



Delibera della Giunta Regionale n. 389 del 30/06/2023

Dipartimento 50 - GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

Direzione Generale 4 - DG per la tutela della salute e il coordin. del sist. sanitario regionale

Oggetto dell'Atto:

ATTO AZIENDALE ASL AVELLINO. APPROVAZIONE CON PRESCRIZIONI.

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla Direzione Generale e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal Direttore a mezzo di sottoscrizione della presente

PREMESSO che

- a) l'art. 3 comma 1 – bis, del D.lgs n. 502/92 e ss.mm.ii. delinea l'Atto aziendale quale strumento giuridico mediante il quale le aziende determinano la propria organizzazione ed il proprio funzionamento con autonomia gestionale ed amministrativa, nel rispetto dei principi e dei criteri emanati dalla Regione;
- b) con il DCA 103 del 28.12.2018 e successive modifiche ed integrazioni è stato approvato il Piano Regionale di programmazione della rete ospedaliera, successivamente integrato con la DGRC n.378/2020, tenendo conto, in particolare:
 - b.1 della classificazione dei presidi inseriti nella rete ospedaliera definita in relazione al bacino di utenza;
 - b.2 delle reti assistenziali disegnate per la completa e tempestiva presa in carico dei pazienti;
 - b.3 del numero di posti letto per singola disciplina attribuito a ciascuna azienda e presidio ospedaliero;
 - b.4 del numero di unità operative programmabili nel rispetto della normativa nazionale e regionale (standard di cui al DM 70/2015 e parametri del Comitato LEA come articolati nel DCA 18/2013);
- c) il D.M. 77/2022 ha introdotto la normativa recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale;
- d) con la DGRC 682 del 13 dicembre 2022 “Linee guida sugli interventi di riordino territoriale della Regione Campania in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza recepite dal decreto ministeriale n.77 del 23 maggio 2022” è stata integrata e modificata la rete dell'assistenza territoriale definita dal DCA 83 del 31.10.2019;

CONSIDERATA l'esigenza di avviare una complessiva rivisitazione dell'intera offerta sanitaria sia relativamente all'ambito ospedaliero che territoriale e di prevenzione, anche in ossequio alle più recenti indicazioni ministeriali, quali il D.M. 77/2022;

PRESO ATTO dell'istruttoria dei competenti uffici della Direzione Generale per la Tutela della salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale, dalla quale risulta che:

- a) l'Azienda Sanitaria Locale di Avellino ha approvato la Delibera n. 138 del 07.02.2023 con la quale ha adottato l'atto aziendale;
- b) con nota del Direttore Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale prot. 176582 del 31 marzo del 2023 è stato costituito un gruppo di lavoro per l'istruttoria degli atti aziendali delle aziende sanitarie della regione Campania;
- c) il gruppo di lavoro si è insediato in data 27 aprile 2023, giusta verbale n. 1 ove sono stati definiti i criteri di valutazione degli atti aziendali;
- d) nella riunione del 29 giugno il gruppo di lavoro ha esaminato l'atto aziendale della ASL di Avellino rilevando la conformità del numero di posti letto attribuiti ai presidi ospedalieri aziendali rispetto alla programmazione regionale ma un incremento di 2 unità delle UOC assentite e 3 unità delle UOS e UOSD assentite;

RITENUTO

- a) di dover approvare l'Atto Aziendale dell'Azienda Sanitaria Locale di Avellino adottato con la Delibera aziendale n. 138 del 07.02.2023 che, allegato al presente atto, ne costituisce parte integrante e sostanziale, con le seguenti prescrizioni:
 - a.1 ridurre le Unità operative complesse al numero di 45;
 - a.2 ridurre le Unità operative semplici/semplici dipartimentali al numero di 59;
- b) di subordinare l'efficacia dell'Atto Aziendale all'attuazione delle prescrizioni sopra riportate;

- c) di dover fare obbligo al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale di Avellino della trasmissione alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale dell'atto aziendale modificato in conformità al presente provvedimento;

PROPONE e la Giunta a voto unanime

DELIBERA

per le motivazioni espresse in narrativa e che qui si intendono integralmente riportate:

1. di approvare l'Atto Aziendale dell'Azienda Sanitaria Locale di Avellino adottato con la Delibera aziendale n. 138 del 07.02.2023 che, allegato al presente atto, ne costituisce parte integrante e sostanziale, con le seguenti prescrizioni:
 - 1.1 ridurre le Unità operative complesse al numero di 45;
 - 1.2 ridurre le Unità operative semplici/semplici dipartimentali al numero di 59;
2. di subordinare l'efficacia dell'Atto Aziendale all'attuazione delle prescrizioni sopra riportate;
3. di fare obbligo al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale di Avellino della trasmissione alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale dell'atto aziendale modificato in conformità al presente provvedimento;
4. di inviare la presente delibera al Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale della Campania, alla Direzione Generale per la Tutela della salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, all'Azienda Sanitaria Locale di Avellino, all'Ufficio competente per la pubblicazione nella sezione trasparenza del sito istituzionale della Regione Campania ed al BURC per la pubblicazione.



138
DELIBERAZIONE N. _____ DEL 7 FEB. 2023

OGGETTO: Adozione Atto Aziendale ASL Avellino

IL DIRETTORE GENERALE

dell'Azienda Sanitaria Locale, Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante, nominato con D.G.R.C: n. 324 del 21/06/2022, immesso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n. 101 del 04/08/2022 e immesso in servizio con la Delibera n. 1685 del 09/08/2022, coadiuvato dal Direttore Sanitario Dott.ssa Maria Concetta Conte e dal Direttore Amministrativo Dott.ssa Laura Coppola

Premesso che

• con nota prot. n. 0376740 del 21/07/2022 della Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale venivano indicate le linee di indirizzo per l'adozione dell'Atto Aziendale delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, in attuazione dei seguenti Piani di Programmazione Regionale:

Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015 approvato con il DCA n. 103 del 28/12/2018, con il quale, in particolare:

- è stato ridisegnato il modello di classificazione dei presidi inseriti nelle reti ospedaliere, in relazione al bacino di utenza e allo standard di disciplina minima per la configurazione del relativo livello;
- sono state articolate le reti assistenziali per la corretta e tempestiva presa in carico dei pazienti e definite le reti cliniche tempo dipendenti;
- sono stati attribuiti, a ciascuna Azienda e presidio ospedaliero, le discipline che le configurano e il numero di posti letto per singola disciplina nel rispetto degli standard di cui al DM 70/2015, individuando anche le relative unità operative complesse;

Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale approvato con DCA 83 del 31/10/2019, ai fini della riorganizzazione e del potenziamento dell'assistenza ai cittadini, con il quale sono stati ridefiniti, tra l'altro:

- il ruolo del distretto e dei dipartimenti strutturali (prevenzione, salute mentale, dipendenza);
- la riprogettazione delle cure primarie e del ruolo del MMG e dello specialista ambulatoriale;
- la configurazione delle strutture sanitarie e socio sanitarie intermedie tra ospedale e domicilio;
- i percorsi di cura a forte integrazione ospedale-territorio;
- gli strumenti di governance delle attività territoriali;
- il potenziamento degli attuali Sistemi Informativi e Digitali a supporto delle reti territoriali nonché della telemedicina a domicilio;

• con nota prot. n. 0011364 del 10/01/2023 della Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, le Aziende venivano invitate a trasmettere entro il 15/02/2023 i nuovi Atti Aziendali in conformità a quanto disposto dalle linee di indirizzo di programmazione ospedaliera e territoriale di cui ai citati DCA regionali, come integrati dalle successive DGRC n. 378/2020 e DGRC 682 del 13 dicembre 2022, ad oggetto "Linee guida sugli interventi di riordino territoriale della Regione Campania in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza recepite dal decreto ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022, allegato n. 1";

Considerato che:

in virtù di quanto sopra e alla luce dei posti letto riassegnati, della popolazione di riferimento e dei parametri applicativi per definire le UOC (n. p.1./22 e popolazione residente di riferimento/13.515) e per definire le UOS/UOSD (n. UOC x 1,31), l'Atto Aziendale allegato alla presente delibera prevede:

- N. 47 Unità Operative Complesse;
- N. 62 Unità Operative Semplici e Semplici Dipartimentali;

Considerato, altresì che:

• con note prot. 0010770 del 31/01/2023, prot. n. 0010779 del 31/01/2023 e prot. n. 0010766 del 31/01/2023 è stata data informativa del nuovo Atto Aziendale ASL Avellino alle OO.SS.;

- è pervenuta nota della O.S. F.P. C.G.I.L. acquisita con protocollo n. 12668 del 06.02.2023, di cui si prende atto;
- il Comitato di Rappresentanza dei Sindaci, convocato con nota prot. n. 0007864 del 24/01/2023 ha approvato in data 31/01/2023 all'unanimità l'Atto Aziendale ASL Avellino;
- il Collegio di Direzione, appositamente convocato nella giornata del 31/01/2023, ha espresso parere favorevole all'approvazione del nuovo Atto Aziendale, come risulta dai relativi verbali;

Ribadito:

- che, ai sensi dell'art. 3 comma 1 bis del D. Lgs. n. 502/92 c ss. mm. ii. l'Atto Aziendale della ASL Avellino, redatto secondo il testo allegato al presente provvedimento, e conforme alle linee di indirizzo ed agli standard di cui al DCA 18/2013, al DCA 103 del 28/12/2018, al DCA 83 del 31/10/2019, e alle note prot. n. prot. n. 0376740 del 21/07/2022 e prot. n. 0011364 del 10/01/2023 della Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale;
- che, l'affidamento delle UOS e UOSD avverrà con procedura selettiva, come da regolamenti aziendali vigenti;
- che l'affidamento degli Incarichi di Posizione avverrà con procedura selettiva da definirsi con specifico Regolamento;

Dato atto:

che l'Atto Aziendale, allegato alla presente delibera, si compone di:

- Elaborato descrittivo dell'Atto Aziendale;
- Allegato A — Organigramma;
- Allegato B — Incarichi di Posizione;
- Allegato C — Attuazione Interventi Previsti dal PNRR;
- Allegato D — Regolamenti.

Visti

- il DCA 18/2013;
- il DCA 103/2018;
- il DCA 83/2019;
- la DGRC 378/2020;
- la DGRC 682/2022;
- la nota prot. n. 0376740 del 21/07/2022 della Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale;
- la nota prot. n. 0011364 del 10/01/2023 della Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale;

Con il parere favorevole reso, alla luce di tutto quanto sopra riportato ed attestato, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario con la sottoscrizione della presente proposta di provvedimento

PROPONE

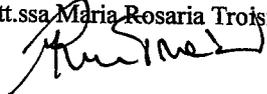
per le causali che qui si intendono integralmente richiamate e trascritte di

- **dare atto** che, per effetto di tutto quanto innanzi specificato, si procede all'adozione dell'atto aziendale (e annessi allegati);
- **adottare**, pertanto, l'Atto Aziendale dell'ASL Avellino comprensivo di:
 - Elaborato descrittivo dell'Atto Aziendale;
 - Allegato A — Organigramma;
 - Allegato B — Incarichi di Posizione
 - Allegato C — Attuazione Interventi Previsti dal PNRR;
 - Allegato D — Regolamenti tutti allegati alla presente deliberazione e di cui formano parte integrante;
- **ribadire**, quindi, in virtù di quanto sopra e alla luce dei posti letto riassegnati, della popolazione di riferimento e dei parametri applicativi per definire le UOC (n. p.1/22 e popolazione residence di riferimento/13.515) e per definire le UOS/UOSD (n. UOC x 1,31), che l'Atto Aziendale, allegato alla presente delibera, prevede:
 - N. 47 Unità Operative Complesse;
 - N. 62 Unità Operative Semplici e Semplici Dipartimentali;

- **considerare che:**
 - con note prot. 0010770 del 31/01/2023, prot. n. 0010779 del 31/01/2023 e prot. n. 0010766 del 31/01/2023 è stata data informativa del nuovo Atto Aziendale ASL Avellino alle OO.SS.;
 - è pervenuta nota della O.S. F.P. C.G.I.L. acquisita con protocollo n. 12668 del 06.02.2023, di cui si prende atto;
 - il Comitato di Rappresentanza dei Sindaci, convocato con nota prot. n. 0007864 del 24/01/2023 ha approvato in data 31/01/2023 all'unanimità l'Atto Aziendale ASL Avellino;
 - il Collegio di Direzione, appositamente convocato nella giornata del 31/01/2023, ha espresso parere favorevole all'approvazione del nuovo Atto Aziendale, come risulta dai relativi verbali;
- **trasmettere** il presente provvedimento corredato dell'elaborato descrittivo dell'Atto Aziendale e di n. 4 Allegati ovvero Allegato A - Organigramma, Allegato B - Incarichi di Posizione, - Allegato C - Attuazione Interventi Previsti dal PNRR e Allegato D - Regolamenti, alla Giunta Regionale della Campania per la verifica ed approvazione;
- **trasmettere** copia del presente atto al Collegio Sindacale, come per legge;
- **dare atto** che il provvedimento de quo è immediatamente eseguibile al fine di garantire la continuità delle attività.

L'estensore

Dott.ssa Maria Rosaria Troisi



IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante

nominato con D.G.R.C. n. 324 del 21.06.2022

immesso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n. 101 del 04.08.2022

immesso in servizio con la Delibera n. 1685 del 09.08.2022

- Vista la proposta di deliberazione che precede;
- Con il parere favorevole reso, alla luce di tutto quanto sopra riportato ed attestato, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario con la sottoscrizione della presente proposta di provvedimento:

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott.ssa Maria Concetta Conte



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott.ssa Laura Coppola



DELIBERA

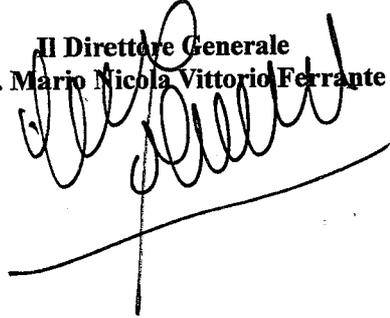
per le causali in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate e trascritte, di prendere atto della proposta di deliberazione che precede e pertanto, di:

- **dare atto** che, per effetto di tutto quanto innanzi specificato, si procede all'adozione dell'atto aziendale (e annessi allegati);
- **adottare**, pertanto, l'Atto Aziendale dell'ASL Avellino comprensivo di:
 - Elaborato descrittivo dell'Atto Aziendale;
 - Allegato A — Organigramma;
 - Allegato B — Incarichi di Posizione
 - Allegato C — Attuazione Interventi Previsti dal PNRR;
 - Allegato D — Regolamenti tutti allegati alla presente deliberazione e di cui formano parte integrante;
- **ribadire**, quindi, in virtù di quanto sopra e alla luce dei posti letto riassegnati, della popolazione di riferimento e dei parametri applicativi per definire le UOC (n.p. 1/22 e popolazione residence di riferimento/13.515) e per definire le UOS/UOSD (n. UOC x 1,31), che l'Atto Aziendale allegato alla presente delibera prevede:
 - N. 47 Unità Operative Complesse;
 - N. 62 Unità Operative Semplici e Semplici Dipartimentali;
- **considerare che:**
 - con note prot. 0010770 del 31/01/2023, prot. n. 0010779 del 31/01/2023 e prot. n. 0010766 del 31/01/2023 è stata data informativa del nuovo Atto Aziendale ASL Avellino alle OO.SS.;
 - è pervenuta nota della O.S. F.P. C.G.I.L. acquisita con protocollo n. 12668 del 06.02.2023, di cui si prende atto;
 - il Comitato di Rappresentanza dei Sindaci, convocato con nota prot. n. 0007864 del 24/01/2023 ha approvato

in data 31/01/2023 all'unanimità l'Atto Aziendale ASL Avellino;
il Collegio di Direzione, appositamente convocato nella giornata del 31/01/2023, ha espresso parere favorevole all'approvazione del nuovo Atto Aziendale, come risulta dai relativi verbali;

- **trasmettere** il presente provvedimento corredato dell'elaborato descrittivo dell'Atto Aziendale e di n. 4 Allegati ovvero Allegato A - Organigramma, Allegato B - Incarichi di Posizione, - Allegato C - Attuazione Interventi Previsti dal PNRR e Allegato D - Regolamenti, alla Giunta Regionale della Campania per la verifica ed approvazione;
- **trasmettere** copia del presente atto al Collegio Sindacale, come per legge;
- **dare atto** che il provvedimento de quo è immediatamente eseguibile al fine di garantire la continuità delle attività.

Il Direttore Generale
Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante



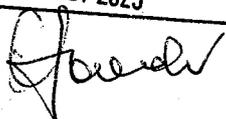
PUBBLICAZIONE E TRASMISSIONE

La pubblicazione del presente atto è a cura della UOSD Affari Generali e la sua durata è di giorni 15 dalla effettiva data di pubblicazione (caricamento sull'albo pretorio on line).

La trasmissione di copia della presente Deliberazione a Enti/Organi/interessati esterni all'ASL, espressamente indicati nell'atto, viene effettuata nelle modalità previste dalla normativa vigente dalla Struttura Proponente.

L'inoltro alle UU.OO. aziendali e/o ai destinatari interni all'ASL avverrà in modalità digitale, in ossequio alle disposizioni vigenti.

ASL AVELLINO
UOSD AFFARI GENERALI
Pubblicato il
- 7 FEB. 2023





AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO

Atto Aziendale

DIRETTORE GENERALE

Dr. Mario Nicola Vittorio Ferrante

Atto Aziendale secondo la Programmazione della Rete Ospedaliera Regionale prevista dal DCA 103 del 28/12/2018 e successiva DGRC n. 378/2020 (standard di cui al DM 70/2015 e parametri del Comitato LEA di cui al DCA 18/2013) e della Rete dell' Assistenza Territoriale definita dal DCA 83 del 31/10/2019, come integrata e modificata dalle Linee Guida sugli interventi di Riordino Territoriale della Regione Campania in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza recepite dal DM 77 del 23 maggio 2022", approvate con la DGRC n. 682 del 13/12/2022:

1/11/17

1	INTRODUZIONE	1
1.1	PROCEDURE PER L'ADOZIONE DELL'ATTO AZIENDALE	4
1.2	REGOLAMENTI	4
1.3	NORMATIVA DI RIFERIMENTO	5
1.4	MISSIONE - VISIONE E PRINCIPI GENERALI – TRASPARENZA E INTEGRITÀ	7
1.4.1	<i>Qualità e sicurezza delle cure e sistema premiante</i>	12
1.4.2	<i>Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini</i>	14
1.4.3	<i>La Carta dei Servizi</i>	15
1.4.4	<i>La Conferenza dei Servizi</i>	16
1.4.5	<i>La Consulta Socio Sanitaria</i>	16
1.4.6	<i>Audit Civico e il Comitato di Partecipazione</i>	17
1.5	RELAZIONI SINDACALI	18
1.6	LA COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE	19
1.7	LE MODALITÀ DI RAPPORTO E DI COLLABORAZIONE DELL'AZIENDA CON LE ALTRE AZIENDE SANITARIE NONCHÉ CON ENTI ED ORGANISMI, DI CUI ALL'ARTICOLO 4, COMMA 3, DEL D. LGS N. 502/1992 E S.M.I.	21
1.8	I RAPPORTI CON GLI ENTI LOCALI	21
1.9	LE MODALITÀ CON CUI DARE ATTUAZIONE ALLE DISPOSIZIONI DI CUI AL D. LGS N. 28/2010 - DISCIPLINA SULLA MEDIAZIONE FINALIZZATA ALLA CONCILIAZIONE NELLE CONTROVERSIE CIVILI E COMMERCIALI	22
2	GLI ELEMENTI IDENTIFICATIVI	23
2.1	OROGRAFIA E CENNI DEMOGRAFICI	23
2.2	CENNI EPIDEMIOLOGICI - MORTALITÀ E MORBOSITÀ	34
2.2.1	<i>Patologie prevalenti</i>	35
2.2.2	<i>Area delle disabilità</i>	36
2.3	L'AZIENDA IN CIFRE	36
2.4	I PERCORSI DI CURA E ASSISTENZA	41
2.5	PATRIMONIO AZIENDALE	41
3	L'ASSETTO ISTITUZIONALE DELL'AZIENDA: ORGANI ED ORGANISMI	43
3.1	PRINCIPI E CRITERI DI ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO	43
3.1.1	<i>Governo Aziendale</i>	44
3.1.2	<i>Il Governo Clinico</i>	45
3.1.3	<i>Il Governo Economico Finanziario</i>	45
3.2	ORGANI AZIENDALI	47
3.2.1	<i>Il Direttore Generale</i>	47
3.2.2	<i>Il Collegio Sindacale</i>	49
3.2.3	<i>Il Collegio di Direzione</i>	49
3.3	ORGANISMI DELL'AZIENDA	51
3.3.1	<i>Il Consiglio dei Sanitari</i>	51
3.4	COMITATI E COMMISSIONI AZIENDALI	51
3.4.1	<i>Il comitato per il buon uso del sangue</i>	52
3.4.2	<i>Il comitato per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza</i>	52
3.4.3	<i>Il comitato per l'ospedale/ territorio senza dolore</i>	52
3.4.4	<i>Il comitato/team per la gestione del rischio clinico</i>	53
3.4.5	<i>Il comitato valutazione sinistri</i>	53
3.4.6	<i>Il comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni</i>	53
3.4.7	<i>La commissione per l'Attività Libero Professionale Intramoenia</i>	54
3.4.8	<i>Comitato Aziendale Permanente per la Medicina Generale e Unità di Valutazione per la Verifica Obiettivi di Appropriatezza</i>	55

© 1/11/11

3.4.9	Comitato Aziendale per la Pediatria di Libera Scelta	55
3.4.10	Comitato Zonale per la Specialistica Ambulatoriale.....	56
4	IL GOVERNO STRATEGICO AZIENDALE	57
4.1	IL GOVERNO STRATEGICO	57
4.1.1	La Direzione strategica.....	57
4.1.2	Il Direttore Sanitario.....	58
4.1.3	Il Direttore Amministrativo.....	59
4.1.4	Le strutture centrali delle Aree di Coordinamento Amministrativa Tecnico – Professionale.	59
4.1.5	Nucleo Ispettivo	65
5	L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE.....	66
5.1	CRITERI GENERALI.....	66
5.2	LE STRUTTURE OPERATIVE	66
5.2.1	Il Presidio Ospedaliero	67
5.2.2	Direzione Medica di Presidio.....	69
5.2.3	Aree interdipartimentali organizzativo – funzionali.....	70
5.2.4	L'Assistenza Ospedaliera.....	71
5.3	IL DISTRETTO SANITARIO	76
5.3.1	Il Direttore del Distretto Sanitario.....	78
5.3.2	Funzioni di produzione e di committenza del distretto.....	78
5.3.3	Dipartimento Territoriale Funzionale.....	82
5.3.4	Comitato dei Sindaci di Distretto.....	83
5.3.5	Struttura Polifunzionale per la Salute di Bisaccia.....	84
5.3.6	L'Hospice di Solofra.....	85
5.3.7	Il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale (MMG), dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) e degli Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI).....	85
5.3.8	I Centri di Assistenza Diabetologica (CAD).....	86
5.3.9	Misure di tutela e prevenzione della salute delle donne: percorsi per le donne che subiscono violenza e medicina di genere	86
5.4	I DIPARTIMENTI STRUTTURALI	87
5.4.1	Il Dipartimento di Prevenzione.....	89
5.4.2	Il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze	91
5.4.3	I Dipartimenti Funzionali	92
5.4.4	Dipartimento dei Servizi Direzionali e di Staff.....	93
5.4.5	Dipartimento Territoriale.....	100
5.4.6	Dipartimento Medico.....	105
5.4.7	Dipartimento Chirurgico	106
5.4.8	Dipartimento dei Servizi Ospedalieri.....	107
5.5	COMITATO DI DIPARTIMENTO	108
5.6	ASSEMBLEA DI DIPARTIMENTO.....	109
5.7	LE UNITÀ OPERATIVE COMPLESSE.....	109
5.8	LE UNITÀ OPERATIVE SEMPLICI DIPARTIMENTALI	110
5.9	LE UNITÀ OPERATIVE SEMPLICI.....	110
5.10	GLI INCARICHI PROFESSIONALI.....	110
5.11	GLI INCARICHI DI POSIZIONE.....	111
5.12	ULTERIORI ASPETTI PROGRAMMATICI DELL' ASSISTENZA TERRITORIALE PREVISTI DAL DCA N. 83/2019 E DALLA DGRC N. 682/2022	111
6	I PROCESSI AZIENDALI.....	133
6.1	POLITICHE PER LA GESTIONE E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE	133

Handwritten signature in blue ink, possibly reading "P. M. J. M." followed by a flourish.

6.1.1	<i>Clima e benessere organizzativo</i>	133
6.1.2	<i>La formazione e l'aggiornamento professionale</i>	134
6.1.3	<i>Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro</i>	134
6.2	AFFIDAMENTO E REVOCA DEGLI INCARICHI – VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI	135
6.2.1	<i>Sistema di misurazione e valutazione delle performance – Amministrazione Trasparente</i>	137
6.3	SISTEMA DI PROGRAMMAZIONE, MISURAZIONE E CONTROLLO	137
6.3.1	<i>Budget e controllo di gestione</i>	138
6.3.2	<i>Controllo di regolarità amministrativa e contabile</i>	139
6.4	IL SISTEMA INFORMATIVO E LE NUOVE TECNOLOGIE DELLA INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE	139
6.5	LE RILEVAZIONI CONTABILI	141
6.6	AZIONI DI EFFICIENTAMENTO DELLE PROCEDURE AMMINISTRATIVO – CONTABILI	142
6.6.1	<i>Procedure PAC</i>	142
6.6.2	<i>Lista Indice di Tempestività dei Pagamenti</i>	142
6.6.3	<i>Compartecipazione alla spesa sanitaria – recupero ticket non versato</i>	142
6.6.4	<i>Attuazione interventi previsti dal PNRR</i>	143
6.7	ACQUISTI DI BENI E SERVIZI	143
6.8	SANITÀ PENITENZIARIA	144
7	NORME FINALI	145
7.1	RINVII AGLI ALLEGATI	145
7.2	ADOZIONE DEI REGOLAMENTI INTERNI.....	145
7.3	MODALITÀ E TEMPI DI ATTUAZIONE DELL' ATTO AZIENDALE	145

R
P

1 Introduzione

L'Atto Aziendale, da adottarsi ai sensi di quanto disposto dall'art. 3, co. 1 – bis, del D. Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, costituisce lo strumento giuridico mediante il quale l'Azienda Sanitaria determina la propria organizzazione ed il proprio funzionamento, delineando gli ambiti della propria autonomia gestionale ed organizzativa, nel rispetto dei principi e dei criteri emanati dalla Regione (art. 2, co. 2 – sexies, del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. come modificato dall'art. 1 del D. Lgs. 168/2000). L'Atto Aziendale tiene conto delle ulteriori modifiche apportate dal D. L. n. 158/2012, convertito in L. n. 189/2012, avente ad oggetto "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute" e di quanto disposto dalla Legge Regionale 23 dicembre 2015, n. 20, ad oggetto: "Misure per introdurre la cultura della responsabilità nell'organizzazione sanitaria nonché migliorare i servizi ai cittadini. – Modifiche alla legge regionale 3 novembre 1994, n. 32. (Decreto Legislativo 30/12/1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, riordino del Servizio Sanitario Regionale)". Le modalità di redazione dell'Atto Aziendale ed i parametri per la individuazione delle strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali sono definite dal Decreto Commissariale n. 18 del 18/02/2013, avente ad oggetto "Approvazione atto di indirizzo per l'adozione dell'Atto Aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Campania", come richiamato dalle note della Direzione Generale della Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR prot. 0376740 del 18/07/2021 e prot. 0451333 del 13/09/2021. Con il Decreto del Commissario ad Acta n. 8 del 01.02.2018, si approvava il "Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 2016 - 2018 – Aggiornamento gennaio 2018" e con successivo Decreto del Commissario ad Acta n. 29 del 19.4.2018 si disponeva che, a far data dal 01 ottobre 2018, il Presidio Agostino Landolfi di Solofra della ASL di Avellino fosse annesso all'Azienda Ospedaliera San Giuseppe Moscati di Avellino; il DCA n. 87 del 05.11.2018 approva, in sostituzione del Piano approvato con DCA n. 8/2018, il "Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 – Aggiornamento del 5 novembre 2018".

Con successivo Decreto del Commissario ad Acta della Regione Campania, n. 103 del 28.12.2018, si approva il Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 – aggiornamento di dicembre 2018 e con Decreto n. 83 del 31.10.2019 si approva il "Piano Regionale di Programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale 2019 – 2021". L' Atto Aziendale va inteso come il principale documento di programmazione dell'Azienda e come tale soggetto ad aggiornamento e/o modifiche nel rispetto delle procedure previste. Alla luce delle suddette premesse i criteri per l'individuazione delle Unità Operative per le AA. SS.LL. sono i seguenti:

-UOC in ambito ospedaliero: **1 struttura complessa ogni 22 posti letto;**



-UOC in ambito territoriale: **1 struttura complessa ogni 13.515 residenti;**

- UOSD e UOS in ambito ospedaliero e territoriale: **1,31 strutture semplici o semplici dipartimentali per ogni struttura complessa.**

Il DCA 33/2016 stabilisce anche che “per i presidi ospedalieri di 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.) ... Per le ASL, le UOC per discipline senza posti letto potranno essere attinte anche da quelle previste per le strutture territoriali (1 ogni 13.515 residenti) ...”. Questi criteri di programmazione delle strutture rimangono invariati con il DCA n. 87 del 05.11.2018 e DCA n. 103 del 28.12.2018. L'Azienda provvede, nell'ambito dell'adozione dell'Atto Aziendale, alla individuazione delle strutture complesse, semplici dipartimentali e semplici sulla base dei parametri e dei criteri stabiliti dal DCA n. 18/2013 e dalle note Direzione Generale Tutela Della Salute della Regione Campania, prot n. 0376740 del 18.07.2021 e prot n. 0011634 del 10.01.2023, garantendo il progressivo adeguamento agli standard. Con i citati DCA n. 87/2018 e n. 103/2018, il totale complessivo posti letto è pertanto pari a 348. La popolazione che va presa a riferimento per il rispetto degli standard DM 70/2015 è pari a 412.571 (al 01 gennaio 2022 popolazione residente 399.623 + 12.662 popolazione straniera residente). Totale fra UOC Ospedaliere e Territoriali 47,36; le UOS/UOSD, conseguentemente, sono 62,04. La strutturazione del presente Atto è tesa a coniugare il ruolo dell'autonomia imprenditoriale dell'Azienda Sanitaria, mediante forme e strumenti di intervento tipici del “diritto privato” e dunque del Codice Civile ma rispettosa degli indirizzi regionali calibrati coerentemente verso il controllo dell'appropriatezza e della massima produttività delle strutture pubbliche. Pertanto, la ASL Avellino si caratterizza per una strutturazione orientata in senso produttivo, organizzata in funzione del prodotto (i livelli di assistenza), si dota di strumenti idonei a sviluppare la progettualità, l'efficienza, l'efficacia, compresi quelli che consentono di misurare e valutare la performance e i risultati conseguiti. Ciò nella consapevolezza che l'Azienda Sanitaria deve soddisfare le aspettative dei portatori di interessi (stakeholder) esterni ossia del cittadino paziente/utente, delle associazioni di categoria, dei consumatori, etc., rispettando i vincoli economico finanziari disposti dalla Regione Campania. Lo scenario nel quale si va a collocare la scelta del legislatore circa la necessità dell'adozione di un atto così significativo e fondante per l'attività dell'Azienda Sanitaria, risponde alla logica di delineare un perimetro di operatività che mantenga sempre al centro la finalità sostanziale ed istituzionale tesa sempre e comunque al miglioramento dello stato di salute della popolazione, pur sempre nel rispetto dei vincoli dell'equilibrio economico e della natura pubblicistica del servizio complessivamente reso ed inteso. Il presente Atto Aziendale delinea la distinzione tra le funzioni di alta amministrazione e programmazione e di indirizzo politico - amministrativo di competenza della Direzione Generale e quelle di gestione manageriale esercitate



dai dirigenti. Ciò si realizza tramite la dipartimentalizzazione attraverso l'aggregazione di strutture per aree omogenee, ovvero il potenziamento del processo di distrettualizzazione delle attività attraverso lo sviluppo di articolazioni territoriali finalizzate ad assicurare un accesso diretto ai servizi ed alle prestazioni sanitarie e socio - sanitarie. Attraverso la valorizzazione delle funzioni del distretto orientato al governo della domanda, si persegue la ricomposizione dell'offerta e il controllo dell'appropriatezza, in una ottica complessiva che vede in tendenziale riequilibrio gli obiettivi di salute perseguibili nel territorio. Nel documento si affermano principi importanti quali la valorizzazione delle risorse umane e professionali, la pari opportunità in ordine all'accesso all'impiego, ai percorsi formativi e la scelta di valorizzare la responsabilità di gestione esercitata dai dirigenti. I contenuti del presente atto rappresentano la complessità aziendale declinando puntualmente tutte le caratteristiche strutturali in termini di:

- sede legale e logo aziendale;
- dati demografici e cenni epidemiologici;
- mappa geografica che descrive l'ambito territoriale dell'Azienda;
- individuazione, tramite uno specifico allegato, dei dipartimenti strutturali distinti da quelli funzionali, delle aree di coordinamento amministrativa tecnico – professionale, delle unità operative complesse, semplici dipartimentali e semplici, nonché degli incarichi di funzione; la descrizione delle loro relazioni è riportata attraverso uno specifico organigramma;
- numero del personale dipendente;
- organi e organismi aziendali;
- funzioni attribuite al Direttore Sanitario e al Direttore Amministrativo e ai dirigenti di struttura con responsabilità gestionali, nonché le modalità per il conferimento di eventuali deleghe e gli ambiti delle stesse;
- sistemi di valutazione e controllo;
- modalità di rapporto e collaborazione con le altre aziende sanitarie, enti locali ed altri organismi;
- modalità di informazione e di tutela dei diritti dei cittadini;
- modalità con cui dare attuazione alle disposizioni di cui al D. Lgs n. 28/2010 che detta la nuova disciplina sulla mediazione finalizzata alla conciliazione nelle controversie civili e commerciali.

In ogni deliberazione o altro provvedimento aziendale successivo, che riguardi anche indirettamente l'assetto organizzativo dell'azienda, è competenza esclusiva del Direttore Generale l'attestazione che la statuizione è conforme alle previsioni del presente Atto Aziendale che viene riadottato a seguito dei succitati Decreti n. 103/2018 e n. 83/2019, nonché DGRC n. 682 del 12.12.2022.



1.1 Procedure per l'adozione dell'Atto Aziendale

L'Atto Aziendale è adottato dal Direttore Generale con proprio provvedimento, informati preventivamente e sentiti il Comitato di Rappresentanza dei Sindaci e le OO. SS., nonché i Dirigenti/ operatori nell'ambito degli organismi collegiali costituiti (Collegio di Direzione). Esso è trasmesso sia in forma cartacea che su supporto informatico, alla Giunta Regionale della Campania – Assessorato alla Sanità.

Il Presidente della Regione Campania con delega alla Sanità effettua, per il tramite degli uffici Regionali all'uopo preposti, la verifica della conformità dell'Atto Aziendale all'Atto di Indirizzo - DCA 18/2013. Qualora si rilevi la mancanza di conformità, la Regione Campania rinvia l'Atto medesimo al Direttore Generale per i necessari adeguamenti, l'Azienda provvede entro i successivi 15 giorni al recepimento delle indicazioni Regionali. L'Atto Aziendale definitivo approvato dalla Regione viene pubblicato sul BURC, l'Azienda quindi provvede alla pubblicazione sul proprio Sito.

1.2 Regolamenti

Il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria, entro 90 giorni dall'approvazione dell'Atto Aziendale da parte degli organismi regionali competenti, ai fini di una sua corretta e completa applicazione, procede all'adozione di regolamenti interni nelle seguenti materie:

- modalità di funzionamento degli organismi collegiali (Collegio di Direzione, Consiglio dei Sanitari, Comitato di Dipartimento);
- modalità di affidamento, mutamento e revoca degli incarichi;
- modalità di valutazione degli incarichi e graduazione delle funzioni;
- relazioni sindacali;
- modalità con cui l'Azienda Sanitaria appalta o contrae direttamente la fornitura di beni, servizi e lavori nel rispetto del D. Lgs. 18 aprile 2016, n. 50 (c.d. Codice degli Appalti) s.m.i.;
- contabilità e bilancio;
- cessione dei crediti;
- attività libero professionale "intra - moenia";
- pronta disponibilità;
- part - time;
- smart working
- conferimento incarico di funzione;
- mobilità;
- missione e trasferte;
- procedure passaggi interni;

Handwritten signature and initials in blue ink. The signature is a stylized, cursive name, and the initials below it appear to be 'P' and 'M'.

- telefonia fissa e mobile;
- formazione e aggiornamento professionale;
- sistema di misurazione e valutazione delle performance, nonché collegamento con il sistema premiante;
- procedure di controllo interno;
- modalità di funzionamento del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, ex art. 57 del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i.;
- funzionamento della Consulta Socio Sanitaria;
- sistemi di protezione e sicurezza dei dati;
- trasparenza;
- accertamenti medico legali;
- funzionamento dei Distretti e dei Dipartimenti.

La Direzione Strategica ha ritenuto di dover approvare, in via prioritaria, i regolamenti necessari ai fini dell'organizzazione e del funzionamento di alcune aree come si evince dall'Allegato D "Regolamenti aziendali vigenti", suddivisi per anno di adozione. Potranno, altresì, essere adottati ulteriori regolamenti interni per definire il funzionamento di altri organismi istituiti con l'Atto Aziendale e per l'organizzazione di settori di attività, nonché i regolamenti che eventualmente si rendessero necessari in attuazione di normative Nazionali e Regionali. Tutti i regolamenti adottati verranno pubblicati sul sito web istituzionale dell'azienda.

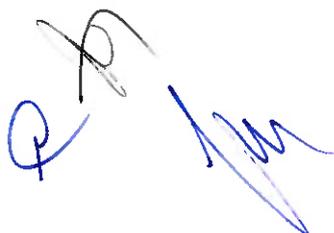
1.3 Normativa di riferimento

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. 2/94 e s.m.i.;
- L. R. 24/2006;
- L. R. n. 20 del 23 dicembre 2015;
- DGRC n. 460/2007 "Approvazione del Piano di Rientro dal Disavanzo e di Riqualificazione e Razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale";
- L. R. 16/2008 per la parte in vigore;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 49/2010 s.m.i. "Riassetto della Rete Ospedaliera e Territoriale e s.m.i.";
- Decreto del Commissario ad Acta n. 55/2010 s.m.i. "Completamento del riassetto della rete laboratoristica";
- Patto per la salute 2010 – 2012 e successivi;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 22/2011 "Piano Sanitario Regionale 2011 – 2013";



- Decreto del Commissario ad Acta n. 32 del 16 maggio 2011: “Decreto Commissariale n. 49 del 27 settembre 2010 - riassetto della Rete Ospedaliera e Territoriale”. Approvazione del Piano Attuativo dell’Azienda Sanitaria Locale Avellino con prescrizioni;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 45/2011 “Approvazione Programmi Operativi 2011 – 2012” e successivi;
- Decreto del Commissario ad Acta n.29 del 14.03.2012 “Riassetto Rete Ospedaliera della provincia di Avellino. Determinazioni”;
- Decreto del Commissario ad Acta n.57 del 14.06.2012 “Programma Operativo 2011-2012 – Approvazione intervento 3.1. – Riqualificazione Rete Emergenza Urgenza” s.m.i.;
- D. L. 6 luglio 2012 n. 95 convertito con modificazioni dalla L. 7 agosto 2012 n.135 avente ad oggetto “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario”;
- D. L. n. 158 del 13/09/2012 “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute” convertito in L. n. 189/2012;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 53/2012 “Approvazione Programmi Operativi 2011 - 2012 – Adeguamento per l’anno 2012” e successivi;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 135 del 10.10.2012 “Approvazione atto di indirizzo per l’adozione dell’Atto Aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Campania”;
- Linee guida per l’accesso alle Cure Palliative;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 6 del 14/01/2013 “Approvazione atto di indirizzo per l’adozione dell’Atto Aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Campania”;
- DCA n. 18 del 18/02/2013 “Approvazione atto di indirizzo per l’adozione dell’Atto Aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Campania – Ulteriori integrazioni”;
- DCA n. 44 del 14/05/2013: “Atto di indirizzo per l’organizzazione dell’assistenza per l’ictus cerebrale (stroke unit). Determinazioni”;
- DCA n. 42 del 04.07.2014;
- Legge 28 dicembre 2015, n. 208 – legge di stabilità 2016;
- DCA n. 33 del 17.05.2016 “Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015”;
- DCA n. 99 del 22.09.2016 “Piano regionale di Programmazione della Rete per l’Assistenza Territoriale 2016 – 2018”;
- DCA n. 14 del 01.03.2017 “Programmi Operativi 2016-2018. Approvazione;
- DCA n. 8 del 01.02.2018 “Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 – Aggiornamento”;



- DCA n. 29 del 19.4.2018 “Annessione all’AORN Moscati di Avellino del Presidio Ospedaliero Landolfi di Solofra quale Presidio con Pronto Soccorso”;
- DCA n. 87 del 05.11.2018 e DCA n. 103 del 28.12.2018: “Piano Regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 – Aggiornamenti”;
- DCA n. 83 del 31.10.2019 : “Piano regionale di Programmazione della Rete per l’Assistenza Territoriale 2019 – 2021”.
- DGRC n. 19 del 18/01/2020: “ Presa d’atto e recepimento del “Piano Triennale 2019 – 2021 di Sviluppo e Riqualficazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191” approvato con DCA n. 6 del 17/01/2020, ai fini dell’ uscita dal commissariamento.
- DGRC n. 378 del 23/07/2020: Adozione Piano di Riorganizzazione/ Potenziamento delle attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cura della Regione Campania integrazione ed aggiornamento DGRC n. 304 del 16.06.2020
- DGRC n. 682 del 13/12/2022 “Linee guida sugli interventi di riordino territoriale della Regione Campania in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza recepite dal decreto ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022”.

1.4 Missione - Visione e Principi generali – Trasparenza e Integrità

La **missione** dell’azienda è “promuovere e tutelare la salute dei cittadini dell’ambito territoriale di pertinenza; assicurando processi sanitari e socio sanitari che, con approccio integrato, rispettino i criteri di appropriatezza d’uso delle risorse ed i principi del miglioramento continuo della qualità e sicurezza delle cure, nel rispetto dei vincoli di bilancio”. Tra gli interventi fondamentali per promuovere e tutelare la salute dei cittadini, l’Azienda ritiene vi siano l’educazione sanitaria della popolazione residente, la prevenzione soprattutto primaria e secondaria, quindi la diagnosi precoce e l’assistenza domiciliare e territoriale, la partecipazione dei Presidi Ospedalieri alla rete dell’emergenza ed alle reti tempo dipendenti, mezzi indispensabili per contenere anche la spesa sanitaria. Per procedere in tal senso è necessario un approccio integrato tra tutti i soggetti che direttamente o indirettamente sono coinvolti nel bene salute.

La visione dell’Azienda consiste nel voler essere parte di un sistema diffusamente orientato al miglioramento continuo della qualità dell’assistenza per soddisfare bisogni sempre più complessi dei cittadini, avvalendosi dell’evoluzione delle tecniche e delle conoscenze.

I mutamenti intervenuti nel quadro demografico e socioeconomico della provincia di Avellino, 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 definito ed aggiornato, richiedono una significativa capacità di adattamento delle politiche sanitarie poiché i bisogni, sempre più articolati e complessi, i nuovi e vecchi determinanti di salute – da ricercare nelle condizioni

sociali, economiche, culturali e comportamentali di una popolazione – non consentono più le vecchie risposte settoriali. La ASL Avellino tende ad assicurare risposte unitarie che considerino la persona nella sua globalità, che tengano conto delle prospettive fisiche, economiche, sociali, culturali e di genere della popolazione, delle disuguaglianze nella salute e sappiano garantire assistenza senza soluzione di continuità. Il progresso culturale e scientifico della medicina e delle scienze sanitarie, associati ad una rilevante evoluzione tecnologica, hanno profondamente ridefinito gli spazi e le possibilità di intervento dei servizi sanitari e reso sempre più evidente che l'obiettivo del sistema deve essere tradotto nel raggiungimento di importanti "guadagni di salute". Tutto ciò mentre sempre più pressante diventa la necessità di gestire in maniera condivisa, efficace ed efficiente le risorse disponibili.

Necessario è quindi considerare la natura multifattoriale e multidimensionale della salute, oggi intesa come esito di fattori – i determinanti di salute – in parte modificabili come l'ambiente, le produzioni alimentari, i fattori socio - culturali, l'accesso ai servizi, lo stile di vita. Determinanti di salute che, unitamente alla organizzazione sanitaria e alla erogazione delle prestazioni, costituiscono nell'insieme il welfare nella sua accezione più complessiva (fattori ecologici, etologici, ambientali, comportamentali, socio-culturali, etc.). Pertanto occorre un sempre maggiore impegno nel progettare ed organizzare modalità di erogazione delle cure e dell'assistenza che siano basate sull'appropriatezza delle prestazioni erogate, sulla continuità delle cure, sulla multi professionalità, sull'interazione dei professionisti e sull'integrazione dei processi, oltre che sulla sistematicità dei rapporti con i cittadini e con le loro aspettative, con gli enti locali e con quanti direttamente o indirettamente contribuiscono alla salvaguardia del bene salute. Parimenti è necessario tenere nel dovuto conto il vincolo dell'equilibrio economico - finanziario della ASL che si pone quale condizione ineludibile per la sostenibilità dell'intero Sistema Sanitario Regionale.

L'Atto Aziendale definisce l'assetto organizzativo, i principi e le regole generali di funzionamento delle strutture in grado di garantire:

- 1) accentramento dei poteri di programmazione e di indirizzo in capo al Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo aziendale in rapporto fiduciario;
- 2) decentramento dei poteri gestionali attraverso un organico sistema di deleghe ai dirigenti preposti alle strutture organizzative individuate come centri di responsabilità;
- 3) dipartimentalizzazione di aree funzionali omogenee, nelle quali confluiscono, trasformandosi, le funzioni dei servizi afferenti, con l'assunzione, da parte dei dipartimenti, del coordinamento tecnico, della individuazione delle priorità rispetto agli obiettivi da raggiungere, delle metodologie e degli strumenti tecnici da utilizzare, anche attraverso la verifica dei risultati conseguiti;
- 4) adeguati livelli di qualificazione e economicità dell'attività;
- 5) flessibilità organizzativa e procedurale;
- 6) integrazione trasversale delle competenze e dei servizi;
- 7) legittimità, imparzialità, trasparenza dell'azione amministrativa;



- 8) umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza;
- 9) promozione delle attività valutative e di miglioramento continuo della qualità.

I valori fondanti del presente Atto Aziendale rappresentano i criteri che nella ASL Avellino orientano gli scopi, le intenzioni e le azioni di tutte le persone che lavorano nell'Azienda e che contribuiscono alla copertura della sua missione; costituiscono il comune punto di riferimento per la definizione dell'interesse generale dell'organizzazione aziendale.

Affidabilità

L'Azienda nell'insieme delle sue componenti agisce adeguando con continuità e costanza le azioni, i comportamenti e il servizio prodotto alla necessità della popolazione di riferimento, alle priorità e agli obiettivi a tal fine fissati. Gli impegni vengono assunti limitatamente alle aree nelle quali si è in grado di assicurare, mantenere e sviluppare i livelli di competenza. Più nello specifico significa:

1. dichiarare a priori ciò che si può e si vuole fare;
2. mantenere la parola data nei confronti dell'esterno e dell'interno;
3. rispettare i tempi stabiliti;
4. risolvere problemi e situazioni estemporanee di emergenza;
5. assicurare la coerenza delle azioni e dei risultati agli impegni assunti;
6. assicurare efficienza e tempestività nell'assolvimento degli impegni assunti senza necessità di solleciti;
7. ricercare con tenacia le soluzioni dei problemi complessi, soprattutto quando attengono alla parte di popolazione più debole.

Centralità del cittadino.

Il sistema dei servizi dovrà concentrare l'attenzione, l'impegno e la pratica professionale sulla ricerca della soddisfazione del cittadino sviluppando rapporti di fiducia e comprensione. Deve anche rendere facilmente disponibili e accessibili le informazioni necessarie all'utente per il proprio orientamento, la scelta e l'accesso alle prestazioni di cui necessita. Deve impegnarsi nel miglioramento continuo della qualità dei servizi. A tal fine è necessario che le persone che prestano la propria attività in nome e per conto dell'Azienda operino per:

1. ricercare le ragioni e gli obiettivi che sottendono alle posizioni degli interlocutori;
2. rendere sistematicamente disponibili informazioni e notizie utili alla scelta consapevole delle prestazioni e dei servizi, delle sedi e delle modalità di erogazione degli stessi, stimolando suggerimenti sui servizi ricevuti per migliorarne la qualità;
3. adeguare l'organizzazione dei servizi alle necessità dei target assistenziali ed evitare prestazioni non appropriate;



4. privilegiare prestazioni che, a parità di efficacia ed efficienza, siano meno invasive, rispettando l'integrità della persona ed il suo mantenimento nel contesto sociale;
5. accompagnare, quando necessario, l'utente attraverso la complessità dell'articolazione dei servizi aziendali sino a completa soddisfazione del bisogno (presa in carico, percorsi diagnostico - terapeutici e profili di assistenza).

Efficacia e risultati del processo decisionale

Il processo decisionale seleziona le azioni basate su prove di evidenza nella capacità di raggiungere gli obiettivi assistenziali ed organizzativi perseguibili.

Più specificamente si orienta a:

- rispettare ed applicare le regole di funzionamento dell'Azienda e del suo sistema di riferimento;
- motivare e supportare il processo di allocazione delle risorse privilegiando la soluzione di problemi prioritari;
- esplicitare e motivare i comportamenti e le decisioni rendendoli comprensibili agli interlocutori;
- esplicitare i criteri di scelta;
- fissare a priori gli strumenti e i criteri di verifica dei risultati e delle competenze.

Equità

L'Azienda deve garantire, a parità di bisogno e di competenza, pari e tempestiva opportunità di accesso alle prestazioni, ai servizi, alle facility e agli strumenti messi a disposizione dal SSN per assicurare alla popolazione di riferimento livelli di assistenza uniformi nell'intero ambito territoriale aziendale ed adeguati nella loro appropriatezza e qualità nonché economicamente sostenibili.

Flessibilità

L'Azienda deve incentivare tutti gli attori al massimo rendimento, stimolando la capacità di adeguare il comportamento e l'uso delle risorse ai cambiamenti interni ed esterni all'Azienda stessa, rendendo sensibile e specifica l'azione e l'intervento al bisogno assistenziale o organizzativo a cui s'intende dare risposta, sviluppando la capacità di operare in condizioni non standard senza condizionare la realizzazione di un compito alla sua esclusiva coerenza con il ruolo ricoperto; lavorare per progetti, obiettivi e risultati, non solo per compiti e mansioni.

Trasparenza ed integrità

La ASL garantisce la libera circolazione delle idee e delle informazioni sulle procedure, sulle risorse e sui risultati, la visibilità e la comprensibilità del processo decisionale internamente ed esternamente all'Azienda. In particolare significa:



1. definire regole esplicite nell'acquisizione e nella cessione dei servizi o prestazioni e diffonderne la conoscenza;
2. informare costantemente sullo stato di avanzamento verso gli obiettivi e sul grado del loro raggiungimento;
3. stimolare con tutti i possibili strumenti la distribuzione ed il ricevimento di informazioni utili al miglioramento organizzativo;
4. esplicitare i diversi livelli di autonomia e di responsabilità decisionale;
5. dichiarare esplicitamente obiettivi, attese e impegni;
6. valorizzare il capitale umano e professionale;
7. valorizzare l'apporto individuale di gruppo ai risultati positivi per la persona che usa i servizi, per l'efficacia, l'efficienza e il clima dell'organizzazione aziendale;
8. rendere disponibili le informazioni possedute sul contesto, sui processi, sugli obiettivi e sulle prospettive di carriera;
9. rendere prioritariamente disponibili ai professionisti interni, in possesso di titoli accademici e professionali coerenti, le prospettive di carriera nell'ambito dell'ordinamento e dell'organizzazione aziendale, ricorrendo al reclutamento esterno in caso di evidente valore aggiunto di autorevolezza e competenza professionale;
10. supportare il miglioramento professionale e organizzativo con adeguati percorsi formativi;
11. adeguare i sistemi premianti all'importanza del ruolo assolto e al risultato prodotto;
12. favorire la partecipazione dei cittadini nella definizione delle prestazioni sanitarie e nella fruizione dei servizi.

Trasparenza e Prevenzione della Corruzione

L'Azienda in linea con quanto dettato dal D. Lgs. n. 150 del 2009 s.m.i., dal Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33 e dalle delibere ANAC di riferimento, attribuisce particolare rilievo al tema della trasparenza e prevenzione della corruzione valorizzando una nuova nozione di trasparenza intesa come "accessibilità totale delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione". Il nuovo concetto di trasparenza viene inteso quale livello essenziale delle prestazioni erogate, ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione. In tale direzione il "Programma Triennale per la Trasparenza e l'integrità" diviene strumento principe di attuazione della disciplina della trasparenza finalizzata a garantire sia un adeguato livello di informazione che di legalità tesa allo sviluppo della cultura dell'integrità. Con riferimento a tale Programma, la Commissione indipendente per la valutazione, l'integrità e la trasparenza (ex Civit, ora A.N.A.C.) ha emanato la delibera n. 1310 ottobre 2016 e s.m.i., contenenti apposite linee guida che indicano il contenuto minimo e le caratteristiche essenziali del Programma Triennale, a partire dai dati che devono essere pubblicati sul sito istituzionale e relative

modalità di pubblicazione. Il Programma è strutturato nelle seguenti parti, a loro volta suscettibili di articolazioni più specifiche:

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

Per quanto attiene al buon andamento dei servizi pubblici e alla corretta gestione delle relative risorse, la pubblicazione on line dei dati consente a tutti i cittadini un'effettiva conoscenza dell'azione delle pubbliche amministrazioni, con il fine di agevolare la pubblicità delle informazioni alla collettività. La suddetta pubblicità, consentendo dunque una effettiva conoscenza dell'azione delle Amministrazioni, costituisce il principale strumento informativo dell'andamento della performance e del raggiungimento degli obiettivi espressi nel più generale ciclo di gestione della medesima. In altri termini, si persegue la finalità di mettere a disposizione di tutti i cittadini i dati principali sull'andamento dell'amministrazione quali: gli obiettivi, i tempi di realizzazione, i costi specifici e le relative risorse, le modalità adottate e le procedure gestionali ed amministrative. L'Azienda adotta sistematicamente il Piano triennale per la prevenzione della corruzione ed il programma triennale della trasparenza che come previsto dal decreto legge n. 228 del 30 dicembre 2021 è confluito nel Piano Integrato Attività e Organizzazione – PIAO, che comprende inoltre Piano Triennale della Performance, il Piano del Lavoro Agile e il Piano Triennale del Fabbisogno e della Formazione ritenendo lo stesso elemento strategico fondamentale nell'azione di rinnovamento intrapresa.

L'Azienda individua una specifica funzione dedicata alla trasparenza ed alla prevenzione della corruzione.

1.4.1 Qualità e sicurezza delle cure e sistema premiante

L'Azienda Sanitaria Locale Avellino considera il Governo Clinico quale scelta di un approccio integrato al problema della qualità dell'assistenza, riconoscendo che non si tratta di intervenire sulle singole decisioni cliniche per orientarle verso una migliore appropriatezza, ma di fare in modo che i sistemi assistenziali nel loro insieme siano orientati verso tale obiettivo.

In questi ultimi anni, a partire dal D. Lgs. 229/99 fino all'ultimo PSN, la pianificazione e la programmazione nazionale e regionale, hanno posto grande interesse sull'efficacia clinica delle prestazioni e nell'appropriatezza delle stesse, in un'ottica di costante sviluppo della qualità e della sicurezza dell'assistenza. Il Governo Clinico, sinteticamente, ha l'obiettivo di modificare le azioni del sistema dei servizi al fine di rendere le prestazioni appropriate, accessibili, rilevanti per il cittadino – utente, con il miglior

rapporto costo - efficacia. In tale contesto una particolare attenzione la ASL pone alla Gestione del Rischio Clinico, uno dei pilastri della Clinical Governance; tale scelta impone l'implementazione di metodologie che, mediante un approccio sistemico, si prefiggano di esaminare i fattori che influenzano la pratica clinica in ogni suo stadio; la Direzione si fa carico delle indicazioni più consone ad attivare interventi e piani di riduzione degli eventi avversi, facendo leva su un maggior coinvolgimento e responsabilizzazione degli operatori ed una migliore comunicazione e relazione fra professionisti e cittadini, con un approccio integrato fra i servizi dell'Azienda che si occupano delle varie tipologie di rischio, nel rispetto di quanto indicato dall'art. 1 commi 538, 539 e 540 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208 – Legge di Stabilità 2016 e della legge 8 marzo 2017 n. 24 recante “Disposizioni in Materia di Sicurezza delle Cure e della Persona Assistita, nonché in Materia di Responsabilità Professionale degli Esercenti le Professioni Sanitarie”.

Anche al fine di dare piena attuazione all'art. 1, comma 6, del D. Lgs. n. 299/99 in materia di appropriatezza ed economicità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali, è prevista la figura del “Risk Manager”, al fine di garantire la sicurezza della pratica medica. Il “Risk Manager” assume la responsabilità diretta delle iniziative aziendali sull'argomento; risponde inoltre del rispetto dei debiti informativi nei confronti del Ministero della Salute.

Il controllo del Rischio Clinico, sia con riferimento agli eventi sentinella che alle infezioni ospedaliere che ad ogni altro fattore comunque connesso, costituisce, unitamente al contenzioso conseguente, elemento di valutazione delle performance del Direttore Generale e, ove incidente sulla funzione esercitata, deve essere considerato elemento di valutazione dei dirigenti aziendali. Le funzioni di clinical “Risk Manager” vengono contemplate all'interno della UOC Qualità e Accreditamento – Rischio Clinico, con il supporto di un dirigente con incarico professionale. L'Azienda, tramite la struttura dedicata, si dota degli strumenti più idonei per il Governo Clinico con particolare attenzione a quanto previsto nel Piano Sanitario Regionale 2011 – 2013: la Root Cause Analysis, l'Audit Clinico, le Raccomandazioni Ministeriali, l'Evidence Based Medicine, le Linee Guida e SNLG, la Promozione dell'Efficacia delle Prestazioni Sanitarie, la Valutazione Comparativa degli Esiti, la Comunicazione, il Consenso Informato, che assieme alla formazione, alla gestione dei progetti ed alla costruzione dei percorsi di cura e assistenza, rappresentano i pilastri fondamentali della Clinical Governance. La struttura UOC Qualità e Accreditamento – Rischio Clinico si occupa anche di implementare i sistemi premianti, collegati ai processi di valutazione annuale dei dirigenti e alle attività proprie dell'OIV. L'assetto organizzativo dell'Azienda ASL Avellino, definito nel presente atto, si concretizza ricorrendo al modello Dipartimentale e Distrettuale. Da un punto di vista metodologico – organizzativo, la Direzione Aziendale, coadiuvata dal Dipartimento dei Servizi Direzionali e di Staff assume il ruolo di orientamento tecnico e coordinamento generale del Governo Clinico aziendale. Alla Direzione Generale spetta il compito di verificare l'applicazione del miglioramento e del raggiungimento dell'efficacia delle prestazioni, con particolare riferimento alla qualità, sicurezza ed appropriatezza delle stesse



1.4.2 Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini

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

L'iscrizione all'elenco, di cui all'art. 1 comma 18 del D. Lgs: 502/1992, s.m.i., istituito presso la Regione, costituisce presupposto per il concorso delle formazioni sociali private alla programmazione sanitaria regionale.

Il protocollo d'intesa e gli accordi rappresentano gli strumenti attraverso i quali l'Azienda, le associazioni di volontariato e di tutela (iscritte all' Elenco di cui all'art. 2 comma 2 septies del D. Lgs. 229/1999 s.m.i.) e le associazioni dei consumatori stipulano modalità di confronto permanente sulle tematiche della qualità dei servizi e della partecipazione degli utenti, definendo, altresì, l'eventuale concessione in uso dei locali e le modalità di esercizio del diritto di accesso e di informazione. Il Direttore Generale può, altresì, stipulare accordi specifici per la semplificazione di alcuni procedimenti amministrativi anche su proposta degli organismi di rappresentanza dell'utenza. La partecipazione delle organizzazioni dei cittadini e del volontariato accreditato, impegnato nella tutela del diritto alla salute, è un importante mezzo di cambiamento per l'Azienda in quanto rappresenta, con gli strumenti previsti dalla normativa vigente (Indicatori di Qualità dell'Assistenza Sanitaria, Conferenza dei Servizi almeno una volta all'anno, Conferenza dei Sindaci di Distretto, Carta dei Servizi Sanitari, Consulta Sanitaria, Audit Civico), una occasione di miglioramento gestionale.

L'Azienda, in applicazione di quanto dettato dalla normativa nazionale e regionale, è impegnata a coinvolgere i pazienti e le relative organizzazioni nella progettazione ed erogazione dei servizi sanitari in modo da rispondere ai bisogni ed alle preferenze del paziente, in maniera appropriata e secondo il criterio costo - efficacia, con riferimento all'obiettivo di contenimento della spesa, della limitazione della mobilità passiva verso altre aziende e/o verso soggetti privati.

La ASL Avellino assume i seguenti principi: rispetto, scelta, empowerment, coinvolgimento dei pazienti, facilitazione all'accesso e sostegno, informazione. Molti sono gli studi che sostengono infatti il ruolo del paziente come esperto nella propria situazione e quindi in grado di fornire un essenziale contributo alla équipe assistenziale; la partecipazione aumenta la soddisfazione, e l'accettazione delle decisioni prese e del trattamento, riduce eventuali conflitti al verificarsi di eventi avversi. La partnership tra cittadini e Azienda consente di assicurare un uso più appropriato dei servizi, livelli più elevati di efficacia, efficienza ed uso parsimonioso delle risorse pubbliche. L'Azienda è impegnata ad utilizzare metodi e strumenti che favoriscono il processo di empowerment. In particolare saranno fornite conoscenze sulla salute ed i suoi determinanti e istruzioni per favorire un ruolo attivo nella prevenzione dei rischi.

Durante i processi di cura si dovranno promuovere l'approccio della "decisione condivisa" tra clinico e cittadino paziente/utente ed il coinvolgimento nel piano di cura, nella gestione del rischio clinico e nella



dimissione attiva, affinché il paziente acquisisca conoscenze e strumenti per la gestione della propria situazione al rientro nel suo ambiente di vita.

La qualità percepita va considerata una dimensione produttiva della qualità e pertanto sarà pianificata, in modo integrato, nel piano aziendale della qualità, implementata e valutata sistematicamente.

Le organizzazioni dei cittadini e le associazioni del volontariato accreditate verranno coinvolte, nel rispetto dei reciproci ruoli e responsabilità, nelle attività di progettazione, organizzazione e valutazione delle attività per la qualità percepita, nei piani e programmi per il governo clinico, nella costruzione ed implementazione di linee guida, nella diffusione della cultura della qualità, della prevenzione del rischio clinico e dell'uso appropriato dei servizi.

Sul sito istituzionale dell'Azienda è prevista, ai sensi e con le modalità di cui all'art. 32 della L. 18/06/2009 n. 18 e s.m.i., una specifica sezione ove vengono pubblicati, integralmente, gli atti amministrativi (delibere, determine, etc.) e il loro accesso è libero e garantito.

La partecipazione e la tutela dei cittadini sono garantite anche attraverso la Carta dei Servizi ed il programma di gestione della trasparenza e dell'integrità di cui al D. Lgs. 150/2009 s.m.i.

1.4.3 La Carta dei Servizi

L'Azienda predispone e pubblicizza la Carta dei Servizi in conformità al D.P.C.M. 19/5/95 ed alla DGRC n. 369 del 23 marzo 2010, s.m.i. Essa offre alla organizzazione l'opportunità di rivedere e gestire i propri processi in termini di efficienza, focalizzandoli sulla soddisfazione dell'utente, partendo dalla definizione della domanda del servizio da erogare. La Carta è redatta in maniera partecipata con la consultazione delle categorie professionali e delle associazioni di tutela e di volontariato rappresentative del collettivo dell'utenza. La Carta dei Servizi sanitari è il patto tra l'Azienda ed i cittadini, secondo i seguenti principi informativi:

- imparzialità nell'erogazione delle prestazioni e uguaglianza del diritto all'accesso ai servizi;
- piena informazione dei cittadini utenti sui servizi offerti e le modalità di erogazione degli stessi;
- definizione di standard e assunzione di impegni da parte dell'Azienda rispetto alla promozione della qualità del servizio e alla determinazione di modalità di valutazione costante della qualità stessa;
- organizzazione di modalità strutturate per la tutela dei diritti dei cittadini;
- ascolto delle opinioni e dei giudizi, sulla qualità del servizio, espressi dai cittadini direttamente o tramite le Associazioni che li rappresentano attraverso modalità e strumenti di partecipazione e coinvolgimento. La Carta dei Servizi inoltre indica il responsabile del servizio a cui potersi rivolgere per ottenere il rispetto degli impegni dichiarati, nonché le modalità per presentare reclamo, per ricevere risposta e per conoscere cosa il cittadino/paziente/utente possa fare nel caso in cui il suo reclamo sia stato respinto. I destinatari della Carta dei Servizi sanitari sono pertanto tutti coloro che intendono utilizzare i servizi ed usufruire delle prestazioni che l'Azienda eroga. Deve, quindi, essere scritta in modo comprensibile a tutti e contenere le informazioni

che permettano all'utente di conoscere quali prestazioni e servizi l'Azienda stessa si impegna a fornire, ma anche in che quantità, in che modo, in che tempi e con quali standard di qualità. La Carta dei Servizi recepisce gli obiettivi di qualità espressi dalla struttura e riporta in modo chiaro e comprensibile:

- a) la descrizione dell'Azienda sanitaria e i principi fondamentali;
- b) le informazioni sulle strutture e sui servizi forniti;
- c) gli standard di qualità, gli impegni e i programmi;
- d) i meccanismi di tutela e di verifica;
- e) le indicazioni contenute nel Piano Regionale di contenimento delle liste di attesa.

La Carta dei Servizi sanitaria viene pubblicata sul sito internet aziendale, aggiornata annualmente e diffusa mediante idonei strumenti di informazione/comunicazione. Per rendere più agevole le informazioni ai cittadini possono essere redatte Carte dei Servizi monotematiche.

1.4.4 La Conferenza dei Servizi

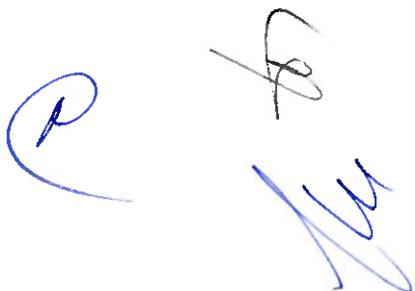
L'art. 14, comma 4, del D. Lgs n. 502/92 e s.m.i. dispone che il Direttore Generale indice, almeno una volta l'anno, apposita Conferenza dei Servizi, quale strumento per verificare l'andamento dei servizi e per individuare interventi tesi al miglioramento delle prestazioni. Nella Conferenza sono resi noti i dati relativi all'andamento dei servizi, allo stato di attuazione degli obiettivi, al grado di raggiungimento, con particolare riferimento allo svolgimento delle attività di tutela degli utenti. Alla Conferenza dei Servizi partecipano anche i rappresentanti delle associazioni che hanno stipulato convenzioni o protocolli d'intesa con l'Azienda. L'Azienda si impegna all'indizione della Conferenza dei Servizi, nel rispetto della normativa vigente.

1.4.5 La Consulta Socio Sanitaria

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

La Consulta Socio Sanitaria, in particolare:

1. fornisce contributi per la programmazione sanitaria e socio sanitaria;
2. elabora proposte finalizzate al miglioramento della qualità e dell'umanizzazione dei servizi;
3. favorisce la partecipazione consapevole degli utenti e delle forze sociali attraverso dibattiti ed altri mezzi adeguati;
4. promuove programmi di educazione sanitaria e collabora per favorire la corretta utilizzazione, da parte dell'utenza, dei servizi e delle prestazioni sanitarie;
5. promuove iniziative volte all'attivazione di sistemi di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe e sulle modalità di accesso;



6. promuove progetti di indagine di gradimento, nonché programmi di ricerca sugli eventi avversi e sulle criticità nell'erogazione dei servizi;

7. partecipa alla Conferenza dei Servizi di cui all'articolo 14, comma 4, del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i.

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

La Consulta Socio Sanitaria è costituita da:

- il Direttore Sanitario;
- i Direttori di Distretto;
- i Direttori di Dipartimento;
- il 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;
- il dirigente dell'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico,
- Il Direttore del Coordinamento Socio Sanitario.

La Consulta Socio Sanitaria è costituita con provvedimento del Direttore Generale e dura in carica due anni. Il suo funzionamento è disciplinato da apposito regolamento aziendale, già adottato dall'Azienda nel mese di dicembre 2017. Per particolari esigenze, anche legate alle specificità del territorio aziendale, il Direttore Generale può, nel provvedimento di costituzione della Consulta, prevedere la partecipazione di altri soggetti istituzionali.

1.4.6 Audit Civico e il Comitato di Partecipazione

L'Audit Civico rappresenta un altro degli strumenti che garantisce la partecipazione, da parte dei cittadini e delle associazioni di volontariato e tutela, alle politiche sanitarie aziendali. È, infatti, una metodologia che ha la finalità di promuovere la valutazione, da parte dei cittadini, della qualità delle prestazioni dell'Azienda Sanitaria Locale. Il Comitato di Partecipazione è un organismo composto da rappresentanti delle associazioni di volontariato e tutela sotto il coordinamento dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

La ASL Avellino, che ha aderito volontariamente per la prima volta nel 2007 al Progetto Audit Civico realizzato con Cittadinanza Attiva e finalizzato alla messa a punto di procedure volte a sostenere azioni di miglioramento delle politiche sanitarie, intende adottare l'Audit Civico come strumento di partecipazione dei cittadini al processo valutativo della qualità delle prestazioni, dell'appropriatezza dei percorsi di cura, dell'adequazione dell'offerta dei servizi. Di fatto, l'analisi critica e sistematica dell'azione dell'Azienda che ha, come protagonisti, i cittadini e, come quadro di azione, la collaborazione tra le organizzazioni civiche e l'Azienda stessa, consente di integrare, qualificandolo ulteriormente, l'impianto complessivo del



monitoraggio delle strutture e dei servizi, così da poter disporre di elementi conoscitivi e contributi informativi altrimenti non noti.

A tal fine l'Azienda si impegna a promuovere, secondo un programma definito annualmente con le organizzazioni civiche locali ed in relazione alle iniziative che saranno assunte a livello regionale, attività strutturate di Audit Civico, mettendo in connessione la fase di valutazione ad esso riferita con la successiva fase decisionale della Direzione, attraverso un percorso innovativo che è possibile definire di programmazione partecipata e che mira, fundamentalmente, ad introdurre l'orientamento al cittadino nell'organizzazione e nella gestione dei servizi sanitari e socio sanitari.

1.5 Relazioni Sindacali

Il processo di programmazione aziendale deve prevedere la costanza di rapporti con tutte le parti interessate, in particolare quelle rappresentative di interessi collettivi come le OO. SS. e le rappresentanze sindacali unitarie dei lavoratori. In base a quanto previsto dai contratti collettivi nazionali, viene affermato il principio della correttezza delle relazioni sindacali, della reciproca autonomia e della chiara distinzione dei ruoli, ma nel contempo un'effettiva assunzione e riconoscimento delle reciproche responsabilità, la precisa individuazione dei confini fra contrattazione decentrata, concertazione, informazione e consultazione, che diventano aspetti ineludibili per un trasparente e proficuo espletamento delle rispettive attività con l'obiettivo di contemperare l'interesse dei dipendenti ed il miglioramento delle condizioni di lavoro e di sviluppo delle professionalità, con l'esigenza di incrementare l'efficienza, l'efficacia e la qualità dei servizi erogati alla collettività. L'Azienda favorisce lo sviluppo di relazioni sindacali improntate ad una serena partecipazione dei dipendenti e delle organizzazioni sindacali rappresentative nei limiti delle rispettive competenze e secondo quanto previsto in sede di contrattazione nazionale (CCNL) e dalle leggi vigenti. Il sistema delle relazioni sindacali, nel rispetto della distinzione dei ruoli e delle responsabilità delle parti è strutturato in modo coerente con l'obiettivo di contemperare l'interesse dei lavoratori al miglioramento delle condizioni di lavoro e allo sviluppo professionale con l'esigenza di incrementare e mantenere elevate l'efficacia e l'efficienza dell'attività amministrativa e dei servizi erogati alla collettività, in relazione al perseguimento dei fini pubblici ai quali l'azienda è preordinata. I rapporti si sostanziano fundamentalmente nei seguenti modelli relazionali, così come indicati dai rispettivi CC. NN. LL. e dal D. Lgs 27/10/2009 n. 150 s.m.i.:

- a) contrattazione collettiva e integrativa tra i soggetti e sulle materie, i tempi e le modalità indicate nelle normative succitate;
- b) informazione;
- c) concertazione;
- d) consultazione.

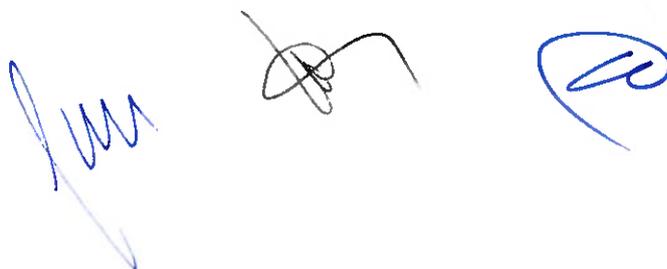


I suddetti rapporti vengono meglio precisati con apposito regolamento aziendale. Il regolamento, già adottato formalmente dall'Azienda nel mese di dicembre 2017, prevede la garanzia dell'effettiva fruizione delle prerogative e diritti per l'esercizio delle attività sindacali e tiene conto, nella sua formulazione, delle prerogative sindacali stabilite dai CCNL, conformemente a quanto disposto dal D. Lgs. 150/2009 s.m.i., come modificato ed integrato dal D. Lgs. 141/2011 e s.m.i.

1.6 La comunicazione istituzionale

La comunicazione istituzionale rappresenta uno dei terreni su cui si gioca la sfida del cambiamento. Attraverso le attività di informazione e comunicazione l'Azienda può rispondere da una parte ai doveri di trasparenza, imparzialità e parità di accesso che le leggi assicurano a tutti i cittadini, dall'altra si organizza per svolgere il proprio mandato istituzionale con un maggiore livello di coerenza rispetto ai bisogni dei cittadini.

I mutamenti nella struttura sociale hanno portato a nuove configurazioni nei rapporti interni alla società che attivano una domanda di relazione più personalizzata ed efficace. Essi richiedono all'Azienda la capacità di fornire risposte sempre più complesse, estese e differenziate; nel contempo una più diffusa consapevolezza dei diritti di cittadinanza modifica la relazione tra cittadini e amministrazione. Comunicare con i cittadini in maniera studiata, meditata, efficace, imparziale ed integrata stimola la percezione e trasmette l'idea di una struttura amministrativa e di una organizzazione che funziona e che agisce in maniera coordinata. Per questo le attività di comunicazione accompagnano le strategie dell'organizzazione e si configurano come uno strumento della policy making in tutte le sue fasi, dalla individuazione dei problemi fino alla valutazione degli impatti prodotti dalle azioni sia di carattere sanitario che amministrativo. L'Azienda persegue i propri obiettivi strategici adottando sistemi di comunicazione interna ed esterna convergenti ed idonei al risultato, utilizzando sia strumenti tradizionali che nuove tecnologie di comunicazione. In questa concezione la comunicazione interna è intesa dalla ASL come messa in comune e costruzione di esperienze, valori, responsabilità, come creazione di identità e di condivisione dei processi organizzativi. Al pari della comunicazione esterna, essa rappresenta il motore dello sviluppo e quindi la leva organizzativa e strategica. La comunicazione interna si pone come complementare e funzionale alla comunicazione esterna, dalla quale si distingue perché veicolo principale per condividere qualsiasi tipo di messaggio, sia informativo che funzionale, da parte dell'utente interno all'Azienda stessa. La circolazione del flusso di informazioni, in una Azienda a vasta estensione territoriale come l'ASL Avellino è convogliata in una rete strutturata di canali di divulgazione, in modo che sia facilmente fruibile e riconoscibile, sia per essere consultata che per essere alimentata. Ogni dipendente è messo nelle condizioni di conoscere i programmi dell'Azienda, di individuare il senso del proprio ruolo e di costruire e mantenere la propria identità aziendale e professionale. Perciò la comunicazione interna è impiegata a rendere espliciti, nell'organizzazione, i diversi apporti ma, soprattutto,



ne deve valorizzare le integrazioni. Si tratta di rendere riconoscibile il ruolo di ciascuno ma anche di comunicare come tutti concorrono al raggiungimento delle sfide strategiche e degli obiettivi operativi che l'Azienda si è data.

L'Azienda è tenuta a predisporre annualmente il Piano di Comunicazione, che è uno degli strumenti in grado di coniugare strategie, obiettivi, destinatari, azioni e strumenti di comunicazione secondo un disegno organico e razionale. Il Piano di Comunicazione aiuta il governo della comunicazione nel senso che ne consente la finalizzazione (perché comunicare), ne individua gli attori (chi comunica e a quali destinatari), ne indica i prodotti (cosa si deve realizzare), ed indica con quali strumenti e con quali risorse si deve effettuare.

Nel Piano di Comunicazione aziendale la ASL Avellino comprende la definizione degli strumenti di ICT – Tecnologie dell'Informazione e della Comunicazione. La diffusione dei supporti tecnologici, con un riferimento particolare alle tecnologie informatiche, aumenta di gran lunga le potenzialità offerte dalla comunicazione in termini di capillarità di velocità di diffusione del messaggio. Nel Piano di Comunicazione devono essere previsti lo sviluppo di varie soluzioni tecnologiche per scambiare informazioni e attivare relazioni, sia all'interno dell'Azienda, sia con i cittadini.

La comunicazione istituzionale, oltre che essere una attività di ciascun operatore dell'Azienda, che può essere esercitata previa autorizzazione del Direttore Generale, è affidata per aspetti specifici ed innovativi e comunque sempre previa autorizzazione del Direttore Generale, ad un insieme di strutture quali la UOC Sistemi Informativi e Informatici, la UOC Qualità e Accreditamento - Rischio Clinico, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) ed altre strutture aziendali appositamente individuate dal Direttore Generale, con il supporto di un dipendente/dirigente giornalista/pubblicista professionista; in assenza di tale professionalità aziendale si farà riferimento a quanto previsto dalla legge 150/2000 s.m.i.

Fermo restando la molteplicità di soggetti che in una ottica di integrazione curano i vari aspetti della comunicazione interna ed esterna al fine di migliorare l'immagine dell'Azienda, in ottemperanza alle norme esistenti ed in particolare alla già citata Legge 7 giugno 2000, n. 150, s.m.i., ad oggetto: "Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni", la responsabilità delle attività di informazione resta in capo al portavoce ed all'addetto stampa e la responsabilità della comunicazione all'ufficio per le relazioni con il pubblico. Il Direttore Generale può essere coadiuvato da un portavoce, anche esterno all'amministrazione, con compiti di diretta collaborazione ai fini dei rapporti di carattere politico - istituzionale con gli organi di informazione. Il portavoce, incaricato dal Direttore Generale, non può, per tutta la durata del relativo incarico, esercitare attività nei settori radiotelevisivo, del giornalismo, della stampa e delle relazioni pubbliche. L'Ufficio per le relazioni con il pubblico ha, tra l'altro, la responsabilità di attuare, mediante l'ascolto dei cittadini e la comunicazione interna, i processi di verifica del gradimento dei servizi da parte dei cittadini e degli utenti. L'attività dell'addetto stampa è in via prioritaria indirizzata ai mezzi di informazione di massa. Il campo di interesse prevalente della UOC Qualità e Accreditamento – Rischio Clinico resta quello della Comunicazione quale uno dei pilastri del Governo Clinico e quale strumento di

riduzione dei rischi clinici, in tal senso saranno attivati specifici percorsi formativi. L'UOC Sistemi Informativi e Informatici dovrà sviluppare ed attuare le nuove tecnologie informatiche della informazione e della comunicazione. Il portavoce, qualora individuato dall'Azienda e l'addetto stampa, incaricati secondo quanto dispone la citata Legge 150/2000, s.m.i., fermo restando la loro autonomia dirigenziale, fanno riferimento alla Direzione Strategica Aziendale. L'URP, l'Addetto Stampa ed i Sistemi Informativi redigono il Piano di Comunicazione, ognuno per la parte di competenza; il Piano viene sottoposto alla approvazione del Direttore Generale.

1.7 Le modalità di rapporto e di collaborazione dell'Azienda con le altre aziende sanitarie nonché con enti ed organismi, di cui all'articolo 4, comma 3, del D. Lgs n. 502/1992 e s.m.i.

L'Azienda riconosce come centrale il rapporto con altri soggetti, in primis l'Azienda Ospedaliera di Avellino, ma poi le Aziende Sanitarie limitrofe come quella di Benevento, l'Istituto Pascale di Napoli, l'Istituto Zooprofilattico di Portici, il CNR, ecc., con le quali intende ricercare forme di collaborazione in termini di programmazione, di coordinamento di progetti e di sviluppo di standard qualitativi di servizio per ricercare modalità confrontabili di offerta e per creare le condizioni di qualificazione della stessa.

Tale collaborazione si può sostanziare attraverso atti che prevedano, ad esempio:

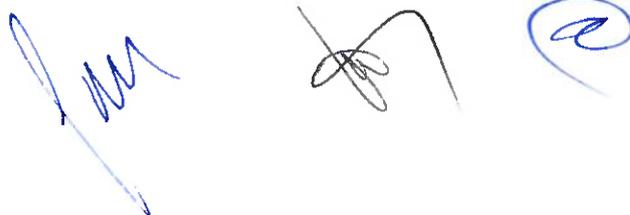
- la definizione e stesura di protocolli di collaborazione in particolare accordi di confine della rete dell'emergenza/urgenza 118;
- la creazione di strutture interaziendali, con personale operante nelle Aziende interessate;

L'Azienda si impegna a perseguire, attraverso un continuo e sistematico confronto con le altre Aziende Sanitarie, Università e I.R.C.C.S., la definizione di accordi di cooperazione che sanciscono le linee di collaborazione operative attuabili.

Analogo impegno è rivolto alla individuazione di collaborazioni con Società Scientifiche e Centri di Ricerca, con organizzazioni no profit operanti in ambito sanitario e socio - assistenziale, con volontariato accreditato, con le altre strutture private accreditate, gli enti locali, le scuole.

1.8 I rapporti con gli Enti Locali

L'Azienda ritiene di prioritaria importanza stabilire contatti con le Amministrazioni Locali che risultano essere i principali interlocutori e facilitatori per fornire ai cittadini corretti strumenti di informazione che consentono di evitare rischi, di attuare comportamenti salutari e di conoscere e saper individuare adeguatamente ed in tempo utile i possibili segnali di malattia. In quest'ottica è auspicabile individuare una sede utile per una riflessione, non episodica, sulla programmazione della sanità provinciale partendo



dall'analisi della situazione esistente, anche alla luce dei grandi mutamenti presenti ed ancora più in itinere della realtà regionale in sanità. I rapporti di collaborazione con gli Enti Locali vedono la loro piena attuazione sia nell'ambito della Conferenza dei Sindaci e della loro rappresentanza (Comitato di Rappresentanza della Conferenza dei Sindaci) con compiti di vigilanza generale sull'Azienda e sull'operato del Direttore Generale, sia nel Comitato dei Sindaci di Distretto che esplica funzioni consultive e propositive sulla programmazione distrettuale delle attività. Ulteriori rapporti di collaborazione si realizzano con i Comuni in un processo di programmazione congiunta.

1.9 Le modalità con cui dare attuazione alle disposizioni di cui al D. Lgs n. 28/2010 - disciplina sulla mediazione finalizzata alla conciliazione nelle controversie civili e commerciali.

Con l'approvazione del decreto legislativo n. 28/2010 che attua quanto disposto dall'art. 60 della Legge 69/2009 in materia di "Mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali" con l'obiettivo di smaltire nei tempi rapidi il crescente numero di denunce civili, il legislatore ha introdotto un sistema organico sulla mediazione. L'art. 5 comma 1 prevede l'obbligo di esperire preventivamente il procedimento di mediazione per chi intenderà rivolgersi al giudice per una controversia sorta in una serie di materie, tra le quali: diritti reali, risarcimento del danno derivante da responsabilità medica, contratti assicurativi, etc. L'Azienda, in ottemperanza al summenzionato decreto legislativo, individua gli "organismi di mediazione" e, di conseguenza i mediatori che abbiano i requisiti previsti dalla norma.

The image shows three handwritten signatures in blue ink. One is a large, stylized 'P' on the left. Another is a more complex, cursive signature in the upper right. The third is a signature that appears to be 'M...' or similar, located below the first signature.

2 Gli elementi identificativi

L'Azienda Sanitaria Locale Avellino, di seguito denominata Azienda o ASL, è costituita in Azienda, con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 comma 1 bis del D. Lgs. 229/99, con D. G. R. C. n. 505 del 20/03/2009 ed è contraddistinta da autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. Essa, ai sensi e per gli effetti dell'art. 2 della L. R. n.16 del 28 novembre 2008, è costituita dall'unificazione degli ambiti territoriali delle preesistenti Aziende Sanitarie Locali Avellino 1 ed Avellino 2, che, conseguentemente sono state dichiarate estinte.

L'Azienda ha sede legale in Via degli Imbimbo 10/12 – 83100, Avellino.

CF e P. IVA 02600160648.

Centralino Tel.: 0825/29.11.11

Il logo dell'Azienda è il seguente:



Il sito Internet dell'Azienda è all'indirizzo web: www.aslavellino.it

2.1 Orografia e cenni demografici

L'Irpinia confina a nord con il Sannio, ad ovest con l'agro nolano e l'agro nocerino sarnese, a sud con la provincia di Salerno e il Vulture e ad est con la Daunia. Si estende sulla parte centro-orientale della Campania, non ha uno sbocco al mare e presenta un territorio prevalentemente montuoso. I suoi limiti naturali sono il Sub Appennino Dauno ad est, il corso del fiume Ofanto ed i Monti Picentini a sud, il massiccio del Partenio ad ovest, la Valle Caudina, il corso del fiume Ufita e la valle del Miscano a nord. Il clima si presenta rigido d'inverno, quando non mancano le precipitazioni a carattere nevoso, ma relativamente mite d'estate. Nel corso dell'anno le precipitazioni sono molto abbondanti nella parte occidentale dove superano i 1.220 mm, meno in quella orientale dove a mala pena si arriva a 600 mm. Il territorio si presenta come un intrigo di valli ed alture, tra le quali si inerpicano numerosi fiumi e torrenti. Tra questi si possono annoverare il Calore Irpino, l'Ofanto ed il Sele. Il Calore attraversa il territorio trasversalmente in direzione sud - nord per circa 44 km (sugli 80 km totali del suo corso), dalle sorgenti, che si trovano a Montella ad una quota superiore ai 1600 m s.l.m., fino ad arrivare nel Beneventano dove confluisce nel Volturno. L'Ofanto nasce, invece, in "Alta Irpinia" nei pressi di Nusco e percorre la parte orientale della regione per 68 km, prima in direzione ovest - est, formando il lago di Conza, per poi procedere verso nord nei pressi della confluenza con l'Atella,

marcando il confine con la Basilicata. Il Sele, il più importante fiume della Campania, nasce a Caposele dal monte Paflagone contrafforte del Monte Cervialto, ad una quota poco superiore ai 400 m s.l.m., ma percorre l'Irpinia per soli 12 km prima di sfociare nel golfo di Salerno, a Paestum. Altri corsi di rilievo sono il Sabato e l'Ufita, entrambi affluenti del Calore che nascono rispettivamente dai monti Accellica e Formicoso. Seguono, poi, il Cervaro, torrente pugliese che attraversa l'estremo lembo orientale della regione per 34 km ca., dando il nome all'omonima valle, ed il Calaggio, che dalle sue sorgenti, in agro di Vallata, attraversa l'Alta Irpinia per 28 km ca. prima di rientrare in territorio pugliese. I fiumi ed i torrenti testimoniano l'abbondanza di risorse idriche nel territorio, le quali vengono sfruttate per "dissetare" le regioni circostanti attraverso opere di canalizzazione. È questo il caso, infatti, delle sorgenti del Sele e dell'invaso di Conza della Campania, in parte utilizzati dall'Acquedotto Pugliese o del "Canale di Serino" utilizzato già in epoca romana per portare l'acqua nella piana campana. Per quanto riguarda l'orografia del territorio, le cime più imponenti si ergono nella zona sud-orientale. È qui, infatti, che si trovano i monti Cervialto, nel Comune di Bagnoli Irpino e Terminio in quello di Montella, massicci di origine carsica rispettivamente di 1809 e 1786 m. Nell'area occidentale, invece, la conformazione è di origine argillosa. Per tale ragione i rilievi raggiungono altezze inferiori. Di questo territorio fanno parte la dorsale dell'Appennino dalla Sella di Ariano alle sorgenti del Sele, passando per i rilievi della Baronìa di Vico. La parte sud-occidentale della dorsale prende il nome di "Altopiano del Formicoso" ed ha un'altitudine media di circa 800 m s.l.m. Quest'area viene comunemente designata con il nome di "Alta Irpinia". Altri complessi montuosi di rilievo sono i Monti Picentini ed il Partenio.

Tabella 1 - Rilievi montuosi della Provincia

Nome del monte	(>1500 m s.l.m.)	Comuni compresi
Cervialto	1.810	Calabritto , Bagnoli Irpino .
Polveracchio	1.790	Acerno , Campagna , Senerchia .
Terminio	1.786	Montella , Volturara Irpina , Serino .
Sierro dei Cuoppi	1.683	Senerchia .
Accellica	1.660	Acerno , Giffoni Valle Piana , Montella .
Raiamagra	1.646	Bagnoli Irpino .
Cervarulo	1.632	Calabritto .
Raia della Volpe	1.631	Senerchia .
Mai	1.607	Calvanico .
Calvello	1.579	Caposele , Lioni , Calabritto , Bagnoli Irpino .
Boschetiello	1.574	Senerchia .
Sierro della Pica	1.536	Senerchia .
Monte Croce	1.533	Senerchia .

Il vasto territorio della Azienda Sanitaria Locale Avellino (2.806,07 Km² circa) si compone di due comprensori con caratteristiche diverse. Il territorio che si estende ad est della provincia, di circa 1950 Km²,

a confine con le Regioni Puglia e Basilicata, a cavallo dell'Appennino Campano, sul quale insistono n. 54 piccoli Comuni, è per la quasi totalità collinare e montuoso (ben tre comunità montane), penalizzato da una insufficiente dinamica dei collegamenti interni che ha indotto un forte senso di appartenenza territoriale. Esistono almeno 3 realtà territoriali ancora scarsamente integrate fra loro (Arianese; Valle del Calore; Alta Irpinia). Questo comprensorio è caratterizzato inoltre da un ridotto numero di abitanti con densità abitativa di circa 85 ab./Kmq. (si va da un massimo di circa 140,19 ab/Kmq. nella Valle del Calore ad un minimo di circa 60,27 ab/Kmq nel comprensorio territoriale dell'Alta Irpinia); da una popolazione con notevole presenza di anziani con prevalenza degli over 65 sugli under 15 (25.000 ab. circa); da una difficile viabilità interna con segregazione di fatto di alcune zone rispetto ad altre. È costante il calo demografico dovuto all'invecchiamento della popolazione e alla ripresa del fenomeno dell'emigrazione per motivi di lavoro. L'altra parte di territorio, ad ovest della provincia, di circa 856 Km², ha una densità di popolazione notevolmente superiore alla precedente, pari a 318,89 ab. per Km². e si estende nello spazio geografico definito la "Conca" di Avellino, un'ampia ed irregolare depressione posta tra le masse rilevate dell'Appennino e dell'Anti Appennino campani. Il massiccio del Partenio a ovest e i monti di Lauro a sud chiudono e dividono la Conca rispetto al Beneventano e alla piana campana. Il massiccio del Terminio la separa ad est e a sud - est dalla piana di Salerno e rilievi minori ne orlano il lato nord - est delineando il passaggio verso la Puglia. I Comuni serviti in questa parte del territorio sono 64. L'ASL di Avellino confina con le ASL Salerno, Napoli 3 Sud e Benevento.

I tempi di percorrenza con l'utilizzo della rete stradale sono relativamente lunghi ad eccezione dei paesi che si trovano nelle vicinanze delle tre grandi arterie che attraversano il territorio ad est della provincia:

- l'autostrada Napoli - Bari che da ovest verso est tocca i Comuni di Mirabella, Grottole, Vallata e Lacedonia.
- la statale Ofantina bis (Contursi - Avellino) che tocca i Comuni di Calabritto, Caposele, Lioni, Nusco, Montella.
- la statale Ofantina che partendo dai confini della Puglia si svolge lungo il letto del fiume Ofanto e tocca i comuni di Calitri e Monteverde, per poi ricongiungersi all'altezza di Lioni con la precedente arteria.

Le comunicazioni attraverso la rete ferroviaria sono praticamente inesistenti. Il collegamento con autolinee regionali è assicurato in gran parte dei Comuni, con una frequenza di corse talvolta ridotta, per cui per i collegamenti fra i diversi paesi e quindi con le strutture sanitarie ospedaliere e territoriali bisogna ricorrere all'uso di mezzi privati.

Distanze chilometriche e tempi di percorrenza (il più rapido) tra i Comuni sedi di Presidio Ospedaliero e di SPS della ASL di Avellino ed il Comune capoluogo sede della A.O. Moscati (sito internet Michelin)



Tabella 2 - Distanze chilometriche tra i vari Presidi della ASL Avellino e l'A.O.R.N. Moscati di Avellino

Comuni da ... a ...	Distanza	Tempo
Ariano - Avellino	53 Km	00 h 59 minuti
Ariano - S. Angelo dei Lombardi	33 Km	00 h 45 minuti
Ariano - Bisaccia	42 Km	1 h 02 minuti
S. Angelo dei Lombardi - Bisaccia	24 Km	00 h 34 minuti
S. Angelo dei Lombardi - Avellino	48 Km	00 h 57 minuti
Bisaccia - Avellino	82 Km	1 h 15 minuti



Figura 1-Territorio di Competenza ASL Avellino

I dati demografici

L'ambito territoriale dell'Azienda coincide con il territorio della Provincia di Avellino e comprende 118 comuni per una superficie totale di 2.806,07 Km² circa ed una popolazione complessiva di 399.623 abitanti di cui 195.796 maschi (49%) e 203.827 femmine (51%). Rapporto maschi/femmine = 0,96%.

Tabella 3 - Tabella 3 - Popolazione per distretto - ASL Avellino (Dati ISTAT al 01.01.2022).

Distretti	N. comuni	Estensione territoriale km ²	N. Abitanti	N. ab/km ²
01	29	821,72	80.461	120,21
02	7	106,38	35.343	442,78

(Handwritten signature in blue ink)

03	25	1118,10	57.359	76,35
04	16	196,72	91.778	1.779,15
05	28	417,22	95.917	1.276,83
06	13	145,98	38.765	376,67
Totale	118	2.806,07	399.623	142,41

Tabella 4-Comuni afferenti all'ASL Avellino e popolazione per distretto (dati ISTAT al 01.01.2022)

DISTRETTO 01 – Ariano Irpino - Comuni: n. 29							
Superficie di 186,74 kmq – Densità abitativa: 120,21 ab/kmq							
Comune	0 - 14	15 - 64	> 65	Totale	Ind. Vecchiaia	Ind. Dip. Anziani	Ind. Dip. Strutturale
Ariano Irpino	2444	13581	5218	21243	213,50	38,42	56,42
Bonito	234	1476	502	2212	214,53	34,01	49,86
Carife	136	783	372	1291	273,53	47,51	64,88
Casalbore	155	993	447	1595	288,39	45,02	60,62
Castel Baronia	114	689	260	1063	228,07	37,74	54,28
Flumeri	310	1615	653	2578	210,65	40,43	59,63
Fontanarosa	288	1823	752	2863	261,11	41,25	57,05
Frigento	335	2244	854	3433	254,93	38,06	52,99
Gesualdo	352	2080	824	3256	234,09	39,62	56,54
Greci	52	304	234	590	450,00	76,97	94,08
Grottaminarda	974	5025	1666	7665	171,05	33,15	52,54
Luogosano	117	747	231	1095	197,44	30,92	46,59
Melito Irpino	221	1122	437	1780	197,74	38,95	58,65
Mirabella Eclano	727	4409	1672	6808	229,99	37,92	54,41
Montaguto	23	196	131	350	569,57	66,84	78,57
Montecalvo Irpino	351	2050	954	3355	271,79	46,54	63,66
Paternopoli	236	1348	558	2142	236,44	41,39	58,90
San Nicola Baronia	80	495	182	757	227,50	36,77	52,93
San Sossio Baronia	177	925	415	1517	234,46	44,86	64,00
Sant'Angelo all'Esca	58	469	214	741	368,97	45,63	58,00

Savignano Irpino	118	584	306	1008	259,32	52,40	72,60
Scampitella	70	609	363	1042	518,57	59,61	71,10
Sturno	328	1776	710	2814	216,46	39,98	58,45
Taurasi	217	1389	568	2174	261,75	40,89	56,52
Trevico	83	516	266	865	320,48	51,55	67,64
Vallata	290	1582	673	2545	232,07	42,54	60,87
Vallesaccarda	145	785	312	1242	215,17	39,75	58,22
Villanova del Battista	135	929	401	1465	297,04	43,16	57,70
Zungoli	63	625	284	972	450,79	45,44	55,52
Totale	8.833	51.169	20.459	80.461	231,62	39,98	57,25

DISTRETTO 02 – Monteforte Irpino - Comuni: n. 7							
Superficie di 26,95 kmq – Densità abitativa: 442,78 ab/kmq							
Comune	0 - 14	15 - 64	> 65	Totale	Ind. Vecchiaia	Ind. Dip. Anziani	Ind. Dip. Strutturale
Monteforte Irpino	1604	7709	2064	11377	128,68	26,77	47,58
Contrada	411	1959	571	2941	138,93	29,15	50,13
Forino	699	3498	977	5174	139,77	27,93	47,91
Mercogliano	1405	7644	2541	11590	180,85	33,24	51,62
Ospedaletto d'Alpinolo	307	1384	389	2080	126,71	28,11	50,29
Sant'Angelo a Scala	65	474	154	693	236,92	32,49	46,20
Summonte	173	979	336	1488	194,22	34,32	51,99
Totale	4.664	23.647	7.032	35.343	150,77	29,74	49,46

DISTRETTO 03 – S. Angelo Dei Lombardi - Comuni: n. 25							
Superficie: 55,11 kmq – Densità abitativa: 76,35 ab/kmq							
Comune	0 - 14	15 - 64	> 65	Totale	Ind. Vecchiaia	Ind. Dip. Anziani	Ind. Dip. Strutturale
Sant'Angelo dei Lom.	399	2493	984	3876	246,62	39,47	55,48
Andretta	148	1043	467	1658	315,54	44,77	58,96
Aquilonia	104	968	421	1493	404,81	43,49	54,24
Bagnoli Irpino	283	1991	717	2991	253,36	36,01	50,23
Bisaccia	426	2194	941	3561	220,89	42,89	62,31
Cairano	14	153	106	273	757,14	69,28	78,43

Calabritto	215	1295	617	2127	286,98	47,64	64,25
Calitri	362	2580	1332	4274	367,96	51,63	65,66
Caposele	400	2091	772	3263	193,00	36,92	56,05
Cassano irpino	102	638	192	932	188,24	30,09	46,08
Castelfranci	188	1124	490	1802	260,64	43,59	60,32
Conza della Campania	140	797	328	1265	234,29	41,15	58,72
Guardia Lombardi	130	915	466	1511	358,46	50,93	65,14
Lacedonia	177	1346	548	2071	309,60	40,71	53,86
Lioni	767	3878	1331	5976	173,53	34,32	54,10
Montella	877	4692	1742	7311	198,63	37,13	55,82
Monteverde	58	460	196	714	337,93	42,61	55,22
Morra De Sanctis	118	666	347	1131	294,07	52,10	69,82
Nusco	410	2484	1013	3907	247,07	40,78	57,29
Rocca San Felice	86	485	225	796	261,63	46,39	64,12
Sant'Andrea di Conza	86	869	398	1353	462,79	45,80	55,70
Senerchia	48	522	180	750	375,00	34,48	43,68
Teora	133	876	446	1455	335,34	50,91	66,10
Torella dei Lombardi	218	1251	490	1959	224,77	39,17	56,59
Villamaina	112	580	218	910	194,64	37,59	56,90
Totale	6.001	36.391	14.967	57.359	249,41	41,13	57,62

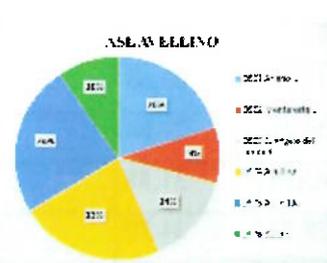
DISTRETTO 04 – Avellino - Comuni: n. 16							
Superficie 30,55 kmq – Densità abitativa: 1.779,15 ab/kmq							
Comune	0 - 14	15 - 64	> 65	Totale	Ind. Vecchiaia	Ind. Dip. Anziani	Ind. Dip. Strutturale
Avellino	5762	33852	12954	52568	224,82	38,27	55,29
Altavilla Irpina	495	2511	954	3960	192,73	37,99	57,71
Capriglia Irpina	296	1457	488	2241	164,86	33,49	53,81
Cervinara	1074	5829	1873	8776	174,39	32,13	50,56
Chianche	42	296	122	460	290,48	41,22	55,41
Grottolella	195	1199	406	1800	208,21	33,86	50,13
Montefredane	240	1384	491	2115	204,58	35,48	52,82
Petruro Irpino	35	173	85	293	242,86	49,13	69,36
Pietrastornina	161	910	376	1447	233,54	41,32	59,01

Prata di Principato Ultra	337	1860	530	2727	157,27	28,49	46,61
Pratola Serra	498	2414	713	3625	143,17	29,54	50,17
Roccamandolfi	274	1528	525	2327	191,61	34,36	52,29
Rotondi	467	2263	694	3424	148,61	30,67	51,30
San Martino Valle C.	580	3145	1046	4771	180,34	33,26	51,70
Torrioni	22	292	137	451	622,73	46,92	54,45
Tufo	61	510	222	793	363,93	43,53	55,49
Totale	10.539	59.623	21.616	91.778	205,10	36,25	53,93

DISTRETTO 05 – Atripalda - Comuni: n. 28							
Superficie 8.59 kmq – Densità abitativa: 1.276,83 ab/kmq							
Comune	0 - 14	15 - 64	> 65	Totale	Ind. Vecchiaia	Ind. Dip. Anziani	Ind. Dip. Strutturale
Atripalda	1225	6991	2224	10440	181,55	31,81	49,33
Aiello del Sabato	532	2727	729	3988	137,03	26,73	46,24
Candida	149	723	213	1085	142,95	29,46	50,07
Castelvetere Sul Calore	178	945	380	1503	213,48	40,21	59,05
Cesinali	345	1749	464	2558	134,49	26,53	46,26
Chiusano S. Domenico	238	1353	502	2093	210,92	37,10	54,69
Lapio	147	939	346	1432	235,37	36,85	52,50
Manocalzati	364	2040	620	3024	170,33	30,39	48,24
Montefalcione	360	1999	768	3127	213,33	38,42	56,43
Montefusco	110	793	310	1213	281,82	39,09	52,96
Montemarano	287	1571	764	2622	266,20	48,63	66,90
Montemiletto	571	3261	1211	5043	212,08	37,14	54,65
Montoro	2964	12977	3307	19248	111,57	25,48	48,32
Parolise	68	405	166	639	244,12	40,99	57,78
Pietradefusi	162	1243	509	1914	314,20	40,95	53,98
Salza Irpina	63	467	191	721	303,17	40,90	54,39
San Mango Sul Calore	96	691	289	1076	301,04	41,82	55,72
San Michele di Serino	298	1644	484	2426	162,42	29,44	47,57
San Potito Ultra	148	981	328	1457	221,62	33,44	48,52
Santa Lucia di Serino	186	896	314	1396	168,82	35,04	55,80
Santa Paolina	117	745	304	1166	259,83	40,81	56,51

Santo Stefano del Sole	241	1367	452	2060	187,55	33,07	50,69
Serino	845	4339	1459	6643	172,66	33,63	53,10
Solofra	1658	8130	2263	12051	136,49	27,84	48,23
Sorbo Serpico	48	367	117	532	243,75	31,88	44,96
Torre le Nocelle	120	788	274	1182	228,33	34,77	50,00
Venticano	283	1439	553	2275	195,41	38,43	58,10
Volturara Irpina	346	1881	776	3003	224,28	41,25	59,65
Totale	12.149	63.451	20.317	95.917	167,23	32,02	51,17

DISTRETTO 06 – Baiano - Comuni n. 13							
Superficie 12,29 kmq – Densità abitativa 376,67 ab/kmq							
COMUNE	0 - 14	15 - 64	> 65	Totale	Ind. Vecchiaia	Ind. Dip. Anziani	Ind. Dip. Strutturale
Baiano	551	2919	984	4454	178,58	33,71	52,59
Avella	1094	5065	1402	7561	128,15	27,68	49,28
Domicella	277	1214	347	1838	125,27	28,58	51,40
Lauro	413	2113	756	3282	183,05	35,78	55,32
Marzano di Nola	233	1075	306	1614	131,33	28,47	50,14
Moschiano	218	1060	287	1565	131,65	27,08	47,64
Mugnano del Cardinale	624	3416	1079	5119	172,92	31,59	49,85
Pago del Vallo di Lauro	233	1209	327	1769	140,34	27,05	46,32
Quadrelle	259	1205	337	1801	130,12	27,97	49,46
Quindici	235	1170	439	1844	186,81	37,52	57,61
Sirignano	404	1939	475	2818	117,57	24,50	45,33
Sperone	520	2456	647	3623	124,42	26,34	47,52
Taurano	187	983	307	1477	164,17	31,23	50,25
TOTALE	5.248	25.824	7.693	38.765	146,59	29,79	50,11



Distribuzione percentuale della popolazione per Distretto (Popolazione totale 399.623)

Dalla lettura dei dati demografici per fasce di età e degli indicatori di struttura della popolazione (indice di vecchiaia, indice di dipendenza anziani e indice di dipendenza strutturale) della ASL AV aggiornati all'anno 2022 è possibile rilevare sensibili differenze rispetto ai valori standard regionali. In particolare l'indice di vecchiaia si caratterizza per un valore di gran lunga superiore a quello regionale: tale differenza rappresenta un'importante elemento per la corretta programmazione sociale e sanitaria a livello locale.

Tabella 5-Indici demografici territorio ALS AV (dati ISTAT Anno 2022)

	0 - 14	15 - 64	> 65	Ind. Vecchiaia	Ind. Dip. Anziani	Ind. Dip. Strutturale
ASL AVELLINO	11,8	65,1	23,1	195,1	35,4	53,6
REGIONE CAMPANIA	14,0	65,8	20,2	143,6	30,6	51,9

Tabella 6-Denominazione Distretti, Presidi Distrettuali, Comuni compresi e popolazione residente.

Denominazione	Comuni Compresi	Popolazione residente
---------------	-----------------	-----------------------

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large 'P' and several illegible signatures.

Distretto DS01 di Ariano Irpino <i>(Presidi sanitari distrettuali di Mirabella, Vallata e Grottaminarda)</i>	Ariano Irpino , Bonito, Carife, Casalbore, Castel Baronia, Flumeri, Fontanarosa, Frigento, Gesualdo, Greci, Grottaminarda, Luogosano, Melito Irpino, Mirabella Eclano, Montaguto, Montecalvo Irpino, Paternopoli, Savignano Irpino, Scampitella, San Nicola Baronia, San Sossio Baronia, Sant'Angelo all'Esca, Sturno, Taurasi, Trevico, Vallata, Vallesaccarda, Villanova del Battista, Zungoli.	80.461
Distretto DS02 di Monteforte Irpino	Contrada, Forino, Mercogliano, Monteforte Irpino , Ospedaletto d'Alpinolo, S. Angelo a Scala, Summonte.	35.343
DISTRETTO 03 di Sant'Angelo dei Lombardi <i>(Presidi sanitari distrettuali di Montella e Calitri)</i>	Andretta, Aquilonia, Bagnoli Irpino, Bisaccia, Cairano, Calabritto, Calitri, Caposele, Cassano Irpino, Castelfranci, Conza della Campania, Guardia dei Lombardi, Lacedonia, Lioni, Morra De Sanctis, Montella, Monteverde, Nusco, Rocca S. Felice, Sant'Angelo dei Lombardi , Sant'Andrea di Conza, Senerchia, Teora, Torella dei Lombardi, Villamaina.	57.359
DISTRETTO 04 di Avellino <i>(Presidi sanitari distrettuali di Altavilla e Cervinara)</i>	Altavilla Irpina, Avellino , Capriglia Irpina, Cervinara, Chianche, Grottolella, Montefredane, Petruro Irpino, Pietrastornina, Prata di Principato Ultra, Pratola Serra, Rotondi, Roccabascerana, S. Martino Valle Caudina, Torrioni, Tufo.	91.778
DISTRETTO 05 di Atripalda <i>(Presidi sanitari distrettuali di Montemiletto e Montoro)</i>	Aiello del Sabato, Atripalda , Candida, Castelvete sul Calore, Cesinali, Chiusano S. Domenico, Lapio, Manocalzati, Montefalcione, Montefusco, Montemarano, Montemiletto, Montoro, Parolise, Pietradefusi, Salza Irpina, San Mango sul Calore, San Michele di Serino, San Potito Ultra, Santa Lucia di Serino, Santa Paolina, Santo Stefano del Sole, Serino, Solofra, Sorbo Serpico, Torre Le Nocelle, Venticano, Volturara Irpina.	95.917
DISTRETTO 06 di Baiano <i>(Presidio sanitario distrettuale di Lauro)</i>	Avella, Baiano , Domicella, Lauro, Marzano di Nola, Moschiano, Mugnano del Cardinale, Pago del Vallo di Lauro, Quadrelle, Quindici, Sirignano, Sperone, Taurano.	38.765
Totale		399.623

La popolazione totale da **65 a 100 e più aa** è pari a **n.92.084** (23% sul totale), di cui 41.152 maschi e 50.932 femmine

La popolazione da **0 – 14 aa** è pari a **n. 47.434** (12% sul totale), di cui 24.235 maschi e 23.199 femmine

La popolazione **straniera residente** corrisponde a **n. 12.948** di cui 5.748 maschi e 7.200 femmine

Totale popolazione: 399.623 (di cui 195.796 maschi e 203.827 femmine) + **12.948** popolazione straniera (di cui 5.748 maschi e 7.200 femmine) = **412.571**

(Dati Istat 01.01.2022)

)

Tabella 7-Popolazione assistibile per classi di età e per genere (Mod. FLS 11 Fonte Dati U.O.C. S.I.I. Anno 2022)

Popolazione	Maschi	Femmine	Totale
0 – 13 anni	21.511	20.566	42.077
14 – 64 anni	124.762	126.094	250.856
65 – 74 anni	22.228	23.703	45.931
75 e oltre	18.744	26.787	45.531

Tabella 8-Ambiti Sociali e Distretti Sanitari ASL (Dati Istat 01.01.2022)

Ambito Sociale	Distretto San.	Sede di distretto	Comuni	Pop.	Pop.	Pop.	Pop.
			n.	0 - 14 a.	15 - 64 a.	> 65 a.	Totale
Ambito A01	Distretto 01	Ariano Irpino	29	8.833	51.169	20.459	80.461
Ambito A02	Distretto 02	Monteforte Irpino	7	4.664	23.647	7.032	35.343
Ambito A03	Distretto 03	S. Angelo dei Lombardi	25	6.001	36.391	14.967	57.359
Ambito A04	Distretto 04	Avellino	16	10.539	59.623	21.616	91.778
Ambito A05	Distretto 05	Atripalda	28	12.149	63.451	20.317	95.917
Ambito A06	Distretto 06	Baiano	13	5.248	25.824	7.693	38.765
TOTALE			118	47.434	260.105	92.084	399.623

2.2 Cenni epidemiologici - Mortalità e morbosità

Come nel resto dell'Italia e in campo internazionale le principali cause di morte nell'ASL AV sono i tumori e le malattie cardiovascolari. La mortalità per tutte le forme tumorali è più frequente nei maschi rispetto alle femmine. I tumori che provocano la più alta mortalità negli uomini sono: tumore del polmone, seguiti poi dai tumori del fegato, prostata, colon e stomaco; nelle donne, invece, si conferma essere il tumore della mammella la principale causa di morte, seguito poi dal tumore del polmone, dai tumori dell'apparato digerente e dai tumori dell'apparato genitale femminile. Paragonando i tassi standardizzati nei due sessi si nota che la mortalità per il tumore della vescica è 12 volte maggiore nel sesso maschile rispetto al femminile. Un'altra importante differenza è legata al tumore del fegato che risulta essere 3 volte maggiore nel sesso maschile. Il tumore della mammella nelle donne rispecchia i dati nazionali ed internazionali che definiscono

questo tumore il primo come causa di morte nel sesso femminile; ma qui i tassi sono più alti. Passando alle malattie cardiovascolari, il trend è in discesa, riguardo alla cardiopatia ischemica e all'infarto acuto del miocardio, si nota un trend discendente in entrambi i sessi. Dai dati di morbosità rilevati, in ambito distrettuale dai libretti di esenzione ticket per patologia, le patologie prevalenti risultano il diabete e l'ipertensione; seguono in ordine decrescente neoplasie, disfunzioni della tiroide, malattie cardiovascolari, malattie dell'apparato muscolo scheletrico, glaucoma, asma, epatite cronica, etc.

Mortalità infantile e neonatale

I tassi di mortalità infantile e neonatale sono indicatori molto importanti per il monitoraggio della salute del bambino, della salute della madre e della qualità dell'assistenza fornita. Sono molti i fattori biologici, sociali, culturali ed economici associati al rischio di mortalità infantile e neonatale, su cui pesa notevolmente la qualità complessiva del *welfare* socio-assistenziale.

La mortalità infantile viene spesso scomposta in mortalità neonatale precoce, riferita ai decessi entro i primi 7 giorni di vita (0 - 6 giorni di vita), mortalità neonatale tardiva, che comprende i morti tra i 7 - 28 giorni di vita. In Italia, come nella quasi totalità dei Paesi occidentali, la mortalità nel primo anno di vita ha subito, negli ultimi decenni, una flessione consistente raggiungendo livelli al di sotto del 4%. Anche la tendenza mondiale è quella di una generale riduzione.

Non esiste un valore di riferimento per la mortalità infantile e per le sue componenti. Il valore più basso raggiunto in qualche regione può rappresentare un benchmark per le altre. Per i confronti si utilizza spesso il riferimento al valore nazionale e si considera la tendenza o meno alla riduzione del tasso nel tempo. In Campania si registra un tasso di mortalità infantile e neonatale superiore al dato nazionale, mentre il tasso di mortalità perinatale tra i residenti nella Provincia di Avellino è sostanzialmente in linea con il dato regionale e comunque superiore agli standard nazionali.

2.2.1 Patologie prevalenti

La distribuzione di frequenza delle patologie in Regione Campania rilevata attraverso la prevalenza d'uso di farmaci traccianti nell'anno 2018, evidenzia una elevata prevalenza per le Malattie Cardiovascolari, Neoplastiche, Metaboliche, Tiroidee e dell'Apparato Respiratorio. La stratificazione della popolazione che ne è derivata permette di evidenziare che il 36% della popolazione in Campania presenta multipatologie croniche e che il 20,1% soffre almeno di una patologia. Per la ASL AV le percentuali maggiori di consumo di farmaci traccianti si sono registrate per le malattie cardiovascolari seguite dal diabete, dalle patologie reumatologiche e dalle malattie del tratto gastroenterico, che orientano per un rafforzamento delle azioni di prevenzione nell'ambito degli stili di vita.



Tabella 9-Malattie Infettive notificate ai residenti della ASL Avellino nell'anno 2021 (dati UOC SEP ASL AV)

MALATTIA	VALIDATE	TOTALE NOTIFICHE
Epatite Virale A	2	2
Mononucleosi	5	5
Pediculosi	1	1
Infezione Intestinale da Campylobacter	5	5
Infezione da Salmonella	33	33
Infezione e tossinfezione di origine alimentare	36	36
Legionellosi	17	17
Listeriosi	1	1
Herpes zoster	1	1
Infezione da Cryptosporidium	1	1
Meningoencefalite virale	2	2
Scabbia	15	15
Malattia di Creutzfeldt - Jacob	3	3
Scarlattina	1	1
Tubercolosi	8	8
Varicella	8	8
Febbre paratifoide	0	1
TOTALE	139	140

2.2.2 Area delle disabilità

Fonte attendibile è quella relativa ai riconoscimenti delle invalidità civili con successiva esenzione dal pagamento del ticket rilasciate dalla Medicina di Base. Si è calcolato che, complessivamente gli Invalidi civili rappresentano circa il 5,5 % della popolazione. Nell'ambito del Distretto di Atripalda, ad esempio, circa 5.500 persone. Uno studio effettuato dalla UO Medicina Legale evidenziò che quasi tutti gli invalidi presentavano pluripatologie con elevatissima percentuale di ictus, infarti e demenze.

Soddisfare i bisogni riabilitativi, intensivi ed estensivi di tale popolazione rappresenta una notevole criticità, in particolar modo rispetto alle risorse specialistiche di prescrittori, alla disponibilità delle strutture di riabilitazione ex art. 26, alla disponibilità di posti letto di RSA per anziani, demenze e riabilitativa ed alla vastità del territorio.

Molto spesso il tessuto familiare, ancora forte nelle nostre zone, consente la permanenza a domicilio degli assistiti in regime ADI.

2.3 L' Azienda in cifre

Le informazioni contenute nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO) possono essere utilizzate non solo come fondamentale strumento di valutazione economico - sanitaria e per la determinazione di indicatori di

out come, ma anche per valutazioni analitiche della “domanda” di prestazioni ospedaliere richieste dalla popolazione residente e valutazioni di prevalenza. Utilizzando il data base SDO/ DRG si possono, infatti, valutare e confrontare i dati di morbosità intraospedaliera dei nosocomi territoriali che hanno dimesso pazienti affetti da differenti quadri morbosi.

I dati di ricovero e la relativa spesa sanitaria, nel triennio 2019 – 2021, evidenziano un trend in diminuzione evidentemente relativo all’evento pandemico ed in particolare un parziale recupero a partire dal 2021.

Tabella 10 - Ricoveri e spesa sanitaria strutture di ricovero (fonte DWH SanteC)

Struttura		Misura	Anno		
			2019	2020	2021
Strutture di Ricovero ASL Avellino		Numero Casi	33619	26011	30314
		Rimborso Incrementato	122.213.095,26	105.270.245,8	121.030.090,9
Presidio ASL	PO Ariano Irpino	Numero Casi	6180	3835	4094
		Rimborso Incrementato	15.364.825,25	10.492.883,2	10.992.600,1
	PO G. Criscuoli - S. Angelo dei Lombardi	Numero Casi	2925	1980	2051
		Rimborso Incrementato	13.276.229,75	9.977.879,71	10.553.832,16

Tabella 11 - Spesa farmaceutica convenzionata netta per distretto (Dati U.O. Farmacia Territoriale Anno 2021)

DS	DISTRETTO	NETTO A PAGARE (€)
Distretto 01	Ariano Irpino	10.782.012,06
Distretto 02	Monteforte Irpino	4.079.134,91
Distretto 03	S. Angelo dei Lombardi	8.787.312,03
Distretto 04	Avellino	12.510.500,20
Distretto 05	Atripalda	13.194.230,26
Distretto 06	Baiano	5.417.758,27

Tabella 12 - Pazienti in carico assistenza domiciliare anno 2021 (U.O. Assistenza Anziani e C.D.)

Distretti	Pz in ADI	<65	>65	Popolazione totale
Distretto 01	963	154	809	80.461
Distretto 02	305	57	248	35.343
Distretto 03	594	72	522	57.359
Distretto 04	1.220	161	1.059	91.778
Distretto 05	624	110	514	95.917
Distretto 06	452	62	390	38.765

Tabella 13 - Dati Generali Distretti Sanitari

DATI PER DISTRETTO	Ariano	S. Angelo dei Lombardi	Atripalda	Avellino	Baiano	Monteforte
MMG	54 *	39	66	66	25	23
PLS	8 **	5	11	13	4	2
C.A. TITOLARI	28	28	20	29	11	8
AMBULATORIO VACCINALE	4	5	3	4	2	1
CONSULTORI	4	5***	3	1	2	1
STRUTTURE ACCREDITATE	18	11	8	32	6	7

* Di cui 1 con incarico provvisorio

** Di cui 1 con incarico provvisorio

*** Due non attivi

Tabella 14 - Dislocazione medici dell'emergenza territoriale (fonte dei dati UOC Emergenza Territoriale novembre 2022)

<u>Postazioni SAUT territoriali</u>	<u>Dipendenti</u>	<u>Convenzionati</u>	<u>Totale</u>
Ariano irpino	4	1	5

Atripalda	4	1	5
Avellino	5	4	9
Baiano	5	1	6
Bisaccia	3	3	6
Calitri	1	1	2
Cervinara	1	2	3
Grottaminarda	5	1	6
Lauro	3	3	6
Montella	3	-	3
Montemiletto	3	-	3
Sant' Angelo dei l.	4	-	4
Solofra	5	-	5
Vallata	4	-	4
Totale	50	17	67
COT	4	1	-
Direzione 118	1	-	-
Totale	55	18	73

Tabella 15- Farmacie distrettuali (Dati U.O.S.D. Farmacia Territoriale a Novembre 2022)

Numero farmacie	Ariano I.	n. 35
	Monteforte I.	n. 11
	S. Angelo dei Lombardi	n. 31
	Avellino	n. 33
	Atripalda	n. 37
	Baiano	n. 14
	Totale	n. 161

Tabella 16 - Strutture di Ricovero Accreditate (Fonte dei dati Referente File A - UOC SII Novembre 2022)

Denominazione struttura	Sede	Regime di erogazione	Attività/Disciplin	N. P.L. accreditati	PL HSP Nov. 2022
VILLA MARIA gestita dalla società <u>Villa Julie s.r.l.</u>	Mirabella Eclano	Accreditata DCA n. 81/2019	Chirurgia Generale/ Oculistica/Urologia/ Ortopedia e Traumatologia/ Oncologia	60	
CASA DI CURA PRIVATA " VILLA DEI PINI " S.p.A.	Avellino	DDG n. 609/2020 Relazione di accreditamento	Indirizzo Recupero e Riabilitazione Funzionale - Lungodegenza	48	
CASA DI CURA PRIVATA MONTEVERGINE S.p.A.	Mercogliano	Accreditata DCA n. 117/2014	Cardiologia/ pneumologia/ Cardiochirurgia/ Unità Coronarica/ Terapia Intensiva	116	
CASA DI CURA PRIVATA MALZONI VILLA DEI PLATANI S.p.A.	Avellino	Accreditata DCA n. 45/2019	Ostetricia e Ginecologia/ Ortopedia e Traumatologia/ Chirurgia Generale/ Nefrologia/ Urologia /Anestesia/ Neonatologia/TIN – TSIN	160	
CASA DI CURA S. RITA S.p.A.	Atripalda	Accreditata DCA n. 117/2014	Medicina generale/ Cardiologia/ Ortopedia/ Urologia/ Otorino/ Ginecologia/Chirurgia generale	105	
CASA DI CURA VILLA MARIA S.r.l.	Baiano	Accreditata DCA n. 117/2014	Chirurgia Generale	20	
CASA DI CURA PRIVATA VILLA ESTHER s.r.l.	Avellino	Accreditata DCA n. 117/2014	Chirurgia Generale/ Ortopedia e traumatologia/ Ginecologia/ Urologia	49	

Tabella 17 - Distribuzione delle prestazioni effettuate dall' ASL Avellino per cittadini residenti

in altre regioni e per stranieri (Fonte dei dati U.O.C. SII Dati - 2022)

Descrizione branca	Fuori Regione		Estero	
	Numero	Importo	Numero	Importo
Branche a visita	1126	24.106,86 €	39	886,88 €
Cardiologia	319	8.252,51 €	1	11,62 €
Diabetologia	145	2.294,23 €	5	34,78 €
Dialisi	188	30.286,71 €		
FKT	13	201,43 €		
Medicina Nucleare	2	56,82 €	1	28,41 €
Laboratorio	2638	10.924,34 €	238	893,53 €
Radiodiagnostica	326	18.440,46 €	3	124,21 €

2.4 I percorsi di cura e assistenza

Il Sistema Sanitario è un insieme di risorse umane, spesso non comunicanti tra di loro, tanto da rendere particolarmente complicato al cittadino seguire il percorso migliore. Bisogna rendere fruibili i percorsi in sanità conducendo il cittadino dentro questo labirinto, riunendo ed integrando le varie parti del sistema. È un problema non solo economico (sprechi, duplicazioni, etc.) ma anche etico in quanto la forbice delle disuguaglianze aumenta perché solo chi ha conoscenze opportune sa muoversi in questi sistemi. I percorsi in sanità ed in particolare il percorso unico dell'anziano nel sistema sanitario e sociale, così per tutte le patologie cronico degenerative per la rilevanza ampiamente riconosciuta dai dati di letteratura e confermati dai dati locali, sono gli unici sistemi in grado di legare assieme i vari pezzi attraverso una migliore organizzazione e con evidenze di risultati favorevoli sia in termini di riduzione della estrema variabilità in sanità, sia di minori sprechi, minore ridondanza, maggiore appropriatezza e sicurezza; liberano risorse dall'ospedale, riducono la mobilità passiva.

L'Azienda intende implementare un modello organizzativo a rete con la massima integrazione delle strutture presenti sul territorio, così per la rete dell'emergenza cardiologica basata su collegamenti veloci tra territorio, centri periferici (spoke) e centri di riferimento (hub); per la rete dell'ictus cerebrale acuto: Stroke Unit; per la rete Materno - Infantile, per la rete delle Cure Riabilitative e di Lungodegenza e per la rete delle cure palliative e di terapia del dolore.

2.5 Patrimonio aziendale

Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti secondo le risultanze dello Stato Patrimoniale allegato al Bilancio di Esercizio nonché da tutti i beni a qualsiasi titolo

acquisiti. L'Azienda riconosce la valenza strategica del patrimonio quale strumento di potenziamento e di qualificazione strutturale e tecnologica dell'offerta di servizio e, in questa prospettiva, si riserva iniziative di disinvestimento e d'investimento anche mediante processi di alienazione del patrimonio da reddito e di trasferimento di diritti reali previa la necessaria autorizzazione regionale ex art. 5 comma 2 del Decreto Legislativo n. 229/1999 s.m.i.

La riprogettazione delle funzioni aziendali richiede la necessità di definire nuovi spazi funzionali strutturati in maniera tale da poter accogliere le infrastrutture necessarie a realizzare quel cambiamento che si ripercuote, in maniera positiva, nei confronti della cittadinanza. Le strutture amministrative centrali sono state ripensate ed articolate non più per funzioni verticali, ma organizzate secondo un modello orizzontale, trasversale, non più frammentate nella loro modalità di offerta, ma tenendo conto dei processi intesi quale flussi coordinati di attività correlate attraverso il coinvolgimento diretto/indiretto delle varie UU.OO. ed all'utilizzo di risorse finalizzate al raggiungimento di obiettivi/risultati caratterizzati da elementi di continuità e/o ciclicità. L'aggregazione dei diversi servizi sarà riprogettata ed organizzata tenendo conto dei flussi di lavoro e delle interazioni necessarie fra le varie strutture per raggiungere l'obiettivo. Nel contempo si potrà procedere anche alla vendita di alcuni immobili di proprietà di questa Azienda, non più funzionali. Contemporaneamente si è proceduto e si continuerà a procedere alla ristrutturazione delle strutture aziendali da riconvertire come, ad esempio la struttura di Bisaccia in Struttura Polifunzionale per la Salute.

Con il DCA n. 29/2018 il Presidio Ospedaliero di Solofra viene annesso alla A.O. Moscati di Avellino e pertanto non fa più parte del patrimonio aziendale.

L'Azienda si sta impegnando inoltre nel garantire sempre migliori condizioni di sicurezza degli immobili, in primis dei Presidi Ospedalieri, ma poi anche delle altre strutture, come ad esempio le sedi di Continuità Assistenziale.

The image shows several handwritten signatures in blue ink. There are three distinct signatures: one on the left, one in the middle, and one on the right. The signatures are fluid and cursive, typical of official documents.

3 L'assetto istituzionale dell'Azienda: Organi ed Organismi

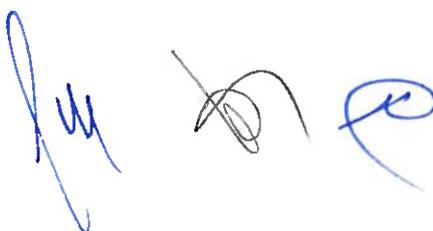
3.1 Principi e Criteri di Organizzazione e Funzionamento

L'Azienda Sanitaria Locale Avellino dà attuazione al principio di cui al D. L. vo 29/93 e s.m.i., di esplicita ed adeguata distinzione fra le funzioni di programmazione, indirizzo, controllo da un lato, e le funzioni di organizzazione e gestione dall'altro, in un quadro di chiara determinazione di competenze e di responsabilità della Direzione Generale e quelle della Dirigenza e dei vari livelli operativi dell'Azienda, nella logica della responsabilizzazione a cascata e della massima valorizzazione della dirigenza e di tutte le risorse professionali. L'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda Sanitaria Locale vengono disciplinati con il presente Atto Aziendale, nonché con regolamenti aziendali attuativi in conformità alla legislazione statale e regionale ed ai correlati livelli di pianificazione, nel rispetto degli ambiti di autonomia e responsabilità nella gestione tecnico-professionale, amministrativa e finanziaria del settore operativo di competenza, implicanti anche il potere di adottare atti aventi rilevanza esterna.

Il Direttore Generale può delegare le proprie funzioni con riferimento ad ambiti settoriali di attività o all'adozione di singoli atti, secondo principi e modalità che fanno riferimento sia al principio dell'attribuzione sia a quello della delega, secondo modalità esplicite. Sono funzioni delegabili esclusivamente le funzioni di gestione e quelle non specificamente indicate come funzioni di governo, che sono di esclusiva pertinenza del Direttore Generale. Negli atti di delega, opportunamente motivati, sono individuati:

- destinatari;
- contenuti;
- durata temporale;
- principi e criteri che dovranno garantire l'esercizio rispetto ad obiettivi prefissati e i controlli sull'esercizio;
- la valutazione dell'incarico e la previsione di revoca nei casi di inadempienza accertata.

Il Direttore Generale può disporre la revoca delle funzioni di delega con apposito atto motivato, nel caso di mancato rispetto dei contenuti della delega stessa. Il soggetto delegato ha la piena responsabilità, a qualsiasi effetto degli atti compiuti in via di delega. L'organizzazione e le attività aziendali sono improntate a criteri di efficacia, efficienza ed economicità, e sono rivolte ad assicurare, nel rispetto degli obiettivi posti dagli atti di pianificazione nazionale e regionale, l'erogazione delle prestazioni essenziali ed appropriate, lo sviluppo del Sistema Qualità dell'Azienda, la massima accessibilità ai servizi per i cittadini, l'equità delle prestazioni erogate, il raccordo istituzionale con gli Enti Locali per il tramite della Conferenza dei Sindaci, del Comitato



di Rappresentanza della Conferenza dei Sindaci e della Conferenza dei Sindaci di Distretto ed il positivo collegamento con le altre organizzazioni sanitarie e del volontariato. L'Azienda informa la propria gestione ai principi della programmazione e del controllo, individuando nel sistema budgetario lo strumento fondamentale di governo della propria organizzazione secondo livelli di responsabilità prestabiliti. L'Azienda persegue le finalità di cui sopra utilizzando gli spazi di autonomia consentiti dalle norme vigenti di diritto privato, salvo quanto la legge espressamente le attribuisce poteri pubblicistici da esercitare nelle forme tipiche del procedimento amministrativo ai sensi della legge n. 241/1990 s. m. i.

3.1.1 Governo Aziendale

I principi cui si ispira il governo aziendale sono i seguenti:

1. l'azienda è concepita come sistema unitario;
2. l'azienda definisce di prioritaria importanza un'efficace gestione delle proprie risorse e pertanto intende promuovere la formazione e la partecipazione degli operatori ai processi aziendali;
3. le risorse umane costituiscono il patrimonio di professionalità necessario al raggiungimento degli obiettivi aziendali; come tali l'azienda nel rispetto dei contratti di lavoro, assicura l'impiego, ove necessario, in tutto il territorio di competenza;
4. l'azienda orienta la sua programmazione, la sua gestione e l'erogazione dei suoi servizi all'utenza, con particolare attenzione alla garanzia di tutte le forme e dimensioni della qualità;
5. l'azienda si dota di adeguate infrastrutture organizzative per realizzare la sua missione, favorendo un'organizzazione per processi orientata ai bisogni dei fruitori e ai migliori risultati possibili;
6. l'azienda è impegnata a realizzare le sue finalità, mediante una gestione attenta dell'impiego delle sue risorse economiche;
7. l'azienda si avvale di un sistema informativo e statistico unitario, in raccordo con la Regione Campania, idoneo alla rilevazione di grandezze quantitative di diverso carattere, basato su banche dati delle informazioni integrabili e sulla predisposizione periodica di report, prospetti e analisi, ed organizzato in modo da costituire una struttura di servizio per tutte le articolazioni organizzative dell'Azienda, nonché per l'assolvimento del debito informativo esterno.

Il governo aziendale assicura prestazioni sanitarie, socio - sanitarie ed educative/ formative, mediante l'impiego efficiente delle risorse disponibili.

Le funzioni di governo aziendale si dividono sostanzialmente in:

- governo clinico
- governo economico – finanziario



3.1.2 Il Governo Clinico

Per dare attuazione alla clinical governance e sicurezza delle cure, l'Azienda intende dare continuità alla costruzione di un Sistema Qualità Aziendale, quale metodo ordinario di programmazione, pianificazione strategica e coinvolgimento dei centri di responsabilità tramite il processo di budget.

Gli obiettivi fondamentali da perseguire sono definiti nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione – PIAO che viene aggiornato annualmente.

Gli strumenti principali del processo di budget si possono così riassumere:

- definizione di obiettivi specifici e misurabili; essi sono definiti in modo da risultare realistici ma ambiziosi, tali da richiedere cambiamenti importanti coerenti con i principi con cui si attiva il sistema premiante. Tale sistema sarà finalizzato all'aumento/mantenimento della produttività, al contenimento dei costi e all'aumento della qualità percepita, tecnico/professionale ed organizzativa;
- costituzione di alcuni comitati permanenti previsti per il miglioramento ed in particolare sull'uso dei farmaci o del sangue e sulle infezioni in ambiente sanitario, comitato budget, team per la gestione del rischio clinico, etc.;
- costituzione di gruppi di miglioramento e di una rete di referenti per la qualità/ l'EBM/ PDTA;
- disponibilità di collegamento con banche dati della letteratura medica e sanitaria e di competenze sul loro utilizzo;
- formazione nei principi e nelle pratiche della valutazione e del miglioramento e della Medicina basata sulle Evidenze;
- attenzione alle innovazioni con particolare riferimento alla medicina di iniziativa e di prossimità.

3.1.3 Il Governo Economico Finanziario

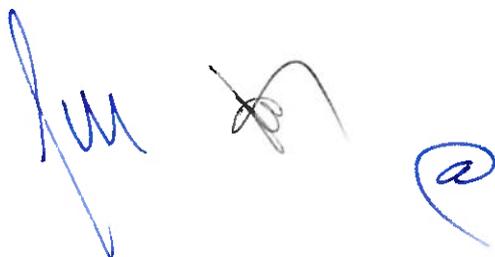
L'Azienda si impegna a garantire i livelli di assistenza sanitaria programmati sia in termini di servizi ed attività, che in termini di impiego efficiente delle risorse economiche.

Il governo economico finanziario garantisce il rispetto delle relative normative nazionali e regionali nella gestione delle diverse attività dell'Azienda.

La sua funzione risulta essenziale all'interno del processo di programmazione e controllo per la correlazione tra risorse disponibili e risultati di attività. In tal modo, risulta logicamente collegato con il governo clinico.

Il governo economico - finanziario utilizza come strumenti indispensabili:

- la contabilità generale;
- il sistema di budgeting e di reporting;
- la contabilità analitica;
- il bilancio economico preventivo;
- il bilancio d'esercizio;



- le procedure definite dal Percorso Attuativo per la Certificabilità del Bilancio.
- la dotazione organica.

Rientra nelle funzioni del governo economico:

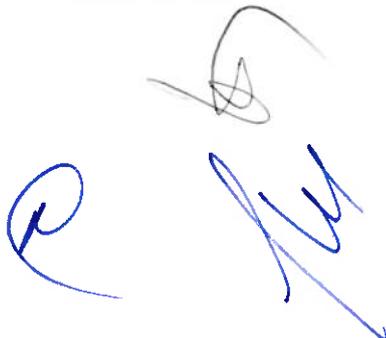
- emanare direttive volte alla piena applicazione della contabilità economico - patrimoniale, e all'individuazione di criteri uniformi relativi alle rilevazioni dei dati contabili ed alla struttura del bilancio d'esercizio;
- garantire omogeneità e controllabilità degli atti di gestione in aderenza al nuovo sistema di contabilità generale;
- individuare macro centri di responsabilità essenzialmente nelle strutture dipartimentali quali aggregazioni di almeno tre articolazioni complesse. Sono rimesse alla stessa Direzione Generale le decisioni relative all'attivazione di ulteriori macro centri di responsabilità.

Il Direttore Generale attribuisce l'autonomia finanziaria della gestione budgetaria ai centri di responsabilità, prevedendone la definizione all'interno del Piano della Performance, per conseguire la funzionalità e l'efficienza della gestione.

Individua inoltre il responsabile di ciascun centro di responsabilità, dopo aver proceduto all'affidamento degli incarichi dirigenziali, che risponde dell'attività e dei servizi svolti nonché dei relativi risultati, del budget attribuito e della relativa gestione, nonché della tenuta dei beni inventariati assegnati.

Il Direttore Generale definisce l'elenco dei centri di costo che possono far capo a ciascun centro di responsabilità e nomina i relativi responsabili. Per la piena realizzazione di un concreto sistema di Controllo di Gestione, l'Azienda assicura il necessario impulso alle attività formative, informative ed informatiche rivolte ai dirigenti e ai dipendenti del comparto con incarichi di funzioni del comparto. La Direzione Amministrativa assume il ruolo di orientamento tecnico - metodologico e coordinamento generale del governo economico - finanziario. A tal fine si avvale del sistema generale di controllo della spesa indiretta.

All'interno dell'Azienda l'allocazione delle risorse avviene in base ai programmi annuali di attività, formulati in funzione degli obiettivi di salute, definiti in ambito distrettuale, dipartimentale, ospedaliero. Le risorse a disposizione dei presidi ospedalieri, dei distretti, del dipartimento di prevenzione, del dipartimento di salute mentale e delle altre strutture dipartimentali/macro articolazioni, sono negoziate nell'ambito di accordi che vengono definiti dalla committenza nella forma di contratti di fornitura esterni ed interni e dalle Direzioni di questi, congiuntamente ai direttori dei relativi dipartimenti, sulla scorta dei Piani Attuativi Territoriali redatti da ciascun distretto. I budget relativi sono stabiliti in base alle tariffe per prestazione e/o ai costi predeterminati per funzioni assistenziali e per i programmi di attività, con le modalità descritte nel D. Lgs. 229/99 e s. m. i.



3.2 Organi Aziendali

Sono organi dell'Azienda, ai sensi dell'art. 3 del Decreto Legislativo 502/92 e s.m.i. introdotte dal decreto legge n. 158/2012, convertito in legge n. 189/2012, il Direttore Generale, il Collegio Sindacale e il Collegio di Direzione.

3.2.1 Il Direttore Generale

Il Direttore Generale dell'Azienda è il titolare della rappresentanza legale e di tutti i poteri di gestione dell'Azienda stessa adottando i provvedimenti necessari. È responsabile delle funzioni di indirizzo, che esercita attraverso la definizione di obiettivi e programmi, e dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa. Verifica il risultato dell'attività svolta e la realizzazione di programmi e progetti in relazione agli obiettivi della gestione finanziaria, tecnica, amministrativa e sanitaria. Risponde alla Regione in relazione agli obiettivi assegnati all'atto di nomina nell'ambito degli atti strategici e di programmazione regionale. Il rapporto di lavoro del Direttore Generale è a tempo pieno e di diritto privato; si instaura con contratto disciplinato dal comma 6 dell'art. 3 e dal comma 8 dell'art. 3 bis del D. Lgs 502/92 e s. m. i.

Il contratto è sottoscritto sulla base di uno schema approvato dalla Giunta Regionale.

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

- a) alla Regione che ne indirizza l'attività ed esercita il controllo sul suo operato;
- b) alla Conferenza dei Sindaci, che partecipa alla programmazione aziendale anche in attuazione di quella regionale ed esercita compiti di vigilanza generale sull'Azienda e sull'operato del Direttore Generale, tramite un comitato di rappresentanza, costituito nel suo seno da cinque componenti, nominati dalla stessa conferenza, così come definito dall'art 20 comma 3 della L.R. n. 32 del 1994 e con le modalità di cui alla L. R. 31/07/2012 n. 23;
- c) al Collegio Sindacale cui sono affidati compiti di vigilanza sull'osservanza delle leggi e dei regolamenti e la verifica sull'attività contabile dell'Azienda.

Spetta in particolare al Direttore Generale:

- a) la rappresentanza dell'Azienda;
- b) la nomina e, con provvedimento motivato, la sospensione o decadenza del Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario;
- c) la nomina del Collegio Sindacale, del Collegio di Direzione e del Consiglio dei Sanitari;
- d) la nomina di ulteriori collegi, organismi e comitati previsti dalle norme, l'adozione di atti regolamentari ed organizzativi interni, le verifiche che gli competono;
- e) l'affidamento e la revoca secondo la legislazione vigente delle direzioni delle strutture del Distretto, del Dipartimento di Prevenzione e dell'Ospedale;

f) l'adozione degli atti fondamentali della programmazione aziendale quali:

- i Piani Programmatici
- il Bilancio Economico Preventivo
- il Bilancio di Esercizio
- il Piano Attuativo Locale
- il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (Piano della Performance - il Piano della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione - il Piano del Lavoro Agile - il Piano del Fabbisogni - il Piano Annuale della Formazione;
- il Piano degli Investimenti;
- i Piani per la Realizzazione di Opere e Lavori Pubblici
- il Recepimento del Piano di Zona dei Servizi Sociali

g) l'Adozione dei Provvedimenti Interni per l'Organizzazione, la Gestione e il Funzionamento dell'Azienda, ed in particolare:

- la nomina e la revoca dei Dirigenti di struttura complessa e di struttura semplice, il conferimento degli incarichi di natura professionale di alta specializzazione, di consulenza, di studio, di ricerca, di funzioni ispettive, di verifica e di controllo, di coordinamento, nonché il conferimento degli incarichi ex art.15 septies, comma 1 e 2, e art. 15 octies del D. Lgs. 502/92 e s.m.i.;
- la delega di competenze ai Dirigenti per l'assunzione di provvedimenti;
- regolamenti di organizzazione e funzionamento aziendale;

Al Direttore Generale spettano inoltre tutti i provvedimenti che la normativa gli attribuisce in quanto titolare della funzione di governo dell'Azienda, nonché tutte le competenze gestionali, non riconducibili alle competenze di governo, che in ragione della loro specifica attinenza ai procedimenti di attuazione tecnica, organizzativa ed operativa sono connesse e conseguenti all'esercizio delle attività di governo e comunque necessarie al funzionamento dell'Azienda per il conseguimento dei risultati programmati. Il Direttore Generale in virtù dell'autonomia imprenditoriale e del potere gestionale che gli sono propri ai sensi della normativa vigente e delle indicazioni fornite dalla Regione Campania, si riserva di integrare e/o modificare l'organigramma aziendale, allegato all'Atto Aziendale. Le funzioni di "governo complessivo" dell'Azienda sono di competenza esclusiva del Direttore Generale che può delegarle, in caso di assenza o impedimento, al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario o, in mancanza di delega, al direttore più anziano per età, ai sensi dell'art.3, comma 6, del D.lgs. 502/92 e s.m.i. L'Azienda applica il principio di distinzione tra le funzioni di programmazione, indirizzo, controllo, da un lato, e le funzioni di organizzazione e gestione dall'altro, determinando, ai sensi della normativa vigente, le competenze della Direzione Generale, della dirigenza e dei vari livelli operativi dell'Azienda al fine di responsabilizzare e valorizzare tutte le risorse professionali disponibili. A tal fine, il Direttore Generale delega ai Direttori di Dipartimento e/o ai Responsabili di Struttura Complessa, l'esercizio di poteri di gestione con autonomia di organizzazione delle

risorse umane - Delibera n. 1690 del 09/08/2022 - nei limiti del budget economico – finanziario (ove previsto), poteri di spesa con responsabilità personale e diretta di tutti gli atti che impegnano l'amministrazione verso l'esterno. La programmazione delle attività dipartimentali, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate con la partecipazione attiva degli altri Dirigenti e degli Operatori assegnati al Dipartimento. Tali deleghe rafforzano il sistema di responsabilità propria dei dirigenti previste espressamente dal D. Lgs. n. 165/01 e successive disposizioni normative e contrattuali in materia.

3.2.2 Il Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale è nominato dal Direttore Generale ed è composto, ai sensi dell'art. 3 ter del D.lgs. 502/92 e s.m.i. e della Legge Regionale 7/8/1996 n. 17 e s.m.i., da tre membri di cui uno designato dal Presidente della Giunta Regionale, uno designato dal Ministro dell'Economia e Finanze e uno dal Ministro della Salute.

Il Collegio Sindacale, nella prima seduta convocata dal Direttore Generale entro cinque giorni dal provvedimento di nomina, elegge il Presidente secondo le modalità previste dalle norme.

I compiti del Collegio sono:

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

La composizione del Collegio Sindacale può essere modificata dalla Regione secondo le norme vigenti.

3.2.3 Il Collegio di Direzione

In attuazione del Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158, "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute", convertito con modificazioni dalla L. 8 novembre 2012, n. 189, è prevista l'istituzione del Collegio di Direzione quale organo dell'Azienda.

La sua composizione, le competenze e i criteri di funzionamento, nonché le relazioni con gli altri organi aziendali sono definite con la Legge Regionale n. 20 del 23 dicembre 2015 e nell'apposito regolamento che lo disciplina.

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

- concorre al governo delle attività cliniche;

- concorre alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione;
- partecipa alla definizione dei requisiti di appropriatezza e qualità delle prestazioni, nonché degli indicatori di risultato clinico assistenziale e concorre alla conseguente valutazione interna dei risultati conseguiti, secondo modalità che saranno stabilite con atto di indirizzo della Giunta.

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

- a) Atto Aziendale per la parte relativa all'organizzazione delle attività cliniche;
- b) Piano Aziendale Annuale della Formazione;
- c) Piano Aziendale Annuale per la Gestione del Rischio Clinico/ Risk Management.

Il Collegio di Direzione, in base alle norme succitate, è composto da:

- i dirigenti delle aree amministrative e professionali;
- il dirigente responsabile dell'Unità gestione del rischio clinico;
- il responsabile dell'Unità prevenzione e protezione del rischio;
- un delegato dei dirigenti delle professioni sanitarie;
- un Direttore di Dipartimento strutturale per ciascuna area;
- il Direttore del Dipartimento di Prevenzione, Salute Mentale e delle dipendenze patologiche;
- il Direttore del Dipartimento di Riabilitazione;
- i Direttori dei Distretti socio – sanitari;
- i Direttori degli ospedali a gestione diretta della ASL;
- il MMG ed il PLS responsabili dell'Ufficio di coordinamento aziendale delle cure primarie e delle cure primarie pediatriche rispettivamente;
- lo specialista di medicina ambulatoriale interna che ricopre il ruolo di Coordinatore dei responsabili di branca specialistica ambulatoriale o equivalenti.

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

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

Il Direttore Generale può prevedere la partecipazione al Collegio di Direzione di altri incaricati, a seconda della materia da trattare.

Il Collegio di Direzione adotta il proprio regolamento di funzionamento nel rispetto dei principi di funzionamento indicati dalla Legge regionale n. 20 del 23 dicembre 2015, s.m.i.

L'Azienda ha già adottato il Regolamento del Collegio di Direzione con delibera n. 2227 del 02/12/2022 ad oggetto: " Ricostituzione Collegio di Direzione ASL di cui alla delibera n. 81 del 18/01/2016 e approvazione schema aggiornato del Regolamento di organizzazione e funzionamento del Collegio di Direzione di cui alla Delibera n. 1651 del 22/12/2017 ".

3.3 Organismi dell'Azienda

3.3.1 Il Consiglio dei Sanitari

Il Consiglio dei Sanitari, costituito con provvedimento del Direttore Generale, è un organismo elettivo dell'Azienda avente le seguenti caratteristiche:

- a) esso fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti ad essa attinenti; si esprime altresì sulle attività di assistenza sanitaria;
- b) di norma il Consiglio dei Sanitari si riunisce su convocazione formulata dal Direttore Sanitario Aziendale, almeno una volta all'anno;
- c) il parere si intende espresso favorevolmente se il Consiglio dei Sanitari non si pronuncia entro dieci giorni dalla richiesta; in casi urgenti e motivati i pareri vanno formulati entro i più brevi termini indicati nella richiesta.

Il Consiglio dei Sanitari è presieduto dal Direttore Sanitario.

La rappresentanza è composta da:

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

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

3.4 Comitati e Commissioni Aziendali

L'Atto Aziendale prevede la costituzione almeno dei seguenti comitati:

- il comitato per il buon uso del sangue;
- il comitato per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza;
- il comitato per l'ospedale/ territorio senza dolore;
- il comitato/team per la gestione del rischio clinico;
- il comitato valutazione sinistri;
- il comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni



- la commissione per l'attività libero professionale intramoenia
- i comitati aziendali Pediatria – Medici di Assistenza Primaria – comitato zonale specialistica – comitato appropriatezza aziendale.

Tali organismi promuovono la diffusione e l'applicazione delle conoscenze relative alle migliori pratiche cliniche ed assistenziali in funzione della necessità dei problemi da risolvere nella concretezza e nella specificità della realtà organizzativa e professionale dell'Azienda, utilizzando metodologie di autoapprendimento organizzativo. L'Azienda prevede per ciascuno dei comitati un regolamento di organizzazione e funzionamento.

3.4.1 Il comitato per il buon uso del sangue

Costituito ai sensi del D.M. Sanità 1 settembre 1995, è un organismo consultivo che ha la responsabilità di elaborare e diffondere le linee guida per:

- l'uso razionale, sicuro e appropriato degli emoderivati;
- sviluppare le azioni per l'incremento delle donazioni di sangue, anche al fine del perseguimento dell'autosufficienza di sangue, emocomponenti e plasma derivati;
- promuovere le pratiche dell'autotrasfusione e del predeposito di sangue per gli interventi programmati.

I componenti del Comitato sono nominati con atto del Direttore Generale.

3.4.2 Il comitato per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza

Costituito ai sensi delle Circolari del Ministero della Sanità n. 52/85 e n. 8/88 e dell'art. 2, n. 2, punto b) del D.M. Sanità 13 settembre 1988, è un organismo consultivo con la funzione di elaborare e diffondere:

- le linee guida sugli interventi di prevenzione e contenimento della diffusione delle infezioni correlate all'assistenza ICA;
- organizzare il sistema di monitoraggio e sorveglianza mediante indagini di prevalenza ed incidenza;
- definire le misure di prevenzione da adottare, in particolare nelle aree a rischio e per le procedure assistenziali che possono comportare un rischio di complicità infettiva;
- indicare le azioni di contrasto antibioticoresistenza (DGRC 767 del 28/12/2016);
- verificare la corretta e puntuale applicazione dei programmi di sorveglianza;
- promuovere la formazione del personale, fornire report sui risultati ottenuti;

3.4.3 Il comitato per l'ospedale/ territorio senza dolore

È costituito ai sensi delle linee guida sul Progetto "Ospedale senza dolore", emanate dal Ministero della Sanità e pubblicate sulla G.U. del 29 giugno 2001 e s.m.i., nonché DPGRC n. 22/2015 che definisce la rete di terapia del dolore regionale. Svolge funzioni di indirizzo e compiti operativi al fine di coordinare

l'azione delle differenti equipe e la formazione del personale coinvolto nel processo assistenziale sui principi di trattamento del dolore, sull'uso dei farmaci e sulle modalità di valutazione del dolore; promuove protocolli di trattamento dei diversi tipi di dolore; promuove gli interventi idonei ad assicurare la disponibilità di farmaci analgesici, in particolare oppiacei.

3.4.4 Il comitato/team per la gestione del rischio clinico

Il Comitato Rischio Clinico definisce il programma di gestione del rischio clinico, identifica le circostanze che sono causa di rischio, definisce le modalità di monitoraggio degli eventi avversi, valuta periodicamente le informazioni provenienti dal monitoraggio, analizza i risultati delle valutazioni approfondite eseguite sugli eventi sentinella e raccomanda le azioni di miglioramento tese a minimizzare i rischi e/o ad evitare il ripetersi degli incidenti. I componenti del Comitato Rischio Clinico sono nominati dal Direttore Generale.

3.4.5 Il comitato valutazione sinistri

In ottemperanza delle disposizioni delle Legge n. 189 e l' art. 1 della legge n. 24/2017 la ASL istituisce il Comitato Valutazione Sinistri che opera attraverso un sistema di rilevazione delle criticità di gestione del rischio, di governare per l'esercizio del contenzioso e l'approfondimento di tematiche riguardante la fase pregiudiziale e stragiudiziale dei sinistri e/o degli eventi avversi, al fine di ridurre l'impatto economico derivante dai risarcimenti per gli eventi sinistrosi verificatosi nel contesto dell'attività istituzionale preposta.

Il Comitato presieduto dal Direttore Sanitario Aziendale ha come precipua finalità l'analisi e la valutazione, in maniera collegiale, delle richieste di risarcimento danni e delle eventuali responsabilità che, qualora non gestite potrebbero sfociare in un contenzioso giudiziale.

La ASL Avellino ha già adottato con delibera n. 1854 del 23/09/2022 apposito regolamento di funzionamento del Comitato.

3.4.6 Il comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni

L'Azienda, ai sensi e con le modalità previste dall'art. 57 del D. L.vo 165/2001 e s.m.i., costituisce al proprio interno, senza nuovi o maggiori oneri per i bilanci, il "Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" che sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del



mobbing, costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi nazionali o da altre disposizioni. Il Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni ha composizione paritetica ed è formato da un componente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello di amministrazione e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione in modo da assicurare, nel complesso, la presenza paritaria di entrambi i generi. Il presidente del Comitato unico di garanzia è designato dall'Azienda. Il Comitato unico di garanzia ha compiti propositivi, consultivi e di verifica e opera in collaborazione con la consigliera od il consigliere nazionale di parità. Contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori. Al fine di garantire pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro, l'Azienda Sanitaria:

- riserva alle donne, salva motivata impossibilità, almeno un terzo dei posti di componente delle commissioni di concorso, fermo restando il principio di cui all'art. 35, comma 3, lettera e) del D. L. vo 165/2001 e s.m.i.;
- adotta propri atti regolamentari per assicurare pari opportunità fra uomini e donne sul lavoro, conformemente alle direttive impartite dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della funzione pubblica;
- garantisce la partecipazione delle proprie dipendenti ai corsi di formazione e di aggiornamento professionale in rapporto proporzionale alla loro presenza nelle strutture interessate ai corsi medesimi, adottando modalità organizzative atte a favorirne la partecipazione, consentendo la conciliazione fra vita professionale e vita familiare;
- può finanziare programmi di azioni positive e l'attività del Comitato, nell'ambito delle proprie disponibilità di bilancio.

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

3.4.7 La commissione per l'Attività Libero Professionale Intramoenia

Al fine di assicurare l'attività libero professionale, l'Azienda istituisce una commissione paritetica (definita Commissione ALPI) costituita da Dirigenti sanitari che vengono indicati dalle OO.SS. maggiormente rappresentative della Dirigenza medica, veterinaria e sanitaria e degli Specialisti ambulatoriali e da Dirigenti nominati dall'Azienda e presieduta dal Direttore Sanitario o da suo delegato, alla quale sono affidati compiti di organizzazione, promozione, verifica e modifiche del regolamento a farsi e di osservatorio sull' ALPI. La Commissione opera sia in veste consultiva relativamente alle varie problematiche sottoposte alla sua attenzione, sia in veste propositiva, tenendo costantemente informata in merito la Direzione Strategica. È



inoltre un osservatorio di approfondimento, di studio, di promozione e verifica, di regolamentazione e non ultimo di progettazione e ricerca per le attività inerenti la libera professione; è riferimento per tutti i Dirigenti dell'Azienda e supporto per la Direzione Generale. Obiettivi della Commissione A.L.P.I. sono:

1. regolamentazione, sviluppo ed implementazione dell'attività libero professionale internamente all'Azienda;
2. attività di informazione, pubblicizzazione e diffusione di tutte le iniziative in merito alla dirigenza sanitaria aziendale nel suo complesso.

L'Azienda, per il medesimo fine di cui al precedente capoverso, istituisce, organizza ed attiva, un apposito Ufficio denominato "Ufficio Libera Professione" con compiti di indirizzo e coordinamento amministrativo e contabile dell'attività prestata in regime di libera professione intramuraria in tutte le strutture aziendali. Il suddetto Ufficio è strutturato nell'ambito degli Uffici della Direzione Strategica. Organizzazione e funzionamento saranno disciplinate con apposito regolamento. Il regolamento dovrà contenere l'impegno da parte dell'Azienda, a gestire, con integrale responsabilità, l'attività libero professionale intramuraria, al fine di garantirne il corretto esercizio e dovrà essere adottato in coerenza con le norme di cui alla Legge 3 agosto 2007 n. 120 e tenendo conto delle modifiche e integrazioni apportate dal D.L. 13 settembre 2012 n. 158 convertito con modificazioni dalla Legge 8 novembre 2012 n. 189, s.m.i.; il suddetto regolamento deve infine uniformarsi alle "Linee Guida Regionali per l'adozione dei Regolamenti Aziendali in materia di Attività Libero Professionale Intramuraria per il personale delle Aree della Dirigenza Medica e Veterinaria (Area contrattuale IV) e della Dirigenza Sanitaria non Medica (Area contrattuale III) del S.S.N." approvate con D.C.A. n. 60 del 5.07.2018 e DCA n. 25 del 24.01.2020. Il Collegio di Direzione concorre alla formulazione delle proposte riferite alle soluzioni organizzative per l'effettuazione dell'attività libero -professionale intramuraria.

All'interno dell'ufficio, al fine di contribuire a completare l'organizzazione aziendale in tema di sistema informativo, sono incardinate le attività di Monitoraggio di Liste e Tempi di Attesa e di analisi e monitoraggio delle prenotazioni effettuate dal CUP Aziendale.

3.4.8 Comitato Aziendale Permanente per la Medicina Generale e Unità di Valutazione per la Verifica Obiettivi di Appropriatezza

L'Azienda istituisce il nuovo Comitato Aziendale Permanente per la Medicina Generale come previsto dall'art. 12 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 28/04/2022, i cui compiti sono definiti nell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale.

3.4.9 Comitato Aziendale per la Pediatria di Libera Scelta

Come da vigente normativa di settore la ASL ha provveduto con delibera 2213 del 24/11/2022 la ricostituzione del Comitato della Pediatria di Libera Scelta. Il Comitato Paritetico è composto dalle



delegazioni trattanti dei rappresentanti dell'Azienda e dei rappresentanti delle organizzazioni sindacali firmatarie dell'Accordo Integrativo Regionale.

3.4.10 Comitato Zonale per la Specialistica Ambulatoriale

Il Comitato svolge funzioni consultive a richiesta del Direttore Generale in merito alle attività specialistiche previste dall'Accordo vigente e pertanto cura la formazione delle graduatorie degli specialisti, si occupa della gestione unitaria del rapporto relativamente ai medici che operano presso più Aziende dello stesso ambito zonale, cura la tenuta ed aggiornamento di un apposito schedario dei singoli specialisti incaricati presso le singole Aziende; collabora con la direzione nella programmazione delle ore di attività da rendere disponibili presso le strutture aziendali, sulla base del fabbisogno di prestazioni richieste.

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke, located at the bottom left of the page.

4 Il governo strategico aziendale

4.1 Il governo strategico

Il governo strategico aziendale è esercitato dalla Direzione Strategica, composta dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, avvalendosi del Collegio di Direzione.

4.1.1 La Direzione strategica

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

Funzione prioritaria della direzione strategica dell'ASL di Avellino è rappresentata dal coordinamento delle principali attività sanitarie ed amministrative aziendali in attuazione delle strategie e dei programmi definiti, in particolare:

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

In seno alla direzione strategica, l'Azienda coordina l'attività di vigilanza e di controllo esterno sulla assistenza erogata dalle strutture sanitarie private accreditate, ubicate nel territorio di competenza, supportata per tale funzione dalla specifica struttura centrale individuata nell'ambito del Dipartimento dei Servizi Direzionali e di Staff e dai nuclei operativi di controllo periferici.

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

Il Direttore Generale sottoscrive con gli stessi un contratto di prestazione d'opera intellettuale, con rapporto di lavoro a tempo pieno ed esclusivo ai sensi dell'art. 3 comma 7 e dell'art. 3 bis comma 8 del D. Lgs. n.502/92 e s.m.i.

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

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

- esprimono parere su ogni questione che venga loro sottoposta;



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

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

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

4.1.2 Il Direttore Sanitario

Il Direttore Sanitario assolve la funzione di indirizzo e supervisione dei servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico - sanitari.

È responsabile nei confronti del Direttore Generale del miglioramento continuo della qualità e del governo clinico dell'Azienda, intesi come insieme organizzato di attività.

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

In particolare il Direttore Sanitario nell'assolvimento delle proprie funzioni è chiamato a:

- partecipare con il Direttore Amministrativo, unitamente al Direttore Generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'Azienda;



- dirigere i servizi sanitari negli ambiti previsti dal D. Lgs. n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni e dalle Leggi Regionali fatte salve le competenze, le responsabilità e le funzioni individuali dei singoli dirigenti previste dall'articolo 16 e 17 del D. Lgs. 29/93 e successive modifiche ed integrazioni;
- assumere diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza;
- concorrere, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni del Direttore Generale;
- assicurare il coordinamento delle diverse linee di attività svolte nei distretti;
- svolgere ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, su delega del Direttore Generale, fermo restando ogni altra competenza attribuitagli dalla legislazione vigente, dal presente atto e dai regolamenti aziendali;
- presiedere il Consiglio dei Sanitari.

Il Direttore Sanitario, al fine dello sviluppo del governo clinico e della promozione della conoscenza e dell'utilizzazione degli strumenti che gli sono propri, promuove e si avvale dei Comitati, delle Commissioni, dei Gruppi di Lavoro previsti dalle normative vigenti o ritenuti opportuni nell'ambito dell'Azienda, intesi come momento di diffusione della conoscenza in medicina e nell'assistenza, nonché come strumento di sviluppo del miglioramento della qualità e del governo clinico. Egli presiede e/o coordina gli stessi e/o vi partecipa secondo quanto previsto dalle normative vigenti e dagli atti regolamentari aziendali.

4.1.3 Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'Azienda in conformità agli indirizzi generali di programmazione e alle disposizioni del Direttore Generale, assicura la correttezza, completezza e trasparenza dei processi di formazione dei documenti rappresentativi delle dinamiche economiche, finanziarie e patrimoniali, la legittimità degli atti ed il corretto assolvimento delle funzioni di supporto tecnico, amministrativo, logistico. Il Direttore Amministrativo definisce gli orientamenti operativi delle strutture assegnate al governo economico finanziario aziendale e garantisce, dal punto di vista amministrativo, lo sviluppo e l'implementazione delle reti che presiedono al sistema informatico di supporto alle attività direzionali proprie dei diversi livelli di governo aziendale e promuove programmi specifici per la formazione del personale amministrativo. Sovrintende al Percorso Attuativo di Certificabilità dei Bilanci.

4.1.4 Le strutture centrali delle Aree di Coordinamento Amministrativa Tecnico – Professionale.

Le unità operative afferenti all' Area di Coordinamento Amministrativa Tecnico – Professionale, come illustrato nell' organigramma allegato, sono:

- UOC Contabilità Generale - UOS Bilancio e Fiscale
- UOC Tecnico Patrimoniale/ Patrimonio Immobiliare - UOS Ingegneria Clinica



- UOC Provveditorato - UOS Economato
- UOC Gestione Risorse Umane - UOS Gestione Economica e Previdenziale
- UOC Sistemi Informativi e Informatici

L' Azienda intende favorire i processi di integrazione tra i servizi amministrativi centrali e le funzioni amministrative territoriali/ospedaliere attraverso organiche connessioni funzionali. Le aree di coordinamento non presuppongono la individuazione di un incarico.

Segue una breve descrizione delle attività proprie di ciascuna struttura amministrativa.

La UOC Contabilità Generale

Cura direttamente o attraverso la Unità Operativa Semplice le seguenti attività:

svolge funzioni di programmazione e monitoraggio economico mediante tutte le attività correlate alla costruzione e gestione del bilancio aziendale ed alla documentazione contabile e fiscale. L'Unità Operativa assicura che tutte le procedure contabili garantiscano e realizzino il rispetto delle norme e comunque i principi e le procedure ed azioni intraprese dalla Regione indirizzate alla corretta applicazione di quanto previsto nei decreti/delibere regionali. Alla Unità Operativa è attribuito il compito di predisporre, elaborare, redigere i documenti di programmazione e bilancio in tutte le loro componenti (conto economico, stato patrimoniale e nota integrativa), in aderenza alle direttive della Direzione Generale ed ai principi dell'ordinamento contabile.

In particolare:

- gestisce la contabilità generale;
- cura la tenuta del piano dei conti aziendali;
- cura la contabilità clienti e fornitori di beni e servizi, emissione e registrazione dei documenti relativi all'aggiornamento delle partite contabili;
- cura la liquidazione contabile delle partite debitorie dei fornitori di beni e servizi;
- cura la contabilità delle strutture accreditate e la liquidazione contabile delle partite debitorie;
- cura la contabilità delle strutture e dei servizi convenzionati e la liquidazione contabile delle partite debitorie;
- redige il bilancio economico preventivo, il bilancio d'esercizio consuntivo ed i rendiconti economici trimestrali ed i relativi adempimenti;
- provvede alla gestione delle attività fiscali e tributarie (dichiarazione dei redditi, dichiarazione annuale IVA, dichiarazione IRAP, dichiarazione dei sostituti d'imposta, etc) dando anche ai servizi dell'Azienda consulenza ed assistenza generica ai fini dell'applicazione della normativa fiscale;
- provvede alla gestione dei clienti e fornitori, alla emissione e registrazione dei documenti contabili;
- provvede alla gestione di cassa, attraverso l'emissione e registrazione dei documenti contabili;



- cura la gestione delle risorse finanziarie attraverso l'emissione di reversali di incasso e mandati di pagamento dopo averne accertato il titolo;
- cura i rapporti e la tenuta della contabilità del tesoriere e controlla le risorse finanziarie e relativi flussi;
- provvede alla verifica ed al riscontro della congruità contabile (e conseguente registrazione) di tutti gli atti deliberativi e dei provvedimenti dei dirigenti con la Programmazione Aziendale;
- cura la contabilizzazione e la rendicontazione dei fondi e la specifica destinazione;
- cura la contabilità ed il pagamento dei rimborsi e dei reintegri;
- gestisce la riscossione delle sanzioni derivanti dalle procedure di depenalizzazione;
- gestisce gli aspetti del trattamento economico del personale dipendente e convenzionato (determinazione e liquidazione delle competenze), incluso la definizione ed il monitoraggio dei fondi contrattuali;
- cura la puntuale adozione e implementazione delle indicazioni, per quanto di specifica competenza, previste dal "Percorso Attuativo per la Certificabilità dei Bilanci".

La U.O.C. Contabilità Generale si articola in una unità operativa semplice denominata **U.O.S. Bilancio e Fiscale**.

La UOC Tecnico Patrimoniale

Cura direttamente le attività di progettazione, esecuzione lavori ed acquisizione arredi e suppellettili relativi agli interventi di tipo strutturato oggetto del provvedimento quali nuove realizzazioni, ampliamenti, ammodernamenti, adeguamenti strutturali e tecnologici, implementazioni funzionali. In particolare:

- gestisce il patrimonio immobiliare aziendale, attraverso una politica di valorizzazione e utilizzo, secondo le priorità aziendali;
- cura la puntuale adozione e implementazione delle indicazioni, per quanto di specifica competenza, previste dal "Percorso Attuativo per la Certificabilità dei Bilanci";
- gestisce le procedure per l'aggiudicazione di appalti relativi a manutenzioni ordinarie e straordinarie rientranti nei settori edile, impiantistico, progettazione, direzione lavori, contabilità, collaudi.
- programma e redige, elaborando piani economici e cronoprogrammi, i progetti architettonici, controllandone la realizzazione ed il rispetto dei costi e dei tempi;
- presenta progetti di riqualificazione agli Enti Pubblici Regionali;
- dirige i Lavori di opere in corso di esecuzione.



La U.O.C. Tecnico Patrimoniale si articola in una unità operativa semplice denominata **U.O.S. Ingegneria Clinica**, affidata ad un ingegnere biomedico, che si occupa di tutti gli adempimenti per l'attuazione delle attività di acquisizione ed installazione di apparecchiature biomediche. In particolare:

- supervisiona e gestisce le riparazioni e le manutenzioni delle apparecchiature elettromedicali;
- partecipa alla definizione del Piano degli Investimenti per le tecnologie.

La UOC Provveditorato

Cura direttamente o attraverso la Unità Operativa Semplice la soddisfazione dei fabbisogni necessari all'attività dell'azienda attraverso l'acquisizione di beni e servizi alle migliori condizioni possibili nelle quantità e qualità necessarie, nel rispetto dei principi di eticità, legalità, efficienza, efficacia ed economicità e tenendo conto delle indicazioni e delle normative in merito agli acquisti centralizzati tramite le centrali di acquisto nazionali e regionali.

In particolare:

- individua e programma il fabbisogno di beni e servizi;
- collabora per la definizione del budget aziendale per beni e servizi;
- sviluppa politiche di acquisti aziendali;
- fornisce consulenza e supporto nelle scelte di beni e servizi;
- gestisce le procedure di gara, la stipula e la gestione dei relativi contratti di forniture di beni e servizi;
- provvede al monitoraggio della spesa per consumi e supporta la contabilità analitica e la reportistica periodica;
- effettua una valutazione complessiva delle politiche di acquisizione di beni e servizi (benchmarking); l'effettuazione di operazioni di benchmarking e di indagini di mercato finalizzate alla acquisizione, aggiornamento e qualificazione di conoscenze necessarie alla razionale ed economica gestione degli acquisti e delle forniture, costituiscono un valore aggiunto per l'Azienda, soprattutto in riferimento agli acquisti di tecnologie sempre più sofisticate e complesse;
- gestisce l'albo fornitori dell'Azienda;
- attività di monitoraggio della corretta applicazione delle procedure PAC, con appositi sopralluoghi e se necessario con l'istituzione di un apposito organismo di Internal Auditing;
- acquisisce beni e servizi secondo le procedure in economia, verifica la regolare esecuzione dei contratti di fornitura di beni e servizi economici e, la tenuta, la gestione dell'inventario informatizzato del patrimonio dei beni mobili;
- gestisce i magazzini di transito, cura la domiciliazione dei beni acquisiti dal fornitore all'utente finale, verifica l'efficienza dei servizi di custodia e vigilanza, assicura la perfetta efficienza degli automezzi per l'emergenza sanitaria e degli altri mezzi di trasporto aziendali;



- assicura le funzioni economiche con la gestione delle casse economiche, dell'inventario dei beni mobili, dei magazzini e degli automezzi centrali;
- monitoraggio della spesa dei beni non sanitari e dei servizi;
- dirige l'autoparco;
- cura la puntuale adozione e implementazione delle indicazioni, per quanto di specifica competenza, previste dal "Percorso Attuativo per la Certificabilità dei Bilanci".

La UOC si articola nella **UOS Economato**.

La UOC Gestione Risorse Umane

Cura direttamente o attraverso la Unità Operativa Semplice le seguenti attività, inerenti il personale dipendente: lo stato giuridico ed economico, tutti gli adempimenti connessi alla fase di acquisizione delle "risorse umane" e la disciplina conseguente del rapporto, della modificazione, della cessazione, curando la tenuta dei fascicoli personali e la gestione economica del rapporto durante il suo svolgimento. In particolare:

- cura l'inserimento e l'aggiornamento dei dati del personale nel data base aziendale;
- collabora con la Direzione Generale per la predisposizione della dotazione organica;
- si occupa della gestione della mobilità interna all'azienda, mobilità interregionale, extraregionale ad altri Enti;
- provvede alla gestione dei comandi, distacchi e trasferte del personale;
- provvede alla gestione del sistema rilevazione presenze;
- si occupa delle autorizzazioni attività extra - ufficio;
- si occupa degli aspetti giuridici ed amministrativi relativi alla gestione dei concorsi, all'assunzione in ruolo, alle procedure per l'avanzamento in carriera e di tutti gli adempimenti relativi allo stato giuridico del personale;
- predispone gli adempimenti relativi al trattamento di quiescenza;
- predispone i contratti di assunzione e conferimento incarichi alla dirigenza, a vario titolo;
- si occupa della tenuta e aggiornamento dei fascicoli personali, altresì dei permessi di studio, permessi sindacali, permessi a vario titolo, distacchi e aspettative sindacali, aspettative a vario titolo, collocamenti a riposo a vario titolo, congedi parentali e assenze per infermità, dell'ANA;
- segue l'iter delle cause di servizio ed equo indennizzo, tutela e sostegno della maternità e paternità, legge 104/92;
- si occupa dei procedimenti disciplinari;
- monitoraggio della spesa del personale;
- cura i rapporti con le Organizzazioni Sindacali e si raccorda con l'ARAN garantendo la gestione dei relativi flussi informativi;



- cura la puntuale adozione e implementazione delle indicazioni, per quanto di specifica competenza, previste dal “Percorso Attuativo per la Certificabilità dei Bilanci”.

La UOC si articola nella **UOS Gestione Economica e Previdenziale**.

L’Azienda istituisce un ufficio per le Relazioni Sindacali che fa capo alla UOC GRU

La UOC Sistemi Informativi e Informatici

Il Sistema Informativo Aziendale è l’insieme delle informazioni prodotte, trasformate ed utilizzate durante l’esecuzione dei processi aziendali, delle modalità con cui esse sono gestite, delle risorse, sia umane che tecnologiche, coinvolte. La struttura cura i collegamenti di rete aziendale per il trasferimento delle comunicazioni, dei dati e delle valutazioni aziendali, attraverso l’addestramento del personale sulle buone pratiche di sicurezza. Incrementa le funzioni attraverso la predisposizione di appositi programmi aziendali in grado di gestire al meglio le funzioni periferiche e centrali, la raccolta dati, ogni altra attività necessaria ed indispensabile per un miglioramento dei servizi. In particolare:

- assicura il supporto alla Direzione Strategica nelle fasi di ridefinizione dei processi aziendali e nell’implementazione di nuove soluzioni informatico – tecnologiche.
- cura la puntuale adozione e implementazione delle indicazioni, per quanto di specifica competenza, previste dal “Percorso Attuativo per la Certificabilità dei Bilanci”.

In particolare per la gestione dei Sistemi informatici:

- cura la progettazione, lo sviluppo e la revisione dell’architettura del sistema informatico aziendale, garantendone la perfetta integrazione nella rete territoriale con particolare riferimento a: Presidi Ospedalieri, Distretti Sanitari, Presidi Sanitari Territoriali, Dipartimenti, Area amministrativa, Area Direzionale;
- cura la gestione e la manutenzione, nonché l’evoluzione tecnologica delle apparecchiature hardware, assicurandone l’adeguamento;
- cura la gestione e manutenzione normativa, evolutiva e correttiva degli applicativi software aziendali, assicurandone l’adeguamento;
- garantisce l’aggiornamento tecnologico del sistema di comunicazione aziendale (collegamenti Internet, Intranet, collegamenti con Regione, sicurezza informatica);
- cura l’adeguamento del sistema informatico sanitario a supporto delle attività cliniche ed assistenziali con strumenti che permettano la registrazione e tracciabilità del percorso diagnostico;
- coordina il lavoro relativo alla gestione informatica dell’Anagrafe degli Assistiti dell’Azienda e analizza le nuove implementazioni inerenti tale procedura informatica;
- provvede all’addestramento, formazione e supporto tecnico e tecnologico di assistenza degli utenti tramite erogazione diretta con utilizzo di risorse interne e coordinamento di risorse esterne;

- predisporre e definisce capitolati tecnici di gara per acquisizione, rinnovo e manutenzione e gestione di strumenti hardware e software;
- cura la gestione e manutenzione dei sistemi centrali di elaborazione dati;
- cura la gestione e manutenzione delle postazioni di lavoro e relativo servizio di help desk e assistenza tecnica tramite erogazione diretta con utilizzo di risorse interne e coordinamento di risorse esterne;
- monitoraggio della spesa dei sistemi informatici.

Per la Gestione del Web:

- ha il compito di supportare la Direzione Aziendale per la messa a punto delle strategie e delle politiche di comunicazione basate sugli strumenti informatici (Portale, PEC, Social Network ecc.) e per realizzare un efficace sistema di relazioni con i cittadini, le istituzioni ed i “media” attraverso l’utilizzo di tecnologie di comunicazione innovative; ha la responsabilità di gestione dei mezzi informatici dell’informazione e della comunicazione aziendale interna ed esterna dell’Azienda; svolge funzioni di progettazione e gestione completa del Portale aziendale. Coordina la rete aziendale di referenti web editor per il caricamento sul Portale delle informazioni; collabora alla progettazione e alla stesura degli strumenti informativi ai cittadini per tutte le strutture aziendali; si occupa della comunicazione interna all’Azienda attraverso la rete Intranet ed il Portale aziendale, di cui cura la realizzazione informatica e la grafica, l’invio di fogli notizie a tutte le mail dei dipendenti e la realizzazione di materiale cartaceo per informative ai dipendenti.

Per ulteriori dettagli si rinvia al Capo VI punto 4 “Il Sistema Informativo e le nuove tecnologie della informazione e comunicazione”.

4.1.5 Nucleo Ispettivo

Il Nucleo svolge compiti ispettivi effettuati su disposizione del Direttore Generale e non declinati nel presente atto. Il Nucleo Ispettivo, la cui composizione è stata rimodulata con Delibera n. 2132 del 07.11.2022, rappresenta l’organismo attraverso il quale l’Azienda svolge attività ispettiva su atti e fatti di gestione, attraverso verifiche e sopralluoghi nei confronti di strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private, facendo capo, funzionalmente, alla Direzione Generale. Il Nucleo, sempre su disposizione del Direttore Generale, provvede agli accertamenti ed alle relative verifiche su tutti gli aspetti della ASL, sia sanitari che amministrativi, che presentino elementi di scostamento dalle vigenti disposizioni normative in materia.



5 L'Organizzazione Aziendale

5.1 Criteri Generali

La Asl di Avellino opera mediante un assetto organizzativo che garantisce il rispetto dei principi di governo sia clinico che economico. Le soluzioni organizzative adottate nel presente Atto Aziendale si ispirano a criteri di efficienza, efficacia ed economicità, tenuto conto dei livelli intrinseci di complessità sia dimensionale (per le strutture operative presenti al proprio interno) sia di estensione territoriale del bacino di utenza provinciale. A questo scopo è stato impostato un assetto organizzativo "a matrice" dove, con una chiara delineazione dei diversi livelli di responsabilità, si ricerca la massimizzazione dell'efficacia gestionale e clinico - professionale.

Le Strutture Operative sono di tipo prevalentemente gestionale; alcune sono integrate a livello di macro articolazioni trasversali che si configurano come dipartimenti funzionali, a cui è riservato il ruolo di promotore nell'adozione di modelli operativi omogenei e coordinati mirati al miglioramento continuo delle prestazioni. Alla stregua del modello Hub e Spoke o dei diversi livelli di complessità, la presenza delle stesse discipline nei due presidi ospedalieri e in ambito territoriale/distrettuale, non deve essere vista come un inutile spreco di risorse o di ridondanza di una offerta del tutto sovrapponibile, ma bensì deve essere considerata come una opportunità per garantire il maggior ventaglio possibile di prestazioni, una maggiore sicurezza e qualità di offerta ai cittadini. In quest'ottica, ad esempio, diventa necessaria una funzione di coordinamento e di raccordo tra le strutture analoghe, funzione che a livello macro viene esercitata dal Direttore e dal Comitato di Dipartimento, a livello micro di singola specialità dal dirigente della disciplina con incarico di struttura complessa individuato dalla Direzione Generale, così per le due strutture di Cardiologia del presidio di Ariano Irpino e del presidio di S. Angelo dei Lombardi dove la funzione di raccordo e di coordinamento viene assicurata dal Direttore della UOC Cardiologia – UTIC del presidio di Ariano I., analogamente per le due strutture di Ortopedia e Traumatologia del P.O. di Ariano e del P.O. di S. Angelo ove la funzione di raccordo/coordinamento è assicurata dal Direttore della UOC Ortopedia del P.O. di Ariano Irpino.

L'Atto Aziendale è caratterizzato da una consistente razionalizzazione del numero delle unità operative attraverso la quale si intende rafforzare il ruolo della figura del dirigente responsabile di struttura mettendolo nelle condizioni di avere una reale ed importante autonomia organizzativa e gestionale; al suo interno si valorizzano gli incarichi dirigenziali professionali, secondo quanto previsto dai CC. NN. LL. vigenti.

5.2 Le Strutture Operative

Le strutture operative aziendali sono articolate nel rispetto della logica dipartimentale e di macrostruttura; ad esse fanno capo unità operative complesse che gestiscono, in funzione dei programmi aziendali e degli obiettivi assegnati, le attività sanitarie e/o amministrative assicurando la massima efficacia ed efficienza

nell'impiego delle risorse umane, tecniche e finanziarie attribuite a seguito di negoziazione con la Direzione Aziendale. Esse sono declinate attraverso il processo di budget ovvero con la condivisione di obiettivi predeterminati che ogni struttura aziendale persegue con propria autonomia gestionale.

Le procedure e i processi aziendali sono monitorati attraverso il controllo di gestione.

Ogni Macrostruttura Aziendale si può articolare in più unità operative complesse, unità operative semplici e semplici dipartimentali i cui requisiti sono:

1. la presenza obbligatoria di un solo responsabile;
2. la rilevanza quantitativa e strategica delle attività svolte;
3. l'attribuzione di un budget (obiettivi e risorse).

Le Macrostrutture Aziendali sono:

- i presidi ospedalieri;
- i distretti sanitari;
- i dipartimenti strutturali
- i dipartimenti funzionali

Ogni macrostruttura aziendale si configura come un centro di responsabilità di secondo livello le cui articolazioni interne sono centri di responsabilità di primo livello.

5.2.1 Il Presidio Ospedaliero

I presidi ospedalieri dell'Azienda sono organizzati secondo il modello dipartimentale, per aggregazione delle strutture complesse e semplici e strutture semplici dipartimentali che lo compongono, come descritto nell'allegato organigramma.

I presidi ospedalieri dell'Azienda sono:

- il Presidio Ospedaliero "S. Ottone Frangipane" di Ariano Irpino;
- il Presidio Ospedaliero "Criscuoli - Frieri" di Sant'Angelo dei Lombardi.

Dal Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera tuttora vigente, ai sensi del DM 70/2015, ossia dal DCA 103/2018, sono individuati nella provincia di Avellino:

- DEA di II livello

- A.O.R.N. Moscati di Avellino;
- Pronto Soccorso - Ospedale di Solofra.

- DEA di I livello

- Presidio di Ariano Irpino;
- Presidio di S. Angelo dei Lombardi con Pronto Soccorso



- **Il Presidio Ospedaliero di Ariano Irpino è DEA di I livello** configurato come spoke nella rete cardiologica e spoke nella rete ictus. Il Ministero della Salute ha accolto la deroga sul punto nascita, per cui esso viene riconfermato. La configurazione di presidio viene resa coerente con gli standard di discipline previste per un DEA di I livello.

- **Il Presidio Ospedaliero di S. Angelo dei Lombardi è presidio ospedaliero con pronto soccorso**, sede di SPDC a valenza diurna. Viene confermato anche come struttura di Riabilitazione in quanto all'interno del presidio opera la Fondazione Don Gnocchi che gestisce l'attività di riabilitazione intensiva per conto dell'ASL AV, già con 15 posti letto all'alta specialità neuro-riabilitativa codice 75.

I due Presidi Ospedalieri di Ariano Irpino e di S. Angelo dei L. concorrono a garantire le prestazioni sanitarie necessarie dando vita, insieme, al concetto di ospedale unico che, pur diversificato nelle prestazioni, ne assicura il range più vasto possibile, come è stato già detto nei criteri generali.

L'Azienda intende caratterizzare ciascuno dei due plessi ospedalieri con la differenziazione di prestazioni in funzione, soprattutto, dei dati epidemiologici e dei bisogni emergenti, con particolare considerazione, segnatamente al territorio dell'Alta Irpinia, per quelli riferibili alle patologie proprie della terza età atteso che, come già in precedenza evidenziato, ci si trova in presenza di una popolazione con una grossa percentuale di over 65.

Si vuole altresì realizzare un "sistema ospedaliero aziendale" in grado di utilizzare al meglio sia le più recenti tecnologie informatiche e di comunicazione (tele radiologia, tele cardiologia, telemedicina e teleconsulto), sia le innovative forme di organizzazione assistenziale (preospedalizzazione, DH, DS, dimissione protetta, cure domiciliari: CD – ADO, Day Service/PACC): un ospedale aziendale unico, insomma, che si faccia carico della diagnosi e cura del cittadino malato ovunque egli si trovi e che garantisca l'assistenza di tipo ospedaliero più appropriata alla severità della patologia. Tale sistema si pone l'obiettivo di fornire al cittadino della provincia di Avellino la migliore assistenza praticabile con possibile ricaduta positiva anche sulla mobilità sanitaria passiva.

Gli obiettivi si possono riassumere nel:

1. costruire una "rete" coerente con i problemi da affrontare;
2. perseguire la massima integrazione territorio - ospedale, ASL/A.O.R.N. Moscati;
3. coinvolgere tutti i punti di offerta sanitaria (pubblici e privati) con opportuni protocolli;
4. sviluppare e riqualificare la medicina territoriale;
5. creare, se possibile, punti di attrattiva sanitaria.

Implementando la caratterizzazione dei due PP. OO. ed attuando l'integrazione in rete delle rispettive specifiche attività con la costituzione di dipartimenti orizzontali intraospedalieri (area medica, area chirurgica ed area dei servizi), è possibile coniugare la necessità della razionalizzazione dei PP.OO. derivante dalla applicazione del piano di programmazione regionale vigente con la garanzia di offrire prestazioni di qualità e sicure ai cittadini della provincia, anche alla luce di quanto sperimentato durante la pandemia Covid 19.

I Dipartimenti ospedalieri sono:

- Dipartimento funzionale chirurgico;
- Dipartimento funzionale medico;
- Dipartimento funzionale dei servizi.

La missione fondamentale del Presidio Ospedaliero è rappresentata dalla diagnosi e cura di patologie tali da richiedere prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative ad alta integrazione e concentrazione nel tempo e nello spazio di risorse umane e tecnologiche.

L'ospedale è preposto al trattamento di pazienti in urgenza o portatori di patologie acute, che ove programmate comprendono la riabilitazione e la gestione del paziente post acuto che, per complessità e/o intensità delle cure, non può essere preso in carico dai servizi territoriali.

L'ospedale rappresenta un livello di responsabilità condivisa dei livelli qualitativi e di appropriatezza delle prestazioni erogate ovvero del miglioramento continuo della qualità e del governo clinico.

Il Presidio Ospedaliero, in quanto struttura operativa, è dotato di autonomia gestionale, con l'attribuzione di specifico budget.

La funzione di direzione è garantita da una UOC Direzione Sanitaria, che ha sede presso il P.O. di Ariano I. e che, assieme alla UOSD Direzione Sanitaria del P.O. di S. Angelo dei Lombardi, assicurano le funzioni sui due presidi della ASL di Avellino.

5.2.2 Direzione Medica di Presidio

Nei presidi ospedalieri della ASL di Avellino sono presenti la U.O.C. Direzione Sanitaria, nel Presidio Ospedaliero di Ariano Irpino, e la UOSD Direzione Sanitaria nel Presidio di Sant'Angelo dei Lombardi, entrambe afferenti al Dipartimento dei Servizi, e che concorrono alla realizzazione della mission dell'Azienda nell'ambito di una omogeneità di indirizzi.

Il Direttore/Responsabile della Direzione Medica di Presidio assicura la funzione di integrazione e coordinamento interno, il coordinamento delle attività comuni e delle funzioni integrate tra i vari dipartimenti e la funzione di raccordo e di continuità operativa e programmatica con la direzione strategica.

In particolare, il Direttore/Responsabile della Direzione Medica di Presidio:

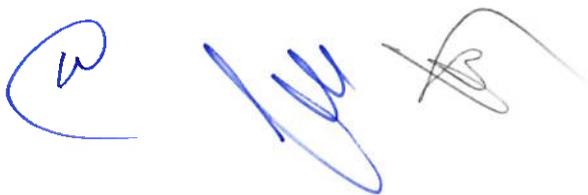
1. costituisce l'interfaccia fra la Direzione Aziendale e le Unità Operative ospedaliere e/o i Dipartimenti in merito alla qualità delle prestazioni e dei servizi erogati dal presidio e fra il Direttore del Distretto e gli stessi Dipartimenti per il perseguimento dell'obiettivo della continuità del trattamento e la massima integrazione ospedale - territorio;
2. promuove e presidia il rapporto tra le Unità Operative ospedaliere e più in generale l'integrazione tra i soggetti che agiscono nelle diverse fasi del percorso assistenziale, interne all'ambito ospedaliero e nelle fasi di accesso e di dimissione al fine di garantire la corretta organizzazione ed esecuzione dei programmi assistenziali che devono essere orientati alla presa in carico ed alla risposta globale al bisogno;



3. orienta il continuo adeguamento dei servizi offerti alla committenza, proponendo innovative forme di organizzazione dei servizi, di erogazione delle prestazioni secondo modalità atte a massimizzare efficacia, efficienza e qualità del processo assistenziale;
 4. è promotore di un clima organizzativo positivo all'interno dei Presidi, orientato al rispetto dei valori di attenzione all'utente, umanizzazione, equità, appropriatezza, trasparenza, accessibilità ed accoglienza;
 5. ha la responsabilità complessiva degli aspetti igienico-sanitari dei Presidi;
 6. ha la responsabilità complessiva degli spazi e del loro utilizzo all'interno dei presidi;
 7. ha la responsabilità della sicurezza e della gestione dei rischi per i Presidi che dirige;
 8. ha la responsabilità ai fini della sussistenza, del mantenimento e dell'implementazione dei requisiti di carattere igienico - strutturale previsti dal processo di autorizzazione ed accreditamento del presidio ospedaliero;
 9. concorre alla definizione delle politiche aziendali in materia di libera professione ed ha la responsabilità dell'esercizio libero - professionale all'interno del Presidio Ospedaliero;
 10. organizza le attività dei Pronto Soccorso presenti nei presidi ospedalieri in collaborazione con i responsabili delle UU. OO. SS. DD. Pronto Soccorso e Osservazione Breve;
 11. garantisce il rispetto del debito informativo relativo alle attività di pronto soccorso, ambulatoriale e di ricovero effettuate nei Presidi;
 12. propone alla Direzione Strategica gli obiettivi assistenziali e gestionali e di pianificazione delle attività;
 13. negozia il budget con la Direzione Strategica secondo le modalità organizzative previste dal regolamento di budget aziendale;
 14. risponde dei risultati complessivi in relazione agli obiettivi assegnati;
 15. propone iniziative di formazione e di studio;
 16. può delegare su autorizzazione espressa da parte della Direzione Generale parte dei compiti su descritti.
- Con il presente atto sono istituite le UU.OO.SS di Coordinamento Attività Amministrative del P.O. di Ariano Irpino e del P.O. di S. Angelo dei Lombardi, afferenti al Dipartimento dei Servizi Ospedalieri.

5.2.3 Aree interdipartimentali organizzativo – funzionali

Esse si configurano come punti di coordinamento di attività omogenee per finalità di tipologia di intervento e garantiscono una più completa presa in carico del paziente per l'intero percorso assistenziale. Al loro interno vengono definiti percorsi, linee guida e protocolli a carattere diagnostico terapeutico e/o organizzativo finalizzati al pieno dispiegamento del governo clinico. Le aree funzionali interdipartimentali potranno essere attivate nei casi in cui la tipologia di intervento prevede il coinvolgimento di almeno tre dipartimenti. Il responsabile del coordinamento va individuato nel Direttore della UOC Direzione Sanitaria ovvero un altro dirigente di struttura complessa non necessariamente ospedaliero, afferente alla Direzione Strategica Aziendale. Tali aree potranno essere attivate dall'Azienda per specifici percorsi assistenziali. L'Azienda



valuterà prioritariamente la possibilità di attivare le aree funzionali organizzative interdipartimentali per specifici percorsi assistenziali che coinvolgono il paziente cardiologico (IMA), il paziente che necessita di cure ortopediche e traumatologiche, il paziente che necessita di attività di diagnostica per immagini; è previsto il coinvolgimento del Dipartimento Medico, del Dipartimento dei Servizi, dei Distretti e della UOC Qualità e Accreditamento – Rischio Clinico, affidando il coordinamento a dirigenti con incarico di struttura complessa rispettivamente di Cardiologia, di Ortopedia e di Diagnostica per Immagini e/o altre strutture coinvolte.

5.2.4 *L'Assistenza Ospedaliera*

In linea con il Piano Ospedaliero vigente l'Azienda assicura elementi organizzativi presso i Presidi aziendali riconducibili a:

- il trasporto secondario o inter ospedaliero in continuità di soccorso da una struttura di livello assistenziale inferiore ad una superiore, ad esempio, da una struttura spoke ad un hub della rete assistenziale).
- consolidamento dell'organico medico dedicato all' Emergenza – Urgenza, (Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza – MCAU).
- stretta interazione professionale e tecnologica in grado di soddisfare le esigenze funzionali dei presidi non sede di DEA e dei punti di primo intervento che devono essere strettamente collegati allo Spoke o Hub di competenza;
- sistema "Triage" in Pronto Soccorso;
- analisi dei posti letto territoriali equivalenti;
- attuazione dei PACC previsti dai Decreti regionali vigenti al fine di operare la riduzione della percentuale dei DH e DS;
- miglioramento delle Liste di Attesa;
- attivazione e implementazione dei PDTA regionali.

Il presidio ospedaliero di Ariano Irpino, DEA di I livello è dotato di Unità Operative afferenti ai Dipartimenti Funzionali Medico e Chirurgico come si evince dall' Allegato "A" – Organigramma.

Con il presente Atto Aziendale sono individuate la U.O.C. di Medicina d'Urgenza presso il P.O. di Ariano Irpino, data la particolare posizione del presidio Ospedaliero e la relativa necessità di garantire, alla luce delle ulteriori esigenze organizzative emerse durante la pandemia Covid 19, maggiore integrazione dell'emergenza urgenza con il territorio di riferimento nelle Aree interne della provincia.

Il PO è organizzato in modo da assicurare la presenza attiva o disponibilità in rete H24 dei Servizi di Radiologia almeno con T.A.C. ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale. Per le patologie complesse (quali i traumi, quelle cardiovascolari, lo stroke) sono previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasporto dei pazienti presso i Centri di II livello. Il Presidio è dotato, inoltre, di letti di "Osservazione Breve Intensiva" e di letti per la Terapia Sub intensiva



(anche a carattere multidisciplinare). Reparti di degenza ordinaria ed sub intensiva Covid, nonché posti letto di terapia intensiva sempre Covid.

Il **presidio ospedaliero di S. Angelo dei Lombardi**, come presidio ospedaliero di base, è dotato di pronto soccorso, delle UU.OO. di Medicina Generale, Chirurgia Generale, Ortopedia e Traumatologia, Terapia intensiva, nonché servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità H24 di Radiologia, Laboratorio, Emoteca, nonché di letti di "Osservazione Breve Intensiva", oltre ai posti letti di Riabilitazione Intensiva e di Alta Specialità Riabilitativa gestiti in collaborazione con la Fondazione Don Gnocchi, rientranti nella Rete dell' Alta Specialità Riabilitativa.

Le attività dei presidi ospedalieri sono definite secondo l'individuato modello dipartimentale, con obiettivi di:

- migliore coordinamento del complesso delle attività di assistenza nell'area di riferimento ed in integrazione con l'assistenza territoriale;
- miglioramento della qualità dell'assistenza, miglioramento di efficacia e appropriatezza delle prestazioni attraverso la convergenza di competenze e di esperienze scientifiche, tecniche ed assistenziali di gruppi e di singoli operatori sanitari;
- elaborazione di Percorsi Diagnostico/terapeutici per la gestione integrata di processi di cura;
- realizzazione di economie di scala e di gestione;
- diffusione delle conoscenze scientifiche e sviluppo delle competenze organizzative attraverso percorsi formativi diffusi e condivisi.

Il modello del Dipartimento, nell'aggregazione di Unità Operative omogenee, affini o complementari, persegue finalità comuni e condivise, pur nell'autonomia organizzativa, gestionale e professionale delle singole Unità Operative che lo compongono. L'Azienda, come già precedentemente descritto e come viene riportato nell'Allegato A Organigramma, istituisce i seguenti Dipartimenti Funzionali Ospedalieri:

- Dipartimento Medico
- Dipartimento Chirurgico
- Dipartimento dei Servizi

L'Assistenza Ospedaliera e la rete territoriale emergenza – urgenza

L'Azienda ASL Avellino dispone di n. 15 Ambulanze Medicalizzate e n. 15 Ambulanze non Medicalizzate e 1 CMR (Centro Mobile di Rianimazione); della Rete dell'Emergenza/ Urgenza fa parte anche n. 1 PSAUT. Si ritiene quindi di validare l'organizzazione del sistema 118 mettendo in rete la Centrale Operativa /Postazioni 118, collocate nell'ASL (che rappresentano le strutture extra ospedaliere del soccorso, insieme ai Punti di Primo intervento) con le strutture ospedaliere dell'emergenza urgenza (pronto soccorso, osservazione breve e medicina d'urgenza) provinciali (AORN Moscati – P.O. Ariano I. e P.O. di S. Angelo dei Lombardi).



Alla COT viene assegnato il monitoraggio delle attività in funzione dell'appropriatezza delle cure nell'ambito delle prestazioni di emergenza urgenza.

- Negli ospedali aziendali, entrambi dotati di pronto soccorso è presente un'area triage infermieristico, attiva nelle 24 ore, nel rispetto del principio che “ad ogni livello, il triage è lo strumento di valutazione della tipologia e delle priorità di intervento”,
- Nella rete di emergenza della ASL sono previsti i posti di Osservazione Breve (OBI) nel P.O. di Ariano I., sede di DEA di I livello.

Al fine di superare la frammentazione tra il personale medico ed infermieristico in servizio nei Pronto Soccorso e sulle ambulanze, ed in linea con le direttive regionali in materia di personale della rete di emergenza/ urgenza in corso, la ASL intende progressivamente implementare il sistema di emergenza, immettendo in servizio personale secondo i nuovi profili di formazione.

La rete della emergenza urgenza sarà ridefinita relativamente ai rapporti funzionali con gli altri servizi, compreso quello della Continuità Assistenziale, alla luce della nuova programmazione ospedaliera e territoriale regionale in attuazione del DM 77/2022.

L'Assistenza Ospedaliera e le Reti Tempo Dipendenti

La Rete cardiologica

L' ASL Avellino partecipa alla rete dell'emergenza Cardiologica Campana (Rete IMA) secondo le Direttive del DCA 103/2018, attraverso i due presidi ospedalieri, con rapporto funzionale con l'HUB di II livello presso l' A.O. R.N. Moscati.

L'azienda intende, inoltre, implementare l'assistenza cardiologica in acuzie, attraverso l'istituzione del servizio di emodinamica interventista, previa valutazione ed autorizzazione da parte dei competenti organi regionali e sulla base della nuova pianificazione dell'attività ospedaliera su base regionale.

La Rete per l'Ictus

L' Azienda con lo SPOKE di I Livello presso il PO Ariano Irpino partecipa alla rete Provinciale dell' Ictus in raccordo con l' HUB di II livello presso l' A.O. R.N. Moscati.

Fanno parte della rete, con i relativi posti letto dedicati, le strutture ospedaliere di riabilitazione cod. 56 e di lungodegenza cod. 60 che riserveranno posti dedicati alla gestione post ictus.

L'organizzazione del primo soccorso, il cosiddetto “percorso ictus” è il fattore chiave per selezionare e indirizzare i pazienti verso il centro giusto, e va accuratamente predisposto in ogni singola ASL.

Tutto il percorso assistenziale per l'ictus trombotico deve tendere ad assicurare l'inizio della terapia entro 4,30 ore dall'inizio dei sintomi; per le forme emorragiche la tempistica dell'intervento è variabile, ma è comunque opportuno ridurre a tempi strettamente necessari la fase di diagnosi e dell'eventuale trasferimento del paziente, entro le sei ore dall'inizio dei sintomi.

La Rete per il Trauma Area AV – BN - CE

I traumi cosiddetti minori, che cioè non soddisfano i criteri pre - ospedalieri di severità, possono afferire all'Ospedale più vicino dotato di un Pronto Soccorso, indipendentemente dalla sua appartenenza e dal suo livello nell'ambito del SIAT (Sistema Integrato per Assistenza al Trauma). Se a seguito della valutazione medica tali pazienti vengono considerati affetti da lesioni potenzialmente a rischio per la sopravvivenza, deve essere possibile attivare un trasferimento presso i centri trauma del SIAT (trasporti secondari urgenti a carico del 118).

- CTS (Centro Traumi ad Alta Specializzazione): DEA II LIVELLO A.O. S. ANNA E S. SEBASTIANO CASERTA;
- CTZ (Centro Traumi di Zona): DEA I E II LIVELLO AO MOSCATI AVELLINO;
- PST (Presidi di Pronto Soccorso per Traumi): individuati in tutti gli altri DEA di I livello e presso gli ospedali pubblici e privati accreditati dotati di Pronto Soccorso generale, che garantiscono il trattamento immediato anche chirurgico, delle lesioni con instabilità cardio - respiratoria prima di un eventuale trasferimento ad una struttura di livello superiore.

La Rete Neonatologica e i punti nascita

Le strutture afferente alla rete, per il territorio di competenza dell'ASL Avellino

- Livello 1: *Neonatologia* (COD. 62) assistenza ai neonati fisiologici e neonati affetti da patologie che necessitano di cure intermedie e non richiedono cure intensive.
- Livello 2: *TIN* (Cod. 73): neonati patologici

La nuova programmazione dei posti letto codice 62 e codice 73 ASL AV

- Casa di Cura Villa dei Platani 4 PL COD. 73

La ASL istituisce, con il presente Atto, la UOC di Ginecologia e Ostetricia presso il P.O. di Ariano I.

Il Sistema dello STEN e dello STAM

Lo STEN è il servizio dedicato al trasporto dei neonati critici/patologici dai centri nascita ai centri di II livello dotati di TIN e/o di Patologia Neonatale, al fine di assicurare la migliore assistenza ad ogni neonato nella struttura più idonea alle sue necessità.

STEN: A.O. Ruggì D'Aragona per il territorio di Salerno e Avellino (bacino di utenza circa 12.000 parti/anno).

STAM: (Trasporto in Utero) modalità di trasferimento di una paziente con gravidanza a rischio che necessita di cure a maggior livello di complessità per patologie materne o fetali o entrambe (Servizio Trasporto Assistito Materno viene assicurato attualmente nelle strutture pubbliche a mezzo trasporto secondario dal

presidio di assistenza all'HUB di riferimento, con mezzi propri del presidio stesso. Per le strutture accreditate con chiamata 118).

Vengono identificati come destinatari per il trasporto STAM la Ostetricia della seguente struttura:
AORN Moscati (per l' area di Avellino).

La Rete Oncologica

Il Decreto della Regione Campania n. 98 del 20.09.2016 ha istituito la Rete Oncologica Campana. Tale decreto prevedeva la adozione del PDTA per tumori della mammella, cervice, colon e retto e la creazione dei relativi GOM da parte dei CORP/CORPUS entro 60 giorni. La rete ha iniziato a elaborare PDTA per tutte le patologie neoplastiche, validati dal Coordinamento regionale e decretati con DCA 19/2018 e ulteriore DCA in adozione. L'ASL di Avellino partecipa attivamente, attraverso i GOM e la collaborazione dei MMG/ PLS alla rete oncologica regionale.

L'Assistenza Ospedaliera: Volumi ed Esiti

Nell'ambito dell'applicazione del sistema di valutazione e misurazione della performance delle singole strutture sanitarie la ASL attua sistematicamente il monitoraggio degli indicatori di volume ed esito, sulla base degli indirizzi regionali, con particolare attenzione alla qualità delle prestazioni sanitarie:

- a) area oncologica: con Decreto dirigenziale n. 136 del 26.06.2018 e s.m.i. è stato istituito il gruppo tecnico di lavoro della Rete Oncologica regionale che, tra i suoi obiettivi valuta lo stato di implementazione, il livello di efficienza e gli outcome della rete attraverso la rilevazione dei volumi ed esiti elaborati dai flussi informativi di produzione sanitaria;
- b) frattura collo femore – intervento entro 2 giorni - solo il 20% delle strutture in Campania effettua l'intervento entro 48 ore – volume di attività fissato dal Ministero 75 ricoveri/annui;
- c) proporzione di tagli cesarei primari Il Ministero Salute fissa come standard 25%. I TC nelle strutture con più di 1.000 parti e 15% in quelle con meno di 1.000 parti.
- d) mortalità per infarto a 30 giorni – in Italia si attesta al 7.6% - In Campania il dato è superiore alla media nazionale;
- e) garanzia di PTCA entro 60/90' nel 60% dei casi di IMA-STEMI: in Campania l'indicatore si attesta poco oltre il 39-56.8%.

A regime, il processo di valutazione permetterà anche di riorganizzare i punti di erogazione dell'assistenza ospedaliera in funzione del raggiungimento degli standard attesi, dei volumi ed esiti, indicatori di una buona sanità.

5.3 II Distretto Sanitario

L'Azienda Sanitaria Locale è articolata in Distretti Sanitari, i quali sono macrostrutture dotate di autonomia economico - finanziaria e gestionale, con l'attribuzione di specifico budget. Il suo direttore assume da una parte il ruolo di tutela della salute nel proprio territorio e, dall'altra, il ruolo di diretto erogatore per alcune tipologie di servizi e prestazioni.

In coerenza con le indicazioni regionali, e tenuto conto della complessità organizzativa e di estensione territoriale caratterizzata da notevoli peculiarità, la Direzione Generale attribuisce un notevole peso e forza alla dimensione territoriale dell'assistenza sanitaria, muovendo passi importanti verso un auspicato riequilibrio tra ospedale e territorio.

Al Distretto competono, in primo luogo, l'analisi del bisogno di salute e la promozione di corretti stili di vita della popolazione, l'erogazione delle prestazioni, diagnosi, e cura, nonché il soddisfacimento di tutti i bisogni burocratici ed amministrativi legati alla erogazione dei servizi sanitari territoriali secondo quanto previsto dai livelli uniformi di assistenza.

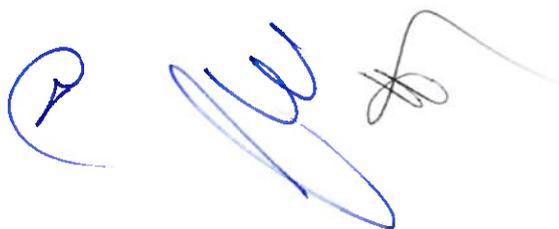
Il bacino del Distretto Sanitario si identifica con l'area territoriale dove sono presenti i punti di erogazione delle prestazioni socio sanitarie sia pubbliche che private accreditate. Esso adotta soluzioni che vadano verso l'integrazione delle risposte assistenziali erogate in ambito sanitario con le risposte assistenziali erogate in ambito sociale o da soggetti terzi.

Esso è strutturato sul modello della "presa in carico". Con tale termine si intende l'operatività attraverso la quale si instaura un rapporto continuo con la Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta e gli Specialisti Ambulatoriali che presidiano sia la funzione di accoglienza e prima valutazione (PUA) sia la valutazione funzionale Multidimensionale e la definizione di Progetti Assistenziali Individuali, anche attraverso i nuovi modelli organizzativi introdotti dal DM 77/2022 e dalle disposizioni regionali di attuazione. I Distretti di cui sopra operano in raccordo alle strutture afferenti al Dipartimento Territoriale per le specifiche competenza ad esso attribuito.

Al fine di garantire il corretto assolvimento dei servizi distrettuali integrati nella rete dei servizi sanitari e sociosanitari, si conferisce un ruolo cruciale all'organizzazione di Punti di Accesso Territoriali, i quali sono strategicamente allocati sul territorio per meglio rappresentare l'interfaccia diretta per il cittadino - utente con l'obiettivo di eliminare duplicazioni e sovrapposizioni. A tal fine usufruiscono dei servizi erogati direttamente dal rispettivo Distretto Sanitario.

Mediante la Porta Unica di Accesso e l'Ufficio Socio Sanitario si garantiscono:

- la funzione di accoglienza e informazione;
- la funzione di valutazione di primo livello;
- la continuità, accessibilità e l'integrazione dell'assistenza sanitaria e sociale dell'utenza;
- l'attivazione della valutazione multidimensionale finalizzata ad una presa in carico integrata;



- l'attivazione di tutte le risposte necessarie a soddisfare la richiesta ed il bisogno del cittadino in relazione alle risorse disponibili.

Ufficio Socio Sanitario distrettuale.

Nel Distretto è pertanto individuato un Ufficio Socio Sanitario che, in staff alla direzione distrettuale e funzionalmente collegato alla UOC Coordinamento Socio Sanitario, in stretto rapporto con i servizi distrettuali, supporta la direzione nella programmazione e realizzazione dell'integrazione tra le attività di assistenza territoriale e quelle di assistenza sociale e sovrintende ai processi delle attività di accoglienza e prima valutazione (PUA) nonché a quelli della valutazione funzionale Multidimensionale e della definizione di Progetti Assistenziali Individuali, restando, la gestione di questi ultimi, di competenza dei servizi distrettuali. Gli Uffici Socio Sanitari distrettuali devono collaborare con il Coordinamento Socio Sanitario, in particolare nella funzione attribuita a quest'ultimo di curare il livello organizzativo, gestionale ed operativo della integrazione socio - sanitaria territoriale.

Tra i principali compiti del Distretto, e nello specifico del Direttore del Distretto Sanitario, si individuano:

- elaborazione del Piano delle Attività Territoriali (PAT), in stretta collaborazione con il Dipartimento Territoriale, avendo attenzione al sistema delle compatibilità in termini di risorse e di bisogni da soddisfare;
- garanzia del presidio permanente delle attività assistenziali assicurando il continuo adeguamento quali - quantitativo ai bisogni della popolazione e all'andamento delle risorse disponibili;
- garanzia, in collaborazione con le funzioni centrali per la programmazione e controllo, del buon funzionamento del sistema informativo, e puntuale ed esaustivo assolvimento dei debiti informativi e, attraverso il controllo di gestione, dell'efficacia ed efficienza nell'uso delle risorse;
- redazione della relazione annuale del distretto;
- monitoraggio dei dati di attività e dei risultati conseguiti in termini quantitativi e qualitativi;
- partecipazione al processo di budget presidiando gli obiettivi di competenza.

I Distretti Sanitari individuati dall'Azienda sono:

1. Distretto Sanitario n.1 Ariano Irpino
2. Distretto Sanitario n. 2 Monteforte Irpino;
3. Distretto Sanitario n. 3 Sant'Angelo dei Lombardi
4. Distretto Sanitario n. 4 Avellino;
5. Distretto Sanitario n. 5 Atripalda;
6. Distretto Sanitario n. 6 Baiano.

Presso le varie sedi distrettuali sono erogate, oltre alle prestazioni di assistenza primaria e medicina specialistica, anche le prestazioni tipicamente afferenti alla Riabilitazione, alla Salute della donna e del bambino, alla Medicina Legale, all'Assistenza Farmaceutica, alla Salute Mentale in età evolutiva, alle Cure Domiciliari, al Socio Sanitario, alla Non Autosufficienza ed Anziani Fragili ed ai Dipartimenti di:

- Prevenzione
- Salute Mentale e delle Dipendenze.

Ad eccezione che per il Distretto di Monteforte, negli altri Distretti si trovano uno o più Presidi Distrettuali come di seguito specificato:

- Distretto di Ariano: Presidi di Vallata, di Grottaminarda e di Mirabella.
- Distretto di S. Angelo dei Lombardi: Presidi di Calitri e di Montella.
- Distretto di Avellino: Presidi di Altavilla e di Cervinara.
- Distretto di Atripalda: Presidi di Montemiletto e di Montoro.
- Distretto di Baiano: Presidio di Lauro.

5.3.1 II Direttore del Distretto Sanitario

Al Distretto Sanitario è preposto un direttore; tale incarico, a tempo determinato, è attribuito dal Direttore Generale sulla base di quanto previsto all'art. 3 sexies D.lgs. 502/92 e s.m.i.

Il Direttore del Distretto Sanitario è responsabile del funzionamento di tutti i servizi di diretta competenza. È responsabile in via diretta delle attività del Distretto, della gestione delle risorse umane, strumentali e finanziarie assegnategli per il perseguimento degli specifici obiettivi, nonché, della pianificazione e valutazione delle attività territoriali sanitarie e sociosanitarie in collaborazione con il Dipartimento Territoriale, rispondendo al Direttore Generale della suddetta gestione e dei risultati raggiunti. Il Direttore del Distretto supporta la Direzione Strategica nei rapporti con i Sindaci del Distretto nonché con gli altri soggetti già richiamati con riferimento all'art. 1 della legge n. 328/2000, s.m.i. Per quanto attiene le attività amministrative del proprio Distretto fa riferimento al Responsabile della UOSD Coordinamento Attività Amministrative Interdistrettuali.

Nell'ambito dell'organizzazione delle funzioni del Direttore del Distretto si colloca *l'Ufficio di Coordinamento delle attività Distrettuali (UCAD)*, (rappresentativo delle professionalità presenti nel Distretto), del quale fanno parte, in base ai rispettivi Accordi Collettivi Nazionali, i Medici di Medicina Generale e le altre categorie di personale sanitario convenzionato.

5.3.2 Funzioni di produzione e di committenza del distretto

Nel garantire il rispetto del principio del recupero del ruolo e della centralità del Distretto Sanitario, l'Azienda Sanitaria Locale Avellino configura una organizzazione territoriale in grado di affiancare il paziente utente nella molteplicità degli ambiti della propria vita, nel rispetto della diversità delle compagini sociali e di intercettarne le corrispondenti esigenze di assistenza. A tal fine sul territorio si istituisce una rete di servizi opportunamente potenziati che assolvano alla prioritaria funzione di governo dei fabbisogni di salute della popolazione, orientando il paziente - utente ed organizzandone direttamente la presa in carico per l'erogazione delle attività assistenziali a bassa intensità di cura ma di rilevante impatto sociale, con un

beneficio atteso di recupero di efficienza, di appropriatezza e di qualificazione delle prestazioni ospedaliere così, correttamente filtrate.

Il ruolo centrale del Distretto Sanitario viene enfatizzato nella specifica attribuzione di funzioni sia di erogazione di prestazioni e di servizi al cittadino, ma anche di orientamento della utenza per l'utilizzo delle strutture specialistiche per l'erogazione delle prestazioni socio sanitarie integrate organizzate e gestite dai dipartimenti territoriali di competenza.

Il modello organizzativo dell'Azienda è dipartimentale e distrettuale, esso individua le funzioni di tutela sanitaria e socio sanitaria della popolazione in capo alla Direzione del Distretto; è quest'ultima che assume la funzione di governo a livello locale e di tutte le funzioni territoriali anche in ottemperanza alla normativa di settore più recente, funzione di governo che si esprime sia con produzione propria che attraverso committenza e valutazione nei confronti delle altre strutture dipartimentali che sovrintendono al corretto espletamento delle attività in una logica inter distrettuale, non avendo adeguate e sufficienti risorse umane, amministrative e medico specialistiche, tali da poter garantire tutte le prestazioni in maniera omogenea su ognuno dei sei Distretti Socio Sanitari dell'Azienda ed in ognuno dei 10 Presidi Distrettuali ad essi afferenti. Comunque in linea con quanto sancito dal Decreto del Commissario ad Acta n. 83/2019 di programmazione della Rete Territoriale Regionale e della DRGC n. 682 del 13.12.2022 ad oggetto: "Linee guida sugli interventi di riordino territoriale della Regione Campania in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza recepite dal DM 77/2022", l'Azienda svilupperà innovative reti operative territoriali.

Nella nuova organizzazione territoriale le strutture facenti parte del Dipartimento dei Servizi Direzionali e di Staff, di aree interdipartimentali prettamente territoriali, non potranno non confrontarsi con i Direttori di Distretto per le modalità di presa in carico, la valutazione del bisogno, della prestazione, degli esiti; con lo stesso concorreranno ad una programmazione condivisa ed allo stesso renderanno sulle attività rese, risorse impegnate, obiettivi conseguiti per la popolazione di riferimento. Resta inteso che ai Dipartimenti Funzionali restano affidati esclusivamente compiti di natura tecnico – professionale, per una necessaria omogeneità di visione, rimanendo nella responsabilità del singolo Direttore di Distretto la natura gestionale ed organizzativa del processo.

Il Direttore di Distretto, con il Direttore della UOC Coordinamento Socio Sanitario, supporta la Direzione Strategica nei rapporti con i Sindaci del Distretto nonché con gli altri soggetti di cui all'art. 1 della Legge Quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali dell'8 novembre 2000 n. 328. Con costoro predisporre e sottoscrive il Piano di Zona che viene sottoposto alla validazione del Direttore Generale.

Pertanto, come raffigurato nell'Allegato "A" - Organigramma e precisamente nelle tavole denominate Distretti e Ulteriori Funzioni Presenti nei Distretti, le Direzioni Distrettuali si avvarranno delle Unità Operative Semplici Distrettuali di Ariano Irpino, Monteforte Irpino, S. Angelo dei Lombardi, Avellino,

Atripalda e Baiano, la cui responsabilità sarà affidata a dirigenti medici, e degli incarichi professionali parimenti conferiti a dirigenti medici distrettuali per assicurare le funzioni di produzione dei Distretti come di seguito esplicitate, incarichi che potranno avere anche una valenza inter distrettuale là dove non vi fossero le sufficienti risorse specialistiche:

- salute della donna e del bambino, che garantisce la tutela della salute della donna e dell'infanzia – adolescenza, ponendo in stretta continuità e contiguità l'attività svolta dai pediatri di libera scelta e dai consultori familiari, con il personale dipendente specialistico già presente nei distretti (Pediatri e Ginecologi);
- assistenza primaria, che garantisce l'attività assistenziale a favore della comunità di riferimento e innanzitutto la continuità assistenziale, con il personale medico della continuità assistenziale già presente nei distretti;
- riabilitazione e presa in carico dell'utente disabile attraverso le UVBR, ivi compresa l'assistenza protesica che, attraverso equipe multidisciplinari, garantisce gli interventi di cura e riabilitazione e programma l'attivazione e l'integrazione della rete dei servizi sociali e sanitari, con il personale specialistico dipendente già presente nei distretti (Fisiatri), con le strutture riabilitative afferenti al Dipartimento Territoriale, la UOSD Lungodegenza Codice 60 del P.O. di Ariano Irpino, in una logica di rete assistenziale riabilitativa che si completa con la riabilitazione intensiva della Fondazione Don Gnocchi presente nel Presidio Ospedaliero di S. Angelo dei Lombardi;
- accoglienza e presa in carico delle persone con bisogno sociosanitario, che, attraverso la PUA e la valutazione multidimensionale in UVI, garantisce l'accesso appropriato ai servizi sociosanitari e programma l'attivazione e l'integrazione della rete dei servizi sociali e sanitari;
- assistenza domiciliare integrata, indirizzata prevalentemente a persone affette da malattie croniche, sindromi cliniche e funzionali, deficit multipli che determinano disabilità e non autosufficienza attraverso procedure che tengano conto di tale complessità, con il personale medico specialistico già presente nei distretti (Geriatrici) e la UOC Cure Domiciliari afferente al Dipartimento Territoriale;
- non autosufficienza ed anziani fragili, con il medesimo personale del capoverso precedente;
- medicina legale, con il personale medico specialistico afferente alla UOSD Medicina Legale del Dipartimento di Prevenzione;
- iscrizione al Servizio Sanitario, consegna tessera d'iscrizione e scelta e revoca del medico, con il personale della medicina di base già presente nei distretti;
- pratiche amministrative per la fruizione di prestazioni varie, comprese le prestazioni integrative, l'assistenza indiretta, le cure termali ecc.;
- coordinamento e indirizzo dell'attività dei medici e pediatri di base, anche correlata alla gestione dei programmi terapeutici di altre UU.OO. e dell'anagrafe sanitaria;



- erogazione dell'assistenza specialistica ed attivazione delle relazioni funzionali con gli altri livelli extra distrettuali dell'Azienda, compresi i Dipartimenti Ospedalieri, con gli specialisti SUMAI e gli specialisti dipendenti, con le aree interdipartimentali organizzativo funzionali;
- esecuzione del prelievo ematico, attraverso i Centri Prelievo Territoriali e, degli esami strumentali ed attivazione delle relazioni funzionali con gli altri livelli extra distrettuali dell'Azienda, compresi i Dipartimenti Ospedalieri, l'area interdipartimentale organizzativo funzionale attivata per il percorso diagnostico strumentale;
- accesso alla specialistica in regime di convenzionamento esterno;
- continuità assistenziale notturna e festiva con eventuale mezzo di trasporto per soccorso sanitario, e riorganizzazione all'interno delle Case di Comunità (CdC);
- assistenza farmaceutica ed assistenza integrativa;
- assistenza alle categorie disagiate della popolazione tra cui gli stranieri ed i reclusi nelle strutture penitenziarie, in collaborazione con le specifiche strutture individuate.

Presso il Distretto Sanitario di Monteforte I. è previsto l'affidamento di un Incarico Professionale ad Alta Specializzazione (IPAS) di Neurofisiopatologia valenza inter distrettuale.

In integrazione con il Dipartimento di Prevenzione svolge ulteriori funzioni relative ai programmi di educazione alla salute, programmi di profilassi e controlli delle malattie infettive, controllo della salute dei lavoratori, etc. (n.b.: le attività sono del Dipartimento di Prevenzione così come recita la normativa, ma integrate con i Distretti in una nuova logica organizzativa in considerazione soprattutto della necessità da parte del Direttore di Distretto di avere la completa conoscenza del territorio di propria competenza).

La Direzione del Distretto Sanitario collabora con il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze per le funzioni di sostegno al benessere psicologico e riabilitazione dell'età evolutiva, per filtro della domanda di ricovero e controllo, per le attività riabilitative e sociali attraverso le strutture residenziali semiresidenziali, (n.b.: le attività sono del Dipartimento Strutturale di Salute Mentale e delle Dipendenze così come recita la normativa, ma integrate con i Distretti in una nuova logica organizzativa in considerazione soprattutto della necessità da parte del Direttore di Distretto di avere la completa conoscenza del territorio di propria competenza).

La **funzione di committenza** è propria della Direzione del Distretto che la esprime attraverso:

- a) l'analisi e la definizione dei bisogni di salute;
- b) la promozione della salute;
- c) la definizione di strategie di prevenzione, di concerto con il Dipartimento di Prevenzione, soprattutto per la prevenzione collettiva;
- d) il governo dei volumi e delle tipologie di prestazioni acquistate dall'Azienda e assegnate con la politica di budget;



e) il monitoraggio dei volumi e delle tipologie di tutte le prestazioni erogate al fine di garantire l'equità di accesso.

Le attività per le quali il Distretto ha la funzione di committenza, sono svolte, come già detto, dalle Macrostrutture di competenza tra cui il Dipartimento Territoriale, il Dipartimento di Prevenzione ed il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze.

Esse rappresentano delle Macrostrutture aziendali che sovrintendono al corretto espletamento delle attività in una logica inter distrettuale e su committenza dei Distretti Sanitari.

Per quanto attiene al rapporto Distretto e Dipartimento di Prevenzione, l'area di integrazione riguarda essenzialmente i programmi e le iniziative di prevenzione primaria e di promozione di stili di vita salutari anche in collaborazione con i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di libera scelta, nonché tutte le attività precedentemente elencate.

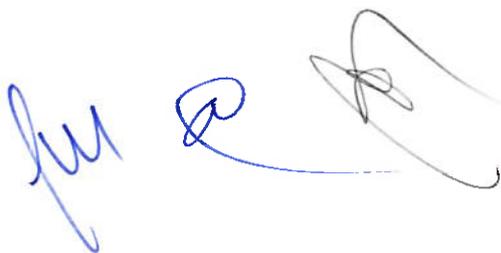
Nei confronti del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, il Distretto è chiamato, in particolare, a definire le modalità di integrazione professionale per quanto attiene la valutazione e la progettazione congiunta degli interventi per i pazienti con problemi psichiatrici di particolare rilievo o con problemi di dipendenza, nonché tutto quanto già elencato. Analogamente per ciò che concerne i rapporti del Distretto con il Dipartimento Territoriale.

5.3.3 Dipartimento Territoriale Funzionale

Il Distretto Sanitario è parte integrante del nuovo Dipartimento Territoriale, istituito in funzione del Riordino dell'Assistenza territoriale regionale previsto dal DCA 83/2019 e successivamente dalla DGRC n. 682/2022, nel quale rappresenta il fulcro dell'assistenza territoriale e garantisce attraverso le proprie articolazioni l'integrazione delle strutture, delle risorse e delle professionalità necessarie ad offrire prestazioni sanitarie e socio sanitarie in linea con i bisogni della popolazione.

Svolge le seguenti funzioni:

- programmi riabilitativi anche attraverso strutture semiresidenziali;
- partecipazione a programmi di inserimento formativo, lavorativo ed occupazionale, anche coinvolgendo associazioni di volontariato e cooperative integrate;
- promozione della salute del bambino ivi comprese le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, nell'ambito della programmazione degli interventi vaccinali definita dal Dipartimento di Prevenzione;
- promozione della salute della donna, ivi compresa la tutela della procreazione responsabile;
- assistenza alla gravidanza, alla gestante a rischio, anche in collegamento operativo con funzioni extra distrettuali specifiche;
- prevenzione dei tumori femminili anche in collegamento operativo con funzioni extra distrettuali;
- riabilitazione pediatrica, anche domiciliare in collegamento con altre UU. OO;



- attività di medicina scolastica ed interventi domiciliari per l'integrazione scolastica dei portatori di handicap, in collegamento con altre UU. OO;
- collaborazione alla organizzazione delle Cure Domiciliari e delle Cure Palliative;
- partecipazione al monitoraggio sulla spesa Farmaceutica;
- attività riabilitativa nei Centri Diurni, gestita in collaborazione con altre UU. OO;
- pianificazione degli interventi di emergenza/urgenza in accordo con la Continuità Assistenziale nell'ottica dell'attivazione delle Case di Comunità;
- partecipazione ai progetti di altre UU.OO. del distretto sanitario.

Detto Dipartimento costituisce la sede migliore per l'attuazione degli interventi e delle innovazioni organizzative funzionali previste dal PNRR.

5.3.4 Comitato dei Sindaci di Distretto

L'efficace esercizio della funzione del Distretto quale centro di riferimento sanitario della comunità locale, presuppone una completa e costante valorizzazione del ruolo delle autonomie locali. In tale ottica, il Comitato dei Sindaci di Distretto previsto dall'art. 3 - quater, comma 4 del decreto legislativo 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, esplica funzioni consultive e propositive sulla programmazione distrettuale delle attività.

In particolare la normativa stabilisce che compete al Comitato dei Sindaci di Distretto, quale organismo rappresentativo di tutte le amministrazioni comunali presenti nell'ambito territoriale del Distretto l'espressione del parere sulla proposta, formulata dal Direttore del Distretto, relativa al Programma delle attività territoriali – distrettuali.

Al Comitato dei Sindaci di Distretto viene trasmessa, a fini conoscitivi, la relazione annuale sulle attività distrettuali predisposta ai fini dell'elaborazione della relazione annuale dell'A. S. L.

Ai fini dell'espressione dei pareri previsti dalla legge, il Comitato dei Sindaci è da intendersi come rappresentativo degli indirizzi relativi alle politiche sanitarie proprie di ciascun Comune e dell'Ente gestore delle funzioni socio - assistenziali esistenti nell'ambito territoriale del Distretto, dei quali ciascun Sindaco fa parte in qualità di membro dell'organo di indirizzo politico (Assemblea consortile, Assemblea dei Comuni associati, etc.) del Piano di Zona Sociale.

Il Comitato è presieduto da un Presidente eletto nel suo seno a maggioranza assoluta dei componenti a scrutinio segreto. Fino alla nomina del Presidente, le sedute del Comitato sono presiedute dal Sindaco del Comune sede di Distretto.

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

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



Sono abrogate tutte le precedenti statuizioni difformi da quanto previsto al presente capoverso.

5.3.5 Struttura Polifunzionale per la Salute di Bisaccia

Nell'ambito dell'organizzazione territoriale facente capo al Distretto di Sant'Angelo dei Lombardi, è presente la Struttura Polifunzionale per la Salute di Bisaccia le cui funzioni sono ricomprese all'interno della UOS Struttura Polifunzionale per la Salute – Bisaccia, allocata all'interno della UOC DS n. 3 Sant'Angelo dei Lombardi; essa si identifica con una sede fisica e rappresenta un Centro attivo e dinamico della Comunità locale per la salute ed il benessere, in grado di raccogliere la domanda dei cittadini e di organizzare la risposta nelle forme e nei luoghi appropriati.

Costituisce, quindi, un modo per integrare e facilitare i percorsi e i rapporti tra servizi e i cittadini, restituire alla popolazione una visione unitaria del concetto di "Salute", sia come diritto di ogni cittadino, che come interesse della comunità.

Si tratta pertanto di una iniziativa che può essere di grande utilità per la riorganizzazione del welfare locale. Il modello SPS, con l'offerta di servizi e prestazioni che essa propone, è un presidio strategico del Distretto Sanitario finalizzato a fronteggiare alcune tra le più evidenti criticità del rapporto tra il sistema sanitario regionale e il cittadino, nonché per garantire i livelli essenziali di assistenza sanitaria e socio sanitaria propri del Distretto.

Al fine di potenziare l'offerta assistenziale della rete territoriale, la struttura sanitaria "Di Guglielmo" di Bisaccia la SPS è come di seguito configurata:

- PSAUT con allocazione di eli superficie
- DAY SERVICE e attività ambulatoriali
- HOSPICE con 10 posti letto
- RSA disabili con 20 posti letto
- SIRE con 18 posti letto
- SUAP Pubblica con 10 posti letto
- OSPEDALE DI COMUNITA' con 10 posti letto;

Nell'ambito della SPS sono attività ambulatoriali di prime cure e piccole urgenze, la Continuità Assistenziale, Ambulatori infermieristici e medici specialistici con aree e orari adeguati, parametrati sulla base delle esigenze della popolazione e che utilizzano specialisti convenzionati, Servizi di radiologia e di analisi cliniche in raccordo con i presidi ospedalieri aziendali,

Nell'ambito della SPS possono essere allocati:

- ambulatori di prime cure e per le piccole urgenze aperti nelle ore diurne, per piccoli interventi che non necessitano di ricovero in ospedale;
- la sede dell'attività di continuità assistenziale;



- la sede delle attività di PSAUT (Emergenza territoriale – 118). Per tali presidi si dovranno garantire i collegamenti con la rete degli eli superficiali;
- ambulatori infermieristici in cui gli infermieri distrettuali, pur mantenendo una propria autonomia professionale operano in stretto rapporto di collaborazione con i Medici di Medicina Generale nei moduli integrativi integrati;
- ambulatori medici specialistici con aree e orari adeguati, parametrati sulla base delle esigenze della popolazione e che utilizzano specialisti convenzionati;
- le strutture di degenza territoriali (ospedale di comunità, residenza sanitaria assistenziale, Hospice, SIRE, etc.);

La condivisione di spazi e di attrezzature tra i diversi attori permette una ottimale fruizione degli stessi, l'utilizzo più efficiente del personale di supporto, la garanzia di una copertura oraria maggiore dell'attività assistenziale, la possibilità di una organizzazione del lavoro più flessibile.

La SPS di Bisaccia è inoltre sede di una delle Case di Comunità (CdC) come previsto dal piano aziendale degli interventi del PNRR.

5.3.6 L'Hospice di Solofra

Oltre all'Hospice di Bisaccia con 10 posti letto, nell'ambito dell'organizzazione territoriale facente capo al Distretto di Atripalda è presente un'altra struttura di degenza territoriale ovvero l'Hospice di Solofra con 12 posti letto, entrambi afferenti alla Rete Regionale delle Cure Palliative.

5.3.7 Il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale (MMG), dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) e degli Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI)

Il Medico di Medicina Generale ha da sempre ricoperto un ruolo importante nella vita dei cittadini, quasi sempre è il primo medico ad essere consultato per qualsiasi problema, assumendo un ruolo fondamentale per la riduzione dei ricoveri inappropriati o per la riduzione degli accessi impropri ai Pronto Soccorso Ospedalieri (Codici bianchi e verdi). Il buon rapporto che si instaura con il paziente favorisce l'aderenza alla terapia farmacologica, assume spesso il ruolo di gate Keeper del SSN, cioè fa dialogare diverse figure sanitarie e socio - sanitarie. In tal senso l'Azienda si adopererà, attraverso la realizzazione e l'attivazione dei nuovi modelli assistenziali territoriali previsti dal PNRR per ridurre le distanze comunicative tra le figure del medico specialista e del medico di medicina generale, analogamente tra medico di continuità assistenziale e medico di medicina generale, per consentire una migliore circolazione delle informazioni tra gli operatori ai vari livelli. La riorganizzazione dell'assistenza territoriale non può prescindere dal pieno coinvolgimento del medico di medicina generale e dalle forme di collaborazione tra questo e gli altri medici convenzionati in attività integrate rivolte alla comunità, nella piena garanzia della Continuità Assistenziale. L' Azienda intende elaborare strategie volte a creare un rapporto di partnership tra MMG/PLS/SAI ed Azienda attraverso un radicale mutamento culturale dei rapporti che intercorrono tra Azienda e professionisti. I MMG, PLS e SAI sono il punto di riferimento primario nella gestione del paziente, progettando i Profili di Assistenza a



livello territoriale assieme a tutti gli altri servizi individuati nella gestione del paziente, al fine di rendere completamente operativa la “presa in carico” dei pazienti.

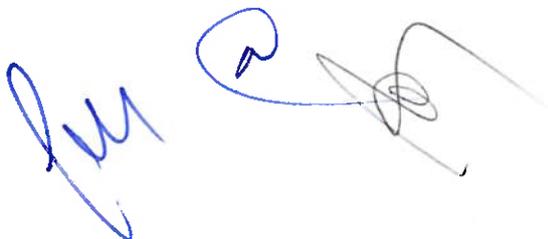
5.3.8 I Centri di Assistenza Diabetologica (CAD)

L’Azienda, per quanto concerne i Centri di Assistenza Diabetologica (CAD), fa riferimento alla specifica normativa di settore, come integrata dalla DGRC n. 544/2020 relativa alla “ Rete Regionale Dei Centri Di Assistenza Diabetologica – Aggiornamento.

Pertanto in ottemperanza alla suddetta pianificazione Regionale sono presenti sul territorio provinciale n. 4 Centri di Assistenza Diabetologica privati accreditati, in particolare n. 1 nel Distretto di Ariano Irpino, n. 1 nel Distretto di Monteforte e n. 2 nel Distretto di Avellino; la rete si completa con il CAD di Lioni afferente al Distretto di S. Angelo dei Lombardi e quello di Montoro afferente al Distretto di Atripalda. Al fine di soddisfare il fabbisogno aziendale complessivo e poter ampliare l’offerta dei servizi diagnostici e di assistenza ai pazienti diabetici, su esplicito suggerimento della Regione, l’ASL individuerà un terzo centro pubblico. Tale configurazione della Rete rappresenta la sede ideale per l’attuazione ed implementazione degli specifici PDTA Regionali.

5.3.9 Misure di tutela e prevenzione della salute delle donne: percorsi per le donne che subiscono violenza e medicina di genere

La violenza basata sul genere, inclusa anche la violenza domestica, come definita nella *Convenzione Consiglio d’Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica* – così detta Convenzione di Istanbul (CdI) – è una grave violazione dei diritti umani, in particolare nei confronti delle donne, come fu definita nella *Dichiarazione di Pechino* e la relativa *Piattaforma d’Azione* nel 1995, in linea con la *Convenzione delle Nazioni Unite sull’eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne* (CEDAW, 1979) e il suo *Protocollo Opzionale* (1999). La violenza basata sul genere è stata oggetto di decisioni e di convenzioni internazionali ed europee e di dichiarazioni e risoluzioni delle Nazioni Unite. Con la legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (c.d. legge di stabilità 2016)” che all’art. 1, commi 790 e 791 si prevede l’istituzione nelle Aziende Sanitarie e Ospedaliere, di un percorso di protezione a tutela delle persone vittime della altrui violenza, con particolare riferimento alle vittime di violenza sessuale, maltrattamenti o atti persecutori (stalking) e la definizione di apposite Linee Guida Nazionali, (già recepite dalla *Regione Campania con delibera n.624 del 9/10/2018*) volte a rendere operativo il percorso. Le Linee Guida Nazionali devono essere recepite dalle Aziende Sanitarie e dalle Aziende Ospedaliere che al loro interno abbiano un Pronto Soccorso, fatta salva la normativa primaria e le leggi speciali e regionali vigenti. Obiettivo delle Linee Guida Nazionali, il cui ultimo riferimento è al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 24 novembre 2017 pubblicato sulla GU n. 24 del 30/01/2018, è fornire un intervento adeguato e integrato nel trattamento delle conseguenze fisiche e psicologiche che la violenza maschile produce sulla salute della donna. Nell’ambito



dell'Azienda Sanitaria di Avellino allo stato insistono due strutture dotate di Pronto Soccorso. Il Presidio Ospedaliero di Sant'Angelo dei Lombardi ha istituito nel 2016 il percorso di tutela per donne che subiscono violenza ed ospita presso l'Ospedale Criscuoli - Frieri, il Centro Antiviolenza dell'Ambito A3. Presso il Presidio Ospedaliero di Ariano Irpino è stato istituito il percorso di tutela con Centro di Primo Ascolto Psicologico presso i locali adiacenti al PS.

Il percorso per Donne che subiscono violenza prevede:

- linee guida per l'intervento sia medico che psicologico nel contesto sanitario del pronto soccorso ed in situazione di emergenza - urgenza,
- linee guida per procedure condivise per le consulenze specialistiche richieste;
- la costituzione di un'unità di crisi per violenza sessuale ed abusi su minori;
- l'attivazione di un percorso di presa in carico e supporto all'interno della rete sanitaria (consultori, servizi pediatrici, servizi di salute mentale,) per donne vittime di violenza ed i loro figli;
- l'attivazione della rete antiviolenza territoriale extra ospedaliera, (CAV, FF.OO. etc).

La prevenzione e la tutela della salute delle Donne, è oggetto della Medicina di Genere in quanto richiede percorsi dedicati con operatori sanitari esperti e formati che possano valutare in ottica di genere i fattori di rischio della condizione femminile legati alla disuguaglianza di genere nel sociale, nel lavoro e nella famiglia allo scopo di gettare le basi per una prevenzione "a misura di donna" delle patologie a più alto impatto sulla popolazione femminile (patologie da stress, patologie psichiatriche, patologie cardiache, gastroenterologiche, ecc.)

A tale operatore sanitario sarà affidato il compito di:

- coordinare le azioni del percorso di tutela, di prevenzione e contrasto del fenomeno della violenza;
- studiare il fenomeno attraverso la raccolta dei dati, studi e ricerche e l'analisi previsionale;
- mettere in cantiere esperienze pilota nel campo (correlato anche alla violenza) della medicina di genere.

5.4 I Dipartimenti Strutturali

L'Azienda Sanitaria adotta la logica dipartimentale in quanto strumento utile a realizzare la presa in carico del paziente e la continuità assistenziale basandosi sull'adozione di linee guida e di percorsi assistenziali improntati sulla massima appropriatezza, umanizzazione e personalizzazione dell'azione clinica ed assistenziale, nonché funzionali a favorire l'adozione di modelli operativi tendenti, anche mediante l'uso condiviso delle risorse, al continuo miglioramento delle performance aziendali in termini di efficacia, efficienza ed economicità. Il dipartimento strutturale è dotato di autonomia economico - finanziaria e gestionale, con l'attribuzione di specifico budget. Il dipartimento costituisce un'articolazione organizzativa, di indirizzo e di coordinamento per lo svolgimento integrato di funzioni complesse, è composta da almeno 3 UU.OO.CC i cui responsabili, pur essendo interdipendenti, mantengono la loro autonomia operativa. Il



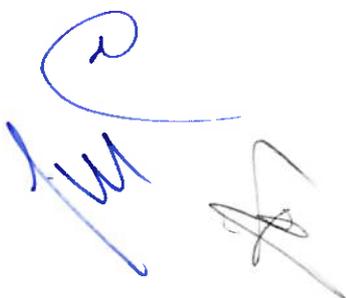
dipartimento strutturale, nel rispetto degli ambiti di autonomia delle singole unità operative, ha una propria autonomia tecnico - gestionale, organizzativa e contabile funzionale a permettere il perseguimento degli obiettivi allo stesso direttamente riferiti. Al dipartimento strutturale competono, pertanto, le funzioni di governo clinico, ovvero di coordinamento, orientamento, consulenza, supervisione finalizzate all'attuazione delle linee strategiche e di programmazione sanitaria e, in particolare, spettano allo stesso i seguenti compiti:

- coordinare, nell'ambito delle indicazioni e dei riferimenti della Direzione Strategica, gli obiettivi da perseguire (sia su base annuale che pluriennale);
- gestire ed utilizzare, in modo coordinato ed integrato, le risorse attribuite (umane, economiche e tecnologiche) per:
 - o perseguire gli obiettivi definiti in sede di contrattazione di budget;
 - o tendere costantemente al miglioramento degli indicatori di performance riferiti all'efficienza, all'efficacia ed all'economicità;
 - o garantire la costante realizzazione di interventi appropriati sia dal punto di vista clinico che gestionale;
- negoziare gli obiettivi di budget con la Direzione Strategica e provvedere al trasferimento di tali obiettivi alle unità operative del dipartimento, ricercando comunque la massima condivisione di tutti i dirigenti e del personale assegnato;
- ricercare la personalizzazione e l'umanizzazione degli interventi;
- definire percorsi assistenziali o profili di cura basati sul coordinamento delle prestazioni che si rendono necessarie;
- elaborare, condividere ed adottare linee guida e protocolli;
- promuovere il miglioramento continuo della qualità;
- promuovere azioni concrete per il raggiungimento di migliori livelli di appropriatezza;
- elaborare sistemi di indicatori utili alla valutazione ed alla verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e del livello di efficienza delle diverse unità operative, delle diverse equipe professionali in esse rappresentate e dei singoli professionisti.

I dipartimenti strutturali della ASL Avellino sono:

Dipartimento di Prevenzione, Salute Mentale e Dipendenze

Tali dipartimenti strutturali sono quelli previsti dalla legge o da specifiche indicazioni regionali. La scelta di armonizzare le competenze tecnico/professionali e multidisciplinari, al fine di evitare da un lato la frammentazione delle risposte, dall'altro la variabilità delle opzioni erogative, sostanzia la focalizzazione e il valore aggiunto dei due dipartimenti strutturali individuati. Si è tenuto poi in considerazione l'ulteriore criterio sancito dal DCA 18/2013 per la costituzione dei dipartimenti, ovvero del numero congruo di unità operative complesse, non inferiore a tre e non superiore a 15, per poterli individuare e la rilevante consistenza in termini di complessità gestionale e di quantità di risorse umane, tecniche e finanziarie utilizzate.



Direttore del Dipartimento Strutturale

Il Direttore del Dipartimento è nominato dal Direttore Generale fra i dirigenti di unità operativa complessa scelti, nell'ambito di una rosa di candidati proposta dal Comitato di Dipartimento, con le modalità ed i criteri stabiliti dalle norme e dagli specifici regolamenti (Modalità di affidamento, mutamento e revoca degli incarichi; modalità di funzionamento del Comitato di Dipartimento; Funzionamento dei Dipartimenti). La durata dell'incarico di Direttore di Dipartimento è di tre anni con valutazione annuale secondo le modalità di cui al relativo regolamento; l'incarico rinnovabile consecutivamente una sola volta.

Il Direttore del Dipartimento strutturale, in particolare:

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

5.4.1 Il Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura operativa aziendale che garantisce la tutela della salute collettiva negli ambienti di vita e di lavoro, perseguendo obiettivi di promozione della salute e prevenzione delle malattie e delle disabilità, attraverso azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e di malattia di origine ambientale, umana ed animale. Esso è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità.

Il Dipartimento di Prevenzione produrrà il massimo sforzo di integrazione con le altre istituzioni e con gli altri settori del Servizio Sanitario, al fine di programmare interventi coordinati e complementari. In particolare, il dipartimento dovrà trovare nel distretto il luogo principale di integrazione e condivisione dei programmi, proprio perché il distretto è l'ambito dell'assistenza primaria ed è titolare delle relazioni con gli enti locali e con la comunità di riferimento. È necessario sviluppare ed integrare le attività di promozione della salute con quelle di prevenzione, garantendo l'equità sociale degli interventi. Nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione occorre conferire una multidisciplinarietà d'approccio alle attività relative alla



sicurezza alimentare, che riguardano sia gli alimenti di origine animale che quelli di origine vegetale. In tal senso, il servizio igiene degli alimenti e della nutrizione deve coniugare il controllo igienico degli alimenti e delle bevande con il controllo delle qualità nutrizionali degli stessi, al fine di prevenire le patologie di tipo infettivo - tossicologico e le patologie dismetaboliche legate ad una non corretta alimentazione. Per un corretto approccio alla sicurezza alimentare, nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione le attività di tipo medico devono essere integrate con quelle di tipo veterinario. Alla sanità pubblica veterinaria competono, invero, compiti complessi e articolati che si riconducono alla gestione complessiva della salute animale, del delicato equilibrio uomo - animale - ambiente e della tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale.

Il Dipartimento di Prevenzione, inoltre:

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

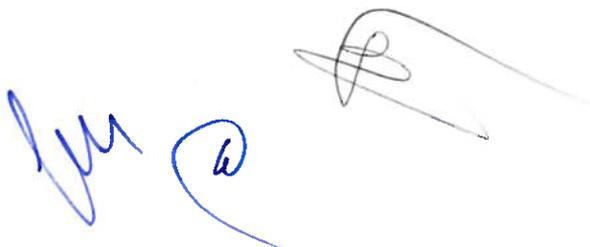
Inoltre come definito dal D.L. n. 158 del 13 settembre 2012, le strutture organizzative dell'area sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare operano come centri di responsabilità dotati di autonomia tecnico - funzionale ed organizzativa.

L'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione è stata progettata in modo da evitare la frammentarietà delle funzioni, garantendo la piena integrazione tra le UU.OO. che lo compongono.

L'organizzazione del dipartimento è articolata su due livelli distinti:

- un livello centrale costituito da una tecnostruttura investita di una "mission funzionale". Facciamo riferimento a Direzioni con funzioni di tipo tecnico organizzativo e gestionale complessive, che sovrintendono alla programmazione generale delle attività, alla verifica dell'efficienza, dell'efficacia e della qualità degli interventi, del rispetto dei livelli minimi di assistenza;
- un livello territoriale costituito da dirigenti medici e veterinari ai quali è affidata la "mission produttiva", la cui dislocazione tiene conto delle peculiarità di ciascun territorio, degli insediamenti produttivi, del radicamento territoriale dei servizi, dell'entità numerica della popolazione (umana e animale) delle caratteristiche orografiche, della viabilità, dei collegamenti nell'ambito aziendale, delle esigenze culturali dei territori nonché le loro specificità di richieste prestazionali.

Il Dipartimento di Prevenzione si articola secondo quanto riportato nell' Allegato "A" - Organigramma del presente documento.



Nell'ambito degli incarichi afferenti al Dipartimento è previsto un Incarico dirigenziale Professionale di Altissima Specializzazione, denominato "Lotta al Randagismo", da affidare a medico veterinario Area A.

Si precisa che i tecnici della prevenzione afferiscono al Direttore del Dipartimento.

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione presiede la Commissione Tecnica Multidisciplinare costituita ai sensi della DGRC n. 7301/2001 s.m.i.

5.4.2 Il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze

Il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze è una struttura operativa dell'Azienda preposta alla promozione ed alla tutela della salute mentale della popolazione e svolge attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle sofferenze mentali e psichiche e delle disabilità psicofisiche, nonché di tutte le varie tipologie di dipendenze. Esso è dotato di autonomia tecnico - gestionale ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità. Compete al Direttore del DSM e delle Dipendenze la gestione delle risorse assegnategli dal Direttore Generale per il raggiungimento degli obiettivi programmati. Il dipartimento opera, articolando e coordinando la propria azione sia a livello territoriale che ospedaliero attraverso una rete di servizi fortemente radicati nella comunità locale di riferimento, che assicurano, nel loro complesso, livelli di assistenza in grado di assicurare una risposta completa e articolata ai bisogni di salute delle persone portatrici di disagio e disturbo mentale o problemi di dipendenza. Il dipartimento garantisce la predisposizione di percorsi assistenziali integrati e di procedure operative omogenee, promuovendo la partecipazione degli utenti e dei loro familiari ed assicurando il coordinamento dei servizi di salute mentale e dei servizi per le dipendenze ai livelli di Distretto, Azienda e Regione. L'organizzazione del Dipartimento tiene conto di quanto previsto dalla DGRC n. 7262 del 27/12/2001 concernente Linee Guida per l'organizzazione ed il funzionamento dei Dipartimenti di Salute Mentale, dal Programma Obiettivo Regionale per la Salute Mentale in Campania ex DGRC n. 2132 del 20/06/2003, dal DCA 103/2018 che prevedono un SPDC quale parte integrante del Dipartimento di Salute Mentale, dislocato nell'A.O. Moscati di Avellino ed un SPDC a ciclo diurno, collocato nel P.O. Criscuoli - Frieri di S. Angelo dei Lombardi.

L' SPDC è parte integrante del Dipartimento Strutturale di Salute Mentale e se pur allocato nell' Azienda Ospedaliera di Avellino, un'apposita convenzione regola i rapporti tra le due amministrazioni al fine di individuare l'attribuzione dei costi e definire i livelli di responsabile. I posti letto attribuiti all'SPDC restano nella disponibilità delle ASL e non concorrono al computo dei posti letto della AORN ospitante per il calcolo delle UOC totali.

Il modello organizzativo del DSM garantisce:

- accessibilità, presa in carico, continuità delle cure, personalizzazione del progetto;
- percorsi a differente intensità assistenziale, in rapporto ai bisogni di cura;
- servizi flessibili, orientati sui bisogni e sulle persone;
- LEA assicurati nel loro complesso (Dipendenze/ NPI);
- percorsi esigibili individualmente, anche quando inseriti in attività di gruppo o in attività comunitarie.

Nel Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze vi è, inoltre, la funzione di psicologia clinica/psicodiagnostica.

Il Dipartimento di Salute mentale e delle Dipendenze si articola secondo quanto riportato nell' Allegato "A"
- Organigramma del presente documento.

5.4.3 I Dipartimenti Funzionali

Il dipartimento funzionale costituisce un' articolazione organizzativa, di indirizzo e di coordinamento per lo svolgimento integrato di funzioni complesse, che si occupa di:

- coordinare le attività del dipartimento sia su base annuale che pluriennale; ricercare la personalizzazione e l'umanizzazione degli interventi; definire percorsi assistenziali o profili di cura basati sul coordinamento delle prestazioni che si rendono necessarie;
- elaborare, condividere ed adottare linee guida e protocolli;
- promuovere il miglioramento continuo della qualità;
- assicurare l'appropriatezza dei ricoveri utilizzando pienamente le attività di day hospital, di day surgery e day service;
- promuovere azioni concrete per il raggiungimento di migliori livelli di appropriatezza.

I dipartimenti funzionali dell'ASL di Avellino sono:

1. Dipartimento dei Servizi Direzionali e di Staff
2. Dipartimento Funzionale Territoriale
3. Dipartimento Medico
4. Dipartimento Chirurgico
5. Dipartimento dei Servizi

Il Dipartimento funzionale dei Servizi Direzionali e di Staff, assolve alle funzioni di supporto dei processi deputati alla gestione dei principali meccanismi operativi aziendali, al fine di coadiuvare la Direzione Strategica e tutte le strutture interne di produzione nell'esercizio delle loro attività e nel perseguimento degli obiettivi. I Dipartimenti funzionali ospedalieri, medico, chirurgico e dei servizi, ognuno con una aggregazione minima di tre unità operative complesse, afferenti a più discipline di cui all'art. 4 del DPR 10 dicembre 1997, n. 484 e successive modificazioni, sono quelli che occorrono per assicurare la funzionalità e la erogazione dei LEA nei due presidi ospedalieri dell'Azienda, le funzioni di Governance Clinica e la necessaria integrazione fra ospedali e territorio. Rispondono inoltre ad una rilevante consistenza, in termini di complessità gestionale e di quantità di risorse umane, tecniche e finanziarie utilizzate e di unità operative afferenti, ad una presenza di contesti organizzativi tipici (sale operatorie, servizi e apparati diagnostici, ambulatori, servizi territoriali, ecc.) dislocati nei due presidi ospedalieri e che necessitano pertanto di una conduzione unitaria ed omogenea. Lo stesso Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera stabilisce che: l'accorpamento (funzionale) di stabilimenti ospedalieri per un utilizzo razionale delle risorse

e per la garanzia di erogazione di assistenza in discipline necessarie al bacino di utenza di riferimento è un modello già sperimentato in Regione Campania. In particolare, ferma restando la responsabilità tecnica operativa di ognuna delle unità operative, sono garantite, nell'ambito del medesimo dipartimento, azioni di riorganizzazione, ad elevata flessibilità, come sperimentato durante l'emergenza pandemica Covid-19.

Il Direttore del Dipartimento Funzionale

Il Direttore del dipartimento funzionale si occupa di:

- coordinare le attività e le risorse affinché il dipartimento assolva in modo pieno i propri compiti ed al fine di assicurare che ogni struttura del dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee;
- garantire l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative secondo le modalità di governo clinico come individuate nelle apposite linee guida individuate a livello dipartimentale;
- assicurare il funzionamento del dipartimento attuando modelli organizzativi condivisi;
- promuovere le verifiche periodiche sulla qualità, secondo indicatori concordati;
- controllare l'aderenza delle Unità Operative agli indirizzi generali definiti dal Comitato di Dipartimento.
- assicurare gli adeguati flussi informativi.

5.4.4 Dipartimento dei Servizi Direzionali e di Staff

Le strutture centrali assolvono alle funzioni di supporto dei processi deputati alla gestione dei principali meccanismi operativi aziendali, di area sanitarie e socio – sanitaria e di area tecnico amministrativa, al fine di coadiuvare la Direzione Strategica e tutte le strutture interne di produzione nell'esercizio delle loro attività e nel perseguimento degli obiettivi assegnati dalla Regione al Direttore Generale.

Le strutture centrali del Dipartimento

La **UOC Qualità e Accreditamento - Rischio Clinico**, il cui Direttore svolge il ruolo di "Clinical Risk Manager", garantisce la sicurezza della pratica medica, nell'ambito ospedaliero e territoriale, con la collaborazione del Team Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico ed i facilitatori presenti nelle varie strutture. Ha la funzione di implementare le apposite Raccomandazioni Ministeriali a livello locale, attraverso il periodico monitoraggio sullo stato di attuazione, adempiere agli obblighi informativi ed agli Adempimenti LEA di competenza, nonché programmare percorsi formativi specifici per una maggiore sensibilizzazione verso i temi della sicurezza in sanità. La struttura, oltre che supporto tecnico all'OIV ai sensi del D. Lgs. n. 150/2009, è responsabile degli obblighi di trasparenza e di aggiornamento del Sito



Aziendale strettamente per la parte di sua competenza, ovvero per ciò che riguarda le attività dell'OIV, l'aggiornamento annuale del Piano della Performance, nell'ambito del PIAO, la pubblicazione annuale della Relazione sulla Performance e la sezione dedicata del Rischio Clinico. Promuove la qualità dell'assistenza attraverso lo sviluppo o l'adattamento e l'aggiornamento di procedure organizzative e di linee guida professionali e la verifica della loro applicazione attraverso periodici audit svolti in situ, con particolare riferimento alle tre dimensioni della qualità: tecnico - professionale, gestionale e percepita; supporta la Direzione Strategica e le altre strutture dedicate nella programmazione annuale ed assegnazione degli obiettivi ai fini della valutazione e misurazione annuale della performance dei dirigenti.

La struttura cura il monitoraggio e l'analisi dei L.E.A., fornendo i relativi elementi alla Direzione Strategica ed alla U.O.C. Controllo di Gestione.

Con la delibera aziendale n. 1906 del 03/10/2022 "Direttiva ed obiettivi strategici della ASL Avellino ai sensi della DGRC n. 324 del 21.06.2022 e della delibera aziendale n. 1685 del 09.08.2022", si attribuiscono ai dirigenti aziendali e con meccanismo a cascata, gli obiettivi assegnati al Direttore Generale della ASL Avellino dalla Regione Campania con l'atto di nomina.

Tra le attività della UOC vi sono quelle dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico, affidate a dirigente con incarico professionale ad alta specializzazione, al fine di assicurare la funzione relativa alla comunicazione con gli utenti, sviluppando in modo esauriente l'informazione sulle prestazioni sanitarie e sulle relative modalità di accesso. La struttura include la funzione dell'Addetto Stampa, che collabora direttamente con la Direzione Strategica.

Alla UOC Qualità e Accreditamento/Rischio Clinico afferisce la **UOS Formazione ed Aggiornamento del Personale / Formazione Universitaria**.

L'Azienda riconosce la formazione continua e l'aggiornamento professionale quale fondamentale strumento strategico di crescita e sviluppo e qualificazione professionale del personale in servizio, al fine di promuovere l'innalzamento del livello qualitativo delle prestazioni, il miglioramento dell'efficienza del servizio erogato all'utente ed il perseguimento delle finalità istituzionali. Pertanto, annualmente, viene elaborato il Piano Formativo costituito dalle attività formative pianificabili sulla base di obiettivi formativi nazionali, regionali ed aziendali, finanziandolo secondo le normative vigenti. L'Azienda si impegna al rispetto dei vincoli di spesa stabiliti dalla normativa nazionale e regionale, e da tutte le disposizioni che dovessero successivamente intervenire, in materia di pianificazione di percorsi formativi. L'Asl di Avellino è attivamente impegnata nello sviluppo delle professionalità anche per mezzo delle attività formative erogate dal Polo Didattico Universitario. Quest'ultimo con le sue diverse collocazioni sul territorio aziendale è una struttura di formazione per il personale delle professioni sanitarie. Il Polo Didattico è strutturato per fornire una preparazione di elevato livello scientifico, professionale ma anche sotto gli aspetti umani e culturali in generale. Le attività formative svolte, mirano a dotare i professionisti di competenze olistiche di tipo cognitivo, emotivo e comportamentale, che producano risultati di eccellenza per il miglioramento del livello



di benessere della persona presa in carico, della famiglia, della comunità ed anche dell'operatore infermiere, sviluppando una conoscenza tecnico - scientifica alla luce della più attuale e moderna evidenza scientifica, nonché in grado di operare all'insegna del giusto equilibrio tra scienza e coscienza. La ASL è inoltre sede formativa per i il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale e Corso di Qualificazione per i Medici dell'Emergenza Territoriale 118. Nell'ambito della UOS Formazione ed Aggiornamento del Personale/Formazione Universitaria, vengono gestite anche le attività inerenti i tirocini.

La UOC Controllo di Gestione

Opera nell'ambito dell'area del budget e della contabilità analitica, secondo le indicazioni della vigente normativa: cura la puntuale adozione e implementazione delle indicazioni, per quanto di specifica competenza, previste dal "Percorso Attuativo per la Certificabilità dei Bilanci". Svolge le funzioni sinteticamente descritte al Capo VI - Processi Aziendali Punto 3.1 "Budget e Controllo di Gestione"; assicura tutte le attività relative alla Contabilità Analitica ed alla mobilità/compensazione.

La UOC Programmazione Monitoraggio Valutazione Strutture Accreditate

La struttura si occupa dei rapporti con i fornitori privati di prestazioni sanitarie, del settore sanitario e socio sanitario, che operano in regime di accreditamento, con essi vengono stipulati i contratti definendo tipologia e quantità delle prestazioni offerte, sulla base dei bisogni di cura rilevati e finanziati dalla Regione Campania. La struttura esercita inoltre una attività di raccordo centrale con gli altri Comitati/Commissioni (CTM, COM, NOC) deputati al controllo sulla erogazione delle prestazioni dei privati accreditati, non soltanto in ragione di quelli che sono i controlli istituzionali e di merito, che vanno dall'appropriatezza, alla verifica del mantenimento dei requisiti minimi organizzativi, alla valutazione delle capacità operative, ai controlli di qualità, ma anche di operare sui percorsi di accesso e di integrazione operativa con le strutture pubbliche. Attraverso l'analisi di tutte le sequenze dei processi che legano l'azienda alle strutture sanitarie accreditate, si vuole realizzare uno opportuno specifico monitoraggio finalizzato al miglioramento degli standard qualitativi del servizio nel suo complesso. La Unità Operativa opera quindi per il coordinamento centrale e la definizione dei volumi di attività in ragione delle capacità operative e dei tetti di spesa indicati dalla Regione, anche attraverso una continua verifica della produttività che influenza ed orienta la ripartizione delle risorse finanziarie, in quanto si traduce in un diretto beneficio per la collettività. Le strutture accreditate costituiscono una "rete" assistenziale per il soddisfacimento dei bisogni che si va ad integrare con le strutture aziendali anche in ragione dei tempi di attesa.

La UOC Affari Generali

Cura direttamente le seguenti attività:



- segue l'iter procedurale per l'adozione dei provvedimenti aziendali; ha la responsabilità della gestione del protocollo generale aziendale informatico, arrivo e partenza della corrispondenza, dell'Albo Pretorio, del libro delle deliberazioni e delle determinazioni dirigenziali, la loro pubblicità e la definizione dei provvedimenti per la loro esecuzione, nonché dell'archivio generale, della PEC e della firma digitale, garantendo altresì il rapporto sistematico con il Collegio Sindacale;
- provvede alla diffusione di innovazioni normative e regolamentari, circolari esplicative, che costituiscono il presupposto per una corretta gestione delle singole funzioni;
- collabora con la Direzione Strategica per il rogito degli atti convenzionali e ne cura la custodia;
- cura gli atti relativi alle donazioni, obblazioni ed eredità secondo le indicazioni fornite dalla Direzione Strategica;
- assicura il rilascio di copie di atti ai sensi e per effetto della Legge 241/90.

La struttura garantisce le attività di segreteria della Direzione Strategica, in particolare del Collegio di Direzione e del Collegio Sindacale. Il dirigente preposto con incarico professionale di alta specializzazione cura la verbalizzazione delle sedute degli Organi collegiali dell'Azienda e ne assicura la relativa custodia e archiviazione, garantendo il corretto e tempestivo esercizio degli adempimenti connessi. Cura, inoltre, gli adempimenti connessi alle interpellanze, interrogazioni e notizie richieste da Organi istituzionali esterni, d'intesa con il Direttore Sanitario e Amministrativo secondo le rispettive competenze, assicura gli adempimenti connessi alla corrispondenza, alla segreteria telefonica e alla gestione degli appuntamenti, nonché le problematiche connesse alla privacy.

Alla UOC Affari generali afferisce la **UOS Convenzioni e Contratti**.

La struttura opera per conto della Direzione Strategica nella pianificazione e gestione di tutti gli atti di convenzione o contratti con terzi (altre Istituzioni pubbliche e private) richiedenti prestazioni sanitarie e non sanitarie professionali a pagamento o meno, curandone la stipula o rinnovo.

Le UU.OO.SS.DD. Dell'Area Assistenza Giuridico Legale

L'opportunità di più strutture legali nasce dal fatto di poter disporre, di professionisti esperti in indirizzi specifici, che conoscono la organizzazione interna e le procedure del sistema, oltre che garantire un contributo professionale di esperienza e contenuto. Tra i compiti principali delle strutture c'è l'esame del contenzioso e le valutazioni sulla costituzione e/o ricerca di soluzioni stragiudiziali e/o transattive o l'opportunità e la conseguente attivazione di contenzioso attivo. In particolare garantiscono, con specifiche competenze, la tutela legale dell'Azienda nei procedimenti presso i Tribunali: contenzioso civile, lavoro, amministrativo e penale e Corte dei Conti/ Cassazione; provvedono alla gestione delle procedure per la soluzione stragiudiziale delle vertenze e alla gestione delle procedure per la mediazione.



La UOSD Contenzioso Relativo a Personale e Fornitori

- effettua consulenza legale e pareri in materia;
- gestisce il contenzioso del lavoro;
- provvede alla gestione della tutela legale dei dipendenti come da CC. NN. LL. vigente;
- provvede alla gestione del contenzioso con i fornitori.

La UOSD Affari Giuridici e Legali

- effettua consulenza legale e pareri in materia;
- cura i contenziosi di natura tributaria;
- al verificarsi delle condizioni ex lege opera per la costituzione di parte civile nei processi penali;
- gestisce i procedimenti innanzi alla Corte dei Conti.

La UOSD Rapporti e Contenziosi Strutture Accreditate e Rapporti Assicurativi

- effettua consulenza legale e pareri in materia;
- cura la periodica trasmissione dei sinistri alla Corte dei Conti, come da legge 24/2017 e s.m.i. ed ogni altro adempimento connesso e consequenziale;
- cura il flusso informativo concernente i sinistri aziendali nell'ambito del Risk Management;
- provvede alla gestione del contenzioso da responsabilità professionale e cura i rapporti con il Broker e la compagnia assicurativa;
- cura il contenzioso con le strutture private accreditate.

La UOSD Servizio Prevenzione e Protezione

Il Servizio di Prevenzione e Protezione è utilizzato dal Direttore Generale, quale datore di lavoro, con i compiti attribuiti dall'art. 33 del D. L. vo n. 81/08 e s.m.i. e svolge la funzione di consulente tecnico della Direzione Generale e dell'Azienda in merito all'applicazione corretta delle norme in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro, cura direttamente le seguenti attività:

- valutazione dei rischi, individuazione delle misure per la sicurezza e la salubrità negli ambienti di lavoro ed assistenza per l'applicazione del Regolamento della Sicurezza;
- rilevamento ed aggiornamento della mappa dei rischi, dei piani di sicurezza e protezione, stesura del documento di valutazione dei rischi ed ottemperanza a tutto quanto disposto dagli artt. 28 – 29 – 30 – 31 -32 - 33 del D. Lgs. 81/2008; collaborazione con il Settore Tecnico nella fase di progettazione, per la verifica dell'adeguamento alla normativa vigente degli ambienti di lavoro; individuazione e proposizione dei corsi di formazione ed informazione dei lavoratori in ambito di prevenzione e protezione dai rischi professionali, in accordo con il Settore Formazione e Servizi al Personale.



La struttura include la funzione del Medico Competente Aziendale, al fine di garantire un approccio multidisciplinare per realizzare la complessiva gestione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro ed il conseguente adempimento degli obblighi normativi.

Per ulteriori dettagli si rinvia al Capo VI – I Processi Aziendali punto 1.3 “Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro – Prevenzione e Protezione, Medico Competente”.

La UOC Cure Primarie (MMG – PLS – C.A. e Specialisti Ambulatoriali)

La UOC gestisce l’assistenza sanitaria primaria e la continuità delle cure sul territorio aziendale. La riorganizzazione dell’Assistenza Territoriale, con il nuovo Piano delle attività Territoriali avviata con DCA 83/2019 e successivamente meglio delineata dal DM 77 del 23/05/2022, deve transitare attraverso una revisione che interessi intensamente l’area delle Cure Primarie, fondamentale trait d’union tra il cittadino e il SSR, recuperando la propria mission di prossimità, di fiducia, di presa in carico. L’attività precipua dell’Unità Operativa è quella di essere deputata alla gestione del coordinamento delle attività di assistenza primaria, con la gestione dei contratti dei Medici di Medicina Generale (Medici di Assistenza Primaria, Medici di Continuità Assistenziale, Medici della Medicina dei Servizi), dei Medici Pediatri di Libera Scelta e Medici, Chimici, Psicologi, Biologi della Specialistica Ambulatoriale Interna, nonché all’espletamento delle procedure per l’attivazione, il potenziamento e l’analisi relativa alle attività dei Medici afferenti al servizio di Emergenza Territoriale, d’intesa con la struttura di emergenza, al fine di garantire l’assistenza sanitaria di base, ai cittadini residenti e non, su tutto il territorio della Azienda Sanitaria, valutando anche, con gli altri Servizi Sanitari, l’implementazione delle attività che consentono l’integrazione Ospedale – Territorio. Nell’ambito delle Cure Primarie i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta rivestono un ruolo fondamentale essendo per i pazienti punto di riferimento clinico per la diagnosi ed il trattamento delle patologie più comuni e per l’Assistenza Domiciliare in caso di pazienti affetti da patologie cronico-degenerative, anche alla luce del ruolo centrale che assumeranno nell’ambito delle nuove strutture assistenziali di prossimità previste dal PNRR. Rappresentano il fulcro di un processo assistenziale che tende sempre più a portare i servizi alle persone piuttosto che a portare i pazienti verso luoghi di cura. (Vedi anche paragrafo 2.2.6). Sono assegnate alla UOC le definizioni relative alla istituzione presso l’Azienda del Comitato Zonale previsto dall’ACN del 17.12.2015, s.m.i. per gli Specialisti Ambulatoriali, come da disposizioni regionali.

Alla UOC Cure Primarie (MMG-PLS-CA-Specialistica Ambulatoriale) afferisce la **UOS Assistenza Sanitaria di Base e Migranti**.

La struttura cura direttamente le seguenti attività:

- assicura le attività sociosanitarie per i cittadini immigrati e senza fissa dimora;

- svolge funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento delle attività sociosanitarie ad elevata integrazione (con particolare riferimento ai L.E.A. sociosanitari) e delle attività sociosanitarie in favore di immigrati e senza fissa dimora.

La UOSD Coordinamento delle Professioni Sanitarie

Servizi delle professioni sanitarie infermieristiche e ostetriche, della riabilitazione e delle altre professioni tecnico sanitarie. Al fine di dare compimento a quanto previsto dalle indicazioni della legge del 10 agosto n. 251 e dalla Legge Regionale del 10 aprile 2001 n. 4, s.m.i. e per valorizzare tutte le professioni sanitarie, l'azienda provvede alla costituzione dei Servizi delle professioni infermieristiche e ostetriche, delle professioni della riabilitazione, delle professioni tecnico sanitarie e delle professioni di tecnico della prevenzione, tenendo conto di quanto previsto dal CCNL vigente. Tali servizi devono espletare le funzioni individuate dai regolamenti regionali e dalle altre norme in materia e devono utilizzare metodologie di pianificazione per obiettivi al fine di assicurare una adeguata risposta ai bisogni di salute dei singoli e della collettività mediante l'ottimizzazione, il coordinamento ed il controllo della qualità delle prestazioni delle professioni. L'Azienda "integra i predetti servizi nei dipartimenti previsti dall'atto aziendale, avuto riguardo alla omogeneità di competenza e di intervento, e delle aree disciplinari di riferimento e/o ne determina il collegamento funzionale con tali dipartimenti". L'Azienda attiva in fase iniziale i 4 Servizi delle Professioni Sanitarie, ossia il Servizio delle professioni infermieristiche e ostetriche, il Servizio delle professioni della riabilitazione, il Servizio delle professioni tecnico sanitarie, il Servizio delle professioni di tecnico della prevenzione, affidando incarico professionale ad un dirigente per ciascuna delle suddette professioni ed una struttura semplice dipartimentale con funzioni di coordinamento, che, allocate nel Dipartimento Servizi Direzionali e di Staff faranno riferimento alla Direzione Strategica Aziendale. Con successivo regolamento verranno disciplinate le modalità di organizzazione e funzionamento dei Servizi delle professioni sanitarie infermieristiche e ostetriche, della riabilitazione e delle altre professioni tecnico-sanitarie. I compiti dei dirigenti dei servizi di cui sopra, prevedono il concorso, per gli aspetti di competenza, all'individuazione e realizzazione degli obiettivi individuati dalla Direzione Generale e Strategica per la programmazione, organizzazione, gestione, verifica e controllo dell'erogazione delle prestazioni proprie della specifica area professionale legate alla promozione della salute, prevenzione, cura e riabilitazione, per questi si richiama integralmente quanto specificamente contenuto nel regolamento di attuazione della Legge Regione Campania precedentemente richiamata e cioè la D.G.R.C. n. 336/2003. I servizi centrali delle professioni sanitarie sono a loro volta collegati in LINE con i Servizi Infermieristici e delle altre Professioni Sanitarie e Sociali a livello Ospedaliero, Distrettuale, Dipartimentale e di Unità Operativa o Servizio cui è preposto personale anche con incarichi di funzione. Gli incarichi ai dirigenti dei servizi delle professioni sanitarie sono conferiti attraverso le procedure concorsuali di cui al DPCM del 25/01/2008 pubblicato nella G.U. – Serie Generale n. 48 del 26/02/2008, s.m.i.

5.4.5 **Dipartimento Territoriale**

Al Dipartimento Territoriale afferiscono tutti i Distretti Sanitari e le strutture operative dell'Azienda che svolgono attività di programmazione, gestione, verifica e valutazione degli interventi e delle azioni rivolte all'area territoriale; esso costituisce la macro articolazione di indirizzo, controllo e governo del sistema integrato dei servizi pubblici e del privato sociale ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità. Il Dipartimento individua il modello di management adeguato alla logica di rete e capace di garantire efficacia ed efficienza delle singole prestazioni articolate sia per obiettivi che per tipologie di servizi, garantendo logiche di sistema integrato curando particolarmente il sistema informativo e la valutazione.

La **UOC Cure Domiciliari** ha l'obiettivo principale di qualificare l'offerta delle cure domiciliari, mantenendo e consolidando il livello di copertura di oltre il 3,5% della popolazione anziana collocata in cure domiciliari ed incrementando l'offerta degli altri casi come recita il DCA 83/2019. Le Cure domiciliari rappresentano il cardine nel complesso sistema dei servizi sanitari e socio-sanitari rappresentando:

- una valida alternativa al ricovero ospedaliero per le persone affette da patologie cronico - degenerative ed oncologiche;
- l'opportunità per una dimissione protetta;
- l'alternativa o il complemento all'assistenza in strutture residenziali e semiresidenziali (in alcune occasioni e forme);
- la possibilità di permanenza in famiglia delle persone non autosufficienti ed in particolare di quelle di età superiore ai 65 anni.

Le cure domiciliari integrate, rivolte agli assistiti di ogni età, non esauriscono l'intera gamma delle prestazioni erogabili al domicilio come, ad esempio, le prestazioni erogate negli ambiti della Assistenza Anziani, Salute della donna e del bambino, Psichiatria e il Servizio Tossicodipendenze, già previste dal DPCM 29 novembre 2001. Esse consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana. Nell'ambito delle cure domiciliari integrate risulta fondamentale l'integrazione con i servizi sociali dei comuni. Presso il P.O. di S. Angelo dei Lombardi è operativo il Servizio di Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD) che consente di trattare a domicilio pazienti, in condizioni di stabilità clinica, che altrimenti avrebbero necessità di ricovero ospedaliero per ricevere il solo trattamento nutrizionale.



La UOC Coordinamento Socio Sanitario

L'Azienda cura il coordinamento con i Piani di Zona, al fine di definire ed attuare gli interventi sociali ad alto impatto sanitario. È preposto al governo di tale funzione il Direttore della UOC Coordinamento Socio Sanitario che, supporta la direzione strategica e le strutture dipartimentali e distrettuali nella governance dei processi gestionali e professionali che sottendono all'intero sistema socio - sanitario. La struttura è dedicata ad aggregare tutte le attività assistenziali socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, individuate dal D. Lgs. 229/99, dal DPCM 14.02.01 e dal DPCM 29.11.01 e successive indicazioni regionali e ministeriali, e costituenti nel loro insieme l'Area Socio-Sanitaria ad Elevata Integrazione Sanitaria (Salute della donna e del bambino, anziani, disabili, fisici, psichici e sensoriali, salute mentale, dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezione dal HIV, patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronicodegenerative, assistenza ai detenuti affetti da dipendenza o disturbi mentali).

La struttura elabora e monitora le proposte dei Protocolli d'Intesa con gli ambiti Sociali per la funzionalità di cui al Decreto 77/2022 comma 163 art. 1 Legge Rilancio 234/2021.

Ciò anche al fine di promuovere una integrazione operativa tra le stesse, una cultura e una metodologia del lavoro integrata.

Inserita nel Dipartimento Territoriale prevede una integrazione delle Unità Operative ad esso afferenti con gli uffici socio - sanitari collocati nei distretti, secondo un modello di rete ed al fine di intercettare i bisogni dei cittadini sul territorio, in maniera tale da supportare la direzione distrettuale nella programmazione e realizzazione dell'integrazione tra le attività di assistenza territoriale e le attività di assistenza sociale e sovrintendere ai processi di accoglienza e prima valutazione (PUA) nonché a quelli della valutazione funzionale Multidimensionale e della definizione di Progetti Assistenziali Individuali, restando, la gestione di questi ultimi, di competenza dei servizi distrettuali.

Alla **UOSD Coordinamento della Tutela della Salute in Carcere** è affidata la gestione della salute della popolazione dei 4 Istituti Penitenziari esistenti sul territorio aziendale. L'organizzazione dell'assistenza ai detenuti viene programmata in modo coerente con l'assistenza ordinaria e raccordata con il circuito dei servizi dipartimentali e di quelli accreditati, sia per garantire la continuità assistenziale che per la corretta esecuzione delle misure alternative alla detenzione. In particolare i soggetti sottoposti a misure restrittive sono seguiti dalla UOC SER.D afferente al Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze che garantisce le attività per le Dipendenze Patologiche Penitenziarie, così come stabiliscono le Linee Guida per l'Adozione dell'Atto Aziendale, al fine di assicurare gli interventi di continuità assistenziale ai tossicodipendenti detenuti.

La **UOSD Riabilitazione** ha sede presso il Centro Australia di Avellino e svolge le seguenti funzioni: gestione diretta delle attività riabilitative del Centro, che assume mandato di polo specialistico valutativo



riabilitativo a supporto delle attività di valutazione del bisogno riabilitativo – UVBR – dei vari distretti e di gestore diretto delle attività di riabilitazione dedicata alla complessità, in regime ambulatoriale e day service.

Inoltre:

- condivide gli indirizzi tecnici con i dirigenti medici fisiatri della ASL AV, che assicurano in modalità dinamica e transmurale negli ambiti Ospedalieri e Distrettuali le responsabilità proprie della riabilitazione;
- effettua monitoraggio periodico delle attività riabilitative gestite anche in accreditamento nel territorio aziendale secondo indirizzi e linee strategiche concordate con la Direzione Generale, al fine di garantire la sussistenza della rete riabilitativa tipizzata dalla interazione socio – sanitaria;
- gestisce direttamente le attività ambulatoriali di Riabilitazione.

La UOSD Controllo Trattamenti Riabilitativi e Prestazioni Nomenclatore Tariffario e Protesica, effettua il controllo della produzione in quantità e qualità, con maggiore riferimento al rispetto di criteri di appropriatezza delle prescrizioni in rapporto alla diagnosi ed alle terapie prescritte, nonché dei progetti delle strutture accreditate; verifica dei dati mensili dell'erogato da parte dei C.A. per una analisi statistica degli scostamenti dagli standard prescrittivi; osservanza delle CC.OO.MM. strutturali e funzionali; verifica dell'implementazione da parte dei CC.AA. (Centri Accreditati) e degli specialisti distrettuali della piattaforma FILE H; controllo delle procedure adottate per la prescrizione di protesi ed ausili protesici.

La rete Riabilitativa interviene a supporto delle altre strutture sia per pazienti tossicodipendenti, detenuti e tossicodipendenti detenuti, sia per pazienti anziani, per pazienti in età pediatrica o che necessitano di cure domiciliari, sia per interventi socio sanitari a forte rilevanza sanitaria per tutti gli aspetti inerenti l'attività riabilitativa, non solo e non tanto per le prestazioni in grado di erogare, ma per una gestione integrata dell'intero percorso di assistenza, cura e riabilitazione in una nuova vision di clinical governance. Analogamente la complementarietà fra le strutture complesse va sostanziata nella "tante volte citata" assistenza integrata o presa in carico del paziente/utente, in una organizzazione a rete in base alla quale pazienti con patologie croniche invalidanti necessitano di interventi integrati in percorsi ben delineati, sia di tipo socio sanitario, che di cure domiciliari o di assistenza riabilitativa.

La **UOSD Salute della Donna e del Bambino** ha l'obiettivo di fornire servizi e percorsi di qualità per la salute della donna e del bambino, garantendo risposte adeguate alla domanda dell'utenza, tenendo conto delle nuove necessità derivanti da istanze culturali, etniche e sociali emergenti nel contesto urbano e regionale di riferimento. Questa Unità Operativa ha il compito, di concerto con altre strutture aziendali nell'ambito del Dipartimento Territoriale, di gestire le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate dell'infanzia e gli screening della sfera genitale femminile.



La **UOSD A.L.Ma** (Astensione Anticipata dal Lavoro per Maternità a Rischio), è proposta all'interno del Dipartimento al fine di assicurare la piena attuazione della norma rispettando la centralità ed univocità delle procedure di sua competenza quali:

- acquisizione della domanda con univocità di procedura per il rischio del relativo Provvedimento di Interdizione Anticipata dal lavoro per Maternità a Rischio per i sei Distretti della ASL di Avellino;
- espletamento dell'istruttoria in interdisciplinarietà con il Dipartimento di Prevenzione/UOS Medicina Legale, con la U.O. Ginecologica Ospedaliera, con i Consultori Familiari nonché Ispettorato del Lavoro Provinciale;
- modalità e tempistica dell'Istruttoria delle istanze delle lavoratrici madri per l'immediata trasmissione all'INPS di Avellino, Ariano e S. Angelo dei Lombardi e trasmissione del Provvedimento in ambito di attività produttive, sia pubbliche che private, per l'intero territorio provinciale.

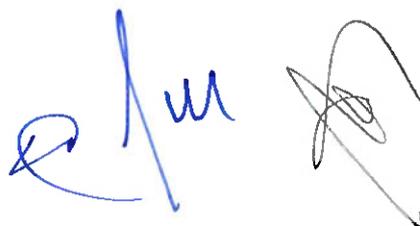
La UOC Emergenza Territoriale e Centrale Operativa

Uno degli obiettivi prioritari dell'Azienda è quello di assicurare in maniera il più possibile efficace e funzionale il percorso istituzionale delle Urgenze ed Emergenze; costituito essenzialmente dai PSAUT, SAUT e STIE deputati, con diverse funzioni, a raggiungere il paziente sul territorio nel più breve tempo possibile, a inquadrare la patologia, a stabilizzarla e, in raccordo con la Centrale Operativa, a trasportare in tempi ristretti il paziente verso la struttura meglio attrezzata per fornire la prestazione più adeguata alla patologia riscontrata ed alla sua gravità. Per l'organizzazione si rinvia allo specifico paragrafo dal titolo: "L'Assistenza ospedaliera e la Rete Territoriale Emergenza – Urgenza".

La UOC Farmaceutica Territoriale

La UOC Farmaceutica Territoriale è deputata a funzioni di Assistenza Farmaceutica Territoriale rivolta ai cittadini secondo disposizioni di Legge Nazionali e Regionali; nell'ambito del distretto di competenza si occupa di erogazione diretta dei farmaci e dispositivi medici in applicazione alle disposizioni nazionali e regionali (legge 648/96, legge 405/2001, D.G.R.C. 93/2007, etc.), di distribuzione di farmaci, dispositivi medico chirurgici, vaccini, reagenti e materiale sanitario vario alle UU.OO. territoriali, strutture residenziali, strutture carcerarie, Hospice, di assistenza domiciliare, della gestione dei farmaci Off - Label e del periodico controllo degli armadi farmaceutici distrettuali. Le attività attribuite e consolidate per l'assistenza farmaceutica, sono rappresentate da:

- vigilanza sulle farmacie;
- farmaceutica Convenzionata;
- gestione del magazzino e distribuzione (logistica di supporto);
- gestione procedure amministrativo - contabili;
- alimentazione flussi informativi;



Informazione ed educazione al corretto uso del farmaco e del DM.

A queste si affiancano oggi attività legate all'evoluzione costante di ruolo svolto dall'assistenza farmaceutica, quali:

- pianificazione e controllo economico (budget, monitoraggio, etc.);
- valutazione sistematica delle tecnologie (HTA);
- controllo appropriatezza prescrittiva ed audit;
- rilevazione terapie farmacologiche ed assessment e pharmaceutical care;
- distribuzione diretta (L405/01 e succ. mod. e integr);
- distribuzione per conto;
- farmaco utilizzazione, farmaco epidemiologia, farmaco economia;
- formazione;
- farmacovigilanza, dispositivo vigilanza e cosmetico sorveglianza;
- vigilanza sui depositi farmaceutici, sulle Parafarmacie e sugli stabilimenti produttori di alimenti per celiaci;
- qualità e controllo del rischio (procedure, protocolli, PDTA e Standard);
- partecipazione a tutti i percorsi di integrazione assistenziale Ospedale –Territorio;
- partecipazione ai processi delle UCAD e delle Unità di Valutazione integrata.

L'organizzazione dell'assistenza diretta territoriale, non potendo logicamente rispondere a criteri di massima capillarità, quale quella della rete delle farmacie convenzionate, deve essere improntata alla qualità dell'assistenza offerta ed alla ottimizzazione funzionale delle risorse; il paziente deve pertanto essere al centro dell'offerta cui deve essere garantito l'accesso a tutte le prestazioni, in considerazione delle caratteristiche di accesso, ma indipendentemente dai vincoli territoriali.

L'attuale organizzazione della farmaceutica territoriale nella ASL Avellino è così articolata:

- una UOC Farmacia Territoriale in considerazione della estensione del territorio, della carenza di risorse umane specialistiche e della necessità di assicurare una uniformità di procedure sull'intero territorio aziendale, si avvale della collaborazione delle due farmacie Ospedaliere per garantire l'attività distribuzione nel restante territorio dell'ASL.

Nell'ottica dell'ottimizzazione delle risorse umane e professionali disponibili, la UOC provvede attraverso le Commissioni normativamente previste e attraverso l'adozione di procedure ad hoc definite, ad un maggior controllo della spesa farmaceutica con riduzione della stessa nel pieno rispetto delle Disposizioni Regionali vigenti.

Quindi le attività del Dipartimento, ferme restando le specificità di ciascuna struttura che lo compone, sono rivolte all'intera popolazione, anche in condizione di fragilità, costituita da:

- pazienti detenuti nei penitenziari, assuntori di droghe o non;
- pazienti in cura domiciliare, anziani e non;
- pazienti/utenti che necessitano di interventi socio sanitari a forte rilevanza sanitaria;



- pazienti/utenti che necessitano di assistenza riabilitativa;

in una ottica di gestione integrata, multidisciplinare, di gestione del percorso di prevenzione, di assistenza, di cura e di riabilitazione. In relazione agli indirizzi ed alle linee strategiche stabilite dalla Direzione Generale e con riferimento alla loro attuazione, ferma restando la necessità di assicurare le funzioni e le attività che si dovessero rendere necessarie per il raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Direzione strategica, il "Dipartimento Territoriale", svolge le seguenti attività:

- organizzare e pianificare la produzione (pianificazione operativa)
- garantire, rispetto agli obiettivi acquisiti, la produzione e i risultati ottenuti attraverso il controllo di qualità tecnica e il controllo di efficienza;
- misurazione delle performance di processo e l'analisi delle attività/del valore;
- valutazione di efficacia;
- assicurare l'integrazione funzionale tra le unità operative interne e tra queste e quelle distrettuali e/o
- partecipare alla programmazione strategica aziendale.

5.4.6 Dipartimento Medico

Il Dipartimento Funzionale di Medicina ha l'obiettivo di integrare le competenze, le professionalità e le risorse tecnologiche afferenti alle strutture che compongono il dipartimento. La mission e le finalità del Dipartimento sono molteplici e sono quelle di:

- garantire un approccio interdisciplinare internistico ai problemi clinici ed assistenziali dei pazienti;
- assicurare al paziente processi clinici omogenei;
- differenziare e caratterizzare l'offerta di prestazioni sanitarie in ambito internistico.

Il Dipartimento si pone l'obiettivo di sviluppare le competenze specialistiche nelle diverse branche della medicina interna; di sviluppare l'integrazione delle competenze nella gestione dei pazienti complessi sia nell'organizzazione logistica del Dipartimento che nelle capacità tecniche professionali e nell'integrazione tra le diverse specialità e professionalità e nella formazione continua. Il Dipartimento Medico è composto dalle seguenti unità operative:

Struttura	P.L.	Codice
UOC Medicina Generale (P.O. Ariano Irpino)	20	26
UOSD Pronto Soccorso ed Osservazione Breve (P.O. Ariano Irpino)		
UOC Cardiologia e UTIC (P.O. Ariano Irpino)	12 + 6	8 e 50
UOSD Diagnostica Cardiologica (P.O. Ariano Irpino)		
UOS Lungodegenza (P.O. Ariano Irpino)	10	60
* Medicina d'Urgenza (P.O. Ariano I.)	7	93
UOC Neurologia (P.O. Ariano Irpino)	12	32
UOS Urgenze Neurologiche e Stroke (P.O. Ariano I.)		

UOSD Oncologia (P.O. Ariano Irpino)	4	64
UOSD Dialisi (P.O. Ariano Irpino)		
UOSD Pediatria (P.O. Ariano Irpino)	8	39
UOC Medicina Generale (P.O. S. Angelo)	16	26
UOSD Dialisi (P.O. S. Angelo)		
UOSD Cardiologia (P.O. S. Angelo)	6	8
UOSD Pronto Soccorso ed Osservazione Breve (P.O. S. Angelo)		

**Con il presente atto viene istituita la UOC Medicina D' Urgenza del Dea I Livello Ariano Irpino in considerazione delle emergenze infettive/respiratorie/internistiche, per far fronte al bisogno assistenziale adeguato alle zone interne.*

Riorganizzazione della Rete Ospedaliera per l'emergenza Covid-19

In attuazione della DGRC n. 378 del 23/07/2020 l'Azienda rientra con il P.O. di Ariano I. nell' assetto della Rete Regionale temporaneamente dedicata all' emergenza Covid -19. Il n. di pl operativi in detta Rete, definita con caratteristiche di alta flessibilità e modularità, sono i seguenti:

- pl. di Terapia intensiva P.O. Ariano = n. 7
- pl di terapia semi - intensiva P.O. Ariano = n. 10
- pl. degenza Covid P.O. Ariano= n. 16

5.4.7 Dipartimento Chirurgico

Il Dipartimento di Chirurgia è la macrostruttura della ASL di Avellino preposta alla organizzazione ed erogazione delle attività che riguardano prestazioni, riconducibili alle discipline chirurgiche, in regime di ricovero ordinario, day hospital, day surgery, day service, ambulatoriale, ed in altri regimi come previsto dalla programmazione aziendale e regionale. Le attività del Dipartimento saranno finalizzate al raggiungimento degli obiettivi negoziati in sede di contrattazione annuale del budget e comunque volti ad una migliore organizzazione delle attività chirurgiche, all'ottimizzazione dei profili di cura e della loro organizzazione e stesura di linee guida volte ad armonizzare l'attività complessiva del Dipartimento.

Il Dipartimento Chirurgico è composto dalle seguenti unità operative:

Struttura	P.L.	Codice
UOC Chirurgia Generale (P.O. Ariano Irpino)	18	9
UOSD Otorinolaringoiatria	5	38
UOSD Oculistica	5	34
UOSD Urologia	10	43
UOC Endoscopia Digestiva/Gastroenterologia (posti letto in appoggio area medica e chirurgica P.O. Ariano Irpino)		

UOC Ortopedia e Traumatologia (P.O. Ariano I.)	16	36
UOC T. I. con Servizio di Anestesia e Rianimazione. P.O. Ariano I	6	49
UOC Ginecologia e Ostetricia (P.O. Ariano I)	16	37
UOC Chirurgia Generale (P.O. S. Angelo dei Lombardi)	16	9
UOSD Ortopedia e Traumatologia (P.O. S. Angelo dei Lombardi)	14	36
UOSD T. I. con Servizio di Anestesia e Rianimazione P.O. S. Angelo L.	4	49

5.4.8 Dipartimento dei Servizi Ospedalieri

Il Dipartimento dei Servizi è finalizzato a garantire una efficace ed omogenea armonizzazione nelle varie sedi aziendali delle strutture che lo compongono; è costituito in modo da favorire il coordinamento delle strutture afferenti sia dal punto di vista procedurale che organizzativo.

Riguardo alla Patologia Clinica gli obiettivi sono quelli di erogare prestazioni quali - quantitativamente adeguate rispettando l'accessibilità, la tempestività e la continuità degli interventi assistenziali; le strutture del P.O. di Ariano Irpino e S. Angelo dei Lombardi, inoltre, sono di riferimento per la rete dei punti prelievo territoriali.

Ulteriori sviluppi saranno concentrati verso una uniformazione e miglioramento dei protocolli, procedure e processi di erogazione delle prestazioni.

Infine saranno poste in essere azioni atte a garantire la reale riduzione dei tempi di attesa. Le unità operative che fanno parte del Dipartimento dei Servizi, sono:

Strutture	Codice
UOC Patologia Clinica e Citoistologia P.O. Ariano I.	S37
UOC Diagnostica per Immagini P.O. Ariano I.	S75
UOSD Servizio Trasfusionale P.O. Ariano I.	S70
UOSD Farmacia Ospedaliera P.O. Ariano I.	
UOC Patologia Clinica e Tossicologia P.O. S. Angelo dei Lombardi	S37
UOC Diagnostica per Immagini P.O. S. Angelo dei Lombardi	S75
UOSD Farmacia Ospedaliera P.O. S. Angelo dei Lombardi	
UOC Direzione Sanitaria P.O. Ariano I.	
UOSD Direzione Sanitaria P.O. S. Angelo dei Lombardi	

**Nel Dipartimento dei Servizi è previsto il nuovo servizio di Radioterapia Oncologica*

Il Dipartimento, all'interno della ASL di Avellino, sarà chiamato ad attivare importanti compiti di omogeneizzazione di attività quali:

- la promozione di un costante rapporto di collaborazione tra dipartimenti ospedalieri e i servizi territoriali per garantire la continuità assistenziale a tutti gli utenti;
- facilitare l'accesso del cittadino alle prestazioni sanitarie, promuovendo progetti di miglioramento dell'accoglienza, degli aspetti strutturali e logistici delle strutture;
- assicurare all'interno degli ospedali il rispetto della normativa inerente la privacy e il diritto di accesso alla documentazione sanitaria degli utenti;
- attuare le misure necessarie per la radioprotezione negli ospedali e nelle strutture territoriali aziendali;
- assicurare le attività tipiche della Tossicologia del Laboratorio Analisi del P.O. di S. Angelo, in correlazione con il territorio e con l'A.O. Moscati di Avellino.

L'Azienda si impegna anche ad attivare un servizio di tele radiologia, mentre è in corso di attivazione il servizio di radioterapia presso il P.O. di Ariano I.

5.5 Comitato di Dipartimento

Il Comitato di Dipartimento, ai sensi dell'articolo 17 bis del D. Lgs n. 502/1992 e s.m.i., è un organismo collegiale consultivo con funzioni di indirizzo e verifica. Esso è composto da componenti di diritto e da componenti di nomina elettiva.

I componenti di diritto sono:

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

La parte elettiva è composta da un rappresentante per ciascuna area contrattuale. Il Comitato dura in carica tre anni. Il Comitato si riunisce previa convocazione formale del Direttore di Dipartimento almeno una volta ogni due mesi, e di ogni seduta verrà redatto apposito verbale, conservato in ordine cronologico presso la direzione del dipartimento. La durata e le modalità di funzionamento del Comitato di Dipartimento sono stabiliti dall'Azienda con apposito regolamento. Il Comitato di Dipartimento definisce le linee di indirizzo clinico ed organizzativo del dipartimento definendo i processi aziendali. Esso elabora, inoltre, la proposta di obiettivi gestionali ed assistenziali del dipartimento. Il Comitato di Dipartimento si riunisce per la verifica periodica degli obiettivi e per individuare eventuali correttivi ed interventi idonei ad ottimizzare l'utilizzo delle risorse, nonché ogniqualvolta debba esprimersi su:

- gli obiettivi del dipartimento che verranno negoziati dal Direttore dello stesso con la Direzione Strategica (in particolare per i Dipartimenti Strutturali);
- l'acquisizione ed allocazione delle risorse umane e materiali delle singole unità operative e dei rispettivi budget;
- la verifica della corrispondenza dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi concordati;



- le modalità organizzative del dipartimento nell'ambito clinico, i percorsi assistenziali, la presa in carico, l'appropriatezza.

Il Comitato, inoltre, individua la rosa di candidati a Direttore di Dipartimento, da proporre al Direttore Generale, sulla base di quanto viene indicato nell'apposito regolamento sulle modalità di funzionamento dello stesso Comitato.

5.6 Assemblea di Dipartimento

L'Assemblea di Dipartimento è composta da tutti gli operatori in servizio presso il dipartimento. Almeno una volta l'anno il Direttore del Dipartimento indice la Conferenza di Dipartimento. A tal fine convoca l'Assemblea per la presentazione degli obiettivi e del documento di budget, per la verifica dei risultati raggiunti e per raccogliere valutazioni, suggerimenti e proposte. L'assemblea si riunisce in sessione elettorale per gli adempimenti relativi all'elezione della componente elettiva del Comitato di Dipartimento.

5.7 Le Unità Operative Complesse

Ogni unità operativa complessa si caratterizza, in quanto sistema organizzativo complesso, per la presenza obbligatoria di un solo responsabile, per la rilevanza quantitativa e strategica delle attività svolte e per l'attribuzione di un budget (obiettivi e risorse) nonché per la corrispondenza ad uno o più centri di costo. Le unità operative complesse, dotate di responsabilità ed autonomia professionale, organizzativa e gestionale, così come definite dall'art 27 comma 3 e 4 CCNL 08.06.2000, sono caratterizzate almeno dai seguenti elementi:

- attività di produzione di prestazioni o di servizi sanitari, tecnico professionali che richieda un significativo volume di risorse e che equivalga, per le attività sanitarie, alle prestazioni caratterizzanti per la prevalenza dell'ambito disciplinare;
- assegnazione di rilevanti dotazioni tecnico strumentali;
- autonomia organizzativa e/o alto grado di responsabilità, posta in capo ad un dirigente di posizione apicale nel rispetto della normativa vigente;
- livelli ottimali di operatività delle risorse disponibili;
- assegnazione di obiettivi strategici per la programmazione aziendale;
- afferenza diretta e/o funzionale di rilevanti risorse e rilevanti professionalità, in termini di dotazione organica, la cui entità indichi la necessità di conferire la relativa autonomia gestionale.

Per la individuazione delle strutture complesse ospedaliere sono stati considerati i parametri di cui al DCA 18/2013 e s.m.i., come in premessa illustrato, precisando che in ambito ospedaliero il numero di strutture complesse identificate in base agli standard è comprensivo dei servizi centrali sanitari (farmacia, radiologia, laboratorio di analisi, ecc.).



5.8 Le Unità Operative Semplici Dipartimentali

Le unità operative semplici dipartimentali sono dotate di responsabilità ed autonomia professionale, organizzativa e gestionale. Sono individuate dai Contratti Collettivi Vigenti. Sono affidate alla responsabilità di un dirigente secondo le normative contrattuali e finalizzate a massimizzare la peculiarità delle professionalità e delle attività cliniche, assistenziali e tecniche in funzione della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate che riguardino, in via prioritaria, metodologie e tecniche di intervento complementari e integrative al funzionamento delle altre unità operative del dipartimento.

L'incarico di struttura semplice dipartimentale include quindi la responsabilità di gestione di risorse umane e strumentali e, ove, previsto dagli atti di organizzazione interna, lo stesso può comportare inoltre la responsabilità di gestione diretta di risorse finanziarie; la UOSD afferisce al dipartimento e laddove si voglia strutturare prevedendo al suo interno livelli sotto ordinati di responsabilità, si possono utilizzare gli incarichi professionali di alta specializzazione, secondo quanto previsto dai nuovi contratti collettivi per la dirigenza. Ciò consente di dar vita a modelli organizzativi rispondenti all'esigenza di attribuire funzioni, compiti e responsabilità in modo più aderente alle esigenze funzionali ed organizzative ed alle professionalità disponibili.

5.9 Le Unità Operative Semplici

Le unità operative semplici sono l'articolazione di una struttura complessa definita sia in base alle caratteristiche delle attività svolte che alle prestazioni erogate, a cui siano assegnate la gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie. Sono finalizzate a massimizzare la peculiarità delle professionalità e delle attività cliniche, assistenziali e tecniche in funzione della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e, solo in via secondaria, a dare soluzione a problemi organizzativi.

5.10 Gli Incarichi Professionali

Oltre ad incarichi con responsabilità di direzione di strutture, ai dirigenti della ASL di Avellino sono conferibili incarichi di tipo professionale, secondo quanto previsto dai CC.NN. Per incarichi professionali di alta specializzazione, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo si intendono articolazioni funzionali della struttura connesse alla presenza di elevate competenze tecnico-professionali quali - quantitative complesse riferite alla disciplina ed organizzazione interna della struttura di riferimento. Per incarichi professionali di base, conferibili anche ai dirigenti con meno di cinque anni di attività, si intendono quelli che hanno rilevanza all'interno della struttura di assegnazione e si caratterizzano per lo sviluppo di attività omogenee che richiedono una competenza specialistico - funzionale di base nella disciplina di appartenenza. Gli incarichi professionali hanno precisi ambiti di autonomia da esercitare nel rispetto degli indirizzi del responsabile della struttura e con funzioni di collaborazione e corresponsabilità



nella gestione delle attività. Al fine di assicurare la rilevanza delle funzioni ad alto contenuto tecnico-professionale, l'Azienda individua attività specialistiche per le quali conferire incarichi di natura professionale, di alta specializzazione, di consulenza, di studio e di ricerca, ai sensi del vigente CCNL. Gli incarichi ad alta specializzazione possono riguardare anche ambiti di prestazioni non sanitarie, tesi a produrre servizi particolarmente complessi oppure a fornire attività di consulenza per materie ad elevato contenuto tecnico - professionale nonché per la realizzazione di programmi di ricerca, aggiornamento, tirocinio e formazione, in rapporto alle esigenze didattiche dell'Azienda. In questa fattispecie ciò che prevale è la specifica competenza professionale, diversamente dai precedenti casi delle Strutture complesse e semplici, ove prevalevano le competenze gestionali di risorse umane, tecniche e finanziarie. L'individuazione di tali incarichi non prefigura necessariamente rapporti di sovra o sotto ordinazione con le Unità Operative Semplici, bensì la diretta dipendenza dalla Unità Operativa Complessa o dal Direttore del Dipartimento qualora l'incarico professionale abbia valenza dipartimentale, fatto salvo quanto è stato detto a proposito delle UOSD.

5.11 Gli Incarichi di Posizione

Nei limiti e con le modalità previste dal CCNL del comparto sanità l'Azienda, in relazione alle esigenze di servizio, istituisce con deliberazione del Direttore Generale incarichi di funzione con responsabilità affidata a personale non dirigente del ruolo sanitario, tecnico e amministrativo. Tali incarichi riguardano settori che richiedono lo svolgimento di funzioni di direzione di servizi o uffici di particolare complessità, caratterizzate da un elevato grado di esperienza e autonomia gestionale ed organizzativa o lo svolgimento di attività con contenuti di alta professionalità e specializzazione. L'Azienda, in apposito regolamento, formula i criteri generali per il conferimento, la graduazione delle funzioni, la valutazione e la revoca degli incarichi di posizione, secondo la normativa vigente. L'elenco degli incarichi di funzione per Unità Operativa/Dipartimento sono riportati nell' Allegato "B" – Incarichi di Posizione al presente documento. L'Azienda, a seguito del processo di ristrutturazione aziendale ed a scadenza di contratto, può affidare un incarico diverso da quello precedentemente svolto, nel rispetto del principio della rotazione degli incarichi e dell' Area e Disciplina di appartenenza.

5.12 Ulteriori aspetti programmatici dell'assistenza territoriale previsti dal DCA n. 83/2019 e dalla DGRC n. 682/2022

Ai fini dell'organizzazione e del potenziamento dell'assistenza ai cittadini con il DCA 83 del 31/10/2019 è stato ridefinito il Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale che ne indica l'offerta ed il modello organizzativo, evidenziando in particolare:

- il ruolo del Distretto e dei Dipartimenti Strutturali;
- la riprogettazione delle Cure Primarie ed il ruolo del MMG e dello Specialista Ambulatoriale;



- la configurazione delle strutture sanitarie e socio sanitarie intermedie tra ospedale e domicilio;
- i Percorsi di Cura a forte integrazione ospedale/ territorio;
- gli strumenti di governance delle attività territoriali;
- il potenziamento degli attuali sistemi informativi e digitali a supporto della rete territoriale nonché della Telemedicina a domicilio.

Inoltre, a seguito dell' emergenza pandemica Covid-19, è stato necessario introdurre elementi di flessibilità organizzativa e integrazione tra l'assistenza ospedaliera e quella territoriale, che rappresentano attualmente il punto di partenza per ripensare ai setting assistenziali e alla corretta e tempestiva presa in carico dei pazienti, conformemente ai modelli introdotti dal PNRR e alla loro attuazione a livello locale come illustrato nell' Allegato "C" - Attuazione degli interventi previsti dal PNRR.

L' Azienda, attraverso il modello organizzativo e le articolazioni funzionali descritte nei paragrafi precedenti, intende sostenere e dare attuazione alle linee di sviluppo previste dal livello regionale per il raggiungimento degli obiettivi generali di salute della popolazione, come di seguito illustrato.

Le cure primarie: AFT, UCCP e l'Ospedale di Comunità

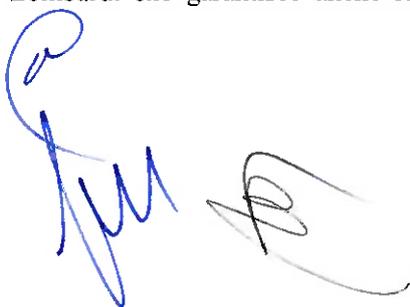
Nell' ottica della rivisitazione dell' Assistenza Territoriale, deve necessariamente attivarsi la riprogettazione del ruolo del MMG all' interno di equipe monoprofessionali (AFT) e multidisciplinari e multiprofessionali (UCCP) per garantire la continuità assistenziale ospedale - territorio e per conferire al sistema delle Cure Primarie la connotazione di luogo di cure principale a cui affidarsi.

Le AFT quali forme organizzative monoprofessionali già attive sul territorio di competenza della ASL condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi e acquisiranno un ruolo fondamentale nella riorganizzazione delle Cure Primarie secondo quanto previsto dal PNRR.

Le UCCP per la ASL di Avellino, rimangono in programmazione secondo il DCA 99/2016, nelle sedi inizialmente previste:

- 3 Distretto 1 P.O. di Ariano Irpino
- 4 Distretto 1 Presidio Distrettuale Grottaminarda
- 5 Distretto 3 SPS di Bisaccia
- 6 Distretto 3 P.O. S. Angelo dei Lombardi

L'OdC attivo presso la SPS di Bisaccia con 10 posti letto, rappresenta il presidio di degenza residenziale delle cure primarie, gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata da medici aziendali che curano l'intero percorso sanitario del paziente assumendosene la responsabilità clinica, mentre, la responsabilità igienico - organizzativa e gestionale fa capo al Direttore del Distretto di S. Angelo dei Lombardi che garantisce anche le necessarie consulenze specialistiche. L'OdC possiede caratteristiche



intermedie tra il ricovero ospedaliero, le risposte assistenziali residenziali (RSA) e quelle domiciliari (ADI) con le quali non si pone in una condizione di alternativa o di duplicazione, bensì, in stretto rapporto di collaborazione funzionale quale ulteriore nodo della rete di assistenza territoriale.

Il modello organizzativo frutto della sperimentazione aziendale permette la riproducibilità nell'ambito del programma più ampio di intervento previsto dal PNRR.

PDTA: Percorsi diagnostico terapeutici

Il processo in itinere di implementazione dei PDTA all'interno dell'Azienda Sanitaria mira a garantire l'efficacia e l'efficienza nella gestione integrata di alcuni quadri nosografici prioritari tra i quali il Diabete, BPCO, demenza, ecc. Essi pongono al centro dell'esperienza socio - sanitaria il cittadino/paziente, contestualizzano Linee Guida di una patologia o di una problematica clinica e permettono di delineare il migliore percorso praticabile all'interno dell'organizzazione.

Il modello di riorganizzazione dell'assistenza territoriale, riportato nel presente documento, che prevede la riprogettazione delle cure primarie, istituisce il Dipartimento Territoriale, definisce la rete dei servizi ambulatoriali (CAD, Centri Prelievo, ecc), favorendo i percorsi di integrazione ospedale-territorio, rappresenta la migliore configurazione strutturale e funzionale per la loro sistematica adozione.

In particolare, relativamente al rapporto Distretti-Ospedali devono essere definiti i protocolli di accesso alle strutture ambulatoriali e diagnostiche ospedaliere e le modalità di valutazione multidimensionale in sede di pre e post dimissione, per l'avvio tempestivo del paziente verso percorsi di cura di riabilitazione, residenzialità e semi residenzialità, Hospice, quali strumenti operativi per la funzionalità della COT -A e di quelle Distrettuali. Sono richieste, a tal fine, iniziative formali di integrazione attraverso la partecipazione di medici ospedalieri ad attività distrettuali e viceversa, mediante il sistema di reti professionali e i gruppi operativi interdisciplinari. Il Governo Clinico non può realizzarsi senza un costante processo di Formazione Continua: il Direttore di Distretto propone specifici Corsi di Formazione aziendale relativi a tematiche di nuovo impatto, a procedure di nuova introduzione, all'adozione di nuove Linee Guida e PDTA aziendali o regionali e attinge a percorsi formativi aziendali per tematiche di carattere generale. La UOS Formazione aziendale rileva annualmente i bisogni formativi dei Distretti e ne soddisfa le richieste nell'ambito del budget aziendale assegnato.

Area Salute della Donna e del Bambino

L'impegno sanitario per la Salute della donna e della coppia e la tutela del minore, dell'adolescente e della famiglia, comprende la prevenzione e la cura delle malattie, nonché la promozione attiva dello sviluppo del bambino nelle varie fasi dell'età evolutive. Il passaggio dalla cura delle malattie alla promozione della salute si è reso possibile grazie ai notevoli miglioramenti nei servizi sanitari di base, in particolare del ruolo del pediatra di libera scelta e, dall'altra grazie alle notevoli conoscenze sullo sviluppo infantile, attualmente a



disposizione in vari settori.

La rete consultoriale

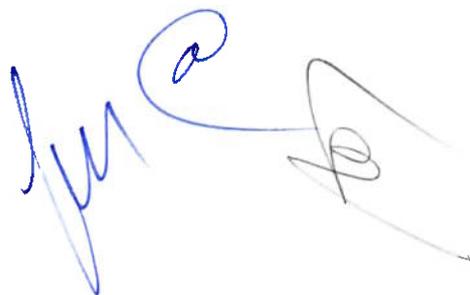
Il presente Piano prevede che, al fine di pervenire all'attuazione delle linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita (Conferenza Unificata Rep. Atti 137/CU del 16/12/2010), l'Azienda debba implementare un Programma di rafforzamento delle proprie reti consultoriali e dei raccordi con i punti nascita per l'assistenza alla gravidanza fisiologica ai fini della riduzione anche dei parti cesarei. In particolare, il suddetto programma dovrà prevedere gli standard organizzativi e i criteri di riorganizzazione territoriale dei consultori, con l'analisi dell'attuale organizzazione e livello di attività.

Il percorso nascita

È impegno della ASL, porre particolare attenzione sulle tematiche di preparazione alla nascita, accoglienza, supporto psicologico nel post - partum per la diagnosi precoce dei casi di depressione, un'azione di facilitazione all'accettazione di un parto naturale, specie per le primipare. Una forte relazione integrata ospedale – territorio è particolarmente indicata attraverso la produzione di un PDTA/nascita. Particolare rilevanza deve essere posta anche alla disponibilità di parto - analgesia in tutte le strutture ospedaliere con UO di Ostetricia. Viste le percentuali di Tagli Cesarei delle nostre strutture che risultano ancora troppo elevate rispetto agli standard nazionali ed europei, diventa necessario e non più procrastinabile definire e diffondere le Procedure integrate ospedale – territorio e tutte le azioni funzionali alla riduzione di tali tassi.

Area vaccinale pediatrica

Le vaccinazioni in età pediatrica sono affidate ai Centri Vaccinali Distrettuali dedicati. La Regione Campania, raccomanda questo modello e ribadisce il forte e necessario raccordo con il Servizio Epidemiologia e Prevenzione del Dipartimento di Prevenzione, soprattutto in seguito alle campagne denigratorie dell'obbligo vaccinale, tutte da contrastare. Informazione, accoglienza, azioni di richiamo, coinvolgimento degli opinion leader locali, e soprattutto forte integrazione con l'attività dei Pediatri di Libera Scelta sono le strade da ripercorrere con nuovo entusiasmo per garantire una protezione di massa alla popolazione campana. L'ASL deve dotarsi di un sistema informatico di registrazione, chiamata e monitoraggio crociato con i PLS affinché ogni paziente pediatrico venga opportunamente sollecitato e l'azione vaccinale, anche quando effettuata direttamente dal PLS, venga correttamente riportata aggiornando il file relativo al piccolo paziente. La Regione valuterà l'impianto di tale processo di registrazione su una piattaforma regionale in modo che i software aziendali possano essere messi in rete su una piattaforma regionale unica. L'attuale sistema in uso – SINFONIA Regione Campania, permette la consultazione della reportistica e i dati vaccinali da parte dei PLS e Aziendali



Area adolescenti

Per favorire la conoscenza di sé, della fisiologia della sfera sessuale, delle tematiche della riproduzione e della procreazione responsabile, dell'educazione ai sentimenti, all'interno di alcuni Consultori Familiari sono organizzati specifici spazi dedicati agli Adolescenti, con forti raccordi con il mondo della scuola. Tali buone pratiche devono essere diffuse sull'intero territorio, incrementate e sostenute nella modernità delle problematiche che si affacciano nel mondo dei giovani, rendendo disponibili anche nuove terapie di supporto in emergenza quali la "pillola del giorno dopo". Ogni Unità Operativa deve garantire, anche con una programmata rotazione interdistrettuale, la disponibilità di un ginecologo non obiettore prescrittore per tale necessità, anche durante i giorni festivi, in raccordo con la Continuità Assistenziale.

L'area giuridica: minori e famiglie

Nell'area Salute della Donna e del Bambino si declinano anche le problematiche valutative ed assistenziali, di accompagnamento e di sostegno alle capacità genitoriali, alla mediazione familiare, alle valutazioni psico - giuridiche di accompagnamento per le pratiche di affido/adozioni nonché di affidamento di minori in caso di separazioni/divorzi o di revoca di patria potestà per maltrattamenti/abusi familiari, violenza alle donne. Tali delicatissime attività di supporto Giuridico devono trovare all'interno della ASL un Centro aziendale di riferimento nel quale vengono prese in carico le famiglie e le loro problematiche, secondo modalità uniche e sotto un'unica visione, garante della tutela dei diritti giuridici, sociali ma soprattutto di salute del minore e del nucleo familiare di origine. L'ASL potrà prevedere un Centro di riferimento giuridico per minori e famiglie.

Tutela della donna e centri antiviolenza

Pur se la Regione provvede con specifiche progettualità e risorse all'Area Salute della donna e del bambino, nuove tematiche si affacciano periodicamente ad ingrossare le fila di una domanda socio - sanitaria pressoché inesauribile, basti solo pensare all'incremento di problematiche che coinvolgono violenze e abusi su donne e minori, fino ad arrivare alla problematica ben più complessa del femminicidio. È necessario sviluppare, azioni di sostegno anche in raccordo con le Istituzioni Locali, i Servizi Sociali e le Forze dell'Ordine, che promuovano l'accoglienza e la protezione della donna e dei minori violati, secondo procedure di sicurezza e di riservatezza, attraverso precisi protocolli di Intesa con le Istituzioni ed i Centri antiviolenza. Attualmente l'ASL ha implementato percorsi di tutela per donne che subiscono violenza, per fornire un supporto non solo sanitario ma anche di tipo psicologico, con un Centro Antiviolenza presso il P.O. di Ariano I. ed un percorso dedicato "Percorso Rosa" presso il P.O. di S. Angelo dei Lombardi.

Area della Fragilità

Il concetto di fragilità coincide con una condizione di ridotto equilibrio psico - fisico - sociale, nella quale



plurimorbidità, politerapie, cronicità, disagio sociale concorrono a rendere più esposto l'individuo, determinandone una perdita progressiva della capacità di rispondere agli eventi dannosi esterni in maniera reattiva, senza energia propria, piuttosto subendoli in forma progressiva, risultando perciò ad esse "fragile", richiedendo dunque cure e attenzioni più che in condizioni di normale malattia. Questa condizione si riscontra più frequentemente in età senile, ma se si tiene conto delle caratteristiche descritte, si capirà che la fragilità può interessare ogni età con un variabile coinvolgimento sociale. Anche la condizione generale del nucleo familiare di appartenenza del paziente stesso, o un disagio sociale in contesti di solitudine o di povertà, possono essere causa/effetto dello sviluppo della condizione di fragilità, sviluppando tra loro un potenziale effetto di sinergia negativa. A questa fragilità ed alle sue declinazioni cliniche va posta l'attenzione dell'assistenza territoriale, che mai come in questo caso, deve rispondere ad una presa in carico complessiva e di integrazione.

La cronicità

Nell'ambito dei Piani d'Azione 2013/2020, l'OMS evidenzia l'importanza che i Governi e le Amministrazioni devono prestare alla prevenzione e al controllo delle malattie croniche, che vengono definite "problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni", con chiaro riferimento ai costi, sia diretti che indiretti, da sostenere per la loro cura. Il paziente cronico, è spesso rappresentato da una persona anziana, affetta da più malattie, le cui esigenze di assistenza nascono sia dalle condizioni cliniche che dalle condizioni socio - familiari ed ambientali. L'approccio metodologico deve differenziarsi da quello tradizionale visto e considerato che la compresenza di più patologie, aumenta il rischio che i diversi professionisti intervengano sulle singole malattie. Obiettivi generali devono essere la gestione della persona nella sua interezza e il miglioramento della qualità della vita. Considerato che i dati disponibili indicano che le malattie croniche rappresentano la causa principale di morbilità, disabilità e mortalità diventa determinante:

- assicurare la prevenzione e il controllo della cronicità promuovendo programmi intersettoriali ed azioni che privilegino l'approccio unitario e centralizzato sulla persona;
- responsabilizzare tutti gli attori che intervengono lungo il percorso e il paziente stesso che deve partecipare in maniera pro attiva all'intero processo e sottoscrivere un "patto di cura" con il team di assistenza;
- superare la contrapposizione tra ospedale e territorio, favorendo il continuum territorio - ospedale - territorio;
- mantenere il più a lungo possibile la persona malata al proprio domicilio, riducendo al minimo il rischio di istituzionalizzazione;
- favorire un'adeguata formazione degli operatori anche al fine di definire appropriati percorsi di cura che identifichino le fasi, le sedi, i servizi e le prestazioni da erogare in base allo stadio della patologia;
- contrastare il rischio di abbandono del percorso, rinforzando le informazioni relative allo stato di salute dell'assistito, al fine di perseguire un buon livello di conoscenza e consapevolezza da parte del paziente e dei



suoi familiari.

Promozione della salute, l'educazione sanitaria e la diagnosi precoce

I profondi mutamenti avvenuti nella società contemporanea (es. miglioramento delle norme igieniche e della qualità della vita, allungamento della vita media, aumento della popolazione anziana) e l'incremento delle malattie croniche non trasmissibili richiedono una rilevante azione strategica di promozione della salute che si dirami per diversi contesti di appartenenza, tra i quali gli ambienti sanitari. La pandemia Covid-19 ha, inoltre, evidenziato la necessità di potenziare le strategie di promozione della salute che si configura come una funzione complessa e trasversale, richiedente il coinvolgimento di varie strutture dell' A.S.L e la partecipazione di diverse professionalità; necessita di un agire sistemico con molteplici istituzioni, agenzie, organismi del no - profit e gruppi di interesse e dei territori; prevede la costituzione di gruppi di lavoro multi professionali, iter istituzionali e multi organizzazione, capaci di attuare programmi rispondenti a idonei requisiti di qualità, organizza adottando metodologie omogenee e tecniche educative efficaci. I programmi di promozione della salute previsti dal vigente Piano Regionale della Prevenzione sono implementati al livello aziendale secondo un'organizzazione settorializzata e già formalizzata.

La presa in carico dell'assistito

La presa in carico dell'assistito avviene attraverso una valutazione multi - professionale e, in presenza di bisogni di diversa natura, è anche multidimensionale con attivazione della Unità di Valutazione Integrata (UVI) distrettuale e successiva stesura del percorso assistenziale individuale. Un piano di cura individuale, oltre a pianificare le attività, prevede una valutazione evolutiva dei relativi esiti da intendere come insieme dei risultati intermedi e finali, utilizzando degli indicatori che siano in grado di esaminare lo stato di salute globale della persona. Nei casi in cui non sia possibile attivare l'ADI, per mancanza della rete socio -familiare e/o per inidoneità dell'abitazione, l'assistito viene ospitato presso le diverse tipologie di strutture semi residenziali o residenziali pubbliche o accreditate in relazione alla specificità del bisogno presentato. Qualunque sia la tipologia di cura attivata è essenziale che il sistema assicuri l'equità di accesso, attraverso la Porta Unitaria di Accesso (PUA) distrettuale. L'intero processo di presa in carico dell'assistito si integrerà con il nuovo sistema dell'assistenza territoriale previsto dal PNRR, attraverso la interoperabilità delle strutture previste dalla programmazione aziendale.

La rete oncologica regionale

I Distretti Sanitari partecipano alla Rete Oncologica Regionale tra i centri di primo livello assistenziale, con funzioni di screening e diagnostico – stadiativo, attraverso i Medici di Medicina Generale.

L'offerta assistenziale integra quella erogata anche dai Presidi Ospedalieri delle AA. SS. LL. ed attiene alle indagini di screening oncologico ed attività ambulatoriali, laddove presenti, eroganti prestazioni previste nei



PDTA oncologici patologia specifici, così come richieste nel Piano di Cura stabilito dai Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM) che hanno effettuato la presa in carico del paziente affetto da neoplasia, previsti nell'apposito DCA "Rete Oncologica Regionale". Nell'ambito della Rete Oncologica nel rispetto degli specifici ambiti di competenza, rientrano anche gli Hospice e Ambulatori di Terapia del Dolore, per la cui definizione ed organizzazione si rimanda alla Rete di Terapia del Dolore della Regione Campania istituita con Decreto del Commissario ad acta n.22 del 10/03/2015, con riferimento alla Legge 38/2010. In ossequio al DCA 83/2019, l'Azienda ha già costituito una rete oncologica funzionale integrata e coordinata dei servizi sul territorio, che si vanno ad integrare con le reti istituite a livello regionale per le principali patologie oncologiche.

Screening Oncologici

La Asl partecipa al programma regionale screening oncologici di prevenzione del ca mammella, colon retto e cervice, attraverso la promozione dei programmi di screening a livello locale, assicurando le risorse necessarie per la loro attuazione, l'informazione e la sensibilizzazione della popolazione di riferimento e la gestione/valutazione dei programmi stessi aderendo agli applicativi regionali previsti. Nell'ottica del superamento di alcune criticità dei programmi di screening, peraltro comuni alle altre aziende del SSR ed in parte determinati dall'emergenza pandemica, l'Azienda intende potenziare e migliorare l'offerta nell'ambito dei programmi attraverso il maggiore coinvolgimento dei medici di medicina generale, la riorganizzazione dei centri distrettuali ed ospedalieri deputati alle indagini di 1 e 2 livello, l'attività formativa per gli operatori.

L'Area dell'assistenza socio-sanitaria

Ricomprende i servizi per la disabilità, per le non autosufficienze, per i malati terminali e cure palliative, per le cure domiciliari integrate, per i disturbi del neurosviluppo e neuropsichiatrici dell'età evolutiva e servizi di psicologia clinica. Essi sono sotto la responsabilità organizzativa e gestionale dei servizi Socio Sanitari distrettuali; questi fanno riferimento alla UOC Coordinamento Socio Sanitario.

La disabilità

L'offerta territoriale di assistenza sanitaria e sociosanitaria per disabili è attualmente articolata in:

- attività di riabilitazione estensiva per disabilità complesse in regime residenziale, semi residenziale, ambulatoriale e domiciliare;
- attività residenziale e semi residenziale in "Residenze Sanitarie Assistenziali per disabili non autosufficienti/ Centri Diurni Integrati", che erogano prestazioni di lungo - assistenza e di mantenimento;
- cure domiciliari integrate (ADI).

Finora in Campania, le prestazioni di riabilitazione erogate, hanno rappresentato non solo una risposta ai bisogni sanitari/riabilitativi della popolazione disabile ma hanno anche svolto una funzione di sussidiarietà,



determinando situazioni di poca chiarezza negli obiettivi dei diversi livelli assistenziali, delle strutture e degli stessi programmi riabilitativi. Al fine di colmare le lacune nel sistema di offerta, la Regione Campania sta perciò provvedendo alla riqualificazione ed al potenziamento dei servizi di assistenza distrettuale e territoriale, nell'ottica del complessivo riequilibrio tra l'offerta territoriale e quella ospedaliera dei livelli assistenziali residenziali e semi residenziali e della ridefinizione dei livelli assistenziali ed organizzativi degli interventi a favore delle persone con disabilità.

La presa in carico dei soggetti disabili in età evolutiva

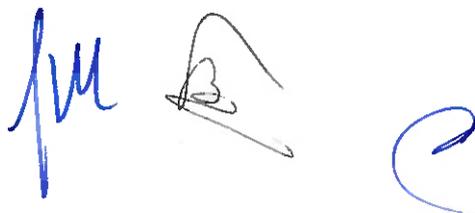
In età evolutiva, la peculiarità della disabilità sta nel fatto che gli esiti dell'evento interagiscono con la dinamica dello sviluppo fisico, psichico e sociale del minore, determinando una cascata di possibili effetti negativi. I campi che vengono chiamati in causa si estendono anche alle tematiche dell'istruzione e hanno implicazioni sociali. Questi aspetti sono tuttavia essenziali se si mira ad un recupero che presuma una possibilità di integrazione sociale. Il quadro diagnostico - prognostico del soggetto in età evolutiva deve indicare:

- ciò che non si è sviluppato;
- ciò che manca perché tale sviluppo abbia luogo;
- che cosa deve essere provato per poter affermare che, anche in condizioni ottimali, lo sviluppo in questione non può aver luogo.

La riabilitazione partecipa in modo assai stretto ai processi di apprendimento, di sviluppo, di crescita. Abilitare in questo ambito significa promuovere, facilitare lo sviluppo senso - motorio, cognitivo, affettivo-relazionale del bambino in stretta collaborazione con gli operatori scolastici e la famiglia. Rivolgendosi al bambino, il processo riabilitativo, assume una connotazione multidisciplinare e non esclusivamente sanitaria, perché nel processo riabilitativo viene coinvolta anche la famiglia e si tiene conto del contesto ambientale e sociale relazionale del bambino. Con il presente piano, si vuole programmare una riqualificazione dell'offerta assistenziale residenziale, prevedendo la ridefinizione dei livelli assistenziali ed organizzativi degli interventi a favore delle persone con disabilità in età evolutiva con necessità di trattamenti terapeutico - riabilitativi nonché per minori affetti da disturbi dello spettro autistico e/o disturbi della sfera cognitiva e relazionale.

PRI: Progetto Riabilitativo Individuale

La presa in carico riabilitativa precoce coincide con il diritto dell'individuo a ricevere una valutazione diagnostico -prognostica al fine di individuare il percorso riabilitativo più idoneo ed efficiente e gli interventi più appropriati sulla base di un progetto riabilitativo individuale che tiene conto della valutazione clinica, della prognosi funzionale, del margine di modificabilità del quadro di menomazione e disabilità, del grado di stabilità clinica del paziente e della sua possibile partecipazione al programma. Il primo strumento di continuità della presa in carico riabilitativa è dato dal Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), elaborato con



i parametri di menomazione, limitazione di attività e restrizione di partecipazione sociale elencati nell'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Gli elementi fondamentali dell'ICF sono tre: strutture e attività corporee, funzionamento, abilità e partecipazione e danno la possibilità di sintetizzare gli aspetti individuali, relazionali e ambientali, permettono una valutazione multidimensionale della persona e la definizione individuale degli obiettivi da raggiungere tramite il Progetto Riabilitativo. Durante il percorso vengono generati specifici output che risultano essere indicatori delle diverse fasi e settori e permettono di apportare eventuali modifiche del processo stesso. Una fase determinante per la continuità della presa in carico riabilitativa è rappresentata dalla dimissione del paziente dall'ospedale. Deve essere garantita la realizzazione di un'attenta valutazione del bisogno riabilitativo e/o clinico - assistenziale della persona e delle operazioni necessarie, anche dal punto di vista gestionale, organizzativo e informativo, per un appropriato trasferimento verso un altro ambiente di cura o al domicilio. A tal fine risulta indispensabile il raccordo tempestivo con il distretto di residenza del paziente al fine di consentire la presa in carico territoriale già in fase di ricovero ospedaliero.

UVBR Integrata ospedale – territorio

La U.V.B.R. integrata ospedale - territorio si caratterizza per la sua flessibilità; al fine di perseguire maggiori economie di scala, fa capo alla Struttura Centrale di Riabilitazione o al Distretto Sanitario ed ha competenza sovra - distrettuale operando presso più presidi ospedalieri della stessa Azienda.

La stessa individua i seguenti ambiti prioritari di intervento:

- le UU.OO. di Ortopedia e Traumatologia;
- le UU. OO di Rianimazione;
- le UU. OO di Neurologia;
- le UU. OO di Bronco – Pneumologia;
- le UU. OO di Cardiologia.

Attraverso la costituzione della U.V.B.R. integrata ospedale – territorio si realizza:

- l'integrazione e continuità tra le strutture per acuti e quelle di riabilitazione ospedaliere ed extra-ospedaliere accreditate (ex codici 56 e 60, ex art. 26 - residenziale, semi residenziale, ambulatoriale e domiciliare);
- l'individuazione precoce dell'ambiente assistenziale più appropriato al bisogno di salute del singolo paziente il quale riceve il progetto terapeutico - riabilitativo individuale prima della dimissione dal reparto per acuti;
- l'attivazione, ogni qualvolta possibile e in alternativa alle strutture di riabilitazione, dell'assistenza domiciliare o l'avvio del paziente ad un percorso socio-sanitario;
- la presa in carico territoriale dell'assistito senza che vi sia alcuna soluzione di continuità e l'impiego del PAI-PRI e suo monitoraggio/evoluzione in funzione dei bisogni dell'assistito.

Diventa quindi rilevante implementare quanto già realizzato dall'Azienda nell'ambito dell'UVBR integrata



ospedale - territorio.

La non autosufficienza

Secondo gli ultimi riferimenti programmatori del Ministero della Salute, la non autosufficienza può essere definita quale fenomeno che può interessare varie categorie di soggetti, anziani, minori, adulti con gravi limitazioni delle capacità e delle funzioni, soggetti affetti da patologie cronico-degenerative, soggetti affetti da demenze, disabili adulti e minori in condizione di disabilità stabilizzata con perdita parziale o totale della autonomia e della autosufficienza ai quali si riconducono anche soggetti affetti da stati vegetativi e di minima coscienza, soggetti affetti da malattie neuro degenerative.

Considerando la non autosufficienza quale elemento trasversale e di diversa etiologia, appare utile la modalità di valutazione della non autosufficienza attraverso i tre assi che la compongono:

- salute (patologie cronicizzate);
- assetto funzionale (autonomia);
- assetto sociale (aiuti familiari e informali, etc.)

Questo approccio ci consente di affinare tutti gli strumenti per la corretta individuazione delle aree e degli assi che compongono la non autosufficienza.

Percorsi integrati e strumenti di attuazione

Alle persone non autosufficienti deve essere garantito:

- l'universalità dell'accesso, attraverso la rete dei servizi territoriali sociali e sanitari in grado di accogliere la domanda sociale e di accompagnarla verso la definizione del percorso personalizzato integrato;
- l'integrazione delle politiche sanitarie e sociali, attraverso la presa in carico e la valutazione multidimensionale della persona non autosufficiente;
- la progettualità personalizzata e partecipata.

I percorsi di presa in carico, si realizzano attraverso la Porta Unica di Accesso che insieme all' Unità di Valutazione Integrata, sono stati riconosciuti quali strumenti per conseguire l'integrazione socio – sanitaria. È obiettivo del Direttore Generale, attraverso i Direttori di Distretto, implementare ulteriormente le attività di PUA e UVI. Anche in questo caso, la valutazione deve condurre alla redazione di un Piano di Assistenza Individualizzato (P.A.I), in modo da costruire intorno al paziente portatore di bisogni complessi, una rete di servizi capace di offrire la risposta adeguata.

La domiciliarità

Le Cure Domiciliari che il sistema sanitario deve garantire sono “*percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita*”,



sono garantite a tutte le persone, adulti e minori non autosufficienti o in condizioni di fragilità, con patologie in atto o con esiti di patologie. Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale, che consentano la “presa in carico” della persona e la definizione di un “Progetto di assistenza individuale” (PAI) o di un “Progetto Riabilitativo Individuale” (PRI). L’ Azienda deve assicurare la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l’assistenza territoriale a domicilio e tra le diverse strutture assistenziali territoriali nell’ottica della garanzia del continuum assistenziale. In nessun caso l’erogazione delle Cure Domiciliari, potrà avvenire al di fuori della compiuta valutazione distrettuale, multidisciplinare e multidimensionale, mediante gli strumenti operativi PUA e UVI e grazie alla riorganizzazione dell’assistenza territoriale, viene valorizzato sia il ruolo ricoperto dal Medico di Medicina Generale (MMG) e dal Pediatra di Libera Scelta (PLS) che il ruolo rivestito dalle famiglie, dalle reti parentali e dal volontariato.

Le Cure Palliative Domiciliari

Le Cure Palliative Domiciliari sono garantite dal servizio sanitario nell’ambito della Rete di cure palliative a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Le cure sono erogate dalle Unità di Cure Palliative (UCP) o dall’Unità operativa di cure domiciliari che svolge tale funzione sulla base di protocolli formalizzati nell’ambito della Rete e sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci inclusi nel Prontuario Regionale e dei dispositivi medici, nonché dei preparati per nutrizione artificiale attraverso l’ unità NAD , da aiuto infermieristico, assistenza tutelare e sostegno spirituale. Le cure domiciliari palliative richiedono, nell’ambito di una apposita U.V.I., la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e dei familiari e la definizione di un “Progetto di assistenza individuale” (PAI), sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale. Per tali aspetti vale quanto definito per le cure domiciliari integrate.

Nell’ambito dell’area della domiciliarità risulta cruciale rafforzare l’organizzazione aziendale al fine di semplificare le procedure di accesso e presa in carico e favorire la tempestività ed appropriatezza della presa in carico. In Azienda dovrà essere previsto un chiaro e unico riferimento che in armonia e coerenza con il referente aziendale di cure palliative redigerà ed attuerà il piano esecutivo per lo sviluppo e l’implementazione delle cure domiciliari.

La residenzialità

Offerta residenziale e semi residenziale

L’attuale offerta residenziale e semi residenziale disciplinata e programmata a livello provinciale per gli adulti non autosufficienti prevede soltanto le Residenze Sanitarie Assistite, anche con modulo demenze, e centri



Diurni anche per demenze.

Si tratta di un tipo di offerta che anche se in incremento ancora non copre tutte le aree e i livelli di bisogno assistenziale.

Per soggetti adulti non autosufficienti nel territorio di competenza si presenta come segue:

- a) assistenza residenziale intensiva a persone adulte non autosufficienti ad elevato impegno sanitario erogata nelle "Unità di cure residenziali intensive (R1)" = che assorbe in parte le strutture per stati vegetativi e minima coscienza SUAP, tipologia classificabile anch'essa come R1;
- b) assistenza residenziale estensiva a persone non autosufficienti ad elevato impegno sanitario erogata nelle "Unità di Cure Residenziali Estensive (R2)";
- c) assistenza residenziale di lungo assistenza/mantenimento erogata dalle "Unità di Cure Residenziali di lungo assistenza/mantenimento (R3), attuali RSA anziani ad alto e medio carico;
- d) assistenza residenziale estensiva a persone affette da demenze erogata nelle "Unità di cure residenziali per demenze (R2D)" attuale nucleo demenze delle attuali RSA anziani;
- e) assistenza residenziale ad adulti affetti da disturbi dello spettro autistico con particolari bisogni assistenziali;
- f) assistenza semi residenziale a persone affette da demenza erogata nelle "Unità di Cure Semi residenziali per demenze (SRD)" attuali centri diurni per soggetti affetti da demenze;
- g) assistenza semi residenziale di lungo assistenza/mantenimento erogata dalle "Unità di Cure Semi residenziali di Mantenimento (SR.) attuali Centri Diurni sociosanitari.

Il sistema di presa in carico territoriale è portato a compimento anche mediante il rafforzamento dell'offerta di tipo ambulatoriale specialistica soprattutto per le patologie ad alta complessità e cronico degenerative per le quali si richiede una modularità di interventi e una differenziazione della risposta in relazione alle diverse fasi della malattia.

Nell'Azienda, oltre alla RSA per anziani sita nel Comune di Nusco di 48 p.l., in corso di riconversione in R3, n.40 p.l. ed R2D n.8 p.l. e CDCD ed al Centro Alzheimer di Avellino, che opera all'interno del Distretto di Avellino, con valenza interdistrettuale, sono attive la RSA Riabilitativa n. 20 p.l. e la SUAP di 10 posti letto presso la SPS di Bisaccia.

Un focus particolare è rivolto ai disturbi cognitivi e demenze per i quali è in atto un piano di riorganizzazione in Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze CDCD, in relazione a specifici requisiti organizzativi ed assistenziali.

Area della prevenzione

All'interno dell'Azienda, il livello della Prevenzione è garantito dal Dipartimento di Prevenzione, un Dipartimento di tipo strutturale, garante di tutte le azioni in materia di salute collettiva, esercitate attraverso la promozione della salute, anche attraverso il sistema delle vaccinazioni, l'analisi epidemiologica di



popolazione, la prevenzione delle malattie cronico - degenerative, la programmazione delle azioni di screening quale livello di prevenzione secondaria, la programmazione per la prevenzione delle disabilità quale livello di prevenzione terziaria. L'area di intervento del Dipartimento di Prevenzione è molto estesa, interessando la Sanità Pubblica ad ogni livello e in più macro - aree che esercitano la propria funzione sul territorio anche mediante Unità Operative Territoriali. Come per le altre articolazioni dipartimentali, anche il Dipartimento di Prevenzione è tenuto a raccordarsi funzionalmente con i Distretti Sanitari per i rispettivi territori e con gli altri Dipartimenti.

Area Salute Mentale e Dipendenze

Nel presente Piano vengono promosse e indicate le politiche regionali di Salute Mentale improntate all'ottica di salute pubblica, per tutte le fasce di età, nella qualificazione delle attività rispetto ai LEA: cardini operativi devono essere la continuità degli interventi, la personalizzazione dei percorsi di cura e di assistenza, il rispetto dei diritti umani e civili delle persone con sofferenza psichica e con disturbi mentali.

Sono obiettivi della Salute Mentale:

- promozione e tutela della salute mentale nell'intero ciclo di vita;
- attività di prevenzione dei disturbi mentali anche attraverso l'individuazione precoce di situazioni di rischio e di disagio e l'attivazione di idonei interventi;
- costruzione attiva di progetti terapeutico-riabilitativi per le persone di ogni età sofferenti di disturbi mentali, garantendo per tutti, nessuno escluso, la salvaguardia e/o la restituzione dei diritti di cittadinanza.
- incentivazione del sostegno abitativo domiciliare, di forme concrete di inclusione sociale e di esercizio del diritto al lavoro per i fruitori dei servizi del Dipartimento
- partecipazione ad azioni integrate tra servizi socio-sanitari ed Enti Locali all'interno dei Piani di Zona e dei Piani per la Salute
- azioni di lotta allo stigma e al pregiudizio e azioni di contrasto ai fenomeni di emarginazione degli utenti.

Afferisce al Dipartimento anche l'Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile che coordina, inoltre, il Centro diurno per l'Autismo di S. Angelo dei Lombardi:

La salute mentale in età adulta

Il piano di riferimento, rimane il PANSM, Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale, che individua con chiarezza aree di bisogno prioritarie e delinea percorsi di cura, definendone obiettivi, azioni, attori, criteri e indicatori di verifica e di valutazione.

Obiettivi individuati per la tutela della salute mentale in età adulta:

- percorsi clinici territoriali differenziati
- identificazione e intervento precoce dei disturbi psichici gravi in fase di esordio e programmi preventivi integrati con la NPPIA nella fascia di età 15 - 21 anni
- prevenzione del suicidio e del tentato suicidio, in particolare sui pazienti diagnosticati per disturbo



- dell'umore;
- miglioramento del trattamento dei disturbi borderline di personalità;
 - miglioramento del trattamento dei disturbi psichici "comuni";
 - miglioramento del trattamento dei disturbi del comportamento alimentare;
 - miglioramento del trattamento dei disturbi psichici correlati alla patologia somatica e all'invecchiamento;
 - promozione della salute fisica del paziente psichiatrico;
 - differenziazione dell'offerta psichiatrica ospedaliera;
 - differenziazione dell'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa;
 - prevenzione e lotta allo stigma.

I Programmi Terapeutico Riabilitativi e Socio Riabilitativi in Salute Mentale

Le problematiche di inserimento e riconoscimento sociale delle persone con disturbo mentale implicano la necessità di servizi strategie di assistenza sociosanitaria.

Tali strategie, si traducono in programmi terapeutico riabilitativi e socio riabilitativi personalizzati e sono gestiti da équipe multi professionali in collaborazione con la persona e la famiglia. Possono essere realizzati nei luoghi di vita, in ambienti formativi e di lavoro, e di ogni altro laboratorio o contesto sociale che ne permetta l'inserimento futuro. Tali piani si pongono anche a complemento dei programmi di residenzialità sanitaria e sociosanitaria.

La Residenzialità Psichiatrica

L'attuale disciplina di riferimento per le strutture sanitarie e sociosanitarie in favore dei cittadini adulti con disagio psichico privilegia le strutture residenziali di piccole dimensioni, radicate nel territorio per favorire l'integrazione sociale e ambientale e finalizzate a seguire il paziente lungo il percorso evolutivo della patologia nei suoi diversi gradi e livelli di intensità, anche attraverso una successiva revisione e valutazione dei fabbisogni. L'Azienda ha attivato due SIR a carattere estensivo, una presso la SPS di Bisaccia, di n. 18 p.l. e l'altra nel Comune di S. Nicola Baronia, di n.10 p.l., al fine di rafforzare l'assistenza riabilitativa post acuzie per questi pazienti.

L'offerta socio - sanitaria, disciplinata congiuntamente dal settore Sanità e Politiche Sociali della Regione con la DGRC n. 666/2011 e recepita con DCA n. 41/2012 per la parte sanitaria, si articola in strutture residenziali denominate "Comunità Alloggio" che erogano attività volte a favorire il completamento del percorso terapeutico teso a raggiungere un soddisfacente grado di autonomia, anche necessario ad una eventuale successiva collocazione in strutture sociali. L'implementazione di questo sistema di offerta di strutture è tutt'ora in corso, presentando non poche criticità, in corso di superamento, il cui duplice obiettivo è l'appropriatezza degli interventi e il contenimento della spesa.



L' Emergenza Psichiatrica

Già il Piano Sanitario Regionale 2011 - 2013 ha ampiamente previsto di dare impulso alla riorganizzazione della gestione dell'emergenza psichiatrica sottolineando la necessità di evitare modelli duplicati di intervento e, soprattutto, di garantire gli stessi diritti e livelli di assistenza sanitaria in condizioni di emergenza/urgenza anche ai cittadini affetti da disturbi mentali. Quanto contenuto nel suddetto piano sanitario regionale ha trovato ampio riscontro nel D.M. 70/2015. Gli operatori del servizio SIREs-118, titolari dell'intervento di emergenza, durante l'orario di apertura dei Servizi per la Salute Mentale, ove lo ritengano opportuno, richiedono consulenze psichiatriche per i pazienti non in carico alla UOSM territoriale, in osservanza del protocollo di intesa con il DSM..

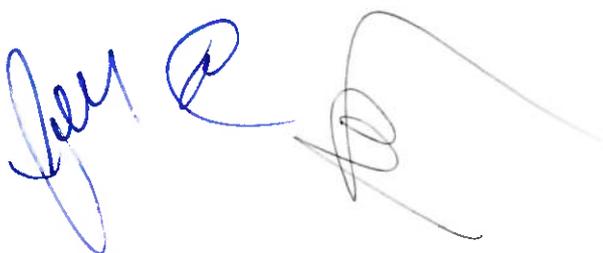
Inoltre, al fine di non creare una ospedalizzazione sistematica nei pazienti oggetto di episodi critici, l'ASL può individuare all'interno delle UOSM modelli di gestione territoriale delle situazioni di crisi, anche in H24 che non necessitano di ricovero in SPDC, a titolo sperimentale.

La Salute Mentale in Area Penale

Il modello implementato per l'assistenza dei cittadini detenuti con problemi di salute mentale per la ASL Avellino, nel cui territorio di competenza insistono 4 Istituti penitenziari, è il medesimo di quello dei servizi territoriali. Si garantisce la presa in carico multidisciplinare con l'elaborazione di un progetto terapeutico personalizzato ed il costante contatto con il DSM di competenza territoriale. La Regione Campania ha realizzato un programma di superamento e chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Sono state individuate le articolazioni per la salute mentale in carcere presso alcuni istituti penitenziari della regione e due Residenze per l'Esecuzione di Misure di Sicurezza (REMS) per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive, una delle quali presso la nostra ASL (REMS S. Nicola Baronia). Il DSM è responsabile dell'elaborazione dei piani terapeutico-riabilitativi personalizzati (PTRP) per tutti i cittadini afferenti al proprio territorio sottoposti a misura di sicurezza detentiva o non detentiva. Mantiene una funzione esclusiva di cura e riabilitazione di cittadini affetti da disturbi mentali ed autori di reato con l'obiettivo del reinserimento sociale e della lotta allo stigma.

DCA: Disturbi del Comportamento Alimentare

In Campania, è stata sviluppata una qualificata attività di promozione della salute, in collaborazione tra ASL e Istituzioni Scolastiche; il Servizio Sanitario Regionale è prevalentemente attrezzato ad affrontare le fasi acute dei DCA in regime di ricovero ordinario nelle strutture psichiatriche e nei centri pilota di alta specializzazione, mentre sono carenti le specifiche strutture terapeutico – riabilitative residenziali e semi residenziali in alternativa ai reparti di psichiatria, in cui i pazienti possano essere assistiti in maniera integrata e senza gli effetti stigmatizzanti dell'esperienza del ricovero psichiatrico. La ASL Avellino dispone della UOSD Centro Disturbi Alimentari afferente al DSM.



La rete di Assistenza e il Coordinamento Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare

Considerata l'età di avvio sempre più precoce di questo tipo di disturbi, la rete assistenziale deve necessariamente prevedere il coinvolgimento e il raccordo con i servizi di NPIA e coordinarsi con il Centro Pilota Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare di Psichiatria della SUN. I Dipartimenti di Prevenzione, i Distretti Sanitari con il coinvolgimento e la partecipazione delle scuole, sia di 1° che di 2° grado, sono impegnati nell'attività di promozione di sani stili di vita e di una corretta alimentazione. I MMG e/o i PLS, quali nodi della rete di assistenza, rappresentano le sentinelle territoriali deputate alla individuazione precoce dei casi a rischio per i quali è necessario prevedere un approfondimento diagnostico nell'ambito di un ambulatorio dedicato della Salute Mentale competente per territorio. L'ambulatorio dedicato, oltre all'attività di approfondimento diagnostico e di gestione clinico-terapeutica dei casi che non richiedono trattamenti intensivi, costituisce punto di snodo verso il successivo livello di cura rappresentato dal trattamento in regime di day-hospital o di ricovero ordinario che viene attivato in tutte le situazioni di consistente gravità per problematiche sia internistiche che psichiatriche.

Area dei minori con disturbi neuropsichiatrici.

Come previsto dal Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM), la promozione e la tutela della salute mentale in età evolutiva deve mettere al centro il minore nel suo contesto naturale di vita familiare, educativo e socioculturale e rappresenta pertanto una priorità che deve essere oggetto di investimenti mirati e di risposte appropriate. In questo ambito, le attività di prevenzione, diagnosi, cura e abilitazione devono essere assicurate in ogni Azienda Sanitaria Locale dai Servizi di Neuropsichiatria Infantile (NPI) nella fascia di età 0-18 anni. Per superare l'attuale frammentazione degli interventi per i disturbi neuropsichiatrici dell'età evolutiva e per garantire il principio della continuità terapeutica, l'ASL deve assicurare l'esercizio unitario e omogeneo di programmi uniformi e appropriati di cura e di assistenza per i minori con problematiche neuropsichiatriche o con disabilità. Omogeneità ed uniformità si realizzano attraverso la costituzione di Nuclei di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (N.N.P.I.A.) a competenza distrettuale o pluri-distrettuale, con un bacino di popolazione di riferimento non superiore ai 200.000 abitanti. Nella ASL di Avellino è già garantita la presenza di una Unità complessa di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza, struttura operativa di coordinamento e di indirizzo in NPIA, in supporto alla Direzione Strategica. La Struttura garantisce le seguenti funzioni, anche attraverso gli strumenti distrettuali di integrazione P.U.A e U.V.I.:

- prevenzione, diagnosi, e cura delle patologie neurologiche, dei disturbi dello sviluppo affettivo e relazionale, delle patologie della sfera cognitiva e dei disturbi neuropsicologici;
- presa in carico terapeutica e riabilitativa, dei soggetti in età evolutiva: nell'ambito del programma terapeutico e assistenziale garantiscono direttamente la prescrizione e il monitoraggio di terapia farmacologica, le prestazioni di psicoterapia e riabilitative, compatibilmente con la complessità del caso e



con l'organizzazione del servizio;

- valutazione del bisogno riabilitativo ed elaborazione definizione del progetto di presa in carico globale individualizzato della persona con definizione di programmi terapeutici, abilitativi, riabilitativi e socio-riabilitativi, attuazione, monitoraggio degli interventi e valutazione dei risultati, in raccordo con la U.O. di Riabilitazione del Distretto, secondo modalità proprie dell'approccio integrato e nella strategia della continuità terapeutica;
- integrazione scolastica degli alunni disabili ai sensi della normativa vigente (Diagnosi Funzionale, Profilo Dinamico Funzionale, PEI, partecipazione ai GLH);
- partecipazione alla Valutazione Integrata per l'accesso ai servizi sociosanitari, e per l'elaborazione del PAI (Piano Assistenziale Individuale);
- formazione e informazione alla famiglia e all'ambiente sociale del minore per una efficace gestione delle sue problematiche;
- integrazione operativa con le UOSM e UO Riabilitazione dell'età adulta per garantire la transizione e la continuità dei percorsi assistenziali, al compimento del 18° anno di età dei soggetti con disturbi psichiatrici e disabilità neuropsichiatriche.

I Disturbi dello Spettro Autistico

I disturbi dello spettro autistico sono disturbi cronici che necessitano di interventi sociosanitari complessi ed integrati nei quali il percorso personalizzato per ogni singolo soggetto in età evolutiva ed ogni situazione familiare deve essere effettuato in una rete adeguatamente organizzata nella quale devono essere collocate le differenti strutture sanitarie, sociali ed educative che concorrono al trattamento.

Il progetto di vita della persona autistica elaborato dall' ASL di Avellino segue un modello metodologico-operativo, definito "sistema curante" che prevede una collaborazione costruttiva e competente tra le diverse forze che interagiscono attorno al soggetto autistico: il sistema sanitario (Neuropsichiatria Infantile in rete con altri servizi quali Pediatria di Famiglia e di Comunità, Servizi Ospedalieri etc), integrato con il sistema d'interventi sociali, il sistema scolastico e la famiglia.

Elementi cardine del progetto sono:

- formazione continua degli operatori dei NNPIA, dei pediatri LS ed ospedalieri, degli insegnanti di scuola materna. Diagnosi precoce. Valutazione funzionale;
- progetto e programma terapeutico/abilitativi sulla base delle più recenti evidenze scientifiche ;
- ruolo attivo e determinante della famiglia nella elaborazione e realizzazione del progetto di vita della persona con disturbo dello spettro autistico;
- raccordo con il sistema integrato dei servizi socio-sanitari scolastici e lavorativi per la persona con disturbo dello spettro autistico;
- offerta adeguata alle esigenze dei pazienti ad esempio attraverso il Centro Semi residenziale di S. Angelo



dei Lombardi articolato nei moduli: A) Adolescenti 10 posti; B) Giovani adulti 20 posti.

- Cura della transizione adolescenza età adulta.

La UOC Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza assicura la gestione ed il coordinamento del progetto di vita della persona autistica sull'intero territorio aziendale.

L'Area delle dipendenze

I servizi pubblici per le dipendenze patologiche del Sistema Sanitario Regionale Ser.D, gestiscono le attività di prevenzione primaria, cura, prevenzione patologie correlate, riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo dei pazienti, in collaborazione e sinergia con il privato accreditato, enti ed istituzioni, autorità giudiziaria compreso tribunali minori e volontariato. La complessità del fenomeno della dipendenza patologia, che non è più legato esclusivamente sull'uso delle sostanze, assume attualmente maggiore rilevanza in riferimento agli altri comportamenti che inducono dipendenza senza alcun uso di sostanza, come il gioco d'azzardo, internet, shopping compulsivo, etc.

Nella ASL Avellino il servizio coordinato ed organizzato dalla UOC Ser.D, afferente al DSM, si articola in 2 strutture territoriali: una con sede in Avellino e l'altra con sede in Grottaminarda.

I SerD dispongono di una propria dotazione organica comprendente diverse figure professionali qualificate e specializzate: medici, psicologi, assistenti sociali, educatori, infermieri, amministrativi, ed altro personale di supporto, spesso operativi in équipe multidisciplinare.

Da oltre un decennio si è rafforzata la dinamica di orientare gli interventi e l'attenzione non più sulle sostanze e sulle modalità di utilizzo, bensì, sugli stili di vita della popolazione. Tutto ciò ha permesso di strutturare le attività della ASL in questo ambito potenziando gli interventi di prevenzione su tutto il territorio di competenza. Da diversi anni si assiste all'introduzione di nuove modalità di assunzione ed all'utilizzo di sostanze chimiche nuove, il tutto fortemente associato all'emergere di nuove culture e di nuovi modelli comportamentali. Una grave conseguenza è stata la crescita esponenziale della patologia psichiatrica correlata alla tossicodipendenza aggravata ancor più da un contemporaneo abuso di alcol e psicofarmaci. Non di meno è il dilagare del gioco d'azzardo patologico (GAP) e di altre dipendenze derivanti dall'uso incongruo della tecnologia digitale (internet, video games, ecc.). Anche per le condotte su evidenziate gli operatori dei Ser.D hanno strutturato orientamenti specifici di intervento, adottando nuove strategie di interventi (gruppi auto-mutuo - aiuto, collaborazione con Tribunali, amministratori di sostegno, ecc.).

Il Ser.D intende favorire la legittimazione del soggetto mediante una riappropriazione della sua identità personale e sociale, come "persona" all'interno del suo contesto familiare e socio-ambientale.

Da questo modello nasce una operatività che si realizza attraverso una duplice dimensione: quella interna al Servizio e quella esterna estesa al territorio di competenza nel suo complesso.

La dimensione interna riguarda sia il rapporto terapeutico con il paziente o la famiglia (o altre categorie interessate) che il rapporto fra gli operatori. In concreto si svolge attraverso una sequenza di azioni tese

all'accoglienza della persona, all'ascolto, alla decodifica della domanda di aiuto.

La dimensione esterna si sostanzia attraverso la forte tradizione di lavoro di rete e di integrazione socio-sanitaria legittimato, anche, dalla legge quadro sui servizi sociali 4 Legge n. 328 del 8 novembre 2000: legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Area delle cure palliative e fine vita

Le cure palliative, sono rivolte a soggetti affetti da qualunque patologia evolutiva ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita, durante tutto il decorso della malattia, per ogni età ed in ogni luogo di cura.

I piani di assistenza e di presa in carico devono coinvolgere in modo integrato tutte le risorse disponibili sul territorio, comprese le organizzazioni non-profit ed il settore sociale degli Enti Locali, essi sono realizzati da équipe multi-professionali con personale dedicato di tale équipe è parte integrante il medico di medicina generale. Lungo l'intero percorso viene adottato il modello della presa in carico globale al fine di combattere il dolore "inutile" e la sofferenza che ne deriva fornendo alla persona malata e all'intero nucleo familiare un adeguato sostegno psicologico, sociale e culturale, indispensabile nella fase di fine vita e di elaborazione del lutto.

Luogo privilegiato di intervento è costituito dall'abitazione del paziente che quando non può più essere assistito presso il proprio domicilio, nei casi in cui è necessario alleggerire temporaneamente la famiglia dal carico sostenuto (ricovero di sollievo), viene ospitato dal Centro residenziale per le cure palliative. In questo ambito operano équipe distrettuali di cure palliative che garantiscono ed assicurano l'assistenza di tipo domiciliare ed assicurano la presa in carico dell'utente da parte della rete di assistenza, che si avvale, a livello provinciale, inoltre, delle strutture ospedaliere ed ambulatoriali.

L'ASL di Avellino ha realizzato due Centri per le Cure Palliative - Hospice presso i Comuni di Bisaccia e Solofra ed ha così raggiunto la saturazione del valore programmato di posti letto dedicati agli adulti.

Si impegna inoltre ad istituire il coordinamento della rete aziendale delle cure palliative e terapia del dolore previsto ed attivare i Day Hospice previsti in ognuna delle strutture attive.

Area medicina legale

L'Area Medicina Legale ha il compito di assicurare il governo tecnico ed il corretto svolgimento delle attività certificative medico-legali, sia collegiali sia individuali riportando ad unitarietà la loro gestione, realizzando il più efficace ed efficiente impiego delle risorse. Fornisce consulenza alla Direzione Sanitaria delle ASL e a tutti gli operatori sanitari per le problematiche con risvolti medico-legali in tutti gli ambiti. La Medicina Legale territoriale può essere di supporto alle Direzioni Sanitarie di Presidio delle ASL in particolare sul tema relativo all'acquisizione del consenso informato, alla tenuta delle cartelle cliniche e della documentazione



sanitaria e alla responsabilità professionale sanitaria. L'Area della Medicina Legale negli ultimi anni ha subito, una forte contrazione di attività con il passaggio sperimentale all'INPS delle attività di valutazione relative ai percorsi di invalidità civile, handicap, collocamento mirato al lavoro delle persone disabili, ecc. e di tutto quanto correlato, nonché per le attività di Medicina Fiscale per la necessaria corresponsione economica di quanto dovuto dagli Enti richiedenti, in tempi di Spending Review. Nella ALS di Avellino è operativa la UOS Medicina Legale afferente al Dipartimento di Prevenzione. Alle attuali funzioni si aggiungono nuove funzioni quali la consulenza a varie UU.OO. per la Gestione del Rischio correlato alle attività sanitarie, nella gestione del contenzioso extragiudiziale e giudiziale per le strutture del SSR. Ogni Azienda dispone inoltre l'istituzione di un Collegio Medico-Legale per la Medicina Valutativa.

La sanità penitenziaria

Con il D.lgs. n 230/1999 e a partire dal D.P.C.M 1 aprile 2008, le funzioni di Sanità Penitenziaria, sono state trasferite ai Servizi Sanitari delle Regioni: queste ultime ne assicurano l'espletamento tramite le Aziende Sanitarie nel cui ambito territoriale sono ubicati gli Istituti Penitenziari, rendendo, di fatto, l'assistenza sanitaria alla popolazione detenuta e gli spazi negli Istituti dedicati ad essa, un ambito sanitario a tutti gli effetti, soggetto quindi alle leggi e ai regolamenti propri del Servizio Sanitario Nazionale e dei Servizi Sanitari Regionali.

L'indicazione programmatica prevede che tale ambito assistenziale vada esplicitamente configurato come ambito assistenziale trasversale, assorbendo sia la funzione assistenziale ospedaliera che territoriale.

Si rinforza qui il concetto che l'assistenza in ambito penitenziario venga svolta nella dimensione distrettuale di riferimento, e pertanto, l'articolazione aziendale UOSD Coordinamento della Tutela della Salute in carcere si raccordi, per ciascun Istituto con il Direttore del Distretto territorialmente competente.

La struttura, afferente al Dipartimento funzionale Territoriale, coordina ed organizza l'assistenza sanitaria garantendo la continuità assistenziale, con modalità di lavoro multidisciplinare prevedendo l'integrazione degli interventi. Ove la popolazione ristretta fosse numericamente rilevante e, quindi, l'attività farmaceutica a servizio dell'articolazione aziendale di particolare rilevanza, anche di tipo economico, può essere prevista una specifica funzione di Farmacia in area Penitenziaria per la gestione del farmaco.

Il responsabile della articolazione dedicata si raccorda con i Direttori di Distretto e di Dipartimenti, sulla base delle linee di indirizzo e degli obiettivi assegnati dalla Direzione aziendale, definisce attività, percorsi e processi che attengono la salute della popolazione detenuta coordinandosi con gli altri servizi aziendali che svolgono attività a favore dei detenuti.

Gli operatori sanitari agiscono nel rispetto delle norme previste dall'ordinamento penitenziario, dal suo regolamento di esecuzione, dal regolamento interno d'istituto, nonché delle direttive impartite dall'amministrazione penitenziaria e dalle Direzioni degli istituti penitenziari in materia di sicurezza.

Un rilevante investimento in termini di adeguamento tecnologico, adeguamento normativo, apertura di nuove

attività ambulatoriali è obiettivo delle ASL, nel perseguimento di obiettivi di appropriatezza ed efficacia anche in questo segmento dell'assistenza, ad elevata complessità organizzativa.

Area della farmaceutica territoriale

La farmaceutica territoriale trova il suo ambito di attività in tutte le funzioni di interesse farmaceutico fortemente ampliate nella crescente territorializzazione dell'assistenza finalizzata ad offrire una risposta adeguata ed attualizzata ai reali bisogni di salute.

Il baricentro del Servizio sanitario nazionale (SSN) si va spostando dall'ospedale al territorio, in particolare, per quanto alla gestione delle cronicità e delle fragilità, oltre che alle prestazioni sanitarie di base. In questo contesto, l'assistenza farmaceutica territoriale deve assolvere ad un compito trasversale sul territorio di competenza per l'uniformità delle procedure e la garanzia di equità dell'offerta e dell'accesso alla cura; deve inoltre svolgere un'attività capillare calata nelle diversità distrettuali del territorio di competenza ricoprendo ruolo di unità organizzativa importante e pienamente partecipe del sistema integrato e sinergico per la realizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale, rappresentato dal Distretto Sanitario. L'Assistenza Farmaceutica Territoriale deve essere coinvolta, pertanto, in tutti i percorsi diagnostico terapeutico assistenziali che esitano nella erogazione o nella somministrazione di una cura che coinvolge i suddetti elementi, non solo nella fase di approvvigionamento e distribuzione, ma anche attraverso un attento processo di programmazione, a partire dalla formulazione del budget e l'elaborazione dei fabbisogni, operando nella massima integrazione sinergica con le altre componenti dell'offerta sanitaria, ed offrendo un contributo sostanziale al monitoraggio delle prestazioni ai fini di controllo e programmazione.



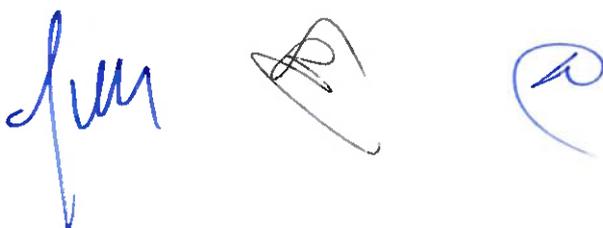
6 I Processi Aziendali

6.1 Politiche per la gestione e valorizzazione delle risorse umane

La valorizzazione degli operatori della sanità rappresenta uno degli obiettivi prioritari di una concreta politica sanitaria. Per conseguire questo obiettivo è necessario che l'Azienda: predisponga un ambiente di lavoro che stimola il miglioramento e consolida i rapporti di collaborazione, assicuri che siano ben compresi i compiti da svolgere e gli obiettivi da conseguire, verifichi il livello di condivisione degli obiettivi, accerti periodicamente la motivazione nel provvedere alla qualità del servizio, verifichi i risultati delle iniziative di miglioramento dandone evidenza all'organizzazione, remunerati in modo differenziato l'impegno e le connesse responsabilità. Le risorse umane costituiscono la risorsa principale per l'Azienda ed il mezzo fondamentale per implementare le strategie aziendali. L'Azienda attribuisce grande importanza alla gestione delle risorse umane, quale strumento in grado di coordinare ed armonizzare le caratteristiche specifiche del personale con le politiche e gli indirizzi generali dell'Azienda stessa, richiedendo ampio coinvolgimento di tutte le strutture organizzative e dei relativi responsabili. L'obiettivo principale è quello di assicurare la disponibilità qualitativa e quantitativa di personale necessario alla realizzazione dei compiti istituzionali specificatamente definiti, garantendo la sintonia con l'evoluzione contrattuale, legislativa e sociale e utilizzando quale strumento essenziale e permanente quello della formazione continua.

6.1.1 *Clima e benessere organizzativo*

Realizzare e mantenere il benessere fisico e psicologico delle persone, attraverso la costruzione di ambienti e relazioni di lavoro che contribuiscano al miglioramento della qualità della vita dei lavoratori e delle prestazioni, rappresentano 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 favoriscano 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 che la cultura del mero adempimento; prevenire rischi psico - sociali.



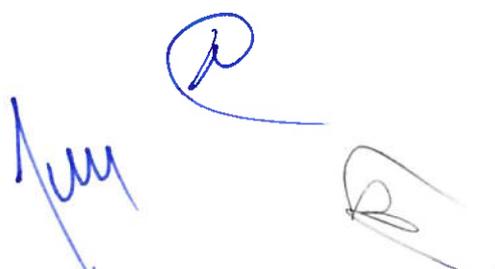
6.1.2 La formazione e l'aggiornamento professionale

La valorizzazione del lavoro è fattore determinante per la realizzazione dei processi di trasformazione e riorganizzazione all'interno dell'Azienda Sanitaria al fine di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza. Pertanto, la Formazione e l'Aggiornamento Professionale sono assunti dall'Azienda, come metodo permanente, quale strumento essenziale per il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate, per lo sviluppo delle professionalità degli operatori attraverso il costante adeguamento delle competenze, per la realizzazione delle finalità istituzionali e per favorire il consolidarsi di una nuova cultura gestionale improntata al risultato. La formazione e l'aggiornamento professionale devono essere considerati oltre che acquisizione di sapere, sviluppo di abilità e competenze relazionali, quale strumento propedeutico alla trasmissione di valori, di norme comportamentali e di innovazione, indispensabili per le politiche di gestione delle risorse umane. La formazione deve rappresentare il punto di incontro tra il sistema organizzativo e la qualità delle prestazioni erogate e deve perseguire la concreta integrazione tra gli operatori che hanno la responsabilità della gestione dei processi produttivi. Inoltre, deve permettere di orientare e integrare le singole professionalità su progetti e risultati comuni in linea con gli obiettivi e gli strumenti di programmazione e gestione propri dell'Azienda Sanitaria. Per tale ragione l'offerta formativa deve essere ampia e diversificata sia nelle metodologie che negli strumenti formativi per garantire percorsi di apprendimento coerenti ai bisogni dei partecipanti e trasferibili al contesto operativo di riferimento.

6.1.3 Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

Gli obblighi e gli 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 hanno la finalità di individuare e mettere in atto le misure idonee a garantire la salute e la sicurezza degli operatori, dei lavoratori di imprese terze, dei visitatori, degli studenti che apprendono le professioni Sanitarie e non ultimo dei pazienti stessi. Obiettivo strategico dell'Azienda è la promozione di tutte le azioni organizzative e gestionali che, nel breve e medio periodo, possano garantire il raggiungimento di un Servizio Sanitario sicuro, efficiente ed in equilibrio con le risorse investite ed i risultati complessivi di salute raggiunti.

Il Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione è un dirigente dell'Azienda che sovrintende, coordina e stimola la realizzazione delle condizioni necessarie per la sicurezza e salute sui luoghi di lavoro. Predispone la infrastruttura organizzativa dedicata alla security: datori di lavoro delegati, preposti, ecc. Si avvale della collaborazione dei servizi centrali e periferici dell'Azienda nella definizione del piano della sicurezza e del suo periodico aggiornamento nel tempo. Si occupa inoltre di programmare e coordinare le attività di formazione ed informazione del personale in materia di sicurezza, ed elaborare apposite procedure. Il Servizio di Prevenzione e Protezione è istituito con i compiti attribuiti dall'art.33 del D. Lgs. n. 81/08 e s.m.i. e svolge la funzione di "gestione" inerente la sicurezza sui luoghi di lavoro. Per la piena ed efficace attuazione del dettato normativo, il Direttore Generale provvede all'organizzazione del Servizio Prevenzione e Protezione



(art. 31 del D. Lgs. 81/08) ed alla designazione del Responsabile (art.17 del D. Lgs. 81/08). Il Servizio Prevenzione e Protezione è una Unità Operativa Semplice Dipartimentale che afferisce al Dipartimento dei Servizi Direzionali e di Staff.

Il Medico Competente è definito come soggetto che collabora con il Direttore Generale e con il Servizio di Prevenzione e Protezione alla valutazione dei rischi, e che può essere coinvolto anche nella programmazione delle attività di formazione ed informazione dei lavoratori, per la parte di sua competenza. Le sue mansioni sono riportate all'articolo 25 del D.lgs. 81/2008: "Articolo 25 - Obblighi del medico competente" e possono essere così riassunte: collabora alla valutazione dei rischi (art 25 comma 1 lettera a) con il responsabile del servizio Prevenzione e Protezione; programma e gestisce la sorveglianza sanitaria nei casi previsti dall'articolo 41; collabora alla scelta dei dispositivi di protezione individuali (DPI), alle attività di informazione e formazione e alla organizzazione del servizio di primo soccorso considerando i particolari tipi di lavorazione ed esposizione e le peculiari modalità organizzative del lavoro. Il Medico Competente afferisce per gli aspetti gestionali al Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale.

6.2 Affidamento e revoca degli incarichi – Valutazione dei dirigenti

L'Azienda, entro tre mesi dall'approvazione del presente atto di autonomia aziendale, adotta previa consultazione delle organizzazioni sindacali, un regolamento con il quale vengono fissati i criteri per l'affidamento e la revoca degli incarichi dirigenziali, valutando la opportunità o meno di revisionare il regolamento già adottato a dicembre 2017. Ai fini dell'affidamento degli incarichi dirigenziali, l'Azienda applica i criteri e le procedure previsti nei contratti collettivi nazionali di lavoro e nelle norme specifiche di riferimento.

L'Azienda, nel formulare i suddetti criteri, valorizza quegli aspetti che consentono di connotare ciascun incarico da conferire. Per gli incarichi di struttura saranno valutate, in particolare, le componenti che caratterizzano la capacità gestionale. Per l'affidamento, invece, degli incarichi professionali saranno valutate le componenti che caratterizzano le competenze specialistiche. Gli incarichi dirigenziali sono conferiti con apposito atto formale che definisce, tra l'altro, la tipologia dell'incarico, la durata, il mandato assegnato, gli ambiti di responsabilità ed i limiti alla stessa, gli obiettivi e le risorse assegnate, i risultati attesi, le modalità di valutazione e di revoca dell'incarico, nonché le attribuzioni del dirigente. Nel Regolamento per l'affidamento e la revoca degli incarichi dirigenziali, deve essere esplicitato il modello di valutazione assunto e le relative procedure, individuando strumenti condivisi e partecipati di valutazione dei comportamenti e dei risultati dei dirigenti; si deve, altresì, dare particolare peso alle verifiche dei collegi tecnici ai fini della conferma degli incarichi o per il conferimento di altro incarico anche di maggior rilievo. La revoca o il mutamento dell'incarico è prevista solo se è stata effettuata la valutazione del dirigente in rapporto agli obiettivi assegnati, con le modalità previste dai Contratti collettivi nazionali di lavoro, fatto salvo quanto



disposto dall'art. 9, comma 32, del decreto legge 31/05/2010 n. 78, convertito con modificazioni nella legge 30/07/2010 n. 122. "In caso di scadenza dei termini contrattuali al dirigente non potrà essere affidato nessun altro incarico se non sia stato sottoposto a valutazione. Ai sensi di quanto disposto dall'art. 9, comma 32, del decreto legge 31/05/2010 n. 78, convertito con modificazioni nella legge 30/07/2010 n. 122, se l'Azienda, alla scadenza di un incarico di livello dirigenziale, anche in dipendenza dei processi di riorganizzazione, non intende, anche in assenza di una valutazione negativa, confermare l'incarico conferito al dirigente, ha la facoltà di conferire al medesimo dirigente un altro incarico, anche di valore economico inferiore. L'Azienda, nei limiti delle risorse finanziarie ordinarie e nei limiti del numero di strutture previste dall'Atto Aziendale, tenuto conto delle norme in materia stabilite dalla contrattazione collettiva, disciplina i criteri e le procedure per il conferimento degli incarichi a dirigenti sanitari sulla base dei principi stabiliti con D.L. 13/09/2012 n. 158, convertito con modificazioni dalla legge 08/11/2012 n. 189.

I dirigenti sono sottoposti anche ad una verifica annuale correlata alla retribuzione di risultato che tiene conto dei principi del titolo II del D. Lgs 27/10/2009 n. 150 s.m.i., nonché a una valutazione al termine dell'incarico, attinente alle attività professionali, ai risultati raggiunti e al livello di partecipazione ai programmi di formazione continua, effettuata dal collegio tecnico, nominato dal Direttore Generale e presieduto dal Direttore del Dipartimento, con le modalità definite dalla contrattazione nazionale. Gli strumenti per la verifica annuale dei dirigenti medici e sanitari con incarico di responsabile di struttura semplice, struttura complessa e direttori di dipartimento rilevano prevalentemente la quantità e la qualità delle prestazioni sanitarie erogate in relazione agli obiettivi assegnati, concordati preventivamente in sede di discussione di budget, in base alle risorse professionali, tecnologiche e finanziarie messe a disposizione, registrano gli indici di soddisfazione degli utenti e provvedono alla valutazione delle strategie adottate per il contenimento dei costi tramite l'uso appropriato delle risorse. Degli esiti positivi di tali verifiche si tiene conto nella valutazione professionale allo scadere dell'incarico. L'esito positivo della valutazione professionale determina la conferma nell'incarico o il conferimento di altro incarico di pari rilievo, senza nuovi o maggiori oneri per l'Azienda, fermo restando quanto previsto dall'art. 9 comma 32 del D.L. 31/05/2010 n. 78 convertito con modificazioni dalla L. 30/07/2010 n. 122. L'Azienda tiene conto, tra i criteri generali relativi all'affidamento, al mutamento e alla revoca degli incarichi dirigenziali, della rotazione degli incarichi, la cui applicazione è finalizzata a garantire la più efficace ed efficiente utilizzazione delle risorse in relazione ai mutevoli assetti funzionali ed organizzativi ed ai processi di riorganizzazione, nonché a favorire lo sviluppo della professionalità dei dirigenti, evitare la cristallizzazione degli incarichi ed arricchire le doti culturali e professionali dei dirigenti mediante lo scambio di esperienze e attività. In ogni caso le misure organizzative dovranno conciliare da un lato la specializzazione professionale e l'area di appartenenza e dall'altro l'esigenza di rotazione degli incarichi, mantenendo continuità e coerenza degli indirizzi e le necessarie competenze delle strutture.



6.2.1 Sistema di misurazione e valutazione delle performance – Amministrazione Trasparente

In conformità a quanto disposto dal decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m.i., l'Azienda prevede apposita disciplina per il sistema di misurazione e valutazione delle prestazioni, nonché collegamento con i sistemi premianti. In particolare prevede che la funzione di misurazione e valutazione sia svolta, oltre che a livello dirigenziale in prima istanza, dall' Organismo Indipendente di Valutazione delle performance; lo stesso Organismo è preposto alla verifica dei dati pubblicati sul sito istituzionale nell'ambito della "Trasparenza" e secondo le indicazioni, metodi e strumenti dettati dall'ANAC. La normativa di riferimento prevede che l'Azienda istituisca una struttura tecnica di supporto all'OIV individuata nella UOC Qualità e Accredimento/Rischio Clinico. Il Direttore Generale nomina il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT). L'Azienda, in merito ai meccanismi di valutazione e controllo dei dirigenti, adeguerà la propria organizzazione nel rispetto degli specifici regolamenti adottati e delle indicazioni regionali. Ogni direttore di struttura dell'Azienda è tenuto periodicamente, secondo le disposizioni del RPCT e le procedure adottate dalla UOC Sistemi Informativi ed Informatici, ad aggiornare la sezione di sua competenza del Sito Aziendale ed in particolare della sezione Amministrazione Trasparente.

6.3 Sistema di programmazione, misurazione e controllo

Nell'ambito del processo di pianificazione, l'Azienda predispose, nel rispetto delle normative e dei vincoli vigenti, il programma annuale delle attività (PAA), nel quale vengono evidenziate le azioni ed i volumi produttivi delle singole specialità, il relativo assorbimento di risorse, gli investimenti e, nel rispetto della legislazione regionale vigente in materia di bilanci, il conto economico dei costi e ricavi previsti per l'esercizio annuale di riferimento, dando così evidenza della programmazione economico – finanziaria di periodo. La programmazione annuale costituisce il primo step di riferimento operativo - gestionale, oltre che di spesa, rispetto al periodo triennale di pianificazione che trova invece esplicitazione nella pianificazione pluriennale (PP), e come tale deve essere coerente e compatibile con la mission istituzionale attribuita all'Azienda in sede di politica economico-sanitaria regionale. La pianificazione pluriennale individua gli obiettivi dell'Azienda e formula gli indirizzi di gestione articolati per programmi e progetti, nel rispetto dei principi e degli obiettivi del Piano Sanitario Regionale. La Pianificazione pluriennale è composta dai piani di attività dell'Azienda, distinti in: programmi di attività distrettuali, dipartimentali, ospedalieri, etc. Il programma annuale delle attività è lo strumento di programmazione con cui l'Azienda adegua ed attualizza annualmente i programmi contenuti nella pianificazione pluriennale alle esigenze di compatibilità e priorità, nei distretti, nei dipartimenti, nei presidi ospedalieri, etc. Il Bilancio Economico di Previsione Annuale (BEPA) espone analiticamente i ricavi ed i costi previsti per l'esercizio successivo.



Sulla base degli obiettivi stabiliti e in attuazione delle strategie aziendali di cui alla programmazione pluriennale ed al programma annuale delle attività, nonché nell'ambito del budget assegnato dalla Direzione Aziendale, vengono predisposti i seguenti atti di programmazione previsti dal D. Lgs n. 502/92 s.m.i.:

- programma delle attività territoriali distrettuali annuali (PAT),
 - programma delle attività dipartimentali (PAD),
 - programma delle attività ospedaliere (PAO),
- altri programmi che la Direzione intende predisporre.

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

6.3.1 Budget e controllo di gestione

L'attività economica dell'Azienda deve essere ispirata alla razionale gestione delle risorse attribuite ed introitate, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti, dei risultati. Sulla base del programma annuale delle attività, la Direzione avvia il processo di budget con il quale le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili - correlate a specifici obiettivi di attività sono assegnate ai Centri di Responsabilità.

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

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

- definizione degli standard prestazionali di ciascuna struttura;
- negoziazione degli obiettivi e delle risorse; consuntivazione continuativa dei risultati e alimentazione delle banche dati;
- reporting strutturato per livello di responsabilità;
- progettazione ed implementazione del sistema di reporting finalizzato a consentire una sistematica rilevazione dei costi e dei ricavi relativi alle diverse articolazioni aziendali (contabilità per centri di costo);
- costi e ricavi che rapportati a una serie di dati relativi alle risorse disponibili ed alle prestazioni erogate consentano valutazioni di efficienza ed economicità;
- progettazione e sviluppo di specifici approfondimenti aventi per obiettivo valutazioni di efficienza, efficacia ed economicità;
- progettazione e sviluppo di specifici modelli di rilevazione ed analisi dei dati gestionali di periodo, anche infrannuale, almeno trimestrale (all'atto delle rilevazioni CE), in grado di rilevare, in particolare, scostamenti dalla spesa corrente rispetto alla spesa previsionale di periodo e/o comunque elementi indicativi di andamento non fisiologico della spesa gestionale;



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

L'Azienda progetta, sviluppa ed utilizza il proprio sistema informativo - informatico e le relative banche dati in modo da consentire la realizzazione di tale processo; quest'ultimo sarà oggetto di specifica regolamentazione interna all'Azienda di competenza della UOC Controllo di Gestione.

6.3.2 Controllo di regolarità amministrativa e contabile

Ai controlli di regolarità amministrativa e contabile provvedono gli organi appositamente previsti dall'art. 3 del D. Lgs 502/92 e s.m.i. per la cui composizione e compiti si rinvia al paragrafo "Collegio Sindacale". Le verifiche di regolarità amministrativa e contabile devono rispettare, in quanto applicabili alla pubblica amministrazione, i principi del codice civile.

6.4 Il sistema informativo e le nuove tecnologie della informazione e comunicazione

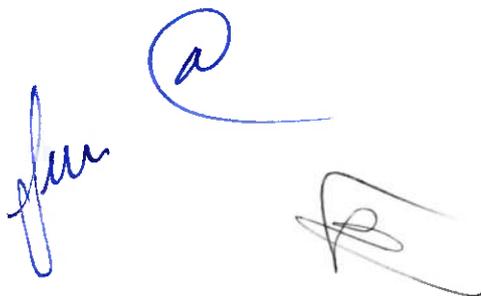
Il Sistema Informativo dell'Azienda Sanitaria è l'insieme: delle informazioni prodotte, trasformate ed utilizzate durante l'esecuzione dei processi aziendali, delle modalità con cui esse sono gestite, delle risorse sia umane sia tecnologiche coinvolte. Il Sistema Informativo Sanitario Aziendale (SISA) e Regionale (SISR) produce la conoscenza dei fenomeni e degli eventi in maniera analitica, completa, accurata, tempestiva ed omogenea. Un Sistema Informativo orientato alla qualità e la conoscenza che ne deriva costituisce il necessario presupposto per programmare ed organizzare un'offerta dei servizi efficace ed efficiente. I dati raccolti dall'Azienda devono consentire una lettura integrata degli eventi da essi rappresentati. La finalità sottesa a tale sforzo risiede nella possibilità di ottenere in maniera strutturata informazioni di sintesi che attengono da un lato alla domanda e all'offerta dei Servizi Sanitari, da un altro allo stato di salute della popolazione e da un altro ancora alla gestione dell'Azienda. L'Azienda prevede il potenziamento e la riorganizzazione dei Sistemi Informativi Sanitari Aziendali, in coerenza con lo sviluppo del NSIS e del SISR, e con gli indirizzi contenuti nel Piano Sanitario Regionale 2010 - 2012 e s.m.i., Si andrà ad implementare una attività combinata che consiste nella individuazione dei bisogni informativi dell'organizzazione, nella definizione della struttura del sistema informativo, nelle modalità di raccolta, diffusione ed utilizzo delle informazioni, nella valutazione della qualità dei dati, nell'integrazione delle informazioni prodotte nelle attività correnti delle singole unità operative, servizi, distretti, MMG, specialistica convenzionata, etc.

L'Azienda si impegna, inoltre, a promuovere, in linea con quanto disposto per le pubbliche amministrazioni dal nuovo Codice dell'amministrazione digitale (D. Lgs n. 235/2010) l'utilizzo delle nuove tecnologie digitali

per assicurare la disponibilità, la gestione, l'accesso, la trasmissione, la conservazione e la fruibilità dei documenti e delle informazioni.

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 inclusa quella della conservazione, comunicazione digitale, controllo e riduzione del digital divide, rappresenta uno degli elementi di maggior rilievo all'interno dei processi di riforma dell'attività amministrativa e costituisce una delle linee di azione maggiormente significative ai 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 delle poste certificate (PEC e CECPAC), permette di facilitare il processo di democratizzazione aziendale con un migliore e puntuale dialogo sia tra le diverse strutture organizzative sia con i dipendenti che con i cittadini utenti. La dematerializzazione deve riguardare 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 essere messe al servizio del cittadino. A tal proposito l'Azienda pone particolare attenzione all'utilizzo del sito web aziendale come strumento di comunicazione aperto e trasparente che, come tale, può essere di notevole valore in sanità in quanto, tra l'altro, offre l'opportunità alle strutture sanitarie di rendere pubbliche informazioni di estrema utilità per i cittadini sui servizi offerti, sulle modalità di fruizione degli stessi, sui tempi di attesa per le prestazioni. L'Azienda ne curerà non solo l'implementazione ma il costante arricchimento ed aggiornamento, tramite la UOC Sistemi Informativi e Informatici, gruppi di lavoro centrali appositamente istituiti e i dirigenti delle varie strutture interessate che avranno l'obbligo dell'aggiornamento periodico.

L'Azienda ritiene di particolare importanza che siano implementate tutte le procedure tecnico amministrative che fanno parte del Percorso Attuativo di Certificabilità dei Bilanci. All'interno della UOC Sistemi Informativi e Informatici, viene individuato il Data Protection Officer (DPO) ovvero Responsabile protezione dati il cui compito è valutare e organizzare la gestione del trattamento di dati personali e dunque la loro produzione, affinché questi siano trattati nel rispetto delle normative privacy europee e nazionali ed il Responsabile per la transizione digitale, introdotto dal D. Lgs. n. 179/2016, art. 15, che recita: "Le pubbliche amministrazioni garantiscono l'attuazione delle linee strategiche per la riorganizzazione e la digitalizzazione dell'amministrazione definite dal Governo in coerenza con le regole tecniche di cui all'art. 71. A tal fine, ciascuno dei predetti soggetti affida a un unico ufficio dirigenziale la transizione alla modalità operativa digitale e i conseguenti processi di riorganizzazione finalizzati alla realizzazione di



un'amministrazione digitale e aperta, di servizi facilmente utilizzabili e di qualità, attraverso una maggiore efficienza ed economicità".

6.5 Le rilevazioni contabili

Le procedure contabili riguardano le modalità di rilevazione dei fatti aziendali, e rimandano, per l'Azienda Sanitaria, in considerazione delle normative di settore applicabili, alle modalità di rilevazione economico-patrimoniale di cui alla disciplina codicistica, come integrata dalle disposizioni, ministeriali e regionali in campo sanitario e di contabilità pubblica, tra cui il decreto legislativo 23 giugno 2011 n. 118 s.m.i. ed i principi contabili nazionali ed internazionali (OIC, IPAS, IAS/IFRS), peraltro riepilogati nei Decreti del Commissario ad Acta n. 14/2009, n. 60/2011, n. 80/2012, n. 5/2013 e s.m.i.. L'Azienda Sanitaria Locale Avellino mediante l'assetto organizzativo individuato nel presente Atto Aziendale garantisce la corretta applicazione delle regole contabili di rilevazione dei fatti amministrativi aventi rilevanza esterna e coerentemente con le regolamentazioni formulate dalla Regione Campania. Adotta pertanto ai fini del corretto monitoraggio dei livelli di efficienza, efficacia ed economicità della gestione tutti gli strumenti e le procedure interne in grado di misurare il livello di assorbimento delle risorse a fronte dei risultati conseguiti da ciascun Centro di Responsabilità. Nel garantire tale finalità prioritaria, l'Azienda implementa le procedure interne, uniformandosi alle linee regionali di indirizzo in materia. In particolare il D. Lgs 118/2011 dispone che nell'ambito del bilancio regionale le regioni garantiscono un'esatta perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale, al fine di consentire la confrontabilità immediata fra le entrate e le spese sanitarie iscritte nel bilancio regionale e le risorse indicate negli atti di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard e di individuazione delle correlate fonti di finanziamento, nonché un'agevole verifica delle ulteriori risorse disponibili dalle regioni per il finanziamento del medesimo servizio sanitario regionale. L'Azienda persegue quanto dispone il citato provvedimento, che prevede, tra l'altro, che gli enti coinvolti nella gestione della spesa finanziata con le risorse destinate al Servizio sanitario nazionale concorrano al perseguimento degli obiettivi di finanza pubblica sulla base di principi di armonizzazione dei sistemi contabili e dei loro bilanci, disciplina le modalità di redazione e di consolidamento dei bilanci degli enti del Servizio Sanitario e detta i principi contabili cui devono attenersi gli enti coinvolti.

Con il presente Atto l'Azienda programma di adottare idonee modalità procedurali ed operative che assicurino il rispetto delle regole per la corretta gestione dei procedimenti contabili secondo le regole sopra richiamate.



6.6 Azioni di efficientamento delle procedure amministrativo – contabili

Nell'alveo della regolamentazione dei processi amministrativo contabili, di cui al D. Lgs. 118/2011, che delinea il Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC), si implementa la funzione dell'Internal Auditing, preposta ai controlli, al monitoraggio ed alla verifica della corretta attuazione dei percorsi di cui trattasi onde pervenire all'efficientamento degli stessi, nell'ottica di un miglioramento della Performance aziendale, ispirato ai criteri di efficacia ed economicità.

6.6.1 Procedure PAC

Si segnala, al riguardo l'avvenuta adozione della procedura per la gestione dei fondi vincolati e monitoraggio linee progettuali (Delibera Aziendale n. 40 del 01/01/2023) e quella per le procedure area immobilizzazione (Delibera Aziendale n. 44 del 24/01/2023).

6.6.2 Lista Indice di Tempestività dei Pagamenti

Si segnala, altresì, per il puntuale conseguimento dell'obiettivo strategico legato all'ITP, l'adozione di una diversa procedura tesa ad abbattere i tempi burocratici connessi all'adozione di determine dirigenziali di liquidazione fatture, che vengono sostituite, ove possibili, da liste di liquidazione, inserite direttamente in procedura SIAC.

Come da deliberazioni di seguito elencate si evidenziano le seguenti principali azioni funzionali a detto efficientamento:

Delibera n 2131 del 07/11/2022

- sostituzione della determina di liquidazione (laddove possibile) a partire in via sperimentale con la UOC Provveditorato;
- integrazione della lista di liquidazione, prevista dal SIAC, con ulteriori informazioni che potrebbero completarla (es. vigenza DURC, conti economici sui quale avviene l'imputazione).

Delibera n. 22 del 12/01/2023

- estensione del protocollo sperimentale di cui alla delibera a tutti gli ordinatori di spesa (Distretti Sanitari, Dipartimenti, etc.)
- predisposizione della lista di liquidazione dalla UOC liquidatrice sottoscritta dal Direttore competente;
- trasmissione all' UOC Contabilità per il pagamento.

6.6.3 Compartecipazione alla spesa sanitaria – recupero ticket non versato

L'Azienda istituisce l'Ufficio Recupero Ticket Centrale, al fine di garantire il recupero ticket e quindi delle somme di compartecipazione alla spesa, per prestazioni sanitarie erogate a cittadini che hanno fruito impropriamente delle esenzioni da reddito, sulla base di autocertificazioni risultate non veritiere, ai sensi dei commi 10 e ss. dell'art. 1 D.M. 11/12/2009. Ciò al fine di governare, anche a livello direzionale importante processo di recupero di somme dovute e non introitate al bilancio ed evitare danno erariale.

6.6.4 Attuazione interventi previsti dal PNRR

In attuazione dei programmi di investimento relativi alla missione 6 del PNRR, la ASL istituisce la funzione del Responsabile dell'esecuzione del PNRR, prevista ex lege, le cui finalità sono quelle di garantire la gestione coordinata della materia che presenta aspetti multidisciplinare da ricondurre a sintesi, ivi compresa, una contabilità separata specificamente dedicata agli interventi del Piano, come illustrato nell'Allegato "C" - Attuazione interventi previsti dal PNRR.

Il Responsabile dell'esecuzione individuato dalla Direzione strategica con apposito provvedimento, ispirerà la sua azione alle linee guida appositamente redatte in conformità alla legislazione speciale vigente in materia.

6.7 Acquisti di beni e servizi

L'Azienda, in osservanza delle disposizioni nazionali, con particolare riguardo alle disposizioni di cui all'art. 15 del D.L. 6 luglio 2012 n. 95 convertito con modificazioni nella legge 07/08/2012 n. 135, nonché di quelle regionali, effettua, ove previsto, i propri acquisti tramite il MEPA e i soggetti aggregatori (CONSIP Spa e SORESA Spa). In particolare si recepiscono le disposizioni del D. L. vo 16 aprile 2016 n. 50 "Nuovo Codice degli Appalti, per quanto attiene la determinazione del piano biennale dei fabbisogni con la relativa stima economica e s.m.i., (D.L. 32/2019 "Sblocca Cantieri", D.L. 76/2020 "Semplificazioni" e successivo "D.L. Bis 77/2021". Per la parte relativa agli acquisti di beni e servizi in economia e nella fase della programmazione l'Azienda promuove attività di valutazione ed analisi relative alla sicurezza, ai costi, ai benefici, all'efficacia nonché agli aspetti etici di impiego.

Si segnala l'adeguamento delle procedure aziendali di acquisto di beni e servizi al Sistema Informativo Amministrativo Contabile – SIAC, Area della Logistica, introdotto dalla Regione

L'Azienda nei tempi stabiliti adotta i seguenti documenti:

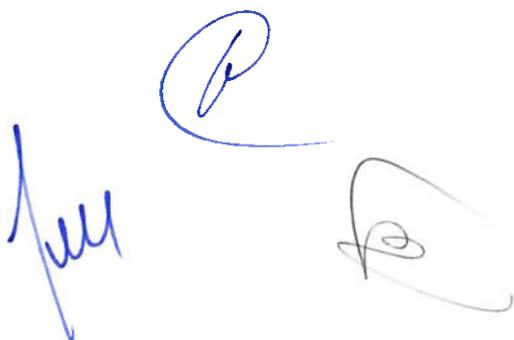
- programmazione e gestione delle attrezzature;
- programmazione degli acquisti di attrezzature, in particolare per attrezzature biomediche, si deve tener conto in particolare:
 - dell'evoluzione della tipologia dei servizi;
 - dell'obsolescenza delle attrezzature;
 - dell'adeguamento delle norme tecniche;
 - della eventuale disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria.
- inventario delle attrezzature;
- manutenzione delle attrezzature;
- manutenzione preventiva.

La tenuta e l'aggiornamento costante dell'inventario dei beni mobili sono funzioni specifiche della UOS Economato. La gestione delle attrezzature biomediche, tenuta e aggiornamento costante del relativo inventario sono funzioni specifiche della UOC Tecnico Patrimoniale.



6.8 Sanità Penitenziaria

L'Azienda in recepimento del D. Lgs. n. 230/1999 s.m.i. si fa carico ed organizza gli obiettivi per la tutela della salute dei detenuti, degli internati e dei minori del circuito penale mediante l'istituzione di un apposito servizio aziendale: UOSD Coordinamento della Tutela della Salute in Carcere, inserita nel Dipartimento Territoriale. Il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze contribuisce alla tutela della salute per particolari fasce di popolazione detenuta. I Direttori dei Distretti, sede di istituti penitenziari, contribuiscono analogamente al mantenimento dello stato di salute della popolazione carceraria, tramite l'offerta delle prestazioni necessarie. Regole di integrazione fra le diverse strutture e competenze saranno concordate in apposito documento. Per maggiori dettagli sulla sanità penitenziaria si rinvia al Capo V - punto 4.5 "Dipartimento Territoriale".

Three handwritten signatures in blue ink are located at the bottom of the page. The first signature on the left is a stylized 'M'. The middle signature is a large, circular 'P'. The signature on the right is a more complex, cursive script.

7 Norme Finali

7.1 Rinvii agli Allegati

Per la rappresentazione dell'assetto organizzativo dell'Azienda, in particolare per il numero e la composizione delle Strutture Operative e la loro articolazione in Unità Operative, si rimanda all'Organigramma allegato 1 al presente atto aziendale che ne costituisce parte integrante. Parimenti si rinvia all'allegato 2 inerente gli incarichi di Funzione.

7.2 Adozione dei Regolamenti Interni

Al fine di garantire una completa e corretta applicazione del presente atto di autonomia aziendale, e l'efficace ed efficiente funzionamento dell'organizzazione, il Direttore Generale, entro 90 giorni dall'approvazione dell'atto aziendale da parte degli organismi regionali competenti, adotta i regolamenti già elencati al punto 3 Regolamenti. Ulteriori regolamenti potranno essere adottati per l'organizzazione di altri settori di attività qualora la Direzione ne rilevi la necessità. La Direzione valuterà la opportunità di revisionare i regolamenti già adottati nel mese di dicembre 2017.

Tutti i regolamenti adottati sono pubblicati sul sito web aziendale.

7.3 Modalità e Tempi di attuazione dell'Atto Aziendale

Il presente Atto Aziendale, viene adottato dal Direttore Generale con proprio provvedimento, previa informativa alle Organizzazioni Sindacali e alla Conferenza dei Sindaci per il tramite del relativo Comitato di rappresentanza, sentiti gli organismi collegiali ove istituiti e previsti dalle norme. L'Azienda si riserva di dare pratica attuazione alla riorganizzazione aziendale prevista, nei tempi e nei modi che risultano compatibili con le esigenze di garantire continuità di governo nei servizi aziendali. Il presente Atto si conformerà direttamente alle sopravvenienze legislative e/o normative nazionali e regionali, con le procedure previste dal citato DCA 18/2013.



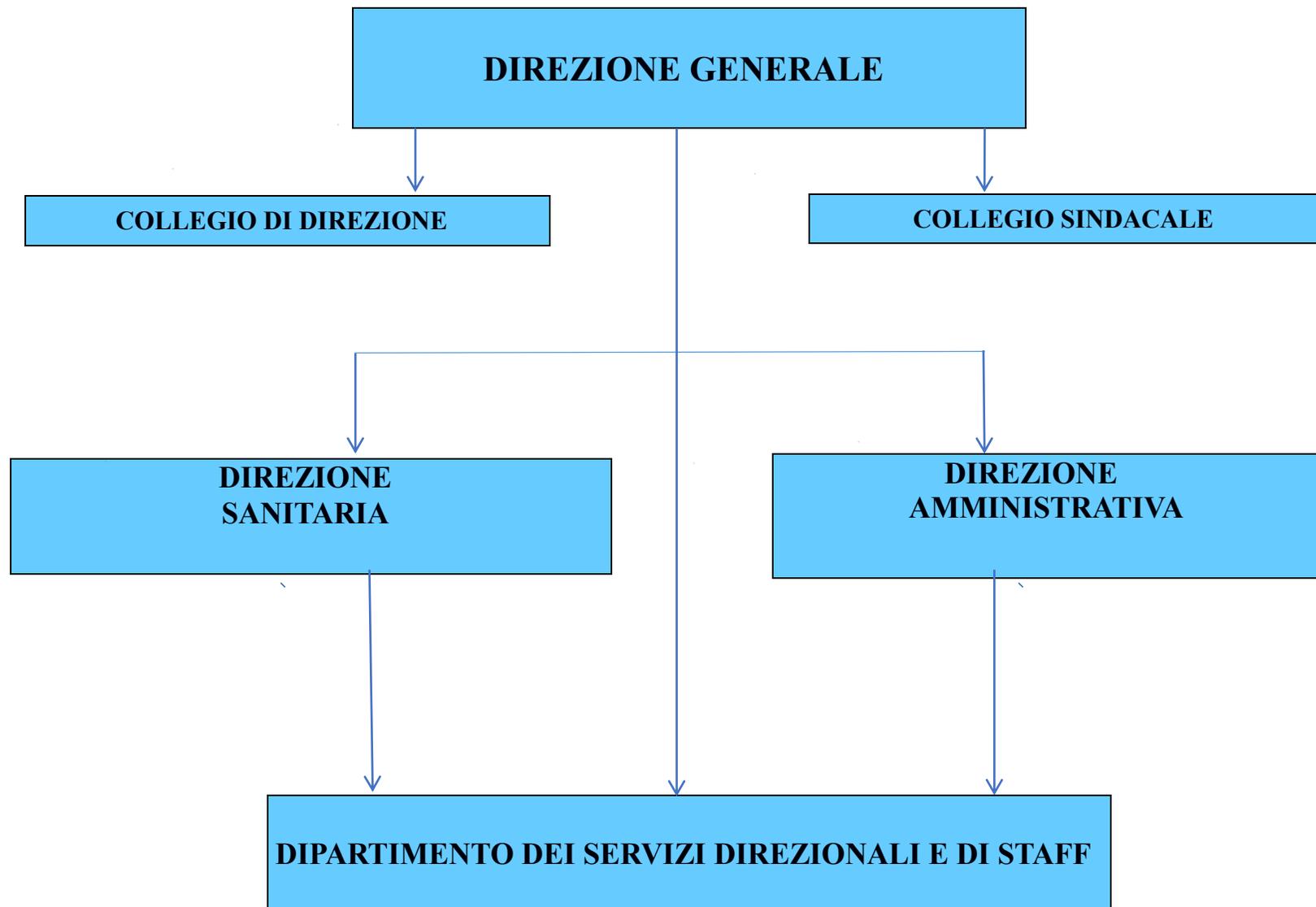


AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO

Allegato “A” Organigramma

DIRETTORE GENERALE
Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante

(Aggiornato con il DCA n. 8 del 01.02.2018 “Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 – Aggiornamento”, con il DCA n. 29 del 19.4.2018 “Annessione all’AORN Moscati di Avellino del Presidio Ospedaliero Landolfi di Solofra quale Presidio con Pronto Soccorso” e con il DCA n. 87 del 05.11.2018 e n. 103 del 28.12.2018 “Piano Regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 – Aggiornamenti”.)



DIPARTIMENTO DEI SERVIZI DIREZIONALI E DI STAFF				
		U.O.C	U.O.S.	UOSD
QUALITÀ E ACCREDITAMENTO - RISCHIO CLINICO		X		
	Formazione e aggiornamento del Personale/ Formazione Universitaria		X	
CONTROLLO DI GESTIONE		X		
PROGRAMMAZIONE MONITORAGGIO VALUTAZIONE STRUTTURE ACCREDITATE		X		
AFFARI GENERALI		X		
	Convenzioni e contratti		X	
CONTENZIOSO RELATIVO A PERSONALE E FORNITORI				X
AFFARI GIURIDICI E LEGALI				X
RAPPORTI E CONTENZIOSI STRUTTURE ACCREDITATE/RAPPORTI ASSICURATIVI				X
PREVENZIONE E PROTEZIONE				X
CURE PRIMARIE (MMG – PLS – C.A. e SPECIALISTI AMBULATORIALI)		X		
	Assistenza Sanitaria di Base e Migranti		X	
COORDINAMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE				X
TOTALE		5	3	5

AREA DI COORDINAMENTO AMMINISTRATIVA TECNICO - PROFESSIONALE				
		U.O.C	U.O.S.	UOSD
CONTABILITÀ GENERALE		X		
	Bilancio e Fiscale		X	
TECNICO PATRIMONIALE		X		
	Ingegneria Clinica		X	
PROVVEDITORATO		X		
	Economato		X	
GESTIONE RISORSE UMANE		X		
	Gestione Economica e Previdenziale		X	
SISTEMI INFORMATIVI E INFORMATICI	Sistemi Informativi e Informatici	X		
TOTALE		5	4	

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE			
	UOC	UOS	UOSD
U.O. SERVIZIO IGIENE E SANITÀ PUBBLICA (SISP)	X		
U.O. SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI e DELLA NUTRIZIONE (SIAN)	X		
U.O. SERVIZIO EPIDEMIOLOGIA E PREVENZIONE (SEP) E REGISTRO TUMORI	X		
U.O. SERVIZIO IGIENE E MEDICINA DEL LAVORO (SIML) e AMIANTO			X
U.O. SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO (SPSAL)			X
U.O. PREVENZIONE COLLETTIVA TERRITORIALE 1			X
U.O. PREVENZIONE COLLETTIVA TERRITORIALE 2			X
U.O. VETERINARIA SANITÀ ANIMALE (AREA A)	X		
U.O. VETERINARIA TERRITORIALE AREA A		X	
U.O. VETERINARIA IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE (AREA B)	X		
U.O. VETERINARIA TERRITORIALE AREA B		X	
U.O. IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE (AREA C)	X		
U.O. OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO VETERINARIO			X
U.O. MEDICINA LEGALE			X
U.O. RESPONSABILE AMMINISTRATIVO			X
TOTALE	6	2	7

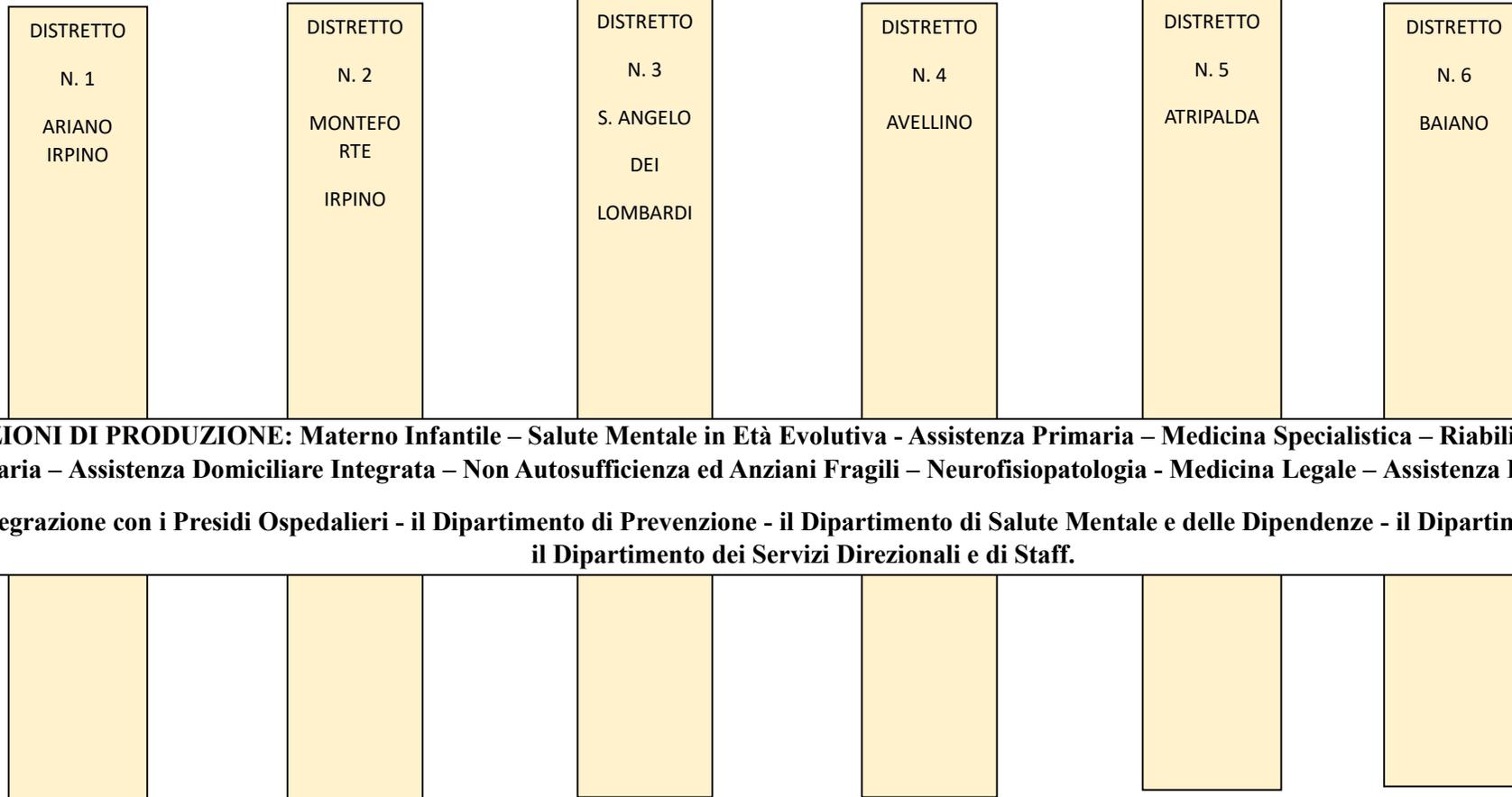
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE			
	UOC	UOS	UOSD
U.O.S.M. N° 1 (ARIANO I. e S. ANGELO DEI L.)	X		
U.O. C.S.M. N. 1 (ARIANO I., S. ANGELO DEI LOMBARDI) + DH SPDC S. Angelo dei L.		X	
U.O.S.M. N° 2 (AVELLINO, ATRIPALDA, BAIANO, MONTEFORTE)	X		
U.O. C.S.M. N. 2 (AVELLINO, ATRIPALDA, BAIANO, MONTEFORTE)		X	
U.O. SALUTE MENTALE IN CARCERE - R.E.M.S. S. NICOLA BARONIA - SIRE	X		
S.P.D.C.			X
U.O. NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA *	X		
U.O. CENTRO DISTURBI ALIMENTARI (CDA) SOLOFRA			X
U.O. SER.D E ALCOLOGIA	X		
TOTALE	5	2	2

* U.O. Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza: l'allocazione nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze è subordinata ad eventuali e diverse determinazioni della Regione Campania.

DIPARTIMENTO FUNZIONALE TERRITORIALE			
	UOC	UOS	UOSD
U.O. CURE DOMICILIARI	X		
U.O. COORDINAMENTO SOCIO-SANITARIO	X		
U.O. COORDINAMENTO DELLA TUTELA DELLA SALUTE IN CARCERE			X
U.O. RIABILITAZIONE			X
U.O. CONTROLLO TRATTAMENTI RIABILITATIVI E PRESTAZIONI NOMENCLATORE TARIFFARIO E PROTESICA			X
U.O. SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO			X
U.O. ASTENSIONE ANTICIPATA DAL LAVORO PER MATERNITÀ' A RISCHIO (A.L. Ma)			X
U.O. EMERGENZA TERRITORIALE/ COT	X		
U.O. FARMACIA TERRITORIALE	X		
TOTALE	4		5

DIPARTIMENTO FUNZIONALE TERRITORIALE			
	UOC	UOS	UOSD
DISTRETTO 01 ARIANO IRPINO	X		
ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE		X	
FASCE DEBOLI		X	
DISTRETTO 02 MONTEFORTE IRPINO	X		
ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE E FASCE DEBOLI		X	
DISTRETTO 03 S. ANGELO DEI LOMBARDI	X		
ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE		X	
FASCE DEBOLI		X	
U.O. STRUTTURA POLIFUNZIONALE PER LA SALUTE – BISACCIA - RSA		X	
DISTRETTO 04 AVELLINO	X		
ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE		X	
FASCE DEBOLI		X	
DISTRETTO 05 ATRIPALDA	X		
ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE		X	
FASCE DEBOLI		X	
DISTRETTO 06 BAIANO	X		
ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE E FASCE DEBOLI		X	
TOTALE	6	11	

ULTERIORI FUNZIONI PRESENTI NEI DISTRETTI



DIPARTIMENTO MEDICO				
	PRESIDIO OSPEDALIERO	UOC	UOS	UOSD
CARDIOLOGIA – UTIC	ARIANO IRPINO	X		
DIAGNOSTICA CARDIOLOGICA	ARIANO IRPINO			X
MEDICINA GENERALE	ARIANO IRPINO	X		
LUNGODEGENZA	ARIANO IRPINO		X	
PEDIATRIA	ARIANO IRPINO			X
ONCOLOGIA	ARIANO IRPINO			X
NEUROLOGIA	ARIANO IRPINO	X		
URGENZE NEUROLOGICHE E STROKE	ARIANO IRPINO		X	
DIALISI	ARIANO IRPINO			X
MEDICINA D'URGENZA	ARIANO IRPINO	X		
PRONTO SOCCORSO E OSSERVAZIONE BREVE	ARIANO IRPINO			X
MEDICINA GENERALE	SANT'ANGELO DEI LOMBARDI	X		
CARDIOLOGIA	SANT'ANGELO DEI LOMBARDI			X
DIALISI	SANT'ANGELO DEI LOMBARDI			X
PRONTO SOCCORSO E OSSERVAZIONE BREVE	SANT'ANGELO DEI LOMBARDI			X
TOTALE		5	2	8

DIPARTIMENTO CHIRURGICO				
	PRESIDIO OSPEDALIERO	UOC	UOS	UOSD
CHIRURGIA GENERALE	ARIANO IRPINO	X		
OTORINOLARINGOIATRIA	ARIANO IRPINO			X
OCULISTICA	ARIANO IRPINO			X
UROLOGIA	ARIANO IRPINO			X
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	ARIANO IRPINO	X		
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	ARIANO IRPINO	X		
ENDOSCOPIA DIGESTIVA / GASTROENTEROLOGIA Posti letto in appoggio area medica e chirurgica	ARIANO IRPINO	X		
TERAPIA INTENSIVA E RIANIMAZIONE	ARIANO IRPINO	X		
CHIRURGIA GENERALE	SANT'ANGELO DEI LOMBARDI	X		
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	SANT'ANGELO DEI LOMBARDI			X
TERAPIA INTENSIVA	SANT'ANGELO DEI LOMBARDI			X
TOTALE		6		5

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI OSPEDALIERI				
	PRESIDIO OSPEDALIERO	UOC	UOS	UOSD
PATOLOGIA CLINICA E CITO ISTOLOGIA	ARIANO IRPINO	X		
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	ARIANO IRPINO	X		
SERVIZIO TRASFUSIONALE	ARIANO IRPINO			X
FARMACIA OSPEDALIERA	ARIANO IRPINO			X
PATOLOGIA CLINICA E TOSSICOLOGIA	SANT'ANGELO DEI LOMBARDI	X		
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	SANT'ANGELO DEI LOMBARDI	X		
FARMACIA OSPEDALIERA	SANT'ANGELO DEI LOMBARDI			X
DIREZIONE SANITARIA P.O. ARIANO I.		X		
	COORDINAMENTO ATTIVITA' AMMINISTRATIVE		X	
DIREZIONE SANITARIA P.O. S. ANGELO DEI LOMBARDI				X
	COORDINAMENTO ATTIVITA' AMMINISTRATIVE		X	
TOTALE		5	2	4



AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO

ALLEGATO “B” Incarichi di Posizione

Artt. 24 e 55 del CCNL triennio 2019 – 2021 sottoscritto in
data 15/06/2022.

DIRETTORE GENERALE
Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante

Gli incarichi di posizione, le cui denominazioni potranno ridefinite in funzione di specifiche esigenze organizzative, saranno attribuiti, previo avviso interno alla luce del nuovo CCNL - triennio 2019 – 2021 sottoscritto in data 15/06/2022, sentite le organizzazioni sindacali.

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI DIREZIONALI DI STAFF	
Struttura	Incarichi
Direzione Strategica	Monitoraggio provvedimenti aziendali
	Monitoraggio provvedimenti area sanitaria
	Monitoraggio provvedimenti area amministrativa
	Monitoraggio cruscotto direzionale
	Gestione flussi documentali
UOC Qualità e Accreditamento – Rischio Clinico	Polo didattico universitario (UOS FAP/ F.U.)
UOC Programmazione Monitoraggio Valutazione Strutture Accreditate	Tetti di spesa e contratti
U.O.C. Cure Primarie (MMG - PLS – C.A e Specialistica Ambulatoriale)	Procedure economiche
	Procedure giuridiche di conferimento incarichi

AREA DI COORDINAMENTO AMMINISTRATIVA TECNICO – PROFESSIONALE

Struttura	Incarichi
U.O.C. Gestione Risorse Umane	Trattamento giuridico
	Procedure di acquisizione risorse umane
	Trattamento economo e contratti
U.O.C. Contabilità Generale	Pagamenti e autorizzazione di spesa
	Bilancio
	Supporto Attività Amministrative Distrettuali
U.O.C. Provveditorato	Procedure acquisizione beni e servizi
	Contratti beni e servizi
	Supporto Attività Amministrative Distrettuali
U.O.C. Tecnico Patrimoniale	Manutenzione immobili e impianti
	Procedure amministrative
U.O.C. Affari Generali	Delibere, determine e dematerializzazione
U.O.C. Sistemi Informativi ed Informatici	Gestione reti
U.O.C. Controllo di Gestione	Monitoraggio flussi informativi
	Contabilità analitica e sistema di budgeting reporting
U.O.S.D. Prevenzione e Protezione	Elaborazione DVR Formazione/ informazione. Misure di sicurezza
U.O.S.D. Coordinamento delle Professioni Sanitarie	Standardizzazione procedurale

DIPARTIMENTO FUNZIONALE TERRITORIALE	
Struttura	Incarichi
UOC Cure Domiciliari	Procedure sanitarie
UOC Farmacia Territoriale	Gestione flussi
Distretto Sanitario n. 1 – Ariano I.	Supporto amministrativo processi gestionali
	Supporto amministrativo processi gestionali
	Procedure sanitarie
Distretto Sanitario n. 2 - Monteforte I.	Supporto amministrativo processi gestionali
	Procedure sanitarie
Distretto Sanitario n. 3 – S. Angelo dei Lombardi	Supporto amministrativo processi gestionali
	Procedure sanitarie
SPS Bisaccia	Procedure sanitarie
	Supporto amministrativo processi gestionali
Distretto Sanitario n. 4 – Avellino	Supporto amministrativo processi gestionali
	Supporto amministrativo processi gestionali
	Procedure sanitarie
Centro Australia	Procedure sanitarie
Distretto Sanitario n. 5 – Atripalda	Supporto amministrativo processi gestionali
	Supporto amministrativo processi gestionali
	Procedure sanitarie
Distretto Sanitario n. 6 – Baiano	Supporto amministrativo processi gestionali
	Procedure sanitarie

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	
Struttura	Incarichi
U.O.C. Servizio igiene e sanità pubblica (SISP)	Innovazione ed implementazione dei meccanismi operativi
U.O.C. SEP e Registro tumori	Innovazione ed implementazione dei meccanismi operativi
U.O.C. Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN)	Innovazione ed implementazione dei meccanismi operativi
U.O.C. Veterinaria Sanità Animale (Area A)	Innovazione ed implementazione dei meccanismi operativi area veterinaria
	Innovazione ed implementazione dei meccanismi operativi
U.O.C. Veterinaria Igiene degli Alimenti di Origina Animale (Area B)	Innovazione ed implementazione dei meccanismi operativi area veterinaria
U.O.C. Veterinaria Igiene degli Alimenti e delle Produzioni Zootecniche (Area C)	Innovazione ed implementazione dei meccanismi operativi area veterinaria
U.O.S.D. Medicina Legale	Innovazione ed implementazione dei meccanismi operativi

Al Direttore del Dipartimento vengono attribuite tre incarichi di funzione da assegnare a tre tecnici della prevenzione, laddove se ne ravvisi la necessità per intervenute esigenze tecniche organizzative.

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE

Struttura	Incarichi
U.O.C. Salute Mentale n. 1 (Ariano e Sant'Angelo)	Procedure amministrative
	Procedure sanitarie
U.O.C. Salute Mentale n. 2 (Avellino, Atripalda, Montoro, Baiano)	Procedure amministrative
	Procedure sanitarie
U.O.C. Salute Mentale in carcere – REMS San Nicola Baronia – SIRE	Procedure sanitarie
U.O.C. Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza	Procedure sanitarie
U.O.C. SER.D e Alcologia	Procedure sanitarie

PRESIDI OSPEDALIERI

Struttura	Incarichi
U.O.C. Direzione Sanitaria P.O. Ariano Irpino	Supporto Amministrativo processi gestionali
	Procedure sanitarie
U.O.S.D. Direzione Sanitaria Sant'Angelo dei Lombardi	Supporto Amministrativo processi gestionali
	Procedure sanitarie
U.O.S.D. Farmacia Ospedaliera P.O. Ariano Irpino	Gestione flussi
U.O.S.D. Farmacia Ospedaliera P.O. Sant'Angelo dei Lombardi	Gestione flussi



AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO

ALLEGATO “C” Attuazione interventi previsti dal PNRR

DIRETTORE GENERALE
Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante

DGRC n. 682 del 13 dicembre 2022 “Linee guida sugli interventi di riordino territoriale della Regione Campania in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza recepite dal Decreto Ministeriale n.// del 23 maggio 2022”

Il PNRR e la nuova rete assistenziale della Asl di Avellino

Il PNRR per la Missione 6 dedicata alla Salute ha come obiettivo quello di rafforzare la prevenzione, l'assistenza territoriale e l'integrazione fra servizi sanitari e sociali, modernizzare la dotazione delle strutture del SSN, digitalizzare il sistema sanitario e garantire equità di accesso alle cure.

I programmi inseriti nel Contratto Integrato di Sviluppo – CIS, sottoscritto dalla Regione Campania e dal ministero della Salute in giugno 2022 quale documento di impegno per la realizzazione dei progetti innovativi, comprendono:

a) Attivazione Ospedali di Comunità:

- OdC di Moschiano (AV);
- OdC di Monteforte I. (AV);
- OdC di Avellino;
- OdC di Montella (AV);
- OdC Bisaccia già attivo.

b) Realizzazione Case di Comunità – CdC:

- CdC di Moschiano (AV) - Distretto di Baiano;
- CdC di Monteforte I. (AV) - Distretto di Monteforte;
- CdC di Bisaccia (AV) - Distretto di S. Angelo dei L.;
- CdC di Lioni (AV) – Distretto di S. Angelo dei L.;
- CdC di Lapio (AV) – Distretto di Atripalda;
- CdC di Avellino – Distretto di Avellino;
- CdC di Montecalvo (AV) – Distretto di Ariano I.;
- CdC di Fontanarosa (AV) – Distretto di Ariano I.;
- CdC di Montoro (AV) – Di stretto di Montoro;
- CdC di Castel Baronia (AV) – Distretto di Ariano I.

c) Attivazione Centrali Operative Territoriali – COT :

- COT – D di Avellino – Distretto di Avellino con funzioni di COT Aziendale (COT - A)<,>
- COT – D di Moschiano - Distretto di Baiano;
- COT – D di Monteforte – Distretto di Monteforte;
- COT – D di Vallata – Distretto di Ariano I.;
- COT – D – Distretto di Atripalda;
- COT – D – Distretto di S. Angelo dei Lombardi.

d) Sviluppo dei progetti di telemedicina a sostegno della rete territoriale

Obiettivo prioritario della M6C1 del PNRR è potenziare e rendere omogenea l'offerta della rete territoriale rendendola adatta, anche attraverso il dialogo costante con i servizi ospedalieri e i servizi sociali, a rispondere ai bisogni di salute della comunità, migliorando l'equità di accesso ai servizi sanitari della popolazione indipendentemente dal luogo in cui si vive e dalle condizioni socioeconomiche. Obiettivo prioritario del programma è quello di potenziare la medicina di prossimità e di iniziativa, garantire cure più efficaci e tecnologicamente avanzate ai pazienti cronici, ridurre il ricorso inappropriato all'ospedale decongestionando il Pronto Soccorso, ripristinare il rapporto fiduciario tra cittadini e personale sanitario.

L'Azienda, delegata dalla Regione Campania come “*soggetto attuatore esterno*” per l'esecuzione dei programmi di investimento relativi alla Missione 6 del PNRR, istituisce una Cabina di Regia aziendale, le cui finalità sono quelle di garantire il coordinamento delle azioni e la definizione degli aspetti organizzativi necessari a dare seguito ai previsti programmi, nonché una contabilità separata specificamente dedicata agli interventi PNRR. La Cabina di Regia di cui fanno parte la UOC Tecnico Patrimoniale, la UOC Provveditorato, la UOC Contabilità Generale, la UOC Controllo di Gestione, la UOC QA – Rischio Clinico e la UOSD Prevenzione Collettiva Territoriale 1 è presieduta dal Responsabile dell'esecuzione del PNRR, individuato dalla Direzione Strategica con apposito atto.

Il Responsabile, sovrintende alla gestione ed al proficuo controllo dello stato di attuazione degli interventi, attraverso specifico Piano Operativo, condiviso con la Direzione Strategica ed adottato con delibera del Direttore Generale.

La Cabina di Regia Aziendale potrà avvalersi inoltre della collaborazione dei dirigenti medici del Dipartimento di Prevenzione, dei Distretti Sanitari, ecc. ciascuno per quanto di competenza, nella fase di progettazione degli spazi e dei percorsi previsti dai citati interventi, nella definizione degli aspetti di umanizzazione delle cure, nella predisposizione di quanto necessario per garantire la sicurezza dei luoghi per operatori e pazienti, nella individuazione delle tecnologie funzionali all'erogazione di tutti i servizi da erogare nelle strutture OdC, CdC, COT.

Nel nuovo assetto della sanità territoriale aziendale il Distretto Sanitario rappresenta il fulcro del coordinamento dei nuovi luoghi di cura territoriale e dei setting assistenziali, della programmazione, attuazione e validazione delle azioni finalizzate all'erogazione dei livelli assistenziali secondo un modello organizzativo nel quale sono privilegiati:

- le linee guida di programmazione e la definizione delle competenze cliniche
- l'allocazione delle risorse e l'ottimizzazione dei processi produttivi

- i percorsi territoriali di fruizione dei pazienti nell'ambito delle nuove strutture ed il monitoraggio della loro soddisfazione.

Nella Asl Avellino la nuova programmazione dell'assistenza territoriale, come illustrata in premessa, attua le linee di indirizzo regionali, prevedendo sia i nuovi luoghi di cura quali Case della Comunità ed Ospedali di Comunità, sia le piattaforme erogative ed i servizi di coordinamento affidati alle Centrali Operative Territoriali, sia la figura dell'infermiere di comunità ed il potenziamento dell'assistenza domiciliari integrata.

La realizzazione degli interventi e la strutturazione della nuova rete assistenziale territoriale trova, inoltre, nel Dipartimento Funzionale Territoriale il miglior contesto tecnico ed organizzativo in grado di favorire e facilitare le azioni propedeutiche e le fasi di attuazione e monitoraggio dell'intero programma.

a) Ospedali di Comunità

Gli OdC, quali strutture per le cure intermedie, ad assistenza prevalentemente infermieristica e alla persona, rappresentano un nodo cruciale nella rete di assistenza sanitaria in quanto costituiscono un ponte tra il domicilio ed il ricovero ospedaliero.

L'Azienda intende riproporre per i n. 4 Ospedali di Comunità da realizzare secondo il programma del PNRR, il modello assistenziale sperimentato nell'OdC presso la Struttura Polifunzionale per la Salute di Bisaccia, visti i risultati misurati a distanza di più di 1 anno di attività che evidenziano il rispetto degli standard di degenza breve (non superiore ai 20 gg) ed intervento di media intensità di cura previsti dalla normativa di riferimento nazionale e regionale. Nelle nuove strutture intermedie, sarà utilizzato lo specifico Regolamento aziendale di organizzazione e funzionamento dell'OdC vigente.

b) Case di Comunità

Le CdC rappresentano lo strumento di coordinamento di tutti i servizi offerti sul territorio con il compito di garantire la presa in carico unitaria dell'assistito, in particolare di quello affetto da patologie croniche e l'offerta di servizi integrata e multidisciplinare, di tipo continuativo, attraverso la partecipazione dei MMG e PLS, attraverso le proprie aggregazioni funzionali, gli specialisti ambulatoriali, gli infermieri di comunità, i medici UCA, ecc.

Sulla base delle esigenze territoriali, in parte mutate rispetto all'epoca della prima individuazione degli interventi riferiti al PNRR, la ASL procederà alla definizione del Piano attuativo della rete costituita dalle n.10 CdC individuate, al fine di meglio caratterizzare il ruolo di ciascuna di esse nella rete territoriale, relativamente alla funzione hub e spoke e alle possibili vocazioni ad esse attribuite: sede di erogazione dei servizi sanitari per la cronicità stabile; luogo di erogazione prevalentemente dei servizi di cure primarie integrate con le cure domiciliari e la continuità assistenziale; sede per la segnalazione, accesso (PUA), case management ed orientamento ai

servizi; ed infine luogo di valorizzazione e creazione delle reti sociali, promozione della salute e medicina di iniziativa.

Il Piano terrà conto della necessità di assicurare alla popolazione di riferimento l'offerta dei servizi "di base" (accesso, presa in carico, assistenza domiciliare, servizi infermieristici, assistenza farmaceutica, rete dei consultori, ecc) unitamente a quelli inerenti l'accesso a servizi e prestazioni sanitarie erogate da altre strutture, compreso il privato accreditato.

c) Centrali Operative Territoriali

Le COT svolgono una funzione di coordinamento organizzativo importate e centrale della presa in carico della persona, allo scopo di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza: il raccordo tra servizi e professionisti coinvolti a vario titolo nel processo assistenziale, soprattutto nella gestione dei processi di transizione – step down e step - up, di invio e dimissione per evitare uso improprio ed interpretazioni differenti sui target di bisogno di riferimento.

Nelle more della predisposizione del sistema informativo centralizzato regionale (Centrale Operativa Regionale NEA 116117) e del successivo utilizzo a livello locale, la Asl AV individua la già prevista COT del Distretto di Avellino, quale COT aziendale COT - A, cui affidare la gestione prevalentemente di dimissioni complesse del flusso step down, ossia dal livello ospedaliero verso i servizi territoriali; il livello ospedaliero comprende tutti i presidi della rete ospedaliera regionale, sia pubblici che privati, che afferiscono al territorio di competenza della ASL e che devono essere prioritariamente gestiti nel Distretto Sanitario di provenienza del paziente.

Con le novità introdotte dalla DGRC n. 682/2022, che prevede l'istituzione di una COT in ogni Distretto dell' ASL, sono individuate ulteriori n. 2 Centrali Operative Territoriali da allocare rispettivamente in strutture del Distretto di Atripalda e del Distretto di S. Angelo dei Lombardi, il cui personale ricade nel Piano del Fabbisogno del PNRR .

Le funzioni delle COT distrettuali sono quelle di gestire in primo luogo la rete di prossimità per le cronicità, organizzando gli accessi alle cure intermedie e domiciliari attraverso il sistema informativo predisposto; in questa direzione la COT - D sviluppa i flussi di tipo step - up sia in situazioni di occasionalità del bisogno che di frequenza di accesso, come nel caso dei pazienti cronici.

Le attività e gli strumenti operativi delle COT saranno definiti in apposito Regolamento di organizzazione e funzionamento.

d) Sviluppo dei progetti di telemedicina a sostegno della rete territoriale

Le nuove strutture previste dal PNRR operano in funzione di infrastrutture digitali per l'erogazione di servizi assistenziali basati anche sulla telemedicina, al fine di favorire l'interoperabilità ed il trasferimento delle informazioni sanitarie.

L'Azienda prevede di implementare il piano di sviluppo della telemedicina a livello locale parallelamente al potenziamento del portale e della APP regionale SINFONIA per il completamento dei servizi sanitari (prenotazioni, consultazione referti ecc.) e alla diffusione della piattaforma SINFONIA Telemedicina.

In particolare date le peculiari caratteristiche orografiche del territorio di competenza, con aree rurali e/o disagiate, obiettivo principale è quello di migliorare l'accessibilità e la qualità dell'assistenza sanitaria, attraverso l'utilizzo della telemedicina per supportare la fruibilità di cure, servizi di diagnosi e consulenza medica a distanza, anche attraverso l'introduzione della Cartella Clinica Territoriale.



AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO

Allegato “D” **Regolamenti**

DIRETTORE GENERALE
Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante

REGOLAMENI VIGENTI		
N.C.	ATTO	OGGETTO
ANNO 2023		
1	Deliberazione n. 44 del 24/01/2023	Percorso attuativo di certificabilità dei bilanci delle aziende sanitarie PAC approvazione delle procedure area immobilizzazione IM1-IM2-IM3-IM4
2	Deliberazione n. 40 del 18/01/2023	Percorso attuativo di certificabilità dei bilanci delle aziende sanitarie PAC approvazione della procedura FV1 "Gestione fondi vincolati e monitoraggio linee progettuali "
ANNO 2022		
1	Deliberazione n. 2250 del 06/12/ 2022	Adozione Regolamento aziendale per la formazione di una short list di avvocati esterni, finalizzato al conferimento di incarichi legali per la difesa in giudizio della ASL Avellino
2	Deliberazione n. 2227 del 02/12/ 2022	Ricostituzione Collegio di Direzione ASL Avellino di cui alla Delibera n. 81 del 18/01/2016 e approvazione schema aggiornato del Regolamento di organizzazione e funzionamento del Collegio di Direzione di cui alla Delibera n. 1651 del 22/12/2017
3	Deliberazione n. 1854 23/09/2022	Adozione regolamento e ricostituzione comitato valutazione sinistri.
4	Deliberazione n. 1392 01/07/2022	Regolamento relazioni sindacali dirigenza sanità
5	Deliberazione n. 1385 del 30/06/2022	Adozione nuovo Regolamento per l'organizzazione, il funzionamento della UOC Assistenza Giuridico Legale e la corresponsione dei compensi agli avvocati
6	Deliberazione n. 1341 del 29/06/2022	Regolamento pronta disponibilità
7	Deliberazione n. 1340 del 29/06/2022	Protocollo per l'esercizio del diritto di sciopero Area sanità – Area funzioni locali – Comparto sanità. Adozione.
8	Deliberazione n. 1313 del 22/06/2022	Regolamento relazioni sindacali Dirigenza Area funzioni locali PTA. Adozioni
9	Deliberazione n. 1312 del 22/06/2022	Regolamento relazioni sindacali comparto. Adozione
10	Deliberazione n. 491 del 23/03/2022	Regolamento incentivi funzioni tecniche D. Lgs 50/2016. Modifiche
11	Deliberazione n. 304 del 28/02/2022	Adozione regolamento per la ripartizione degli incentivi alle attività relative a progettazione, affidamento, esecuzione e collaudo nell'ambito

		dei contratti per l'affidamento di lavori, servizi e fornitura.
12	Deliberazione n. 238 del 15.02.2022	Adempimenti D. Lgs. 81/08: Adozione Regolamento "Attività RLS ai sensi del D. Lgs. 81/2008 - e Regolamento "Attività R.L.S. ai sensi del D. Lgs. 81/2008"
ANNO 2021		
1	Deliberazione n. 2059 del 10.12.2021	Nuovo regolamento per attribuzione di una fascia retributiva superiore progressioni orizzontali. Adozione
2	Deliberazione n. 2035 del 06.12.2021	Regolamento per il conferimento, la conferma e la revoca degli incarichi dirigenziali dell'Area Funzioni Locali (PTA). Adozione
3	Deliberazione n. 2014 del 01.12.2021	Regolamento per il conferimento, la conferma e la revoca degli incarichi dirigenziali dell'Area Sanità. Adozione
4	Deliberazione n. 1856 del 29.10.2021	Adozione nuovo regolamento per la gestione e l'iscrizione alla piattaforma informatica albo fornitori
5	Deliberazione n. 1025 del 25.06.2021	Assistenza Primaria approvazione Regolamento scelte fuori ambito
6	Deliberazione n. 701 del 07.05.2021	Approvazione regolamento per assegnazione borse di studio
ANNO 2019		
1	Deliberazione n. 309 del 12.03.2019	Approvazione nuovo regolamento procedimenti disciplinari dipendenti Area Comparto
2	Deliberazione n. 308 del 12.03.2019	Approvazione nuovo regolamento procedimenti disciplinari dipendenti Area Dirigenza medica., veterinaria, sanitaria, amministrativa, tecnica e professionale
ANNO 2018		
1	Deliberazione n. 1120 del 20/07/2018	Adozione regolamento videosorveglianza
2	Deliberazione n. 1739 del 11/12/2018	RSA Disabili Bisaccia. Adozione regolamento di organizzazione e funzionamento.
3	Deliberazione n. 947 del 15/06/2018	Istanze di indennizzo ai sensi della L. 210/92 e s.m.i. Adozione nuovo regolamento.
4	Deliberazione n. 937 del 15/06/2018	Adozione regolamento commissione COM. Sostituzione regolamento COM in delibera n. 408 del 07/04/2010
5	Deliberazione n. 894 del 06/06/2018	Delibera n. 291 del 22/02/2018 – Modifica regolamento e manuale procedure NOC
6	Deliberazione n. 713 del 15/05/2018	Processo di gestione del farmaco e dei dispositivi medici presso i Presidi di Continuità

		Assistenziale e sedi SAUT. Adozione regolamento.
7	Deliberazione n. 709 del 11/05/2018	Approvazione regolamento interno concernete gli istituti giuridici dei contratti di finanziamento contro cessione del V° - Personale dipendente.
8	Deliberazione n. 291 del 02/02/2018	Regolamento e manuale delle procedure CTM/CCAA/ NOC
9	Deliberazione n. 137 del 01/02/2018	Regolamento Comitato Partecipativo e Consultivo dell'ASL Avellino. Azione nuovo regolamento
10	Deliberazione n. 19 del 10/01/2018	Regolamento di Pubblica Tutale dell'ASL Avellino. Adozione nuovo regolamento
11	Deliberazione n. 08 del 03/01/2018	Cure Domiciliari Integrate. Adozione nuovo regolamento.
12	Deliberazione n. 07 del 03/01/2018	Regolamento aziendale per l'esercizio del diritto di accesso alla documentazione amministrativa ASL Avellino, ai sensi della legge 241/90 e s.m.i. Adozione nuovo regolamento
13	Deliberazione n. 06 del 03/01/2018	Regolamento gestione autoparco dell'Azienda Sanitaria Locale Avellino. Adozione nuovo regolamento.
14	Deliberazione n. 05 del 03/01/2018	Regolamento per l'esercizio del diritto civico ai documenti, informazioni e dati detenuti dall' ASL Avellino (art. 5 commi 1 e 2 del D. Lgs. n. 33/2013: Adozione novo regolamento .
15	Deliberazione n. 04 del 03/01/2018	Regolamento per la disciplina degli incarichi extraistituzionali. Adozione nuovo regolamento.
16	Deliberazione n. 03 del 03/01/2018	Regolamento per le discipline delle prestazioni aggiuntive. Adozione nuovo regolamento
ANNO 2017		
1	Deliberazione n. 1689 del 22/12/2017	Regolamento " Accertamenti Medico Legali - Adozione "
2	Deliberazione n. 1670 del 22/12/2017	Dipartimento di Prevenzione. Adozione nuovo Regolamento
3	Deliberazione n. 1669 del 22/12/2017	Adozione nuovo regolamento - Trasparenza
4	Deliberazione n. 1660 del 22/12/2017	Acquisizione di beni, servizi e lavori. Adozione nuovo regolamento
5	Deliberazione n. 1652 del 22/12/2017	Modifica deliberazione n. 1266/2015 Manuale, protocollo, e archivio. Adozione nuovo regolamento
6	Deliberazione n. 1649 del 22/12/2017	Regolamento aziendale per l ' Attività Libero Professionale Intramuraria (ALPI). Adozione nuovo regolamento.

è	Deliberazione n. 1648 del 22/12/2017	Regolamento dell'Organismo Indipendente di Valutazione. Adozione
8	Deliberazione n. 1647 del 22/12/2017	Sistema di misurazione e valutazione delle performance nonché collegamento con il sistema premiante. Adozione regolamento
9	Deliberazione n. 1646 del 22/12/2017	Procedure controllo interno. Adozione nuovo regolamento.
10	Deliberazione n. 1645 del 22/12/2017	Regolamento di modalità di valutazione degli incarichi e graduazioni delle funzioni. Adozione nuovo Regolamento
11	Deliberazione n. 1644 del 22/12/2017	Regolamento aziendale rimborso spese di viaggio, vitto e pernottamento. Adozione nuovo Regolamento
12	Deliberazione n. 1643 del 22/12/2017	Regolamento di organizzazione e funzionamento Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze. Adozione nuovo regolamento
13	Deliberazione n. 1642 del 22/12/2017	Regolamento per il funzionamento del Comitato Unico di Garanzia (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni dell'ASL Avellino. Adozione nuovo regolamento
14	Deliberazione n. 1641 del 22/12/2017	Cessione dei crediti. Adozione nuovo Regolamento.
15	Deliberazione n. 1640 del 22/12/2017	Attribuzione fascia economica superiore comparto. Adozione nuovo regolamento.
16	Deliberazione n. 1639 del 22/12/2017	Relazioni sindacali. Adozione nuovo regolamento
17	Deliberazione n. 1638 del 22/12/2017	Adozione regolamento. Posizioni Organizzative ASL Avellino
18	Deliberazione n. 1637 del 22/12/2017	Sicurezza dati. Adozione nuovo regolamento.
19	Deliberazione n. 1636 del 22/12/2017	Utilizzazione servizi di telefonia fissa e mobile. Adozione nuovo Regolamento
20	Deliberazione n. 1635 del 22/12/2017	Contabilità e bilancio. Adozione nuovo regolamento
21	Deliberazione n. 1634 del 22/12/2017	Regolamento aziendale sui rapporti di lavoro a tempo parziale. Adozione nuovo regolamento
22	Deliberazione n. 1633 del 22/12/2017	Regolamento mobilità interna comparto. Adozione nuovo regolamento
23	Deliberazione n. 1625 del 22/12/2017	La Consulta Socio Sanitaria. Adozione regolamento