziende sanitarie, in considerazione delle normative di settore applicabili, alle modalità di rilevazione economico-patrimoniale di cui alla disciplina codicistica, come integrata dalle decretazioni e normazioni statuali, ministeriali e regionali in campo sanitario e di contabilità pubblica , e di cui ai principi contabili nazionali ed internazionali (OIC, IPAS, IAS/IFRS ) ; come peraltro riepilogate nel Decreto Commissariale n. 07/2009 – All. Manuale dei principi contabili , cui si rimanda .

Nello specifico della realtà regionale campana, sussiste un'articolata produzione tecnico-normativa in materia, e solo a titolo di riepilogo si richiamano le più salienti normative in materia, che dunque regolamentano e riepilogano a vario titolo il complesso di norme, linee guida, e procedure, costituenti l'insieme di adempimenti alla cui osservanza le aziende sanitarie sono inderogabilmente e puntualmente tenute .

Conseguentemente, in tal senso, il presente Atto aziendale prevede l'adozione di idonee modalità procedurali ed operative che assicurino il rispetto pieno e puntuale di ogni aspetto e/o adempimento comunque prescritto e/o previsto nelle normative tutte vigenti, e comunque seguenti, che si intendono quindi comunque qui richiamate e riscritte ad ogni effetto, quale specifica disposizione costituente elemento imprescindibile per la valutazione di regolarità e completezza dell'atto aziendale stesso :

- D. Lgs. 502 del 30/12/1992 e s.m.i. ;
- DGRC n. 1364 del 30/03/2001
- Principi e direttive per l'adozione degli Atti Aziendali da parte delle ASL ;
- L. n. 311 del 30/12/2004, art. 1, comma 180
- Legge finanziaria 2005 - Ricognizione cause squilibrio finanziario e adozione programma operativo ;
- Intesa Stato – Regioni 23/03/2005

- Obbligo garanzia equilibrio economico-finanziario del SSR ;
- DGRC 460 del 20/03/2007
- Approvazione Piano di rientro dal disavanzo - Impegno della Regione a implementazione dei nuovi sistemi organizzativi gestionali e contabili
- Dec. N. 07 del 30/09/2009
- Completamento assetto territoriale ASL – Centri unici di responsabilità delle principali funzioni - punto n. 11
- Dec. N. 14 del 30/11/2009
- Procedure contabili - Adozione Documenti necessari per supportare Aziende sanitarie nella definizione di corrette procedure contabili, amministrative e gestionali – obbligo adozione da 01/01/2010 ;
- L. 191 del 23/12/2009 , art. 2, comma 88
- Finanziaria 2010 - Conferma assetto gestione commissariale e relative azioni di supporto contabile gestionale ;
- Dec. Comm. N. 25 del 13/04/2010
- All. A – Piano operativo n. 7 ( punto 11 D CdM 24/7/2009)
- Intesa Stato Regioni 3/12/2009 Approvazione programma operativo
- (Dec Comm. N. 7 del 30/09/2009 )
- Dec. Comm. N. 11 del 14/02/2011
- Approvazione nuovo piano dei conti – obbligo adozione da 01/01/2011
- Integrazione Dec. 14 del 30/09/2009
- Dec. Comm. N. 59 del 19/07/2011
- Proroga incarico a KPMG
- Dec. Comm. N. 60 del 04/08/2011
- Punti a) e b) del CdM 23/04/2010
- Integrazioni dei corretti procedimenti contabili e gestionali
- Processi di supporto alle attività' aziendali .

Segnatamente per quanto inerente il Piano di Rientro, esso, come e' noto, vede obbligata la Regione Campania ad una serie di adempimenti, che pongono non casualmente al centro l'obbligo di adottare particolari procedure gestionali e contabili volte ad assicurare l'efficacia delle misure di razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria, ed altresì un correlato puntuale monitoraggio dell'andamento della spesa a conforto della piena operatività delle azioni e del perseguimento degli obiettivi connessi .

Nel contesto dello scenario contingente legato alle misure di rientro dal disavanzo, di cui alla delibera di Giunta regionale n. 460 del 20 marzo 2007 di approvazione del relativo Piano di rientro, ed all'Accordo tra Stato e Regione Campania, ai sensi dell'art. 1, comma 180, legge 311/2004 , nell'ambito degli obblighi assunti con il citato accordo, al fine di provvedere alla quantificazione esatta e definitiva del debito regionale e di implementare corrette procedure contabili e gestionali, la Regione si è impegnata ad attivare, con la consulenza ed il supporto

tecnico di un advisor indicato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, tutte le attività utili allo scopo, assumendone i relativi costi sino alla scadenza del Piano di rientro .

Al fine di realizzare gli interventi previsti dal Piano di rientro e dai Programmi Operativi la Regione ha altresì emanato una serie di decreti e delibere attuative il cui recepimento e' già stato posto in capo ad ogni singola Azienda sanitaria/ospedaliera, ed uno dei principali ambiti oggetto di regolamentazione regionale è stato proprio quello delle funzioni gestionali e contabili delle Aziende.

Infatti, lo stesso Piano di rientro della Campania ha stabilito al punto 4 che "il risanamento economico-finanziario dovrà essere accompagnato da un processo di revisione delle funzioni contabili delle singole aziende sanitarie, in modo da assicurare la correttezza dei bilanci e la trasparenza dei processi di monitoraggio dei costi programmati".

La Regione, con il contributo delle Aziende, è giunta alla formulazione di un sistema di regole e linee guida per la corretta definizione delle funzioni gestionali e contabili che ha trovato formale approvazione con il Decreto Commissariale n. 14 del 30 novembre 2009. Il contenuto di tale Decreto ha ricevuto l'approvazione dei Ministeri della Salute e dell'Economia che, tuttavia, hanno invitato la Regione a dare "concreta attuazione dei provvedimenti emanati".

L'efficacia e la tempestività attraverso cui gli indirizzi contenuti nei Decreti/Delibere regionali vengono sviluppati presso le singole aziende costituisce una delle principali tematiche che la Struttura commissariale si trova ad affrontare per realizzare le condizioni necessarie al conseguimento degli obiettivi di contenimento della spesa sanitaria.

E' dunque necessario che il presente Atto aziendale preveda, quale principio generale, ed anche a livello di specifico regolamento contabile, e comunque, vieppiù, in ossequio alle specifiche esigenze contingenti, di assicurare che tutte le procedure contabili garantiscano e realizzino il rispetto delle normative sopra richiamate e comunque i principi e procedure ed azioni intraprese dalla Regione indirizzate alla corretta applicazione di quanto previsto nei decreti/delibere regionali.

In particolare l'adozione da parte del Commissario ad acta del decreto n. 14 del 30 novembre 2009 ha approvato, con obbligo di adozione per le AA. SS. a partire dal 1° gennaio 2010, i documenti – di seguito elencati - necessari per supportare le aziende sanitarie nella definizione di corrette procedure contabili, amministrative e gestionali ; nonché anche l'integrazione/aggiornamento del piano dei conti, con Decreto n. 11 del 14/02/2011, con obbligo di adozione dal 01/01/2011 ; cui si rimanda ad ogni effetto :

- Manuale dei principi contabili;
- Linee - guida per la predisposizione del Regolamento di Amministrazione e Contabilità delle
- Aziende Sanitarie della Campania;



- Piano dei conti di contabilità generale unico regionale (aggiornato da D. n. 11/2011);
- Linee Guida per la definizione del Piano dei Centri di Costo e dei Centri di Responsabilità
- corredate dal Piano dei Centri di Costo e dei Centri di Responsabilità, dal Piano dei Fattori
- Produttivi e dalle Schede di Budget che definiscono i principi per la tenuta della Contabilità
- Analitica, atti a garantire l'omogeneità dei sistemi di rilevazione delle singole aziende e la
- confrontabilità dei dati a livello regionale;
- Modello di Nota Integrativa
- Manuale dei principi di consolidamento e delle relative procedure .

I processi relativi a quanto espresso nel presente articolo sono oggetto di specifica normazione interna all'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud .

Il Servizio GEF è una struttura complessa che nell'ottemperare alle disposizioni nazionali e regionali di cui sopra, provvede anche all'anagrafe fornitori e clienti, cura le relazioni con gli stessi, si occupa della contabilità del personale dipendente e convenzionato, anche dal punto di vista dei versamenti di natura fiscale. Assolve agli adempimenti dei versamenti previdenziali ed agli adempimenti IVA. Si occupa del contenzioso al fine di dare supporto al Servizio Affari Legali e per la sistemazione contabile dei pignoramenti. Cura la contabilità per centri di costo del personale dipendente e convenzionato e dei costi relativi a forniture di beni e servizi. Provvede agli adempimenti fiscali con particolare riguardo alla dichiarazione dei sostituti dei redditi, IRAP ed IVA mentre la dichiarazione dei sostituti d'imposta rientra nelle competenze del Servizio Gestione Risorse Umane.

Tiene il protocollo dei documenti contabili, l'archivio corrente del servizio. Istruisce il bilancio di previsione ed il bilancio economico preventivo, attua le variazioni di budget concordate con la Direzione Aziendale, si occupa dei flussi informativi afferenti al servizio. Istruisce il bilancio d'esercizio ed il rendiconto finanziario. Riscontra la contabilità della tesoreria aziendale e la sua corrispondenza ai dati del servizio.

L'articolazione funzionale prevede una Struttura Semplice denominata "Contabilità, Clienti e Fornitori"

### ***5.3.2.a.VI - Servizio Acquisizione Beni e Servizi***

Le Aziende Sanitarie, in osservanza delle disposizioni nazionali, con particolare riguardo alle disposizioni di cui all'art. 23 della legge 18 aprile 2005 n. 62 "disposizioni in materia di rinnovo dei contratti pubblici delle pubbliche amministrazioni per la fornitura di beni e servizi", nonché di quelle regionali, effettuano, ove previsto, i propri acquisti tramite il MEPA, la CONSIP e la Centrale Acquisti della Regione (SORESA). Esse devono attenersi alle disposizioni contenute nel

decreto commissariale 58 del 18 luglio 2011, in particolare per quanto attiene la determinazione del piano triennale di esigenze di beni e servizi con il relativo fabbisogno finanziario.

Le aziende sanitarie inoltre disciplinano, con proprio regolamento gli acquisti di beni e servizi in economia e predispongono un regolamento nel rispetto delle previsioni di cui all'art. 256 del decreto legislativo 12 aprile 2006 n. 163, nell'ASL Napoli 3 Sud il regolamento è stato adottato con la delibera n. 100 del 5/12/2011.

Il Servizio ABS è una struttura complessa che attiva le procedure di gara per l'approvvigionamento dei beni e dei servizi richiesti. Promuove l'acquisizione dei necessari capitolati d'appalto. Fornisce il supporto organizzativo e di segreteria per la valutazione delle offerte. Appronta gli atti per l'aggiudicazione o per le eventuali diverse determinazioni dell'Azienda. Redige i contratti di fornitura e provvede agli adempimenti successivi correlati secondo le norme vigenti e i regolamenti aziendali. Riceve i depositi cauzionali costituiti dalle ditte che partecipano alle procedure di gara e provvede alla restituzione in caso di non aggiudicazione e/o di avvenuto adempimento.

### **5.3.2.b - Servizio Centrale Tecnico e Patrimoniale**

È una struttura complessa Si annovera inoltre il seguente settore : Tecnico Patrimoniale, Progettazione, manutenzione e gestione immobili ed impianti tecnologici,. Si occupa di tutta la problematica attinente il patrimonio immobiliare ed i beni artistici insistenti nell'azienda.

#### **5.3.2.b.I - Settore Progettazione, manutenzione e gestione immobili ed impianti tecnologici.**

È una struttura semplice. Esercita il controllo e la direzione delle attività svolte dai vari settori compresi nel servizio. Risponde al Direttore Amministrativo delle attività rientranti nella propria competenza. Cura gli adempimenti amministrativi imposti dalla vigente normativa per l'indizione, l'aggiudicazione e lo svolgimento di pubblici appalti. Mantiene i rapporti con i tecnici designati dalla D.G. per le funzioni tecniche previste dalla Legge in materia. Riceve e custodisce la documentazione relativa alla gestione dei lavori e la corrispondenza esterna ad essa pertinente. Promuove con opportune proposte l'adozione dei provvedimenti e delle determinazioni ricorrenti secondo necessità. Assicura la vigilanza e la sicurezza sui cantieri di lavori. Sovrintende alle attività di manutenzione edile. Cura la progettazione di piccoli interventi su immobili ed impianti da effettuare con operatori interni o con affidamento esterno qualora si tratti di interventi di modesto valore e lo consenta la normativa. Sovrintende alla vigilanza sulla manutenzione degli impianti. Acquisisce e custodisce la documentazione planimetrica dell'immobile o di sue sezioni e dei suoi impianti aggiornandola periodicamente in base alle innovazioni attuate. Assicura, in via preventiva, con periodiche ispezioni o su richiesta dei Servizi Sanitari interessati, il perfetto funzionamento e la sicurezza delle apparecchiature elettromedicali dell'Azienda. Vigila e certifica la regolare esecuzione delle attività della ditta affidataria del servizio di intervento sulle apparecchiature e di manutenzione delle stesse. Predisponde, per

ciascuna apparecchiatura di nuova acquisizione, una scheda tecnica che identifica il responsabile della stessa, le riparazioni effettuate e lo stato d'uso.

### **5.3.2c. - Servizio Sistemi Informativi.**

E' la struttura complessa preposta all'analisi, progettazione e sviluppo di tutti i sistemi di informatizzazione delle varie aree di attività dell'azienda, curandone la perfetta integrazione nella rete territoriale con particolare riferimento a: Distretti, Presidi Sanitari Intermedi, Dipartimenti, Area contabile amministrativa, Area Direzionale, E-government aziendale.

Provvede alla formazione di base ed avanzata di tutta l'utenza interna per l'uso di tutte le procedure informatiche implementate nella rete aziendale, assistendo la stessa successivamente secondo le esigenze e priorità sia nell'avvio che nella gestione delle attività, relativamente all'aspetto informatico. Cura i rapporti con tutte le aziende esterne che operano nel campo dell'informatica, fornitrici di sistemi acquisiti dall'ASL, costituendo la naturale interfaccia tra esse e gli utenti della ASL stessa. Cura l'evoluzione tecnologica delle apparecchiature hardware e degli applicativi software, assicurandone l'adeguamento. Esegue la progettazione di tutte le infrastrutture di rete, curandone successivamente tutti gli aspetti tecnico informatici, sia con riferimento alla rete interna (intranet) che a quella esterna (extranet, collegamento con M.M.G., Pediatri, Centri Convenzionati, Case di cura, Farmacie, ecc.). Cura la progettazione, lo sviluppo e/o l'acquisizione di sistemi di comunicazione con la cittadinanza (sito WEB ASL). Cura la progettazione di sistemi esperti.

Esercita il controllo e la direzione delle attività svolte nel servizio. Svolge le attività di manutenzione dei P.C. aziendali. Esperisce procedure eventuali e nei casi più complessi per garantire interventi di manutenzione esterna. Assiste l'utenza interna secondo le esigenze e priorità nella conoscenza e padronanza di programmi specifici e finalizzati. A tal fine, l'Azienda prevede il potenziamento e la riorganizzazione del Sistema Informativo aziendale coerenti con lo sviluppo del NSIS e del SISR e con gli indirizzi già contenuti nel Piano Sanitario Regionale 2010-2012.

L'Azienda promuove, in linea con quanto disposto per le pubbliche amministrazioni dal nuovo Codice dell'amministrazione digitale (D. Lgs. n.235/2010) l'utilizzo delle nuove tecnologie digitali per assicurare la disponibilità, la gestione, l'accesso, la trasmissione, la conservazione e la fruibilità dei documenti e delle informazioni.

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

La dematerializzazione, in uno con lo sviluppo dei sistemi comunicativi, l'utilizzo costante e diffuso della rete aziendale intranet, per le comunicazioni interne, e i portali per la



comunicazione, per quelle esterne, l'utilizzo e diffusione della poste certificate (PEC e CECAPAC), permette di facilitare il processo di democratizzazione aziendale con un migliore e puntuale dialogo sia tra le diverse strutture organizzative sia con i dipendenti che con i cittadini utenti.

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

Le tecnologie digitali devono anche essere messe al servizio del cittadino. A tal proposito, l'Azienda mira a richiamare l'attenzione sull'utilizzo del sito web aziendale come strumento di comunicazione aperto e trasparente che, come tale, offre l'opportunità di rendere pubbliche informazioni di estrema utilità per i cittadini sui servizi offerti, sulle modalità di fruizione degli stessi, sui tempi di attesa per le prestazioni.

### 5.3.2.d - I Servizi Centrali Professionali

#### 5.3.2.d.I - Servizio Centrale Affari Legali.

Esercita il controllo e la direzione delle attività svolte nel Servizio; risponde al Direttore Generale delle attività rientranti nella propria competenza; cura l'assistenza legale dell'Azienda assumendone il patrocinio legale; con riferimento a problemi di particolare complessità, su richiesta della Direzione Aziendale fornisce la consulenza legale; assume il coordinamento e la vigilanza rispetto alle pratiche che, per particolari esigenze normative o gestionali, vengano affidate a consulenza esterna.

È una struttura complessa che comprende quattro settori come di seguito specificato in tabella. ed è in funzione di staff del Direttore Generale.

SERVIZIO	Settori/Strutture Semplici
Affari Legali	Contenzioso civile
	Contenzioso penale, Procedure esecutive, Liquidazione spese penali
	Contenzioso del lavoro
	Contenzioso Amministrativo

#### 5.3.2.e - I Settori Ispettivi

Nei Settori Ispettivi si annoverano le seguenti articolazioni : Settore Ispettivo Centrale Sanitario (SICS) e Settore Ispettivo Centrale Amministrativo (SICA). Si tratta di due settori dalla funzione molto delicata che hanno il compito, sempre e solo su mandato del Direttore Generale, a cui

sono in staff, di verificare, controllare e approfondire alcune tematiche, sanitarie o amministrative che presentano dei momenti da analizzare con competenza.

### **5.3.2.e.I - Il Settore Ispettivo Centrale Sanitario (SICS)**

Il Settore Ispettivo Centrale Sanitario è struttura semplice dipartimentale che esercita, su esclusivo mandato del Direttore Generale, azioni di ispezioni e verifica delle strutture sanitarie. Può, sempre su esplicito mandato della Direzione Generale, anche intervenire presso le strutture sanitarie accreditate nei limiti e negli ambiti dei rapporti convenzionali. Riferisce al Direttore Generale per permettere l'adozione degli opportuni provvedimenti. Non può, in nessun caso, agire in forma autonoma. Alta è la valenza strategica e gestionale che assume il settore. Anche le norme contrattuali di carattere premiante debbono essere applicate agli operatori afferenti a questo settore, ma a condizione che mai, tra gli obiettivi fissati o le valutazioni di attività, si faccia riferimento alla attività ispettiva da svolgere o svolta.

### **5.3.2.e.II - Il Settore Ispettivo Centrale Amministrativo (SICA)**

Il Settore Ispettivo Centrale Amministrativo è anch'esso struttura semplice dipartimentale che esercita, sempre su esclusivo mandato del Direttore Generale, azioni di ispezioni e verifica delle procedure amministrative. Si applicano anche al SICA le stesse regole già illustrate per il SICS.

### **5.3.2f - I Servizi Centrali Strategici**

Si tratta di servizi, per lo più formati, in termini di risorse umane, da competenze multidisciplinari che hanno il compito di sostenere l'azione gestionale e di indirizzare gli effetti della stessa verso l'ottimale conseguimento degli obiettivi generali di azienda. Infatti essi sono indirizzati al miglioramento della qualità interna ed esterna di azienda sia effettuale che percepita. Abbiamo infatti servizi deputati a sostenere e promuovere l'azione interna che quella rivolta all'esterno.

Tra i servizi deputati al miglioramento della qualità abbiamo:

- 5.3.2.f.I - Il servizio Socio Sanitario : Programmazione attività sociosanitarie; Attività socio-sanitarie territoriali; Attività socio-sanitarie per i cittadini immigrati e senza fissa dimora, Coordinamento ed Area sociosanitaria ad alta integrazione sanitaria.
- 5.3.2.f.III - Il Servizio Relazioni con il Pubblico
- 5.3.2.f.IV - Il Servizio Prevenzione e Protezione (D. Lgv 81/08 e s.m.i.);
- 5.3.2.f.V - Il Servizio Controllo di Qualità;
- 5.3.2.f.VI - Il Servizio Controllo di Gestione
- 5.3.2.f.VII - Il Servizio Formazione ed Aggiornamento del Personale
- 5.3.2.f.VIII - Il Servizio Registro dei Tumori
- 5.3.2.f.IX - Il Servizio Patologia Clinica Territoriale

#### **5.3.2.f.I - Il Servizio Socio Sanitario.**

Si tratta di un servizio che ha il compito di sostenere l'azione gestionale ed indirizzare gli effetti della stessa verso l'ottimale realizzazione delle attività sanitarie a rilevanza sociale e delle attività sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria all'interno dell'azienda e l'integrazione tra queste e l'attività sociali a rilevanza sanitaria dell'Ente locale.

Le linee di attività sono :

- 5.3.2.f.I,a - Programmazione attività sociosanitarie;

programma, indirizza e coordina l'analisi dei bisogni socio-sanitari ed il monitoraggio delle attività sociosanitarie e provvede alla realizzazione e periodico aggiornamento e perfezionamento del Profilo di Comunità, articolato per Distretto-Unità Territoriale di base del Piano di Zona, in collaborazione, in particolare con il Centro Studi Interistituzionale, per le funzioni previste negli Accordi di Programma. Il Servizio ha inoltre come ambito di interesse il monitoraggio e la valutazione delle attività sociosanitarie, in termini di integrazione della raccolta, dell'analisi e del flusso dei dati relativi alle prestazioni. Ha come specifico obiettivo l'analisi delle disuguaglianze sociali nell'accesso ai servizi. Il servizio, infine, concorre alla costruzione di un Sistema Informativo Socio-Sanitario Integrato, secondo le indicazioni del Piano Sanitario Nazionale 1998-00 e del Piano Sociale Nazionale 2001-2003, in collaborazione con i Dipartimenti, il Servizio Informativo, il Controllo Interno di Gestione, il Dipartimento dei Servizi Sociali ed i Servizi Demografici e Statistici dei Comuni ed i Servizi Informativi delle altre Agenzie territoriali.

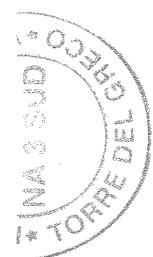
→ 5.3.2.f.l,b- Attività sociosanitarie territoriali;

cura in particolare il livello organizzativo, gestionale ed operativo dell'integrazione sociosanitaria territoriale e si configura come il riferimento primario interno all'azienda per le attività sociosanitarie che i distretti devono assicurare, avvalendosi degli Uffici Socio-Sanitari distrettuali, che coordina ed indirizza in un'ottica funzionale. Cura con particolare attenzione, in riferimento alle attività socio-sanitarie, la corrispondenza tra il Programma delle Attività Territoriali che i distretti dovranno redigere ed il P.A.L.; fornisce ai distretti linee di indirizzo per la redazione dei Patti per la Salute con le Circoscrizioni all'interno del Piano di Zona ed in riferimento all'Accordo di Programma sull'Integrazione Socio-Sanitaria sottoscritto tra ASL e Comuni. Formula con il Coordinamento ed Area sociosanitaria ad alta integrazione sanitaria, linee guida ed indicazioni per i servizi centrali dell'azienda ed i distretti, in riferimento ai rapporti col terzo settore.

→ 5.3.2.f.l,c- Attività sociosanitarie per i cittadini immigrati e senza fissa dimora;

a questo Servizio è affidato il compito di dettare gli indirizzi per l'assistenza sociosanitaria all'utenza immigrata e senza fissa dimora. L'esistenza del diritto alla salute e quindi all'accesso ai servizi sanitari per i cittadini immigrati è funzione della normativa vigente, ma il pieno esercizio di questo diritto dipende anche dalla congruità tra l'offerta delle prestazioni ed il bisogno di salute della popolazione immigrata. Occorre assicurare l'assistenza sanitaria ad una comunità d'immigrati numericamente consistente (circa 6.000 immigrati regolarmente residenti ed iscritti al SSN e circa 2.500 stranieri temporaneamente presenti-STP-maggio 2002) ed eterogenea: questa fascia d'utenza esprime una domanda sanitaria che si modula in relazione alle differenze intrinseche- etnia, cultura, religione- alla composizione (età e sesso), alle condizioni socio-economiche e, non in ultimo, al grado d'integrazione nel tessuto sociale. Tale comunità, per gli elementi di dinamicità propri del fenomeno migratorio, è in continua e rapida evoluzione sia sotto il profilo sanitario che sociale. Considerata la complessità dell'utenza immigrata, per quanto riguarda l'aspetto sanitario, si prevede nel servizio il ruolo organico dei dirigenti sanitari. Per quanto concerne i Senza Fissa Dimora, si stima che la loro presenza sul territorio cittadino sia di circa 1.600 soggetti (di cui circa il 50% di nazionalità italiana) che, nella quasi totalità, versano in condizioni di spiccata marginalità (il 30% non è in possesso di documento di riconoscimento). Tali soggetti sono portatori di un disagio sanitario e sociale composito nel quale si aggiungono a problematiche quali alcolismo, tossicodipendenza, disagio psichico, le classiche patologie correlate alle precarie condizioni di vita (patologie respiratorie, dermatologiche, malattie infettive, ecc.). E' necessario, pertanto, un adeguato dimensionamento nell'offerta di prestazioni sociosanitarie ad un'utenza che, nel complesso, possiamo considerare caratterizzata da elementi d'indiscussa complessità ed una congrua programmazione d'interventi di promozione della salute e di prevenzione. Il Servizio coordina le attività sociosanitarie a favore dei cittadini immigrati e S.F.D. e promuove:

-l'adozione di procedure che consentano l'ottimizzazione nei percorsi istituzionali di offerta delle prestazioni ai cittadini immigrati/SFD (anagrafe assistiti, ambulatori dedicati, emergenza sociale, dimissione sociosanitaria, piano personalizzato nella presa in carico del soggetto multiproblematico);



- la valutazione integrata- sanitaria e sociale- del bisogno/domanda di tale utenza;
- il monitoraggio di bisogni/domande dell'utenza immigrata/SFD attraverso lo stabile coinvolgimento degli operatori territoriali e l'utilizzo di specifici strumenti di rilevazione;
- la tutela dei diritti mediante l'accoglienza e l'ascolto;
- la parità di accesso alle prestazioni sanitarie e sociali ai cittadini immigrati (anche attraverso la stesura e diffusione di materiale informativo ad hoc);
- la facilitazione all'accesso dei S.F.D. alle prestazioni- sanitarie e sociali- anche attraverso l'offerta di servizi a bassa soglia;
- il compiuto percorso di presa in carico del soggetto immigrato/SFD multiproblematico/debole nell'ambito dell'offerta della rete di emergenza sociale;
- percorsi di formazione (integrazione sociosanitaria, mediazione culturale, interculturalità) destinati agli operatori del mondo sanitario, sociale, del terzo settore che favoriscano l'acquisizione di competenze e supporti l'assunzione di comportamenti d'accoglienza;
- la cooperazione decentrata attraverso progetti tesi allo sviluppo delle comunità locali.

→ 5.3.2.f.I,d- Coordinamento ed Area sociosanitaria ad alta integrazione sanitaria

Cura in particolare il livello istituzionale, programmatico ed organizzativo dell'integrazione sociosanitaria nelle articolazioni centrali dell'azienda. Coordina le attività sociosanitarie ad elevata integrazione e le attività sanitarie a rilevanza sociale, curandone l'integrazione con le attività sociali a rilevanza sanitaria previste nel Piano di Zona. Implementa e promuove nell'ASL ed all'interno del Piano di Zona progetti innovativi in materia sociosanitaria.

Il **COORDINAMENTO SOCIO-SANITARIO** è affidato al Servizio che:

- aggrega funzionalmente tutte le attività assistenziali sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria individuate dal D. Lgs 229/99, dal DPCM 14.02.01 e dal DPCM 29.11.01 e costituenti nel loro insieme l'Area Socio-Sanitaria ad Elevata Integrazione Sanitaria (materno-infantile, anziani, disabili fisici, psichici e sensoriali, 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). Queste ultime sono funzionalmente collegate, ad un livello intermedio e nelle articolazioni centrali e distrettuali, alle unità assistenziali sanitarie territoriali;
- formula i protocolli relativi alla "dimissione socio-sanitaria ospedaliera" e all'ADOTI;
- programma e coordina le attività socio-sanitarie dell'azienda (con particolare riferimento ai LEA socio-sanitari) e l'integrazione tra queste e quelle sanitarie a rilevanza sociale con quelle sociali a rilevanza sanitaria.

*L'INTEGRAZIONE SOCIO - SANITARIA*

La "politica della salute" rappresenta una priorità del Piano Sanitario Nazionale, con l'evidente intenzione di promuovere solidarietà e valorizzazione degli interventi nel tessuto sociale di riferimento.

E' perciò necessario che gli interventi in alcune aree di bisogno non siano più frammentari e volontaristici, ma siano momenti altamente coordinati ed integrati tra loro, disegnando, per rispondere ad un bisogno complesso, un modello di risposta complesso, dovendo necessariamente interessare la globalità della persona, nella sua sfera fisica, psichica e sociale.

Coerentemente con tale impostazione il D. Lgs. 229/99 e il successivo atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio - sanitarie (DPCM 14 febbraio 2001) definiscono le prestazioni sociosanitarie come le "attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione".

L'integrazione socio - sanitaria, va realizzata in tre principali livelli :

- a) - nel livello istituzionale;
- b) - nel livello gestionale;
- c) - nel livello professionale.

La normativa nazionale in materia ha individuato gli strumenti attraverso i quali qualificare l'integrazione:

- il programma delle attività territoriali (di stretta competenza distrettuale -art. 3 quater D. Lgs 229/99);
- i piani di zona, dei servizi sociali e sociosanitari (L.328/2000);
- la definizione delle prestazioni sociosanitarie delle aree maggiormente interessate e l'attribuzione per le diverse tipologie, della spesa a carico del S.S.N. e dei Comuni (art. 3 septies D. Lgs. 229/99 e D.P.C.M. 14.02.2001).

Per qualificare gli interventi finalizzati all'integrazione socio sanitaria è necessario garantire unitarietà al processo programmatico rendendo tra loro compatibili le scelte previste dal programma delle attività territoriali e dai piani di zona, a garanzia di integrazione di investimenti e risorse, di efficienza ed economicità e di continuità assistenziale.

I due strumenti, pertanto, devono essere gestiti all'interno di una unica strategia di programmazione, attuata in modo collaborativo tra azienda sanitaria e comune, in ordine alla rete dei servizi e degli interventi socio-sanitari da garantire sul territorio.

Le Aziende Sanitarie, in attuazione di quanto disciplinato dalla Giunta Regionale con proprio atto di indirizzo e coordinamento provvederanno a programmare e pianificare l'integrazione sociosanitaria:

- attraverso il piano attuativo locale, a livello aziendale;
- mediante il programma delle attività territoriali indicando, con indicazione delle attività, la localizzazione dei servizi del distretto e le risorse necessarie;
- tramite l'accordo: di programma con gli enti locali, ove individuare le prestazioni da attivare le modalità di realizzazione dei livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria e sanitaria e le risorse necessarie per garantirli rispettivamente a carico delle Aziende e dei Comuni interessati.

L'integrazione sociosanitaria si realizza tenendo conto della natura dei bisogni, della fonte di erogazione delle prestazioni, della rilevanza delle componenti sanitarie, dei criteri di finanziamento, delle competenze dell'Azienda sanitaria e dei Comuni, secondo appositi atti di indirizzo legislativi e, infine, dei criteri per l'individuazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e di quelle sociali di rilevanza sanitaria.

### 5.3.2.g.III - Servizio Relazioni con il Pubblico

La "Mission" del Servizio per le Relazioni con il Pubblico è quella di migliorare il rapporto tra cittadini e Servizio Sanitario Nazionale.

Il Servizio rappresenta la superficie di contatto dell'Azienda con l'utenza, di cui valuta sistematicamente il grado di soddisfazione dei servizi e l'evoluzione dei bisogni quali

quantitativi. Al Servizio, oltre alle attività proprie dei settori, degli uffici e delle unità operative ad esso afferenti, sono demandate le seguenti funzioni di analisi, ricerca e comunicazione:

1. Effettuare ricerche finalizzate alla rilevazioni del livello di gradimento e di soddisfazione dei clienti interni ed esterni ed alla formulazione di proposte sugli aspetti organizzativi e logistici del rapporto con l'utenza.
2. Gestire i reclami e fornire informazioni all'utenza relative agli atti e allo stato dei procedimenti.
3. Programmare e realizzare iniziative di pubblica utilità volte ad assicurare la conoscenza di normative, servizi e strutture dell'azienda ed attuare, mediante l'ascolto dei cittadini e la comunicazione interna, i processi di verifica della qualità dei servizi e di gradimento degli stessi da parte degli utenti.
4. Favorire la presenza e l'attività delle associazioni di volontariato e tutela dei diritti all'interno delle strutture ospedaliere e distrettuali, accogliendo progetti, accordi e protocolli per stabilire ambiti e modalità di collaborazione e partecipazione.
5. Promuovere l'attivazione del Comitato i Partecipazione per l'esame congiunto, da parte della ASL e degli organismi di Volontariato, delle circostanze che determinano il disservizio e per la verifica ed il controllo del funzionamento delle strutture e dei servizi sanitari e sociosanitari, ai sensi del D. Lvo 502/92, art. 14, e successive modifiche ed integrazioni ed ai sensi dell'art. 21 della L. R.10/2002

Svolge tutte le funzioni già previste dalla L. R. 32/94 e s.m.i..

Si articola in Servizio centrale ed uffici a livello decentrato in una dislocazione periferica di unità di relazioni con il pubblico (Distretti) e Punti di Informazione e accoglienza (Presidi ospedalieri). Il personale periferico è organizzato secondo le direttive degli uffici centrali e ad essi risponde in termini professionali, e gestionali. La gestione giuridica del personale è invece affidata alla struttura amministrativa delle sede di lavoro; sarà cura di questa ultima relazionarsi efficacemente con la sede centrale del servizio per quanto necessario.

L'ambito normativo cui fa riferimento il servizio è rappresentato da : L 241/90 relativa alla trasparenza degli atti amministrativi; la circolare della Funzione Pubblica n° 17 del 27/4/93; la L. 273/95.; le LL. 15/68, 127/97, 191/98, 403/98; il TULA 445/01; L. 150/2000; art. 14 del D. Lg 502/92; la L.R. 32/94.

Per effettuare le attività connesse ai precedenti punti 4 e 5 che non erano stati precedentemente previsti, ma che si sono resi necessari per gli effetti della L.R. 10/2002, il Servizio conserva l'attribuzione di risorse di cui alla D.G.R.C. n° 0156/AC del 24/4/2002. È struttura complessa.

### **5.3.2.h - Servizio *Prevenzione e Protezione* (D. Lg. 81/08 e s.m.i.)**

#### *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, partendo dal presupposto che il pericolo è una condizione caratteristica di un ambiente o di un processo di lavoro, mentre il rischio deriva dall'esposizione del lavoratore al pericolo nell'esecuzione dei propri compiti, considera di fondamentale importanza il raggiungimento della qualità nelle condizioni di lavoro e cerca di perseguire 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 nell'Azienda, gli strumenti necessari ai fini della gestione della prevenzione, i dipendenti che in ogni reparto o servizio sono investiti "di fatto" della qualifica di dirigente o preposto e, per ciascuno di questi, i livelli di responsabilità in tema di sicurezza.

Il Servizio Prevenzione protezione è struttura complessa che cura gli adempimenti di legge in materia di protezione dei lavoratori e bonifica degli ambienti di lavoro. Propone provvedimenti finalizzati alla prevenzione degli infortuni sul lavoro ed alla sicurezza per l'utenza.

2- Tale servizio Assicura la corretta applicazione del D. Lgs 81/08 e s.m.i. E' in funzione di staff al Direttore Generale e svolge anche funzione consultiva.

Con delibera n. 13 del 25 ottobre 2011 si è provveduto all'organizzazione del sistema di prevenzione aziendale procedendo alla delega delle funzioni datoriali, ai sensi dell'art. 16 del D. Lgs n. 81/2008 e s.m.i., attribuita ai Direttori di struttura presso le singole sedi operative.

Il servizio è articolato in una struttura semplice "Malattie Professionali e Sorveglianza Sanitaria".

### **5.3.2.h. 1 - Il Settore Malattie Professionali e Sorveglianza Sanitaria**

Per quanto concerne la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro ci si riferisce prioritariamente agli obblighi ed agli adempimenti previsti dal D. Lgs. n. 81/08 e s.m.i., in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro che hanno la finalità di individuare e mettere in atto le misure idonee a garantire la salute e la sicurezza dei dipendenti, dei lavoratori di imprese terze, dei visitatori, degli studenti che apprendono le professioni sanitarie, dei volontari che donano il loro tempo alla struttura sanitaria e non ultimo dei pazienti stessi.

Obiettivo strategico dell'Azienda sanitaria è la promozione di tutte le azioni organizzative e gestionali che, nel breve e medio periodo, possano garantire raggiungimento di un Servizio Sanitario sicuro, efficiente ed in equilibrio con le risorse investite ed i risultati complessivi di salute raggiunti.



In tal senso occorre assicurare:

- che i Servizi Prevenzione e Protezione aziendali e le attività di Medicina del Lavoro limitatamente al medico "competente" aziendale abbiano sia l'organizzazione che le risorse quali-quantitativamente adeguate per il raggiungimento degli scopi di istituto;
- che siano presenti competenze multidisciplinari per realizzare la complessiva gestione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro ed il conseguente adempimento degli obblighi normativi.

È una struttura semplice che prevede tre linee di attività:

1- SORVEGLIANZA SANITARIA:

- E' diretta al controllo preventivo e periodico dei dipendenti della ASL in ottemperanza agli obblighi previsti dal D. Lgs 81/08 e successive modifiche e integrazioni.
- Erogare analoga attività in convenzione, compatibilmente con le disponibilità dei medici competenti, a favore di aziende esterne pubbliche e private.
- Collabora con il SPP aziendale
- Svolge attività di aggiornamento e ricerca sui rischi lavorativi

3- CLINICA DEL LAVORO.

L'attività si articola in due diverse linee

- rischi emergenti ed adeguamento normativo con le seguenti attività: rischi da radiazioni non ionizzanti, disagio psico-lavorativo, normativa comunitaria, rischi emergenti.
- Medicina del lavoro e Malattie Professionali della dipendenza con le seguenti attività: diagnostica ambulatoriale, ergonomia, lavoro e gravidanza.

L'attività si svolge in collaborazione con il Coordinamento di Medicina Legale Pubblica Valutativa ed a supporto del Servizio Prevenzione e Protezione ed altri Dipartimenti o Servizi.

### **5.3.2.i - Servizio Centrale Controllo di Qualità**

Fornisce indicazioni per il miglioramento della qualità delle prestazioni erogate. Predispone i programmi per l'introduzione del "sistema gestione della qualità" nell'azienda. Raccoglie ed analizza gli indicatori delle attività ed elabora rapporti per la Direzione Generale. Su mandato del Direttore Generale dà supporto alle strutture operative dell'azienda. È struttura complessa.

### **5.3.2.1 - Servizio Centrale Controllo di Gestione**

È struttura complessa affidataria delle seguenti linee di attività:  
 effettua la rilevazione dei dati di costo e di attività dei centri di costo;  
 elabora i report sul trend gestionale;  
 elabora elementi di budget per la fase di negoziazione;  
 in collaborazione con il nucleo di valutazione valuta i risultati della gestione;



effettua l'analisi dei costi a supporto della definizione di programmi tariffari e di piani di rimborso;

effettua il controllo e procede alla revisione dei dati di attività.

### **5.3.2.m - Servizio Formazione ed Aggiornamento del Personale.**

Individua i fabbisogni formativi del personale, dipendente e convenzionato anche sulla base di eventuali indicazioni dei responsabili dei servizi e/o delle unità operative dell'azienda. Pianifica, progetta e propone percorsi formativi sulla base dei fabbisogni individuati. Propone al Direttore Generale il Piano formativo annuale da inviare al Dipartimento della Funzione Pubblica ed ai competenti uffici dell'Assessorato alla Sanità della Regione Campania in tema di Educazione Continua in Medicina, di cui è provider unico aziendale. Coordina lo svolgimento delle attività formative scaturenti da progetti europei e/o regionali di formazione con specifico finanziamento. Relaziona sull'efficienza ed efficacia degli interventi formativi, organizza e sovrintende operativamente alle attività formative. Effettua verifiche sugli esiti delle attività formative intraprese dall'azienda e sulla loro ricaduta operativa. Coordina la rete formativa aziendale per le specializzazioni mediche e per le lauree professionali di area sanitaria. Cura, con cadenza annuale, la raccolta di richieste di abbonamenti a riviste scientifiche, economiche e gestionali e, previa archiviazione, provvede a garantirne la disponibilità per gli apparati sanitari ed amministrativi interessati sia con invio di copie sia attraverso la diretta consultazione nei locali adibiti a biblioteca.

Il Servizio è struttura complessa, e svolge una serie di linee di attività i come di seguito specificato in tabella. L'attività si espleta sia in sede centrale che perifericamente nei poli formativi.

<b>Servizio Formazione ed Aggiornamento del Personale</b>
Linee di attività
Programmazione e progettazione attività formative
Attività formative progettazione regionale e personale non dipendente
Coordinamento Poli Formativi (vedi dopo)
Procedure percorsi formativi individuali
Organizzazione attività formative collettive
Gestione Amministrativa e Segreteria



### 5.3.2.n - Lo Staff del Direttore Generale

Nello staff del Direttore Generale sono comprese le strutture centrali che operano a diretto contatto al fine di permettere al Direttore Generale di avere a disposizione le informazioni necessarie per assumere le decisioni opportune o per adottare le azioni più congrue alla realizzazione delle stesse. Nell'ambito dello staff è inserita quale struttura semplice dipartimentale il Settore attività libero professionale intramurale (ALPI). L'estensione dei limiti dell'attività libero professionale è tale da includere tutta l'area a pagamento (attività libero professionale individuale, di equipe, richiesta a pagamento da enti o aziende esterne all'ASL, richiesta dall'ASL ai propri dirigenti), pertanto essa riveste un ruolo strategico nella programmazione aziendale sia dal punto di vista delle attività sanitarie e sia dal punto di vista economico. Con specifico atto deliberativo si procederà all'aggiornamento del regolamento dell'attività libero professionale intramurale per dirigenti ed il personale dipendente della ASL ai sensi della evoluzione normativa nazionale e regionale.

In riferimento alla delibera di Giunta Regionale n. 1364/2001 si è proceduto alla sistematizzazione delle liste di attesa. La Direzione Sanitaria Aziendale, supportata dal Servizio Centrale Assistenza Ospedaliera e dal Servizio Centrale Assistenza Territoriale e dal Coordinamento C.U.P. governano il procedimento.

In tema di rilevazione delle liste di attesa sarà aggiornato il "regolamento e modalità di registrazione della prenotazione". In accordo con la delibera regionale N. 4061 DEL 7/9/2001 e con il disciplinare tecnico del Ministero della Salute del luglio 2002 si effettuano verifiche trimestrali sui tempi di attesa, modalità di monitoraggio e dettagli organizzativi, inoltre in accordo con l'ARSAN Campania è stato avviato il monitoraggio delle liste di attesa per alcune prestazioni traccianti. Le modalità di informazione ai cittadini sono esplicitate attraverso la realizzazione e successiva divulgazione della Carta dei Servizi.

#### 5.3.2.o - Servizio Programmazione Pianificazione e Valutazione Attività Sanitaria

Individua le aree di miglioramento e di sviluppo organizzativo. Promuove e supporta lo sviluppo di procedure rispondenti ai fabbisogni ed alle esigenze dell'azienda. Favorisce l'armonizzazione delle procedure e dei percorsi delle diverse strutture dell'Azienda. Definisce i processi assistenziali interaziendali di concerto con i referenti delle strutture aziendali (area territoriale/ospedaliera); individua le eventuali criticità conseguenti alle analisi poste in essere; individua i percorsi secondo priorità d'intervento organizzativo gestionale tendenti al miglioramento, recupero ed ottimizzazione dei livelli di appropriatezza; produce studi di settore di natura organizzativo-assistenziale mediante l'utilizzo di indicatori scaturiti dai dati di produttività delle attività delle strutture aziendali finalizzati alla corretta ed equa allocazione

strategica delle risorse; definisce linee guida e percorsi organizzativi-assistenziali concertati con le aree di governo produttivo/gestionale dei dipartimenti aziendali, delle UU.OO.CC. aziendali al fine di rendere omogenee le stesse con la precipua finalità di semplificare le scelte della direzione aziendale; supporta con la predisposizione degli atti documentali, le funzioni di competenza dei Collegi Tecnici deputati alla verifica/valutazione dei dirigenti aziendali secondo le normative vigenti in collaborazione con le articolazioni aziendali (GRU e controllo di Gestione).

È struttura complessa che svolge una serie di linee di attività come di seguito specificato in tabella.

STRUTTURA COMPLESSA	LINEE DI ATTIVITÀ
Programmazione Pianificazione e Valutazione Attività Sanitaria	Strategia Aziendale e Procedure di Analisi dei Processi
	Strategia Aziendale e Procedure di Valutazione
	Strategia Aziendale e Procedure di Accreditamento
	Strategia Aziendale e Procedure di Contenimento della Spesa
	Strategia Aziendale e Procedure di Innovazione Organizzativa
	Strategia Aziendale e Procedure di Pianificazione della Produttività Interna
	Strategia Aziendale e Procedure di Professionalizzazione Interna

### 5.3.2.p - Servizio Risk Management

È struttura complessa deputata alla gestione del rischio in uno al gruppo di coordinamento per la gestione del rischio. La UOC comprende l'articolazione aziendale definita Nucleo Operativo Risk Management Aziendale (NORMA) che è composta dal risk manager, dal referente aziendale del SITRA e da due membri per ogni presidio ospedaliero, uno per l'area medica ed uno per il comparto. Il NORMA svolge funzioni operative nell'ambito della policy aziendale sulla gestione del rischio clinico. Compito del NORMA è la gestione del rischio clinico a salvaguardia e tutela della sicurezza del paziente e del personale e la sua prevenzione attraverso anche la promozione di una nuova cultura del rischio fondata sulla concezione che l'errore se accompagnato da un'analisi accurata delle cause, possa tradursi in un'opportunità di miglioramento per l'intera organizzazione considerato anche che l'evento avverso è solitamente il risultato dell'interazione di più fattori, tecnici, organizzativi e di processo. Al Servizio sono assegnate le seguenti linee di attività: promuovere un efficace sistema di gestione del rischio anche attraverso l'individuazione di azioni correttive per la riduzione degli eventi avversi e lo sviluppo di buone pratiche per la sicurezza degli utenti; favorire lo sviluppo di modelli organizzativi atti a prevenire il rischio clinico ed a migliorare il livello di sicurezza; predisporre il Piano Annuale Aziendale di Risk Management ed i relativi progetti operativi specifici in collaborazione con le strutture interessate; approntare un sistema di verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi fissati nel piano annuale e delle azioni intraprese dalle diverse articolazioni aziendali; definire percorsi di formazione specifica volti alla diffusione della cultura del rischio e degli strumenti concettuali per la gestione aziendale del rischio in

collaborazione con le altre strutture aziendali e del Servizio Formazione; mettere a sistema i flussi informativi già esistenti e da attivare per la gestione delle informazioni sui rischi (eventi sentinella, incidenti, contenzioso relativi ai sinistri, segnalazioni e reclami degli utenti, reazioni avverse ai farmaci, ecc.); coordinare l'attività di gestione del rischio anche attraverso l'apporto e la collaborazione di referenti per la sicurezza e la gestione del rischio da individuarsi all'interno di ciascun dipartimento, presidio ospedaliero, distretto sanitario; promuovere eventi rivolti ai cittadini ed alle associazioni di volontariato e di tutela, finalizzati alla diffusione delle conoscenze rispetto ai rischi connessi alle prestazioni socio-sanitarie.

### **5.3.2q - Servizio Epidemiologia Valutativa ed Analisi e Monitoraggio Attività**

#### **Sanitaria**

E' una struttura complessa in staff alla Direzione Generale. Collabora con le altre UU.OO. aziendali per indagini epidemiologiche, studi ed analisi di dati al fine di rilevare le caratteristiche demografiche, la situazione dello stato di salute e dei bisogni sanitari e sociali della popolazione di riferimento. Elabora i flussi informativi inerenti la gestione dei registri di mortalità aziendali, i flussi informativi del Ministero della Salute relativi alle attività gestionali ed economiche delle AA.SS.LL. e delle AA.OO. ed i flussi informativi relativi ai certificati di assistenza al parto anche al fine di studi di valutazione epidemiologica dei consumi sanitari, nonché delle condizioni di salute della popolazione.. Rileva ed analizza le caratteristiche demografiche della popolazione aziendale in uno all'analisi, monitoraggio ed elaborazione dei dati derivanti dal sistema informativo sanitario relativi alle principali prestazioni sanitarie tra cui le SDO e le prestazioni specialistiche ambulatoriali di cui al DCA n. 6 del 17/1/2011..La struttura è deputata all'elaborazione e predisposizione di pareri tecnici su richiesta della direzione generale. Effettua sorveglianza epidemiologica della mortalità, tramite analisi ed elaborazione dei certificati di assistenza al parto e malformazioni, dell'abortività, sugli interventi di diagnosi precoce con particolare riguardo agli screening oncologici. Si avvale della collaborazione del Servizio Epidemiologia del Dipartimento di Prevenzione, fermo restando i compiti propri di quest'ultima struttura, e delle altre articolazioni aziendali.

### **5.3.2r - Servizio Registro dei Tumori**

Il Registro tumori della popolazione dell'Asl Napoli 3 Sud è stato istituito quale strumento indispensabile in vista di una corretta prevenzione, sorveglianza e controllo della patologia oncologica.

Dal 13 marzo 2013 il territorio di riferimento del Registro Tumori della popolazione residente presso l'Asl Napoli 3 Sud è stato esteso all'intero territorio della stessa Asl (inizialmente era riferito solo alla ex Napoli 4). Attualmente, quindi, il territorio di riferimento del registro tumori della popolazione presso l'Asl Napoli 3 Sud è di 682 km<sup>2</sup>, strutturato su 58 comuni (da gennaio



2013 è stato aggiunto il comune di Portici) e comprensivo di una popolazione di circa 1.120.000 abitanti. E' struttura complessa. Tra i principali obiettivi dello strumento: produrre dati di incidenza e sopravvivenza per tumori relativamente all'area geografica di riferimento; trasformare i dati in informazioni di servizio e di governo per la sanità pubblica; collaborare nel campo della prevenzione (screening), della diagnosi e della cura dei tumori; approfondire, con maggior dettaglio di ricerca, problemi e situazioni presenti nella propria area per contribuire ad identificare ed analizzare possibili fattori di rischio territoriali per patologia oncologica.

### **5.3.2s - Servizio Patologia Clinica Territoriale**

E' un servizio centrale con funzione di coordinamento delle UU.OO. di patologia clinica aziendali. E' struttura complessa, centro di responsabilità coinvolto nella procedura di budget. Il servizio ha anche la gestione del Laboratorio di Chimica e Tossicologia ubicato nel Distretto sanitario n. 51. Quest'ultima struttura è funzionale alle esigenze delle strutture sanitarie aziendali che necessitano di esami farmaco tossicologici anche di secondo livello, in primis il Dipartimento delle Dipendenze. Il Servizio cura che le UU.OO. di Patologia Clinica aziendali, logisticamente distribuite sul territorio, siano collegate funzionalmente tra loro in maniera da costituire una rete volta al razionale utilizzo delle risorse economiche e strumentali, riservando l'esecuzione di esami speciali solo ad alcune di esse. Un sistema coordinato di trasporto dei campioni biologici deve assicurare il servizio agli utenti dei distretti dell'ASL ed il conferimento dei campioni oggetto di esami speciali al laboratorio che tali esami esegue. La struttura è affidataria delle seguenti linee di attività: coordinamento UU.OO. Patologia Clinica, raccolta e monitoraggio statistiche di produzione, gestione sistema di trasporto campioni biologici, programmazione acquisti diretti o attraverso la centrale unica regionale SO.RE.SA., S.p.A., predisposizione capitolati tecnici per acquisti diagnostici, ordinare prodotti diagnostici occorrenti alle strutture di Patologia Clinica, programmazione attività di formazione per la medicina di laboratorio, gestione Laboratorio di Chimica e Tossicologia ubicata nel comune di S. Anastasia.

### **5.3.2t - Servizio Medicina Legale Pubblica Valutativa**

Con delibera n. 388 del 28/6/2012 si è proceduto alla riprogettazione del modello organizzativo della medicina legale aziendale in maniera tale da facilitare accessibilità, accoglienza, trasparenza ed umanizzazione del Servizio. E' struttura complessa posta in staff al Direttore Generale è assegnataria delle seguenti linee di attività: coordinamento delle attività medico-legali distrettuali e sovra distrettuali; interpretazione applicativa uniforme di norme nazionali e regionali, inerenti gli aspetti tecnici ed organizzativi delle attività medico-legali, adozione di procedure uniformi su tutto il territorio aziendale nel rispetto delle normative delle attività di medicina legale, riassetto della rete sull'invalidità civile, in particolare con la finalità di

ridurre i tempi di attesa per le visite collegiali dell'invalidità civile, dell'handicap e delle disabilità di cui alla L. 12/3/1999 n. 68 (norme per il diritto al lavoro dei disabili), creazione di "Osservatori Medico-Legali" tesi alla gestione medico legale del contenzioso ed alla prevenzione dei conflitti anche nell'ambito delle attività legate al rischio clinico, partecipazione ai Comitati di Etica professionali locali, attività di consulenza, in materia di responsabilità professionale e di prevenzione dei conflitti, a favore delle diverse articolazioni aziendali, diffusione di indirizzi normativi relativi ad accertamento, controllo e certificazione in ambito di diritto al lavoro, stato di salute, incapacità lavorativa, temporanea e permanente, invalidità civile, handicap, idoneità e compatibilità al lavoro, realizzazione di sistemi di valutazione monocrona globale della persona portatrice di minorazioni, in collaborazione con le altre professionalità coinvolte nella richiesta di accertamenti e valutazioni, anche mediante l'adozione di apposite linee-guida; monitoraggio e verifica delle attività medico-legali territoriali anche in relazione alla produttività, efficienza ed efficacia delle prestazioni rese.

### 5.3.2.u - Gabinetto del Direttore Generale.

È un servizio centrale con valenza di struttura complessa che assolve anche i compiti tipici di una segreteria gestionale ed organizzativa della Direzione Generale. Il Capo di Gabinetto assume un incarico che riveste particolare rilevanza in termini fiduciari pertanto il responsabile di detta articolazione aziendale è nominato dal Direttore Generale, previa selezione, senza vincoli di disciplina.

Il Servizio è articolato in due settori, come da tabella seguente. Il Responsabile del settore "Atti amministrativi e di alta direzione" assume la qualifica di Vice Capo di Gabinetto. Tiene inoltre, tramite L'Ufficio relazioni sindacali del Servizio GRU, al quale ultimo competono le funzioni previste dai vigenti CC.NN.LL, l'elenco delle organizzazioni sindacali presenti a diverso titolo nell'Azienda distinguendo le diverse posizioni attualmente previste dalla normativa di settore tra R.S.U., R.S.A. e Terminali ufficialmente costituiti e registrando i soggetti delegati alla rappresentanza delle varie strutture ed attende, in genere, alle attività relative ai rapporti di rappresentanza con le strutture sindacali aziendali, territoriali, provinciali.

STRUTTURA	SETTORI
GABINETTO DEL DIRETTORE GENERALE	Atti amministrativi e di alta direzione
	RAPPORTI CON LE PARTI SOCIALI

## **5.4 - Le Altre Articolazioni Aziendali.**

Tra le altre articolazioni aziendali si annoverano :

- le segreterie e le altre articolazioni strutturate dei dipartimenti sia funzionali che strutturali.
- le segreterie di tutti i servizi fino ad ora descritti;



— le segreterie degli organi, degli organismi aziendali e di altre particolari articolazioni aziendali;

Tra le altre articolazioni aziendali vanno menzionate anche le unità di ricovero e cura del Dipartimento strutturale di Salute Mentale e la strutturazione del Dipartimento Funzionale dell'area farmaceutica.

#### **5.4.1 - Le segreterie e le altre articolazioni strutturate dei dipartimenti sia funzionali che strutturali**

Tra i dipartimenti annoveriamo :

- Il Dipartimento Centrale di Medicina Integrata Territoriale ed Ospedaliera Napoli Est;
- Il Dipartimento Centrale di Medicina Integrata Territoriale ed Ospedaliera Napoli Ovest;
- Il Dipartimento di Salute Mentale;
- Il Dipartimento di Prevenzione, Cura e Riabilitazione delle Dipendenze;
- Il Dipartimento Farmaceutico;
- Il Dipartimento Integrato dell'Emergenza.

##### **5.4.1.a - Le Aree Centrali di Assistenza Riabilitativa Ospedaliera e Territoriale A e B.**

I suddetti Servizi Centrali sono strutture complesse vedi delibera n.. 03 del 7/1/2013 che assicurano rispettivamente il coordinamento e la omogenea funzionalità delle Unità Operative Ospedaliere e Territoriali di Riabilitazione loro affidate . Possono assolvere funzioni operative su specifico mandato del Direttore Generale o in seguito a precisa e documentata intesa con i Direttori dei Distretti. Si distinguono rispettivamente in Area A ed in Area B

##### **5.4.1.b - Dipartimento di Prevenzione, Cura e Riabilitazione delle Dipendenze**

Il Dipartimento si propone di perseguire gli obiettivi e l'adeguamento del sistema dei servizi ed azioni agli standards tecnico-funzionali ed organizzativi indicati dall'accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999. In particolare alla Direzione del Dipartimento viene assegnata la responsabilità della progettazione, della gestione dei progetti finanziati della quota regionalizzata del fondo di lotta alla droga ai sensi della legge n. 45. Il Dipartimento cura i rapporti con i servizi corrispondenti dei Comuni, nell'ambito degli accordi interistituzionali dei Piani di Zona. Il suddetto Dipartimento Funzionale assicura il coordinamento e la omogenea funzionalità delle Unità Operative Distrettuali dei SERT che, unitamente a quelle della Salute Mentale e dell'Assistenza Sanitaria di Base, ed a differenza delle altre UU.OO. si articola in sette strutture complesse. Può assolvere funzioni operative su specifico mandato del Direttore Generale o in seguito a precisa e documentata intesa con i Direttori dei Distretti. Assolve le funzioni operative a valenza sovradistrettuale sancite da apposito regolamento dopo intesa tra le parti e approvate con atto deliberativo. In attuazione dell'accordo Stato-Regioni il Dipartimento si avvale di un comitato ristretto con compiti di verifica e valutazione delle attività

integrate interistituzionali e di quelle in collaborazione con il Terzo Settore. Il comitato allargato esplica le sue funzioni all'interno del Coordinamento Interistituzionale istituito con l'Accordo di Programma sull'Integrazione Socio-Sanitaria ed è costituito dai membri del comitato ristretto e dai rappresentanti dei Comuni, delle strutture del terzo settore accreditato e convenzionato con la ASL, le rappresentanze degli organi di governo della Scuola competenti e delle altre istituzioni che stabiliscono per competenza rapporti di organica collaborazione. La Direzione del Dipartimento, per lo svolgimento della funzione tipica di coordinamento ed indirizzo del suddetto Dipartimento si articola nelle seguenti unità organizzative :

DIPARTIMENTO	Uffici
Dipartimento di Prevenzione, Cura e Riabilitazione delle Dipendenze e patologie correlate	Segreteria e supporto amministrativo
	Tutela della salute
	Psicoriabilitativo
	Prevenzione
	Diagnostica di laboratorio per le tossicodipendenze e patologie correlate

#### **5.4.1.c - Il Servizio Assistenza Anziani**

Il suddetto Servizio è struttura complessa che assicura il coordinamento e la omogenea funzionalità delle strutture distrettuali di Assistenza Anziani. Può assolvere funzioni operative su specifico mandato del Direttore Generale o in seguito a precisa e documentata intesa con i Direttori dei Distretti. Assolve le funzioni operative a valenza sovradistrettuale sancite da apposito regolamento dopo intesa tra le parti e approvate con atto deliberativo. Il suddetto Servizio è affidatario delle seguenti linee di attività :

SERVIZIO	Linee di attività
Servizio Assistenza Anziani	Formazione Psico-relazionale
	Settore Vigilanza ed integrazione
	Assistenza residenziale
	Promozione dell'assistenza geriatrica
	Assistenza domiciliare

#### **5.4.1.d - I Servizi Materno Infantili - La Psicologia Integrata della Donna e del Bambino**

I Servizi Materno Infantili assicurano rispettivamente l'assistenza territoriale e quella ospedaliera. Sono strutture complesse. Assicurano rispettivamente il coordinamento e la omogenea funzionalità delle Unità Operative Distrettuali del Materno Infantile e di quelle ospedaliere. Possono assolvere funzioni operative su specifico mandato del Direttore Generale o in seguito a precisa e documentata intesa con i Direttori dei Distretti e/o delle UU.OO. ospedaliere. Assolvono le funzioni operative a valenza sovradistrettuale sancite da apposito regolamento

dopo intesa tra le parti e approvate con atto deliberativo. I Servizi sono in collegamento funzionale con la struttura complessa di "Psicologia Integrata della Donna e del Bambino", in staff alla Direzione Sanitaria, con funzioni organizzative ed operative per la ricerca, la programmazione, il coordinamento, l'indirizzo ed il controllo delle funzioni psicologiche relativamente ai percorsi assistenziali sanitari e sociosanitari dell'area Materno-infantile.

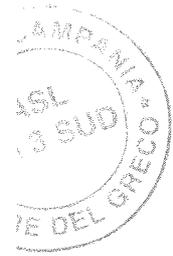
Ai Servizi materno-infantili è affidata la missione di promozione e tutela della salute attraverso interventi che garantiscano livelli essenziali, uniformi ed appropriati di assistenza, curando la coerenza delle azioni di tipo preventivo, curativo e riabilitativo e la valenza strategica dell'integrazione socio sanitaria e dell'umanizzazione dei percorsi di assistenza, in ambito materno infantile.

In particolare:

- Individuano strategie di intervento tese a realizzare la prevenzione e l'educazione sanitaria attraverso azioni sulla collettività e con il singolo soggetto cooperando con i servizi aziendali preposti;
- salvaguardano la salute delle fasce più deboli attraverso l'attivazione di percorsi preferenziali di accesso e di presa in carico sanitaria e socio-assistenziale, in collaborazione con gli altri soggetti territoriali;
- promuovono la deospedalizzazione delle attività ostetriche e pediatriche attraverso il potenziamento e riqualificazione della rete consultoriale, della pediatria di comunità e di libera scelta:
- garantiscono, d'intesa con i punti nascita, l'assistenza ed il sostegno alla gravidanza, parto e puerperio, curando la coesistenza dell'umanizzazione del percorso nascita con la sicurezza della qualità, dell'efficacia ed appropriatezza degli interventi offerti, anche attraverso nuovi modelli di servizio (casa di maternità, assistenza domiciliare al parto, ecc.);
- promuovono la tutela della salute psico-fisica dell'infanzia, la prevenzione, cura e riabilitazione delle disabilità, la tutela della salute mentale in età evolutiva, in stretta collaborazione con la pediatria di libera scelta, la comunità scolastica, gli Enti Locali ed il mondo della giustizia minorile;
- promuovono la graduale offerta attiva e la fruizione dei servizi a favore degli adolescenti;
- assicurano la tutela della salute della donna in tutte le fasi della vita, con particolare riferimento alla procreazione cosciente e responsabile alla prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza, all'età post-fertile;
- assicurano l'organizzazione dei programmi di prevenzione e diagnosi precoce (screening) dei tumori della sfera genitale femminile, in stretta collaborazione con i presidi ospedalieri;

#### AREE DI RESPONSABILITÀ

- individuazione degli obiettivi, degli interventi e dei programmi propri dell'area materno infantile, tenuto conto anche di specifiche linee guida nazionali e regionali;



- definizione di protocolli tecnici e standard operativi volti a rendere omogenei ed unitari i comportamenti delle Unità Operative materno infantile distrettuali;
- organizzazione del sistema informativo e definizione degli indicatori relativi alle funzioni ed ai programmi materno infantili, in collegamento con i competenti servizi della ASL;
- pianificazione delle attività di aggiornamento e formazione del personale delle UU.OO. Materno Infantili, in collaborazione con il Servizio Formazione aziendale;
- indicazione al Direttore Generale dei criteri di utilizzo delle risorse umane e tecniche delle UU.OO. territoriali e per le attività sovradistrettuali dell'area materno infantile, coordinamento delle attività di ricerca finalizzata alla valutazione di efficacia / efficienza dei progetti e dei programmi previsti a livello distrettuale e promozione continua della qualità delle prestazioni erogate;
- coordinamento tecnico ed operativo, con gli altri servizi aziendali competenti, delle seguenti attività territoriali distrettuali e sovradistrettuali:
  - o educazione sanitaria;
  - o vaccinazioni;
  - o riabilitazione pediatrica;
  - o interventi sociali e sanitari in ambiente scolastico;
  - o progetto adolescenti;
  - o attività di integrazione socio-assistenziale;
  - o screening del ca. della mammella e del collo dell'utero;
  - o prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse;
- coordinamento tecnico funzionale degli interventi offerti dalle UU.OO. materno infantili distrettuali al fine di uniformare le attività sul territorio aziendale in stretta sinergia con le direzioni dei distretti;
- integrazione funzionale con altri presidi e strutture della ASL competenti per attività materno infantili e formulazione di protocolli operativi specifici, in particolare con:
  - o dipartimenti ed UU.OO. ospedaliere: percorso nascita, percorsi diagnostici e terapeutici (2° e 3° livello) per le attività di screening dei tumori femminili e di specifiche patologie in età evolutiva, attività congiunte di riqualificazione del personale;
  - o dipartimenti ed aree di coordinamento territoriali per specifici interventi educativi, preventivi, diagnostici, terapeutici e riabilitativi da attivare per la popolazione materno infantile;
- promozione dell'integrazione delle attività proprie delle UU.OO.M.I. con l'assistenza sanitaria di base, medici e pediatri di libera scelta, ed elaborazione di modelli operativi integrati;
- collegamento con altri Enti competenti; stesura di specifici protocolli di intesa ed accordi di programma, in particolare con:
  - o Enti Locali, servizi sociali ed assistenziali;
  - o Tribunale dei Minori;
  - o Proweditorato agli Studi;



- o Centri di riferimento regionali per la diagnosi prenatale, di assistenza alla gravidanza e bambino ad alto rischio, di assistenza riabilitativa integrata;
- o Associazioni di volontariato;
- elaborazione dei progetti mirati, propri dell'area materno infantile, che prevedono finanziamenti specifici, in conto capitale o in conto corrente, da parte dell' Assessorato alla Sanità della Regione Campania;
- gestione delle risorse umane assegnate ai progetti e definizione dei criteri di utilizzo, a livello sovradistrettuale e distrettuale, dei fondi e delle risorse tecniche necessarie;
- organizzazione tecnico - funzionale, monitoraggio e valutazione di detti progetti;

#### **5.4.1.e - Il Coordinamento di Medicina Legale Pubblica Valutativa.**

Il suddetto Coordinamento Funzionale assicura il coordinamento e la omogenea funzionalità delle articolazioni operative distrettuali di Medicina Legale e si coordina funzionalmente col Servizio di Medicina del Lavoro e Sorveglianza Sanitaria. Può assolvere funzioni operative su specifico mandato del Direttore Generale o in seguito a precisa e documentata intesa con i Direttori dei Distretti. Assolve le funzioni operative a valenza sovradistrettuale sancite da apposito regolamento dopo intesa tra le parti e approvate con atto deliberativo.

#### **5.4.1.f - Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM)**

Il D.S.M. della A.S.L. Napoli 3 Sud è un Dipartimento Strutturale. E' una macrostruttura complessa con autonomia gestionale e tecnico-organizzativa ed ha valenza di soggetto negoziale con la Direzione Aziendale.

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

#### Le funzioni del DSM

Al fine di garantire la prevenzione, cura e riabilitazione del disagio psichico nell'ambito territoriale della A.S.L., il D.S.M., mediante le proprie articolazioni operative, assicura:

- 1) L'accoglimento e la valutazione della domanda dell'utente e/o della famiglia.
- 2) La presa in carico degli utenti, definendone i relativi criteri.
- 3) La continuità dell'assistenza mediante il coordinamento tra S.P.D.C. e territorio.
- 4) Gli interventi d'urgenza e di emergenza 24 ore su 24 in ogni giorno dell'anno, nei tempi e nei modi definiti dai protocolli di intervento, ad integrazione delle attività proprie del Dipartimento dell'Emergenza.
- 5) L'effettuazione dei Trattamenti Sanitari Obbligatorii (T.S.O.) e degli Accertamenti Sanitari Obbligatorii (A.S.O.), definendone i criteri e le modalità per la realizzazione.
- 6) Gli interventi domiciliari e negli ambienti di vita e di lavoro dei pazienti.
- 7) Gli interventi per il coinvolgimento e sostegno alle famiglie.
- 8) I piani terapeutico-riabilitativi per utenti gravi.
- 9) Promozione della Salute Mentale per l'età evolutiva, anche in coordinamento con le U.U.O.O.M.I., mediante la definizione di servizi per la salute mentale dell'età evolutiva;
- 10) Coordinamento/Integrazione con il S.E.R.T., con forme che possono andare dall'elaborazione di protocolli congiunti, alla formazione di equipe miste;

- 11) Coordinamento/integrazione con la Geriatria e la Riabilitazione, per la gestione di problematiche di confine con la Salute Mentale.
- 12) Il rapporto con i medici di base ed i Servizi del Distretto Sanitario.
- 13) La collaborazione con le associazioni di volontariato, di familiari ed utenti.
- 14) Il coordinamento con i servizi sociali delle altre Istituzioni ed utilizzo delle risorse non sanitarie del territorio da parte degli utenti.
- 15) Le iniziative a favore dell'inserimento post riabilitativo degli utenti e rapporti in rapporto con il privato sociale ed imprenditoriale, mediante l'integrazione con i Piani Sociali di Zona, contrastando l'emarginazione e lo stigma.
- 16) Promozione delle esperienze di sostegno abitativo alternative alle S.R. quali gruppi appartamento e comunità alloggio.
- 17) Sviluppo della Psichiatria Transculturale per azioni specifiche verso le Popolazioni Migranti, per il supporto negli interventi a favore di persone di etnie diverse che presentano problematiche di salute mentale.
- 18) Formazione permanente per tutti gli operatori.
- 19) Ricerca e sperimentazione di nuovi modelli gestionali ed operativi per la promozione della Salute Mentale.
- 20) Il rapporto con le strutture accreditate con il S.S.R.

La struttura organizzativa del DSM è sviluppata in base a quanto previsto dalla DGRC n 7262 del 27/12/2001 (Linee Guida per l'organizzazione ed il funzionamento dei Dipartimenti di Salute Mentale), dalla DGRC 2132 del 20/6/2003 ( Progetto Obiettivo Regionale Salute Mentale in Campania) e dalla DGRC 1680/09 (Recepimento Linee Guida Nazionali Salute Mentale 2008). Oltre alla normativa vigente, nella definizione delle articolazioni del DSM sono state tenute in debito conto le caratteristiche socio-demografiche e di urbanizzazione della popolazione, la distribuzione del territorio aziendale in contesti geografici e culturali variegati ed infine la possibilità di offrire un percorso di prevenzione recupero e mantenimento della salute mentale dall'adolescenza all'età matura.

#### LE UNITÀ OPERATIVE COMPLESSE DI SALUTE MENTALE (UU.OO.CC.S.M.)

Le UU.OO.CC.S.M. sono strutture complesse con competenza distrettuale e/o pluridistrettuale, provvedono alla realizzazione delle attività previste tra i compiti del DSM e sono distribuite sul territorio con un bacino di utenza variabile per ciascuna U.O.S.M. anche in relazione alla configurazione geodemografica e socioculturale del territorio, considerando altresì l'accessibilità ai servizi e, di norma, in riferimento alla configurazione dei Distretti Sanitari.

Le UU.OO.S.M. attuano gli indirizzi operativi adottati dal Dipartimento mantenendo autonomia tecnica, operativa e gestionale. Assicurano attraverso i propri operatori e le proprie articolazioni la continuità terapeutica e l'unitarietà degli interventi integrati multidisciplinari, di prevenzione cura e riabilitazione.

Le UU.OO.CC.S.M., inoltre, partecipano a tutte le attività distrettuali ed interdistrettuali che si configurano come contigue con la tutela della salute mentale, attivando forme di integrazione con le altre UU.OO. del Distretto e degli Ambiti Sociosanitari, in particolare con quelle di:

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

L'integrazione tra l'UOCSM e le altre UU.OO. del Distretto deve essere finalizzata all'attuazione di una strategia unitaria che, nel rispetto delle singole competenze, soddisfi il bisogno di salute dell'utenza.

## ARTICOLAZIONI DELL'UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA DI SALUTE MENTALE

La UOCSM svolge in maniera integrata tutti i compiti previsti mediante le proprie Articolazioni Funzionali:

- coordinamento, gestione attività prevenzione e cura
- coordinamento, gestione attività riabilitative e residenze (una ogni 2 UOC come da tabella seguente)

Entrambe si configurano come strutture semplici divisionali.

### Struttura semplice "Coordinamento, gestione attività di prevenzione e cura"

Nell'ottica di garantire un percorso univoco ed integrato che assicuri la gestione complessiva dei bisogni dell'utente non solo da un punto di vista clinico ma anche da quello sociale, di interazione con altre agenzie del territorio, è stata creata un'unica struttura che accoglie al proprio interno strumenti e strategie di intervento per tutte le possibili manifestazioni del disagio psichico.

Si elencano le attività svolte dalla struttura:

- Analisi della domanda d'intervento.
- Interventi sulle situazioni di crisi.
- Assistenza ambulatoriale.
- Assistenza nei Day Hospital
- Filtro della domanda di ricovero e controllo delle degenze in corso.
- Accertamento Sanitario Obbligatorio e Trattamento Sanitario Obbligatorio.
- Rapporti terapeutici con nuclei familiari e gruppi.
- Informazione ed educazione sanitaria.
- Attività d'informazione e d'istruzione delle procedure assicurative e previdenziali.
- Attività di consulenza sulle tematiche di salute mentale correlate alle procedure di medicina legale.
- Raccolta, elaborazione e valutazione dei flussi informativi.
- Attività socio-assistenziali, eventualmente delegate dagli EELL alla ASL, mediante atto d'intesa.
- Rapporti con gli utenti di pertinenza territoriale sottoposti a misura di sicurezza psichiatrica.
- Consulenza ai presidi ospedalieri.

### Struttura semplice "Coordinamento, gestione attività riabilitative e residenze"

La struttura semplice "Coordinamento, gestione attività riabilitative e residenze" sovrintende alla realizzazione dei progetti riabilitativi per gli utenti dell'UU.OO.CC.SM attraverso le Strutture Intermedie di Riabilitazione (SIR) ed i Centri Diurni (CD).

Attraverso le SIR si realizzano progetti riabilitativi individuali per utenti con un maggiore carico assistenziale e con marcata compromissione delle proprie abilità. Nelle SIR si sviluppano interventi terapeutici e riabilitativi di salute mentale nelle loro varie graduazioni ed articolazioni, in rapporto alle condizioni di salute degli utenti e secondo piani personalizzati

I CD, invece, sviluppano programmi riabilitativi a minore intensità assistenziale e funzionano per almeno 6-8 ore al giorno per 6 giorni a settimana. Tutti i programmi hanno come finalità la restituzione degli utenti al proprio tessuto sociale con il più alto grado di funzionamento e di integrazione.

## UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA DI PSICOLOGIA CLINICA E DI COMUNITÀ

L'unità operativa complessa di psicologia clinica e di comunità ha lo scopo di promuovere il benessere individuale e collettivo svolgendo prevenzione del disagio psichico.

Si occupa degli aspetti psicologici attinenti la domanda di salute della popolazione. La struttura sanitaria UOC di Psicologia clinica e di comunità è finalizzata a rispondere alla domanda di salute con azioni rivolte alle persone, familiari, personale sanitario, azienda sanitaria, enti esterni e comunità, attraverso la promozione e tutela del benessere e alla cura e trattamento delle condizioni di disagio e della psicopatologia.

Al suo interno è attivata una struttura semplice "Coordinamento attività di integrazione e comunitarie" finalizzata alla costruzione della rete di relazioni indispensabili alla realizzazione dei processi di cura integrati e complessi con particolare attenzione alle nuove domande di salute mentale ed alle nuove forme di disagio psichico, che maggiormente richiedono il ricorso e l'attivazione di risorse di tipo comunitario.

#### UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

L'unità operativa complessa di neuropsichiatria infantile è istituita ai sensi della normativa vigente (DGRC n. 254/2005, DGRC n. 679/2007, DGR n. 1424/2009) al fine di promuovere la salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza in un sistema di rete e di raccordo con altri servizi sanitari, sociali ed educativi con una strategia di coinvolgimento delle famiglie. Ha principalmente il compito di trattare i disturbi dello spettro autistico e di fornire supporto ed informazione alle famiglie. Inoltre assicura l'integrazione con la rete assistenziale campana che fa capo all'Università Federico II di Napoli.

#### UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA SALUTE MENTALE GIUDIZIARIA E GESTIONE DELLE MISURE DI SICUREZZA

Il DPCM del 1/4/2008, attuativo del Decreto Legislativo 22/6/1999 n. 230 ha disposto, nell'ambito del trasferimento al SSN delle funzioni sanitarie in ambito penitenziario, un programma di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), il cui obiettivo finale è una riorganizzazione dei servizi sanitari da mettere in condizione la Magistratura di far svolgere le misure di sicurezza in contesti sanitari ordinari (allegato C DPCM 1/4/2008).

A seguito del recepimento del DPCM suddetto, la Regione Campania, con DGRC del 21/3/2011 n. 96, ha approvato le "Linee guida per la stesura del protocollo locale per la gestione del servizio di medicina penitenziaria"

Il successivo Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 13 ottobre 2011 (Rep. Atti n. 95/CU) e recepito dalla Regione Campania con DGRC n. 654 del 6/12/2011 ha definito le "Integrazioni agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e le Case di Cura e Custodia (CCC) di cui all'allegato C del DPCM 1/4/2008", contenenti impegni a carico delle Regioni e Province Autonome relativi ad implementazioni per la Tutela della Salute Mentale negli istituti penitenziari ordinari ed al coordinamento dei bacini macroregionali di afferenza degli OPG

La Legge 17 febbraio 2012 n. 9, art. 3 ter e s.m.i. (Decreto Balduzzi) ha disposto che:

"...a decorrere dal 31 marzo 2013 le misure di sicurezza del ricovero in Ospedali Psichiatrici Giudiziari e dell'assegnazione a casa di cura e custodia sono eseguite esclusivamente all'interno delle strutture sanitarie..."

"...per la realizzazione di tutto quanto previsto, in deroga alle disposizioni vigenti relative al contenimento della spesa di personale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, comprese anche quelle che hanno sottoscritto i piani di rientro dai disavanzi sanitari, previa valutazione e autorizzazione del Ministro della salute assunta di concerto con il Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione e del Ministro dell'economia e delle finanze, possono assumere personale qualificato da dedicare anche ai percorsi terapeutico riabilitativi finalizzati al recupero e reinserimento sociale dei pazienti internati provenienti dagli ospedali psichiatrici giudiziari

"...per la copertura degli oneri derivanti dall'attuazione del presente articolo, limitatamente alla realizzazione e riconversione delle strutture, è autorizzata la spesa di 120 milioni di euro per l'anno 2012 e 60 milioni di euro per l'anno 2013. Le predette risorse sono assegnate alle Regioni ed alle Province Autonome mediante la procedura di attuazione del programma straordinario di investimenti di cui all'art 20 della legge 11 marzo 1988, n 67..."

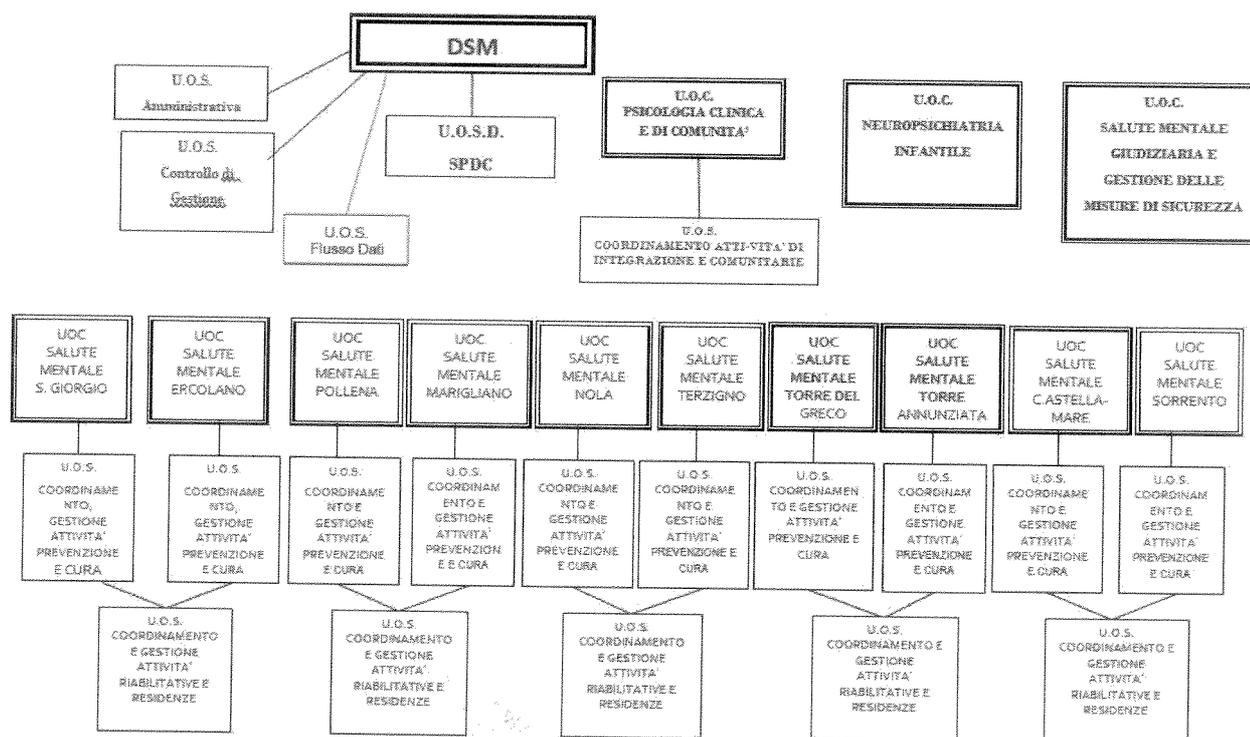
Con il DCA 64/2012 la Regione Campania ha prodotto il "Programma regionale per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari della Regione Campania ex Allegato C al D.P.C.M. 1° Aprile 2008 e Legge 17 febbraio 2012 n. 9, art. 3/ter"

In ottemperanza alla normativa vigente è, quindi, istituita l'unità operativa complessa "Salute mentale giudiziaria e gestione delle misure di sicurezza".

I compiti svolti da tale struttura sono i seguenti:







#### 5.4.1.g - Il Dipartimento Farmaceutico

Il Dipartimento Farmaceutico è un dipartimento strutturale che ha la funzione di programmare, attuare e garantire l'assistenza farmaceutica nell'ambito degli ospedali e nei Distretti Sanitari. Esso è un dipartimento che accorpa le unità organizzative delle farmacie distrettuali e delle farmacie ospedaliere, più una serie di funzioni accentrate nella sede del coordinamento dove si sviluppano e si attuano particolari tematiche di interesse aziendale. Le unità operative periferiche e quelle centrali sono strutture complesse, e quelle periferiche accorpano funzioni sia ospedaliere che territoriali secondo lo schema della tabella di seguito riportata. La struttura complessa, unitamente alle strutture semplici che ad essa afferiscono e dalla quale dipendono, costituisce l'Unità Operativa.

Il Dipartimento Farmaceutico è una struttura organizzativa che garantisce l'organizzazione e l'esercizio delle attività finalizzate al governo del processo dell'assistenza farmaceutica:

- selezione → approvvigionamento → stoccaggio → manipolazione → distribuzione al reparto e al paziente di medicinali e dispositivi medici secondo principi di efficacia, sicurezza, economicità e trasparenza;
- controllo e verifica della prescrizione medica nelle strutture di ricovero e sul territorio;
- analisi epidemiologica dei consumi /informazione e formazione sul corretto utilizzo dei medicinali e dei dispositivi medici indirizzata agli operatori ed ai cittadini previa definizione di

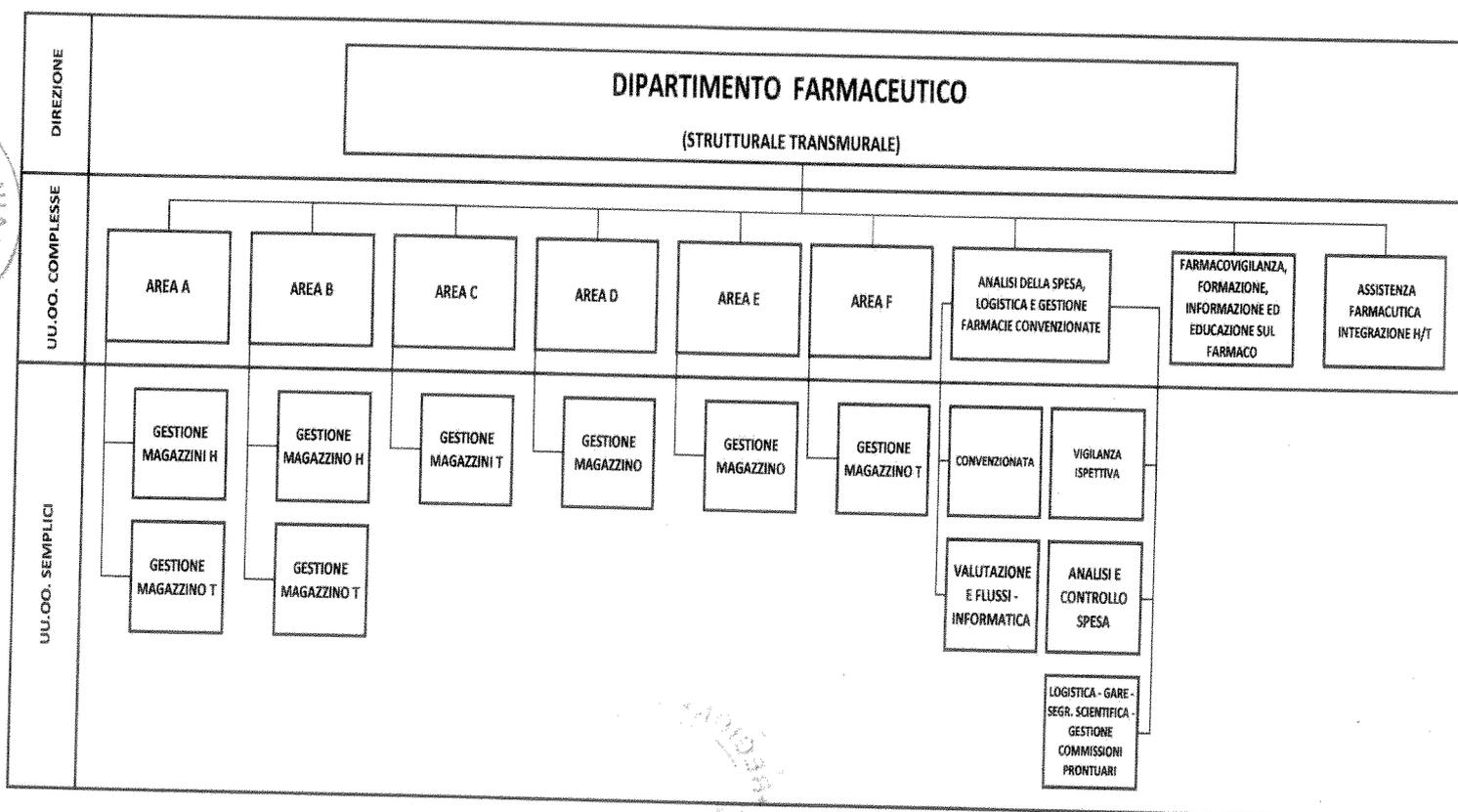
livelli minimi di prestazione concordati con i responsabili di distretto, di dipartimento e del presidio ospedaliero.

In collaborazione con i dipartimenti centrali di Medicina Integrata Territoriale ed Ospedaliera Napoli Est ed Ovest esercita la vigilanza sulle farmacie e sui presidi sanitari e, a supporto degli organi istituzionali, svolge attività istruttoria per le incombenze previste (controllo dei turni, degli orari e per il rilascio delle autorizzazioni, ecc.).

Il governo del Dipartimento è assicurato da un Direttore di Dipartimento, nominato tra i Direttori di struttura complessa come per legge, che assicura:

- l'adeguato supporto alla Direzione Aziendale nella individuazione dei bisogni e nella pianificazione delle azioni necessarie al governo del processo dell'Assistenza Farmaceutica, con particolare riguardo alla disponibilità dei medicinali e dei dispositivi medici necessari alla cura delle persone;
- la produzione di prestazioni e servizi centrati sul bisogno della persona,
- la produzione di prestazioni e servizi caratterizzati da elevati livelli di appropriatezza, di efficacia, di qualità tecnica, di tempestività e sicurezza ed economicità;
- la produzione di prestazioni e Servizi in un contesto organizzativo ed efficiente rispetto all'utilizzo delle risorse assegnate;
- la promozione e sviluppo dell'integrazione delle Funzioni in capo alle singole Unità Operative;
- la partecipazione e promozione dell'integrazione con altri Dipartimenti Ospedalieri e Territoriali aziendali;
- la promozione e realizzazione di processi di semplificazione ed unificazione dei percorsi di accesso alle prestazioni;
- la realizzazione di strategie e di programmi assistenziali aziendali finalizzati all'equità e alla deburocratizzazione dei percorsi assistenziali e presa in carico dei cittadini.





LEGENDA:

AREA A:	farmacie P.O. Castellammare, P.O. Gragnano e Distretti 53/58
AREA B:	farmacie P.O. Nola e Distretto 49
AREA C:	farmacie Distretti 48/52/56
AREA D:	farmacie P.O. Vico Equense, P.O. Sorrento e Distretto 59
AREA E:	farmacie P.O. Boscotrecase, P.O. Torre del Greco e Distretti 57/55
AREA F:	farmacie P.O. Pollena e Distretti 50/51/34/54

#### 5.4.1.h - I Servizi delle professioni

- I Servizi delle professioni, sono costituiti in particolare da :
- i. Servizio della professione sanitaria Infermieristica;
  - ii. Servizio della professione sanitaria Ostetrica;
  - iii. Servizio della professione sanitaria Tecnico Sanitaria;
  - iv. Servizio della professione sanitaria Riabilitativa;
  - v. Servizio della professione sanitaria della Prevenzione;
  - vi. Servizio della professione dell'Assistente Sociale;

I Servizi delle Professioni Sanitarie si rendono necessari per il governo e lo sviluppo della risorsa infermieristica, tecnica e della riabilitazione e saranno dotati di un assetto organizzativo rispondente ai principi della responsabilizzazione diffusa, del decentramento organizzativo, del rispetto dei ruoli di governo, produzione e committenza assegnati ai vari livelli.

La Mission dei Servizi delle Professioni Sanitarie discende dalla mission aziendale, ed è quella di garantire l'organizzazione ed il coordinamento delle attività necessarie a rispondere al bisogno specifico di assistenza degli utenti dei servizi offerti dalla Azienda Sanitaria Locale. Ciò attraverso

lo sviluppo dei processi e dei programmi di specifica competenza. L'assistenza infermieristica e tecnica è una componente del processo assistenziale pertanto, per le parti di rispettiva competenza, si integra con l'area medica, sociale, riabilitativa e di sanità pubblica. Il Responsabile del Servizio della Professione Sanitaria agisce in staff al Direttore Sanitario ed ha la responsabilità del governo clinico per quanto riguarda il processo di nursing nell'ambito dei programmi di assistenza (infermieristica, tecnica e riabilitativa), orientati al singolo ed alla collettività, ed ha inoltre la responsabilità dello sviluppo degli assetti organizzativi, della definizione dei campi di azione e degli obiettivi, della progettazione e realizzazione della qualità delle performance (livelli accettabili e percorsi di miglioramento), di individuazione delle condizioni più idonee allo sviluppo delle risorse infermieristiche e tecniche in connessione con le strategie più generali dell'Azienda. L'ASL Napoli 3 Sud attua nel suo modello organizzativo quanto previsto dalla Legge 10 agosto 2000 n° 251 e dalla Legge Regionale del 10 Aprile 2001 n° 4, individuando un referente aziendale per ciascuna delle aree delle professioni sanitarie (infermieristica e ostetrica, tecnico sanitaria, tecnica della riabilitazione, tecnica della prevenzione, dell'assistenza sociale).

I referenti aziendali trovano collocazione funzionale nella direzione sanitaria aziendale e svolgono, in particolare, funzioni di indirizzo e coordinamento degli operatori appartenenti ai profili di riferimento ed al relativo personale di supporto, nonché compiti di raccordo con le strutture afferenti alla direzione sanitaria.

L'impegno in staff può essere a tempo pieno, oppure parziale, quantificato in relazione all'entità delle risorse presenti in azienda nella specifica area.

Il dirigente delle professioni sanitarie, in particolare:

- propone linee di indirizzo per l'individuazione di modelli organizzativi dell'assistenza e dei servizi alla persona che favoriscano l'integrazione dei diversi processi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, perseguendo l'allocazione ottimale delle risorse;
- elabora linee di indirizzo per la gestione e la valorizzazione delle professioni sanitarie appartenenti all'area e del personale di supporto eventualmente affidato, avvalendosi anche delle leve di sviluppo professionale, di carriera e dei sistemi premianti;
- elabora linee di indirizzo per la promozione di attività di valutazione degli esiti delle attività assistenziali di competenza;
- collabora con la direzione sanitaria e/o con il coordinamento sociosanitario e con i referenti aziendali nella definizione dei piani e dei programmi strategici relativi all'assistenza infermieristica ostetrica o tecnico sanitaria o riabilitativa o della prevenzione o dell'assistenza sociale, anche attraverso l'analisi della domanda;
- valuta i responsabili dell'assistenza di competenza delle strutture aziendali;
- collabora con i competenti servizi dell'Azienda alla definizione della dotazione organica, dei processi di acquisizione, inserimento e sviluppo del personale ed all'elaborazione dei progetti di orientamento e sviluppo delle professioni sanitarie, integrati con i processi aziendali;



- collabora con le strutture competenti nella definizione dei programmi di formazione e assicura il raccordo fra i corsi di laurea sanitaria e le diverse strutture aziendali, sede delle attività tutoriali;
- collabora con i competenti servizi dell'Azienda nei processi di acquisizione e utilizzo della tecnologia sanitaria in outsourcing;
- promuove e partecipa ai progetti di ricerca;
- collabora con la direzione sanitaria nelle relazioni sindacali.

#### **5.4.1.i - Il Coordinamento di Psicologia**

Il Coordinamento di psicologia realizza l'integrazione delle attività psicologiche svolte dalle Unità Operative di psicologia territoriali ed ospedaliere allo scopo di: -costituire reti di servizi come offerta integrata alla complessità della domanda psicologica nelle sue componenti di prevenzione, diagnosi e terapia del disagio psichico, nonché la formazione degli operatori; - favorire, attivando idonee modalità di comunicazione ed interrelazione, il coordinamento delle attività svolte dalle Unità operative di Psicologia Territoriali e ospedaliere e le altre Unità Operative; -allocare le risorse umane in modo dinamico e flessibile; -programmare attività di formazione che sostengano le motivazioni degli operatori al fine di migliorare qualitativamente le prestazioni offerte; -definire gli ambiti territoriali attribuiti alle singole Unità operative di Psicologia. Il Coordinamento di Psicologia ha inoltre la funzione di assicurare: -la collaborazione interistituzionale a livello locale, nazionale e sovranazionale per la promozione della salute psichica, -la rilevazione dei flussi informativi anche al fine di individuare specifici fattori di rischio, - livelli uniformi di assistenza psicologica curando in particolare la semplificazione delle procedure di accesso dei cittadini alle prestazioni richieste accogliendo e decodificando la complessità della domanda relativa al disagio psichico; -l'elaborazione di linee guida volte all'accoglimento ed al soddisfacimento della richiesta di aiuto relativa alla complessità del disagio psichico proveniente dal territorio, alla definizione ed attivazione di percorsi terapeutici, privilegiando interventi per progetti; -il rispetto dell'equità e continuità nell'erogazione delle prestazioni attraverso la modulazione di interventi idonei a raggiungere le fasce di popolazione più a rischio; -il coordinamento delle attività di tirocinio per gli studenti, laureati e specializzandi in psicologia; la promozione della partecipazione dei cittadini individuando programmi di informazione e attività di prevenzione rivolte alla Comunità.

#### **5.4.2 - Le Segreterie**

oltre alle segreterie di tutte le Unità Organizzative fino ad ora elencate, assumono particolare rilevanza le seguenti articolazioni :




Funzione	Uffici
DIRETTORE GENERALE	Segreteria Particolare e relazioni esterne Segreteria Organizzativa e Segreteria Nucleo di Valutazione
DIRETTORE SANITARIO	Segreteria Particolare e Segreteria Amministrativa Staff Medico di consulenza tecnico-professionale Relazioni e coordinamento delle strategie di intervento nelle strutture sanitarie aziendali Relazioni con l'esterno e con le articolazioni aziendali non sanitarie Raccolta, elaborazione e produzione di documentazione sanitaria Documentazione e ricerca Struttura di Coordinamento dell'Emergenza Sanitaria (1)
DIRETTORE AMMINISTRATIVO	Segreteria Particolare Rapporti con i Dipartimenti Rapporti con i Servizi Sanitari e Amministrativi Relazioni con le strutture socio - sanitarie Ufficio di Telefonia e Telecomunicazioni Relazioni esterne
COLLEGIO SINDACALE	Segreteria
CONSIGLIO DEI SANITARI	Segreteria annessa alla Segreteria della Direzione Sanitaria
COLLEGIO DI DIREZIONE	Segreteria
COMITATO ETICO	Segreteria annessa alla Segreteria Organizzativa del Direttore Generale
N.V.R./STP	Segreteria annessa alla Segreteria Organizzativa del Direttore Generale

— N.V.R. = NUCLEO DI VALUTAZIONE di verifica dei risultati dei dirigenti

— (1) = Struttura annessa alla Direzione Sanitaria Aziendale : Coordinamento SAUT, I I B, STI, e rapporti di queste funzioni con i DEA

Al settore ufficio di telefonia della segreteria del Direttore Amministrativo affluisce anche la funzione di centralino aziendale che garantisce i collegamenti telefonici con i reparti di degenza ed i servizi.

### 5.4.2.a- Le strutture organizzative di supporto alle Direzioni Aziendali

Tali strutture assumono particolare rilevanza per la delicatezza del ruolo loro attribuito, consistente in prevalenza nel fornire, con la dovuta professionalità, costante impegno e sollecitudine, il contributo tecnico-organizzativo-operativo alle Direzioni Aziendali, attività che implica anche attitudini di comunicazione, conoscenze normative ed esperienze propositive. Il personale addetto a tali strutture, pertanto, è scelto direttamente dai tre vertici aziendali, che attribuiscono l'espletamento delle varie attività e/o incarichi secondo le peculiari caratteristiche professionali. A detto personale, stante la inconfutabile attività multidisciplinare svolta, vanno riconosciuti, in analogia a quanto previsto per altro personale operante nell'Azienda e citato nel presente Atto, oltre che gli istituti contrattuali legati all'alto grado di professionalità, ove previsti, anche gli istituti contrattuali di carattere premiante, ancorché non strettamente connessi alla fattibilità di progetti mirati; tanto nella considerazione che la natura dell'attività svolta e del ruolo istituzionale ricoperto rendono impossibile individuare specifici obiettivi, come è invece possibile per il personale addetto a monotematiche attività, e che tale impossibilità non deve certamente costituire un elemento penalizzante per coloro che sono chiamati alla collaborazione diretta con le tre Direzioni Aziendali.

Comitati e commissioni Aziendali

L'atto aziendale statuisce rinnovandoli, la costituzione dei seguenti organismi:



- la commissione per il prontuario terapeutico di cui alla delibera n. 116 del 6/3/2013;
- il comitato per il buon uso del sangue e delle cellule staminali da sangue cordonale istituito con delibera n. 590 del 27/9/2012;
- il comitato partecipativo e consultivo di cui alla delibera n. 129 del 13/3/2012 e n. 371 del 20/6/2012;
- comitato unico di garanzia di cui alla delibera n. 152 del 28/11/2011 e n. 128 del 13/3/2012;
- Settore ALPI, struttura semplice dipartimentale in staff alla direzione sanitaria aziendale, che sovrintende all'attività libero professionale intramoenia disciplinata attualmente con apposito regolamento di cui alla delibera n. 447 del 23/09/2009;
- Commissione aziendale di Health Technology Assessment and Horizon Scanning quale strumento di valutazione per identificare processi di analisi e le conseguenti relazioni tra le caratteristiche delle tecnologie e la potenzialità assistenziale delle articolazioni, di cui alla delibera n. 466 del 6/8/2012;
- Osservatorio sulla sinistrosità aziendale, istituito con delibera n. 23 del 9/11/2011, innanzitutto per creare un sistema di rilevazione della sinistrosità con contestuale sviluppo di un modello di reportistica aziendale diretto anche ad un prossimo allineamento dei dati a livello regionale e nazionale e per supportare la metodologia per il governo aziendale dell'andamento del contenzioso e sinistrosità e dei costi assicurativi nonché approfondire le tematiche che riguardano la Mediazione e la Conciliazione per la riduzione dell'impatto economico dovuto al contenzioso;
- Documento di valutazione "Cure domiciliari" di cui alla delibera n. 772 del 27/06/2011;
- il comitato per la lotta alle infezioni ospedaliere di cui alla delibera n. 310 del 19/06/2013;
- il comitato di budget, istituito con delibera n. 124 del 13/3/2012, per la negoziazione del budget e per la definizione degli obiettivi;
- il comitato per l'ospedale senza dolore **si** propone di migliorare la qualità dei servizi offerti all'assistito attraverso:

- l'implementazione di un sistema di rilevazione del dolore;

- l'integrazione tra le diverse professionalità degli operatori sanitari nella gestione del paziente con dolore;

- la condivisione dei protocolli operativi generali per la gestione del dolore;

- la costruzione di gruppi di lavoro per la definizione di protocolli operativi specialistici per la gestione del dolore.

- Il progetto "Ospedale Senza Dolore" è avviato ormai da alcuni anni nell'ASL Napoli 3 Sud, infatti il "Comitato Ospedale senza Dolore", è un gruppo multidisciplinare e multiprofessionale interno all'Azienda Sanitaria (composto da un Medico di Direzione Medica, Anestesiisti/Rianimatori ed Infermieri dei Blocchi Operatori Ospedalieri, un Medico e un Infermiere delle strutture semplici Terapia del Dolore e Cure Palliative presenti in ogni ospedale riunito aziendale, un Farmacista, una Psicologa e un Rappresentante dell'Associazione Volontari Ospedalieri) finalizzato a garantire negli Ospedali la messa in atto di tutte le misure possibili per contrastare il dolore indipendentemente dal tipo di sofferenza rilevata, dalle cause che la originano e dal contesto di cura. Il progetto nasce dalla consapevolezza che la sofferenza costituisce un fattore che influisce pesantemente sulla vita della persona ammalata ed ha spesso i connotati di malattia nella malattia. La cura del dolore non è quindi soltanto un dovere etico, ma anche l'esempio di buona pratica clinica in ospedale, nell'assistenza a



domicilio, in hospice e nelle altre strutture residenziali per il miglioramento della qualità di vita delle persone e sempre a maggiore garanzia e rispetto dei diritti del malato.

- Commissione liste di attesa di cui alla delibera n.425 del 12/7/2012;
- Comitati aziendali art. 23 MMG e PLS di cui alla delibera n. 601 del 21/4/2011;
- Nucleo aziendale di coordinamento di tutte le attività relative alla promozione ad al sostegno all'allattamento materno di cui alla delibera n. 445 del 30/3/2011;
- Comitato per il rischio clinico istituito con delibera n. 168 del 28/12/2011 e n. 86 del 20/2/2013;
- Coordinamento progettuale istituito con delibera n. 659 del 2/5/2011;

Nucleo operativo di controllo, ai sensi del DGRC n. 193/07 e DGRC n. 596/09 e circolare n. 0056094 del presidente della commissione regionale di coordinamento per la promozione della qualità delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie DPGRC n. 144/2012, istituito con delibera n. 803 del 15/11/2012.

Unità di crisi aziendale istituita con delibera n. 381 del 28/6/2012 per la gestione integrata delle problematiche di natura emergenziale;

Tali organismi promuovono la diffusione e l'applicazione delle conoscenze relative alle migliori pratiche cliniche ed assistenziali in funzione della risoluzione di problemi da risolvere nella concretezza e nella specificità della realtà organizzativa e professionale di ciascuna azienda, utilizzando metodologie di autoapprendimento organizzativo.




## 6. LA ORGANIZZAZIONE DELLE STRUTTURE AZIENDALI

### Il livello organizzativo

L'Azienda Sanitaria, per assolvere la propria funzione assistenziale (produzione) necessita di un adeguato tessuto organizzativo che colleghi, funzionalmente, le varie linee di attività, le varie competenze, i vari ambiti di responsabilità, onde permettere un armonico estrinsecarsi delle azioni.

Trattandosi di una azienda ad elevatissima componente professionale (elevato numero di professionisti ed elevato numero di specializzazioni) il modello organizzativo deve necessariamente essere quello che integra al massimo le varie "unità di produzione" o di "supporto", siano esse rappresentate dal singolo professionista, o siano esse strutturazioni più complesse, nell'ottica di un lavoro per "processi" o per "aree di competenza".

Trattandosi poi spesso di competenze che hanno molti punti in comune, ma trovandosi anche di fronte alla necessità di integrare azioni "strutturalmente" e "culturalmente" molto distanti (la funzione economale con quella gestionale; la cultura dei servizi di diagnosi con quella clinica; ecc.) il modello più opportuno è indubbiamente quello della struttura dipartimentale che unisce, in forma equilibrata, la gerarchia insita nel concetto di responsabilità (clinica, gestionale, professionale, ecc.) delle strutture afferenti con la integrazione per funzioni.

È di tutta evidenza che unicamente il dipartimento può rappresentare il luogo organizzativo ove si possa equilibrare la condivisione delle risorse (strutturali, umane e tecnologiche) che è sempre comunque un momento di crisi nel mondo delle relazioni professionali, con la necessità della massima qualità dell'offerta integrata ai più bassi costi di gestione, cosa che è, appunto, il fine logico della "attività per processi" che è l'unica opzione possibile per una società di servizio.

La macroorganizzazione aziendale si configura quindi in una serie di dipartimenti, alcuni strutturali, altri funzionali, che raccolgono tutte le strutture organizzative dell'azienda.

Tra queste annoveriamo unità organizzative, sia nell'ambito sanitario che in quello non sanitario, che presentano livelli sovrapponibili di complessità organizzativa, mole di attività, responsabilità professionale, esposizione, ecc. pertanto i livelli di organizzazione aziendale si possono così sintetizzare, sia per l'area sanitaria che per quella gestionale non sanitaria :

Area Sanitaria	Area non sanitaria
— Dipartimenti Strutturali o funzionali	— Dipartimenti Strutturali o funzionali
— strutture complesse	— servizi
— strutture semplici dipartimentali o divisionali	— settori, strutture semplici
— incarichi professionali anche di alta specializzazione	— uffici

Tutte le strutture Semplici Dipartimentali che sono identificate nel presente atto, rappresentano la scelta gestionale elaborata dalla Direzione Generale, tenuto anche conto delle indicazioni dei Direttori di Struttura Complessa. Il Direttore Generale si riserva di modificare le scelte di cui sopra in qualsiasi momento, con adeguato atto deliberativo e secondo la normativa vigente sull'argomento. Ad avvenuta approvazione del presente atto il Direttore Generale si riserva di adottare un idoneo provvedimento di identificazione delle strutture semplici divisionali. La identificazione dei responsabili delle unità semplici dipartimentali o divisionali che siano, avverrà, a insindacabile giudizio del Direttore Generale, tra tutti coloro che, avendone i titoli ed i requisiti, saranno selezionati per tale incarico. La scelta avverrà secondo modalità e criteri da concordare nel necessario confronto sindacale e tenendo conto delle opportune indicazioni dei responsabili di struttura complessa o di direttore di dipartimento, a seconda delle circostanze.

## 6.1 Il Dipartimento

### I DIPARTIMENTI STRUTTURALI, I DIPARTIMENTI FUNZIONALI, LE AREE FUNZIONALI.

I Dipartimenti sono strutture organizzative di coordinamento e di direzione per lo svolgimento di funzioni complesse con compiti di orientamento, consulenza e supervisione per la funzione cui è preposto.

Il dipartimento, a seconda della sua tipologia, è costituito da aree funzionali-organizzative e strutture organizzative, complesse e semplici, che, per omogeneità, affinità e complementarietà hanno finalità comuni.

Nell'ambito dell'organizzazione dipartimentale sono individuate sia strutture semplici a valenza dipartimentale e sia strutture semplici quali articolazioni della struttura complessa di riferimento<sup>13</sup>.

Nella definizione e nella ridefinizione delle strutture organizzative si è fatto e si farà riferimento ai seguenti parametri:

- livello di specializzazione già presente nella struttura o previsto negli atti di programmazione regionale;
- ipotesi di sviluppo o di contrazione delle funzioni della singola struttura in funzione dei livelli di attività;
- unicità e/o valenza strategica aziendale;
- complessità dell'articolazione interna anche in funzione del numero di posti letto in dotazione;

<sup>13</sup> Tali articolazioni aziendali saranno definite dal Direttore Generale con successivo atto monocratico e saranno individuate in base ai criteri generali di programmazione ed organizzazione esplicitati nel presente atto aziendale di diritto privato e, pertanto, sono rimesse alla Direzione Generale anche le decisioni relative all'attivazione di ulteriori strutture e/o alla modifica dell'attuale assetto strutturale dell'Azienda.

- volumi di attività;
- andamento dei tassi di occupazione, case-mix ed indice di complessità;
- peso totale e peso medio dei DRG, ricoveri anomali, indice operatorio;
- consistenza, tipologia ed adeguatezza delle risorse strumentali e del loro grado di utilizzazione;
- consistenza delle risorse umane e tecnico-professionali.

Le strutture afferenti al Dipartimento mantengono la propria autonomia e responsabilità nell'ambito di un modello gestionale ed organizzativo comune volto a fornire una risposta unitaria, efficiente e completa alle richieste di prestazioni degli utenti interni ed esterni. A tal fine il Dipartimento adotta codici di comportamento uniformi per quanto riguarda in particolare gli aspetti clinico - assistenziali, didattici, di ricerca, etici, medico - legali, giuridici ed economico - finanziari, tecnico - gestionali e professionali. I dipartimenti svolgono funzioni di coordinamento, di indirizzo, di direzione e di valutazione dei risultati conseguiti nell'area omogenea di competenza, svolgendo attività periodica di revisione ed integrazione dei processi e delle procedure che coinvolgono la competenza dei diversi livelli operativi ad essi afferenti.

Gli obiettivi che s'intendono perseguire attraverso la realizzazione dell'organizzazione dipartimentale, tenendo anche conto di quanto disposto dalla legge n. 251/2000 e della conseguente L.R. 28/2/2001 relativamente alle professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, tecnico-sanitarie, della riabilitazione, della prevenzione, sono:

- La razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche, dei posti letto, dei materiali di consumo e dei servizi intermedi;
- Il miglioramento dell'efficienza gestionale, dei processi di coordinamento e di controllo, della qualità delle prestazioni erogate, del livello di umanizzazione delle strutture interne al singolo Dipartimento, del rapporto tra Direzione Generale e direzione delle singole strutture;
- Il miglioramento e l'integrazione dell'attività di formazione ed aggiornamento;
- La razionalizzazione e lo sviluppo dei percorsi diagnostici e terapeutici e di quelli volti a garantire la continuità assistenziale anche all'esterno dei Dipartimenti.

In rapporto alla caratterizzazione organizzative - gestionali i Dipartimenti si distinguono in strutturali e funzionali; essi rappresentano il modello operativo dell'Azienda e svolgono attività professionali e gestionali mediche, tecnico-sanitarie e tecnico-amministrative. Ad essi sono assegnate le risorse necessarie all'assolvimento delle funzioni attribuite.

Come i Dipartimenti Strutturali, anche quelli funzionali necessitano di adeguato regolamento che ne disciplini le modalità di funzionamento ed i livelli di responsabilità. Il responsabile di dipartimento (Direttore per i dipartimenti strutturali, Coordinatore per quelli funzionali) è nominato dal Direttore Generale tra i responsabili di strutture complesse afferenti allo stesso dipartimento in una rosa di nomi indicati dal comitato di dipartimento.



In particolare il Dipartimento strutturale è una aggregazione 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; ad esso è assegnato un budget (clinico/economico o economico/procedurale a seconda del tipo di dipartimento, sanitario o amministrativo) e, tramite un meccanismo di negoziazione a cascata, fissa gli obiettivi generali e specifici tramite un "negoziato" tra Direttore Generale e Direttore di Dipartimento.

I Dipartimenti Strutturali Sanitari svolgono, in particolare, le seguenti funzioni : a) utilizzazione ottimale ed integrata degli spazi assistenziali e non assistenziali, del personale e delle apparecchiature finalizzata alla migliore gestione delle risorse, alla massima efficacia delle prestazioni nonché alla razionalizzazione dei costi e al raggiungimento degli obiettivi; b) coordinamento tra tutti gli attori, istituzionali, convenzionati o privati che siano, coinvolti nel processo di produzione; c) promozione di iniziative volte al miglioramento dell'assistenza all'interno delle strutture dipartimentali; d) valutazione e verifica della qualità della assistenza fornita da effettuarsi adottando le opportune metodiche con particolare riguardo alle prestazioni fornite ai pazienti, alle verifiche delle procedure e dei risultati ottenuti, al miglioramento delle conoscenze e dei circuiti interni comunicativi, all'ottimizzazione delle risorse; e) organizzazione dell'attività libero professionale aziendale.

I Dipartimenti Strutturali di tipo Amministrativo / gestionale sono costituiti da Servizi interdipendenti che per omogeneità, affinità, o complementarietà perseguono comuni finalità mantenendo la propria autonomia e i propri livelli di responsabilità. I suddetti Dipartimenti, pertanto, sono una struttura organizzativa, sovra ordinata rispetto ai Servizi, relativamente agli aspetti gestionali, e svolgono attività di coordinamento provvedendo, periodicamente, alla revisione dei processi e delle procedure che coinvolgono la competenza di diversi livelli di amministrazione e naturalmente al raggiungimento degli obiettivi.

Il Dipartimento Funzionale è una aggregazione di strutture con il compito dell'integrazione funzionale delle attività delle singole strutture componenti finalizzata al raggiungimento di specifici obiettivi funzionali (integrazione, omogeneizzazione dell'attività, coordinamento delle azioni, ecc.). Il Dipartimento Funzionale non è dotato di autonomia gestionale e non è soggetto a rendicontazione analitica. Una medesima struttura, complessa o semplice a valenza dipartimentale, può far parte di più Dipartimenti Funzionali oltre che del proprio dipartimento strutturale. Qualora se ne ravvisi la convenienza, può entrare a far parte del Dipartimento Funzionale non una singola struttura ma un intero Dipartimento Strutturale e viceversa.

Con apposita delibera si adatteranno i regolamenti per la costituzione ed il funzionamento dei dipartimenti amministrativi, Dipartimenti Centrali, Servizi ed Uffici della direzione strategica e dei Dipartimenti Sanitari.




## 6.1.1 - Le Strutture Ospedaliere

### 6.1.1.a. - *L'Organizzazione Strutturale degli Ospedali Riuniti e dei Presidi Ospedalieri.*

Le caratteristiche peculiari e strutturali ospedaliere sono così sintetizzabili.

Sono strutture organizzative complesse e semplici costituite dal raggruppamento di una pluralità di unità operative ospedaliere (Strutture Complesse, strutture semplici, unità funzionali), organiche alla razionalità organizzativa ed alla integrazione polispecialistica e multiprofessionale, preposta alla erogazione di prestazioni e servizi specialistici. La struttura di governo è assicurata dai Responsabili delle diverse articolazioni. Essi assicurano il raggiungimento degli obiettivi concordati con la Direzione Aziendale in termini di produzione di servizi assistenziali efficaci, appropriati e rispondenti ai requisiti di quantità e qualità definiti negli accordi di fornitura, attraverso la gestione efficiente delle risorse assegnate e l'esercizio della funzione di governo clinico dei processi di cura. Assicurano la gestione degli spazi ottimizzando gli stessi, in modo tale da garantire la massima assistenza infermieristica possibile ed assicurando l'abbattimento delle liste di attesa. Favoriscono lo sviluppo delle competenze tecniche e professionali attraverso la promozione ed il coordinamento di iniziative di aggiornamento professionale e collaborano alla realizzazione di progetti formativi multidisciplinari, di ricerca e di sviluppo. Definiscono le scelte organizzative e gestionali interne attraverso processi decisionali connotati dalla partecipazione dei professionisti. Negozano il budget con la Direzione Aziendale e sono responsabili del raggiungimento degli obiettivi quali quantitativi negoziati e dell'impiego delle risorse assegnate a tal fine al dipartimento.

Coordinano l'attività dei responsabili delle strutture organizzative semplici divisionali perseguendo la massima integrazione organizzativa tra di esse, l'efficiente utilizzo delle risorse, l'uniformità dei criteri operativi. Garantiscono il Governo Clinico promuovendo azioni orientate al miglioramento continuo dei processi di cura, l'adozione di linee guida, l'utilizzo di corrette procedure operative e l'applicazione di tecniche 'Evidence-based Medicine' finalizzate alla definizione di processi assistenziali efficaci ed efficienti.

Incentivano la circolazione delle informazioni all'interno delle strutture e la comunicazione nei confronti dei soggetti esterni. Promuovono le iniziative di formazione e di aggiornamento del personale e le attività di ricerca. Tutti i presidi ospedalieri sono organizzati in forma di ospedali riuniti a due a due. Si riporta di seguito lo schema di strutturazione di tutti i presidi con le strutture complesse e semplici afferenti. In tutti i presidi si configura inoltre un'area di direzione cui affluiscono alcune strutture ospedaliere dalla particolare valenza.



La dotazione attuale di p.l. ospedalieri attivi ammonta a n. 728 mentre ai sensi del DCA n. 49/2010 sono previsti nell'ASL Napoli 3 Sud n. 1027 p.l. Applicando il coefficiente di n. 22 p.l. per struttura complessa l'azienda può annoverare n. 47 (46,68) strutture complesse ospedaliere. Applicando il coefficiente di 1,31 per il calcolo delle strutture semplici rispetto alle strutture complesse si ottengono n. (61) 60,91 strutture semplici sia dipartimentali che divisionali).

Ai sensi del DCA n. 18 del 18/02/2013 è fissato il parametro di n. 13.515 abitanti per ogni struttura complessa territoriale e di n. 1,31 strutture semplici per ogni struttura complessa da cui scaturisce per l'ASL Napoli 3 Sud la seguente dotazione a livello territoriale e centrale : n. 86 (85,51) strutture complesse e n. 113 (112,66) strutture semplici.

In totale la dotazione dell'ASL Napoli 3 Sud ai sensi del DCA 18/2013 è di n. 133 strutture complesse e n. 174 strutture semplici.

Sono state individuate complessivamente n. 133 strutture complesse e n. 174 strutture semplici

L'articolazione dei presidi ospedalieri in Ospedali Riuniti e l'assetto complessivo alla luce delle indicazioni regionali, LIMITATAMENTE ALLE STRUTTURE COMPLESSE E SEMPLICI, è riportato nelle tabelle seguenti.

*Legenda:*

Con numero a sinistra = struttura complessa

In neretto = struttura semplice dipartimentale (SSD)

In corsivo struttura semplice divisionale (SS)

\*Le UU.OO. di Recupero e Riabilitazione attengono alle Aree di Riabilitazione A e B (strutture complesse) che integrano anche gli aspetti territoriali e sono ivi allocate funzionalmente.

La Riabilitazione specialistica di Pollena Trocchia è in collegamento funzionale per la parte specialistica di competenza con la UOC Cardiologia-Utic di Nola e con la UOC Pneumologia di C/mare di Stabia.

Le UOS di Pronto Soccorso e OBI sono SSD del DIE (Dip. Integrato di Emergenza).

## OO. RIUNITI AREA VESUVIANA

P.O. BOSCOTRECASE – P.O. TORRE DEL GRECO

TABELLA PIANO ATTUATIVO - Aggiornata ai sensi del Decreto n. 34 del 27 maggio 2011

DESCRIZIONE DISCIPLINA	Posti letto ordinari	DH	DS	Totali
<b>P.O. BOSCOTRECASE</b>				
1 CARDIOLOGIA UTIC CON EMODINAMICA (SS)	10	2	0	12
2 CHIRURGIA GENERALE	6	0	0	6
3 MEDICINA GENERALE E D'URGENZA	13	0	2	15
4 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	6 + 5 d'urgenza	1	0	12
5 RIANIMAZIONE E ANESTESIA	18	0	2	20
6 TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE (ss)	6	0	0	6
OCULISTICA (SSD)	0	0	0	0
7 OSTETRICIA e GINECOLOGIA	1	0	2	3
8 PEDIATRIA NEONATOLOGIA	14	0	2	16
ORL (SSD)	8	2	0	10
NEUROLOGIA (SSD)	7 culle	0	0	0
*CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE	3	0	2	5
	0	2	0	2
	20			20
TOTALE	110	7	10	131
<b>P.O. Agostino Maresca TORRE DEL GRECO</b>				
MEDICINA GENERALE e D'URGENZA (SS)	12 + 4 d'urgenza	2	0	18
LUNGODEGENZA (SSD)	20	0	0	20
***RECUPERO E RIABILITAZIONE	50	0	0	50
CHIRURGIA GENERALE (SS)	14	0	2	16
BATTERIOLOGIA (SS)	0	0	0	0
8 GASTROENTEROLOGIA	8	2	0	10
S.P.D.C.** (SSD)	16	0	0	16
TOTALE	124	4	2	134
<b>TOTALE OO.RR.</b>	<b>218</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>265</b>
<b>AREA DI DIREZIONE</b>				
9 RADIOLOGIA (RMN, TAC)***				
10 LABORATORIO ANALISI***				
ANATOMIA PATOLOGICA (SS)				
FARMACIA (SSD)				
11 DIREZIONE SANITARIA				

Settore Amministrativo (SSD)					
TOTALE	UU.OO.CC. n.				
11					
	SS.SS. n.				
13					
UOSD Pronto soccorso con OBI		4 a Boscotrecase e 4 a Torre del Greco			

\* Struttura Complessa Integrata territorio/ospedale a valenza di hospice pediatrico

\*\* Afferisce al D.S.M.

\*\*\* Afferisce all'Area B di Assistenza Riabilitativa

\*\*\*\* Radiologia e Laboratorio sono attivi anche a Torre del Greco h/24

*N.B. l'articolazione rappresentata è integrata, per quanto non previsto, con la rimodulazione del piano attuativo aziendale di cui alla delibera n. 830 del 28/11/2011 Il DCA n. 49/2010 e la delibera 736 del 17/11/2011 prevedono l'allocazione nel presidio Maresca di una Struttura Polifunzionale della Salute (SPS).*

OO. RIUNITI PENISOLA SORRENTINA  
 P.O. SORRENTO - P.O. VICO EQUENSE  
 TABELLA PIANO ATTUATIVO - Aggiornata ai sensi del Decreto n. 34 del 27 maggio 2011

DESCRIZIONE DISCIPLINA	Posti letto ordinari	DH	DS	Totali
<b>P.O. S. Maria della Misericordia SORRENTO</b>				
1 CARDIOLOGIA	16	2	0	18
<i>UTIC (SS)</i>	6	0	0	6
2 CHIRURGIA GENERALE	19	0	2	21
3 MEDICINA GENERALE E D'URGENZA	15 + 6 d'urgenza	2	0	23
4 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	22	0	3	25
<b>CHIRURGIA VASCOLARE (SSD)</b>	4	0	1	5
<i>PATOLOGIA CLINICA D'URGENZA (SS)</i>	0	0	0	0
5 RIANIMAZIONE E ANESTESIA	8	0	0	8
<i>TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE (SS)</i>	0	0	0	0
TOTALE	96	4	6	106
<b>P.O. De Luca e Rossano VICO EQUENSE</b>				
<i>CHIRURGIA GENERALE (SS)</i>	24	0	3	27
<b>OCULISTICA (SSD)</b>	2	0	2	4
MEDICINA GENERALE E D'URGENZA (SS)	16 + 6 d'urgenza	2	0	24
<i>PATOLOGIA CLINICA D'URGENZA (SS)</i>	0	0	0	0
6 OSTETRICIA E GINECOLOGIA	24	0	3	27
7 PEDIATRIA	13	2	0	15
NEONATOLOGIA	5 culle	0	0	0
TOTALE	85	4	8	97
TOTALE OO. RR. PENISOLA SORRENTINA	181	8	14	203
<b>AREA DI DIREZIONE</b>				
8 RADIOLOGIA				
LABORATORIO ANALISI*				
<b>FARMACIA (SSD)</b>				
9 DIREZIONE SANITARIA				
<b>Settore Amministrativo (SSD)</b>				
TOTALE UU.OO.CC. n. 9				
SS.SS. n. 12				
<b>UOSD Pronto soccorso con OBI</b>	<b>6 a Sorrento e 4 a Vico Equense</b>			

\*La UOC Laboratorio Analisi ha sede a S. Agnello Distretto Sanitario n. 59

Con atto separato l'Azienda ha inviato alle strutture competenti regionali un progetto esecutivo per la realizzazione dell'Ospedale Unico della Penisola Sorrentina da realizzare nei suoli, di proprietà dell'ASL Napoli 3 Sud, insistenti nel comune di S. Agnello. Il progetto ha visto la partecipazione e l'approvazione di tutti e 7 i comuni del comprensorio che hanno partecipato a pieno titolo alla fase di progettazione e di sistematizzazione dell'intero procedimento, ivi compresi il piano economico ed il piano di mobilità. Tra i vari punti salienti del progetto si sottolinea l'economia di scala e l'abolizione delle strutture presenti in doppio nei due plessi attuali (4 s.s. ed i servizi) Alcune scelte saranno pertanto condizionate dall'esito del procedimento.

OO. RR. AREA STABIESE  
P.O. OO. CASTELLAMMARE – GRAGNANO  
TABELLA PIANO ATTUATIVO -Aggiornata ai sensi del Decreto n. 34 del 27 maggio 2011

DESCRIZIONE DISCIPLINA	Posti letto ordinari	DH	DS	Totali
<b>P.O. San Leonardo CASTELLAMMARE</b>				
1 CARDIOLOGIA <i>UTIC (SS)</i>	18	2	0	20
	8	0	0	8
2 CHIRURGIA GENERALE	20	0	3	23
3 OCULISTICA	4	0	5	9
4 ORL	8	0	4	12
5 UROLOGIA	11	0	2	13
6 ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA	22	0	2	24
7 OSTETRICIA E GINECOLOGIA	20	0	5	25
<i>ECOGRAFIA OSTETRICO- GINECOLOGICA (ss)</i>	0	0	0	0
8 PEDIATRIA NEONATOLOGIA	10	3	0	13
	6 culle	0	0	0
9 NEFROLOGIA e DIALISI**	6	2	0	8
10 NEUROLOGIA	13	2	0	15
11 PNEUMOLOGIA	10	2	0	12
12 MEDICINA GENERALE E D'URGENZA	7 + 12 d'urgenza	2	0	21
13 ANESTESIA E RIANIMAZIONE <i>RIANIMAZIONE RESPIRATORIA (SS)</i>	6	0	0	6
	2	0	0	2
<b>TOTALE PLESSO CASTELLAMMARE</b>	<b>180</b>	<b>13</b>	<b>21</b>	<b>227</b>
<b>P.O. Santa Maria GRAGNANO</b>				
<i>MEDICINA GENERALE (SS)</i>	15	3	0	18
<b>EPATOLOGIA TRAPIANTOLOGICA (SSD)</b>	0	3	0	3
<i>TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE (ss)</i>	0	0	0	0
<b>GERIATRIA (SSD)</b>	16	2	0	18
<i>EMATOLOGIA (SS)</i>	0	3	0	3
<b>MICROBIOLOGIA (SSD)</b>	0	0	0	0
<i>ONCOLOGIA (SS)</i>	0	6	0	6
<i>*RECUPERO E RIABILITAZIONE</i>	20	0	0	20
<b>TOTALE PLESSO GRAGNANO</b>	<b>51</b>	<b>17</b>	<b>0</b>	<b>68</b>
<b>AREA DI DIREZIONE</b>				
<b>TOTALE OO. RR. AREA STABIESE</b>				<b>292</b>
14 RADIOLOGIA <b>LABORATORIO ANALISI (SSD)</b>				
15 ANATOMIA PATOLOGICA				
16 IMMUNOTRASFUSIONALE*	0	2	0	2
<i>CITOFLOUORIMETRIA (SS)</i>	0	0	0	0
<b>Centro per lo studio dell'emostasi e Trombosi e Controllo del paziente</b>	0	2	0	2



in terapia Anticoagulante Orale" (SS)				
<b>FARMACIA (SSD)</b>				
17 DIREZIONE SANITARIA				
<b>Settore Amministrativo (SSD)</b>				
<b>TOTALE</b> UU.OO.CC. n. 17 SS.SS. n. 16				
<b>UOSD Pronto Soccorso con OBI</b>	<b>6</b>			

\* Il Servizio Immunotrasfusionale è dotato anche di due articolazioni interne ubicate presso il P.O. di Sorrento ed il P.O. di Torre del Greco.

\*\* La UOC gestisce anche il Centro di Assistenza Decentrata (CAD) di emodialisi di S. Agnello (Distretto n. 59) con n. 8 posti rene



OO. RIUNITI AREA NOLANA  
 P.O. DI NOLA - P.O. DI POLLENA TROCCHIA  
 TABELLA PIANO ATTUATIVO - Aggiornata ai sensi del Decreto n. 34 del 27 maggio 2011

DESCRIZIONE DISCIPLINA	Posti letto ordinari	DH	DS	Totali
<b>P.O. Santa Maria della Pietà NOLA</b>				
1 CARDIOLOGIA <i>UTIC CON EMODINAMICA (SS)</i>	14	2	0	16
	6	0	0	6
2 MEDICINA GENERALE E D'URGENZA	9 + 6 D'URGENZA	3	0	18
3 NEFROLOGIA e DIALISI	4	1	0	5
4 ONCOLOGIA	2	4	0	6
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE (SSD)	8	0	0	8
5 CHIRURGIA GENERALE OTORINOLARINGOIATRIA (SSD)	18	0	4	22
	1	0	4	5
CHIRURGIA ONCOLOGICA (SSD)	4	0	1	5
PSICOLOGIA CLINICA (SSD)	0	0	0	0
NEUROLOGIA (SSD)	0	2	0	2
UROLOGIA (SSD)	3	0	0	3
PREVENZIONE E TERAPIA PATOLOGIE METABOLICHE (ss)	0	3	0	3
OCULISTICA (SSD)	2	0	3	5
6 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	16	0	2	18
7 ANESTESIA E RIANIMAZIONE	8	0	0	8
8 NEONATOLOGIA PEDIATRIA	5 culle 10	0 4	0 0	0 14
9 OSTETRICIA GINECOLOGIA e GRAVIDANZA A RISCHIO	16	0	3	19
TOTALE	127	19	17	169
<b>P.O. Cav. Apicella POLLENA TROCCHIA</b>				
	Posti letto ordinari	DH	DS	Totale
10 MEDICINA GENERALE LUNGODEGENTI	20	2	0	22
	15	0	0	15
* RECUPERO E RIABILITAZIONE (Polmonare e Cardiologica)	35	0	0	35
CHIRURGIA GENERALE (SS)	0	0	5	5
OFTALMOLOGIA E LASERTERAPIA (SSD)	0	0	3	3
GINECOLOGIA - IVG (SSD)	0	0	2	2
TERAPIA DEL DOLORE (SSD)	0	0	0	0
ANESTESIA DAY SURGERY (SSD)	0	0	0	0
FONIATRIA (SSD)	0	0	0	0
DIABETOLOGIA (SSD)	0	2	0	2
UROFLUSSIMETRIA ED ENDOSCOPIA UROLOGICA (ss)	0	0	0	0
ONCOLOGIA (SS)	0	4	0	4
GERIATRIA (SSD)	6	0	0	6
ENDOSCOPIA CHIRURGICA (SSD)	0	0	4	4
TOTALE	76	8	14	98
Totale OO.RR. AREA NOLANA	195	26	26	267
<b>AREA DI DIREZIONE</b>				

11-12	LABORATORIO DI ANALISI* IMMUNOTRASFUSIONALE (SSD)				
13	RADIOLOGIA APPARECCHIATURE PESANTI (SS) FARMACIA (SSD)				
14	DIREZIONE SANITARIA Settore Amministrativo (SSD)				
<b>TOTALE</b>	<b>UU.OO.CC. n. 14</b> <b>SS. SS. n. 25</b>				
	<b>UOSD Pronto Soccorso con OBI</b>			<b>6</b>	
	PSAUT a Pollena Trocchia				

*\*Le UOC Laboratorio Analisi sono presenti sia a Nola che a Pollena Trocchia*

*\*\*Nel P.O. di Nola insiste l'ambulatorio di Gastroenterologia con 1 p.l. di DH (AS)*

*\*\*Nel P.O. Di Nola insiste attività di Anatomia ed Istologia Patologica (AS)*

*\*\* Dirigente responsabile con incarico di Alta Specializzazione*

*N.B. : Il DCA n. 49/2010 e la delibera 736 del 17/11/2011 prevedono l'allocazione nel presidio Apicella di una Struttura Polifunzionale della Salute (SPS).*

*Complessivamente sono state individuate in ambito ospedaliero:*

*n. 51 Strutture Complesse*

*n. 67 Strutture Semplici di cui n. 4 doppioni penisola sorrentina*

*La delibera n. 736 del 17/11/2011 riporta, tra l'altro, la definizione delle azioni di competenza aziendale ed il crono programma della riorganizzazione della rete ospedaliera con i tempi di attuazione degli interventi ex art. 20 L. 67/88 e le relative priorità.*

*Le scelte programmatiche sono palesemente condizionate dall'erogazione dei finanziamenti relativi.*



### 6.1.1.b. - I Dipartimenti Strutturali Amministrativi e Gestionali dei Servizi Centrali

Annoveriamo tra questi : Il Dipartimento Amministrativo; il Dipartimento Programmazione, Gestione e Tutele

1. **IL DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO E PROFESSIONALE** per assicurare le proprie funzioni si articolano in una Segreteria e supporto amministrativo; ad essi, nelle diverse articolazioni precedentemente illustrate, afferiscono i seguenti servizi :

- Gestione Risorse Umane
- Acquisizione Beni e Servizi
- Tecnico Centrale e Patrimoniale
- Servizio Gestione Economico-Finanziaria
- Servizio Sistemi Informativi

2. **IL DIPARTIMENTO PROGRAMMAZIONE, GESTIONE E TUTELE** per assicurare le proprie funzioni si articola in una Segreteria e supporto amministrativo; ad esso afferiscono i seguenti servizi :

- Controllo Interno di Gestione;
- Servizio Prevenzione e Protezione;
- Programmazione e Pianificazione Aziendale
- Servizio Risk Management
- Servizio Formazione ed Aggiornamento Professionale
- Servizio Controllo di Qualità
- Affari Generali e Contrattualistica;
- Servizio Affari Legali
- Servizio Registro dei Tumori

### 6.1.1.c. - I DIPARTIMENTI STRUTTURALI SANITARI

1. **IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE** che oltre alle funzioni generali descritte prima assicura la dovuta integrazione tra le UU.OO. di Salute Mentale dei distretti sanitari. Al suddetto dipartimento afferiscono inoltre, le Residenze Sanitarie Assistite specifiche. Assicura il dovuto trasferimento delle informazioni in senso "trasversale" tra UU.OO. ed in senso "verticale" con i direttori responsabili dei distretti. Il dipartimento è regolato da specifiche norme contenute negli allegati alla L.R. 32/94 e dalla D.G.R.C. n. 7261 del 27/12/2001;

### 6.1.2 IL DIPARTIMENTO INTEGRATO DELL'EMERGENZA (DIE)

Premesso che con DCA n. 57 del 14/06/2012 avente ad oggetto " Decreto commissariale n. 45 del 20 giugno 2010 "Programma Operativo 2011-2012" -Approvazione intervento 3.1 - Riquilibrata rete emergenza-urgenza -eE che con Decreto Dirigenziale n. 96 del 20/12/2012 avente ad oggetto

" Adempimenti previsti dal DCA n. 49/2010- istituzione tavolo di lavoro territoriale e di supporto al coordinamento regionale del sistema integrato dell'emergenza", viste le Linee di



indirizzi regionali per la Pianificazione Attuativa Aziendale per l'Emergenza-Urgenza (PAAEMUR), lo Schema dell'atto di intesa interaziendale per la costituzione del Dipartimento Integrato dell'Emergenza (DIE), le Linee di indirizzo regionali per l'organizzazione delle unità OBI (Osservazione Breve Intensiva) e le Linee di indirizzo regionali per l'organizzazione del Triage ospedaliero, predisposti ed approvati dal Settore Assistenza Ospedaliera e Sovrintendenza sui Servizi regionali dell'Emergenza con la collaborazione di un gruppo tecnico di lavoro a composizione multidisciplinare di supporto alle attività del predetto Settore regionale; le Linee di indirizzo regionali per l'organizzazione delle unità OBI (Osservazione Breve Intensiva) e le Linee di indirizzo regionali per l'organizzazione del Triage ospedaliero per impegnare le Aziende Sanitarie ad una concreta riorganizzazione del pronto soccorso; le Linee di indirizzo regionali per la Pianificazione Attuativa Aziendale per l'Emergenza- Urgenza (PAA-EMUR), nelle more della compiuta attuazione delle disposizioni regionali l'attività della rete di emergenza-urgenza aziendale modificata con la creazione delle unità OBI in ogni presidio ospedaliero aziendale deputato al pronto soccorso. Le Unità OBI assumono valenza di struttura semplice. In prima istanza, il coordinatore del dipartimento, che verrà nominato seguendo i dettami normativi Regionali, convocherà il comitato di dipartimento, che è composto dal responsabile della centrale operativa 118, dai responsabili direttore delle UU.OO. pronto soccorso, osservazione breve e medicina d'urgenza e dal direttore del servizio infermieristico, dal dirigente dell'unità operativa emergenza territoriale. Il comitato sarà coordinato dal Direttore Sanitario aziendale. Il comitato, in 30 giorni, elaborerà un documento, nel quale dovrà tener conto delle varie criticità inerenti a tutto il territorio della provincia di Napoli costituente la ASL Napoli 3 Sud, nonché del personale medico ed infermieristico della rete dell'emergenza. Il documento, prima di essere allegato all'atto aziendale ed inviato in regione, sarà oggetto di confronto con le organizzazioni sindacali che vigileranno affinché siano rispettati i tempi definiti.

Con delibera n. 456 del 30/07/2012 al fine di garantire la gestione dei processi diagnostico terapeutici e la corretta risposta ai bisogni assistenziali in regime di urgenza-emergenza, e renderle compatibili con le esigenze connesse alla ottimizzazione delle risorse, in adempimento alle indicazioni del decreto 57/2012, è stato definito il modello del Dipartimento Integrato delle Emergenze con la individuazione dei Centri di Responsabilità e delle diverse articolazioni impegnate nell'area della emergenza/urgenza, ospedaliera e territoriale integrate.

In particolare la funzionalità del sistema Emergenza-Urgenza, viene garantita nel rispetto delle indicazioni previste nel decreto 49/2010 e del decreto 57/2012, prevedendo la costituzione di un Dipartimento delle Emergenze, a valenza aziendale, con le seguenti finalità:

1. garantire la necessaria mobilità del personale e l'opportuna sua rotazione sulle varie articolazioni del servizio;




2. garantire la realizzazione di percorsi territorio/ospedale per le patologie a più alta incidenza di morbilità e mortalità, nel rispetto della rete operativa secondo i modelli hub & spoke disegnati dal decreto (cardiovascolari, neurologiche, traumatiche, ecc.);
3. garantire la corretta gestione dei flussi informativi istituzionali;
4. definire, condividere ed applicare apposite procedure diagnostico/terapeutiche sui percorsi del paziente;
5. effettuare le valutazioni qualitative dell'attività svolta;
6. definire ed attuare programmi di formazione e miglioramento della qualità delle prestazioni
7. verificare il possesso ed il mantenimento dei requisiti e degli standard organizzativo/clinici degli Enti ed Associazioni che collaborano nell'attività di emergenza;
8. approntare piani di gestione delle emergenze intra ed extrospedaliere;
9. eseguire esercitazioni di gestione delle emergenze intra ed extrospedaliere.

Il sistema sanitario per l'emergenza-urgenza e' costituito da:

- 1. un sistema di allarme sanitario C.O. 118;
- 2. un sistema territoriale di soccorso;
- 3. una rete di servizi e presidi ospedalieri, funzionalmente differenziati, ma organizzati secondo competenze specialistiche di crescente complessità.

L'articolazione aziendale competente alla gestione dell'area della emergenza/urgenza è il Dipartimento Integrato delle Emergenze ( DIE ).

1) Il DIE della ASL Napoli 3 SUD è composto della seguenti Unità Operative :

- Unità Semplice Dipartimentale Pronto Soccorso Osservazione Breve degli OORR Area Nolana, competente per la gestione organizzativa ed operativa del Pronto Soccorso del Presidio Santa Maria della Pietà di Nola, del PSAUT del Presidio Apicella di Pollena Trocchia, delle postazioni SAUT di Roccarainola, Nola, CIS di Nola, Marigliano, San Giuseppe, San Gennaro, Pomigliano, S. Anastasia e Pollena,. A tale UOSD afferiscono tutte le risorse professionali appartenenti alle qualifiche di competenza attualmente in servizio presso i presidi e le postazioni territoriali sopracitate.




A tale UOSD risultano assegnati n. 6 posti letto di Osservazione Breve Intensiva, e nell'ambito dei posti letto già previsti della Medicina Generale del Presidio di Nola, la cui dotazione risulta pertanto rimodulata in Medicina Generale e d'Urgenza con complessivi 16 posti letto (6 d'urgenza, sette ordinari e tre di day hospital) .

Presso le postazioni di competenza si elencano n. 6 postazioni a gestione diretta, il cui equipaggio è composto da personale dipendente, (San Giuseppe, Roccarainola, San Gennaro, Pomigliano, Marigliano, Nola) .

- Unità Operativa Semplice Dipartimentale Pronto Soccorso Osservazione Breve degli OORR Area Vesuviana, competente per la gestione organizzativa ed operativa del Pronto Soccorso del Presidio Maresca di Torre del Greco, e del Pronto Soccorso del Presidio di Boscotrecase, delle postazioni SAUT di San Giorgio, Ercolano, Torre del Greco, Torre Annunziata, Poggiomarino, A tale UOSD afferiscono tutte le risorse professionali appartenenti alle qualifiche di competenza in servizio presso i presidi e le postazioni territoriali sopracitate.

A tale UOSD risultano assegnati complessivamente n. otto posti letto di Osservazione Breve Intensiva: suddivisi 4 posti letto di Osservazione Breve Intensiva per il Presidio Maresca di Torre del Greco ed identica dotazione per il Presidio di Boscotrecase.

Tali dotazioni sono individuate nell'ambito dei posti letto già previsti nella Medicina Generale dei rispettivi Presidi, che risultano rispettivamente rimodulati in Medicina Generale e d'Urgenza con 8 posti letto (7 ordinari e 1 di DH) per la Medicina Generale e d'Urgenza del P.O. di Boscotrecase ed in 21 posti letto (19 ordinari e 2 DH) per il reparto del Presidio di Torre del Greco.

- Unità Operativa Semplice Dipartimentale Pronto Soccorso Osservazione Breve degli OORR Area Stabiese competente per la gestione organizzativa ed operativa del Pronto Soccorso del Presidio San Leonardo di Castellammare di Stabia, del PSAUT di Gragnano e delle postazioni SAUT di Pompei, Castellammare, Gragnano, Agerola.

A tale UOSD afferiscono tutte le risorse professionali appartenenti alle qualifiche di competenza in servizio presso i presidi sopracitati.

A tale UOSD risultano assegnati e n. sei posti letto di Osservazione Breve Intensiva, nell'ambito dei posti letto già previsti della Medicina Generale del Presidio di Castellammare di Stabia, la cui dotazione risulta pertanto rimodulata in Medicina Generale e d'Urgenza, cui residuano 7 posti letto ordinari, n. 2 posti di DH e n. 12 posti d'urgenza.




- Unità Operativa Semplice Dipartimentale Pronto Soccorso Osservazione Breve degli OORR Penisola Sorrentina con i Pronto Soccorso di Sorrento e di Vico Equense . e delle postazioni SAUT di Vico Equense, Sant'Agnesello.

A tale UOSD risultano assegnati complessivamente n. dieci posti letto di Osservazione Breve Intensiva: suddivisi 6 posti letto di Osservazione Breve Intensiva per il Presidio di Sorrento e quattro di Osservazione Breve Intensiva per il Presidio di Vico Equense.

Tali dotazioni sono individuate nell'ambito dei posti letto già previsti nella Medicina Generale degli OORR, che vengono così rimodulati in Medicina Generale e d'Urgenza con la suddivisione di n. 6 p.l. d'urgenza e n. 16 posti letto ordinari e 2 di day hospital presso il plesso di Sorrento e n. 6 d'urgenza, n. 16 ordinari e 2 di day hospital presso il plesso di Vico Equense. .

Alle Unità Operative Semplici Dipartimentali di P.S. e OBI afferisce anche tutto il personale medico in servizio presso le Unità Operative Complesse di Medicina Generale e d'Urgenza dei diversi presidi Ospedalieri, appartenenti alle qualifiche relative alle discipline di area medica (medicina di urgenza ecc), coerenti con la figura del medico unico di Pronto Soccorso (accettazione medico chirurgica di pronto soccorso, medicina e chirurgia di pronto soccorso, ecc ).

## 2) OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA

Le modalità organizzative ed operative delle Unità di Osservazione Breve Intensiva (OBI) dovranno rispettare le Linee di indirizzo per l'istituzione dell'Osservazione Breve Intensiva, così come allegate al Decreto 57/2012.

## 3) TRIAGE

Le modalità organizzative ed operative della attività di Triage dovranno rispettare le Linee di indirizzo per l'organizzazione del triage ospedaliero, in allegato al Decreto 57/2012. L'organizzazione del triage è già attiva in tutti i pronto soccorso aziendali e di avale anche dell'informatizzazione dell'attività.

## 4) UOS Emergenza Territoriale

A ciascuna delle quattro UOSD Pronto Soccorso e OBI afferisce una UOS di Emergenza Territoriale, con competenza sulla gestione organizzativa del sistema dell'emergenza territoriale con le postazioni di competenza, che provvede a svolgere attività di soccorso extraospedaliero con le Postazioni SAUT.



Le rispettive UOS Emergenza Territoriale provvedono a garantire la corretta dotazione e funzionalità dei mezzi di soccorso delle postazioni di competenza.

Le postazioni SAUT e PSAUT garantiscono una prima risposta all'Emergenza-Urgenza ed operano in stretto collegamento organizzativo e funzionale con le altre strutture del Dipartimento, sulla base di condivisione di risorse, comuni linee guida e protocolli operativi, con l'obiettivo di perseguire una indispensabile continuità assistenziale.

Le postazioni SAUT sono individuate quali postazioni di emergenza territoriali, ed il modello organizzativo dipartimentale prevede che tali unità, con le risorse afferenti, siano ricondotte alla responsabilità direzionale ed organizzativa del Responsabile della Unità Operativa di Pronto Soccorso e Medicina di Urgenza dell'Ospedale di riferimento, con il supporto della UOS di Emergenza Territoriale afferente a ciascuna Unità Operativa Complessa.

La integrazione delle attività ospedaliere e territoriali risulta propedeutica, oltre agli aspetti organizzativi, alla definizione e condivisione di protocolli e linee guida di intervento e di terapia, tali da garantire percorsi di cura finalizzati alla continuità terapeutica, in particolare per le patologie di maggiore diffusione, dal momento della presa in carico del paziente soccorso sul territorio, fino all'eventuale ricovero e trattamento in OBI o in altro reparto.

#### 5) Unità Operativa Complessa Centrale Operativa 118 NAPOLI EST

Ha funzioni tecnico-organizzative, svolge compiti di processazione delle chiamate, identificazione codice d'intervento sulla base della gravità/urgenza del caso, invio del mezzo più idoneo, guida fino al luogo dell'evento.

Coordina tutti gli interventi di urgenza/emergenza nell'ambito territoriale di competenza.

Gestisce operativamente i mezzi di soccorso affidati al suo coordinamento, disponendo eventuali interventi anche di maxi emergenze, per situazioni contingenti che si possano presentare, al fine di ottimizzare le risorse e rispondere agli obiettivi del sistema di emergenza urgenza (riduzione del free therapy interval, risposta adeguata alla richiesta di soccorso).

Altre funzioni importanti sono costituite dalle attività di collegamento in rete con le altre centrali operative, con altri settori d'emergenza (VVF; Protezione Civile, UCR etc.), il coordinamento delle emergenze locali intra ed extraospedaliere.

Collabora, nell'ambito del Dipartimento, alla programmazione aziendale della localizzazione dei mezzi di soccorso sul territorio, sulla scorta delle rilevazioni dei dati di attività, ed in base alle esigenze sanitarie, tenendo conto anche dei tempi di percorrenza, della rete stradale e delle peculiarità (anche legate ai flussi stagionali) espresse dal territorio.




Garantisce che il soccorso territoriale, nel rispetto dello specifico protocollo, trasporti il paziente nell'ospedale in cui è prevista la struttura specificamente idonea a trattare la patologia presente.

Procede, nella gestione dei pazienti critici che, per le patologie acute in atto sono riconducibili alle reti cardiologiche e/o stroke, al rispetto delle indicazioni dei centri Hub e spoke.

Assicura l'intervento dell'elisoccorso nei casi indicati.

#### 6) Servizi Infermieristici

Si provvederà alla individuazione di un referente Infermieristico del DIE, nelle more della costituzione del Servizio Infermieristico con la competenza gestionale ed organizzativa del personale infermieristico operante in tutte le postazioni ospedaliere e territoriali.

7) Per quanto attiene alla individuazione agli interventi di edilizia sanitaria e di attrezzature finalizzati alla realizzazione e funzionalità dei DIE si segnala:

- Risulta definita una progettazione di ristrutturazione ed ampliamento del Pronto Soccorso del Presidio di Nola. I lavori sono in corso
- Il Pronto Soccorso del Presidio Maresca risulta ristrutturato in epoca relativamente recente. Si prevede la individuazione degli spazi per i posti letto di medicina di urgenza e di OBI.
- Il Pronto Soccorso del Presidio di Boscotrecase risulta strutturato adeguatamente. Dall'anno 2006 è operativo il triage. Necessita della individuazione degli spazi per i posti letto di medicina di urgenza.
- Il Pronto Soccorso del Presidio di Castellammare di Stabia risulta strutturato adeguatamente. Il triage risulta avviato. Necessita della individuazione degli spazi per i posti letto di OBI.
- Il Pronto Soccorso del Presidio di Vico Equense è allo stato oggetto di progettualità da parte del Servizio Tecnico per una rimodulazione degli spazi e per la realizzazione della "camera calda".
- Il Pronto Soccorso del Presidio di Sorrento rientra in una complessiva rimodulazione della piastra della emergenza, con una progettualità già definita e finanziata per la ristrutturazione della rianimazione, cui seguirà la riprogettazione del Pronto Soccorso con i posti letto di medicina di urgenza e di OBI. Tale progettazione risolverà anche la criticità della Unità Operativa di Cardiologia UTIC, che finalmente potrà disporre di sede adeguata con il numero di posti letto previsti da decreto 49/2010 e confermati dal decreto 34 di approvazione del Piano Attuativo Aziendale con 18 posti letto di cardiologia e 6 posti letto di UTIC, completando la prevista potenzialità di risposta assistenziale per l'area critica.



### 6.1.3 I DIPARTIMENTI CENTRALI DI MEDICINA INTEGRATA TERRITORIALE ED OSPEDALIERA NAPOLI EST E NAPOLI OVEST

Per favorire e monitorare la reale integrazione ospedale/territorio i dipartimenti centrali di Medicina integrata Territoriale ed Ospedaliera Napoli Est e Napoli Ovest accolgono nel loro ambito rispettivamente 4 ospedali e 6 distretti sanitari e 4 ospedali e 7 distretti sanitari come da tabella seguente. L'integrazione è bidirezionale in quanto l'analisi per PRUO consente di affermare che le strutture ospedaliere attualmente sono gravate da due problematiche: il mancato filtro preventivo per cui si registra un sovraffollamento delle strutture di pronto soccorso per codici bianchi e gialli che debbono invece essere trattati a livello territoriale e una problematica ancora più delicata alla dimissione ove occorre avere certezza della presa in carico territoriale del paziente dimesso dalla struttura ospedaliera ai fini della continuità della cura nelle diverse forme.

Dipartimento	PP.OO.	DD.SS.
Napoli Est	Nola, Pollena Trocchia, Boscotrecase, Torre del Greco	34,48,49,50,51 52,56,57
Napoli Ovest	Castellamare di Stabia, Gragnano, Sorrento, Vico Equense	53,54,55 58,59

### 6.1.4 I Dipartimenti di area sanitaria e le Aree Funzionali

Tra i dipartimenti di area sanitaria, vedi prima, annoveriamo:

— Il **DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE, STRUTTURALE**, che oltre alle funzioni generali descritte prima assicura la dovuta integrazione tra le UU.OO.CC. SERT dei distretti. Assicura il dovuto trasferimento delle informazioni in senso "trasversale" tra UU.OO.CC. ed in senso "verticale" con i Direttori Responsabili dei distretti. Si interfaccia con l'Area socio – sanitaria per quanto di competenza e promuove la dovuta integrazione con le altre strutturazioni aziendali e con le istituzioni esterne;

— Il **DIPARTIMENTO FARMACEUTICO, STRUTTURALE**, che oltre alle funzioni generali descritte prima assicura la dovuta integrazione tra tutte le UU.OO. di farmacia sia distrettuali che ospedaliere. In particolare lo schema di funzionamento prevede che il territorio sia governato, in forma integrata, tra farmacie ospedaliere e farmacie distrettuali. Queste funzioni integrate confluiscono nel dipartimento farmaceutico. Esso inoltre assicura la organizzazione delle attività di controllo sulle farmacie convenzionate ed assicura la omogeneità delle azioni di contenimento della spesa. Collabora inoltre con le altre strutture aziendali cointeressate per le funzioni di controllo della congruità ed appropriatezza delle prescrizioni dei medici di medicina

generale e dei pediatri di libera scelta. Assicura la necessaria azione di sostegno per le varie forme di assistenza indiretta territoriale e di assistenza domiciliare. Pur essendo un dipartimento funzionale esso partecipa, unitamente al dipartimento di prevenzione ed al dipartimento di salute mentale, direttamente al dipartimento di assistenza sanitaria, per cui, come per gli altri dipartimenti ora menzionati gode della opportuna autonomia gestionale nell'ambito delle deleghe concesse dal Direttore Generale.

### 6.1.5 - Le Aree Funzionali

Menzione particolare meritano le aree funzionali. Esse sono dei momenti organizzativi di integrazione, controllo e aggregazione di funzioni aziendali che condividono obiettivi di programma pur appartenendo ad articolazioni aziendali di natura diversa; esse accorpano, infatti, svariate realtà organizzative non strutturate in termini gerarchici, ma che condividono parzialmente linee di attività o obiettivi. Il Direttore Generale si riserva la facoltà di individuare con atti successivi eventuali ulteriori aree funzionali ove se ne ravvisasse la necessità.

— **AREA DI MEDICINA PUBBLICA VALUTATIVA** che oltre alle funzioni generali descritte prima assicura la dovuta integrazione tra le UU.OO. di Medicina Legale dei tredici distretti. All'area suddetta afferiscono inoltre, il Servizio per le Malattie Professionali e la Sorveglianza sanitaria (funzionalmente) e le commissioni di valutazione delle invalidità a valenza sovradistrettuale. Assicura il dovuto trasferimento delle informazioni in senso "trasversale" tra UU.OO. ed in senso "verticale" con i direttori responsabili dei distretti ;

— **AREA MATERNO INFANTILE TERRITORIALE** è affidata all'UOC Servizio Materno infantile Territoriale che oltre alle funzioni generali descritte prima assicura la dovuta integrazione funzionale tra le UU.OO. del Materno Infantile dei tredici distretti. All'Area suddetta afferiscono inoltre, le UU.OO. di screening e prevenzione dei tumori femminili che afferiscono al servizio centrale di medicina territoriale. L'Area si interfaccia con le UU.OO. ospedaliere dell'area materno infantile ospedaliera per assicurare la massima efficacia e tutela della donna e del bambino. Assicura il dovuto trasferimento delle informazioni in senso "trasversale" tra UU.OO. ed in senso "verticale" con i direttori responsabili dei distretti. Promuove la dovuta integrazione con le altre strutturazioni aziendali e con le istituzioni esterne;

— **AREA MATERNO INFANTILE OSPEDALIERA** è affidata all'UOC Servizio Materno Infantile Ospedaliero che assicura la dovuta integrazione funzionale tra le UU.OO. del Materno Infantile ospedaliero. All'Area suddetta afferiscono inoltre, le UU.OO. di screening e prevenzione dei tumori femminili che afferiscono all'area ospedaliera per il secondo livello. L'Area si interfaccia con le UU.OO. territoriali dell'area materno infantile territoriale per assicurare la massima efficacia e tutela della donna e del bambino. Assicura il dovuto trasferimento delle informazioni in senso "trasversale" tra UU.OO. ed in senso "verticale" con i direttori responsabili dei tredici distretti. Promuove la dovuta integrazione con le altre strutturazioni aziendali e con le istituzioni esterne;

— **AREA ASSISTENZA ANZIANI** che oltre alle funzioni generali descritte prima assicura la dovuta integrazione tra le UU.OO. di Assistenza Anziani dei tredici distretti. All'Area suddetta afferiscono inoltre le Residenze Sanitarie Assistite. Assicura il dovuto trasferimento delle informazioni in senso "trasversale" tra UU.OO. ed in senso "verticale" con i direttori responsabili dei distretti. Promuove la dovuta integrazione con le altre strutturazioni aziendali e con le istituzioni esterne ;



— **LE AREE DI ASSISTENZA RIABILITATIVA A E B** che oltre alle funzioni generali descritte prima assicurano la dovuta integrazione tra le UU.OO di Assistenza Riabilitativa dei tredici distretti e le strutture specialistiche presenti nei PP.OO.. Alle Aree suddette afferiscono, inoltre, le strutture complesse di riabilitazione allocate presso i PP.OO. e le Residenze Sanitarie Assistite specifiche. Assicurano il dovuto trasferimento delle informazioni in senso "trasversale" tra UU.OO ed in senso "verticale" con i Direttori Responsabili dei distretti. Promuovono la dovuta integrazione con le altre strutturazioni aziendali e con le istituzioni esterne. Collaborano con il Servizio ABS per monitorare le procedure di acquisto dei materiali protesici.

— **L'AREA DIABETOLOGICA** assicura la dovuta integrazione ed omogeneità dei dodici centri antidiabetici (solo il distretto sanitario n. 55 è privo del CAD e le prestazioni di questo territorio sono assicurate localmente a livello ambulatoriale. Assicura il dovuto trasferimento delle informazioni in senso "trasversale" tra UU.OO ed in senso "verticale" con i Direttori Responsabili dei distretti. Promuove la dovuta integrazione con le altre strutturazioni aziendali e con le istituzioni esterne

## 6.2 LE STRUTTURE ORGANIZZATIVE

Per strutture organizzative si intendono le articolazioni aziendali che aggregano risorse umane, tecnologie e strutture in relazione a precisi obiettivi e risultati aziendali. La loro individuazione è funzionale all'efficacia, all'efficienza, alla produttività ed alla economicità dell'azienda.

Le strutture possono essere complesse o semplici in relazione alla rispondenza in un quadro complessivo ad almeno uno dei seguenti criteri:

- rilevanza strategica dell'azione svolta rispetto agli obiettivi aziendali o alla domanda di servizi;
- complessità delle relazioni organizzative o diversificazione delle professionalità richieste nell'erogazione delle prestazioni;
- quantità di risorse assorbite (budget) e da gestire;
- complessità dell'articolazione interna;
- livello di responsabilità e di autonomia.

Le strutture complesse assumono la seguente denominazione:

- Unità Operative Complesse, nell'ambito dell'articolazione sanitaria;
- Servizi, nell'ambito dell'articolazione aziendale centrale e amministrativa.

### UNITÀ OPERATIVE COMPLESSE/SERVIZI

**L'Unità Operativa Complessa (UOC)** è una struttura che ha una propria autonomia funzionale in ordine alle patologie di competenza, nel quadro di un'efficace integrazione e collaborazione con altre strutture affini e con uso in comune delle risorse umane e strumentali, e presuppone, pertanto, un'autonomia clinico - professionale ed organizzativa, nel rispetto delle linee di indirizzo definite dal Comitato di Dipartimento.

L'Unità Operativa Complessa può essere Unità Operativa Clinico - Assistenziale, dotata di posti letto ordinari e/o di day-hospital, ed Unità Operativa di Servizi Diagnostici e Terapeutici.

Nell'ambito della configurazione organizzativa e delle norme sono comprese tra le strutture complesse le Direzioni dei Presidi Ospedalieri, dei Distretti dei PSI, dei Servizi Sanitari, i Servizi Socio-Sanitari e dei Centri Diabetologici

I Servizi sono dotati di autonomia funzionale in ordine alle attività di competenza. Nell'ambito del Dipartimento essi si integrano con le altre strutture per la gestione di problematiche

comuni, con uso flessibile di risorse umane e strumentali e provvedono a dotarsi di proprio regolamento in ordine alle procedure di competenza.

#### **UNITÀ OPERATIVE SEMPLICI/SETTORI**

Le strutture semplici assumono la seguente denominazione:

- Unità Operative Semplici, nell'ambito dell'articolazione sanitaria e tecnico professionale;
- Settori, nell'ambito dell'articolazione amministrativa.

Le Unità Operative Semplici (UOS) sono articolazioni delle Unità Operative Complesse, con caratteristiche di peculiarità funzionale ed operativa e con autonomia clinico/professionale, che possono essere individuate nell'ambito del Dipartimento. Quando queste articolazioni divisionali utilizzano in parte o in toto le risorse loro assegnate nell'ambito di un dipartimento diverso da quello in cui opera la divisione di appartenenza, ovvero, non vi sia, nello stesso presidio, una struttura complessa di identica specializzazione di riferimento, assumono la dizione di struttura semplice dipartimentale<sup>14</sup>.

Gli incarichi sono conferiti direttamente dal Direttore Generale secondo le modalità dalla normativa vigente.

I Settori sono strutture in cui possono articolarsi i Servizi amministrativi e che hanno proprie caratteristiche funzionali ed organizzative connotandosi con la peculiarità dell'attività svolta. Provvedono ad istruire procedure complesse intermedie rispetto agli atti predisposti dal Servizio. Gli incarichi sono conferiti dal Direttore Generale su proposta del direttore di servizio, secondo le modalità dalla normativa vigente.

I Settori sono quelli istituiti col presente atto.

#### **INCARICHI PROFESSIONALI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE / UFFICI**

Sono articolazioni interne di una singola struttura complessa caratterizzati e giustificati dalla peculiarità dell'attività svolta che richiede particolari competenze professionali, in quanto costituisce un ambito specifico per i contenuti medico, scientifici e tecnologici. Gli incarichi Professionali ed Organizzativi possono essere individuati solo se le attività non sono già esercitate da specifiche e distinte strutture organizzative.

Gli incarichi sono conferiti dal Direttore Generale, anche in base a motivata proposta del Direttore della Struttura Complessa di cui sono articolazione interna, secondo le modalità previste dall'art. 15 del Decreto Legislativo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni.

Gli Incarichi Professionali di alta specializzazione presuppongono che il dirigente assegnatario dello stesso abbia piena autonomia professionale nell'ambito della specifica competenza individuata.

Il corrispettivo degli incarichi professionali di alta specializzazione nell'ambito dei servizi non sanitari si ritrova nel personale responsabile di ufficio o settore a bassa valenza strategica

Gli Uffici hanno il compito di istruire specifiche procedure amministrative in base alle direttive indicate dai dirigenti di Servizio o Settore.

Ulteriori uffici potranno essere istituiti con atto deliberativo dal Direttore Generale, su indicazione motivata del direttore di Servizio, sentito il parere del Direttore Amministrativo e Sanitario.

La gradazione delle funzioni dirigenziali è riportata nella delibera n. 004 del 12/10/2011.

<sup>14</sup> Ai responsabili di strutture semplici, divisionali o dipartimentali, si applicano le medesime norme contrattuali relativamente a quanto previsto dal comma b dell'articolo 56 del vigente CCNL, e si è proceduto alla dovuta gradazione di funzioni e relativo compenso, considerando maggiore il valore funzionale delle strutture semplici dipartimentali.

## 7. LE FUNZIONI E LE RESPONSABILITÀ

Nonostante la complessità organizzativa presentata dalla azienda, i livelli di responsabilità identificabili sono poco numerosi e, quindi, le funzioni ad essi connesse, facilmente identificabili. **Per quanto attiene i dipartimenti, siano essi strutturali che funzionali, il Direttore del Dipartimento è scelto dal Direttore Generale tra i Direttori di struttura complessa afferenti al Dipartimento stesso, indicato dal Comitato di Dipartimento, così come previsto dal D. Lgs. 229/99. L'indicazione deve avvenire fra i dirigenti di UOC dei settori scientifico-disciplinari afferenti al dipartimento stesso. L'incarico è affidato con specifico contratto triennale, rinnovabile una sola volta consecutivamente.**

### 7.1. Funzioni e responsabilità del Capo di Dipartimento area sanitaria

Il Direttore di Dipartimento dell'area sanitaria ha le seguenti funzioni:

- Rappresenta il dipartimento nelle relazioni interne ed esterne all'Azienda ed è garante della correttezza dei comportamenti nei rapporti tra il dipartimento e gli organi istituzionali/ le associazioni di categoria / le organizzazioni sindacali / i media / la cittadinanza
  - Risponde alla Direzione Sanitaria, per quanto di competenza, del Governo dipartimentale.
  - Promuove e monitorizza la partecipazione sistematica ad attività di audit clinico sui percorsi di cura.
  - Verifica e risponde dei risultati dei processi assistenziali di competenza.
  - Assicura la direzione del dipartimento garantendone la missione di produzione sulla base delle caratteristiche risultanti dalle diverse committenze e secondo le caratteristiche quantitative e qualitative definite dal piano delle azioni dell'azienda alla cui stesura collabora attivamente.
  - Negozia il budget con la Direzione di Distretto/Presidio ed è responsabile del raggiungimento degli obiettivi quali quantitativi negoziati e dell'impiego delle risorse assegnate, cura la gestione complessiva del budget assegnato al dipartimento ed esegue una rendicontazione periodica della spesa sostenuta e dell'attività svolta
  - Pianifica le attività secondo le logiche e le strategie aziendali
  - Coordina i responsabili delle strutture organizzative dipartimentali perseguendo la massima integrazione tra di esse, l'efficiente utilizzo delle risorse, l'uniformità dei criteri operativi utilizzando gli strumenti :
    - della definizione di competenze e standard professionali,
    - della verifica dei risultati e valutazione dell'attività svolta,
    - della individuazione dei bisogni formativi di carattere tecnico professionale,
    - della promozione della formazione.
  - Assume gli atti delegati per l'approvigionamento del materiale di competenza.
  - Partecipa alle scelte aziendali e collabora, con i servizi in staff alla Direzione Aziendale, in modo particolare al perseguimento degli obiettivi della Funzione di Programmazione e controllo
  - Concorda, con i responsabili dei Distretti, dei dipartimenti del Presidio Ospedaliero, i livelli di prestazione da garantire per lo svolgimento efficace e sicuro dei processi di cura in ambito territoriale ed ospedaliero.
  - Coordina le attività delle Unità Operative decentrate in funzione dei bisogni espressi dai distretti, dai dipartimenti e dal Presidio Ospedaliero, garantendo gli standard professionali e i livelli di prestazione concordati
- Nelle sua attribuzioni il Direttore di Dipartimento è coadiuvato dal Comitato di Dipartimento.



## 7.2. Funzioni e responsabilità del Direttore di Dipartimento di area amministrativa

Il Capo di Dipartimento di area amministrativa ha le seguenti funzioni:

- assicura il funzionamento del Dipartimento attuando i modelli organizzativi fissati;
- promuove le verifiche periodiche delle attività svolte;
- rappresenta il Dipartimento nei rapporti con il Direttore Generale, con la Direzione Sanitaria e con la Direzione Amministrativa;
- provvede alla gestione delle risorse attribuite al Dipartimento;
- è componente del Collegio di Direzione.
- Rappresenta il dipartimento nelle relazioni interne ed esterne all'Azienda ed è garante della correttezza dei comportamenti nei rapporti tra il dipartimento e gli organi istituzionali/ le associazioni di categoria / le organizzazioni sindacali / i media / la cittadinanza
- Risponde alla Direzione Amministrativa del Governo dipartimentale.
- Risponde al Direttore Amministrativo dei risultati dei processi di competenza.
- Valuta la performance dei dirigenti di struttura complessa e di struttura semplice che afferiscono direttamente al dipartimento e formula proposte in merito alla Direzione Generale.
- Assicura la direzione del dipartimento garantendone la missione di produzione sulla base delle caratteristiche risultanti dalle diverse committenze e secondo le caratteristiche quantitative e qualitative definite dal piano delle azioni dell'azienda alla cui stesura collabora attivamente.
- Negozia il budget con la Direzione Generale ed è responsabile del raggiungimento degli obiettivi quali quantitativi negoziati e dell'impiego delle risorse assegnate, cura la gestione complessiva del budget assegnato al dipartimento ed esegue una rendicontazione periodica della spesa sostenuta e dell'attività svolta
- Pianifica le attività secondo le logiche e le strategie aziendali
- Dirige e coordina i responsabili delle strutture organizzative dipartimentali perseguendo la massima integrazione tra di esse, l'efficiente utilizzo delle risorse, l'uniformità dei criteri operativi utilizzando gli strumenti :
  - o della definizione di competenze e standard professionali,
  - o della verifica dei risultati e valutazione dell'attività svolta,
  - o della individuazione dei bisogni formativi di carattere tecnico professionale,
  - o della promozione della formazione.
- Assume gli atti delegati per l'approvvigionamento del materiale di competenza.
- Coordina le attività delle Unità Operative decentrate in funzione dei bisogni espressi dalle altre strutture aziendali, garantendo gli standard professionali e i livelli di prestazione concordati

Nelle sue attribuzioni il Direttore di Dipartimento è coadiuvato dal Comitato di Dipartimento.




### 7.3. Funzioni e responsabilità del Coordinatore Socio-Sanitario

- rappresenta il coordinamento nelle relazioni interne ed esterne all'azienda. E', per le attività socio-sanitarie, garante della correttezza nei rapporti tra il dipartimento e gli organi istituzionali, le associazioni di categoria, le organizzazioni sindacali, i media, la cittadinanza;
- risponde al Direttore Generale per quanto di competenza del governo dipartimentale;
- promuove e monitorizza la partecipazione sistematica ad attività di audit sui percorsi sociosanitari di cura;
- verifica e risponde dei risultati dei processi assistenziali di competenza;
- valuta le performances dei dirigenti di struttura complessa che afferiscono direttamente al dipartimento;
- assicura la conduzione del dipartimento garantendo la missione di produzione sulla base delle caratteristiche qualitative e quantitative definite dal piano delle azioni dell'azienda, alla cui stesura collabora attivamente;
- negozia per le attività sociosanitarie il budget con la direzione del distretto, cura la gestione complessiva del budget assegnato al coordinamento;
- pianifica le attività secondo le logiche e le strategie aziendali;
- dirige i responsabili delle articolazioni organizzative strutturalmente afferenti e coordina le aree funzionalmente afferenti perseguendo la massima integrazione tra di esse, l'efficiente utilizzo delle risorse, la necessaria uniformità degli strumenti operativi;
- partecipa alle scelte aziendali e collabora in modo particolare al perseguimento degli obiettivi della funzione di programmazione e controllo;
- concorda con i responsabili dei distretti, unitamente ai responsabili dei dipartimenti relativi alle aree sociosanitarie ad elevata integrazione, i livelli di prestazioni da garantire per lo svolgimento efficace ed appropriato delle prestazioni sociosanitarie in ambito territoriale;
- coordina le attività sociosanitarie della ASL e ne cura l'integrazione con le attività sociali previste nel Piano di Zona;
- è delegato dal Direttore Generale quale componente del Coordinamento Interistituzionale Sociosanitario previsto nell'Accordo sull'Integrazione Socio-Sanitaria;
- è componente dell'Ufficio di Piano per l'elaborazione dei Piani di Zona;
- è componente del Collegio di Direzione.

### 7.4. Funzioni e responsabilità del Direttore Sanitario di Presidio

Il Direttore Sanitario di Presidio è un dirigente di struttura complessa le cui funzioni sono svolte nell'ambito degli indirizzi stabiliti dal Direttore Sanitario aziendale, concorrendo al raggiungimento degli obiettivi fissati dal Direttore Generale.

Il Direttore Sanitario di Presidio:

- cura l'organizzazione operativa del presidio;
- governa la globalità delle relazioni tra unità operative al fine di raggiungere gli obiettivi aziendali;
- coordina le attività ospedaliere al fine di conseguire il livello di efficienza, efficacia e di gradimento dell'utenza conforme agli standard stabiliti dalla Direzione Generale;
- negozia il budget con il Direttore Generale;
- adotta le misure di sua competenza necessarie per rimuovere i disservizi che incidono sulla qualità dell'assistenza;
- ha accesso al sistema informativo sanitario ed utilizza i dati di attività di sua competenza ai fini della programmazione e gestione della struttura sanitaria cui è preposto;



- concorre alla definizione dei criteri di allocazione delle risorse per le unità operative di sua competenza, collabora alla definizione dei relativi budget verificando la congruità tra risorse assegnate ed obiettivi prefissati;
- adotta nelle unità operative di sua competenza e nei limiti delle risorse disponibili, modalità di gestione improntate a criteri di equa ripartizione dei carichi di lavoro, a motivazione del personale dipendente ed alla valorizzazione della qualificazione professionale del personale a cui è preposto;
- vigila sulle attività afferenti all'area dell'emergenza sanitaria;
- vigila sulla continuità dell'assistenza sanitaria e dispone tutti i provvedimenti necessari a garantirli;
- cura l'espletamento dei procedimenti disciplinari a carico del personale cui è preposto ai sensi della normativa vigente e comunque fatte salve le competenze dei responsabili delle Unità Operative;
- tutela la salute dei lavoratori e dei pazienti rispetto al rischio infettivo;
- tutela l'igiene ambientale;
- ha la sorveglianza igienica sui servizi alberghieri e di ristorazione collettiva;
- controlla la raccolta, trasporto, stoccaggio e smaltimento dei rifiuti ospedalieri;
- controlla l'attività di pulizia, disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione;
- definisce le strategie ed i protocolli di lotta contro le infezioni ospedaliere ed occupazionali; a tale scopo presiede la commissione preposta al controllo delle infezioni ospedaliere;
- adotta i provvedimenti di polizia mortuaria;
- attua le procedure relative alla donazione ed al trapianto di organi e vigila sul rispetto degli adempimenti previsti dalle normative vigenti;
- vigila, al momento della consegna all'archivio centrale, sulla conservazione della cartella clinica dei pazienti ricoverati e di ogni altra documentazione sanitaria prevista dalla vigente normativa; vigila sulla completezza delle informazioni contenute nella scheda di dimissione; rilascia agli aventi diritto, secondo modalità e criteri stabiliti dall'Azienda, copia della cartella clinica e di ogni altra documentazione sanitaria o certificazione nel rispetto delle relative normative;
- inoltra ai competenti organi le denunce obbligatorie in ottemperanza alle normative vigenti;
- segnala ai competenti uffici o enti i fatti per i quali possano essere previsti provvedimenti assicurativi;
- vigila sul rispetto dei principi etici e deontologici da parte delle figure professionali addette alle attività sanitarie ed in particolare sulla corretta manifestazione del consenso ai trattamenti sanitari;
- vigila sul rispetto delle norme in materia di sperimentazione clinica;
- vigila sul rispetto della riservatezza dei dati sanitari.



## 7.5. Funzioni e responsabilità del Direttore Responsabile di Distretto Sanitario

Il Dirigente individuato come Responsabile della gestione complessiva di Distretto Sanitario è titolare di tutti i poteri di gestione a lui delegati dal Direttore Generale e si avvale anche della collaborazione della Direzione Amministrativa del distretto.

Nei confronti del Direttore Sanitario di Distretto si realizza la procedura di attribuzione contrattata, degli obiettivi gestionali e delle inerenti risorse necessarie, prevista ed individuata dall'art. 20, comma I, D. Lvo. 29/93.

Egli risponde direttamente al Direttore Generale del rispetto del budget prefissato e del raggiungimento degli obiettivi gestionali attribuiti al Distretto.

Risponde altresì al Direttore Sanitario del rispetto delle indicazioni tecnico scientifiche, delle linee guida, delle procedure adottate e della verifica della qualità delle prestazioni sanitarie.

Per tale connotazione egli è considerato sovraordinato gerarchicamente a tutti gli altri dirigenti di distretto, a qualunque area contrattuale appartengano, nei confronti dei quali attiva a sua volta i medesimi meccanismi responsabilizzanti del richiamato art. 20 D. Lvo 29/93.

Infatti, nel pieno rispetto dell'autonomia distrettuale, tutti i dirigenti presenti nel distretto, siano essi responsabili di servizio, di settore, di struttura semplice o di struttura semplice dipartimentale o di una unità operativa o di una funzione sono coordinati dal Direttore di distretto responsabile della gestione complessiva, che in qualità di controllore del "budget" di distretto riceve espressamente la delega da parte del Direttore Generale al perseguimento degli obiettivi aziendali.

Il Direttore di distretto dovrà elaborare uno specifico piano operativo delle attività distrettuali, da sottoporre all'approvazione della Direzione Generale, all'interno del quale siano esplicitate le modalità operative delle linee di indirizzo già prefissate, i livelli di integrazione delle attività, le modalità d'impiego delle risorse assegnate per il funzionamento dei servizi presenti o per favorire ed organizzare l'accesso dei cittadini residenti alle strutture e presidi, sia pubblici che privati.

La competenza del Direttore di distretto comporta la gestione dei fattori produttivi, la esecuzione di atti adottati dal Direttore Generale o necessitati da leggi o regolamenti. Il Direttore di distretto, per la delega conferita, assicura la correttezza delle attività, attiva le istruttorie necessarie per la predisposizione delle proposte al Direttore Generale circa l'adozione di atti discrezionali o di spesa che impegnano la Azienda ASL.

Pertanto, Il Direttore Responsabile di Distretto Sanitario di Base è un dirigente di struttura complessa le cui funzioni sono svolte nell'ambito degli indirizzi stabiliti finalizzati al raggiungimento degli obiettivi fissati dal Direttore Generale.

Il Direttore Responsabile di Distretto Sanitario di Base:

- promuove, sul territorio di competenza e nell'ambito della programmazione distrettuale, la rete di risposte sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate che devono essere garantite ai sensi dell'art. 3 quinquies del Decreto Legislativo n. 502/92 modificato ed integrato, al fine di soddisfare i bisogni di assistenza primaria della popolazione;
- effettua l'analisi del fabbisogno e della domanda di assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione al fine di garantire percorsi diagnostico-terapeutici con tempi adeguati alle necessità dell'utenza, nell'ambito della programmazione distrettuale;
- è responsabile della gestione, organizzazione e coordinamento delle risorse tecnico-professionali, amministrative, patrimoniali e finanziarie assegnate al Distretto;
- alloca le risorse attribuite fra le varie strutture pubbliche e private accreditate;



- organizza e coordina la rete di servizi distrettuali, garantendone l'interrelazione e la trasversalità al fine di assicurarne adeguati livelli di accessibilità da parte della popolazione, di efficacia, efficienza, qualità e continuità nonché l'integrazione fra gli stessi e gli altri servizi esistenti nell'ambito territoriale;
- gestisce il rapporto con i soggetti convenzionati e con le strutture accreditate presenti sul territorio del Distretto e provvede all'allocazione delle risorse assegnate;
- coordina e concerta con i responsabili dei Dipartimenti territoriali ed ospedalieri dell'Azienda in merito alla programmazione dell'offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari che il Distretto è tenuto a garantire ed alla formazione professionale degli operatori;
- coordina e concerta con gli organi tecnici e direzionali degli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali per la definizione delle modalità operative di integrazione rispetto alle attività socio-sanitarie integrate;
- elabora la proposta relativa al Programma delle attività territoriali - distrettuali;
- provvede al monitoraggio dei dati di attività e dei risultati conseguiti in termini qualitativi e quantitativi, in attuazione del Programma delle attività territoriali - distrettuali;
- predispone, a consuntivo, la descrizione dell'attività svolta, delle risorse impiegate, dei relativi costi e ricavi nell'ambito della relazione annuale di Distretto, che deve essere parte integrante della relazione annuale di Azienda.

#### **7.6. Funzioni e responsabilità del Responsabile Amministrativo di Presidio e di Distretto**

- assume, quale responsabile di struttura semplice, diretta responsabilità solo delle funzioni attribuite alla sua competenza, da esercitare anche tramite un coordinamento dei rispettivi dirigenti, esclusivamente sulle materie indicate dalla Legge e su quelle specificamente indicate con apposita ordinanza del Direttore Generale;
- partecipa alle funzioni di committenza collaborando alla definizione dei bisogni dell'utenza avvalendosi delle strutture preposte;
- cura il sistema di rilevazione dei dati relativi alle prestazioni erogate e ne verifica la qualità, riferendo al rispettivo Direttore sanitario sulle eventuali difformità dagli standard previsti e sulle relative responsabilità;
- assicura il corretto assolvimento delle funzioni di supporto tecnico, amministrativo e logistico;

#### **7.7. Funzioni e responsabilità dei Direttori di Unità Operativa Complessa (UOC)**

L'incarico di responsabilità di Unità Operativa Complessa è conferito dal Direttore Generale in base a quanto disposto dalla normativa vigente e tenendo conto del possesso dei requisiti previsti

Il dirigente cui è affidato l'incarico di responsabilità di UOC assume la qualifica di Direttore.

Fermo restando l'autonomia clinico professionale e decisionale in relazione alle modalità tecnico-operative per il raggiungimento degli obiettivi fissati, il Direttore di UOC è responsabile della qualità delle prestazioni erogate avendo diretta responsabilità delle scelte operate, delle procedure e dei processi alla base delle prestazioni prodotte.



Il direttore di UOC è responsabile della corretta, efficace ed efficiente gestione delle risorse affidategli sia umane che strumentali ed economiche oltre che della formazione e dell'aggiornamento professionale del personale afferente alla propria unità operativa.

È sottoposto a verifica annuale per la valutazione della rispondenza dei risultati ottenuti con gli obiettivi fissati dall'Azienda e dal Direttore di Dipartimento.

I termini che regolano la disciplina di incarico, verifica e revoca sono quelli definiti dalle norme e dai contratti di settore.

## 7.8. Funzioni e responsabilità dei Direttori di Servizio

L'incarico di responsabilità di Servizio aziendale centrale e di Servizio amministrativo è conferito dal Direttore Generale sulla base di quanto disposto dalla vigente normativa sentito il Direttore Sanitario o il Direttore Amministrativo.

Il dirigente responsabile di Servizio assume la qualifica di Direttore.

In coerenza con quanto previsto dalla vigente legislazione in materia di competenze e responsabilità dei profili dirigenziali, il Direttore Generale attribuisce ai dirigenti diretta responsabilità dei risultati delle procedure affidate.

Il Direttore Generale verifica la rispondenza dei risultati delle attività e della gestione agli indirizzi impartiti ed agli obiettivi definiti anche in relazione alle risorse umane, tecniche ed economiche affidate.

## 7.9. Funzioni e responsabilità del Responsabile di Struttura Semplice e Semplice a valenza dipartimentale

Sono sostanzialmente identiche per le due fattispecie di strutture per i motivi precedentemente già elencati. E' riportata di seguito una tabella sinottica di confronto.

<b>Struttura Semplice Dipartimentale</b>
<b>Funzioni e Responsabilità</b>
Il dirigente cui è affidato l'incarico di responsabilità di Struttura Semplice assume la qualifica di Responsabile
Fermo restando l'autonomia clinico professionale il Responsabile di struttura semplice a valenza dipartimentale, per la quota parte di compiti da assicurare nell'ambito del dipartimento, svolge la propria attività secondo gli indirizzi forniti dal Direttore del Dipartimento cui afferisce gestendo le risorse umane e strumentali assegnate dal Direttore di struttura, in coerenza con i piani di attività del Dipartimento di appartenenza se non contrastanti con i piani di attività della struttura complessa cui deriva, salvo precisi accordi sottoscritti.
Per la parte del proprio impegno professionale, se eccedente la funzione di responsabilità assegnata, risponde al Direttore del Dipartimento di appartenenza.
Formula proposte ed esprime pareri al Direttore di Dipartimento. Cura l'attuazione dei progetti e delle attività ad esso assegnati, adottando i relativi atti e provvedimenti se delegati;
Dirige, coordina e controlla l'attività che si svolge nelle strutture che da esso dipendono;
L'attività del Responsabile di Unità Operativa Semplice Dipartimentale è sottoposta a verifica annuale per la valutazione della rispondenza dei risultati ottenuti con gli obiettivi fissati dal Comitato di Dipartimento.
Gli incarichi di Responsabili di Strutture Semplici a valenza

<b>Struttura Semplice</b>
<b>Funzioni e Responsabilità</b>
Il dirigente cui è affidato l'incarico di responsabilità di Struttura Semplice assume la qualifica di Responsabile
Fermo restando l'autonomia clinico professionale il Responsabile di struttura semplice svolge la propria attività secondo gli indirizzi forniti dal Direttore di struttura complessa cui afferisce gestendo le risorse umane e strumentali assegnate dal Direttore di struttura, in coerenza con i piani di attività della struttura complessa di appartenenza.
Per la parte del proprio impegno professionale, se eccedente la funzione di responsabilità assegnata, risponde al Direttore della Struttura Complessa di appartenenza.
Formula proposte ed esprime pareri al Direttore di Struttura complessa. Cura l'attuazione dei progetti e delle attività ad esso assegnati, adottando i relativi atti e provvedimenti se delegati;
Dirige, coordina e controlla l'attività che si svolge nelle strutture che da esso dipendono;
L'attività del Responsabile di Unità Operativa Semplice è sottoposta a verifica annuale per la valutazione della rispondenza dei risultati ottenuti con gli obiettivi fissati dal Responsabile di struttura complessa
Gli incarichi di Responsabili di Strutture Semplici sono



dipartimentale sono assegnati dal Direttore Generale secondo la normativa vigente in termini di affidamento di responsabilità di struttura semplice.

I termini che regolano la disciplina di incarico, verifica e revoca sono quelli definiti dalle norme e dai contratti di settore e dal presente Atto Aziendale.

assegnati dal Direttore Generale secondo la normativa vigente in termini di affidamento di responsabilità di struttura semplice.

I termini che regolano la disciplina di incarico, verifica e revoca sono quelli definiti dalle norme e dai contratti di settore e dal presente Atto Aziendale.

#### 7.10. **Funzioni e responsabilità del Responsabile di Settore/Struttura semplice**

L'incarico di responsabilità di Settore/Struttura semplice è affidato dal Direttore Generale su proposta del direttore di servizio, sentito il parere del Direttore Sanitario o Amministrativo secondo l'area di appartenenza, sulla base di quanto disposto dalla vigente normativa e di quanto previsto dal presente Atto Aziendale. Il dirigente cui è affidato l'incarico di responsabilità di Settore assume la qualifica di Responsabile.

Il Responsabile di Settore svolge la propria attività secondo gli indirizzi forniti dal Direttore di Servizio cui afferisce utilizzando le risorse umane e strumentali in coerenza con i piani di attività del Servizio di appartenenza.

I termini che regolano la disciplina di incarico, verifica e revoca sono quelli definiti dalle norme e dai contratti di settore e dal presente atto aziendale.

#### 7.11. **Funzioni e responsabilità di Alta Specializzazione**

Per funzioni di alta specializzazione si intendono articolazioni funzionali della struttura connesse alla presenza di elevate competenze tecnico professionali che producono prestazioni quali - quantitative di alto impegno riferite alla disciplina ed organizzazione interna della struttura complessa di riferimento.

Le responsabilità di alta specializzazione sono affidate, coerentemente con i principi di sviluppo aziendale, dal Direttore Generale, secondo la normativa vigente, previa verifica delle competenze tecniche acquisite attraverso la formazione e l'esperienza e documentate dai percorsi di valutazione previsti dall'Azienda e dalle norme contrattuali;

il dirigente responsabile di alta specializzazione, oltre alle responsabilità professionali e tecniche dettate dalle leggi, è responsabile di ogni atto ad esso espressamente delegato dal responsabile della struttura complessa di appartenenza.

#### 7.12. **Funzioni e responsabilità di Ufficio**

L'incarico di responsabile di Ufficio è affidato dal Direttore di Servizio, sulla base di quanto disposto dalla vigente normativa e previsto dal presente Atto Aziendale. Il responsabile di ufficio, oltre alle responsabilità professionali e tecniche dettate dalle leggi, è responsabile di ogni atto ad esso espressamente delegato dal responsabile della struttura complessa di appartenenza.

#### 7.13. **Funzioni particolari**

In calce al presente capitolo si riportano le funzioni, del tutto particolari di alcune organizzazioni aziendali per il loro valore strategico. Nello specifico si riportano le funzioni del Comitato di



Dipartimento sanitario, dei Direttori dei Servizi delle Professioni Sanitarie, del responsabile della Segreteria particolare del Direttore Generale

### 7.13.1. Le Aree funzionali

Menzione particolare meritano le aree funzionali. Esse sono dei momenti organizzativi di integrazione, controllo e aggregazione di funzioni aziendali che condividono obiettivi di programma pur appartenendo ad articolazioni aziendali di natura diversa; esse accorpano, infatti, svariate realtà organizzative non strutturate in termini gerarchici, ma che condividono parzialmente linee di attività o obiettivi. Il Direttore Generale si riserva la facoltà di individuare con atti successivi eventuali ulteriori aree funzionali ove se ne ravvisasse la necessità.

### 7.13.2. Funzioni del Comitato di Dipartimento Sanitario

Il Comitato di Dipartimento svolge le seguenti funzioni in costante collaborazione col Direttore di Dipartimento:

- stabilisce i modelli di organizzazione del dipartimento;
- individua la rosa dei candidati a Direttore di Dipartimento da proporre al Direttore Generale;
- esprime parere obbligatorio nelle materie individuate di sua competenza;
- elabora la proposta di obiettivi gestionali ed assistenziali del Dipartimento;
- programma la razionale utilizzazione del personale del Dipartimento e propone la mobilità del personale nell'ottica dell'integrazione dipartimentale;
- sovrintende alla gestione delle attrezzature, dei presidi e delle risorse economiche assegnate all'area dipartimentale;
- fornisce indicazioni alla Direzione Generale dell'azienda per la programmazione delle risorse da assegnare al Dipartimento;
- imposta le linee guida diagnostico - terapeutiche ed identifica gli standard di qualità;
- programma i piani di aggiornamento e riqualificazione del personale, coordina le attività di didattica, di ricerca scientifica e di educazione sanitaria;
- programma i fabbisogni di risorse sia di personale che di dotazione strumentale valutandone le priorità;
- invia al Direttore Generale tramite il capo di Dipartimento alla fine di ogni anno un resoconto tecnico ed economico sulle attività svolte ed il programma degli obiettivi organizzativi, gestionali e scientifici che il Dipartimento intende realizzare nell'anno successivo con le proposte motivate di finanziamento e le priorità di realizzazione;
- propone la costituzione dei Gruppi Operativi Interdipartimentali.

### 7.13.3. Funzioni e responsabilità dei Servizi delle Professioni Sanitarie

I Servizi delle Professioni Sanitarie Infermieristiche, Ostetriche, Riabilitative, Tecnico Sanitarie e Tecniche della Prevenzione sono articolazioni funzionali dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud. operano nell'ambito del Dipartimento Assistenza Sanitaria e si relazionano costantemente col Direttore Sanitario Aziendale.



L'incarico di responsabilità di ogni singolo Servizio delle Professioni Sanitarie, distintamente articolati in:

- Servizio della professione sanitaria Infermieristica
- Servizio della professione sanitaria Ostetrica
- Servizio della professione sanitaria Tecnico Sanitaria
- Servizio della professione sanitaria Riabilitativa
- Servizio della professione sanitaria della Prevenzione
- Servizio della professione dell'Assistente Sociale

è affidato dal Direttore Generale ad ogni singolo referente del Servizio sulla base del vigente disposto normativo, direttamente, su base fiduciaria e discrezionale, con atto scritto e motivato.

I responsabili dei Servizi delle Professioni Sanitarie assumono la qualifica di referente.

Fermo restando quanto la legislazione nazionale e regionale prevede in merito alle finalità dei Servizi delle Professioni Sanitarie, ogni Referente del singolo Servizio svolge le seguenti funzioni:

- collabora con il Direttore Sanitario alla pianificazione della risorsa infermieristica e ostetrica, tecnico sanitaria, riabilitativa e preventiva di rispettiva competenza;
- collabora con il Direttore Sanitario alla valutazione delle criticità nei bisogni di assistenza;
- collabora con la Direzione Aziendale alla definizione degli standard professionali;
- collabora con la Direzione Generale alla definizione, promozione e realizzazione di programmi di attività per l'innovazione ed il miglioramento della qualità dell'assistenza;
- collabora con il Direttore del Servizio Relazioni con il Pubblico a programmare e realizzare iniziative di pubblica utilità volte ad assicurare la conoscenza di servizi e strutture dell'azienda specificamente per l'aspetto dell'assistenza infermieristica e tecnico sanitaria e riabilitativa, alla rilevazione del livello di gradimento e di soddisfazione dell'utenza specificamente per l'aspetto dell'assistenza infermieristica, tecnico sanitaria e riabilitativa;
- collabora con i Dipartimenti sanitari all'individuazione dei bisogni formativi del personale infermieristico, tecnico sanitario, riabilitativo e preventivo con il Settore Formazione alla redazione del piano annuale delle attività di formazione.

Con successivo atto monocratico il Direttore Generale si riserva di nominare un Coordinatore dei Servizi delle Professioni Sanitarie scelto tra uno dei referenti dei servizi delle professioni, cui affidare il compito di coordinare le attività dei Servizi delle Professioni Sanitarie promuovendo ogni utile iniziativa al fine di raggiungere la migliore integrazione professionale ed organizzativa, verificando con i Referenti dei Servizi i risultati delle attività svolte e lo stato delle procedure affidate e redigendo specifica relazione per il Direttore Generale che può disporre anche la stabile presenza, quale componente, nel Collegio di Direzione.

#### **7.13.4. Funzioni del Responsabile della Segreteria particolare del Direttore Generale**

Il responsabile della Segreteria particolare del Direttore Generale collabora con la Direzione Generale alla definizione delle metodologie di analisi delle problematiche aziendali; è responsabile degli incarichi affidatigli dal Direttore Generale.



## 7.14. Disposizioni generali

L'Azienda intende procedere all'attivazione di modalità permanenti di verifica e valutazione di tutti i propri professionisti e più specificamente degli incarichi e delle responsabilità di natura organizzativa. La verifica e la valutazione sono finalizzate a dare evidenza della qualità delle performance e quindi della persistenza delle condizioni per il mantenimento e/o il rinnovo dell'incarico e della responsabilità assegnata. La verifica e la valutazione con l'enunciazione delle rispettive finalità sono effettuate dagli organismi previsti dalla normativa e dagli accordi contrattuali quali il Nucleo di Valutazione e il Collegio Tecnico (successivamente OIV/STP), con l'attenzione agli ambiti : a) - dei risultati di gestione ottenuti ; b) - della gestione e sviluppo delle risorse umane assegnate ; c) - dell'appropriatezza, efficacia, efficienza e qualità dei servizi offerti ; d) - dell'innovazione introdotta ; e) - dell'attenzione allo sviluppo della propria competenza professionale. A tutti gli incarichi di responsabilità previsti nel presente capitolo 7 si applicano le norme contrattuali previste dai CCNLL anche in termini di revoca degli stessi e nel rispetto della motivata discrezionalità del Direttore Generale trattandosi di incarichi fiduciari.

## 8. LE STRATEGIE

### 8.1 Linee generali

La struttura dell'azienda, la sua organizzazione, i suoi rapporti interni ed esterni, non conseguirebbero alcun risultato se non vi fosse una linea strategica ad informare azioni, sinergie, scelte e decisioni.

Le linee strategiche essenziali dell'azienda si possono così riassumere in alcuni punti qualificanti della pianificazione.

**La cooperazione. l'integrazione e la partecipazione :** In una azienda sanitaria, caratterizzata da una professionalità diffusissima in termini quali/quantitativi, spesso si assiste al manifestarsi di due tendenze opposte, ognuna delle quali crede di essere depositaria della soluzione, ma che occorre integrare per ottenere dei risultati: da una parte la struttura organizzativa clinica tende a "medicalizzare" ogni intervento insistendo su azioni tese ad incidere sui determinanti di salute; dall'altra la struttura organizzativa di stampo diverso tende ad intervenire unicamente sui determinanti sociali.

Attraverso la cooperazione, l'integrazione e la partecipazione si definiscono gli spazi della garanzia della qualità dell'offerta, lasciando comunque gli spazi possibili per la competizione come tensione al Miglioramento Continuo. Perseguire un processo orientato allo sviluppo della salute per tutti significa aprire spazi per favorire la scelta delle decisioni comuni e una responsabilità congiunta.

**La differenziazione :** Occorre garantire un sistema di risposte articolato in grado di rispondere alla domanda diversificata e complessa del cittadino, per assicurare interventi in termini di prevenzione, di cure primarie integrate e progettate sulla famiglia e il contesto locale, di cure ospedaliere in grado di rispondere alle diverse situazioni e bisogni, ecc.

**L'essenzialità :** I programmi e gli investimenti sono legati ai risultati di salute. Il territorio cittadino è concepito in modo unitario per una offerta di servizi garantiti dall'Azienda tenendo presenti l'accessibilità, la sicurezza dell'offerta e il volume di attività come garanzia di economicità.

La **semplificazione** : Attraverso un meccanismo di deburocratizzazione dei percorsi di accesso ai servizi che elimini duplicazioni e ridondanze, in un'ottica di ottimizzazione d'uso delle risorse localmente distribuite.

Il **funzionamento interno** : L'organizzazione persegue la netta distinzione fra le funzioni di governo (programmazione, indirizzo e controllo), di committenza (negoiazione e tutela), di produzione e gestione per le quali sono definite precise competenze e responsabilità partendo dalla Direzione Generale fino ai livelli operativi dell'Azienda. Grande impulso è stato assegnato al principio della delega ai dirigenti concretizzatosi nella delibera n. 237 del 12/6/2009.

L'approccio aziendale per **processi** è lo strumento fondamentale per la definizione delle relazioni organizzative. I processi in cui si struttura tutta l'attività aziendale sono costruiti tenendo conto delle finalità proprie dell'Azienda, cioè dei risultati di salute da perseguire. I servizi di supporto si organizzano per facilitare la realizzazione dei processi sanitari costituendo per questi parte attiva e integrante.

La semplificazione dei processi gestionali è un altro criterio che guarda l'attività come risultato della responsabilità diffusa e dell'organizzazione dell'attività per processi operativi.

Il funzionamento interno d'azienda è finalizzato all'esercizio della committenza (vedi punto 3.1.2) e della produzione (vedi punto 3.1.3) e si esplica attraverso la "Programmazione e gestione", il "Controllo e valutazione" ed il processo del "Miglioramento Continuo".

**Programmazione e gestione** : Il processo di pianificazione impegna l'Azienda nella ricerca della realizzazione del sistema sanitario cittadino. La Direzione Aziendale dà operatività agli obiettivi determinati dalla pianificazione strategica, tramite il processo di programmazione annuale che orienta e vincola tutti i produttori sanitari, interni ed esterni all'Azienda, pubblici e privati

La programmazione annuale con gli erogatori interni è attuata mediante il processo di budget con il quale le risorse umane, tecnologiche, finanziarie disponibili sono assegnate alle articolazioni aziendali, individuate dal presente documento, alle quali sono parimenti assegnati gli specifici obiettivi di attività da conseguire nel rispetto degli standard di qualità attesi.

Il budget generale d'Azienda è un'attività di programmazione i cui elementi fondamentali sono la correlazione tra risorse ed attività nonché tra obiettivi previsti e risultati raggiunti.

**Controllo e valutazione** : L'azienda attribuisce alla valutazione delle risorse impiegate e dei risultati prodotti una rilevante importanza strategica anche e soprattutto ai fini di una corretta allocazione di risorse limitate. L'azione di controllo e valutazione si estrinseca attraverso :

1. Il controllo di qualità, finalizzato alle verifiche di appropriatezza dell'assistenza sanitaria erogata dall'azienda
2. Il controllo e la valutazione delle prestazioni del personale (con particolare riferimento alla dirigenza) sulla base di fattori predeterminati oltre che per migliorare l'immagine totale d'azienda, come presupposto per una corretta applicazione di un sistema premiante o sanzionatorio
3. Il controllo della "customer satisfaction" (soddisfazione del cliente) che analizza il punto di vista dell'utenza ed è finalizzato alla acquisizione ed alla valutazione delle proposte, delle doglianze, degli indici di gradimento o di insoddisfazione dei cittadini sulle attività dell'azienda.

#### **L'obiettivo del Miglioramento Continuo**

La costruzione di un sistema di miglioramento continuo, inteso come tendenza di offerta di servizi di qualità, rappresenta per l'Azienda un criterio di programmazione e gestione.

Gli elementi guida di tali modalità operative sono legati ai principi propri del sistema di qualità.



Sono pertanto impegni aziendali:

1. la costruzione del sistema qualità aziendale come strumento di negoziazione sociale
2. lo sviluppo di modalità permanenti di apprendimento organizzativo tramite la comunicazione interna, il riconoscimento dei successi e degli errori, l'analisi e la rielaborazione in chiave organizzativa delle esperienze;
3. la diffusione della cultura del miglioramento continuo attraverso il problem solving, il coinvolgimento e la responsabilizzazione dei professionisti
4. l'avvio di esperienze finalizzate al riconoscimento delle eccellenze, attraverso le modalità proprie dell'accreditamento delle eccellenze stesse (EFOM, Accreditamento professionale) e lo sviluppo di azioni strutturate di benchmarking e riconoscere il valore delle valutazioni nei sistemi premianti.

Per quanto sopra, trovano particolare rilevanza nell'ambito delle strategie aziendali le problematiche oggetto dei seguenti paragrafi.

## 8.2. Processo di aziendalizzazione

Tra gli obiettivi specifici che l'Azienda individua per il proprio sviluppo una speciale attenzione è posta al rafforzamento dell'assetto funzionale e organizzativo aziendale finalizzato alla piena definizione, sviluppo e completamento del processo di aziendalizzazione di cui anche il PSR ha ribadito l'importanza.

Tale azione di rafforzamento andrà condotta sia sul piano dei principi generali di uno sviluppo funzionale ed organizzativo che conduca al rinnovo del sistema delle deleghe e delle competenze di gestione, sia attraverso una serie di specifici strumenti di controllo che incidano coerentemente sul contesto aziendale assecondando la linea di sviluppo precedentemente richiamata.

In effetti, sul piano dei principi di sviluppo aziendale, si deve tenere conto del complessivo disegno del processo di autonomia degli enti di servizio del S.S.N. che parte dai D.Lgs. 502/92 e 29/93.

L'autonomia gestionale delle aziende e la loro conversione in ente giuridico, al pari della trasformazione in senso "privatistico" del rapporto di lavoro della dirigenza, impone una diversa cultura della verifica e diversi strumenti di controllo rispetto a quelli precedentemente in uso

Rispetto a quest'ultimo ambito va sottolineato come l'Azienda, con l'istituzione del Nucleo di Valutazione, che affianca attualmente l'opera del Collegio Sindacale e del Servizio di Controllo di Gestione, si colloca in stretta osservanza dei principi e dei contenuti definiti dal D. Lgs. 286/99, mirando a separare controllo di legittimità, controllo di economicità ed efficienza gestionale, controllo strategico, senza tralasciare la valutazione dei dirigenti e la connessione tra obiettivi gestionali e sistemi premianti.

In altri termini l'Azienda, nell'ambito della sua autonomia, è dotata di strumenti adeguati a:

- garantire la legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa (controllo di regolarità amministrativa e contabile), attraverso il Collegio Sindacale;
- verificare l'efficacia, l'efficienza ed economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto costi/risultati (controllo di gestione);
- valutare le prestazioni del personale con qualifica dirigenziale (valutazione della dirigenza), attraverso il Nucleo di Valutazione e altri organismi previsti dalla normativa e dai CCNL vigenti (Collegio Tecnico);

– valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi e altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico, in termini di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti (valutazione e controllo strategico), anche attraverso il Nucleo di Valutazione.

Inoltre, l'innovazione nel rapporto di lavoro introdotta dal D. Lgs. 29/93 e successivamente sviluppata dalle normative e dai CCNL di settore permette di puntare a modificare profondamente l'organizzazione del lavoro sulla base dei seguenti elementi:

- la disciplina degli incarichi dirigenziali;
- la programmazione per budget di attività e di spesa ancorati al quadro dei vincoli di bilancio e degli indirizzi strategici aziendali;
- la costruzione di schemi condivisi e trasparenti di controllo, valutazione e verifica dei risultati;
- l'individuazione di standard procedurali e dei relativi controlli di qualità;
- l'attribuzione di spazi di delega gestionale anche in termini di atti dirigenziali autonomi.

Lo sviluppo di tali elementi si sostanzia di numerosi atti di applicazione. Basti pensare alla definizione dei livelli e dei poteri di delega (ai sensi del D. Lgs. 229/1999), al processo di delega derivante dall'istituzione dei Dipartimenti o alla disciplina di coordinamento dei budget di attività e di spesa, opportunamente definita dal regolamento aziendale di contabilità generale.

La struttura funzionale del controllo di gestione si basa, infatti, sull'attivazione degli strumenti budgetari e della reportistica gestionale derivata dal sistema di contabilità per centro di costo.

L'Azienda persegue il potenziamento strutturale e procedurale di tali attività, anche in vista dello sviluppo dipartimentale, nonché la connessione tra budget e programmazione degli obiettivi gestionali delle unità operative cliniche e amministrative, attraverso il metodo del consolidamento del budget generale aziendale e la definizione di budget trasversali o di spesa cui ancorare la programmazione dei flussi di acquisizione delle risorse, così come definito nel richiamato regolamento aziendale di contabilità generale.

Tuttavia oltre al processo di adempimento formale si porrà grand'attenzione allo sviluppo della cultura organizzativa e professionale che deve sostenere il quadro evolutivo descritto, attraverso significativi investimenti sul piano della formazione del personale e della comunicazione interna ed esterna.

Infine, dal punto di vista del sistema informativo direzionale, essenziale infrastruttura per un'efficace azione di programmazione e controllo, l'azienda si avvale di un sistema informativo di contabilità analitica e per centri di costo il cui consolidamento sul piano procedurale andrà inserito nel sistema di obiettivi per il miglioramento della qualità delle unità operative coinvolte.

### 8.3 Governo Economico Finanziario dell'Azienda

Nell'ambito dei principi di autonomia finanziaria, patrimoniale e gestionale attribuiti dalla legge all'Azienda e nei limiti della normativa regionale in materia, è demandata ad apposito «REGOLAMENTO DI CONTABILITÀ», la disciplina per il governo economico finanziario dell'Azienda.

Il «REGOLAMENTO DI CONTABILITÀ» disciplinerà il funzionamento ed il percorso della programmazione aziendale, le procedure da eseguire per i pagamenti e le riscossioni, le modalità di espletamento del controllo di gestione, del controllo strategico e del controllo di regolarità amministrativo contabile, e di conseguenza i campi di azione, le autonomie ed i livelli di delega dei servizi intercettati da tale regolamento.

## 8.4 Governo di alcune funzioni integrate

Al di là dell'autonomo potere decisionale del Direttore Generale nell'assegnare specifiche funzioni inerenti la professionalità dei singoli dirigenti, sono state identificate alcune di queste ad alto tasso di integrazione, e più precisamente l'ADOTI, il governo del SAUT, le incombenze relative alla L. 241/90 sulla trasparenza degli atti e le incombenze relative alla raccolta ed elaborazione dei dati aziendali di interesse non strettamente sanitari

— Per ADOTI si intende l'Assistenza Domiciliare Ospedaliera Territoriale Integrata. Essa riguarda un numero rispetto di patologie da trattare e il suo indirizzo strategico è affidato ad una commissione di cui fanno parte le opportune professionalità; il governo operativo è assicurato da un DAI di provata esperienza e competenza assistito da personale del ruolo sanitario del comparto di opportuna preparazione; il governo gestionale è affidato ad un dirigente medico afferente all'area della segreteria del Direttore Generale;

— Per SAUT si intende il sistema di governo dell'emergenza / Urgenza territoriale affidato ai medici di continuità assistenziale; il governo di tale funzione è affidato ad un dirigente medico afferente alla segreteria del Direttore Sanitario<sup>15</sup>.

— La responsabilità delle procedure organizzative e di garanzia istituzionale (e non le responsabilità personali e professionali legate all'osservanza delle disposizioni e dei regolamenti) connesse alla L. 241/90 sono affidate al Servizio per le Pubbliche relazioni;

— Per il coordinamento delle varie funzioni ed organismi che operano sulla comunicazione, informazione, umanizzazione e gestione flussi dati l'Azienda promuove l'Area della centralità del cittadino nei percorsi assistenziali, Coordinamento funzionale per il pieno raccordo operativo tra le articolazioni aziendali è il Servizio Relazioni con il Pubblico e le relative articolazioni distrettuali. Per le attività del Coordinamento sarà adottato specifico Regolamento.

## 8.5. Gestione e valorizzazione delle risorse umane

La principale risorsa di cui dispone l'Azienda, cui corrisponde il costo prevalente nel bilancio di esercizio è costituito dalla risorsa umana.

Ovunque determinante la risorsa umana è di interesse strategico in una Azienda come la Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud, erogatrice di una particolare tipologia di servizi, quelli sanitari, dove a lato della «produzione» di attività, si opera in un campo dove massima è l'attenzione all'umanizzazione dell'attività-prestazione.

La molteplicità di professionalità coinvolte, riconducibili a profili professionali di qualifica medio - alta nel complesso della dotazione organica, e l'espressa previsione normativa inducono l'Azienda, fermo restando quanto previsto dai C.C.N.L. e dai contratti integrativi aziendali delle diverse aree contrattuali, ad introdurre, con l'Atto Aziendale, elementi di flessibilità nella gestione e valorizzazione del personale dipendente.

A tale scopo è costituito un fondo, alimentato dalle risorse derivate dagli specifici CCNL finalizzato ad erogare un trattamento economico accessorio ai dirigenti ed ai lavoratori del comparto titolari di posizioni organizzative con cui il Direttore Generale stipula contratti individuali e/o affida incarichi relativi a responsabilità di struttura.

In conformità della previsione normativa di cui all'art. 24 del D.Lgs. 29/93, che correla la parte accessoria della retribuzione al livello di responsabilità attribuita con l'incarico di funzione e con risultati conseguiti nell'attività di gestione, il trattamento economico variabile in esame si

<sup>15</sup> L'utilizzo di ulteriore personale della dirigenza e del comparto nell'ambito delle segreterie del Direttore Generale, del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo, oltre quello già previsto dalle Dotazioni Organiche di Azienda, non configura incremento di organico, per cui detto ulteriore personale non modifica il proprio ruolo ed il proprio livello, e non determina, nel servizio di originaria appartenenza, una necessità di sostituzione; ai fini di eventuali certificazioni di carriera, il periodo prestato presso le segreterie configura servizio in unità operative di staff.

articolerà in due voci retributive, di posizione e di risultato/produttività, analogamente a quanto previsto dalla normativa contrattuale per il personale dirigente.

La retribuzione di posizione sarà collegata all'effettivo livello di responsabilità attribuito con l'incarico/contratto di funzione. I relativi importi saranno determinati in modo da tener conto della diversità dell'impiego richiesto, degli obiettivi assegnati, del grado di rilevanza e della collocazione organizzativa della struttura assegnata nell'ambito dell'Azienda.

La retribuzione di risultato/produttività sarà, invece, correlata all'effettivo grado di raggiungimento degli obiettivi fissati, anche sotto il profilo qualitativo, accertato con sistemi di valutazione previsti dalle disposizioni legislative e contrattuali vigenti.

I Contratti/incarichi individuali dei responsabili di struttura, ai fini della determinazione della parte variabile della retribuzione, tanto di posizione che di risultato, andranno a remunerare in modo differenziato l'impegno e le connesse responsabilità dei dirigenti cui saranno affidati incarichi aggiuntivi, nonché di quelli chiamati ad assolvere, eventualmente, incombenze correlate a strutture sovraordinate a quelle di titolarità.

La quantificazione delle risorse di derivazione contrattuale è definita nella contrattazione integrativa aziendale mentre la quantificazione delle eventuali risorse aggiuntive aziendali sarà definita all'inizio di ogni anno in concomitanza della negoziazione di budget con i dipartimenti e all'atto dell'approvazione del budget complessivo aziendale.

In sede di concertazione saranno ripartite le quote come sopra individuate tra retribuzione variabile di posizione e retribuzione di risultato e/o produttività.

Per quanto riguarda la necessità della valorizzazione economica delle risorse umane dell'Azienda, occorre ricordare che l'ottimizzazione del rapporto costi benefici nell'Azienda sanitaria trova nel personale dipendente in generale e nei dirigenti di struttura, in particolare, un punto cruciale per il suo raggiungimento. L'Azienda al fine di valorizzare e motivare le proprie risorse umane integra i fondi contrattuali con le risorse aggiuntive aziendali come innanzi precisato. La valorizzazione delle risorse umane è legata al raggiungimento di un mix di obiettivi che sono raggruppati nelle seguenti macrocategorie:

- obiettivi economico-finanziari (ricavi, margini, costi, ecc.);
- obiettivi di mercato (quote di mercato, livelli di fidelizzazione dell'utenza, copertura e penetrazione in un dato, specifico mercato, ecc.);
- obiettivi di processo (produttività, livelli di qualità, applicazione di pratiche legate alla medicina dell'evidenza, ecc.);
- obiettivi di innovazione (percentuale di ricavi derivante da nuove metodologie e/o tecnologie, ricavi da riconfigurazione della catena del valore fornitore/cliente, ecc.).

In relazione alla multidimensionalità delle prestazioni gli obiettivi da assegnare a ciascuna struttura sono costituiti da un mix rientrante in ciascuna delle macrocategorie, la cui composizione sarà determinata in relazione alla responsabilità della specifica articolazione organizzativa.

Gli obiettivi di cui sopra sono definiti all'inizio dell'anno di riferimento, in sede di programmazione di budget. La metodologia di valutazione del raggiungimento degli obiettivi cui è legata la politica di valorizzazione delle risorse umane è definita nel rispetto dei seguenti criteri generali:

- individuazione di strumenti che evidenzino il grado di conseguimento degli obiettivi assegnati con il programma di gestione nonché le modalità di valutazione degli scostamenti eventualmente riscontrati;

- individuazione di elementi che consentano la misurazione della capacità di gestione delle risorse assegnate in relazione alle esigenze della struttura o dell'incarico conferito;
- individuazione di elementi che consentano la rappresentazione delle prestazioni del servizio, ivi compreso l'orientamento all'utenza;
- individuazione di elementi che consentano di accertare la qualità dell'apporto personale specifico in relazione ai risultati raggiunti.

Nell'ambito dell'attività di valorizzazione delle risorse umane, l'Azienda dedica particolare attenzione a tutti quei dipendenti che, riconosciuti non idonei in via permanente allo svolgimento delle mansioni del proprio profilo professionale, sono riconosciuti idonei a proficuo lavoro.

Per tali dipendenti si accerterà, tramite le competenti strutture sanitarie, la mansione che gli stessi sono in grado di svolgere senza mutare profilo ed in caso ciò non sia possibile s'individuerà il nuovo profilo di ascrizione, conformemente alle vigenti previsioni contrattuali, garantendo in ogni caso adeguati percorsi di qualificazione.

L'Azienda si riserva la facoltà di attivare appositi progetti oltre che per soddisfare le esigenze innanzi delineate anche per la dotazione e piena valorizzazione di nuove professionalità che il tumultuoso ed incessante sviluppo di branche quali quell'informatica, ad esempio, rendono di imprescindibile acquisizione per non compromettere gli elevati standard quali - quantitativi raggiunti anche nel campo delle attività amministrative e di supporto alle attività sanitarie strettamente intese.

## 8.6 Sistema delle relazioni sindacali

Nell'ambito delle politiche di sostegno, qualificazione e valorizzazione delle risorse umane, si innesca anche il sistema delle relazioni sindacali.

L'Azienda è, infatti, convinta che una piena e fattiva collaborazione con le organizzazioni sindacali, nei limiti e nel rispetto dei ruoli e delle reciproche autonomie, rappresenti un momento fondamentale per la gestione del governo aziendale attraverso gli strumenti della contrattazione decentrata, della concertazione, dell'informazione e della consultazione dei quali, comunque, vanno individuati specificità e limiti.

Ciò al fine di soddisfare non solo l'interesse dei dipendenti ma di coniugarlo con il miglioramento delle condizioni di lavoro, con la promozione della formazione e dell'aggiornamento professionale, con l'incremento della professionalità e dell'efficienza delle prestazioni, nell'ottica di una piena partecipazione e del superamento del concetto di un'azione sindacale intesa solo come momento di rivendicazione economica.

In considerazione di ciò, l'Azienda si doterà di un «REGOLAMENTO DELLE RELAZIONI SINDACALI» che sarà parte integrante degli allegati al presente Atto Aziendale.

## 8.7 Qualità, formazione, informazione, comunicazione, umanizzazione, tutela e partecipazione

### 8.7.1. La disciplina della funzione qualità

La costruzione di un sistema di garanzia di qualità delle azioni e delle prestazioni ha l'obiettivo di assicurare i livelli di servizi sanitari attesi dai cittadini garantendo, nel contempo, l'individuazione delle giuste priorità nelle scelte di utilizzazione di risorse limitate.

Dichiarare ciò che si fa, fare ciò che si è dichiarato, dimostrare ciò che si è fatto sono la chiave per raggiungere l'obiettivo fondamentale del miglioramento in cui l'Azienda, nelle sue funzioni di governo, committenza e produzione trova il cittadino coautore delle scelte attraverso la partecipazione e l'informazione.

Da ciò scaturiscono per l'azienda precisi impegni:

- l'accreditamento secondo i criteri nazionali e regionali;
- la documentazione dei processi ed il loro monitoraggio;
- la definizione e l'applicazione di un sistema per la rilevazione e l'analisi delle non conformità come base per un processo di miglioramento continuo;
- la prevenzione degli eventi critici e delle non conformità quale elemento caratterizzante del processo di soddisfazione dell'utente;
- la diffusione della cultura del miglioramento continuo, del coinvolgimento e della responsabilizzazione di tutti gli operatori coinvolti nel processo di erogazione del servizio;
- la verifica delle attività intesa come audit interno finalizzato ad individuare le criticità ed a stimolare le soluzioni ai problemi.

Per il raggiungimento di tali obiettivi l'Azienda ha costituito un Servizio Programmazione Pianificazione e Valutazione Attività Sanitaria, in Staff alla Direzione Generale, ed il Servizio Controllo di Qualità, nell'ambito dei servizi di supporto gestionale ⇒ verifica ⇒ comunicazioni, con le seguenti funzioni:

- Individuare le aree di miglioramento e di sviluppo organizzativo al fine di garantire il soddisfacimento dei bisogni dell'utenza interna ed esterna.
- Promuovere e supportare lo sviluppo di procedure rispondenti ai fabbisogni ed alle esigenze dell'azienda.
- Monitorare la corretta attuazione delle procedure.
- Fornire indirizzi per lo sviluppo di attività finalizzate al miglioramento della qualità dei servizi.
- Favorire l'armonizzazione delle procedure e dei percorsi delle diverse strutture dell'Azienda.

### 8.7.2. La Formazione

Nella consapevolezza che la qualità del risultato e per molti aspetti funzione della qualità dei propri professionisti, tanto maggiore quanto più formati, motivati, riconosciuti e incentivati, l'Azienda intende utilizzare, come strumento primario per un efficiente sviluppo organizzativo, la formazione e l'aggiornamento professionale di tutti i suoi operatori.

A tal riguardo, ritenendo la formazione una funzione di rilevanza strategica, l'Azienda si è dotata di uno specifico regolamento che, definito di concerto con le organizzazioni sindacali dei dipendenti, disciplina le attività formative e di aggiornamento professionale del personale, definendo, altresì, modalità e tempi di attuazione dei piani di formazione dell'Azienda.

Lo sviluppo di questi piani avviene sulla base di specifiche rilevazioni contenute nelle schede di valutazione dei bisogni formativi delle unità operative e dei servizi e settori dell'Azienda e vi contribuiscono gli organismi consultivi della Direzione Generale.

Per il raggiungimento di tali obiettivi l'Azienda ha costituito il Servizio Formazione ed Aggiornamento del personale, nell'ambito dei servizi strategici, organizzato come struttura complessa a valenza aziendale.



### 8.7.3. Informazione, accoglienza, comunicazione, umanizzazione, tutela e partecipazione degli utenti

L'Azienda ritiene che le azioni di informazione, accoglienza, comunicazione, umanizzazione, tutela e partecipazione debbano essere alla base delle scelte aziendali nella logica della centralità del cittadino.

In quest'ottica il cittadino partecipa alla funzione di committenza attraverso l'esplicitazione dei propri bisogni e la valutazione dei nostri servizi resi.

Le azioni di informazione, chiara e tempestiva, sono il punto di partenza per garantirne la consapevolezza e favorire quindi una partecipazione attiva.

L'attenzione ai bisogni di salute si realizza attraverso un modello di interazione e di scambio reciproco tra il sistema azienda e le istanze di consenso e partecipazione dei cittadini che, nel modello adottato dall'Asl Napoli 3 sud, partecipano con i propri valori ed interessi al raggiungimento dell'obiettivo salute. Le soluzioni organizzative adottate dall'azienda evidenziano l'importanza del ruolo dell'informazione, della comunicazione e dell'umanizzazione nei processi di qualificazione dell'offerta e della sua riqualificazione. Per il raggiungimento dei fini sopra esposti l'azienda ha istituito i servizi:

-SRP (Servizio per le Relazioni con il Pubblico) collocato in staff ed organizzato come struttura complessa a valenza aziendale;

Le relazioni interne tra le differenti ripartizioni organizzative centrali, a cui è demandata il presidio di questi temi, assumono quindi un valore fondamentale; gli obiettivi di questi servizi si realizzano attraverso l'integrazione tra i differenti temi ed il coordinamento delle modalità operative. Al fine di connettere la comunicazione con il cittadino dai processi di integrazione e comunicazione all'interno dell'ente, l'azienda promuove la soluzione organizzativa dell'Area della centralità del cittadino nei percorsi assistenziali, coordinamento funzionale per il pieno raccordo operativo, con il compito di coordinare aree di attività, strategie e prassi operative tra i servizi e con il dipartimento di appartenenza. Inoltre l'articolata composizione aziendale dell'area sopra indicata rende necessaria la connessione tra la prevista struttura di coordinamento e le reti di strutture periferiche istituzionalmente preposte al presidio delle attività di comunicazione a livello distrettuale, gli URP, terminali intelligenti della partecipazione del cittadino ai processi di adeguamento e ricomposizione dell'offerta ai bisogni di salute pubblici. Le finalità da realizzare sono le seguenti: connettere la comunicazione con il cittadino ai processi di integrazione e comunicazione all'interno dell'azienda, legittimare l'operato dell'azienda attraverso la partecipazione, l'accesso e la trasparenza, sviluppare l'immagine aziendale, sviluppare e rendere visibili i flussi informativi delle articolazioni organizzative aziendali all'interno ed all'esterno, semplificare procedure e processi per la migliore fruibilità dei servizi, compreso la semplificazione dei codici linguistici, sviluppare l'umanizzazione nei processi assistenziali, per l'adeguamento della qualità logistica e relazionale e per la condivisione dei modelli operativi, valutare il grado di soddisfazione degli utenti sulla qualità dei servizi offerti e valutare l'evoluzione dei bisogni della popolazione di riferimento, collaborare ai rapporti con gli enti pubblici e privati per l'individuazione di modelli d'interazione, cooperare sistematicamente al rapporto con gli organi d'informazione, collaborare alla progettazione ed alla realizzazione di interventi formativi trasversali ai processi produttivi. Ritenendo i temi sopracitati di rilevanza strategica, l'azienda rimanda ad uno specifico Regolamento aziendale a farsi le modalità funzionali e le interdipendenze operative.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico rappresenta, quindi, il punto di incontro preliminare con i cittadini. Ad esso è demandato il compito di informare, accogliere e ascoltare il cittadino al fine di formulare linee di indirizzo che possano guidare le scelte aziendali verso direzioni che



salvaguardino i diritti dei cittadini e che traducano bisogni espressi ed inespressi in azioni operative.

L'URP è la superficie di contatto dell'Azienda con l'utenza, di cui valuta sistematicamente il grado di soddisfazione dei servizi e l'evoluzione dei bisogni quali - quantitativi attraverso:

- studi di settore finalizzati alla comprensione dello stato dell'arte delle organizzazioni di servizi a livello nazionale ed internazionale
- ricerche finalizzate alla formulazione di proposte sugli aspetti organizzativi e logistici del rapporto con l'utenza
- rilevazioni del livello di gradimento e di soddisfazione dei clienti interni ed esterni
- la gestione dei reclami.
- Esso, inoltre, organizza la funzione di informazione e di partecipazione dell'utenza attraverso:
  - informazioni relative agli atti e allo stato dei procedimenti
  - la programmazione e la realizzazione di iniziative di pubblica utilità volte ad assicurare la conoscenza di normative, servizi e strutture dell'azienda
  - la cura dei rapporti con gli organi di informazione
  - la cura della redazione e diffusione interna delle maggiori informazioni di interesse sanitario pubblicandole su apposita rassegna.
  - l'attuazione, mediante l'ascolto dei cittadini e la comunicazione interna, dei processi di verifica della qualità dei servizi e di gradimento degli stessi da parte degli utenti.

Nell'ottica della massima trasparenza dell'azione aziendale, della comunicazione e della partecipazione si colloca il processo Carta dei Servizi intesa come espressione formale del patto sulla qualità dei servizi offerti.

La Carta dei Servizi dovrà sempre più essere l'espressione di un contratto condiviso, contenente impegni chiari e forme concrete di verifica che l'Azienda intende adottare o che il cittadino può valutare.

L'Azienda ha stabilito le condizioni per la definizione di iniziative comuni concordate per favorire l'adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini, oltre che stabilire la costituzione di una Comitato Partecipativo e Consultivo inteso quale organismo di garanzia per la valutazione della qualità dal punto di vista dei cittadini e come strumento per la partecipazione alle decisioni attraverso la condivisione e la strutturazione di progetti comuni.

## 8.8 La Politica dell'acquisizione di risorse

Nell'ambito della strategia di miglioramento continuo e di fornitura di servizi ad alto livello di qualità si collocano le politiche di acquisizione delle risorse che possono essere tecnologiche, strumentali, rappresentate dalla fornitura di servizi o, semplicemente, umane.

### 8.8.a L'acquisizione di beni e servizi

L'effettuazione degli acquisti con norme di diritto privato, ai sensi dell'art. 3, comma 1/bis e 1/ter del D. Lgs n. 229/99 comporta l'esclusivo riferimento alle norme del Codice Civile e alle altre leggi di diritto privato che regolano i contratti tra i soggetti giuridici, pubblici e privati.

La definizione del budget complessivo aziendale determina, necessariamente, la definizione di una sorta di budget degli acquisti, quale compendio del fabbisogno di beni e servizi. L'attività di acquisizione deve essere espletata, con l'attivazione e l'apporto delle necessarie collaborazioni tecniche, da una funzione professionale aziendale di approvvigionamento, specificamente



dedicata e responsabilizzata, a tutela dell'efficacia, dell'omogeneità e della correttezza del processo di acquisto, dell'efficienza ed efficacia negoziale, della riduzione del costo delle procedure e così via. Anche in considerazione dell'assenza di regole codificate e di automatismi procedurali, l'attività negoziale di diritto privato è demandata alla specifica funzione aziendale di approvigionamento, a garanzia di professionalità, unitarietà e coerenza metodologica negli acquisti, che tutelino l'economicità di risultato, l'etica e l'immagine aziendale verso il mercato e la collettività.

Per raggiungere buoni livelli di efficienza è promosso l'aggiornamento delle competenze commerciali e tecniche dei funzionari addetti alla funzione acquisti e curata la loro formazione professionale nell'ottica della semplificazione dei processi

L'Azienda applica in via ordinaria, nei rapporti finalizzati all'acquisizione di beni e servizi la procedura che garantisca la concorrenza tra i potenziali fornitori quando la fornitura non avviene tramite la centrale unica regionale (SO.RE.SA. S.p.A) o la CONSIP nazionale..

Onde promuovere l'introduzione in Azienda delle più aggiornate forme di acquisto, si prevede che costituisca preciso dovere per i competenti Dirigenti usare criteri di valutazione delle offerte che devono essere essenziali, coerenti con l'oggetto dell'acquisto, proporzionati all'entità della fornitura e tali da consentire l'accesso delle nuove imprese, in una logica di imprenditorialità e rinnovamento tecnologico. La negoziazione deve essere caratterizzata da riservatezza, lealtà, equidistanza tra le parti

La funzione di approvigionamento, infine, deve essere improntata ad un comportamento corretto, leale, di "buona fede".

L'Azienda si è dotata di un «REGOLAMENTO DELLE PROCEDURE DI FORNITURA DI BENI E SERVIZI DI VALORE INFERIORE ALLA SOGLIA STABILITA DALLA NORMATIVA COMUNITARIA», che fornisce le linee guida in merito alle procedure di acquisizione di beni e servizi di valore inferiore alla soglia comunitaria fissata in 200.000 Diritti Speciali di prelievo pari a 214.316 euro. In detto ambito, in conformità alle previsioni dell'art. 3, comma 1 ter del D.Lgs 229/99, l'Azienda fa riferimento alle disposizioni contenute nel libro IV titolo II e titolo III del Codice Civile, alle altre leggi del diritto privato che regolano i contratti tra i soggetti giuridici pubblici e privati.

Si sottraggono a tale regime di acquisto quelli di valore superiore alla citata soglia di 200.000 diritti speciali di prelievo per i quali rimangono in vigore le discipline di cui alla normativa nazionale e regionale di riferimento.

Nell'ambito dei principi di autonomia finanziaria, patrimoniale e gestionale attribuiti dalla legge all'Azienda e nei limiti della normativa regionale in materia, è demandata ad apposito «REGOLAMENTO DI CONTABILITÀ», oggetto di apposito atto deliberativo, la disciplina per il governo economico finanziario dell'Azienda.

Il «REGOLAMENTO DI CONTABILITÀ» adottato con delibera n.332 del 25/6/2013 disciplina il funzionamento ed il percorso della programmazione aziendale, le procedure da eseguire per i pagamenti e le riscossioni, modalità di espletamento del controllo di gestione, strategico e di regolarità amministrativo contabile.

### 8.8.b L'acquisizione di professionalità

L'Azienda si riserva di attivare in misura adeguata anche le opportunità concesse dai commi 1 e 2 dell'articolo 15 septies e dell'art. 15 octies del D.Lvo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, ivi compreso il D.Lvo 229/99, nell'ambito dei limiti posti dagli stessi e dalla normativa nazionale e regionale. Ciò al fine di potenziare, anche in forma non permanente, alcune linee di attività che necessitano dell'apporto di esperienza e professionalità che possono derivare da altri comparti sia pubblici che privati, e non solo dal mondo della sanità.



Allo stato attuale già sono state utilizzate le previste procedure per acquisire consulenti nell'area della gestione economico-finanziaria e degli affari legali.

Il Direttore Generale ha potestà di conferire, con atto di delega formale e nell'ambito dei processi per le quali si sono attuate tali procedure, anche ai dirigenti che intrattengono con l'azienda questi tipi di rapporto, autorità gestionale a qualunque livello e per qualunque attività, sia a livello funzionale che gerarchico nei limiti della normativa vigente.

### 8.8.c L'acquisizione delle Risorse Umane

Per una azienda Sanitaria il vero patrimonio "produttivo" non è rappresentato dalle strutture o dalla tecnologia, bensì dal patrimonio di esperienze e di conoscenze del personale che nell'azienda opera; a tutti i livelli e con tutte le qualifiche.

È evidente che una siffatta consapevolezza rende centrale, in ogni strategia aziendale, il problema del personale e della sua valorizzazione, esattamente come forma di valorizzazione del patrimonio.

Valorizzare ed investire nel patrimonio "umano" non vuol dire solo porre attenzione ai processi di qualificazione e formazione sul personale già operante in azienda (cfr. punto 8.3, 8.5) ma anche adottare politiche di acquisizione di nuove realtà professionali.

Ciò a due livelli di strategia : l'acquisizione di professionalità di spicco per migliorare l'immagine, la qualità di un servizio o come volano; l'acquisizione di nuovo personale per : decongestionare il percorso lavorativo del personale interno; permettere lo svolgimento di ulteriori linee di attività; permettere un maggior e miglior dimensionamento del prodotto – servizio.

Le politiche di acquisizione di nuove risorse umane è costantemente seguito da aziende di servizio soprattutto quando, ed è l'esempio della Napoli 3 Sud, l'età media lavorativa è piuttosto alta e manca il ricambio di generazioni più giovani anche in attività ad alto impatto ambientale.

In effetti con la prossima approvazione della Dotazione Organica della Asl Napoli 3 Sud si è sancito che la "differenza" tra organico reale ed organico teorico è notevole, sia che si analizzi la necessità in termini di domanda attuale, sia, ed a maggior ragione, se si considera la domanda attesa.

Fermo restando la autonomia gestionale che caratterizza l'azione di un Direttore Generale, comunque occorre che le procedure di acquisizione seguano le direttive nazionali e regionali in materia.

Per procedere all'acquisizione di nuove unità di personale occorre, in via preliminare che vi sia una dotazione organica approvata dalla Regione. L'approvazione avviene a condizione che si sia seguita, per il calcolo delle necessità, una metodologia riconosciuta e che la proposta sia congrua con la programmazione regionale illustrata nel Piano Sanitario regionale.

Soddisfatte queste due esigenze prioritarie, l'acquisizione vera e propria di personale, avviene secondo un ventaglio di procedure, che si ispirano al controllo ed al contenimento degli sprechi.

Per tale motivo (cfr. DCA 18 del 18/2/2013) si è disposto che tutte le strutture aziendali regionali debbano programmare, il numero di persone che si intende assumere da allegare, se approvato, all'atto aziendale.

il piano delle assunzioni parte dall'analisi dei bisogni di personale - Approvazione Dotazione Organica Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud."

Le dotazioni organiche non rappresentano obbligo di assunzione, né determinano la necessità di personale per le singole unità operative, essendo questo un atto programmatico di specifica ed unica competenza del Direttore Generale.

Va inoltre precisato che l'analisi delle quantità di risorse umane distinte per ruoli è puramente indicativa, riguardando tale distinzione la così detta "linea preminente di attività del destino



d'uso dell'unità operativa". In altri termini è compito discrezionale dell'amministrazione, nell'ambito dello stesso livello contrattuale, determinare con esattezza, nell'applicazione delle procedure contrattuali o nei bandi di concorso, le specifiche aree di appartenenza e le specifiche qualifiche. Ciò vale soprattutto per il comparto, area amministrativa, tecnica e professionale per i livelli da A a C.

Inoltre, anche per l'area della dirigenza si indicheranno, in caso di concorsi pubblici o riservati, di volta in volta, a parità di numeri complessivi di personale, le specifiche specializzazioni richieste.

Occorre prioritariamente la copertura di quei posti ritenuti indispensabili per far fronte alle esigenze non differibili che presentano le varie aree: cardiologia UTIC, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia, Pediatria, Ostetricia e Ginecologia, Radiologia, Chirurgia, Fasce deboli. Per le aree della dirigenza sanitaria non medica si è valutato il fabbisogno per la farmaceutica e la veterinaria, in considerazione delle carenze notevoli che presentano queste aree e della necessità di interventi che i dispositivi regionali in materia impongono alle varie aree citate.

Per quanto attiene il comparto si è richiesta autorizzazione in deroga solo per quelle figure interessate nelle aree di intervento sopra citate.

Occorre ancora aggiungere che la programmazione parte da interventi di riconversione di molte figure professionali ed anche di molte qualifiche, oltre che ad azioni di chiusura di reparti (per quanto attiene la dirigenza medica) e dislocazione del personale in aree a forte carenza (PS-DIE e specialistiche)

Per quanto attiene il comparto si ricorda che le dotazioni organiche, e quindi l'atto aziendale, non possono prevedere, come accadeva nelle piante organiche, per il comparto, una differenziazione puntiforme del personale da assumere, ma unicamente i livelli contrattuali e le aree professionali previste. Ciò in ragione del fatto che le dotazioni organiche sono, per definizione, dinamiche, e legate alle linee di attività che la scelta strategica aziendale decide di attuare, pertanto non è possibile prevedere, ad esempio, elettricisti, bensì occorre prevedere operatori tecnici di livello B, o al massimo Bs.. è evidente che le selezioni concorsuali non dovranno più prevedere la qualifica precisa, ma ogni qualifica abilitante al livello di concorso è sufficiente alla partecipazione. Le aziende provvederanno, in base alle necessità e alle scelte, se privilegiare la qualifica specifica (e in che numero) o privilegiare una ampia esperienza per permettere l'utilizzo del personale in modo ottimale anche se dovessero cambiare le scelte (ad esempio passaggio dalla manutenzione degli apparati elettrici dalla gestione diretta con maestranze interne, all'acquisto di servizi esterni).

Con la concertazione effettuata in data 25/6/2013 si è provveduto ad identificare il fabbisogno delle posizioni organizzative e dei coordinamenti (delibera n. 329 del 25/6/2013).



## 9 - PARAMETRI PER L'INDIVIDUAZIONE DELLE UNITA' OPERATIVE COMPLESSE (UOC)

### SEMPLICI (UOS) E SEMPLICI DIPARTIMENTALI (UOSD) DELL' AZIENDA

Il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia di cui all'art. 9 dell'Intesa Stato – Regioni del 23 marzo 2005 (Comitato LEA), ha approvato, nella seduta del 26 marzo 2012, un documento contenente i parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse del SSN così come previsto dall'art. 12 comma 1 lettera b) del Patto per la salute 2010-2012.

La Regione Campania, con il Decreto commissariale n. 6/2013, ha modulato i suddetti parametri sulla base de chiarimenti forniti dal Direttore Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute con nota 279-P del 17.07.2012.

I parametri standard definiti ed attagliati all'ASL Napoli 3 Sud sono:

#### –U.O.C. in ambito ospedaliero

- o per i presidi ospedalieri dell'ASL una struttura complessa ogni 22 posti letto;

I parametri di cui sopra si applicano al numero di posti letto programmati dal decreto del commissario ad acta n. 49 del 27 settembre 2010 e ridefiniti dalle pianificazioni attuative delle aziende approvate con i relativi decreti commissariali;

Per i presidi ospedalieri dell'ASL lo standard, una struttura complessa ogni 22 posti letto, è da intendersi a livello aziendale e può essere declinato dall'azienda in modo diverso da presidio a presidio ferma restando la necessità di non superare in ogni caso la media aziendale una struttura complessa ogni 22 posti letto.

Il numero di strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali identificate in base agli standard di cui sopra è comprensivo dei servizi centrali sanitari (farmacia, radiologia, laboratorio di analisi ecc.).

#### –U.O.C. in ambito territoriale

- o il parametro per l'individuazione delle strutture complesse territoriali a pari a 1 struttura complessa ogni 13.515 residenti.

#### –U.O.S e U.O.S.D. in ambito ospedaliero e territoriale

- o il parametro per la individuazione delle strutture semplici e semplici dipartimentali, sia in ambito ospedaliero che in ambito territoriale, è di 1,31 strutture semplici o semplici dipartimentali per ogni struttura complessa.



## 9.1 - CRITERI PER LA INDIVIDUAZIONE DELLE UNITA OPERATIVE (UOC, UOSD, UOS) IN AMBITO OSPEDALIERO E DELL'AREA DI DIREZIONE DEI PRESIDI OSPEDALIERI

### *Criteria per l'individuazione delle UOC:*

Le Unità operative complesse di norma devono essere caratterizzate da:

- a) rilevanza delle attività svolte per volume e tipologia;
- b) rilevanza del livello di responsabilità per la gestione della struttura;
- c) valore delle risorse professionali, operative e organizzative, adeguate qualitativamente e quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi;
- d) congrua dotazione di risorse professionali, operative ed organizzative, rispetto alla necessità di contare su una massa critica adatta quali-quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi;

### *Criteria per l'individuazione delle UOSD:*

Le Unità operative semplici dipartimentali di norma devono essere caratterizzate da:

- a) congrua dotazione di risorse professionali, operative e organizzative adeguate qualitativamente e quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi;
- b) funzione strategicamente rilevante per il buon funzionamento del Dipartimento e delle UOC in esso comprese, senza sovrapposizione con le attività delle stesse;
- c) competenza specialistico-funzionale necessaria per la gestione della struttura; rilevanza delle metodologie e delle strumentazioni utilizzate nella struttura.

Le Unità operative semplici dipartimentali di norma devono essere caratterizzate da:

- d) congrua dotazione di risorse professionali, operative e organizzative adeguate qualitativamente e quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi;
- e) funzione strategicamente rilevante per il buon funzionamento del Dipartimento e delle UOC in esso comprese, senza sovrapposizione con le attività delle stesse;
- f) competenza specialistico-funzionale necessaria per la gestione della struttura;
- g) rilevanza delle metodologie e delle strumentazioni utilizzate nella struttura.

*Criteria per l'individuazione delle UOS:*

Le Unità operative semplici di norma devono essere caratterizzate da:

- a) esistenza di una unità operativa complessa;
- b) dotazione di risorse professionali, operative ed organizzative adeguate qualitativamente e quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi;
- c) funzione strategicamente rilevante per il buon funzionamento della UOC di appartenenza e, per il tramite di questa, del Dipartimento in cui essa è compresa;

Ogni UO ospedaliera deve erogare prestazioni sia in regime di ricovero che ambulatoriali in misura tale da:

- contenere i tempi di esecuzione e di risposta entro tempi utili per l'ottimale sviluppo delle politiche cliniche ed assistenziali e per la conclusione tempestiva delle degenze ordinarie o a ciclo diurno;
- contribuire al contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali entro i limiti stabiliti in sede aziendale sulla base degli indirizzi regionali;
- garantire la quantità e qualità delle performance in funzione del conseguimento di idonei livelli di valorizzazione del prodotto;
- garantire l'appropriatezza delle modalità di conduzione delle pratiche cliniche diagnostiche ed assistenziali;
- garantire una efficiente gestione delle risorse in dotazione.



## 9.2- CRITERI PER LA INDIVIDUAZIONE DELLE UNITA' OPERATIVE (UOC, UOD, UOS) IN AMBITO NON OSPEDALIERO (Ambito territoriale e delle funzioni centrali aziendali).

### *Criteria per l'individuazione delle UOC:*

Le Unità operative complesse di norma devono essere caratterizzate da:

- a) rilevanza delle attività svolte per volume e tipologia;
- b) rilevanza del livello di responsabilità per la gestione della struttura;
- c) valore delle risorse professionali, operative e organizzative, adeguate qualitativamente e quantitativamente alla natura ed all'entità degli obiettivi attesi;
- d) articolazione interna della struttura e livello di diversificazione delle responsabilità;
- e) congrua dotazione di risorse professionali, operative ed organizzative, rispetto alla necessità di contare su una massa critica adatta quali-quantitativamente alla natura ed all'entità degli obiettivi attesi.

### *Criteria per l'individuazione delle UOSD:*

I criteri e i parametri da utilizzare per la costituzione, il mantenimento delle UOS in ambito territoriale sono:

- a) capacità di erogare autonomamente servizi sul territorio;
- b) congrua dotazione di risorse professionali, operative e organizzative adeguate qualitativamente e quantitativamente alla natura ed all'entità degli obiettivi attesi;
- c) funzione strategicamente rilevante per il buon funzionamento del Dipartimento e delle UOC in esso comprese, senza sovrapposizione con le attività delle stesse.

### *Criteria per l'individuazione delle UOS:*

I criteri e i parametri da utilizzare per la costituzione, il mantenimento e la riconversione delle UOS in ambito territoriale sono i seguenti:

- a) esistenza di una struttura complessa già esistente e pienamente configurata;
- b) utilizzazione di risorse umane, strutturali, strumentali e materiali indispensabili per realizzare gli obiettivi di cui ai successivi punti;
- c) funzione strategicamente rilevante per il buon funzionamento della UOC di appartenenza e, per il tramite di questa. Del Dipartimento in cui essa è compresa.

Ogni UO territoriale deve poter erogare prestazioni di prevenzione, ambulatoriali di natura diagnostica clinica e strumentale, specialistiche specifiche, medico-legali e di natura terapeutica o riabilitativa in misura tale da:

- contribuire al contenimento dei tempi di attesa entro i limiti stabiliti in sede regionale e/o nazionale;
- contribuire all'appropriatezza prescrittiva ed al contenimento della spesa sia di farmaci che dispositivi medici.

### 9.3 Norme finali e di rinvio

Il presente atto aziendale, formato secondo i canoni di diritto privato, fornisce l'illustrazione dei principi ispiratori dell'attività e della strategia dell'Azienda, delle garanzie che si intendono assicurare ai cittadini nonché i termini generali nei quali si sostanzia l'assetto organizzativo dell'A.S.L. Per le ragioni esposte, quanto argomentato ha valenza che prescinde il contingente ben potendosi qualificare come espressione di indirizzi fondanti e di ampia proiezione temporale fermo ovviamente restando il quadro normativo di riferimento istituzionale. Ciò posto, onde provvedere alle conseguenti puntualizzazioni, fin da ora si fa rinvio alla disciplina di dettaglio che nel merito sarà adottata nell'esercizio del potere regolamentare. Tale formazione secondaria verterà su materie concernenti la gestione organizzativa nonché sulla formulazione degli indirizzi necessari per la applicazione di quanto previsto nel presente atto.

Esso rappresenta quindi il fondamento organizzativo dell'Azienda e non revoca precedenti provvedimenti di organizzazione che non siano da esso disciplinati.

**S'intendono, invece revocati, tutti gli atti e le disposizioni regolamentari adottati in precedenza ed in contrasto con le previsioni del presente Atto Aziendale.**

**Anche per quanto attiene il livello organizzativo, quanto disciplinato dal presente Atto Aziendale sostituisce ed annulla quanto adottato in materia dall'A.S.L. Napoli 3 Sud con precedenti regolamenti o atti.**

**Ogni affidamento di incarico per funzioni non previste nel presente atto deve essere considerato revocato.**

**Ogni incarico non affidato dal Direttore Generale e con procedure difformi da quelle contenute nel presente atto è nullo e non costituisce alcun impegno per l'Azienda.**

**I provvedimenti adottati in difformità da quanto stabilito nel presente atto aziendale o in contrasto con lo stesso sono da considerarsi nulli a tutti gli effetti.**





A handwritten signature in black ink, appearing to be "C. C. C." or similar, located in the bottom right corner of the page.

# Indice

Prefazione	_____	pag.	II
Indice	_____	pag.	III
VIII			
Premessa	_____	pag.	4
1	L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud _____	pag.	13
1.1	Costituzione e sede legale dell'Azienda .....	»	13
1.2	Patrimonio .....	»	14
1.3	Logo .....	»	14
1.4	Albo Pretorio .....	»	15
2	Mission, Vision e Valori Aziendali _____	pag.	15
2.1	I principi generali .....	»	15
2.2	I principi ispiratori .....	»	17
2.3	I principi fondanti .....	»	18
2.4	Mission .....	»	19
2.5	Obiettivi specifici dell'Azienda .....	»	19
2.6	I valori aziendali .....	»	20
2.7	Vision .....	»	21
2.8	Trasparenza .....	»	22
	La carta della qualità .....	»	25
	Audit civico .....	»	25
	Attività di volontariato .....	»	25
2.9	Clima e benessere organizzativo .....	»	26
3	Il governo aziendale, il governo clinico assistenziale, il governo amministrativo _____	pag.	27
3.1	Il Governo Aziendale .....	»	27
3.1.1	La funzione di programmazione .....	»	29
3.1.2	La committenza .....	»	31
3.1.3	La produzione .....	»	32
3.2	Il Governo Clinico Assistenziale .....	»	32
3.3	Il Governo Amministrativo .....	»	33
3.4	Il Governo Economico - Finanziario .....	»	33
3.5	La separazione fra funzioni di governo aziendale e funzioni gestionali .....	»	34
3.6	Lo svolgimento delle attività: la natura e forma degli atti .....	»	35
3.7	Sistema di misurazione e valutazione delle performances .....	»	35
4	Gli Organi dell'Azienda, gli Organismi Consultivi, le Direzioni Sanitaria ed Amministrativa _____	pag.	36
4.1	Gli Organi dell'Azienda .....	»	36
4.1.1	Il Direttore Generale .....	»	36
4.1.2	Il Collegio Sindacale .....	»	38
4.1.3	Il Collegio di Direzione .....	»	39



4.2	Le Direzioni Sanitaria ed Amministrativa.....	»	40
4.2.1	Il Direttore Sanitario.....	»	40
4.2.2	Il Direttore Amministrativo.....	»	41
4.3	Gli Organismi consultivi.....	»	42
4.3.1	Il Consiglio dei Sanitari.....	»	42
4.3.2	Il Comitato Etico.....	»	42

5 La struttura aziendale :

I Distretti Sanitari, I Presidi Ospedalieri, I Servizi Centrali	_____ pag.	44
<i>Il Livello strutturale</i> .....	»	44

5.1.	I distretti sanitari .....	»	44
5.1.a	La gestione dell'assistenza territoriale.....	»	44
5.1.b	L'azienda ed il suo contesto .....	»	45
	Il Territorio.....	»	46
	La popolazione .....	»	48
5.1.c	L'organizzazione della domanda e della risposta .....	»	59
5.1.d	Il comitato di distretto .....	»	60
5.1.e	Organismi di partecipazione alle attività dei distretti dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta .....	»	60
5.1.f	L'integrazione ospedale-territorio.....	»	61
5.1.g	Sistema delle cure domiciliari.....	»	62

5.2	Gli Ospedali Riuniti (OO.RR.) -i Presidi Ospedalieri (PO).....	»	64
5.2.1	I Presidi Ospedalieri .....	»	64

5.3	I Servizi centrali .....	pag.	66
5.3.1	I Dipartimenti ed i Servizi Centrali Sanitari .....	»	67
5.3.1.a	Il Dipartimento di Prevenzione .....	»	67
5.3.1.b	Il Servizio Centrale di Assistenza Ospedaliera .....	»	71
5.3.1.d	Servizio Centrale di Assistenza Territoriale .....	»	72
5.3.2	I Dipartimenti ed I Servizi Centrali non sanitari .....	»	72
5.3.2.a	I Dipartimenti e Servizi Centrali Amministrativi Gestionali e Professionali.....	»	73
5.3.2.a.I	Servizio Affari Generali .....	»	73
5.3.2.a.II	Il Dipartimento Programmazione, Gestione e Tutela.....	»	73
5.3.2.a.III	Il Dipartimento Amministrativo e Professionale.....	»	74
5.3.2.a.III	Servizio Gestione Risorse Umane.....	»	74
5.3.2.a.IV	Settore Centrale Economato .....	»	75
5.3.2.a.V	Servizio Gestione Economico Finanziaria.....	»	76
5.3.2.a.VI	Servizio Acquisizione Beni e Servizi .....	»	79
5.3.2.b	Servizio Centrale Tecnico e Patrimoniale .....	»	80
5.3.2.b.I	Settore Progettazione, manutenzione e gestione immobili ed impianti tecnologici .....	»	80
5.3.2.c	Servizio Sistemi Informativi.....	»	81
5.3.2.d	I Servizi Centrali Professionali.....	»	82
5.3.2.d.I	Servizio Centrale Affari Legali.....	»	82
5.3.2.e	I Settori Ispettivi .....	»	82



5.3.2.e. I	Il Settore Ispettivo Centrale Sanitario .....	»	83
5.3.2.e. II	Il Settore Ispettivo Centrale Amministrativo .....	»	83
5.3.2.f	I Servizi Centrali Strategici.....	»	83
5.3.2.f.I	Il Servizio Socio Sanitario.....	»	83
5.3.2.g	Servizio Relazioni con il Pubblico.....	»	86
5.3.2.h	Servizio Prevenzione e Protezione (D Lgs 81/08 e s.m.i.) .....	»	87
5.3.2.h.I	Settore Malattie Professionali e Sorveglianza Sanitaria.....	»	88
5.3.2.i	Servizio Centrale Controllo di Qualità.....	»	89
5.3.2.l	Servizio Centrale Controllo di Gestione .....	»	89
5.3.2.m	Servizio Formazione ed Aggiornamento del Personale .....	»	90
5.3.2.n	Lo Staff del Direttore Generale».....	»	91
5.3.2.o	Servizio Programmazione, Pianificazione e Valutazione Attività Sanitaria.....	...»	91
5.3.2.p	Servizio Risk Management .....	...»	92
5.3.2.q	Servizio Epidemiologia Valutativa ed Analisi e Monitoraggio Attività Sanitaria .....	»	93
5.3.2.r	Servizio Registro dei Tumori .....	»	93
5.3.2.s	Servizio Patologia Clinica Territoriale .....	»	94
5.3.2.t	Servizio Medicina Legale Pubblica Valutativa» .....	»	94
5.3.2.u	Gabinetto del Direttore Generale .....	...»	95
5.4	Le Altre Articolazioni Aziendali.....	»	95
5.4.1	Le segreterie e le altre articolazioni strutturate dei dipartimenti sia funzionali che strutturali.....	»	96
5.4.1.a	Le Aree Centrali di Assistenza Riabilitativa Ospedaliera e Territoriale A e B .....	»	96
5.4.1.b	Dipartimento di Prevenzione, Cura e Riabilitazione delle Dipendenze.....	»	96
5.4.1.c	Il Servizio Assistenza Anziani .....	»	97
5.4.1.d	I Servizi Materno Infantili- La Psicologia Integrata della Donna e del Bambino .....	»	97
5.4.1.e	Il Coordinamento di Medicina Legale Pubblica Valutativa .....	»	100
5.4.1.f	Il Dipartimento di Salute Mentale.....	»	100
5.4.1.g	Il Dipartimento Farmaceutico .....	»	105
5.4.1.h	I Servizi delle professioni .....	»	107
5.4.1.i	Il Coordinamento di Psicologia.....	»	109
5.4.2	Le Segreterie.....	»	109
5.4.2.a	Le strutture organizzative di supporto alle Direzioni aziendali.....	»	110
6.	La Organizzazione delle strutture aziendali _____	pag.	113
	<i>Il Livello Organizzativo</i> .....	»	113
	Il Dipartimento : i dipartimenti strutturali, i dipartimenti funzionali, le aree funzionali.....	»	114
6.1.1.	Le Strutture Ospedaliere .....	»	117
6.1.1.a	L'organizzazione strutturale degli Ospedali Riuniti e dei Presidi Ospedalieri .....	»	117



6.1.1.b	I Dipartimenti Strutturali Amministrativi e Gestionali dei Servizi Centrali.....	»	126
6.1.1.c	I Dipartimenti Strutturali Sanitari.....	»	126
6.1.2	Il Dipartimento Integrato dell'Emergenza .....	»	126
6.1.3	I Dipartimenti Centrali di Medicina Integrata Territoriale e Osedaliera Napoli Est e Napoli Ovest .....	»	133
6.1.4	I Dipartimenti di Area Sanitaria e Le Aree Funzionali .....	»	133
6.1.5	Le Aree Funzionali .....	»	134
6.2	Le Strutture Organizzative.....	»	135

7.	Le funzioni e le responsabilità .....	pag	137
7.1	Funzioni e responsabilità del Capo di Dipartimento Area Sanitaria .....	»	137
7.2	Funzioni e responsabilità del Direttore di Dipartimento Area Amministrativa.....	»	138
7.3	Funzioni e responsabilità del Coordinatore Socio sanitario .....	»	139
7.4	Funzioni e responsabilità del Direttore Sanitario di Presidio .....	»	139
7.5	Funzioni e responsabilità del Direttore Responsabile di Distretto Sanitario .....	»	141
7.6	Funzioni e responsabilità del Responsabile Amministrativo di Presidio e di Distretto.....	»	142
7.7	Funzioni e responsabilità dei Direttori di Unità Operativa Complessa.....	»	142
7.8	Funzioni e responsabilità dei Direttori di Servizio .....	»	143
7.9	Funzioni e responsabilità del Responsabile di Struttura Semplice e Semplice a valenza dipartimentale.....	»	143
7.10.	Funzioni e responsabilità del Responsabile di Settore/Struttura Semplice .....	»	144
7.11	Funzioni e responsabilità di Alta Specializzazione.....	»	144
7.12	Funzioni e responsabilità di Ufficio .....	»	144
7.13	Funzioni particolari.....	»	144
7.13.1	Le Aree Funzionali.....	»	145
7.13.2	Funzioni del Comitato di Dipartimento Sanitario .....	»	145
7.13.3	Funzioni e responsabilità dei Direttori dei Servizi delle Professioni Sanitarie.....	»	145
7.13.4	Funzioni del responsabile della Segreteria particolare del Direttore Generale....	»	146
7.14.	Disposizioni generali .....	»	147

8.	Le strategie .....	pag.	147
8.1	Linee generali .....	»	147
8.2	Processo di aziendalizzazione e controllo interno .....	»	149
8.3	Governo Economico - Finanziario dell'Azienda .....	»	150
8.4	Governo di alcune funzioni integrate .....	»	151
8.5	Gestione e valorizzazione delle risorse umane .....	»	151
8.6	Sistema delle relazioni sindacali .....	»	153
8.7	Qualità, formazione, informazione, comunicazione,umanizzazione,tutela e partecipazione ..	»	153
8.7.1	La disciplina della funzione qualità .....	»	153
8.7.2	La Formazione .....	»	154
8.7.3	Informazione, accoglienza, comunicazione,umanizzazione, tutela e partecipazione degli utenti .....	»	155
8.8	La Politica dell'acquisizione di risorse .....	»	156
8.8.a	L'acquisizione di beni e servizi .....	»	156
8.8.b	L'acquisizione di professionalità .....	»	157
8.8.c	L'acquisizione delle Risorse Umane .....	»	158

9 Parametri per l'individuazione delle Unità Operative Complesse (UOC) Semplici (UOS) E Semplici Dipartimentali (UOSD) dell'Azienda_____»	160
9.1 Criteri per l'individuazione delle unità operative (UOC, UOSD,UOS) in ambito ospedaliero e del- L'area di direzione dei presidi ospedalieri_____»	161
9.2 Criteri per l'individuazione delle unità operative (UOC, UOSD,UOS) in ambito non ospedaliero _____»	163
9.3 Norme finali e di rinvio _____»	164



**IL DIRETTORE GENERALE**  
*Dott. Maurizio D'Amora*