

all'attuazione della programmazione aziendale.

La gestione degli assetti organizzativi che derivano dalla programmazione sono in capo alle Direzioni Sanitarie di Presidio e/o di Distretto.

Il Direttore di dipartimento predispone il piano di razionalizzazione complessivo delle attività tra le sedi, confrontandosi con i Direttori di Presidio Ospedaliero e/o di Distretto, piano che viene approvato dalla Direzione Aziendale.

Il dipartimento può disporre collocazioni temporanee di personale o di dotazioni strumentali tra le varie sedi in relazione ad accertate esigenze di servizio segnalate dalle Direzioni Sanitarie di Presidio e/o di Distretto.

Le responsabilità del Direttore del dipartimento in tema di: verifiche periodiche sulla qualità, trattamento dei dati del dipartimento (ai sensi del d.lgs. 30.6. 2003 n.196 e s.m.i.), sicurezza e salute dei lavoratori (ai sensi del d.lgs. 81/08 e s.m.i.), sono dettagliate nel contratto di attribuzione dell'incarico.

Il comitato di dipartimento

Per quanto riguarda la sua costituzione ed in generale le funzioni e competenze, vale quanto riportato all'art. 8 del presente atto.

ART. 13 - LE STRUTTURE

Definizione

Per struttura si intende l'articolazione organizzativa alla quale è attribuita la responsabilità di gestione di:

- risorse umane
- risorse strumentali e strutturali
- risorse finanziarie.

Sono strutture dell'Azienda:

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

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

- Livello di specializzazione già presente nella struttura o previsto negli atti di programmazione regionale;
- Unicità e/o valenza strategica aziendale - tecnostruttura;
- Complessità dell'articolazione interna e numero di posti letto;
- Volumi di attività, andamento dei tassi di occupazione, case-mix, indice di complessità, peso totale e peso medio dei DRG, ricoveri ripetuti, ricoveri anomali, indice operatorio;

- Consistenza, tipologia e adeguatezza delle risorse strumentali e loro grado di utilizzazione;
- Consistenza delle risorse umane e tecnico-professionali.

L'azienda tenendo conto dei criteri sopra descritti e di altri quali:

- l'afferenza organizzativa;
- la funzione svolta (strategica) e la sua unicità;
- le risorse gestite (umane – tecnologiche - economiche);
- il coordinamento di funzioni/attività;
- particolari competenze aziendali affidate e/o delegate dalla Direzione generale;

gradua il "peso" delle varie strutture.

Le strutture possono afferire a dipartimenti strutturali o funzionali (anche in via esclusiva) o non afferire a nessun dipartimento.

Le strutture di staff

Le funzioni di staff possono essere articolate in strutture complesse (U.O.C) o semplici (U.O.S.D./U.O.S.) a seconda della complessità della funzione svolta e al grado di partecipazione agli obiettivi dell'Azienda.

Le strutture di staff, complesse o semplici, sono articolazioni organizzative alle quali è attribuita responsabilità di gestione diretta di risorse umane e tecniche, il cui direttore o responsabile dipende dalla Direzione Strategica.

Unità Operative Complesse

Le Unità Operative sono le articolazioni interne dell'Azienda nell'ambito delle quali sono aggregate competenze professionali e risorse (umane, tecnologiche, strumentali) espressamente finalizzate all'assolvimento di specifiche e definite funzioni di amministrazione, di programmazione o di produzione di prestazioni o servizi sanitari, la cui complessità organizzativa (numerosità e variabilità delle risorse professionali, dimensione e sofisticazione del sistema tecnico, costi di produzione) o la cui valenza strategica (interfaccia con istituzioni o organismi esterni all'Azienda, volume delle risorse da allocare, livello di interazione che caratterizza gli interventi) rendono opportuna l'individuazione di una posizione con responsabilità organizzativa e di gestione delle risorse umane tecniche e finanziarie assegnate.

Le Unità Operative si distinguono in complesse e semplici in relazione all'intensità assunta dalle variabili sopra citate e all'ampiezza degli ambiti di autonomia e di responsabilità conferiti dall'Azienda.

Sono complesse le Unità Operative che esercitano funzioni di amministrazione per settori di attività o assicurano funzioni di produzione di prestazioni o servizi, individuati come prioritari dalla programmazione regionale o aziendale e che mobilitano un volume di risorse o un valore complessivo della produzione quantitativamente o qualitativamente significativo.

Per quanto concerne le Unità Operative semplici, esse possono qualificarsi sia quali articolazioni interne dell'Unità Operativa Complessa, sia quali strutture aventi valenza Dipartimentale.

In generale, sono semplici le Unità Operative che:

- assicurano attività riconducibili ad una linea di produzione chiaramente individuabile nell'ambito di quella dell'Unità Operativa Complessa di riferimento;
- sono contrassegnate da una struttura di produzione con significativo valore economico, in termini sia di tecnologie che di risorse utilizzate.

All'interno della struttura organizzativa, infine, si identifica come Ufficio quell'insieme di risorse destinate a gestire tematiche specifiche.

Ciascuna Unità operativa può afferire ad una o più Aree funzionali di Coordinamento/Dipartimenti, partecipando in tale ambito alla definizione di PDTA e percorsi organizzativi a valenza sovra distrettuale.

Le strutture complesse sono caratterizzate da un elevato grado di autonomia gestionale e da piena responsabilità nella realizzazione di processi operativi.

Sono caratterizzate dai seguenti requisiti:

- dimensioni organizzative rilevanti
- dotazione di personale specialistico dedicato
- aree fisiche assegnate e dedicate
- attrezzature dedicate
- risorse finanziarie (budget)
- rilevanza strategica.

La denominazione e le funzioni di pertinenza delle strutture cliniche e territoriali corrisponde alle discipline di cui al D.P.R. 484/97. Per quelle territoriali la riconduzione alla disciplina di riferimento è esplicitata nella declaratoria delle relative funzioni.

Per l'individuazione delle strutture professionali/tecniche/amministrative e di supporto viene seguito il principio della distinzione tra pianificazione – sviluppo, supporto – gestione e controllo.

Ai fini della razionalizzazione del sistema di offerta e della riduzione della spesa e, comunque senza oneri aggiuntivi, possono essere perseguite forme di collaborazione per la gestione coordinata di servizi erogati in più aziende sotto la direzione di un'unica struttura complessa incardinata in una di esse. Le Aziende Sanitarie interessate regolano, tramite convenzioni, l'organizzazione ed i rapporti giuridici, economici e gerarchici che ne sottendono l'operatività.

Viene prevista la possibilità di attivare per alcune funzioni strutture interaziendali, le regole applicate per l'individuazione di tali strutture ricalcano quelle previste per i dipartimenti interaziendali.

Criteri e Parametri per la Costituzione, il Mantenimento e la Riconversione delle Unità Operative (UOC, UOSD, UOS) in ambito Ospedaliero.

Criteri di Programmazione delle Unità Operative Complesse (UOC)

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

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

Con nota 279-P del 17.7.2012 il Direttore Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, nel chiarire che "lo standard 17,5 posti letto per struttura complessa è da intendersi a livello regionale", ha precisato che "ogni regione, nell'ambito della propria autonomia gestionale e organizzativa, potrà emanare direttive, fermo restando l'obiettivo del raggiungimento di tali standard su scala regionale, articolando i parametri regionali anche in funzione delle riconosciute e documentate specificità tecnico-assistenziali, ovvero tecnico scientifiche delle rispettive Aziende o Enti del SSN, che svolgono attività di alta specializzazione o di ricerca transnazionale, attività

didattiche e formative, cui la Regione intende assegnare un particolare ruolo di rilevanza nazionale ed internazionale". Di seguito la Regione Campania con DCA 18/2013 ha articolato i parametri sopra riportati per la programmazione delle strutture complesse in ambito ospedaliero, in modo da tener conto del diverso ruolo svolto dalle strutture ospedaliere nell'ambito del servizio sanitario regionale e della maggiore o minore complessità dell'articolazione interna che si determina in funzione del numero e della rilevanza delle funzioni attribuite ed in particolare delle specificità tecnico assistenziali delle Aziende Ospedaliere e delle esigenze scientifiche e didattiche delle Aziende Ospedaliere Universitarie e IRCCS di diritto pubblico.

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

Per i Presidi Ospedalieri delle Aziende Sanitarie Locali: 1 struttura complessa ogni 22 posti letto tale standard è da intendersi a livello aziendale e può essere declinato dall'azienda in modo diverso da presidio a presidio.

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

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

Il presente Atto Aziendale garantisce il pieno rispetto del numero totale delle unità operative complesse, semplici e semplici dipartimentali come stabilito dal citato DCA 18/2013, dal DM 70/2015 e dal DCA 8/2018, come esplicitato nelle tabelle allegate al presente piano.

A seconda del grado di intensità assistenziale, nel rispetto della programmazione prevista dal DCA 8/2018, alcune unità operative sono state organizzate in Aree Funzionali Omogenee (AFO) al fine di ottimizzare le risorse anche attraverso la riorganizzazione degli spazi, l'aggregazione dei reparti e possibili modifiche strutturali che ne consentano una gestione efficiente. L'individuazione delle unità operative, complesse o semplici, è stata definita nell'Atto Aziendale sulla base di quanto stabilito dall'atto di indirizzo regionale. Le stesse sono state definite sulla base di una adeguata dotazione di risorse professionali, operative e organizzative, rispetto alla necessità di contare su una massa critica adatta qualitativamente e quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi.

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

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

Le UOC dovranno assicurare il mantenimento di adeguati volumi di attività tramite il contenimento della degenza, il livello di utilizzazione delle sale operatorie, dei servizi ambulatoriali e dei laboratori di diagnostica, e la conseguente realizzazione dei medesimi livelli di output. Di norma, ogni UOC garantirà l'erogazione di prestazioni di natura diagnostica clinica e strumentale, nonché di natura terapeutica o riabilitativa in misura tale da:

- contribuire al contenimento dei tempi di attesa entro i limiti stabiliti in sede aziendale sulla base delle linee di indirizzo regionale;
- mantenere il volume di attività allineato con il criterio che prevede che le prestazioni erogate in

regime libero-professionale, per ciascuna tipologia, non possono superare quelle erogate in regime istituzionale;

- contribuire all'appropriatezza prescrittiva e al contenimento della spesa sia di farmaci che di dispositivi medici.

A tal fine le UOC:

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

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

UOSD in ambito Ospedaliero

Con il presente Atto aziendale si costituiscono Unità Operative Semplici Dipartimentali che abbiano una funzione assistenziale assegnataria di risorse umane, strutturali, strumentali e materiali indispensabili per realizzare gli obiettivi di assistenza; in grado di erogare autonomamente, in ambito medico o chirurgico o sanitario, generale o specialistico, servizi in regime di degenza ordinaria o a ciclo diurno, o servizi ambulatoriali, o mix complessi di prestazioni terapeutiche o di diagnostica strumentale incruenta e/o invasiva; strategicamente rilevante per il buon funzionamento del Dipartimento a cui afferiscono e delle UOC in esso comprese, senza sovrapposizione con le attività delle stesse, tranne eventuali situazioni transmurale; caratterizzata da performance, quali quantitativamente misurabili, realizzate ai fini del trattamento diagnostico, terapeutico e riabilitativo dei pazienti, in funzione del conseguimento di idonei livelli di valorizzazione economica del prodotto reso disponibile; adeguata dotazione organica autonoma.

UOS in ambito Ospedaliero

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

Criteri e Parametri per la Costituzione, il Mantenimento e la Riconversione delle Unità Operative (UOC, UOSD, UOS) in ambito Territoriale.

UOC in ambito Territoriale

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

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

Le Unità operative complesse di norma sono caratterizzate da:

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

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

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

UOSD in ambito Territoriale

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

UOS in ambito Territoriale

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

Su argomenti specifici o per necessità contingenti significative, l'Azienda può istituire "Unità/Servizi/Attività/Centri", formati da più soggetti le cui attività sono comunque collegate alla Struttura di riferimento o alla Direzione da cui dipendono. Essi non costituiscono strutture organizzative.

ART. 14 - GLI INCARICHI DIRIGENZIALI

Incarichi dirigenziali

L'Azienda, attraverso una metodologia trasparente e basata su elementi di oggettività, definisce la mappatura complessiva e la graduazione delle singole posizioni di cui necessita, coerentemente con gli obiettivi strategici e i valori posti a fondamento della propria missione.

A ciascun incarico dirigenziale è correlata una funzione dirigenziale; tutte le funzioni dirigenziali dell'Azienda sono, una volta individuate, graduate dall'Amministrazione in maniera oggettiva. A ciascuna funzione, e pertanto a ciascun incarico dirigenziale, è correlato un valore economico determinato negli importi fissati nel rispetto del sistema delle relazioni sindacali.

Tutti gli incarichi dirigenziali sono conferiti con atto scritto e motivato del Direttore Generale ai Dirigenti in possesso dei requisiti prescritti dal CCNL, nell'ambito dell'assetto organizzativo dell'Azienda e nel rispetto delle disposizioni di legge vigenti e delle norme contenute nei contratti collettivi nazionali di lavoro. Le procedure e i criteri di graduazione, affidamento, valutazione e revoca sono contenute nel regolamento aziendale per il conferimento degli incarichi dirigenziali. L'Azienda conferisce alla dirigenza le seguenti tipologie di incarico:

- Incarico Gestionale – includono necessariamente ed in via prevalente la responsabilità di gestione di risorse umane e strumentali:
 - Incarichi di direzione di struttura complessa;
 - Incarichi di responsabilità di struttura semplice o incarichi di responsabilità di struttura semplice dipartimentale;
- Incarico Professionale – includono competenze e funzioni legate all'ambito professionale del dirigente:
 - Incarichi di natura professionale anche di altissima specializzazione, alta specializzazione, di consulenza, di studio, e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo;
 - Incarichi di natura professionale di base, conferibili a dirigenti con meno di cinque anni di servizio che abbiano superato i 6 mesi di prova.

Il contratto individuale disciplina la durata, il trattamento economico e gli obiettivi da conseguire nell'ambito dell'incarico conferito. L'Azienda adotta il sistema di valutazione degli incarichi dirigenziali sulla base di una metodologia impostata nel pieno rispetto dei principi di trasparenza, oggettività e partecipazione del valutato disposti dalla specifica normativa e dai vigenti CCNL.

L'affidamento degli incarichi ai dirigenti è preceduto dall'individuazione del profilo professionale richiesto dalla posizione da ricoprire. Nella definizione del profilo l'Azienda tiene comunque conto delle capacità necessarie a:

- Programmare e gestire le risorse umane, economico-finanziarie, organizzative, tecnologiche per la realizzazione degli obiettivi della struttura assegnata;
- Integrare la propria posizione e il servizio presidiato con il sistema aziendale, per garantire

l'efficace funzionamento dell'unità organizzativa diretta e dell'intero sistema;

- Realizzare dinamiche organizzative e di relazione basate su flussi trasparenti di informazioni, utili alla partecipazione collaborativa ed al consenso e in grado di garantire il rispetto dei diritti, dei bisogni, delle aspettative dei cittadini;
- Affrontare e risolvere in modo positivo i problemi riscontrati, anche proponendo soluzioni innovative;
- Operare in modo efficace nell'esercizio delle competenze tecnico specialistiche.

I criteri e parametri per la graduazione degli incarichi dirigenziali rispettano l'art 91 del CCNL:

- Tipologia;
- Complessità;
- Grado di autonomia;
- Affidamento e gestione budget;
- Consistenza delle risorse;
- Importanza e delicatezza della funzione;
- Svolgimento di funzioni;
- Grado di Competenza;
- Utilizzazione di metodologie/strumentazioni innovative;
- Affidamento di programmi di ricerca etc;
- Produzione di entrate;
- Rilevanza degli incarichi;
- Ampiezza del bacino di utenza;
- Valenza strategica della struttura rispetto agli obiettivi aziendali;

La revoca dell'incarico affidato avviene con atto scritto e motivato a seguito dell'accertamento della sussistenza di una delle cause previste dalle vigenti norme legislative (nazionali e regionali) e contrattuali, secondo le procedure previste dalle norme stesse, dall'apposito regolamento Aziendale per l'affidamento degli incarichi e comunque nel rispetto dei principi del contraddittorio e della trasparenza.

ART. 15 - INCARICHI DEL PERSONALE DEL COMPARTO

Il sistema degli incarichi per il personale del comparto è conforme a quanto previsto dai contratti collettivi nazionali di lavoro e quanto previsto dal Regolamento Aziendale.

La natura delle funzioni di coordinamento si inquadra in una funzione direttiva e organizzativa che assicura la qualità assistenziale e tecnica e/o i processi organizzativi nell'ambito dell'Unità Operativa di assegnazione.

L'Azienda adotta un regolamento per la disciplina delle procedure di conferimento degli incarichi.

Gli incarichi di funzione conferibili al Personale del Comparto sono individuati dal Direttore Generale, in relazione alle proprie esigenze organizzative, e sono graduati sulla base degli elementi indicati dal Regolamento Aziendale.

In particolare la selezione dei candidati richiederà la valutazione comparata dei curricula formativi e professionali, tenuto conto della funzione da ricoprire, dell'esperienza maturata e dei risultati di un colloquio motivazionale.

L'Azienda conferisce al personale del comparto le tipologie di incarico come previsto dal CCNL.

Gli incarichi vengono individuati sulla base della propria organizzazione, definendone i contenuti di

autonomia gestionale e organizzativa. In ragione di ciò la mappatura è suscettibile di modifica/variazione a seguito di processi di riorganizzazione Aziendali o di modifiche apportate all'assetto organizzativo delle singole Strutture.

Le procedure e i criteri di graduazione, affidamento, valutazione e revoca sono contenute nel regolamento aziendale per il conferimento degli incarichi di funzione del personale del comparto. I criteri e parametri per la graduazione degli incarichi sono:

- Dimensione organizzativa di riferimento;
- Livello di autonomia e responsabilità della posizione;
- Tipo di specializzazione richiesta;
- Complessità ed implementazione delle competenze;
- Valenza strategica rispetto agli obiettivi dell'Azienda.

L'incarico conferito con deliberazione del Direttore Generale, è soggetto a valutazione ed è rinnovato a seguito di valutazione positiva oppure cessa in caso di valutazione negativa.

La revoca dell'incarico affidato avviene con atto scritto e motivato a seguito dell'accertamento della sussistenza di una delle cause previste dalle vigenti norme legislative (nazionali e regionali) e contrattuali, secondo le procedure previste dalle norme stesse, dall'apposito regolamento Aziendale per l'affidamento degli incarichi e comunque nel rispetto dei principi del contraddittorio e della trasparenza.

ART. 16 - DOTAZIONE ORGANICA/FABBISOGNO DEL PERSONALE

Allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai Cittadini l'Azienda adotta il Piano triennale dei fabbisogni del Personale.

L'Azienda indica la consistenza della dotazione organica e la sua eventuale rimodulazione in base ai fabbisogni programmati. Tutta la copertura dei posti vacanti avviene nei limiti delle assunzioni consentite a legislazione vigente.

TITOLO IV. MODALITA' DI GESTIONE, DI CONTROLLO E DI VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE

ART. 17 - PROCEDURE DI CONSULTAZIONE AL FINE DELLA PREDISPOSIZIONE DEGLI ATTI DI PROGRAMMAZIONE

La programmazione in azienda avviene nel rispetto degli indirizzi presenti nel Piano Sanitario Regionale e dei Programmi Operativi, applicando le linee di indirizzo e rapportandole ai bisogni di salute della popolazione di riferimento.

Per questa funzione l'azienda si avvale delle proprie strutture, in particolare quelle in staff, cui sono demandati ruoli di programmazione e come indicato all'art. 7, un particolare ruolo ricopre il Collegio di Direzione.

PIANIFICAZIONE STRATEGICA, PROGRAMMAZIONE, BUDGETING

L'azienda adotta il metodo della pianificazione strategica delle proprie attività intesa come processo di correlazione fra gli obiettivi predeterminati e le decisioni assunte a livello organizzativo per il loro conseguimento. L'intero percorso è gestito dall' U.O.C. Programmazione per quanto riguarda le fasi di individuazione ed adozione e Politiche del personale e gestione strategica delle Risorse Umano per

quanto riguarda la negoziazione e la valutazione.

Il processo di pianificazione è articolato in modo integrato e flessibile in fasi successive:

- individuazione delle aree di bisogno e di domanda di servizio;
- individuazione degli obiettivi prioritari di intervento nel quadro delle indicazioni della programmazione sanitaria nazionale e regionale;
- valutazione delle risorse necessarie al raggiungimento degli obiettivi nei limiti delle disponibilità effettive;
- attivazione dei programmi d'intervento predisposti;
- verifica dei risultati conseguiti (intermedi e finali) a conferma o modifica del processo in relazione agli indici di accostamento - scostamento verificati nel raffronto obiettivi/risultati.

Il processo di programmazione dà attuazione agli obiettivi determinati dalla pianificazione strategica mediante la individuazione delle modalità tecniche/organizzative necessarie e opportune per il conseguimento degli stessi ed è articolato in fasi successive e integrate:

- presa d'atto e valutazione delle scelte strategiche;
- valutazione delle modifiche/integrazioni/innovazioni da portare all'assetto organizzativo e funzionale dei servizi in ragione delle nuove scelte strategiche;
- conseguente predisposizione dei programmi da sviluppare previa definizione analitica dei fabbisogni di risorse professionali, tecnologiche e finanziarie da impiegare.

Il processo di budgeting tende in particolare a definire, a livello dei singoli centri di responsabilità individuati dal modello organizzativo dell'azienda, obiettivi specifici di carattere operativo per l'attuazione delle scelte della programmazione, previa assegnazione delle risorse da mettere a disposizione ai fini del conseguimento degli stessi nell'arco temporale previsto. Il processo di budgeting si articola a sua volta in fasi successive e integrate:

- linee guida del processo;
- formulazione delle proposte di budget a cura dell'U.O.C. Controllo Interno di Gestione e dal Servizio Economico Finanziario;
- definizione negoziata delle proposte definitive;
- approvazione del budget.

Il processo di reporting è finalizzato a realizzare un costante e capillare confronto tra obiettivi prestabiliti e risultati conseguiti anche ai fini di eventuali azioni correttive, valutazioni significative sul potenziale organizzativo delle aree interessate previa identificazione dei destinatari, delle specifiche finalità e caratteristiche dei reports nonché dei parametri per la valutazione.

L'azienda, mediante l'attivazione dei processi suddetti e il loro progressivo affinamento, intende realizzare la più significativa espressione della integrazione operativa fra la Direzione generale e tutte le articolazioni organizzative al suo interno, dando spazio e significato strategico alla responsabilizzazione diretta dei dirigenti ed identificando nel contributo partecipativo degli stessi lo strumento essenziale per la qualificazione dell'offerta di servizio e per le realizzazioni o finalità istituzionali.

ART. 18 - DISCIPLINA DEI CONTROLLI INTERNI

Articolazione del controllo interno

Il controllo interno è articolato nelle seguenti funzioni, svolte dagli organi, strutture ed uffici previsti dalla legge:

- la valutazione ed il controllo strategico;

- il controllo e la regolarità amministrativa e contabile;
- la programmazione e controllo;
- la valutazione del personale.

Valutazione e controllo strategico

L'attività di valutazione e controllo strategico mira a verificare, in funzione dell'esercizio dei poteri di indirizzo da parte dei competenti organi, l'effettiva attuazione delle scelte contenute nelle direttive ed altri atti di indirizzo politico. L'attività stessa consiste nell'analisi, preventiva e successiva, della congruenza e/o degli eventuali scostamenti tra le missioni affidate dalle norme, gli obiettivi operativi prescelti, le scelte operative effettuate e le risorse umane, finanziarie e materiali assegnate, nonché nella identificazione degli eventuali fattori ostativi, delle eventuali responsabilità per la mancata o parziale attuazione, dei possibili rimedi.

Tali funzioni sono esercitate dalla Direzione generale, conformemente alle linee guida di indirizzo regionali, sulla base delle risultanze dell'attività dell'Organismo Indipendente di Valutazione, con il supporto delle strutture organizzative che operano a livello centrale e dal Collegio di Direzione.

Controllo regolarità amministrativa e contabile

Il controllo sulla regolarità amministrativa e contabile è esercitato dal Collegio Sindacale (cfr. art. 6) che svolge le seguenti funzioni:

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

Programmazione e controllo economico - sanitario

- Il sistema di Programmazione e Controllo affianca e supporta la Direzione generale nella fase di indirizzo, gestione e verifica.
- Il sistema di programmazione e controllo supporta la funzione dirigenziale dei responsabili delle unità operative dell'azienda e fornisce elementi all' Organismo Indipendente di Valutazione per le attività dello stesso.
- L'attività di controllo di gestione intende verificare l'efficacia e l'efficienza delle attività dell'azienda e delle unità organizzative della stessa, sia in fase di pianificazione che di verifica.
- Il controllo delle procedure e gestione delle attività amministrativo contabili è attività di controllo di secondo livello volta alla valutazione e miglioramento dei processi di controllo e di gestione dei rischi amministrativo- contabili, applica il piano dei controlli interni e coordina la sua attività con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

Valutazione del personale, performance individuale e organizzativa

- L'azienda, che considera la valutazione delle risorse umane come strumento di valorizzazione, utilizza un sistema di valutazione permanente che si rivolge a tutti i dipendenti in coerenza a quanto stabilito a riguardo dai contratti collettivi di lavoro.
 - La valutazione è riferita per tutti i dipendenti alle prestazioni professionali, ai comportamenti organizzativi e agli obiettivi raggiunti. I dirigenti a cui è assegnato un incarico di direzione di struttura vengono valutati sul raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Direzione Strategica.
 - Il procedimento per la valutazione è ispirato ai principi della diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte dell'organo proponente (o valutatore di prima istanza), della approvazione o verifica della valutazione da parte dell'organo competente (o valutatore di seconda istanza), della partecipazione al procedimento e del diritto al contraddittorio garantiti al valutato.
 - Gli organismi aziendali preposti alla verifica e valutazione dei dirigenti sono il Collegio tecnico, con funzioni di valutatore di seconda istanza relativamente alle attività professionali svolte ed all'Organismo Indipendente di Valutazione, relativamente ai risultati raggiunti.
 - Si recepiscono le disposizioni regionali che definiscono le modalità per la verifica annuale e finale dei dirigenti medici e sanitari (art. 15, comma 5, del D.lgs. 502/92 e s.m.i) e i criteri e le procedure per il conferimenti degli incarichi di direzione di struttura complessa (art. 15, comma 7 bis, del D.lgs. 502/92 e s.m.i).
 - Per la disciplina di tali procedure si fa inoltre riferimento alla regolamentazione aziendale concordata con le Delegazioni sindacali in sede di contrattazione collettiva integrativa.

Servizio Ispettivo

L'azienda ha istituito con atto deliberativo il Servizio Ispettivo, un'Unità Operativa Complessa, con il compito di esercitare, su delega del Direttore Generale dell'ASL le funzioni di verifica, controllo ed indagine di tutte le criticità, disservizi, anomalie ed incompatibilità, riguardanti le Strutture Sanitarie dell'ASL di Caserta, le Strutture Sanitarie Accreditate e non, che insistono sul territorio dell'ASL di Caserta (Cooperative, Case famiglia, ecc.), nonché sul Personale ad esse afferente.

Nell'espletamento delle proprie funzioni, il SIA agisce su delega del Direttore Generale dell'ASL mantenendo una posizione di assoluta autonomia collegata alla propria funzione di controllo, tale natura riveste una nomina fiduciaria diretta del Direttore Generale.

Qualora ne ravvisi la necessità, ha la possibilità di avvalersi in veste consultivo/collaborativa di Direttori o Dipendenti delle altre Strutture dell'ASL.

Esso ha il compito altresì di esercitare controllo e verifica, su disposizione degli Organi Regionali Competenti, sulle prestazioni di ricovero ospedaliero erogate dall'AORN di Caserta e dai Presidi Ospedalieri dell'Azienda, sulla base dei criteri di congruità, appropriatezza e qualità dettati dal DCA 6/2011 e successive modifiche, attraverso la disamina di cartelle cliniche e relative SDO.

ART. 19 - VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE E PROFESSIONALI - FORMAZIONE

Le risorse più importanti, tra le tante che un'azienda possiede, sono quelle umane, le quali hanno un ruolo centrale nel processo di creazione del valore per un'organizzazione.

Conoscere il potenziale umano presente in azienda e sfruttarlo al meglio è un fattore determinante, che consente alle organizzazioni di affermarsi nel proprio settore.

La selezione e gestione delle risorse umane è un momento fondamentale nella vita di un'organizzazione, poiché avere le "giuste" risorse umane è un elemento che differenzia un'azienda.

Gli elementi fondamentali della gestione delle risorse umane derivano da una strategia: è necessario quindi assumere un approccio metodologico alla gestione delle risorse umane, poiché la gestione strategica delle risorse umane ha un impatto positivo sulle performance aziendali.

La U.O.C Gestione Risorse Umane ricopre un ruolo chiave nelle aziende poiché si occupa di gestire e valorizzare le risorse umane, che sono appunto una risorsa cruciale e una fonte preziosa di vantaggio competitivo.

Le principali attività che svolge la Gestione Risorse Umane sono:

- La pianificazione del fabbisogno del personale;
- Il reclutamento e la selezione;
- La valutazione e la gestione delle carriere;
- La retribuzione.

- La Formazione

Il processo di valorizzazione del personale costituisce impegno prioritario della Direzione Generale e dei livelli dirigenziali dell'Azienda, si sviluppa nel rispetto della normativa del D.Lgs. 229/1999, della normativa regionale, dei CC.CC.NN.LL., riguarda tutte le componenti professionali operanti nell'Azienda, coinvolge le OO.SS., è coadiuvato dalle specifiche iniziative del Collegio di Direzione, si concretizza mediante progetti e programmi specifici definiti dall'Azienda e realizzati prioritariamente all'interno della stessa.

L'Azienda riconosce che la formazione permanente e continua, è lo strumento necessario per ottimizzare le risorse umane e per favorire il cambiamento organizzativo in grado di "garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale" (art. 16 bis, D. Lgs. 502/92). Coerentemente con questo impegno, l'Azienda destina risorse finanziarie ed organizzative per elaborare e realizzare specifici programmi formativi – annuali e pluriennali – volti a qualificare di continuo la professionalità degli operatori, sia dipendenti che convenzionati, tali programmi possono essere svolti sia all'interno dell'Azienda che presso strutture terze di alta formazione per implementare il livello professionale delle risorse umane aziendali. I progetti di formazione sono elaborati attraverso il coinvolgimento delle responsabilità e delle competenze presenti in Azienda con processi di verifiche che permettano di valutare l'efficacia dei risultati acquisiti in un clima aziendale favorevole a fornire servizi sempre più appropriati e di qualità.

In quest'ottica il personale dipendente dell'Azienda è posto al centro dell'attenzione come operatore che richiede identificazione, valorizzazione e sviluppo delle proprie competenze all'interno di un clima aziendale favorevole a fornire servizi sempre più appropriati e di qualità ai cittadini e pertanto considera la comunicazione una delle leve strategiche per il raggiungimento dei propri obiettivi e vi attribuisce una profonda valenza relazionale finalizzata all'ascolto, all'accoglienza e alla presa in carico dei bisogni formativi di cui necessitano i servizi di assistenza con una politica dell'appropriatezza attraverso una maggiore conoscenza del sistema sanitario adottando strategie di collaborazione con tutti i soggetti coinvolti nei processi di assistenza all'utenza.

Tra gli obiettivi principali dell'Azienda quello di assicurare lo sviluppo di un ambiente culturale favorevole all'integrazione tra la funzione di formazione e l'attività di assistenza e ricerca al fine di assicurare lo sviluppo e il trasferimento delle competenze del personale per il miglioramento delle condizioni di salute, benessere organizzativo e sicurezza negli ambienti di lavoro al fine di aggiornare e qualificare il personale in servizio; formare ed addestrare i nuovi assunti; promuovere nuove tecniche in relazione a necessità di organizzazione, tecnologiche o normative; creare l'opportunità di preparare "formatori" interni; risolvere non conformità di sistema ed implementare azioni correttive e preventive.

All'uopo promuove l'efficienza e la valorizzazione del capitale umano e delle risorse investite nelle strutture, negli impianti e nelle attrezzature sanitarie, secondo una visione olistica di sostenibilità ambientale, sociale ed economica di lungo periodo.

ART. 20 - DISCIPLINA DELLA FUNZIONE QUALITÀ E GOVERNO CLINICO

Nell'azienda i servizi sono erogati con modalità che promuovono il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza e assicurano la tutela dei cittadini e degli utenti e la loro partecipazione nelle forme anche associative riconosciute dalla legge.

L'azienda è responsabile della creazione delle condizioni organizzative che facilitano e consentono la promozione ed il supporto ad attività valutative e di miglioramento dei processi di erogazione dei servizi e delle prestazioni.

Per governo clinico si intende il contesto in cui i servizi sanitari si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantengono elevati livelli di prestazioni creando un ambiente che favorisce l'espressione dell'eccellenza clinica.

L'azienda intende promuovere una politica volta da un lato alla sostenibilità economica (bilancio economico) e dall'altro al miglioramento dell'efficienza e della qualità dell'assistenza (bilancio della qualità).

Le politiche aziendali per la qualità ed il governo clinico, le procedure tecniche e gestionali attuate per la sua realizzazione, sono descritte in un documento che viene periodicamente aggiornato (PARM).

ART. 21 - REGOLAMENTAZIONE INTERNA

Al fine di migliorare la qualità e la correttezza delle azioni che i vari settori aziendali si trovano ad espletare, è fondamentale disciplinare con atti interni (regolamenti) il funzionamento di determinate materie. I principali ambiti sono:

- organismi e comitati aziendali
- deleghe gestionali
- amministrativo/contabile
- approvvigionamento di beni e servizi e logistico/tecnico
- gestione ed amministrazione del patrimonio
- personale (rapporto di lavoro, sistema di valutazione e codice disciplinare)
- formazione
- attività sanitaria
- sicurezza negli ambienti di lavoro
- diritto di accesso
- trattamento dati personali e sicurezza dei dati (privacy)
- prevenzione della corruzione e trasparenza
- attività libero professionale
- sistema di controllo aziendale
- relazioni con il pubblico e servizi a favore dell'utenza

I regolamenti devono individuare con chiarezza:

- l'oggetto/azione/ambito da monitorare
- la competenza

- la responsabilità
- le modalità
- la tempistica.

I regolamenti interni hanno la finalità di dotare i vari settori di uno strumento che permetta loro di controllare che le procedure/azioni adottate siano in linea con quanto normato, questo perché il primo livello di controllo deve essere in capo al singolo servizio che opera nell'azienda. Un secondo livello prevede invece il monitoraggio sulla corretta applicazione da parte delle strutture dei controlli previsti.

ART. 22 - PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA – NORMATIVA PRIVACY (ATTUAZIONE GDPR 2016/679 E SS.MM.II.)

L'Azienda imposta la sua azione amministrativa in osservanza delle norme nazionali e delle disposizioni regionali sulla prevenzione della corruzione, sulla trasparenza e sul rispetto della normativa in materia di privacy.

L'Azienda, secondo la definizione fornita da Transparency International, intende la corruzione come l'abuso di un potere delegato, per un guadagno privato. Si rende, pertanto, necessario avere riguardo ad atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse.

In particolare, l'Azienda imposta la redazione e la costruzione di piani per la corruzione e la trasparenza, prevedendo azioni concrete, verificabili e che diano evidenza dell'attività svolta dal personale dell'Azienda, sulla base delle indicazioni fornite dal Piano Nazionale Anticorruzione quale atto generale di indirizzo e inserite, come specifica sezione, nel PIAO, strumento attuativo del sistema sopra delineato.

L'Azienda attua le norme vigenti sulla trasparenza, verifica le inconferibilità e le incompatibilità, rispetta ed elabora codici di comportamento del personale condivisi nel rispetto delle indicazioni e delle strategie elaborate a livello nazionale e internazionale.

L'obiettivo cui tendere per l'Azienda è l'elaborazione di Piani particolari nella individuazione di specifici strumenti di prevenzione mirati a sempre più incisivi e concreti, nel rispetto del contenuto del Piano Nazionale Anticorruzione, delle disposizioni normative in materia.

L'Azienda si impegna ad adottare strumenti che garantiscano la trasparenza, al fine di favorire la valutazione dei servizi e la partecipazione alle scelte assistenziali da parte dei cittadini, degli utenti e delle loro rappresentanze. L'Azienda si impegna a rispettare la tutela della privacy, nell'ottica della protezione dei dati personali, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

L'Azienda individua il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza nonché referente Privacy, il quale, in base alle norme nazionali e alle disposizioni regionali, con le funzioni e le competenze dalle stesse previste, opera attraverso la creazione di una rete aziendale di dirigenti, adeguatamente formata per la programmazione delle azioni, per la concreta attuazione e per un efficiente monitoraggio nelle materie di competenza.

ART. 23 - ALTRE FUNZIONI AZIENDALI DETTATE DA DISPOSIZIONI NAZIONALI O REGIONALI

L'Azienda applica quanto previsto dalla normativa vigente in materia di accesso ai documenti amministrativi ed in materia di protezione dei dati personali, rispettando i presupposti, le modalità, i

limiti per l'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi contenenti dati personali e la relativa tutela giurisdizionale; l'accesso è disciplinato dalla legge 241/1990 e dalle altre disposizioni di legge in materia, nonché dai relativi regolamenti di attuazione, anche per ciò che concerne i tipi di dati sensibili, giudiziari e le operazioni di trattamento eseguibili in esecuzione di una richiesta di accesso.

Il responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, cura:

- l'adempimento degli obblighi posti dalla normativa sulla prevenzione della corruzione di cui alla L.190 del 6 novembre 2012, al D. Lgs. n.39/13 e alle altre fonti normative rilevanti in materia;
- l'elaborazione del sistema di Prevenzione della Corruzione quale parte integrante e sostanziale del PIAO;
- compiti ai sensi della disciplina sul Whistleblowing;
- vigilanza sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e in materia di trasparenza, da attuarsi anche mediante la segnalazione alle strutture interessate, delle misure da adottare in caso di accertata violazione del sistema di prevenzione della corruzione e trasparenza;
- la segnalazione all'organo di indirizzo e all'organismo indipendente di valutazione delle disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- l'indicazione agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare dei nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- compiti e poteri in materia di Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA) e di contrasto al riciclaggio
- verifica, d'intesa con il dirigente competente, dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconfiribilità e incompatibilità, promozione della diffusione della conoscenza del codice di comportamento, monitoraggio annuale della sua attuazione,
- verifica e controllo delle pubblicazioni sul sito istituzionale e comunicazioni all'Autorità nazionale anticorruzione;
- l'adempimento degli obblighi posti dalla normativa in materia di trasparenza e in specie gli adempimenti in materia di pubblicità degli atti e di accesso civico, quali regolati dal D. Lgs. n.33/13 e ss.mm.ii..

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza nell'esercizio delle sue funzioni è supportato da idoneo e adeguato personale con specifiche competenze individuato dall'azienda.

ART. 24 - AZIONI DI INFORMAZIONE, ACCOGLIENZA, TUTELA E PARTECIPAZIONE DEL CITTADINO

L'azienda definisce la programmazione e le strategie organizzative e gestionali valorizzando il ruolo del cittadino, garantendone l'ascolto, la proposta, il controllo anche ai fini di supporto, modifica o integrazione di attività. Alla tutela effettiva dei diritti del cittadino sono dedicate le funzioni di informazione, accoglienza, tutela, partecipazione e il rispetto della filosofia e dei principi definiti nel

Al cittadino è inoltre garantito l'esercizio del diritto di partecipazione, accesso e consenso al trattamento con le modalità e i limiti definiti dalla normativa vigente e quella specifica di settore, compreso il tema della trasparenza. La partecipazione del cittadino è garantita in forma sia individuale che collettiva, per il tramite delle associazioni di volontariato, anche attraverso l'attivazione di specifici protocolli e procedure di audit, quale strumento partecipativo, al fine di garantire la partecipazione degli utenti, delle organizzazioni di volontariato, degli organismi degli utenti alle attività di programmazione, controllo e valutazione dei servizi sanitari offerti dall'Azienda.

L'Azienda orienta il proprio sistema di ascolto al fine di garantire la mediazione, la conciliazione e la risoluzione stragiudiziale dei conflitti. L'Azienda promuove e ricerca gli strumenti necessari per creare sinergie a livello territoriale con le istituzioni, l'imprenditoria locale e il mondo del volontariato.

ART. 25 – TUTELA DELLA DISABILITÀ

L'Azienda per favorire l'accessibilità e l'inclusione sociale individua un Disability manager - Responsabile dei processi di inserimento delle persone con disabilità

Il responsabile dei processi di inserimento, collaborando con le strutture organizzative competenti sulle rispettive materie e ferme restando le relative attribuzioni, svolge, con poteri di impulso e verifica, le seguenti funzioni:

- supporta gli organi di indirizzo politico-amministrativo nella predisposizione del piano della performance, al fine di configurare una programmazione degli interventi e degli obiettivi conformi ai canoni dell'accessibilità e delle pari opportunità;
- cura i rapporti con il centro per l'impiego territorialmente competente per l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità, nonché con i servizi territoriali per l'inserimento mirato;
- predispone, sentito il medico competente della propria amministrazione ed eventualmente il comitato tecnico di cui alla legge 68/1999, gli accorgimenti organizzativi e propone, ove necessario, le soluzioni tecnologiche per facilitare l'integrazione al lavoro anche ai fini dei necessari accomodamenti ragionevoli;
- verifica l'attuazione del processo di inserimento, recependo e segnalando ai servizi competenti eventuali situazioni di disagio e di difficoltà di integrazione;
- intercetta le istanze dei cittadini con disabilità e delle loro famiglie e veicolare i bisogni delle persone con disabilità verso i servizi esistenti.

ART. 26 - FASE TRANSITORIA

Fino all'attuazione del presente Atto, dopo l'approvazione da parte della Regione, permane l'attuale assetto organizzativo con i relativi livelli di responsabilità.

ALLEGATI AL PRESENTE DOCUMENTO

Integrano il presente documento, che è l'allegato 1 alla delibera, i seguenti documenti:

allegato 2 "Organigramma"

allegato 3 "Funzioni e Competenze"

Dipartimento	Presidi	Cod	UOC	U	PL	Cod	UOS	U	PL	Cod	UOSD	U	PL
Direzione Amministrativa Aziendale			Servizio Economico-Finanziario	I			Bilancio e Fiscalità	I					
			Affari Legali	I			Coordinamento amministrativo	I					
			Controllo di Gestione, Flussi Informativi	I									
			Trasparenza, Privacy, Anticorruzione	I									
			Servizio delle Tecnologie Informatiche e Digitalizzazione	I									
			Servizio Provveditorato ed Economato	I			Economato	I					
			Ufficio Centralizzato Ordini	I			Organizzazione e gestione gare e convenzioni CONSIP	I					
							Controllo spesa sanitaria	I					
							Controllo appropriatezza contratti	I					
				Direzione Amministrativa DD.SS. Gestione Utenze e Tributi Locali	I								
				Direzione Amministrativa Presidi Ospedalieri Aziendali	I								
				Affari Generali	I			Supporto Organi Collegiali - Gestione documentale	I				
								Supporto Giuridico- Amministrativo alla Direzione Strategica	I				
								Servizio Rel. Pubblico	I				
				Gestione Risorse Umane	I			Servizio Concorsi e Mobilità	I				
							Stato Giuridico, Rapporti Sindacali	I					
							Trattamento Economico e Previdenziale. Monitoraggio Fondi Contrattuali	I					
			Servizio Tecnico-Manutentivo Edilizia Ospedaliera, Programmazione e Progetti d'investimento	I			Programmazione Progetti investimenti, BIM e F.M. Ospedaliera, Team qualità e Energia	I					

Allegato
2
(1/13)

439												56	1	32
439												54	1	
438	26	Medicina PO Marcianise	1	22	SS8		P.S. con O.B.I. P.O. Marcianise	1						
13	26	Medicina PO S G Moscati Aversa	1	22	68		Pneumologia PO Aversa	1	10			58	1	8
					21		Geriatrica PO Aversa	1	12					
13	58	Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva PO Aversa	1	12										
4												54	1	
4	26	Medicina PO S Maria CV	1	22	68		Pneumologia PO S Maria CV	1	10 ²					
4												56	1	32
4												60	1	28
440	26	Medicina PO Piedimonte Matese	1	22	68		Pneumologia PO Piedimonte Matese	1	8					
440												60	1	18
440												54	1	
440														
10	26	Medicina PO S Rocco Sessa Auranca	1	22	32		Ncurologia PO S Rocco Sessa Auranca	1	12			56	1	18

9/13

Dipartimento Area Critica		Chirurgia della mano P.O. Piedimonte Matese									
440	36	Ortopedia e Traumatologia PO Piedimonte Matese	1	20	36	1					
437	49	Anestesia e Terapia Intensiva PO Maddaloni	1	8							
438	49	Anestesia e Terapia Intensiva PO Marcianise	1	7							
13	49	Anestesia e Terapia Intensiva PO Aversa	1	12							
10	49	Anestesia e Terapia Intensiva PO Sessa Aurunca	1	8							
440	49	Anestesia e Terapia Intensiva PO Piedimonte Matese	1	10							
4								49	Anestesia e Terapia Intensiva PO S.M. CV	1	4
		CO 118	1								
13	51	Medicina e Chirurgia d'accezzazione e d'Urgenza PO Aversa	1	8							
13	8	Cardiologia PO Aversa	1	12	50	1	6				
13					S23	1					
					8						
13	32	Neurologia - Stroke Unit PO Aversa	1	20							
								S75	Diagnostica Senologica PO Marcianise	1	
									Diagnostica Senologica DS 12	1	
437	S75	Diagnostica per Immagini PO Maddaloni	1								
438	S75	Diagnostica per Immagini PO Marcianise	1		S75				Diagnostica Ecografica Marcianise	1	
13	S75	Diagnostica per Immagini PO Aversa	1						Radiologia di Pronto Soccorso	1	
10	S75	Diagnostica per Immagini PO Sessa Aurunca	1								
4								S75	Diagnostica per Immagini PO S Maria CV	1	

12/13

INDICE

1. Il contesto e i principi di riferimento	5
Situazione economica	10
Dati epidemiologici	12
I Principi di riferimento:	18
2. L'ambito territoriale e le strutture	19
3. Modello Funzionale	20
4. Processi e funzioni dell'Azienda – Funzioni di Staff.....	22
Staff di pianificazione e sviluppo.....	23
UOC Servizio Controllo di gestione e Flussi informativi	23
UOC Trasparenza, Privacy e Anticorruzione:	24
UOC Servizio delle Tecnologie Informatiche e Digitalizzazione	25
UOC Prevenzione e Protezione Aziendale	25
UOC Servizio Economico-Finanziario:.....	28
UOS Bilancio e Fiscalità:.....	30
UOC Servizio di Ingegneria clinica	31
UOC Servizio Formazione.....	31
UOC Servizio Qualità e Risk Management.....	32
UOSD CUP, Liste di attesa e ALPI.....	33
UOC Coordinamento Sociosanitario.....	33
UOSD Integrazione Aree Fragilità E Immigrati	34
UOC Programmazione e Servizi Strategici.....	35
UOS Programmazione Sanitaria e Monitoraggio dei percorsi sanitari aziendali.....	36
UOSD Coordinamento Psicologia di Base e degli stati di Emergenza. Coordinamento N.N.P.I.A.	36
Staff di supporto e gestione.....	37
UOC Gestione risorse umane	37
UOS Servizio concorsi e mobilità	37
UOS Stato giuridico e rapporti sindacali	38
UOS Trattamento economico e previdenziale, Monitoraggio Fondi Contrattuali	38
UOC Affari Legali	39

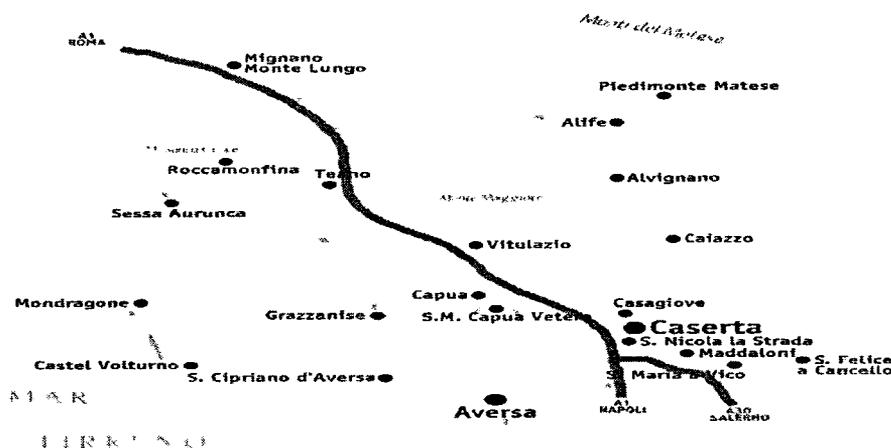
UOC Direzione Amministrativa DD.SS. Gestione Utenze e Tributi Locali	39
UOC Direzione Amministrativa Presidi Ospedalieri Aziendali	40
UOC Servizio Provveditorato ed Economato	41
UOS Organizzazione e gestione gare e convenzioni CONSIP	41
UOS Economato	42
UOC Ufficio Centralizzato Ordini	42
UOS Controllo Appropriatezza Contratti	43
UOS Controllo Spesa Sanitaria	43
UOC Farmaceutica Convenzionata e DPC.....	44
UOC Servizio Tecnico-Manutentivo Edilizia Ospedaliera, Programmazione e Progetti d'investimento	45
UOC Servizio Tecnico Patrimoniale per la gestione e l'ottimizzazione del Patrimonio Aziendale e Manutenzione Immobili Territoriali.....	46
UOS Servizio Rel. Pubblico.....	47
Staff di controllo	48
UOC Affari Generali	48
UOS Supporto Giuridico-Amministrativo alla Direzione Strategica	50
UOS Supporto Organi Collegiali – Gestione Documentale	50
UOC Servizio Ispettivo	52
UOC Servizio Controllo delle Prestazioni in Accreditamento e Mobilità Internazionale	52
UOS Controllo Centri di riabilitazione	52
UOS Controllo Prestazioni in Accreditamento	53
5. Processi e funzioni dell’Azienda – Servizi territoriali	53
1. I distretti sanitari.....	53
Cure Primarie e Governo delle cronicità.....	56
Cure Domiciliari.....	57
Materno-infantile	58
Riabilitazione.....	59
2. Strutture che afferiscono funzionalmente alle direzioni di distretto sanitario	59
UOC Coordinamento Sanità Penitenziaria	59
UOC Cure Palliative e Hospice S.Felice a C.	61
UOSD Medicina Legale.....	61
UOC Rapporti Medicina Convenzionata e Cure Primarie.....	62

UOS RSA Disabili DS 12	63
UOSD S.U.A.P. DS 15 (Speciale Unità di Accoglienza Permanente)	64
3. Le strutture Dipartimentali a carattere territoriale	64
Dipartimento Di Prevenzione	64
Dipartimento Salute Mentale	75
Dipartimento per le Dipendenze Patologiche	82
6. Processi e funzioni dell'Azienda – Servizi ospedalieri	86
UU.OO.CC. Direzioni Sanitarie di Presidio:	86
• P.O. di Aversa	86
• P.O. di Mariglianese	86
• P.O. di Santa Maria Capua Vetere	86
• P.O. di Piedimonte Matese	86
• P.O. di Sessa Aurunca	86
• P.O. di Maddaloni - San Felice a cancello	86
Direttore Medico di Ospedale	86
Dipartimenti funzionali in ambito ospedaliero	89
Il Dipartimento funzionale Area Medica	89
Il Dipartimento funzionale Area Chirurgica	90
Dipartimento funzionale Servizi	91
Dipartimento funzionale Materno-Infantile	93
Il Dipartimento funzionale Oncologia (continuità Ospedale-Territorio)	93
Dipartimento farmaceutico	94
Dipartimento Area Critica	95
I Coordinamenti dei Servizi Centrali	96
I Coordinamenti Operativi sul Territorio	98
APPENDICE	100

1. IL CONTESTO E I PRINCIPI DI RIFERIMENTO

L'ASL Caserta è competente sull'intero territorio della provincia di Caserta che si estende su una superficie di 2.651,35 Km², su cui insistono 104 Comuni, le cui estensioni variano da un minimo di 1,73 Km² di Curti ad un massimo di 163,09 Km² di Sessa Aurunca. Essa si estende fino al mar Tirreno e confina a nord-ovest con il Lazio, a nord con il Molise e sui restanti versanti con le ASL Benevento e Napoli 2 Nord. Il territorio della ASL di Caserta è collinare per il 56,25% e per il resto prevalentemente pianeggiante.

In questo territorio è possibile distinguere: a) un'area urbana che si estende dal capoluogo (Caserta), attraverso un territorio rurale, fino al confine con il Molise ed il Sannio e b) un territorio, situato a sud-est, che si estende da un agglomerato urbano ad alta densità di popolazione (Aversa e comuni immediatamente limitrofi), tramite un territorio rurale, sino alla zona litoranea (litorale Domizio). Oltre al capoluogo vi sono quattro centri urbani (Aversa, Marcianise, Maddaloni e Santa Maria Capua Vetere), con una popolazione superiore ai 30.000 abitanti. Sul litorale Domizio, massimamente nel comune di Castel Volturno, è massiccia la presenza di comunità straniere, appartenenti a diverse etnie. In tali gruppi sociali, molti componenti non hanno un regolare permesso di soggiorno e pertanto, sfuggono a rilevazioni statistiche e sociologiche.



La popolazione assistiti dall'Asl Caserta è di 905.045 abitanti (escluso cittadini iscritti nell'anagrafe AIRE e gli STP) con un trend progressivamente in aumento (al 2002 era di 852.149 abitanti), un rapporto maschi/femmine pari a 0,97 e una densità di 341,35 abitanti per Km². La popolazione infantile (0-14 anni) è pari a 130.742 (14,5 %) e si colloca al di sopra della media regionale (14,3%) e di quella nazionale (12,9%). La popolazione anziana è di 169.441 (18,72%). L'indice di vecchiaia (anziani rapportati ai bambini 0-14 anni) è pari a 129,6%. La

speranza di vita alla nascita a Caserta è pari a 85 anni negli uomini rispetto alla media regionale di 80,3 e di 83,2 nelle donne rispetto alla media regionale di 85 anni, per un valore complessivo Provinciale di 80,7. La speranza di vita a 65 anni è pari a 17,6 anni negli uomini rispetto alla media regionale di 18,9 e di 20,8 nelle donne rispetto alla media regionale di 22,3 anni. Il quoziente di natalità, il numero di nati vivi ogni mille abitanti, è pari a 7,9 rispetto la media Nazionale di 6,5. L'indice di dipendenza anziani, abitanti di 65 a.a. e > ogni 100 residenti in età attiva (15-64 a.a) è di 27,2 rispetto la media Nazionale di 38,7. Nel 2021-2022 è stato aggiunto un nuovo indicatore epidemiologico in considerazione della pandemia e cioè il numero di casi covid-19 ogni mille abitanti (dati forniti dalla protezione civile) è corrisponde per la Provincia di Caserta a 44,1 rispetto la media Nazionale di 47,0.

Un ulteriore indicatore che sta assumendo sempre maggiore importanza visto l'aumento dell'aspettativa di vita e il numero sempre crescente di anziani è l'utilizzo di farmaci per patologie croniche (consumo di pillole – unità minime farmacologiche – pro capite) per un valore di 193 rispetto la media Nazionale di 196,1. Ulteriore indicatore epidemiologico utilizzato è la stratificazione dei bisogni di salute della popolazione, i dati in nostro possesso ci permettono di rilevare la prevalenza d'uso di farmaci e il trattamento di patologie croniche:

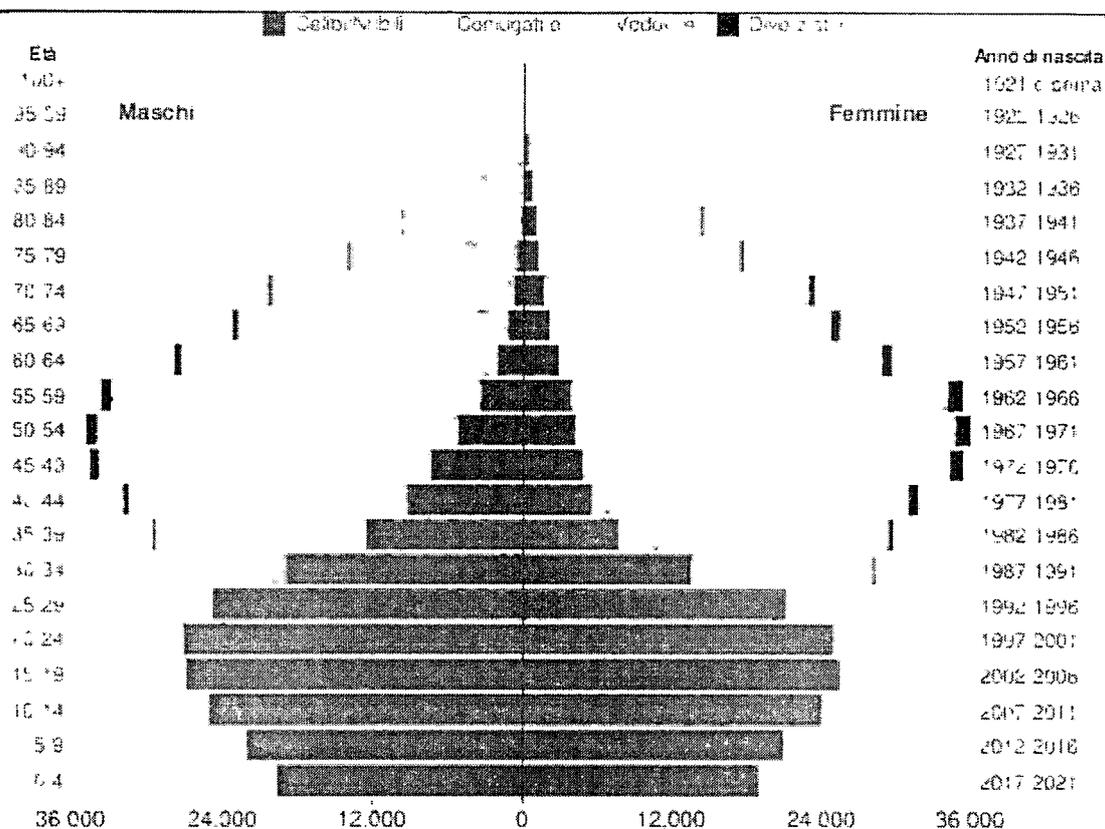
- Patologie Cardiovascolari: 24,1%; - Patologie Diabetica: 5,4%; - Patologie Respiratorie: 5,9%;
- Patologie Oncologiche: 0,6%; - Patologie Neuropsichiatriche: 6,0%; - Patologie Reumatologiche: 10,6%;

In modo percentualmente minore: Patologia Muscoloscheletrica: 1,5%; Patologie Oftalmiche: 1,5%; Patologia Gastroenterica: 0,51%; Patologia Dermatologica: 0,33%; Patologia Epatica: 0,11%. Il dato di prevalenza d'uso sopraindicato è tendenzialmente in linea con i dati di prevalenza di patologie croniche stimate dall'ISTAT nell'annuario statistico. La multi-patologia è rappresentata nell'oltre 36% dei pazienti provinciali.

Distribuzione della popolazione per fasce di età e stato civile (Dati Istat 2022)

<i>Età</i>	<i>Celibi/Nubili</i>	<i>Coniugati/e</i>	<i>Vedovi/e</i>	<i>Divorziati/e</i>	<i>Maschi</i>	<i>Femmine</i>	<i>Totale</i>	<i>%</i>
0-4	38.586	0	0	0	19.673 51,0%	18.913 49,0%	38.586	4,3%
5-9	43.029	0	0	0	22.131 51,4%	20.898 48,6%	43.029	4,8%
10-14	49.127	0	0	0	25.155 51,2%	23.972 48,8%	49.127	5,4%
15-19	52.384	13	1	1	26.971 51,5%	25.428 48,5%	52.399	5,8%
20-24	52.055	845	0	4	27.333 51,7%	25.571 48,3%	52.904	5,8%

25-29	45.973	7.184	12	44	26.869 50,5%	26.344 49,5%	53.213	5,9%
30-34	32.473	23.360	41	211	27.843 49,6%	28.242 50,4%	56.085	6,2%
35-39	20.278	38.256	132	634	29.617 49,9%	29.683 50,1%	59.300	6,6%
40-44	14.820	47.272	356	1.201	31.995 50,3%	31.654 49,7%	63.649	7,0%
45-49	12.243	55.052	855	1.772	34.629 49,5%	35.293 50,5%	69.922	7,7%
50-54	9.505	57.575	1.653	2.033	34.915 49,3%	35.851 50,7%	70.766	7,8%
55-59	7.278	56.772	2.912	2.063	33.806 49,0%	35.219 51,0%	69.025	7,6%
60-64	4.917	47.002	4.268	1.412	28.014 48,6%	29.585 51,4%	57.599	6,4%
65-69	3.292	38.338	6.030	1.085	23.373 47,9%	25.372 52,1%	48.745	5,4%
70-74	2.370	32.021	8.721	776	20.524 46,8%	23.364 53,2%	43.888	4,8%
75-79	1.631	20.154	9.602	388	14.183 44,6%	17.592 55,4%	31.775	3,5%
80-84	1.277	11.938	10.698	221	9.812 40,7%	14.322 59,3%	24.134	2,7%
85-89	751	4.794	8.212	95	4.993 36,0%	8.859 64,0%	13.852	1,5%
90-94	368	1.150	4.100	23	1.687 29,9%	3.954 70,1%	5.641	0,6%
95-99	91	141	1.017	5	299 23,8%	955 76,2%	1.254	0,1%
100+	20	9	123	0	28 18,4%	124 81,6%	152	0,0%
Totale	392.468	441.876	58.733	11.968	443.850 49,0%	461.195 51,0%	905.045	100,0%



Popolazione per età, sesso e stato civile - 2022

PROVINCIA DI CASERTA - Dati ISTAT 1° gennaio 2022 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Nel grafico in alto, detto Piramide delle Età, rappresenta la distribuzione della popolazione residente in provincia di Caserta per età, sesso e stato civile al 1° gennaio 2022.

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

La popolazione straniera residente (censita nel 2022) è pari a 47.502 (pari al 5.2 % della popolazione della provincia) con un trend in notevole crescita (al 1/1/2005 la popolazione straniera era pari al 2,1% = 18.227 residenti). La percentuale nel territorio dell'ASL Caserta è superiore a quella regionale (4,4 %). A ciò è da sommare l'elevata quota di stranieri irregolari.

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

Nel seguente grafico è illustrato l'andamento delle presenze di cittadini stranieri nella provincia casertana:

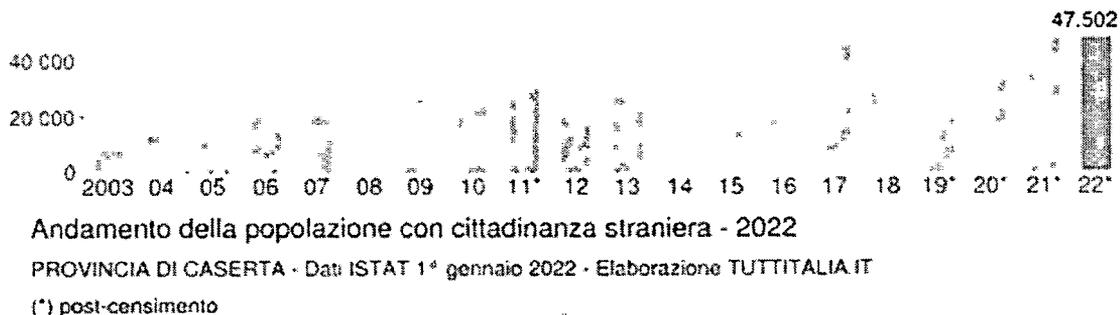
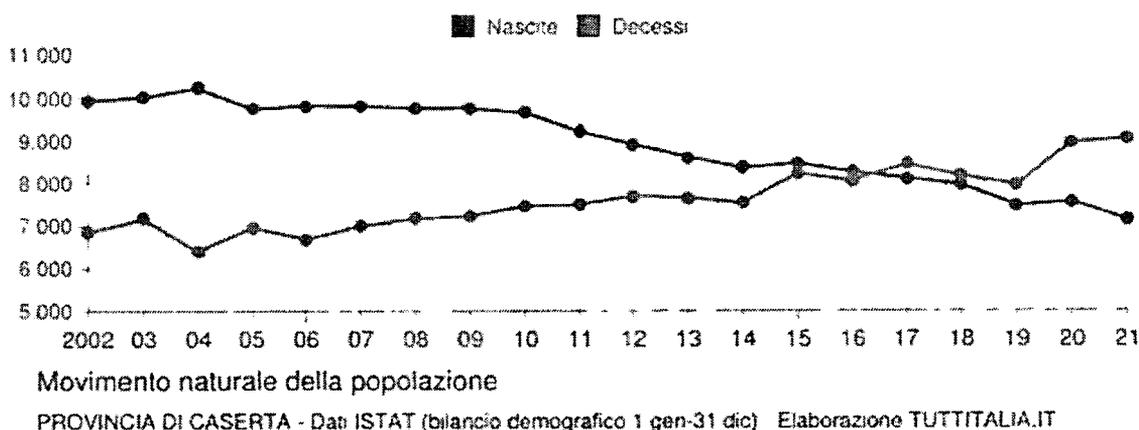


Fig. Popolazione straniera residente in provincia di Caserta al 1° gennaio 2022. (Dati ISTAT)

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



Poiché la morfologia del territorio della provincia di Caserta è significativamente disomogenea, risulta interessante rilevare come si distribuisce percentualmente la popolazione alle diverse altitudini.

Composizione % della popolazione per geomorfologia.

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

Nell'ambito di un approccio One Health che la ASL Caserta intraprende sulla base delle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), al fine di pianificare le azioni di prevenzione per la tutela della salute umana, è necessario avere contezza e riportare anche il numero degli animali da compagnia, la consistenza del patrimonio zootecnico, e la consistenza della fauna selvatica presenti nel territorio di competenza della ASL. La presenza di tali animali ha infatti un impatto notevole sulla salute umana a causa della possibile trasmissione all'uomo di agenti patogeni zoonotici che avviene sia per contatto sia tramite l'ingestione di alimenti contaminati. A puro titolo d'esempio la Provincia di Caserta detiene

tutt'oggi la massima prevalenza in Italia di Brucellosi e Tubercolosi per quanto riguarda gli allevamenti bovini e bufalini, è confinante con zone in cui sono stati riscontrati casi di Influenza Aviaria patogena per l'uomo, è confinante con zone dove è stata accertata la Peste Suina Africana. Anche il rischio Rabbia ha subito un innalzamento a causa degli animali domestici importati dai numerosi profughi ucraini accolti in Provincia di Caserta.

	Numero capi	Numero allevamenti
Bovini	96.244	1.557
Bufalini	188.909	778
Suini	2.511	1.993
Ovicapri	41.493	835
Equidi	6.500	1.385
Cani	111.531	
Gatti	50.000 (dato stimato)	
Cinghiali	20.000 (dato stimato)	

SITUAZIONE ECONOMICA

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

Dal punto di vista socio-economico e demografico, nel suo complesso la Campania manifesta alcune caratteristiche che, relativamente a numerosi indicatori, la situano lontana dalla media delle altre Regioni italiane, quasi sempre nelle posizioni estreme e sfavorevoli, con un reddito medio è pari a 8.553 euro, e con ovvie conseguenze avverse sulla salute dei cittadini.

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

La provincia di Caserta, in una regione giovane, prolifica e sovraffollata, ospita cittadini costretti a vivere condizioni sociali ed economiche svantaggiate ed estreme rispetto alla maggioranza delle altre regioni italiane.

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

Riepilogo Assistiti Esenti ASL CE (dato SOGEI)

Codice Regione/ASL	Assistiti Esenti	Assistiti Esenti	Posizioni Esenti	Assistiti	% Assistiti Esenti sul Totale
203	ASL CASERTA	210.376	344.476	905.045	23,24%

Con 905.045 assistiti censiti le esenzioni (anche doppie) sono 210.376, mentre i pazienti con almeno una esenzione sono pari al 23.24%. Nello specifico, 96.994 assistiti sono esenti per condizione (10,72%); 7.067 per malattie rare (0,78%) e 232.492 per patologia (25,69 %); 662.661 per reddito (73,22 %); 467 per invalido di guerra (0,05 %).

Si riporta di seguito la tabella di esenzione per fascia di età e patologia.

A.S.L. DI CASERTA - ASSISTITI ESENTI PER ETÀ

	Assistito esente per condizione				Assistito esente per malattia rara				Assistito esente per patologia			
	F	M	Totale Posizioni Esenti	% sul Totale degli Assistiti (*)	F	M	Totale Posizioni Esenti	% sul Totale degli Assistiti (*)	F	M	Totale Posizioni Esenti	% sul Totale degli Assistiti (*)
203 ASL CASERTA	61.294	35.700	96.994	10,72%	4.086	2.784	7.067	0,78%	122.412	110.080	232.492	25,69 %

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

FASCIA D'ETA'	SESSO		TOTALE	%	
	F	M		F	M
0	54	71	125	43,20	56,80
1-4	267	258	525	50,86	49,14
5-14	886	969	1855	47,76	52,24
15 - 44	14290	9500	23790	60,07	39,93
45 - 64	44428	42046	86474	51,38	48,62

64 – 74	33270	34217	67487	49,30	50,70
>75	29217	23019	52236	55,93	44,07
TOTALE	122412	110080	232492	52,65	47,35

DATI EPIDEMIOLOGICI

La Mortalità

Gli indici di mortalità costituiscono un indicatore "indiretto" dello stato di salute di una popolazione. Nel 2021, l'anno più recente per cui l'Istat ha reso disponibili i dati sulla mortalità, in provincia di Caserta sono decedute 9012 persone, 4486 uomini e 4526 donne: la popolazione provinciale, insieme a quella regionale mostra la mortalità più elevata, sia tra gli uomini che tra le donne, confermando un differenziale che rimane inalterato da oltre 30 anni. Questo differenziale, per entrambi i sessi, è pari a circa 13 decessi in più ogni 10.000 abitanti, rispetto al valore medio nazionale.

La Mortalità Infantile

La mortalità infantile in provincia di Caserta, indicatore che esprime in modo generico e sintetico il grado di sviluppo sociale, ambientale e sanitario di una popolazione, ha registrato un valore di 26,0 decessi per 10.000 abitanti (anni 2021). L'indicatore esprime il n° di bambini morti nel I anno di vita /n° bambini nati durante l'anno – ogni 10.000 abitanti (tasso di mortalità infantile).

Tuttavia sia in provincia che in Regione Campania negli ultimi decenni si è assistito ad un importante decremento del tasso di mortalità infantile. Il valore per la ASL Caserta si è, infatti ridotto dal 43,39 del 2009 al 26.0 del 2021 (per 10.000 abitanti).

Indice di mortalità per mille

	2017	2018	2019	2020	2021
Caserta	9,2	8,9	8,7	9,8	10.0
Benevento	12,4	11,7	11,9	12,6	13.1
Napoli	9,2	8,8	8,8	10,0	10.4
Avellino	11,3	10,9	11,3	12,7	12.6
Salerno	10,6	10,1	10,3	10,7	11.6
Campania	9,8	9,3	9,4	10,4	10.8

 Patologie neoplastiche

Nel 2019 l'ASL di Caserta ha pubblicato un report sulla diffusione delle patologie oncologiche diagnosticate ai cittadini residenti su tutto il territorio provinciale. I dati sono stati prodotti dal Registro Tumori aziendale, un registro di popolazione generale che copre tutti i 104 Comuni della Provincia di Caserta.

Nel corso del periodo 2008-2013, in provincia di Caserta sono stati diagnosticati 25.554 nuovi casi di tumore (esclusi i carcinomi cutanei e i tumori non maligni del sistema nervoso centrale, che comunque l'ASL di Caserta archivia nel proprio registro): 14.218 tra gli uomini (pari al 55,6%), 11.336 tra le donne (44,4%). I tassi grezzi di malattia sono risultati pari a 541,4 casi ogni 100.000 abitanti tra gli uomini e 410 casi ogni 100.000 abitanti tra le donne. I tassi standardizzati secondo lo standard europeo (popolazione standard 1976) sono risultati pari a 479,8 casi ogni 100.000 abitanti tra gli uomini e a 331,4 casi ogni 100.000 abitanti tra le donne.

I tumori più frequentemente diagnosticati (incidenza), nel periodo 2008-2013, sono risultati essere, tra gli uomini, i tumori del polmone (18% del totale dei tumori maschili), seguiti dai tumori della prostata (14%), della vescica (14%) e comprende i tumori maligni (7,2%) e benigni (6,4%), del colon retto (12%) e del fegato (6%); tra le donne, invece, i tumori della mammella (28% del totale dei tumori nel sesso femminile), seguiti dai tumori del colon e del retto (12%), dell'utero (7%), della tiroide, del polmone e dai linfomi (5%).

Inoltre, in base alle rilevazioni ISTAT sono stati registrati 12.394 decessi causati da tumori maligni: 7.433 nel sesso maschile (60%), 4.961 nel sesso femminile (40%). La rilevazione ReNCaM risulta di poco superiore:

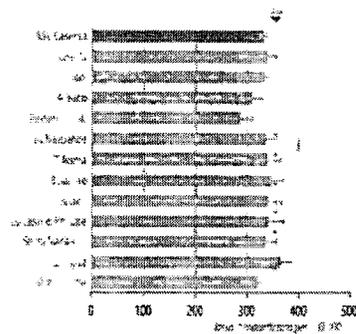
Anni 2008-2013

	Maschi	Femmine
Numero casi/anno	1258	857
% per genere	59,5	40,5
Numero casi totali	7547	5139
Tasso grezzo (per 100.000)	287,4	185,8
Tasso standardizzato (per 100.000)	247,2	128,1
Rischio cumulativo 0-74 (%)	15,8	8,9

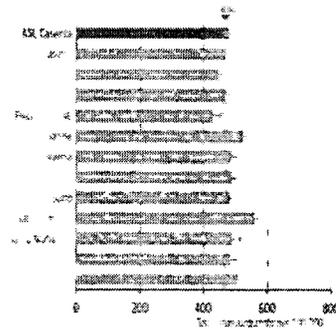
Il numero di decessi medio per anno è risultato di poco superiore ai 2.000 casi (ISTAT) in entrambi i generi (1239 uomini e 827 donne). I tassi standardizzati di mortalità secondo lo standard Europeo sono risultati pari a 244 casi ogni 100.000 abitanti tra gli uomini e a 124,84 casi ogni 100.000 abitanti tra le donne.

La distribuzione tassi di incidenza standardizzata oncologica per Distretto Sanitario e per sesso nell'ASL di Caserta, nel periodo 2008-2013, fornisce una fotografia del fenomeno oncologico nella provincia di Caserta.

per il sesso maschile



per il sesso femminile



Tra gli uomini si rilevano tassi più elevati nel distretto 20 di Casal di Principe e nel distretto 16 di Marcianise. Tra le donne si osservano invece tassi di incidenza superiori nel distretto 22 di Capua. In entrambi i generi, si rileva la minore incidenza nel distretto 15 di Piedimonte Matese. Sulla base dei dati rilevati dagli altri registri tumori italiani, i dati di incidenza complessivi rilevati nel periodo considerato nella provincia di Caserta risultano sovrapponibili con la media nazionale per i tumori maschili, mentre per i tumori femminili si rilevano tassi inferiori. In generale, in entrambi i sessi, i tassi rilevati appaiono superiori alla media dei registri tumori del Sud Italia.

I tassi standardizzati di incidenza risultano, infatti, essere significativamente superiori alla media italiana sia tra gli uomini che tra le donne per quanto riguarda i tumori del fegato e della vescica, mentre risultano inferiori per i tumori del pancreas, i melanomi cutanei, i tumori della tiroide e i mielomi.

Solo per il sesso maschile si riscontra invece una significativa maggiore incidenza, rispetto alla media nazionale, per i tumori del distretto testa-collo, per i tumori del polmone e per il complesso delle leucemie diversamente dai tumori della prostata.

Nel sesso femminile si osserva una significativa incidenza per i tumori delle vie biliari e una significativa minore incidenza dei tumori del polmone e della mammella.

I dati di sopravvivenza, contenuti nel report 2019, sulla corte di pazienti oncologici con diagnosi dal 2008 al 2011 e seguita fino a fine 2016, hanno consentito di dare i primi dati sulla prognosi e di confrontarla con quella media nazionale e di altre aree.

Tra i maschi, la sopravvivenza a 5 anni, per tutti i tumori, appare sovrapponibile con la sopravvivenza rilevata nel Sud Italia ma inferiore alla media italiana. Il basso valore di questo indicatore è influenzato soprattutto dall'eccesso di tumori a peggiore prognosi (tumori del polmone e del fegato), a fronte della minore frequenza di quelli con una prognosi migliore (prostata e melanoma).

Il dato dei tumori femminili appare invece sostanzialmente in linea con la media nazionale ma superiore alla sopravvivenza osservata nel Sud Italia.

Più nello specifico si osserva una minore sopravvivenza per i tumori coloretali nelle femmine e per i tumori del fegato, polmone, melanoma, sistema nervoso centrale e mieloma tra i maschi.

Tra gli aspetti meritevoli di approfondimento, il primo riguarda il genere. In provincia di Caserta i tassi dei tumori maschili sono sovrapponibili a quelli medi italiani, mentre nel genere femminile si osservano tassi sensibilmente inferiori.

Per quanto riguarda i tumori più frequenti soprattutto nel sesso maschile (polmone, fegato, vescica), un aspetto cruciale è la descrizione del territorio nel quale, per questi tumori, è evidente la presenza di aree a maggiore rischio corrispondente al confine con la provincia di Napoli e in particolare nei distretti di Casal Di Principe, Mondragone.

L'area al confine con la Regione Molise è invece caratterizzata da tassi di incidenza significativamente inferiori, sia nel sesso maschile sia nel sesso femminile.

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

Stili di vita

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

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

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

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

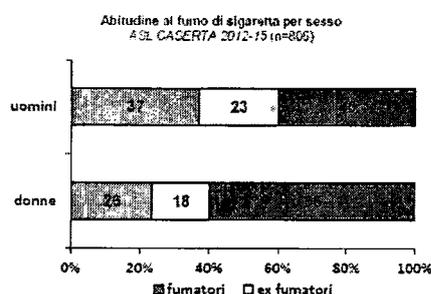
In questo scenario, la lotta alle malattie croniche rappresenta una priorità di salute pubblica, sia nei Paesi più ricchi che in quelli più poveri. Da qui la necessità di investire nella prevenzione e nel controllo di queste malattie, da una parte riducendo i fattori di rischio a livello individuale,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

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

La prevenzione e la promozione di stili di vita sani sono le armi più valide per combattere le malattie croniche. Tutti possono ridurre in modo significativo il rischio di sviluppare queste malattie semplicemente adottando abitudini salutari, in particolare evitando il fumo, seguendo un'alimentazione corretta, limitando il consumo di alcol e svolgendo attività fisica regolare.

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

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



*Non fumatore: soggetto che dichiara di non aver mai fumato o di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma
**Ex fumatore: soggetto che attualmente non fuma da oltre 6 mesi
***Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno, oppure soggetto che attualmente non fuma, ma ha smesso da meno di 6 mesi

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

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

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

¹ più di 2 unità alcoliche medie giornaliere, ovvero più di 80 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, (per gli uomini);

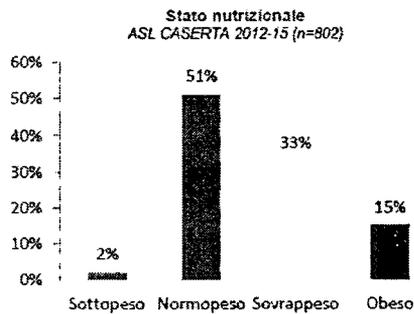
più di 1 unità alcolica media giornaliera, ovvero più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, (per le donne)

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

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

Relativamente allo stato nutrizionale e le abitudini alimentari, il 47% delle persone intervistate presenta un eccesso ponderale (33% sovrappeso, 15% obeso): questi valori sono

significativamente più alti rispetto alle popolazioni residenti nella ASL del resto d'Italia ove si registrano valori di sovrappeso e obesità pari, rispettivamente al 32 e 10%. Il 69% ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno, il 23% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e solo il 5% mangia le 5 porzioni raccomandate giornalmente.



**Eccesso ponderale per regione di residenza
Pool di ASL 2012-15
Totale 42,0% (IC95% 41,6-42,3%)**



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

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

Livello di attività fisica	% (IC95%)
Attivo¹	30,7 (26,8-34,9)
Parzialmente attivo²	29,6 (25,6-33,7)
Sedentario³	39,7 (35,7-43,8)

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

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

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

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



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

I PRINCIPI DI RIFERIMENTO:

- D.Lgs 502/1992 e s.m.i;
- Decreto Legge 6.07.2012 n.95 convertito con modificazioni nella Legge 7.08.2012 n.135;
- L.R. 2/94 e s.m.i.;
- L.R. 32/94 e s.m.i.;
- L.R. 16/2008 per la parte in vigore;
- D.Lgs. 81/08;
- DGRC n. 460/2007 "Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale";
- DGRC 96/2011;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 135 del 10.10.2012;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 18 del 18.2.2013, Approvazione atto di indirizzo per l'adozione dell'atto aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Campania – Ulteriori integrazioni;
- Decreto del Ministero della Salute n. 70 del 02.04.2015;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 64 del 13/12/2017, Atto Aziendale ASL Caserta;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 8 del 01/02/2018, Piano Ospedaliero
- Decreto del Commissario ad Acta n. 9 del 07/02/2018 "Revisione e aggiornamento dell'Accordo CSR del 21 dicembre 2006 sul coordinamento dei trasporti connessi con le attività trapiantologiche".
- Decreto Dirigenziale n. 49 del 15/03/2017 della Direzione generale 04 (Tutela della Salute e Coordinamento SSR) "Linee guida per il conferimento degli incarichi di direttore di struttura complessa";
- Decreto del Commissario ad Acta n. 87 del 05.11.2018 "Piano Regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 – Aggiornamento del 5 novembre 2018";
- Decreto del Commissario ad Acta n. 90 del 05.11.2018 "Linee guida per le prestazioni di ricovero. Modifica ed integrazione del DCA n. 6 del 17.01.2011";
- Decreto del Commissario ad Acta n. 103 del 28/12/2018 "Piano Regionale programmazione ospedaliera";
- Decreto del Commissario ad Acta n. 83 del 31/10/2019 "Piano Regionale dell'Assistenza Territoriale";
- D.L. n.34 del 19/05/2020;
- DGRG 378 del 23/07/2020 Adozione piano di riorganizzazione/potenziamento TIR/subintensiva – Linee di Indirizzo;
- DGRC n.475 del 03/11/2020 Approvazione piano di potenziamento e riorganizzazione delle reti di Assistenza Territoriale;
- Nota prot. 2021.0376740 del 16/07/2021 Regione Campania;
- Delibera di Giunta Regionale n.477 del 04/11/2021 Rimodulazione DCA 58 del 4 Luglio 2019 avente ad oggetto "Rete oncologica regionale: adempimenti. Adozione di ulteriori documenti tecnici: mappe chirurgiche regionali provvisorie in valutazione triennale";
- DGRC n. 600 del 28/12/2021 Approvazione del Piano regionale della Prevenzione 2020-2025;
- D.M. 77/2022 "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale".

2. L'AMBITO TERRITORIALE E LE STRUTTURE

L'A.S.L. Caserta comprende 12 distretti sanitari e 6 presidi ospedalieri e un ospedale di comunità (sito in Teano, già attivo). L'attuale documento prende atto che il DM 77/2022 ha definito 11 Distretti Sanitari in attesa di Deliberazione Regionale con i relativi ambiti. Nel calcolo delle UU.OO. si tiene conto di 11 Distretti Sanitari (vedi allegato 2) e non 12.

I Distretti Sanitari dell'ASL Caserta

La configurazione geografica dei Distretti Sanitari e i relativi Comuni di riferimento (coincidenti con gli Ambiti Territoriali), in attesa della ridefinizione degli standard come da DM 77/2022, è rappresentata nella tabella seguente:

DS	Sede di Distretto	Numero Comuni	Ambito Territoriale
12	Caserta	4	C1 Caserta
13	Maddaloni	6	C2 Maddaloni
14	Teano	16	C3 Teano
15	Piedimonte Matese	31	C4 Piedimonte Matese
16	Marcianise	6	C5 Marcianise
17	Aversa	1	C6 Aversa
18	Succivo	8	
19	Lusciano	6	C7 Lusciano
20	Casal Di Principe	4	
21	Santa Maria Capua Vetere	7	C8 S. M. Capua V.re
22	Capua	10	C9 Sparanise
23	Mondragone	5	C10 Mondragone
	Totale	04	

3. Modello Funzionale

Il modello organizzativo dell'Azienda si estrinseca su quattro elementi fondamentali:

- 1) il vertice strategico;
- 2) la tecnostruttura;
- 3) lo staff di supporto.
- 4) il Livello operativo;

Il Vertice Strategico

Cui compete la missione direzionale e cioè l'esercizio delle funzioni strategiche. E' rappresentato dal Direttore Generale e dai Direttori Sanitario e Amministrativo che concorrono alla formazione delle decisioni direzionali attraverso la formulazione di proposte e pareri.

La Tecnostruttura

L'articolazione dell'Azienda Sanitaria, così come delineata dal D.Lgs n.502/92 e s.m.i. non può prescindere da un modello organizzativo che individua nella tecnostruttura aziendale (che si interpone tra direzione strategica e management intermedio e di collegamento) quella componente di supporto al vertice direzionale per l'esercizio di funzioni di programmazione, indirizzo e controllo ai fini dell'efficienza ed efficacia dei processi gestionali.

E' un organo di staff collocato in una posizione esterna alla gerarchia piramidale. Contribuisce all'attività organizzativa elaborando piani di attività, budget, programmi, procedure. La costruzione di una tecnostruttura, come sintesi operativa di tutte le risorse capaci di leggere, interpretare e intervenire sull'organizzazione in funzione del governo del cambiamento, è una necessità di tutte le organizzazioni complesse.

La mission della Tecnostruttura è di contribuire al raggiungimento degli obiettivi di efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari definiti nel quadro della programmazione regionale. A tal fine rappresenta il supporto tecnico alla funzione di indirizzo aziendale fornendo al vertice strategico un supporto esterno al flusso di lavoro. L'organizzazione della tecnostruttura dovrà essere, fra l'altro, improntata ai caratteri di flessibilità, elasticità e resilienza per permettere ogni sollecita ed efficace integrazione fra le diverse funzioni a garanzia di una forte adattabilità alle esigenze funzionali della Direzione Strategica e del necessario dinamismo aziendale connaturato ai processi gestionali tali qualità sono insite nelle figure dei Dirigenti Medici di Igiene e Sanità Pubblica.

La Tecnostruttura è impegnata nella "missione funzionale" dell'Azienda e per questo assume un ruolo di servizio nei confronti della Direzione Generale da un lato, e delle strutture produttive del livello operativo dall'altro, restando ben distinta dalle funzioni finali che sono preordinate alla produzione dei livelli di assistenza e quindi delle prestazioni.

Rientrano nella composizione della Tecnostruttura:

- Coordinatore Programmazione e Servizi Strategici;
- Coordinatore Controllo di Gestione e Servizi Informativi;
- Coordinatore Attività Distrettuali;
- Coordinatore Attività Ospedaliere;

-
- Coordinatore Sociosanitario;
 - Un esperto Economista ed un Ingegnere Gestionale;
 - Un esperto nella transizione digitale;
 - Dirigenti Medici di Direzione Strategica Specialisti in Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica.

Le Funzioni particolarmente coordinate dalla Tecnostruttura sono, tra le altre quelle, dei:

- Centri Accreditati;
- Educazione alla Salute e stili di vita;
- Flussi Informativi;
- Monitoraggio Nuovo Sistema di Garanzia;
- Programmazione, Organizzazione, Servizi Strategici e Socio-Sanitario;
- PNRR;
- Qualità e Risk Management;
- Standardizzazione del Governo Ospedaliero e Reti assistenziali;
- Pianificazione e progettazione degli approvvigionamenti di beni e servizi tecnologici ICT in attuazione della programmazione aziendale e regionale.

Lo staff di supporto

E' rappresentato dal gruppo dirigente intermedio che rappresenta il livello interposto tra la Direzione Strategica ed il Livello Operativo. Si compone di manager di linea che svolgono funzioni direzionali operative, traducendo gli obiettivi strategici del vertice in obiettivi particolari. E' rappresentato dai Direttori delle strutture direzionali ed operative dell'azienda (Distretti Sanitari, Presidi Ospedalieri, Dipartimenti strutturali, ecc.) e dai Direttori dei Servizi che svolgono attività ausiliare alle altre unità aziendali (Provveditorato/Economato, Economico-Finanziario, Affari Generali, Affari Legali, Tecnologie Sanitarie, Farmaceutico, Personale, ecc.). I servizi e le aree sono impegnati nella "missione funzionale" dell'Azienda e per questo assumono un ruolo di servizio nei confronti della Direzione Generale da un lato, e dei dipartimenti e delle strutture produttive del livello operativo dall'altro, esercitando quelle funzioni strumentali o di supporto delineate dal D. Lgs n. 29/93 (aggiornato dal D.Lgs. n165/2001 e s.m.i.) da tenere distinte dalle funzioni finali che sono preordinate alla produzione dei livelli essenziali di assistenza e quindi delle prestazioni. Lo staff di supporto necessariamente deve interloquire con la tecnostruttura Aziendale che ha la funzione di facilitazione dei processi.

Il Livello operativo

Cui compete la missione produttiva cioè l'erogazione delle prestazioni ai cittadini. Rappresenta il livello posto alla base della piramide organizzativa ed è costituito da operatori che svolgono funzioni esecutive occupandosi delle attività primarie dell'Azienda direttamente legate all'ottenimento dei beni e servizi offerti.

Il livello operativo, costituito dalle Unità organizzative preposte alla produzione delle prestazioni atte a garantire i livelli essenziali di assistenza, si articola in:

- Livello della prevenzione;
- Livello dell'assistenza sanitaria distrettuale;
- Livello dell'assistenza sanitaria ospedaliera.