

DELIBERAZIONE N. 854 DEL 20/07/2023

OGGETTO: **PRESA D'ATTO DELLA NOTA REGIONALE PROT. N. 11364 DEL 10.1.2023, ACQUISITA AL PROTOCOLLO AZIENDALE IN DATA 11.1.2023 AL N. 6076 - ADOZIONE NUOVO ATTO AZIENDALE DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 3 SUD.**

STRUTTURA PROPONENTE:

PROVVEDIMENTO: **Ad Ordinaria Esecutività**

IL DIRETTORE GENERALE

dr. Giuseppe Russo, nominato con Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 321 del 21 Giugno 2022 e con D.P.G.R.C. n. 111 del 4 Agosto 2022, con l'assistenza del Segretario verbalizzante, previa acquisizione del parere del Direttore Amministrativo Aziendale, ha adottato la deliberazione in oggetto di cui al testo che segue:

OGGETTO: PRESA D'ATTO DELLA NOTA REGIONALE PROT. N. 11364 DEL 10.1.2023, ACQUISITA AL PROTOCOLLO AZIENDALE IN DATA 11.1.2023 AL N. 6076 - ADOZIONE NUOVO ATTO AZIENDALE DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 3 SUD.

IL DIRETTORE GENERALE

dr. Giuseppe Russo, nominato con Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 321 del 21 Giugno 2022 e con D.P.G.R.C. n. 111 del 4 Agosto 2022,

Stante le risultanze degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge;

dichiarata, altresì, espressamente con la sottoscrizione, nella qualità di Titolare del trattamento anche nella fase di pubblicazione, la conformità del presente atto al Regolamento europeo n. 679 del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali;

allo stato ed in relazione al procedimento di cui al presente atto, l'insussistenza del conflitto di interessi ai sensi dell'art. 6 bis della Legge n. 241/1990, delle disposizioni di cui al vigente Codice di Comportamento Aziendale e delle misure previste dal vigente Piano Triennale della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza;

infine, la conformità del presente atto ai principi di cui alla legge 6 novembre 2012, n. 190;

Premesso:

che con D.C.A. n. 39 del 25 settembre 2017, pubblicato sul BURC n. 72 del 2 Ottobre 2017, veniva approvato dalla Regione Campania l'atto aziendale dell'A.S.L. Napoli 3 Sud, adottato con deliberazione n. 372 del 31.05.2017;

che con nota prot. n. 11364 del 10 gennaio 2023, acquisita al protocollo aziendale in data 11.01.2023 al n. 6076, la Regione Campania invitava anche questa Azienda sanitaria all'adozione dei nuovi atti aziendali in conformità a quanto disposto in merito alla programmazione regionale con i provvedimenti nella stessa richiamati;

Visti:

- il D.C.A. n. 18 del 18.02.2013 recante linee di indirizzo per l'adozione dell'atto aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Campania;

- D.C.A. n. 103 del 28.12.2018 recante il piano regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 – Aggiornamento di dicembre 2018;
- Il D.C.A. n. 83 del 31.10.2019 recante il piano territoriale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021;
- La D.G.R.C. n. 682 del 13.12.2022, recante le linee guida sugli interventi di riordino territoriale della Regione Campania in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, recepite dal Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022;

DATO ATTO che:

- Con nota prot. n. 132498 del 04.07.2023 è stata data informativa alla Conferenza dei Sindaci;
- Con nota prot. n. 132379 del 04.07.2023 è stata inviata informativa ai Componenti del Comitato Partecipativo e Consultivo A.S.L. Napoli 3 sud per il tramite dell'U.O.C. Relazioni con il Pubblico;
- Con nota prot. n. 132543 del 04.07.2023 è stata data informativa al Consiglio dei Sanitari;
- Con nota prot. n. 132417 del 04.07.2023 è stata data informativa alle OO.SS. dirigenza per il tramite dell'U.O.C. Gestione Risorse Umane;
- Con nota n. 132438 del 04.07.2023 è stata data informativa alle OO.SS. Area Comparto ed alla R.S.U. per il tramite dell'U.O.C. Gestione Risorse Umane;
- con nota prot. n. 126296 del 26.06.2023 è stato convocato il Collegio di Direzione per l'espressione del parere che veniva reso favorevole in data 4.7.2023;
- con nota prot. n. 132954 del 04.07.2023 è stata trasmessa in Regione la bozza dell'Atto Aziendale, in forma di quadri sinottici;

PRESO ATTO delle considerazioni ed osservazioni pervenute in merito alla proposta di atto aziendale di seguito riportate:

- nota prot. n. 134058 del 5.7.2023 pervenuta da un componente del Consiglio dei Sanitari, dott. Carmine Coppola;

CONSIDERATO che sono state apportate modifiche su indicazioni per le vie brevi da parte degli uffici regionali;

RITENUTO, pertanto, di dover procedere all'adozione dell'atto aziendale dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 in quanto atto dovuto, stante anche l'urgenza di provvedere;

Tutto ciò premesso, argomentato ed attestato;

Sentito il parere favorevole espresso dal Direttore Amministrativo;

Il Direttore Amministrativo
Dr. Michelangelo Chiacchio

(Firmato digitalmente ai sensi del D. Lgs. 7.3.2005 n. 82 s.m.i. e norme collegate – Sostituisce la firma autografa)

DELIBERA:

- di prendere atto della nota regionale prot. n. 11364 del 10 gennaio 2023, assunta al prot. aziendale n. 6076 dell'11.1.2023, meglio specificata in precedenza;
- di adottare il nuovo Atto Aziendale dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud, allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale;

- di dare mandato al Direttore dell'UOC Gestione Risorse Umane di trasmettere la presente deliberazione a tutte le Organizzazioni sindacali aziendali;
- di dare mandato al Direttore dell'U.O.C. Affari Istituzionali e Segreterie di trasmettere la presente deliberazione alla Direzione Generale per la tutela della Salute ed il Coordinamento del S.S.R., al Presidente della Conferenza dei Sindaci, al Presidente del Collegio Sindacale, al Collegio di Direzione ed alle strutture aziendali centrali e periferiche;
- di dare mandato al Direttore dell'U.O.C. Relazioni con il Pubblico di provvedere alla pubblicazione della presente deliberazione sul relativo link del portale aziendale, anche in ottemperanza agli obblighi di pubblicità e di trasparenza previsti dal Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 e s.m.i., e di trasmettere inoltre la presente deliberazione ai componenti il Comitato Partecipativo e Consultivo in rappresentanza delle associazioni di tutela del territorio aziendale;
- di dare atto che, l'esecuzione della presente deliberazione avverrà a seguito di approvazione formale dell'Atto aziendale da parte della Regione Campania e di pubblicazione del relativo provvedimento sul B.U.R.C., con le eventuali opportune indicazioni degli atti consequenziali;
- di dare mandato al Direttore della UOC Gestione risorse Umane di dar corso, all'esito della citata approvazione regionale, alle procedure di rito per il conferimento degli incarichi di cui all'atto aziendale.
- di dare atto, infine, che all'esito delle suindicate procedure, ai Dirigenti che rimarranno privi di incarico di Struttura Complessa, Struttura Semplice e Struttura Semplice Dipartimentale a seguito della riorganizzazione conseguente all'adozione dell'Atto Aziendale, troveranno applicazione le previsioni di cui ai vigenti CC.NN.LL. di categoria.

Il Direttore Generale

dott. Giuseppe Russo

(Firmato digitalmente ai sensi del D. Lgs. 7.3.2005 n. 82 s.m.i. e norme collegate – Sostituisce la firma autografa)



ATTO AZIENDALE

ASL Napoli 3 Sud
Direttore Generale
Dott. Giuseppe Russo

Indice

ELEMENTI IDENTIFICATIVI DELL'ASL NAPOLI 3 SUD	3
ART.1 - DENOMINAZIONE, SEDE LEGALE, LOGO E SITO ISTITUZIONALE	4
ART.2 - AMBITO TERRITORIALE, CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE ED EPIDEMIOLOGICHE	5
ART.3 - IL PATRIMONIO	14
ART.4 - LA MISSION	14
ART.5 - LA VISION	15
ART.6 - CLINICAL GOVERNANCE E SICUREZZA DELLE CURE	15
ART.7 - PARTECIPAZIONE, TRASPARENZA E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI	16
ASSETTO ISTITUZIONALE, ORGANI E ORGANISMI	24
ART.8 - ASSETTO ISTITUZIONALE DELL'AZIENDA - GLI ORGANI	24
ART.9 - ORGANISMI E COMITATI AZIENDALI	31
LA GOVERNANCE	35
ART.10 - SISTEMA DI GOVERNANCE	35
ART.11 - L'ATTIVITÀ DELL'AZIENDA	35
ART.12 - LE STRUTTURE ORGANIZZATIVE	36
ART.13 - ATTRIBUZIONI DEI DIRIGENTI	37
ART.14 - CRITERI E PARAMETRI PER COSTITUZIONE, MANTENIMENTO E RICONVERSIONE DELLE UNITA' OPERATIVE	39
SISTEMA DI PROGRAMMAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO	40
ART.15 - LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA	40
ART.16 - PROGRAMMAZIONE	40
ART.17 - LA COMUNICAZIONE NELLE AZIENDE SANITARIE	41
ACQUISTI, PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DEI BENI E SERVIZI	42
ART.18 - CONTROLLO DELLA SPESA	42
ART.19 - ATTREZZATURE: PROGRAMMAZIONE, ACQUISTI, GESTIONE E MANUTENZIONE	43
DIREZIONE STRATEGICA	45
ART.20 - STRUTTURE DI STAFF	45
DIREZIONE AMMINISTRATIVA	53
ART.21 - STRUTTURE DI STAFF	53
DIREZIONE SANITARIA	69
ART.22 – DIPARTIMENTO ATTIVITA' STRATEGICHE DI DIREZIONE SANITARIA	69
ART.23 - DIPARTIMENTO ASSISTENZA OSPEDALIERA	75
IL PRESIDIO OSPEDALIERO	77
DIPARTIMENTO AREA MEDICA	82

DIPARTIMENTO AREA CRITICA	83
DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE	85
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI	86
ART.24 – DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE	87
ART.25 - DISTRETTI SANITARI	95
ART.26 - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	99
ART.27 - DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	112
ART.28 - DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE	118
ART.35 - MALATTIE RARE.....	121
ART.36 - LE RETI ASSISTENZIALI	122
ART.37 - DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	133
ART.38 - NORME FINALI E TRANSITORIE	135
ART.39 - NORMATIVA DI RIFERIMENTO	135
ART. 40 - QUADRI SINOTTICI	137

INTRODUZIONE

L'Atto Aziendale è il documento di diritto privato che l'Azienda adotta al fine di definire regole e procedure di organizzazione e funzionamento dell'Azienda Sanitaria, nel rispetto degli indirizzi della programmazione sanitaria nazionale e regionale di cui al DCA n.6 del 14/01/2013.

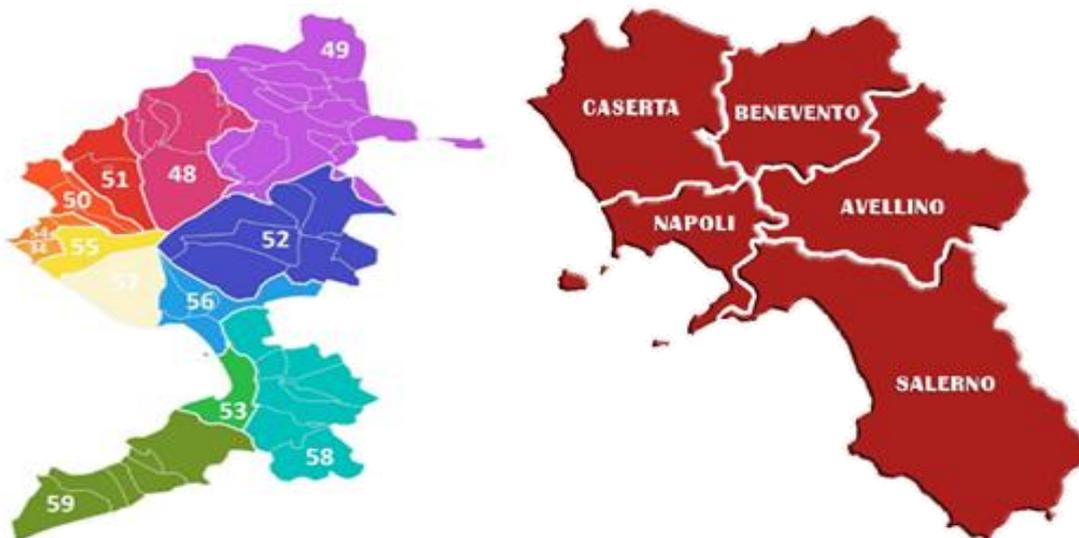
Tale Atto, adottato ai sensi di quanto disposto dall'articolo 3, comma 1-bis del d. lgs n. 502/92 e s.m.i., definisce il modello organizzativo e il sistema di governance nel rispetto dei principi e dei criteri emanati dalla Regione.

L'Atto Aziendale valorizza il ruolo dell'autonomia imprenditoriale dell'Azienda mediante il ricorso a forme e strumenti di intervento tipici del "diritto privato" e dunque del Codice Civile e in particolare alla "governance", intesa come sistema complesso di vincoli, obiettivi e responsabilità coerenti con la necessità di assicurare il raccordo con gli obiettivi di finanza pubblica, nel più ampio contesto dello scenario regionale di rispetto dei vincoli e degli obiettivi fissati dal Piano di Rientro. Nell'adozione dell'Atto Aziendale si è tenuto conto:

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

Le specifiche aree di attività oggetto dell'azione aziendale saranno disciplinate con successivi regolamenti interni.

ELEMENTI IDENTIFICATIVI DELL'ASL NAPOLI 3 SUD



ART.1 - DENOMINAZIONE, SEDE LEGALE, LOGO E SITO ISTITUZIONALE

L'ASL Napoli 3 Sud è stata costituita con la D.G.R.C. n.505 del 20 marzo 2009 ed ha l'obiettivo di organizzare ed erogare i livelli essenziali di assistenza (L.E.A.) in maniera uniforme su tutto il territorio.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 1-bis, del D. Lgs. n. 502/1992, come modificato dal d. lgs. n.229/1999, l'Azienda è dotata di personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale; essa è un ente strumentale della Regione Campania ed opera con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, utilizzando i mezzi e gli strumenti operativi dell'imprenditore privato per raggiungere gli obiettivi di prevenzione, diagnosi e cura, nel rispetto delle normative vigenti.

La Giunta regionale della Campania con la deliberazione n. 751 del 21 dicembre 2012 ha stabilito la sede legale dell'ASL Napoli 3 Sud nel Comune di Torre del Greco (Na) 80059, alla Via Marconi n.66, Il Legale rappresentante dell'Azienda è il Direttore Generale.

L'ASL Napoli 3 Sud ha adottato con atto deliberativo un proprio logo come unico simbolo rappresentativo aziendale e immediata identificazione dell'Azienda:



Il logo dell'ASL Napoli 3 Sud è costituito dall'immagine stilizzata del Vesuvio e del Monte Somma di colore verde; sull'immagine si sovrappone sul margine sinistro l'indicazione della Regione e la denominazione dell'Azienda Sanitaria di colore blu intercalata dal verde della parola "sud"; alla base della dizione per esteso è posta la stilizzazione del mare per indicare l'estensione dell'Azienda anche sulla Penisola Sorrentina.

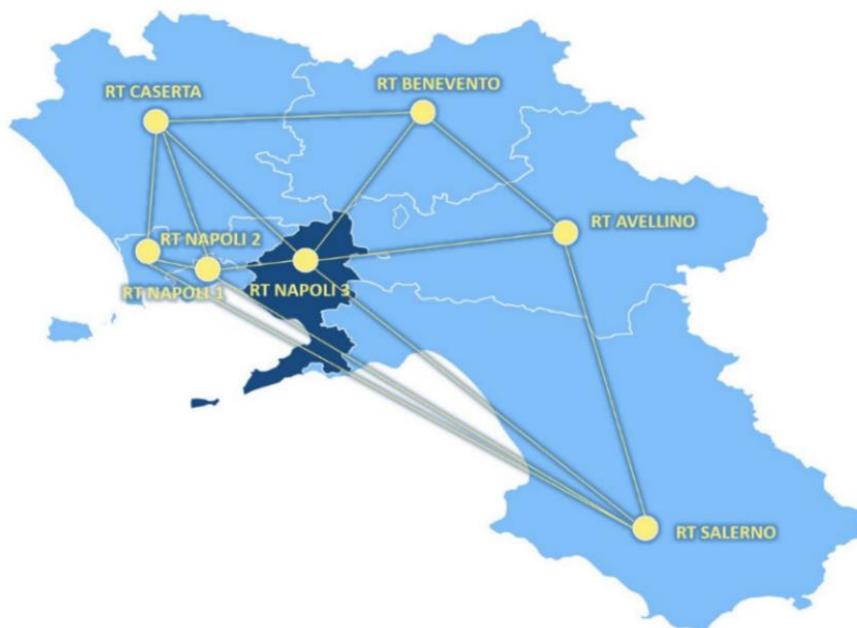
Il dominio è il seguente è www.asnapoli3sud.it

La PEC è la seguente protocollo@pec.asnapoli3sud.it

ART.2 - AMBITO TERRITORIALE, CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE ED EPIDEMIOLOGICHE

Ambito territoriale

L'ambito territoriale dell'ASL Napoli 3 Sud è costituito dall'area a sud di Napoli e confina con le province di Salerno, Caserta, Avellino.



Superficie	635 Km ^q
Residenti al 01/01/2022	1.033.937 abitanti (fonte ISTAT)
Distretti Sanitari:	Portici; Marigliano; Nola; Volla; Pomigliano d'Arco; Palma Campania; Castellammare di Stabia, San Giorgio a Cremano; Ercolano; Torre Annunziata; Torre del Greco; Pompei; Sant'Agnello.
Presidi Ospedalieri:	Nola con lo Stabilimento di Pollena; Torre del Greco; Boscoreale-Boscotrecase; Castellammare con lo Stabilimento di Gragnano; Nuovo Ospedale della Costiera (P.O. Sorrento e P.O. Vico Equense).

Caratteristiche demografiche

L'ASL Napoli 3 Sud si estende su un territorio di 635 Km^q, suddiviso in 57 Comuni. La popolazione aggiornata ai dati ISTAT del 1° gennaio 2022 è pari a 1.033.937 abitanti. La densità di popolazione è pari a 1.667,64 ab/km² con picchi elevatissimi in corrispondenza dei comuni della cinta suburbana di Napoli.

Piramide dell'età

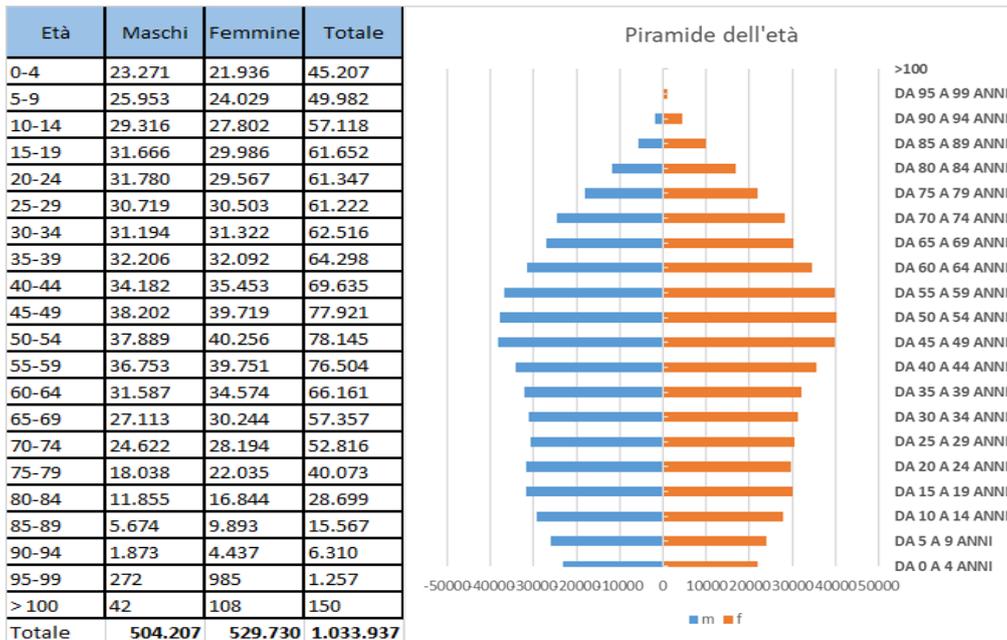
La piramide dell'età per la popolazione dell'ASL Napoli 3 Sud è sovrapponibile a quella della popolazione campana, che mostra la frequenza più elevata in assoluto tra i 45 e 55 anni. Per l'età dell'infanzia (<15 aa) si riscontra una prevalenza del sesso maschile, mentre per l'età anziana (≥ 65 aa) si riscontra una prevalenza del sesso femminile, che si accentua con l'aumentare dell'età.

FASCIA ETA'	DS34	DS48	DS49	DS50	DS51	DS52	DS53	DS54	DS55	DS56	DS57	DS58	DS59	totale
DA 0 A 4 ANNI	1.026	2.408	2.315	1.591	1.441	3.291	1.252	872	1.159	1.991	1.796	2.503	1.626	23.271
DA 5 A 9 ANNI	1.131	2.667	2.486	1.652	1.679	3.521	1.520	1.116	1.270	2.188	2.004	2.916	1.803	25.953
DA 10 A 14 ANNI	1.354	3.061	2.869	1.792	1.802	3.747	1.787	1.442	1.469	2.484	2.268	3.130	2.111	29.316
DA 15 A 19 ANNI	1.534	3.061	2.948	1.889	1.910	4.154	2.025	1.533	1.565	2.728	2.530	3.578	2.211	31.666
DA 20 A 24 ANNI	1.466	3.038	3.067	1.918	1.880	4.351	2.093	1.527	1.627	2.636	2.441	3.512	2.224	31.780
DA 25 A 29 ANNI	1.277	2.966	3.161	1.894	1.930	4.227	1.883	1.346	1.595	2.573	2.334	3.322	2.211	30.719
DA 30 A 34 ANNI	1.233	3.094	3.236	1.943	1.952	4.735	1.755	1.273	1.439	2.581	2.245	3.398	2.310	31.194
DA 35 A 39 ANNI	1.342	3.163	3.519	1.932	2.047	5.123	1.778	1.293	1.470	2.548	2.401	3.275	2.315	32.206
DA 40 A 44 ANNI	1.524	3.483	3.678	2.012	2.180	5.241	1.880	1.495	1.599	2.656	2.600	3.467	2.367	34.182
DA 45 A 49 ANNI	2.001	3.904	4.031	2.154	2.455	5.198	2.186	2.003	1.745	2.991	2.928	3.812	2.794	38.202
DA 50 A 54 ANNI	1.999	3.875	4.147	2.055	2.406	4.817	2.248	1.995	1.699	2.945	2.834	3.724	3.145	37.889
DA 55 A 59 ANNI	1.941	3.745	4.044	1.995	2.302	4.516	2.250	1.804	1.713	2.933	2.718	3.660	3.132	36.753
DA 60 A 64 ANNI	1.688	3.044	3.412	1.849	2.037	3.752	1.930	1.465	1.532	2.617	2.499	3.188	2.574	31.587
DA 65 A 69 ANNI	1.378	2.543	2.809	1.699	1.754	2.963	1.665	1.326	1.460	2.241	2.327	2.780	2.168	27.113
DA 70 A 74 ANNI	1.315	2.219	2.352	1.433	1.713	2.492	1.617	1.399	1.359	2.205	2.151	2.485	1.882	24.622
DA 75 A 79 ANNI	1.130	1.530	1.806	904	1.290	1.730	1.116	1.296	979	1.579	1.559	1.619	1.500	18.038
DA 80 A 84 ANNI	782	971	1.198	497	763	1.134	781	858	581	992	992	1.141	1.165	11.855
DA 85 A 89 ANNI	394	436	570	202	337	576	389	332	256	470	519	563	630	5.674
DA 90 A 94 ANNI	134	121	191	66	103	153	132	112	81	156	159	225	240	1.873
DA 95 A 99 ANNI	36	12	21	13	23	17	24	12	13	19	28	24	30	272
>100	2	2	11	2	2	1	1	1	1	2	8	2	7	42
	24.687	49.343	51.871	29.492	32.006	65.739	30.312	24.500	24.612	41.535	39.341	52.324	38.445	504.207

TABELLA 1. POPOLAZIONE MASCHILE PER FASCIA DI ETÀ

FASCIA ETA'	DS34	DS48	DS49	DS50	DS51	DS52	DS53	DS54	DS55	DS56	DS57	DS58	DS59	totale
DA 0 A 4 ANNI	891	2.174	2.179	1.496	1.395	3.058	1.282	866	1.086	2.001	1.658	2.344	1.506	21.936
DA 5 A 9 ANNI	1.099	2.453	2.344	1.564	1.579	3.157	1.444	1.072	1.119	2.066	1.881	2.535	1.716	24.029
DA 10 A 14 ANNI	1.333	2.882	2.638	1.676	1.727	3.485	1.731	1.367	1.410	2.346	2.181	3.008	2.018	27.802
DA 15 A 19 ANNI	1.485	2.976	2.909	1.846	1.909	3.720	1.950	1.443	1.463	2.481	2.402	3.310	2.092	29.986
DA 20 A 24 ANNI	1.357	2.879	2.846	1.838	1.796	3.567	1.995	1.436	1.485	2.518	2.516	3.268	2.066	29.567
DA 25 A 29 ANNI	1.368	3.046	3.123	1.896	1.893	4.049	1.898	1.321	1.458	2.528	2.328	3.356	2.239	30.503
DA 30 A 34 ANNI	1.367	3.222	3.297	2.055	2.064	4.165	1.778	1.280	1.543	2.530	2.386	3.355	2.280	31.322
DA 35 A 39 ANNI	1.445	3.340	3.399	2.087	2.121	4.296	1.799	1.332	1.558	2.567	2.438	3.500	2.210	32.092
DA 40 A 44 ANNI	1.670	3.772	3.841	2.214	2.336	4.592	2.047	1.706	1.638	2.841	2.743	3.503	2.550	35.453
DA 45 A 49 ANNI	2.206	4.083	4.271	2.259	2.574	4.849	2.422	2.237	1.821	3.080	3.013	3.907	2.997	39.719
DA 50 A 54 ANNI	2.204	4.004	4.363	2.241	2.602	4.984	2.475	2.183	1.830	3.122	2.939	4.081	3.228	40.256
DA 55 A 59 ANNI	2.172	3.955	4.438	2.303	2.529	4.679	2.429	1.994	1.870	3.145	3.020	3.943	3.274	39.751
DA 60 A 64 ANNI	1.780	3.239	3.518	2.063	2.300	4.059	2.168	1.724	1.761	2.943	2.838	3.453	2.728	34.574
DA 65 A 69 ANNI	1.686	2.845	3.077	1.771	2.050	3.210	1.894	1.608	1.584	2.509	2.619	2.954	2.437	30.244
DA 70 A 74 ANNI	1.754	2.442	2.669	1.521	1.958	2.682	1.863	1.896	1.577	2.519	2.406	2.693	2.214	28.194
DA 75 A 79 ANNI	1.492	1.894	2.190	1.000	1.493	2.056	1.510	1.657	1.237	1.897	1.882	1.875	1.852	22.035
DA 80 A 84 ANNI	1.263	1.369	1.791	692	1.000	1.566	1.228	1.137	807	1.429	1.426	1.514	1.622	16.844
DA 85 A 89 ANNI	772	773	1.079	357	591	948	690	642	466	815	807	942	1.011	9.893
DA 90 A 94 ANNI	368	307	445	139	227	382	328	303	214	363	375	409	577	4.437
DA 95 A 99 ANNI	93	53	104	14	67	86	78	68	36	85	85	106	110	985
>100	8	7	14	1	5	10	9	6	5	11	5	13	14	108
	27.813	51.715	54.535	31.033	34.216	63.600	33.018	27.278	25.968	43.796	41.948	54.069	40.741	529.730

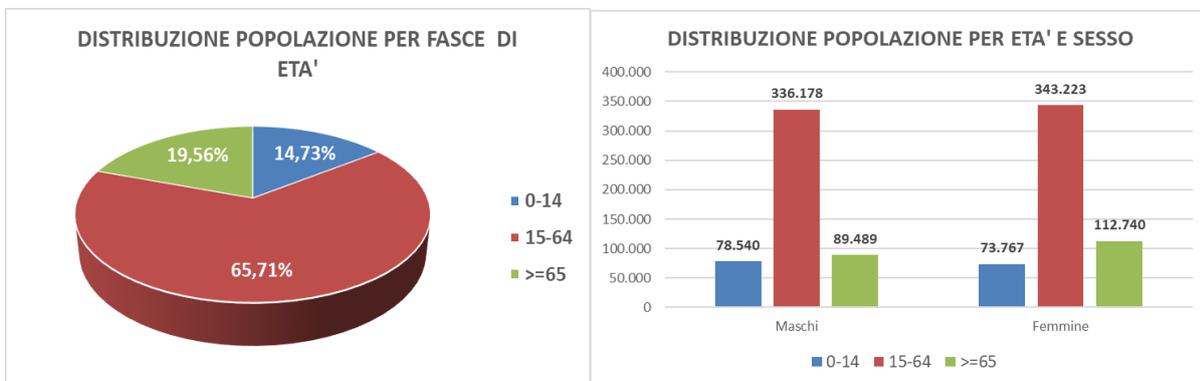
TABELLA 2. POPOLAZIONE FEMMINILE PER FASCIA DI ETÀ



Distribuzione per fasce di età e sesso

La popolazione di riferimento è per circa due terzi in fascia attiva (15-64 anni), con progressivo incremento della prevalenza del genere femminile dai 40 anni in poi.

Fasce Età (anni)	Maschi		Femmine		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%
0-14	78.540	15,58	73.767	13,93	152.307	14,73
15-64	336.178	66,67	343.223	64,79	679.401	65,71
> 65	89.489	17,75	112.740	21,28	202.229	19,56
Totale	504.207		529.730		1.033.937	



Indice di vecchiaia

Rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione. Nell'anno 2022 è stato registrato un valore per l'ASL Napoli 3 Sud di 132,8 ossia 132 anziani ogni 100 giovani. Sebbene questo valore sia ancora favorevole rispetto al contesto regionale e nazionale (indice pari a 143,6 per la Campania e a 187,6 per l'Italia), il trend aziendale risulta in costante crescita.

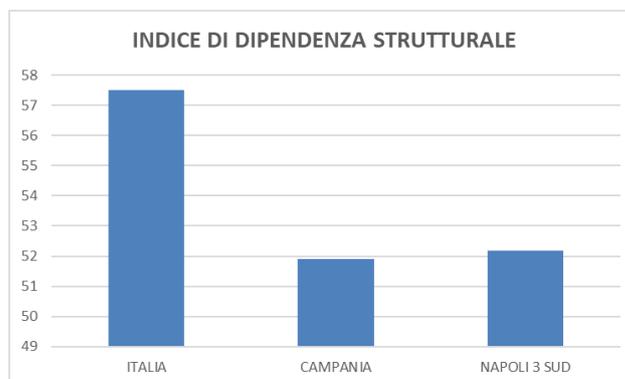
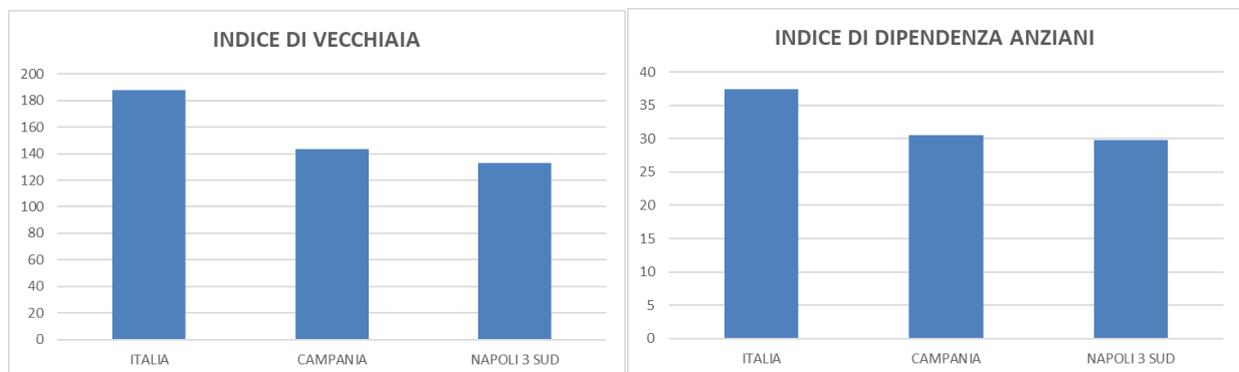
Indice di dipendenza anziani

Rappresenta il rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di età 15-64 anni. L'indice aziendale si attesta a 29,8 risultando inferiore a quello regionale (30,6) e nazionale (37,5).

Indice di dipendenza strutturale

Rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e over 65 anni) rispetto a quella attiva (15-64). L'indice aziendale si attesta a 52,2 (indice regionale: 51,9; indice nazionale: 57,5).

Livello di analisi	Popolazione (al 01/01/2022)	Indice di Vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione		
					0-14 aa	15-64 aa	> 65
Italia	59.030.133	187,6	37,5	57,5	7.489.795	37.488.934	14.051
Campania	5.624.420	143,6	30,6	51,9	789.360	3.701.598	1.133.
ASL Napoli 3 Sud	1.035.273	132,8	29,8	52,2	152.307	679.401	202.2



POPOLAZIONE AZIENDALE PER DISTRETTI SANITARI E COMPETENZE TERRITORIALI

Distretti	Ambito	Comuni	maschi	femmine	Totale	% M	% F
DS 34	11	Portici	24.687	27.813	52.500	47%	53%
DS 48	22	Brusciano; Castello di Cisterna; Marigliano; Mariglianella; San Vitaliano; Somma Vesuviana	49.343	51.715	101.058	49%	51%
DS 49	23	Camposano; Carbonara di Nola; Casamarciano; Cicciano; Cimitile; Comiziano; Liveri; Nola; Roccarainola; San Paolo Bel Sito; Saviano; Scisciano; Tufino; Visciano	51.871	54.535	106.406	49%	51%
DS 50	24	Cercola; Massa di Somma; Pollena Trocchia; Volla	29.492	31.033	60.525	49%	51%
DS 51	25	Pomigliano d'Arco; Sant'Anastasia	32.006	34.216	66.222	48%	52%
DS 52	26	Ottaviano; Palma Campania; Poggiomarino; San Gennaro Vesuviano; San Giuseppe Vesuviano; Terzigno; Striano;	65.739	63.600	129.339	51%	49%
DS 53	27	Castellammare di Stabia	30.312	33.018	63.330	48%	52%
DS 54	28	San Giorgio a Cremano; San Sebastiano al Vesuvio	24.500	27.278	51.778	47%	53%
DS 55	29	Ercolano	24.612	25.968	50.580	49%	51%
DS 56	30	Boscotrecase; Boscotrecase; Torre Annunziata; Trecase	41.535	43.796	85.331	49%	51%
DS 57	31	Torre del Greco	39.341	41.948	81.289	48%	52%
DS 58	32	Agerola; Casola di Napoli; Gragnano; Lettere; Pimonte; Pompei; Sant'Antonio Abate; Santa Maria la Carità	52.324	54.069	106.393	49%	51%
DS 59	33	Massa Lubrense; Meta; Piano di Sorrento; Sant'Agnello; Sorrento; Vico Equense	38.445	40.741	79.186	49%	51%

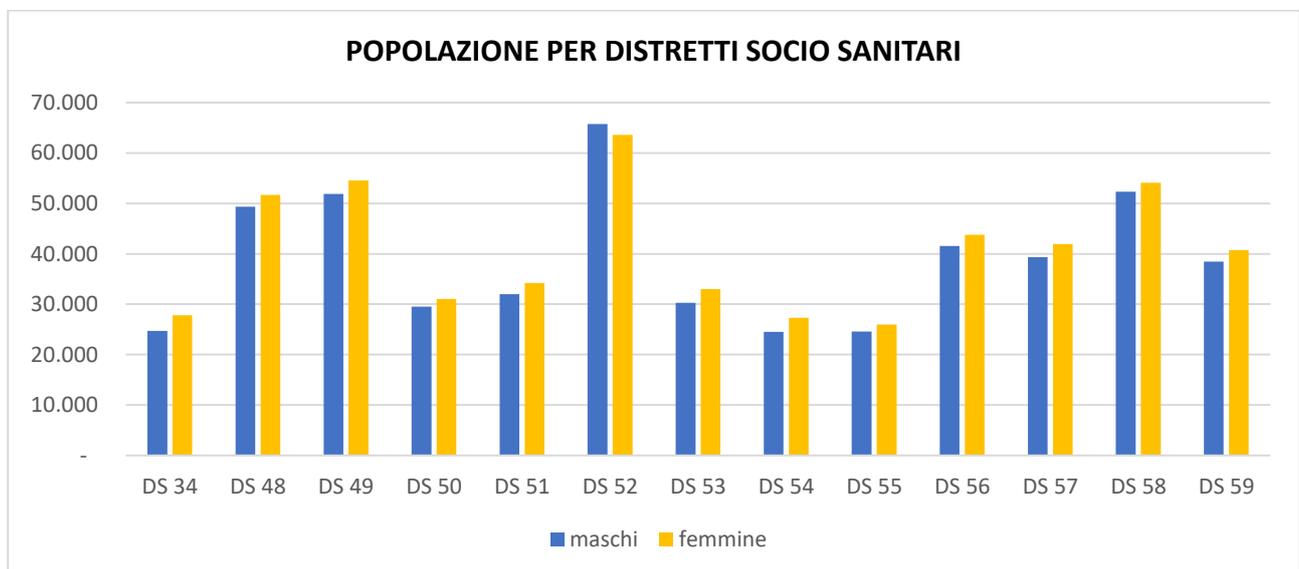


TABELLA DEGLI INDICI PER DISTRETTO

DS	0-14 anni	15-64 anni	>65 anni	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale
DS34	6.834	33.059	12.607	184,5	38,1	58,8
DS48	15.645	67.889	17.524	112,0	25,8	48,9
DS49	14.831	71.248	20.327	137,1	28,5	49,3
DS50	9.771	40.443	10.311	105,5	25,5	49,7
DS51	9.623	43.223	13.376	139,0	30,9	53,2
DS52	20.259	89.074	20.006	98,8	22,5	45,2
DS53	9.016	40.989	13.325	147,8	32,5	54,5
DS54	6.735	32.390	12.653	187,9	39,1	59,9
DS55	7.513	32.411	10.656	141,8	32,9	56,1
DS56	13.076	54.963	17.292	132,2	31,5	55,3
DS57	11.788	52.153	17.348	147,2	33,3	55,9
DS58	16.436	70.612	19.345	117,7	27,4	50,7
DS59	10.780	50.947	17.459	162,0	34,3	55,4
Totale	152.307	679.401	202.229	132,8	29,8	52,2

Popolazione straniera

Dai dati socio demografici analizzati dal sito dell'Istat (aggiornati al 01/01/2022) si rileva che sulla popolazione complessiva di 1.033.937 abitanti, 34.356 (3,32%) risultano essere stranieri.

DISTRIBUZIONE POPOLAZIONE STRANIERA PER FASCE D'ETÀ

DISTRETTO	TOT. STRANIERI	% SU POP. ASL	% SU POP. STRANIERA
DS34	689	1,31%	2%
DS48	2.927	2,90%	9%
DS49	3.315	3,12%	10%
DS50	797	1,32%	2%
DS51	1.531	2,31%	4%
DS52	15.853	12,26%	46%
DS53	1.082	1,71%	3%
DS54	545	1,05%	2%
DS55	513	1,01%	1%
DS56	1.961	2,30%	6%
DS57	765	0,94%	2%
DS58	2.198	2,07%	6%
DS59	2.180	2,75%	6%
	34.356	3,32%	

FASCIA ETA'	Maschi	Femmine	Totale
DA 0 A 4 ANNI	921	940	1.861
DA 5 A 9 ANNI	1.063	913	1.976
DA 10 A 14 ANNI	925	790	1.715
DA 15 A 19 ANNI	776	628	1.404
DA 20 A 24 ANNI	1.334	589	1.923
DA 25 A 29 ANNI	1.386	1.035	2.421
DA 30 A 34 ANNI	1.992	1.504	3.496
DA 35 A 39 ANNI	2.530	1.848	4.378
DA 40 A 44 ANNI	2.463	1.828	4.291
DA 45 A 49 ANNI	1.727	1.811	3.538
DA 50 A 54 ANNI	1.117	1.620	2.737
DA 55 A 59 ANNI	663	1.336	1.999
DA 60 A 64 ANNI	346	1.070	1.416
DA 65 A 69 ANNI	159	623	782
DA 70 A 74 ANNI	51	240	291
DA 75 A 79 ANNI	28	50	78
DA 80 A 84 ANNI	14	24	38
DA 85 A 89 ANNI	4	6	10
DA 90 A 94 ANNI	-	2	2
DA 95 A 99 ANNI	-	-	-
>100	-	-	-
	17.499	16.857	34.356

Contesto territoriale

Genericamente, dal punto di vista geografico, l'Azienda può essere divisa in due aree: Nord e Sud. Con riferimento al contesto territoriale, possono essere, invece, distinte due aree, a differente vocazione:

- un'area interna, sviluppata alle falde del Vesuvio, a vocazione agricolo/industriale;
- un'area costiera, a vocazione turistico/marinara, che si estende dalla Città Metropolitana di Napoli fino alla Penisola Sorrentina e che nel semestre aprile-settembre accoglie un considerevole numero di visitatori e turisti con relativo incremento dei bisogni assistenziali, soprattutto di tipo ospedaliero.

Il processo di urbanizzazione, quasi sempre disgiunto da un adeguato ed armonico sviluppo di servizi e infrastrutture non è stato omogeneo nelle due differenti aree. L'eterogeneità che caratterizza il territorio dal punto di vista geografico ed organizzativo fa sì che si configuri come un fattore ambientale diversificato nell'ambito dei determinanti dello stato di salute.

Tessuto sociale

Nella popolazione è maturata la volontà a prendere parte ai processi sociali orientati ad influenzare la qualità della vita e lo stato di salute delle persone. A tal fine, a fianco dei soggetti tradizionali che entrano nel processo di partecipazione sociale del sistema di produzione e utilizzo dei servizi, quali gli Organismi Istituzionali (la Conferenza dei Sindaci, le Amministrazioni Comunali dei 57 Comuni, le Organizzazioni Scolastiche), le persone fisiche o giuridicamente rappresentate (il singolo cittadino/utente, le società varie, le organizzazioni sindacali, i partiti politici), l'ASL Napoli 3 Sud intende promuovere il coinvolgimento di enti, istituzioni, imprese a vocazione sociale (cooperative sociali, organizzazioni no profit), di professionisti della sanità pubblica e privata, dei media locali, delle forme d'associazionismo strutturato (tribunale dei diritti del malato, organizzazioni di volontariato).

Il capitale sociale e la coesione sociale rappresentano per l’Azienda un riferimento fondamentale nel processo generale di ridefinizione del proprio ruolo di primo attore del progetto di salute, visto come patrimonio e impegno di tutta la comunità. Il processo d’integrazione urbana in tutto il territorio si sforza di trovare, attraverso il capitale sociale, un elemento per lo sviluppo di progetti ed azioni adeguate ai bisogni emergenti, di cui l’Azienda terrà conto nel proprio impegno di programmazione e di organizzazione, contemperandolo con le strategie, gli indirizzi ed i vincoli definiti dalla Regione.

Gli obiettivi di salute fissati nel Piano Sanitario Regionale rappresenteranno la base per la costruzione dei piani e dei patti per la salute, definiti congiuntamente attraverso accordi di programma con gli enti locali, e collegati anche a strumenti di concertazione di più ampio respiro come i Patti Territoriali. La valutazione dei problemi di salute della popolazione, delle criticità del sistema dei servizi, gli indirizzi ed i vincoli stabiliti dalla Regione sono gli elementi fondamentali su cui costruire il Piano Attuativo Locale (piano delle azioni triennale) ed il Piano Annuale delle Attività. Dal punto di vista del modello organizzativo, il Distretto Sanitario si caratterizza come "un'area sistema" all'interno della quale debbono incontrarsi, con coerenza, le caratteristiche omogenee di alcune particolari condizioni della struttura dei bisogni (che costituiscono la domanda sociale) e le modalità d'intervento, garantendo efficacia ed efficienza delle prestazioni. È in questo senso che l'integrazione sociosanitaria va prioritariamente riconosciuta nella domanda e successivamente realizzata nei sistemi d'offerta, superando il tradizionale settorialismo.

DENSITÀ ABITATIVA (MEDIA) PER DISTRETTO

DISTRETTO	COMUNI	POP	KM quad.	DENSITA'
DS34	Portici	52.500	4,60	11.401
DS48	Brusciano; Castello di Cisterna – Mariglianella – Marigliano - San Vitaliano - Somma Vesuviana	101.058	71,39	1.416
DS49	Camposano; Carbonara di Nola; Casamarciano; Cicciano; Cimitile; Comiziano; Liveri; Nola; Roccarainola; San Paolo Bel Sito; Saviano; Scisciano; Tufino; Visciano	106.406	134,55	791
DS50	Cercola; Pollena Trocchia; Volla; Massa di Somma	60.525	21,49	2.817
DS51	Pomigliano d'Arco; Sant'Anastasia	66.222	30,45	2.175
DS52	Ottaviano; Palma Campania; Poggiomarino; San Giuseppe Vesuviano; Striano; Terzigno	129.339	106,23	1.218
DS53	Castellammare di Stabia	63.330	17,81	3.555
DS54	San Giorgio a Cremano; San Sebastiano al Vesuvio	51.778	6,75	7.669
DS55	Ercolano	50.580	19,89	2.542
DS56	Torre Annunziata; Boscoreale; Boscotrecase; Trecase	85.331	32,63	2.615
DS57	Torre del Greco	81.289	30,63	2.654
DS58	Gragnano; Lettere; Pimonte; Pompei; Sant'Antonio Abate; Santa Maria la Carità	106.393	85,96	1.238
DS59	Massa Lubrense; Meta; Piano di Sorrento; Sant'Agello; Sorrento; Vico Equense	79.186	72,91	1.086
		1.033.937	635,30	1.627

Natalità

Nel territorio dell'ASL Napoli 3 Sud sono presenti 8 strutture di ricovero con punto nascita, di cui 3 pubbliche e 5 private accreditate.

STRUTTURE PUBBLICHE	STRUTTURE ACCREDITATE
P.O. Nola	Casa di Cura La Madonnina_ San Gennaro Vesuviano
P.O. Castellammare	Casa di Cura Maria Rosaria_ Pompei
P.O. Vico Equense	Casa di Cura Nostra Signora di Lourdes_ Massa di Somma
	Casa di Cura Villa Stabia_ Castellammare
	Casa di Cura S. Maria La Bruna_ Torre del Greco

Nel corso dell'anno 2021 sono stati notificati, con il flusso CedAP, n.6.455 nascite, di cui n.3.308 maschi e n.3.147 femmine, nei punti nascita pubblici vi sono n.1.910 nascite, in quelli privati accreditati n.4.545.

I dati di attività nell'anno 2021, per tipologia di struttura e modalità del parto, indicano che la percentuale dei parti cesarei primari è stata pari al 29,6%.

Le visite di controllo in gravidanza si sono attestate in media al 7,2 (dato in linea con quello nazionale). L'ecografia morfologica strutturale è stata effettuata nel 92,7% delle partorienti.

Nel 2021 (dati CedAP) risulta che le madri che hanno fatto ricorso alla procreazione medicalmente assistita sono pari al 1,9% del totale e la tecnica più utilizzata è stato il metodo di fecondazione in vitro tramite iniezione di spermatozoo in citoplasma (ICSI).

Sistemi di Sorveglianza sugli Stili di Vita

L'Azienda definisce le azioni prioritarie da intraprendere identificando le esigenze di salute grazie al monitoraggio attuato con i sistemi di sorveglianza sugli stili di vita, quali:

- **Okkio alla Salute**, che è un sistema di sorveglianza biennale per stimare la prevalenza di sovrappeso e obesità e di alcuni comportamenti nei bambini della classe terza della scuola primaria bambini di 6-10 anni;
- **HBSC (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare)**, che è uno studio internazionale sugli stili di vita dei ragazzi tra gli 11 e i 15 anni, svolto ogni quattro anni in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità;
- **PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia)**, che è un progetto promosso dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali e coordinato dal Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) per tenere d'occhio le attività di prevenzione sulle più importanti malattie nel nostro Paese. Esso consiste nel monitoraggio dello stato di salute della popolazione adulta italiana (18-69 anni) attraverso la rilevazione sistematica e continua delle abitudini, degli stili di vita e dello stato di attuazione dei programmi nazionali di intervento per modificare i comportamenti a rischio. Al nucleo fisso delle domande previste dal questionario telefonico possono essere aggiunti nuclei di approfondimento a rotazione utilizzabili sia a livello nazionale (ad esempio, terapia ormonale per donne in menopausa)

- che regionale (modulo terra dei fuochi);
- **PASSI d'Argento**, che è un sistema di sorveglianza sullo stato di salute e la qualità della vita della popolazione ultra 65enne. Il livello di autonomia dell'anziano viene valutato con la scala delle ADL (Activity of Daily Living) e delle IADL (Instrumental Activity of Daily Living). L'indice di invecchiamento della popolazione acquista un notevole rilievo nella programmazione dei servizi da erogare alla popolazione rispetto al fabbisogno di salute soprattutto in considerazione dell'aumento delle patologie croniche ed oncologiche;
 - **Sistema di Sorveglianza 0-2 anni**, nell'ambito del Programma Genitori Più, è finalizzato allo studio dei determinanti di salute relativi alla prima infanzia, da prima del concepimento al compimento dei 2 anni. La popolazione in studio è rappresentata dalle mamme di bambini fino ai 2 anni di vita portati presso i centri vaccinali per effettuare le vaccinazioni. La raccolta delle informazioni (ad esempio, assunzione di acido folico, consumo di tabacco e bevande alcoliche, allattamento, lettura precoce in famiglia, esposizione dei bambini agli schermi, vaccinazioni) avviene attraverso un questionario anonimo, disponibile in più lingue, auto-compilato dalle mamme con il supporto degli operatori presenti presso i centri vaccinali.

ART.3 - IL PATRIMONIO

Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutti i beni mobili e immobili ad essa appartenenti in seguito al trasferimento disposto con decreto del Presidente della Giunta Regionale all'atto della sua costituzione, da quelli acquisiti nell'esercizio delle proprie attività, nonché da quelli ottenuti a seguito di atti di liberalità.

I beni mobili ed immobili utilizzati per il perseguimento dei fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile e, pertanto, non possono essere sottratti alla loro destinazione, se non nei modi stabiliti dalla legge.

Con regolamento adottato dal Direttore Generale vengono disciplinati tutti gli aspetti relativi alla gestione del patrimonio aziendale.

ART.4 - LA MISSION

L'Azienda assume come propria Mission di progettare e di realizzare quanto necessario a soddisfare il bisogno di salute della propria popolazione e garantire gli standard di qualità di ambienti e produzioni. Il punto di riferimento centrale di tutta l'attività dell'Azienda è la persona umana, nella sua singolarità ed irripetibilità, di cui raccoglie e interpreta la domanda di assistenza e fornisce i servizi e le risposte ai bisogni espressi. L'Azienda ha come scopo la promozione e la tutela della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente e, comunque, presente a qualsiasi titolo nel proprio ambito territoriale, per consentire la migliore qualità di vita possibile, garantendo i livelli essenziali di assistenza in conformità con la Programmazione Sanitaria Nazionale e Regionale e coerentemente con i seguenti principi:

- **Sostenibilità**: verifica della compatibilità economica rispetto alle risorse disponibili delle azioni pianificate e perseguibili;

- Sussidiarietà: partecipazione e tutela della libertà di scelta rispetto alle diverse forme di erogazione dei servizi al cittadino;
- Qualità: garanzia di affidabilità, appropriatezza e rispetto dell'individualità per ciascun cittadino;
- Etica: rispetto dei principi di eguaglianza, imparzialità, trasparenza, partecipazione, libertà di scelta e solidarietà.

L'Azienda concorre, inoltre, alla realizzazione della più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione Campania, secondo un approccio di integrazione e di sinergia.

ART.5 - LA VISION

Per il raggiungimento degli obiettivi assegnati, l'ASL Napoli 3 SUD si avvale del complesso delle risorse disponibili, secondo il principio della flessibilità nel cogliere i nuovi bisogni emergenti della popolazione, con conseguente rapidità nel cambiamento delle modalità e caratteristiche dell'offerta dei servizi sanitari.

La vision aziendale si ispira ai seguenti elementi essenziali:

- qualificare l'offerta dei servizi erogati e gli interventi di prevenzione e clinico - assistenziali, sviluppando capacità analitiche dirette alla determinazione dei bisogni di salute della popolazione, alla identificazione delle priorità, alla valutazione dell'appropriatezza e degli esiti dell'azione svolta in termini di output ed outcome;
- sviluppare modelli organizzativi per una maggiore fruibilità e accessibilità dei servizi e delle prestazioni offerte;
- ottimizzare le risorse per una maggiore efficienza dei processi produttivi e di erogazione;
- sviluppare il sistema della continuità clinico - assistenziale, adottando soluzioni organizzative e gestionali integrate che permettano la presa in carico globale dell'assistito in tutti i momenti del percorso di cura, anche attraverso una logica improntata alla gestione per processi;
- potenziare i servizi territoriali migliorando le cure domiciliari e l'appropriatezza delle attività di ricovero al fine di perseguire una coerente riduzione del tasso di ospedalizzazione;
- implementare le attività culturali e formative utilizzando la formazione come elemento strategico;
- perseguire l'obiettivo della valorizzazione di tutte le professionalità esistenti secondo un'ottica meritocratica e partecipativa.

ART.6 - CLINICAL GOVERNANCE E SICUREZZA DELLE CURE

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

La politica sanitaria aziendale, ai diversi livelli di governo del sistema, ha come presupposto il fatto

che la qualità dei servizi sanitari e delle prestazioni erogate, viene assunta come parte integrante delle scelte operate sul piano del governo amministrativo, su quello della organizzazione dei servizi e su quello della formazione dei professionisti che vi operano.

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

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

L'Azienda provvede a potenziare la dotazione di strumenti per il governo clinico con particolare attenzione a quelli previsti nel Piano Sanitario Regionale.

Il governo clinico permette di accrescere l'appropriatezza, di ridurre la variabilità e di migliorare l'adesione a standard di trattamento appropriati: consente di ridurre la distanza tra efficacia pratica (*effectiveness*) ed efficacia teorica (*efficacy*), migliorando direttamente il comportamento professionale e razionalizzando l'organizzazione. L'obiettivo finale è una medicina basata sulle prove di efficacia e non solo sui modelli delle linee guida, ed è pertanto necessario che i percorsi siano basati su revisioni realmente sistematiche della letteratura, sia dal punto di vista professionale sia per i modelli organizzativi del contesto nel quale tali percorsi verranno applicati.

La predisposizione dei percorsi è un processo ad altissimo contenuto professionale, che però non può essere lasciato in mano ai soli professionisti: infatti la qualità delle linee guida per la pratica clinica prodotte da società scientifiche è ben lontana da standard metodologici accettabili.

I professionisti devono essere motivati a mettere in gioco la loro professionalità per impiantare il governo clinico.

Il governo clinico propone una vista processuale dell'organizzazione con la consapevolezza che il servizio è appunto il risultato di processi di lavoro intesi come sequenza di attività interconnesse e finalizzate per le quali agiscono professionisti, si utilizzano tecnologie sia hard (macchine) che soft (linee guida, procedure assistenziali), si consumano risorse, si adottano metodologie di lavoro conseguenti.

La responsabilità del governo clinico appartiene a ogni livello organizzativo e professionale. Il governo clinico attiene quindi all'appropriatezza clinica ed organizzativa ed alla qualità tecnica percepita delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture dell'Azienda.

ART.7 - PARTECIPAZIONE, TRASPARENZA E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI

Il presente Atto Aziendale individua le strategie e le azioni atte a sviluppare adeguati livelli di

informazione, accoglienza, tutela e partecipazione dei cittadini, nonché modalità atte a consentire l'attività, all'interno delle strutture sanitarie, delle organizzazioni dei cittadini e delle associazioni non aventi fini di lucro.

A tal fine, sul sito istituzionale dell'Azienda, ai sensi e con le modalità di cui all'art. 32 della L.69/2009 e s.m.i., è presente una specifica sezione ove vengono pubblicati integralmente gli atti amministrativi (deliberazioni, determine, etc) con accesso libero e garantito. Inoltre, ai sensi del d. lgs. n.33/2013 e ss.mm.ii., l'Azienda mette in atto le azioni utili a garantire la trasparenza al proprio operato.

La partecipazione, la trasparenza e la tutela dei cittadini sono garantite attraverso le attività o le funzioni di seguito riportate.

Trasparenza

L'ASL Napoli 3 Sud, così come affermato nel d. lgs.n. 150/2009 e s.m.i., attribuisce particolare rilievo al tema della trasparenza intesa come "accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalla pubblica amministrazione, nonché delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione", consentendo ai cittadini forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche. La trasparenza concorre ad attuare i principi costituzionali di eguaglianza, imparzialità buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di un'amministrazione al servizio del cittadino.

La trasparenza anche per il tramite della pubblicazione di determinate informazioni pubbliche, risulta strumentale alla prevenzione della corruzione.

La Trasparenza si muove su tre azioni integrate tra loro:

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

L'ASL Napoli 3 Sud entro il 31 gennaio adotta il Piano triennale della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza, ai sensi del d. lgs.n. 33/2013 ss.mm.ii.

Accesso agli atti amministrativi, accesso civico semplice e generalizzato

Al fine di assicurare la trasparenza dell'attività amministrativa e di favorirne lo svolgimento imparziale, è riconosciuto, ai sensi dell'art. 22 della L. 241/90, a chiunque abbia un interesse diretto, concreto e attuale per la tutela di situazioni giuridicamente rilevanti, il diritto di accesso ai documenti amministrativi. Più ampio, invece, è il concetto di trasparenza introdotto dal d. lgs.n. 33/2013, in quanto riconosce a chiunque il diritto di accedere a dati, documenti e informazioni della pubblica amministrazione, senza la necessità di dimostrare un interesse qualificato, sia che si tratti di documenti per i quali sussiste l'obbligo di pubblicazione da parte della P.A. (accesso civico semplice) sia per quelli che non sono coperti da alcun obbligo di pubblicazione (accesso civico generalizzato). L'Azienda, al fine di garantire gli strumenti di accesso, pubblica sul sito istituzionale un apposito link.

Prevenzione della Corruzione

Il sistema di prevenzione della corruzione introdotto nel nostro ordinamento dalla legge 190/2012 si realizza mediante la formulazione e attuazione di azioni coordinate tra strategia nazionale e strategia interna a ciascuna amministrazione.

Il sistema aziendale messo in campo per la prevenzione della corruzione prevede: la definizione dei ruoli e delle responsabilità; analisi dei processi organizzativi a rischio di corruzione; interventi organizzativi per contrastare la corruzione nelle aree a rischio; obblighi di pubblicazione ai fini del controllo diffuso; la rotazione del personale in conformità al vigente regolamento aziendale.

Così come normativamente previsto, l'ASL provvede alla nomina del RPCT.

L'incarico di responsabile della prevenzione della corruzione consiste in un incarico aggiuntivo a quello già assegnato al dirigente. Di norma l'incarico è affidato a un dirigente dell'area contrattuale tecnico-amministrativo-professionale con incarico di struttura complessa e ha durata quinquennale.

Accesso e accoglienza

L'Azienda è dotata di una molteplicità di strutture eroganti distribuite secondo un modello a rete a maglie larghe su un territorio assai ampio. Queste peculiarità, che rendono l'accesso ai servizi più difficoltoso sia in termini logistici (le diverse sedi) che funzionali (la necessaria parcellizzazione con distribuzione delle funzioni), impegnano l'Azienda ad assumere ogni iniziativa utile ad agevolare il ricorso ai propri servizi, promuovendo in particolare:

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

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

Diritti dei Cittadini, degli Utenti e degli Stakeholder

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

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

Principio della partecipazione

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

L'Azienda nel recepire pienamente tale principio, ha sviluppato un sistema di partecipazione diffusa per il tramite di una serie di azioni e strumenti:

- comitato partecipativo e consultivo;
- consulta socio sanitaria;
- carta dei servizi socio sanitari;
- sistema di pubblica tutela;
- qualità percepita;
- audit civico;
- umanizzazione;
- rispetto della privacy;
- trasparenza e integrità;
- piano per l'umanizzazione ex art. 14 del d. lgs.502/92;
- conferenza dei servizi;
- consenso informato.

Comitato Partecipativo e Consultivo (C.P.C)

Il C.P.C. è formato dai rappresentanti delle organizzazioni di volontariato regolarmente iscritte all'Albo Regionale, ovvero da organismi di tutela o di promozione sociale di rilievo nazionale operanti sul territorio di competenza aziendale. I Componenti non sono né dipendenti dell'Azienda né dipendenti di strutture convenzionate o accreditate con l'Azienda.

Nell'ambito dell'autonomia della propria organizzazione il C.P.C. persegue i seguenti obiettivi:

- a) rafforzare il ruolo delle Associazioni di volontariato e di pubblica tutela con un efficace sistema di ascolto dei bisogni dei cittadini ed il monitoraggio dell'attività dell'Amministrazione ai sensi dell'art. 14 del d. lgs. n.502/1992 e dell'art. 11 del d. lgs. n.150/2009 e successive modifiche;
- b) promuovere i principi di erogazione dei servizi alle persone disabili previste anche nella Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità firmata dall'Italia il 30 marzo 2007.

In dettaglio, il C.P.C. svolge i seguenti compiti:

- valuta la qualità dei Servizi Sanitari e Socio-sanitari, monitorando le prestazioni erogate, le tariffe e le modalità di accesso, valorizzando il punto di vista dei cittadini;
- vigila sulle liste di attesa;
- verifica e analizza i segnali di disservizio, sia quelli relativi ai reclami pervenuti alla rete delle relazioni pubbliche sia quelli segnalati per iscritto ai membri dello stesso C.P.C;
- individua i fattori di qualità e/o non-qualità dei processi di erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari mediante il costante monitoraggio dei reclami o anche attraverso indagini sulla soddisfazione dei cittadini per aree specifiche di interesse e di esperienze di Audit Civico;

- elabora, propone e concorda con l'Azienda programmi comuni per favorire l'adeguamento dei servizi sanitari e socio-sanitari alle esigenze dei cittadini;
- promuove e favorisce l'informazione ai cittadini sui problemi della salute, sulla trasparenza l'integrità e la legalità della amministrazione aziendale;
- promuove e favorisce l'informazione ai cittadini relativamente alla dislocazione dei Servizi Sanitari e Sociosanitari sul territorio;
- vigila sull'osservanza del comma 4 dell'art. 14 del d. lgs. n.502/1992 e successive modifiche relativo alla convocazione della conferenza dei servizi almeno annuale;
- svolge un ruolo consultivo qualificato nell'adozione, da parte della Direzione aziendale, del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità da aggiornare annualmente;
- partecipa alle commissioni, con delegati, ove è prevista la presenza di rappresentanti di cittadini;
- fornisce il parere previsto dall'art. 11, co. 2 del d. lgs. n.150/09.

Consulta socio-sanitaria

Presso l'ASL Napoli 3 Sud è istituita la Consulta socio-sanitaria quale organismo per la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini nel rispetto di quanto previsto dall'art. 14, comma 2, del d.lgs. n.502/1992 e s.m.i.

La Consulta socio-sanitaria, in particolare:

- fornisce contributi per la programmazione sanitaria e socio sanitaria;
- elabora proposte finalizzate al miglioramento della qualità e dell'umanizzazione dei servizi;
- favorisce la partecipazione consapevole degli utenti e delle forze sociali attraverso dibattiti ed altri mezzi adeguati;
- promuove programmi di educazione sanitaria e collabora per favorire la corretta utilizzazione, da parte dell'utenza, dei servizi e delle prestazioni sanitarie;
- promuove iniziative volte all'attivazione di sistemi di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe e sulle modalità di accesso;
- promuove progetti di indagine di gradimento, nonché programmi di ricerca sugli eventi avversi e sulle criticità nell'erogazione dei servizi;
- partecipa alla conferenza dei servizi di cui all'articolo 14, comma 4, del d. lgs. n.502/1992 e s.m.i.

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

Essa è costituita dal Direttore Sanitario aziendale, dai Direttori di Distretto e di Dipartimento, dal Comitato di rappresentanza dei sindaci, da n.2 rappresentanti degli organismi di volontariato maggiormente rappresentativi nell'azienda, da n.2 rappresentanti degli organismi di tutela dei diritti dei cittadini maggiormente rappresentativi nell'azienda, dal responsabile della UOC Relazioni con il Pubblico e dal responsabile della UOC Socio Sanitaria.

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

Carta dei Servizi Sanitari

La Carta dei Servizi dell'ASL Napoli 3 Sud è lo strumento fondamentale con il quale l'azienda attua il principio di trasparenza. Essa si ispira al dettato della carta Costituzionale che sancisce e tutela il rispetto dei principi di uguaglianza, imparzialità, tutela della dignità della persona, vietando ogni forma di discriminazione, impegnando ciascun operatore e la struttura al rispetto di tali principi.

Trattasi dello strumento principale attraverso il quale si riconosce al cittadino, il ruolo di soggetto attivo sia in termini di partecipazione democratica alla scelta di politica sanitaria sul territorio, per un controllo diffuso non solo in termini di qualità percepita ma, soprattutto, ai fini dell'utilizzo delle risorse assegnate al management aziendale, sia in termini economici, finanziari e patrimoniali.

La Carta dei Servizi è uno degli strumenti cardine della performance organizzativa dell'ASL Napoli 3 Sud; le Carte dei Servizi delle strutture di erogazione dei servizi sanitari, Distretti, Presidi Ospedalieri, Dipartimenti, Servizi per le dipendenze et al., sono alla base della performance organizzativa della singola struttura, premessa necessaria anche all'accesso al premio di risultato.

La Carta dei Servizi dell'ASL Napoli 3 Sud è lo strumento finalizzato alla individuazione, promozione e diffusione nei servizi aziendali della metodologia da adottare ai fini della definizione degli standard di qualità dei servizi, che dovranno essere assunti dalle singole strutture di erogazione dell'ASL.

Con la Carta dei servizi l'ASL Napoli 3 Sud si impegna in azioni di miglioramento dell'organizzazione, utilizzando la metodologia della qualità secondo le linee guida dell'ANAC.

L'Azienda si riserva di riesaminare la Carta dei Servizi all'esito dell'approvazione del presente atto da parte della Regione Campania.

Pubblica Tutela

La soddisfazione del cittadino fruitore di servizi sanitari e sociosanitari costituisce uno degli obiettivi prioritari dell'ASL Napoli 3 Sud, che impegnata nella governance di un sistema a rete, concorre, per il tramite dei servizi sanitari e socio-sanitari pubblici e privati accreditati, a garantire il benessere della popolazione assistita che sceglie liberamente le strutture erogatrici alle quali rapportarsi.

Reclamo

La segnalazione di un cittadino relativamente ad un presunto disservizio può costituire un significativo contributo al miglioramento della qualità in quanto consente di focalizzare l'attenzione sui processi di erogazione dei servizi e, se necessario, di introdurre i correttivi finalizzati al superamento delle criticità evidenziate.

Il reclamo consente al cittadino di palesare la mancata soddisfazione dei servizi erogati dalla Azienda sanitaria e diviene, quindi, uno degli strumenti del sistema qualità aziendale, efficacissimo per mettere in atto una politica di miglioramento continuo e costante della qualità, dando il massimo rilievo all'opinione degli utenti.

Il monitoraggio dei reclami viene pubblicato ogni anno, a cura della UOC Relazioni con il Pubblico, sul sito istituzionale dell'Azienda e presentato nella Conferenza dei Servizi ex art. 14 del d. lgs.n.502/1992 e ss.mm.ii.

Qualità percepita

L'ASL Napoli 3 Sud deve avviare un sistema di monitoraggio costante della qualità percepita secondo una metodologia concordata a livello regionale.

La costruzione, la sperimentazione e la validazione degli strumenti per la rilevazione della qualità percepita deve essere adottata anche attraverso l'utilizzo di strumenti quali questionari con la

partecipazione ed il consenso dei rappresentanti dei cittadini componenti il Comitato Partecipativo e Consultivo dell'Azienda.

Audit Civico

L'audit civico è uno degli strumenti primari per la partecipazione dei cittadini alle politiche sanitarie aziendali, con la finalità di promuovere la valutazione, da parte dei cittadini, della qualità delle prestazioni delle Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere. Il processo di Audit civico si basa sull'analisi critica e sistematica delle azioni svolte dalle Aziende, attraverso l'utilizzo di uno strumento metodologico che comporta la definizione di indicatori tramite la co-progettazione tra cittadini e referenti aziendali delle modalità di raccolta dati. I dati forniti dalla rilevazione degli indicatori verranno confrontati con le informazioni tratte da altri sistemi di monitoraggio delle strutture e dei servizi, quali, ad esempio, l'accreditamento, le segnalazioni dei cittadini, la documentazione riguardante delibere e provvedimenti aziendali, le liste di attesa, le interviste alle direzioni generali e sanitarie e la consultazione delle organizzazioni civiche. Il report prodotto dall'Audit Civico costituisce strumento essenziale di valutazione delle attività dell'Azienda e, pertanto, sarà sottoposto all'attenzione della Direzione Strategica, degli organismi di valutazione aziendali, della Consulta Sanitaria, del Collegio di Direzione. L'ASL Napoli 3 Sud ha approvato il Piano di Lavoro "Audit Civico" che costituisce contenuto informativo obbligatorio, ai sensi della riforma della P.A. e delle indicazioni dell'ANAC, alla base della performance organizzativa dell'ASL Napoli 3 Sud. L'azienda partecipa alle esperienze di audit utilizzando la piattaforma AGENAS secondo le indicazioni regionali.

Umanizzazione

Umanizzazione significa porre al centro la persona umana, ossia al centro dei percorsi sanitari e socioassistenziali in una visione olistica, ovvero considerare la totalità inscindibile della componente fisica, mentale, emotiva e spirituale. Bisogna occuparsi della persona malata e non solo della malattia, della persona che soffre e della sua realtà circostante non solo del dolore. Trascurare ciò, significherebbe ridurre la medicina e la cura a mera tecnica, trasformando la relazione di cura ad una lunga serie di tecniche applicate e di servizi erogati.

La promozione e il sostegno di programmi ed azioni di umanizzazione all'interno dell'organizzazione ASL Napoli 3 Sud si esplicitano in:

- prendere in carico il cittadino e la cittadina nei percorsi di cura per farli sentire sicuri;
- garantire la sicurezza e la continuità assistenziale oltre l'ospedale;
- curare la relazione tra professionisti, pazienti e loro familiari;
- garantire il comfort degli ambienti;
- organizzare le risposte assistenziali in base agli effettivi bisogni dei cittadini;
- socializzare le buone pratiche di esperienze di progetti di umanizzazione già esistenti in azienda;
- assicurare la trasparenza e l'accessibilità, garantendo informazioni univoche per tutte le strutture aziendali;
- garantire la partecipazione civile quale mezzo per attivare il controllo diffuso sull'operato dell'Azienda;
- rendere coerenti tutte le azioni del piano dell'Umanizzazione dell'ASL Napoli 3 Sud con gli obiettivi strategici assegnati dalla regione Campania all'ASL e declinati ai singoli dirigenti nel Piano della Performance.

Conferenza dei servizi

In base all'art. 14. comma 4. del d. lgs. n. 502/1992 e s.m.i. il Direttore Generale si impegna ad indire, almeno una volta l'anno, apposita Conferenza dei Servizi, quale strumento per verificare l'andamento dei servizi e per individuare interventi tesi al miglioramento delle prestazioni.

Nella Conferenza sono resi noti i dati relativi all'andamento dei servizi, allo stato di attuazione degli obiettivi, al grado di raggiungimento degli standard, con particolare riferimento allo svolgimento delle attività di tutela degli utenti.

Alla Conferenza dei Servizi partecipano anche i rappresentanti delle associazioni che hanno stipulato convenzioni o protocolli d'intesa con l'azienda.

La Conferenza si terrà con cadenza annuale su convocazione del Direttore Generale. Qualora il Direttore Generale non provveda, la conferenza viene convocata dalla Regione.

In considerazione dell'obbligo di organizzare ogni anno la giornata della Trasparenza, ai sensi del D. lgs.150/2009, nell'ASL Napoli 3 Sud, l'organizzazione della Conferenza dei Servizi, ai sensi dell'art. 14 D. lgs.502/1992, e la giornata della Trasparenza, si organizzeranno congiuntamente.

Consenso informato

Il consenso informato costituisce un momento imprescindibile dell'attività sanitaria e, insieme alla cartella clinica e agli altri documenti sanitari, rappresenta uno strumento prezioso per garantire cure sicure e di qualità. L'obbligo del consenso informato è sancito dalla Costituzione, da varie norme, dai codici deontologici e dalla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea. Sotto il profilo costituzionale, il principio dell'autodeterminazione trova il suo fondamento negli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione Italiana. In ambito europeo, l'art. 3 comma 2 della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea, proclamata a Nizza il 7 dicembre 2000, riconosce il consenso libero e informato, il quale rileva non soltanto il profilo della liceità del trattamento medico ma, prima ancora, come espressione del diritto all'integrità della persona.

Il Consenso Informato è l'assenso che il paziente esprime al trattamento sanitario proposto, in modo libero, dopo aver ricevuto tutte le informazioni sulle modalità di esecuzione, benefici, effetti collaterali, rischi prevedibili, alternative terapeutiche, nonché le eventuali conseguenze in caso di dissenso al trattamento. La procedura per l'informazione del paziente e l'acquisizione del consenso informato si applica a tutte le prestazioni assistenziali (diagnostiche, terapeutiche, riabilitative) sia in regime di ricovero che ambulatoriale (comprese le attività svolte in regime libero professionale intramoenia), effettuate nell'Azienda Napoli 3 Sud.

Privacy

Il diritto alla protezione dei dati personali è un diritto fondamentale dell'individuo ai sensi della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea (art. 8), tutelato dal Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, dal d.lgs 30 giugno 2003, n.196 e ss.mm.ii. L'ASL Napoli 3 Sud, in persona del legale rappresentante pro-tempore il Direttore Generale, è il Titolare del Trattamento dei Dati, il quale, a sua volta, nomina il Data Protection Officer (DPO), i Responsabili del Trattamento dei dati effettuati per conto dell'ASL Napoli 3 Sud (soggetti esterni all'Azienda) e gli autorizzati al trattamento. Il Titolare garantisce il corretto trattamento dei dati, secondo il principio di *accountability* ed adotta le necessarie misure per la protezione degli stessi.

ASSETTO ISTITUZIONALE, ORGANI E ORGANISMI

ART.8 - ASSETTO ISTITUZIONALE DELL'AZIENDA - GLI ORGANI

Direzione Strategica

La Direzione Strategica dell'Azienda è rappresentata da Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo, che si avvalgono del Collegio di Direzione.

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

In particolare, spetta alla Direzione Strategica:

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

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

Il rapporto di lavoro del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario è a tempo pieno e di diritto privato e si instaura con contratto disciplinato dall'art.3, comma 7, e dall'art.3bis, comma 8, del d. lgs. n. 502/1992 ss.mm.ii.

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

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

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

- svolgono le funzioni e adottano gli atti ad essi delegati e attribuiti dal Direttore Generale;
- formulano, per le materie di competenza, proposte al Direttore Generale, ai fini della elaborazione dei piani pluriennali, dei programmi annuali e dei progetti di attività;
- curano, per quanto di competenza, l'attuazione dei programmi e dei piani dell'Azienda attraverso i servizi alle proprie dipendenze;
- determinano, informandone le organizzazioni sindacali, i criteri generali di organizzazione dei servizi di rispettiva competenza nell'ambito delle direttive ricevute dal Direttore

Generale;

- verificano e controllano l'attività dei dirigenti dei servizi e adottano i conseguenti provvedimenti, anche di carattere sostitutivo, riferendone al Direttore Generale, anche ai fini del controllo interno;
- svolgono ogni altra funzione attribuita loro dalle leggi e dai regolamenti.

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

DIRETTORE GENERALE

Il Direttore Generale è l'organo di governo aziendale e "definisce gli obiettivi ed i programmi da attuare e verifica la rispondenza dei risultati della gestione alle direttive generali impartite".

Il Direttore Generale dell'Azienda è titolare della rappresentanza legale ed esercita tutti i poteri di gestione dell'azienda stessa adottando i provvedimenti necessari. È responsabile delle funzioni di indirizzo, che esercita attraverso la definizione di obiettivi e programmi, e dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa; verifica il risultato dell'attività svolta e la realizzazione di programmi e progetti in relazione agli obiettivi della gestione finanziaria, tecnica, amministrativa e sanitaria; risponde alla Regione in relazione agli obiettivi assegnatogli all'atto di nomina e nell'ambito degli atti strategici e di programmazione regionale.

Il Direttore Generale svolge la funzione di Datore di Lavoro, fatte salve le attribuzioni delle responsabilità ai vari direttori di UU.OO.CC., individuati a seguito di procedure con atti formali.

Il rapporto di lavoro del Direttore Generale è a tempo pieno e di diritto privato; si instaura con contratto disciplinato dall'art. 3, comma 6, e dall'art. 3 bis, comma 8, del d. lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii.

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

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

Il Direttore Generale, in particolare, provvede a:

- nomina del Direttore Sanitario;
- nomina del Direttore Amministrativo;
- nomina del Collegio Sindacale e alla sua prima convocazione nei termini di legge;
- costituzione del Collegio di Direzione;
- costituzione del Consiglio dei Sanitari;
- nomina dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) ex art. 14 d. lgs.150/2009 ss.mm.ii.;
- nomina dei Collegi tecnici;
- nomina del Comitato unico di garanzia (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del

- benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, ex art. 57 D. lgs.165/2001 e ss.mm.ii.;
- nomina di qualunque altro organismo previsto dalla normativa vigente e dall'atto aziendale;
 - adozione dell'Atto Aziendale e delle sue modificazioni ed integrazioni;
 - adozione degli atti regolamentari e di tutti quelli che si rendono necessari in attuazione di normative nazionali e regionali;
 - adozione degli atti di organizzazione interna dei presidi ospedalieri, dei distretti, dei dipartimenti e dei servizi centrali e all'organizzazione dello Staff della Direzione Strategica, nonché al conferimento e alla revoca degli incarichi di responsabilità delle strutture dell'azienda e al conferimento degli incarichi professionali;
 - adozione dei provvedimenti conseguenti alla valutazione dei dirigenti;
 - gli adempimenti previsti dal d.lgs, n.81/08 e ss.mm.ii. in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, e ad individuare quali datori di lavoro i dirigenti apicali attribuendo agli stessi i relativi compiti;
 - verifica della corretta gestione amministrativa ed economica delle risorse nonché dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa;
 - verifica qualitativa e quantitativa dei servizi erogati;
 - adozione di tutti gli atti deliberativi relativi alla programmazione finanziaria e di bilancio, compresi quelli formulati secondo la logica budgettaria specifica di ogni dipartimento e di quella complessiva aziendale;
 - adozione del Piano Attuativo Locale (PAL), del Programma delle Attività Territoriali (PAT), nonché degli altri atti programmatici con cui sono definiti gli obiettivi e le priorità per la gestione dell'azienda sanitaria e sono assegnate le risorse umane, strumentali e finanziarie;
 - determinazione della dotazione organica aziendale e all'adozione di tutti gli atti deliberativi riguardanti l'assunzione di personale;
 - adozione dei provvedimenti conseguenti alla valutazione dei dirigenti;
 - adozione di tutti gli altri atti indicati dalla legislazione regionale vigente;
 - assolvimento di ogni altro compito previsto dalle leggi;
 - adozione del Piano Aziendale di Prevenzione (Piani Operativi del P.R.P.), del Modello Organizzativo Aziendale, la nomina del Coordinatore Aziendale e dei Referenti dei Piani Operativi;
 - adozione dei regolamenti interni ivi compresi quelli per il corretto funzionamento degli organismi collegiali (collegio di direzione, consiglio dei sanitari e comitato di dipartimento);
 - adozione della delibera di conferimento incarico e la sottoscrizione della procura alla lite, in qualità di legale rappresentante dell'Azienda, a favore del professionista designato, interno o esterno all'Azienda, perfezionando così la volontà di intentare un giudizio o di costituirsi in una controversia.

In relazione alle funzioni di cui sopra, al fine di mantenere distinte quelle rientranti negli atti di alta amministrazione da quelle di carattere gestionale, le funzioni attribuite al Direttore Generale sono distinte in funzioni di esclusiva competenza o funzioni delegabili, in tutto o in parte, ai Direttori Sanitario ed Amministrativo e agli altri Dirigenti dell'Azienda.

Rimangono di esclusiva competenza del Direttore Generale le funzioni di alta amministrazione, mentre sono delegabili, ai vari livelli della dirigenza, le funzioni di carattere gestionale, attraverso

le quali si esplica l'autonomia funzionale delle articolazioni organizzative dell'azienda tra cui:

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

Spetta al Direttore Generale la rappresentanza in giudizio dell'Azienda quale Legale Rappresentante dell'Azienda, e, in caso di assenza o impedimento, al sostituto facente funzioni.

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

DIRETTORE SANITARIO

Il Direttore Sanitario, in uno con il Direttore Amministrativo, coadiuva il Direttore Generale nell'esercizio delle sue funzioni, concorrendo al governo dell'Azienda e al processo di pianificazione e controllo strategico della stessa, attraverso la definizione della politica e delle linee strategiche.

In particolare:

- dirige i servizi sanitari negli ambiti previsti dal d. lgs. n.502/92 e successive modifiche ed integrazioni e dalle Leggi Regionali fatte salve le competenze, le responsabilità e le funzioni individuali dei singoli dirigenti previste dall'articolo 16 e 17 del d. lgs. n.29/93 e s.m.i.;
- assume diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza;
- presiede il Consiglio dei Sanitari;
- garantisce il miglioramento continuo della qualità e del governo clinico dell'azienda, intesi come insieme organizzato di attività;
- assicura la continuità operativa con le strutture e con i professionisti sanitari, attraverso il loro coordinamento unitario e lo sviluppo di metodologie organizzative (organizzazioni a rete, reti professionali, di lavoro interdisciplinari, etc.) finalizzate a realizzare la presa in carico degli utenti-pazienti e la continuità assistenziale;
- si avvale di specifiche figure professionali per le analisi preordinate alla valutazione dello stato di salute della popolazione e dell'impatto sulla salute dei determinanti sanitari e non sanitari, per la protezione dalle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, per la valutazione delle tecnologie, per la programmazione e verifica delle liste e dei tempi di attesa e dell'ALPI, per il governo della funzione ospedaliera, per la mobilità internazionale transfrontaliera e assistenza sanitaria a stranieri migranti e per il coordinamento delle diverse linee di attività svolte nei distretti;
- promuove e si avvale dei Comitati, delle Commissioni, dei Gruppi di lavoro previsti dalle normative vigenti o ritenuti opportuni nell'ambito dell'azienda.

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Il Direttore Amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'azienda, assicura la correttezza, completezza e trasparenza dei processi di formazione dei documenti rappresentativi delle

dinamiche economiche, finanziarie e patrimoniali, la legittimità degli atti ed il corretto assolvimento delle funzioni di supporto tecnico, amministrativo, logistico. Definisce gli orientamenti operativi delle strutture assegnate al governo economico finanziario aziendale e garantisce, dal punto di vista amministrativo, lo sviluppo e l'implementazione delle reti che presiedono il sistema informatico di supporto alle attività direzionali proprie dei diversi livelli di governo aziendale e promuove programmi specifici per la formazione del personale amministrativo.

Il Direttore Amministrativo, per le funzioni operative di supporto all'attività dell'azienda, si avvale delle strutture o dei professionisti deputati alla trattazione delle seguenti linee di attività:

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

Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale dell'Azienda è nominato dal Direttore Generale ed è composto da tre membri, ai sensi dell'art. 3 ter del D. lgs.502/1992 e s.m.i. e delle Leggi Regionali 20/12/2016, n.20 e 7/8/1996 n. 17.

Il Collegio Sindacale, nella prima seduta convocata dal Direttore Generale, elegge il Presidente secondo le modalità previste dalle norme.

Detto organo:

- verifica l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico;
- vigila sull'osservanza delle leggi e delle norme;
- 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;
- fornisce al Direttore Generale indicazioni utili alla corretta gestione aziendale e provvede ad ogni altro adempimento previsto dalla legislazione vigente e dal presente atto aziendale;
- 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 dell'ASL alla Conferenza dei Sindaci.

Collegio di Direzione

Il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e ss.mm.ii. prevede la costituzione del Collegio di Direzione quale organismo consultivo delle Aziende Sanitarie.

Rappresenta il supporto partecipativo e collabora con il Direttore Generale per il governo delle attività cliniche, la programmazione e la valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad

alta integrazione sanitaria, attraverso l'esercizio di funzioni di consulenza, di elaborazione e di verifica di processo.

Il Collegio di Direzione, in particolare:

- concorre al governo delle attività cliniche dell'Azienda, formulando proposte ed esprimendo pareri su richiesta del Direttore Generale, la consultazione è obbligatoria in merito alle questioni attinenti il governo delle attività cliniche;
- concorre alla pianificazione delle attività dell'Azienda, inclusa la didattica e la ricerca, nonché allo sviluppo organizzativo e gestionale dell'Azienda, con particolare riferimento agli aspetti relativi all'organizzazione dei servizi, al migliore impiego delle risorse umane, alle attività di formazione continua degli operatori sanitari, alla migliore organizzazione per l'attuazione dell'attività libero professionale intramuraria;
- partecipa alla definizione dei requisiti di appropriatezza e qualità delle prestazioni, nonché degli indicatori di risultato clinico-assistenziale e concorre alla conseguente valutazione interna dei risultati conseguiti, secondo modalità che saranno stabilite con atto di indirizzo della Giunta.

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

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

Il Collegio di direzione dell'Azienda è composto da:

- i dirigenti delle aree amministrative e professionali;
- il direttore del Dipartimento Attività Strategiche di Direzione Sanitaria;
- il direttore della U.O.C. Clinical Risk Management, Sicurezza e Qualità delle cure;
- il direttore di Dipartimento Assistenza Ospedaliera;
- il direttore del Dipartimento Assistenza territoriale;
- il direttore del Dipartimento di Prevenzione;
- il direttore del Dipartimento di Salute mentale;
- il direttore del Dipartimento delle Dipendenze;
- il direttore del Dipartimento Farmaceutico;
- il medico di medicina generale responsabile dell'Ufficio di coordinamento aziendale delle cure primarie (U.A.C.P.);
- il pediatra di libera scelta responsabile dell'Ufficio di coordinamento aziendale delle cure primarie pediatriche (U.A.C.P.P.);
- lo specialista di medicina ambulatoriale interna che ricopre il ruolo di Coordinatore dei responsabili di branca specialistica ambulatoriale o equivalenti.

Il Presidente del Collegio di Direzione, in relazione alle materie in trattazione, può estendere la partecipazione alle singole sedute del Collegio ai dirigenti responsabili delle strutture organizzative

aziendali di volta in volta interessate, i quali possono essere sentiti ma non partecipare alla votazione.

Il Collegio di Direzione è nominato con deliberazione del Direttore Generale, che ne è il Presidente, e dura in carica tre anni e adotta il proprio Regolamento di funzionamento nel rispetto dei principi generali previsti dalla legge.

I pareri del Collegio di direzione sono espressi entro trenta giorni dalla richiesta del Direttore Generale. Se tali pareri non vengono resi nel predetto termine, gli stessi si intendono come favorevoli. Il Direttore Generale che intende adottare atti o provvedimenti di propria competenza in difformità al parere espresso dal Collegio è tenuto ad indicarne le ragioni in apposita relazione da trasmettere al Collegio nonché alla Giunta Regionale ed al Consiglio Regionale, attraverso la Commissione competente.

L'incarico di componente del Collegio di Direzione e le relative funzioni rientrano nei compiti istituzionali di ciascun soggetto e, pertanto, ad essi non spetta alcun compenso né può essere corrisposta alcuna indennità o rimborso spese.

Consiglio dei Sanitari

Il Consiglio dei Sanitari è un organismo elettivo dell'Azienda con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria. Fornisce parere obbligatorio al Direttore Sanitario per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti ad essa attinenti. Si esprime, altresì, sulle attività di assistenza sanitaria. Le modalità di funzionamento del Consiglio dei sanitari sono sancite dal relativo regolamento, che l'Azienda si impegna ad adottare.

Conferenza dei Sindaci

La Conferenza dei Sindaci dei 57 Comuni serviti dall' ASL Napoli 3 Sud è un organismo correlato al governo strategico aziendale, rappresentativo delle Autonomie Locali cui spetta il diritto-dovere di esprimere i bisogni socio-sanitari delle comunità amministrare.

Le competenze e le funzioni della Conferenza dei Sindaci sono quelle attribuite dal d. lgs. n.502/1992 e s.m.i. e dalla legislazione regionale in materia L.R. 32/1994 e s.m.i..

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

- provvede alla definizione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività dell'ASL Napoli 3 Sud;
- esamina il bilancio di previsione ed il bilancio di esercizio dell'Azienda, rimettendo alla Regione le relative osservazioni;
- verifica l'andamento generale dell'attività dell'Azienda segnalando al Direttore Generale ed alla Giunta Regionale valutazioni e proposte anche con la finalità di assicurare l'adeguata erogazione delle prestazioni previste dai livelli uniformi di assistenza;
- contribuisce alla definizione dei piani attuativi programmatici dell'Azienda trasmettendo al Direttore Generale ed alla Giunta Regionale valutazioni e proposte;
- esercita ogni altra funzione riservata alla sua competenza dalle disposizioni vigenti;
- garantisce un rapporto continuo fra ASL e popolazione.

La Conferenza, in attuazione delle norme specifiche vigenti in materia (art. 3, comma 14 del D.L.gs 502/92 e s.m.i), svolge le sue funzioni tramite una rappresentanza (Comitato di Rappresentanza dei

Sindaci) costituita nel suo seno da non più di cinque componenti nominati dalla stessa Conferenza, con modalità di esercizio delle funzioni dettate dalla normativa regionale, fra i quali viene nominato il Presidente.

I rapporti tra Azienda e Conferenza dei Sindaci sono assicurati dal Direttore Generale e dal Presidente della Conferenza.

Il Direttore Generale, sulla base di opportune intese con la Conferenza dei Sindaci, assicura i rapporti tra questa e l'Azienda, assumendo le misure organizzative e gli atti necessari affinché la Conferenza possa svolgere la sua funzione di organismo di controllo e di indirizzo.

Il Direttore Generale svolge, altresì, un ruolo attivo nei confronti della Conferenza dei Sindaci, nella definizione delle linee di indirizzo socio-sanitario per il raggiungimento degli obiettivi di salute in ambito territoriale.

L'Azienda mette a disposizione della Conferenza dei Sindaci i dati informativi necessari per l'espletamento delle funzioni demandate alla stessa.

ART.9 - ORGANISMI E COMITATI AZIENDALI

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

Organismo Indipendente di Valutazione

L' Organismo indipendente di valutazione (OIV) della performance è composto, in forma collegiale, da tre esperti di comprovata professionalità, selezionati in base ai requisiti previsti dalla Legge e nominati dal Direttore Generale.

L'O.I.V. svolge le funzioni previste dalle disposizioni di cui al D.Lgs. 150/2009 e ss.mm.ii. ed, in particolare, ha il compito di svolgere le seguenti attività:

- monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso;
- comunica tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo ed amministrazione, nonché alla Corte dei conti e al Dipartimento della funzione pubblica;
- valida la Relazione sulla performance;
- garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione con particolare riferimento alla significativa differenziazione dei giudizi, nonché dell'utilizzo dei premi, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;
- propone, all'organo di indirizzo politico-amministrativo, la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei premi;
- promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità di cui al presente;

Nell'esercizio dell'attività valutativa l'O.I.V. ha accesso a tutti gli atti e documenti disponibili e può richiedere ulteriori dati e informazioni. L'O.I.V. assolve i compiti ad esso assegnati dalle normative vigenti in materia di verifica delle performance, attività di prevenzione della corruzione e amministrazione trasparente, promuovendo l'adozione dei provvedimenti previsti nei tempi e nelle

modalità previste dalla legislazione. L'O.I.V. resta in carica per tre anni.

Collegio Tecnico

Il Collegio Tecnico è l'organismo preposto alla verifica dei dirigenti sotto il profilo delle attività professionali svolte e i risultati raggiunti.

In aderenza a quanto stabilito dalle disposizioni contrattuali vigenti procede alla valutazione:

- di tutti i dirigenti alla scadenza dell'incarico loro conferito in relazione alle attività professionali svolte ed ai risultati raggiunti;
- dei dirigenti neoassunti dell'Area Sanità al termine del primo quinquennio di servizio, come condizione per il passaggio alla fascia superiore dell'indennità di esclusività e per l'attribuzione di un diverso incarico;
- dei dirigenti dell'Area Sanità al superamento del quindicesimo anno di servizio, come condizione per il passaggio alla fascia superiore dell'indennità di esclusività.

Il Collegio Tecnico è nominato dal Direttore Generale. Il funzionamento e la composizione del Collegio Tecnico nonché le sue competenze valutative specifiche sono definiti con apposito Regolamento Aziendale.

Ufficio locale Comitato Etico

L'ASL Napoli 3 Sud ha istituito, a seguito della riorganizzazione dei Comitati Etici Territoriali (C.E.T.) della Regione Campania (D.G.R.C. n.224/2023), l'Ufficio locale Comitato Etico, coordinato dalla segreteria tecnico-scientifica del Comitato Etico Campania 2, con sede presso l'A.O.U. Vanvitelli, cui sono affidati i seguenti compiti e funzioni:

- coordinamento con il Comitato Etico Territoriale Campania 2;
- custodia e gestione degli archivi informatico e cartaceo contenenti la documentazione inerente i protocolli in essere presso le strutture aziendali;
- istruttoria del contenuto delle convenzioni degli studi clinici da sottoscrivere da promotore e rappresentante legale dell'A.S.L. Napoli 3 Sud (nello specifico, verifica e controllo del contenuto della versione definitiva della convenzione e verifica della sua corrispondenza al template di riferimento redatto dal Centro di Coordinamento Nazionale dei Comitati Etici).

Comitato per il Buon Uso del Sangue (CoBUS)

Il Comitato, costituito ai sensi del D.M. Sanità 1° settembre 1995 e legge n. 219/2005, è un organismo consultivo che ha il compito di:

- predisporre e aggiornare le linee guida per l'utilizzo clinico appropriato degli emocomponenti e dei medicinali emoderivati;
- predisporre protocolli finalizzati alla prevenzione della trasfusione evitabile, con particolare riferimento alla preparazione del paziente a trattamenti chirurgici programmati (Patient Blood Management);
- definire protocolli per limitare il ricorso al pre-deposito mediante autotrasfusione in conformità alla normativa vigente e sulla base di evidenze scientifiche consolidate;
- definire procedure per l'appropriata applicazione dell'emodiluizione pre-operatoria e del recupero intra e peri-operatorio;

- definire ed attuare le procedure per la sicurezza della trasfusione al letto del paziente in sinergia con la funzione deputata alla gestione del rischio clinico;
- effettuare il monitoraggio della pratica trasfusionale nei singoli reparti, attraverso Audit Clinici;
- controllare e monitorare l'appropriatezza clinica delle pratiche trasfusionali;
- favorire la condivisione di procedure tra il Servizio Trasfusionale, la funzione deputata alla gestione del rischio clinico e gli utilizzatori di sangue e dei suoi prodotti per consolidare il reporting degli eventi avversi trasfusionali e degli eventi al fine di migliorare la sicurezza del paziente;
- contribuire al perseguimento dell'autosufficienza di sangue, emocomponenti e medicinali emoderivati;
- diffondere presso Enti/Case di cura presenti sul territorio di afferenza aziendale le indicazioni, i protocolli e le procedure elaborate.

Il CoBUS è presieduto dal Direttore Sanitario Aziendale ed è costituito da componenti nominati con atto del Direttore Generale.

Comitato per il controllo delle Infezioni correlate all'assistenza

La ASL Napoli 3 Sud ha istituito il Comitato aziendale per il Controllo delle Infezioni correlate all'assistenza cui spettano compiti di indirizzo, coordinamento, programmazione e verifica delle attività finalizzate al coordinamento strategico per la lotta alle infezioni correlate all'assistenza ospedaliera:

- acquisisce e diffonde la documentazione scientifica di livello internazionale e nazionale;
- recepisce, contestualizza e diffonde le innovazioni normative nazionali e regionali;
- promuove procedure aziendali per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza ospedaliera;
- promuove la realizzazione di corsi di formazione ed informazione per gli operatori addetti all'assistenza ospedaliera e per quelli che si occupano della rilevazione e della registrazione dei dati;
- effettua la mappatura del rischio a livello aziendale ed elabora programmi di lotta alle infezioni correlate all'assistenza ospedaliera;
- elabora procedure specifiche basate sulla buona prassi
- coordina ed effettua il monitoraggio delle attività dei CIO presidiali e fornisce agli stessi gli indirizzi per la programmazione annuale;
- provvede alla stesura di una relazione annuale inerente le iniziative messe in campo ed i risultati ottenuti.

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

Il Comitato coopera inoltre, con i dirigenti responsabili, all'assunzione dei provvedimenti urgenti di tutela dell'utenza e del personale, qualora si verificano episodi di patologia associata all'assistenza

a carattere epidemico o comunque con frequenza diversa dagli ordinari trend di endemia.

Team per la gestione del rischio clinico

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

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

Organismo Paritetico Attività Libero Professionale Intramoenia

L'Organismo Paritetico ALPI è da intendere quale organismo di miglioramento, osservazione e verifica per la corretta applicazione delle norme previste per la regolamentazione dell'attività libero professionale intramoenia.

Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità

L'Azienda predispose le misure idonee a garantire parità e pari opportunità tra uomini e donne nonché l'assenza di ogni forma di discriminazione, diretta o indiretta, nell'accesso al lavoro, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni e nella sicurezza sul lavoro, promuovendo un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo e impegnandosi a rilevare, contrastare ed eliminare ogni forma di violenza morale o psichica.

A tal fine è istituito, ai sensi dell'art. 57 del d. lgs. 165/2001 e s.m.i., senza nuovi o maggiori oneri, il "Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni", che esercita compiti propositivi, consultivi e di verifica nella predisposizione delle misure idonee a favorire il benessere organizzativo ed a contrastare ogni forma di discriminazione. L'Azienda disciplina, con regolamento dedicato, le modalità di funzionamento del Comitato unico di garanzia in ottemperanza alle linee guida emanate ai sensi dell'art. 57, comma 4, del d. lgs. n. 165/2001 e s.m.i.

LA GOVERNANCE

ART.10 - SISTEMA DI GOVERNANCE

La Direzione Strategica è supportata tecnicamente dai Servizi di Staff e Servizi di Linea.

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

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

Le Macrostrutture dotate di autonomia gestionale che concorrono al Governo complessivo sono costituite dai Distretti, dai Presidi Ospedalieri, dai Dipartimenti strutturali.

Le Macrostrutture si ispirano, in particolare:

- alla visione aziendale come sistema unitario;
- alla gestione del lavoro per processi;
- alla semplificazione delle procedure;
- alla trasparenza del proprio agire.

ART.11 - L'ATTIVITÀ DELL'AZIENDA

Individuare le funzioni cui risponde l'Azienda nel perseguire la propria Mission permette di definire in modo accurato a quale bisogno organizzativo rispondono le diverse Macrostrutture individuate in questo documento.

Funzione di Committenza

La funzione di committenza, che rappresenta uno degli aspetti più innovativi introdotti nell'ambito delle funzioni aziendali, si esplica nella conoscenza delle condizioni epidemiologiche dei territori distrettuali e la conseguente definizione dei servizi e delle prestazioni necessarie a soddisfare il fabbisogno di salute dei cittadini, nonché il controllo dei servizi attivati e la valutazione degli esiti delle prestazioni erogate, nel senso della capacità di misurare se vi è stato o meno un miglioramento delle condizioni di salute della popolazione. Tale funzione ha anche lo scopo di eliminare l'autoreferenzialità dei servizi, cioè quella produzione di prestazioni non confortate dai bisogni di salute, ma frutto di iniziative autonome dei professionisti e fonte di inefficienze e sprechi per il Servizio Sanitario Regionale.

Funzione di Produzione

La funzione di produzione ed erogazione delle prestazioni è assegnata a unità organizzative, qualificate quali soggetti erogatori:

- interni deputati a garantire i servizi assistenziali erogati direttamente dall'Azienda (attraverso ambulatori, reparti ospedalieri, servizi territoriali o ospedalieri, etc.). I soggetti interni, oltre ad essere semplici erogatori di servizi, partecipano in modo attivo all'individuazione delle esigenze di salute della popolazione e progettano i servizi utili a soddisfare i bisogni, nei limiti delle proprie competenze e dei budget;
- esterni accreditati;
- esterni convenzionati.

Questa distinzione permette di definire, con particolare riferimento alla produzione:

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

In quest'ottica, si prefigura un modello in cui la Direzione Strategica e i Direttori dei Distretti, col supporto delle Strutture di Staff e dei Direttori dei PP.OO. Aziendali, definiscono strategie e obiettivi ed organizzano le risorse.

Funzione di programmazione

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

ART.12 - LE STRUTTURE ORGANIZZATIVE

Le Strutture dell'Azienda sono:

- le macrostrutture: Distretti Sanitari, Presidi Ospedalieri, i Dipartimenti strutturali e funzionali;
- le Unità Operative Complesse, le Unità Operative Semplici e le Unità Operative Semplici Dipartimentali.

L'attivazione delle strutture, in coerenza con quanto previsto dalle norme in materia e dai regolamenti interni all'Azienda è decisa nei tempi e nelle modalità dalla Direzione Strategica, in ragione dei bisogni organizzativi.

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

- indicazioni normative e disposizioni amministrative nazionali e regionali;
- livello di specializzazione già presente nella struttura o previsto negli atti di programmazione regionale;
- unicità e/o valenza strategica aziendale;

- complessità dell'articolazione interna e numero di posti letto;
- volumi di attività, andamento dei tassi di occupazione, case-mix, indice di complessità, peso totale e peso medio dei DRG ricoveri ripetuti, ricoveri anomali, indice operatorio;
- consistenza, tipologia e adeguatezza delle risorse strumentali e loro grado di utilizzazione;
- consistenza delle risorse umane e tecnico-professionali;
- rispondenza ai bisogni di salute della popolazione.

Livelli Funzionali

Le strutture organizzative dell'Azienda sono classificabili in base alla funzione cui assolvono. In particolare:

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

Strutture afferenti al livello centrale

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

I servizi del livello centrale sono impegnati nella "mission " dell'Azienda e per questo assumono un ruolo di servizio nei confronti della Direzione Strategica, 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.165/2001.

Le strutture afferenti al Livello Centrale assolvono due particolari tipologie di compiti:

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

ART.13 - ATTRIBUZIONI DEI DIRIGENTI

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

Sono riservate al Direttore Generale le funzioni di indirizzo politico-amministrativo, la definizione degli obiettivi, le priorità, i piani, i programmi e le direttive generali per l'azione amministrativa e

per la gestione. Sono di competenza propria dei dirigenti tutti i compiti di attuazione degli obiettivi e dei programmi definiti con gli atti di indirizzo adottati dalla Direzione Strategica.

Ai Dirigenti sono affidate funzioni di direzione di: Direzioni, Dipartimenti, Unità Operative, Area funzionale-organizzativa, ovvero incarichi di attività tecnico-professionali.

Unità Operative Complesse

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

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

Le Unità Operative Complesse, dotate di responsabilità ed autonomia professionale, organizzativa e gestionale, sono caratterizzate dai seguenti elementi:

- attività di produzione di prestazioni o servizi sanitari, tecnico professionali che richieda un significativo volume di risorse;
- assegnazione di dotazioni tecnico strumentali;
- autonomia organizzativa e alto grado di responsabilità;
- livelli ottimali di operatività delle risorse disponibili.

I dirigenti con incarico di responsabilità delle strutture complesse svolgono le funzioni definite dal D. lgs.165/2001.

Unità Operative Semplici Dipartimentali

Le Unità Operative Semplici Dipartimentali sono affidate alla responsabilità di un dirigente secondo le normative contrattuali e sono finalizzate a massimizzare la peculiarità delle professionalità e delle attività cliniche, assistenziali e tecniche in funzione della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate che riguardino, in via prioritaria, metodologie e tecniche di intervento complementari e integrative al funzionamento delle altre unità operative del dipartimento e, solo in via secondaria, a dare soluzione a problemi organizzativi.

I dirigenti con incarico di responsabilità delle strutture semplice a valenza dipartimentale svolgono le funzioni definite dal D. lgs.165/2001.

Unità Operative Semplici

L'Unità Operativa Semplice è l'articolazione funzionale di una struttura complessa, che utilizza risorse umane, tecniche e finanziarie della UOC e svolge linee di attività che ne definiscono la specificità.

ART.14 - CRITERI E PARAMETRI PER COSTITUZIONE, MANTENIMENTO E RICONVERSIONE DELLE UNITA' OPERATIVE

Il Comitato permanente per la verifica e l'erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza ed efficacia di cui all'art. 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, ha approvato, nella seduta del 26 marzo 2012, i parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse del S.S.N.

La Regione Campania con DCA 18/2013 ha rimodulato tali parametri 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 base al numero ed alla rilevanza delle funzioni attribuite.

Il DCA n. 18/2013 ha stabilito i criteri per la individuazione delle UOC territoriali in ordine alla popolazione residente assistita (1 UOC ogni 13.515 abitanti), e i parametri fissati per l'individuazione delle strutture complesse nei Presidi Ospedalieri aziendali (1 UOC ogni 22 posti letto, tale dato è da intendersi a livello aziendale e può essere declinato in modo diverso da presidio a presidio). Inoltre, le UU.OO.SS. e le UU.OO.SS.DD. sono individuate tenendo conto del parametro di 1,31 UOS/UOSD per ogni UOC programmata.

Con il DCA 103/2018 vengono programmati per la ASL Napoli 3 Sud n. 1125 posti letto e con la successiva DGRC n. 378/2020 ad oggetto: *piano di riorganizzazione/potenziamento delle attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cura della Regione Campania, integrazione ed aggiornamento di DGRC n. 304 del 16/06/2020*, con cui vengono, ulteriormente programmati n. 5 pp.ll. di terapia intensiva e 50 pp.ll. di terapia semi-intensiva, per un totale complessivo di 1130 pp.ll.

Le UU.OO.CC. individuate sono state raggruppate in Dipartimenti strutturali e funzionali, per rendere uniformi ed univoche le procedure ed i trattamenti nei presidi ospedalieri dell'Azienda.

La responsabilità gestionale è principio cardine della *governance* dell'ASL Napoli 3 Sud e condizione necessaria per il raggiungimento dei livelli di efficacia ed efficienza attesi.

L'Azienda riconosce, quali principali vettori della responsabilizzazione gestionale, la pianificazione operativa e l'individuazione di obiettivi chiari cui associare responsabilità e poteri decisionali, la delega di funzioni e poteri a soggetti che la esercitano in piena e diretta autonomia nonché la verifica sistematica dei risultati raggiunti.

SISTEMA DI PROGRAMMAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO

ART.15 - LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA

La pianificazione strategica è la funzione con la quale la Direzione Aziendale, con il supporto del Collegio di Direzione definisce gli obiettivi generali dell'Azienda, le strategie per il loro raggiungimento, lo sviluppo dei servizi territoriali, ospedalieri, tecnici ed amministrativi.

L'Azienda uniforma le attività di pianificazione agli indirizzi e alle specifiche indicazioni regionali, nel rispetto dei principi e obiettivi del Piano Sanitario Nazionale e del Piano Sanitario Regionale.

Costituiscono atti di pianificazione strategica il piano attuativo locale, i programmi annuali di attività, il bilancio economico preventivo.

L'Azienda elabora, insieme ai Comuni dell'ambito territoriale di riferimento, i documenti di pianificazione per i servizi socio-sanitari ed in particolare i piani di zona, curando, mediante idonei controlli, il loro andamento e la realizzazione degli obiettivi assistenziali prefissati.

ART.16 - PROGRAMMAZIONE

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

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

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

Nella formazione degli atti di programmazione sono necessariamente coinvolte diverse competenze dell'organizzazione aziendale, in modo da integrare funzionalmente le unità operative di volta in volta più direttamente interessate, assicurando così al processo la necessaria organicità e compiutezza.

Detta programmazione, inoltre, oltre che a criteri e valutazioni di efficienza ed economicità, sarà prioritariamente connotata da valutazioni relative alla qualità ed appropriatezza delle prestazioni in rapporto ai bisogni di salute attesi.

La programmazione si tradurrà, quindi, in un complesso di decisioni strategiche in grado di delineare un insieme integrato e coordinato di criteri, strumenti e procedure, finalizzati ad attuare un complesso sinergico di azioni operative, coerenti con la pianificazione strategica, i cui risultati

devono essere posti a verifica circa la rispondenza all'andamento gestionale con riguardo agli obiettivi prefissati di periodo.

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

I processi di cui sopra e le modalità di connessione con il sistema di controllo di gestione sono oggetto di specifica regolamentazione interna aziendale.

ART.17 - LA COMUNICAZIONE NELLE AZIENDE SANITARIE

La comunicazione istituzionale rappresenta uno dei terreni su cui si gioca la sfida del cambiamento. Attraverso le attività di informazione e comunicazione l'ASL Napoli 3 Sud, da una parte, risponde ai doveri di trasparenza, imparzialità e parità di accesso che le leggi assicurano a tutti i cittadini e, dall'altra, svolge il proprio mandato istituzionale con un maggiore livello di coerenza rispetto ai bisogni dei cittadini.

Le attività di comunicazione accompagnano le strategie dell'organizzazione e si configurano come uno strumento del *policy making* in tutte le sue fasi, dalla individuazione dei problemi fino alla valutazione degli impatti prodotti dalle azioni amministrative.

In questa concezione, la comunicazione interna intesa come messa in comune di esperienze, valori, responsabilità, come creazione di identità e di condivisione dei processi organizzativi, diventa, al pari della comunicazione esterna, motore dello sviluppo e quindi leva organizzativa strategica.

Ogni dipendente è messo nelle condizioni di conoscere i programmi della propria azienda e individuare il senso del proprio ruolo e lavoro all'interno di questi programmi. Perciò la comunicazione interna rende espliciti, nell'organizzazione, i diversi apporti ma, soprattutto, ne valorizza le integrazioni. Si tratta di rendere riconoscibile il ruolo di ciascuno ma anche di comunicare come tutti concorrono al raggiungimento delle sfide strategiche e degli obiettivi operativi che l'Azienda si è data.

Al fine di garantire livelli di comunicazioni uniformi l'ASL Napoli 3 Sud predispone annualmente il piano di comunicazione, che è uno degli strumenti in grado di coniugare strategie, obiettivi, destinatari, azioni e strumenti di comunicazione secondo un disegno organico e razionale.

In questa accezione, dunque, il piano di comunicazione aiuta il governo della comunicazione nel senso che ne consente la finalizzazione (perché comunicare), ne individua gli attori (chi comunica e a quali destinatari), ne indica i prodotti (cosa si deve realizzare), e specifica con quali strumenti e con quali risorse si deve effettuare.

Esso è, quindi, uno strumento che consente di programmare e gestire le azioni di comunicazione per il raggiungimento di specifici obiettivi strategici e di comunicazione dell'ASL Napoli 3 Sud. Pertanto, è finalizzato al perseguimento di tre obiettivi:

- strategico (in quanto può aiutare l'organizzazione nell'implementazione delle proprie politiche);
- di facilitazione della convergenza tra le logiche della comunicazione interna e quelle della comunicazione esterna dell'azienda, favorendo quella che si può definire come

- comunicazione integrata;
- di incentivazione la costruzione di relazioni bidirezionali tra l'organizzazione e i suoi pubblici di riferimento. Si tratta di relazioni consapevoli e costanti nel tempo, non casuali o episodiche, finalizzate alla coproduzione di senso e significati nello scambio comunicativo tra l'azienda e i suoi destinatari.

ACQUISTI, PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DEI BENI E SERVIZI

ART.18 - CONTROLLO DELLA SPESA

L'obiettivo del Sistema Sanitario Regionale è quello di garantire l'equilibrio finanziario nonché l'esclusivo e pieno utilizzo delle risorse disponibili ai fini della realizzazione degli obiettivi del PSR.

L'osservanza del principio della "esclusiva finalizzazione del pieno utilizzo delle risorse al perseguimento degli obiettivi del PSR" vincola tutti i soggetti pubblici e privati legittimati ad operare nell'ambito del SSR. Le Aziende Sanitarie informano a tale principio tutte le attività di propria competenza, sia quali produttori diretti di assistenza, sia quali acquirenti di prestazioni erogate da terzi soggetti accreditati. Molteplici sono i meccanismi che determinano la dimensione e la variabilità delle componenti in cui si articola la spesa nel suo complesso e questa circostanza rende necessaria un'attenta scelta e modulazione di strumenti altrettanto diversi a seconda delle aree di intervento. Nel caso di prestazioni erogate in regime diretto e per le altre attività istituzionali a contenuto non assistenziale, le Aziende Sanitarie dovranno focalizzare l'attenzione sulla tipologia e sul volume dei fattori impiegati e definire la propria organizzazione al fine di:

- eliminare duplicazioni o ridondanze strutturali ed organizzative nell'area dei servizi e delle attività di supporto;
- dimensionare la propria capacità produttiva in funzione dell'effettivo livello di domanda prevedibile, a seguito della definizione del piano delle prestazioni;
- eliminare fenomeni di auto-domanda sia nella area delle attività assistenziali sia in quella delle attività connesse all'esercizio di funzioni a rilevanza pubblicistica;
- individuare, con obbligo di rendicontazione separata e verifica di risultato, le risorse da destinare alla realizzazione di interventi ritenuti idonei a migliorare il livello qualitativo della assistenza sanitaria erogata dai presidi a gestione diretta, al fine di permettere una sana competizione tra pubblico/privato.

Nel caso di finanziamento di attività assistenziali erogate da soggetti terzi in regime di accreditamento, costituiscono strumento di governo della spesa le modalità con cui disciplinare i rapporti con tali soggetti e specificatamente:

- l'autorizzazione all'apertura ed all'esercizio dell'attività di nuove strutture sanitarie in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale;
- l'accreditamento;

- il Piano delle prestazioni;
- la contrattazione delle quote di domanda con i soggetti privati;
- la politica delle tariffe per le prestazioni assistenziali di ricovero ospedaliero e specialistica ambulatoriale.
- i tetti di spesa ed i relativi contratti.

Strumenti di Controllo

L'Azienda, nell'ambito della sua autonomia, si dota di strumenti adeguati a:

- garantire la legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa (controllo di regolarità amministrativa e contabile);
- verificare efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa, al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati (controllo di gestione);
- misurare e valutare la performance organizzativa e individuale;
- valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi e altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico, in termini di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti (valutazione e controllo strategico).

La progettazione d'insieme dei controlli interni rispetta i principi generali di cui al d. lgs. n.286/1999 e ss.mm.ii.

ART.19 - ATTREZZATURE: PROGRAMMAZIONE, ACQUISTI, GESTIONE E MANUTENZIONE

L'Azienda in ottemperanza alla normativa vigente adotta i seguenti documenti programmatici:

Programmazione e gestione delle attrezzature

Le attrezzature che sviluppano i processi di erogazione dei servizi hanno impatto sul livello qualitativo ottenuto e, pertanto, la loro corretta gestione è fondamentale ai fini dei risultati.

In apposito regolamento sono contemplate regole generali di programmazione, gestione e acquisizione riferite in particolare alle attrezzature biomediche, che sono di particolare criticità nel processo di erogazione delle prestazioni. Per tali attrezzature, inoltre, ed in particolare per quelle ad alta tecnologia, l'Azienda promuove attività di valutazione ed analisi relative alla sicurezza, ai costi, ai benefici, all'efficacia nonché agli aspetti etici connessi all'utilizzo.

Programmazione degli acquisti di attrezzature

L'acquisizione delle attrezzature avviene con il metodo della pianificazione in modo documentato. Il programma di acquisto delle attrezzature, in particolare delle attrezzature biomediche e dei dispositivi medici, viene concordato tra la UOC Ingegneria Clinica e le Direzioni mediche di presidio e distrettuali sanitarie e deve tenere conto in particolare:

- dell'evoluzione della tipologia dei servizi;
- dell'obsolescenza delle attrezzature;

- dell'adeguamento alle norme tecniche;
- della eventuale disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria.

Inventario delle attrezzature

L'Azienda si dota di un inventario delle attrezzature biomediche in dotazione, di tipo dinamico, aggiornato con informazioni archiviate su supporto informatico per:

- soddisfare gli obblighi di legge;
- disporre di dati riassuntivi;
- permettere la rintracciabilità;
- fare analisi per stabilire i criteri di sostituzione, al fine di programmare gli investimenti tecnologici tenendo conto dell'obsolescenza del parco macchine e delle singole attrezzature biomediche.

Le informazioni devono essere raccolte sia in forma aggregata per l'intero parco macchine sia in forma disaggregata per singola tipologia di attrezzature, centro di costo, classe di età, produttore, periodo di ammortamento e modalità di acquisizione.

Le apparecchiature temporaneamente disattivate devono essere immagazzinate, protette, verificate e controllate ad intervalli idonei per garantire i requisiti di precisione, accuratezza e validità siano soddisfatti al momento del riutilizzo.

Manutenzione delle attrezzature

L'assicurazione della manutenzione è fondamentale in quanto garantisce la efficienza ed efficacia delle apparecchiature biomediche in uso.

Il piano per la manutenzione delle apparecchiature deve tenere conto:

- delle indicazioni relative alla sicurezza;
- delle indicazioni sulla manutenzione contenute nei manuali di servizio;
- delle indicazioni contenute nelle normative tecniche relative alla sicurezza e al mantenimento in uso secondo gli standard di funzionalità.

Il piano di manutenzione generale deve essere articolato sulla base delle criticità dell'apparecchiatura biomedica per il risultato essenziale, distinguendo tra manutenzione correttiva, preventiva e controlli periodici di sicurezza e funzionalità. Esso deve essere documentato per ciascuna apparecchiatura biomedica e reso noto ai diversi livelli operativi per consentire lo svolgimento dei compiti attribuiti al singolo operatore. E' importante che la documentazione tecnica relativa alle singole apparecchiature, fornita al momento dell'acquisto, sia a corredo dello strumento e conservata in modo da essere facilmente rintracciabile dal responsabile della manutenzione.

Manutenzione preventiva

Il piano di manutenzione deve prevedere, se richiesto dalla tipologia di attrezzatura, le attività relative alla manutenzione preventiva e ai controlli di funzionalità e sicurezza al fine di garantire la loro idoneità d'uso.

DIREZIONE STRATEGICA

ART.20 - STRUTTURE DI STAFF

- U.O.C. PREVENZIONE E PROTEZIONE;
- U.O.C. SISTEMA INTEGRATO DEI CONTROLLI ESTERNI E INTERNI;
- U.O.C. AFFARI ISTITUZIONALI;
- U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE;
- U.O.C. RELAZIONI CON IL PUBBLICO;
- U.O.S.D. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE.

La collocazione delle strutture nell'organigramma rispetta quanto stabilito dall'art.4, comma 4 del d. lgs.n.165/2001 ss.mm.ii.

U.O.C. PREVENZIONE E PROTEZIONE

La U.O.C. svolge, direttamente o attraverso le strutture aziendali competenti, le attività in merito alla corretta applicazione delle normative in vigore in tema di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (d. lgs. n. 81/2008 e ss.mm.ii.).

La U.O.C., visto il decentramento delle funzioni datoriali, persegue precise azioni quali il monitoraggio e la mappatura dei rischi negli ambienti di lavoro, con le articolazioni individuate, la sorveglianza sanitaria ed epidemiologica dei lavoratori esposti a rischio, la formazione e l'informazione di lavoratori, il coinvolgimento, la partecipazione e la consultazione sistematica dei lavoratori e dei loro rappresentanti (RLS), il monitoraggio e il riesame.

La U.O.C. esplica le proprie azioni secondo il dettato normativo del D. Lgs 81/2008 e ss.mm.ii.

Alla U.O.C. Prevenzione e Protezione sono affidate le seguenti linee di attività:

- predisporre la proposta del DVR Aziendale per sottoporla all'attenzione dei Datori di Lavoro;
- supportare i Datori di Lavoro nell'elaborazione del programma annuale degli interventi di adeguamento sulla base dei DVR adottati e dei DUVRI;
- garantire il coordinamento delle attività dei Responsabili del Servizio di Prevenzione e Protezione designati dai Datori di Lavoro relativamente all'attuazione dei singoli interventi specifici, preventivi e correttivi;
- assicurare una razionale organizzazione del sistema aziendale di salute e sicurezza e la progressiva applicazione di standard qualitativi aziendali uniformi, provvedendo alla elaborazione ed implementazione di apposite procedure;
- proporre i programmi di formazione, informazione ed addestramento previsti dal disposto normativo in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro avvalendosi del supporto della UOSD Formazione e Aggiornamento Professionale;
- curare il coordinamento per l'aggiornamento dei vigenti DVR con il supporto delle strutture competenti per garantire uniformità dei processi;
- verificare le attività svolte in materia di salute e sicurezza per il corretto adempimento degli obblighi previsti dal D. lgs.81/2008 e s. m. i., i risultati di tali verifiche saranno periodicamente trasmesse al Direttore Generale, corredate delle necessarie valutazioni ed analisi di proposte di indirizzo;

- provvedere alla puntuale vigilanza sulla effettiva attuazione del modello organizzativo datoriale individuato dall'Azienda;
- individuare dei fattori di rischio, valutazione dei rischi e individuazione delle misure per la sicurezza e la salubrità degli ambienti di lavoro, nel rispetto della normativa vigente sulla base della specifica conoscenza dell'organizzazione Aziendale;
- elaborare, per quanto di competenza, delle misure preventive e protettive di cui all'art. 28, comma 2, e dei sistemi di controllo di tali misure;
- elaborare delle procedure di sicurezza per le varie attività Aziendali.

Alla U.O.C. Prevenzione e Protezione afferisce la **U.O.S Radioprotezione** cui sono demandate le seguenti attribuzioni e competenze:

Radiologia

- esame preventivo dei progetti di nuove installazioni e di rilevanti modifiche agli impianti o apparecchi radiologici ai fini dell'impiego a scopo medico di apparecchi radiologici in relazione al rischio di esposizione alle radiazioni ionizzanti;
- controlli di qualità sugli apparecchi: prove di accettazione e periodiche (misure elettroniche, meccaniche, geometriche e dosimetriche);
- ottimizzazione delle procedure e valutazioni dosimetriche in particolare per le procedure ad alte dosi con la "stima della dose di esposizione per paziente".

Radioprotezione

- valutazione del rischio da radiazioni ionizzanti;
- individuazione dispositivi e procedure di radioprotezione;
- individuazione, classificazione e delimitazione zone controllate;
- classificazione lavoratori esposti a radiazioni ionizzanti;
- sorveglianza dosimetrica dei lavoratori; scelta e assegnazione dei DPI;

Risonanza Magnetica

- esame preventivo dei progetti di nuove installazioni, verifica dei nuovi impianti in fase di collaudo e predisposizione della documentazione di avvenuta installazione;
- verifica delle curve isomagnetiche in relazione alla definizione delle aree ad accesso controllato, delle zone di rispetto e della minimizzazione del rischio per il personale;
- verifica, in collaborazione con ditta esterna, della gabbia di Faraday;
- controllo periodico dei dispositivi di controllo e di sicurezza del sistema a radiofrequenza;
- verifica dell'efficienza e della regolare manutenzione di ambienti, attrezzature, macchine ed impianti (sistemi di: rivelazione ossigeno, climatizzazione, areazione, ecc.);
- effettuazione dei controlli di qualità agli apparecchi in uso;
- stesura delle norme interne di sicurezza e delle norme in caso di emergenza.

U.O.C. SISTEMA INTEGRATO DEI CONTROLLI ESTERNI E INTERNI

Il sistema di controllo interno che svolge la UOC Sistema Integrato dei Controlli Esterni e Interni si esplica attraverso l'attività ispettiva che ha come strumento principale l'Audit preventivo, inteso a verificare la conformità dell'applicazione da parte dell'Azienda delle procedure definite da norme nazionali e regionali e aziendali. Gli Audit sono pianificati su base annua e possono essere attivati, anche, su committenza della Direzione Strategica. I risultati delle ispezioni svolte sono diretti a

valutare i fattori di qualità o di criticità dell'attività svolta in Azienda, al fine di avviare azioni condivise con le articolazioni aziendali coinvolte, indirizzate al miglioramento della qualità dei processi aziendali.

Il sistema di controllo esterno comprende tutte le attività tese a rilevare il grado di conformità e la finalizzazione dei comportamenti di tutti i soggetti che a qualunque titolo esercitino funzioni o erogino prestazioni nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale, all'esclusivo perseguimento degli obiettivi fissati dai Piani Sanitari nei limiti del quadro normativo vigente. Esso costituisce lo strumento di supporto alle funzioni di tutela e garanzia esercitate istituzionalmente dalla Regione e dalle Aziende Sanitarie.

U.O.C. AFFARI ISTITUZIONALI

Nell'ASL Napoli 3 Sud è individuata la Unità Operativa Complessa "Affari Istituzionali", con funzioni di supporto organizzativo e di segreteria a:

- Direzione Generale;
- Direzione Sanitaria;
- Direzione Amministrativa;
- Collegio di Direzione;
- Consiglio dei Sanitari.

La U.O.C. Affari Istituzionali ha, inoltre, la funzione di supporto organizzativo alle attività delle sedute deliberanti, sia in presenza sia da remoto con l'utilizzazione dell'applicativo in uso, in uno alla responsabilità organizzativa dell'Albo Pretorio Informatico, ferma restando la piena ed esclusiva responsabilità del contenuto degli atti pubblicati che si radica in capo al Direttore della Struttura che ha assunto ovvero adottato l'atto stesso.

La U.O.C. Affari Istituzionali coordina, fermo restando le singole competenze e responsabilità delle strutture aziendali, tutte le attività relative ai rapporti di collaborazione dell'ASL Napoli 3 Sud con le altre Aziende Sanitarie; assicura il supporto organizzativo della Direzione nei rapporti con l'Assemblea dei Sindaci e con il Comitato di Rappresentanza della Conferenza dei Sindaci.

La UOC Affari Istituzionali si avvale del supporto della **U.O.S. Privacy**.

Il G.D.P.R. (General Data Protection Regulation) - Regolamento (UE) 2016/679 - relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali – statuisce che "la protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati di carattere personale è un diritto fondamentale" al fine di proteggere e garantire i diritti e le libertà fondamentali delle persone fisiche, in particolare il diritto alla protezione dei dati personali.

La principale novità introdotta dal G.D.P.R. è il principio di "responsabilizzazione" (c.d. accountability) che, con un approccio basato principalmente sulla valutazione dei rischi che possono impattare sui diritti e le libertà degli interessati, attribuisce ai Titolari del trattamento (in questo caso ASL Napoli 3 Sud) il compito, non solo di assicurare il rispetto dei principi applicabili al trattamento dei dati personali, bensì di adottare (e comprovare l'adozione) delle misure più opportune secondo la normativa vigente.

In particolare, preso atto della mole di dati personali trattati nelle Aziende Sanitarie (relativi all'utenza che si rivolge ai servizi sanitari nonché ai dipendenti) ricadono in capo alla ASL Napoli 3 Sud in qualità di Titolare del trattamento dei dati una molteplicità di adempimenti nonché,

un'intensa attività di adeguamento alla normativa comunitaria, al fine di assicurare una più adeguata compliance aziendale.

Il raggiungimento di tali obiettivi, considerata la vasta estensione territoriale nonché il cospicuo bacino di utenza servito, richiede inevitabilmente una struttura aziendale multidisciplinare dedicata unicamente ed in maniera trasversale (ossia sul piano sanitario, amministrativo e tecnico) alle necessarie attività di predisposizione e monitoraggio di tutti gli adempimenti previsti dalla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

La U.O.S. Privacy svolge le seguenti attività, riferendone in via diretta al Titolare del trattamento dei dati (ASL Napoli 3 Sud) in persona del legale rappresentante p.t.:

- supporto alle articolazioni aziendali nella predisposizione della specifica documentazione privacy relativamente ai processi interni e/o esterni che richiedono adeguata regolamentazione in materia;
- predisposizione ed aggiornamento delle informative privacy per i soggetti interessati (utenza, dipendenti, fornitori etc.);
- predisposizione atti di nomina ex art. 28 GDPR (necessaria per il censimento nonché la responsabilizzazione di tutti i soggetti esterni che a vario titolo esercitano attività a loro demandate dal Titolare del Trattamento);
- predisposizione atti di nomina ex art.29 GDPR (riferita ai Direttori/responsabili delle articolazioni aziendali e a tutto il personale autorizzato al trattamento dei dati);
- predisposizione ed aggiornamento del Registro delle attività di trattamento ex art.30 GDPR;
- predisposizione ed aggiornamento della Valutazione d'impatto sulla protezione dei dati (DPIA: Data Protection Impact Assessment) prevista dall'art. 35 GDPR;
- predisposizione ed aggiornamento di regolamenti, procedure, indirizzi, codici comportamentali e linee guida tese a disciplinare i processi aziendali al fine di assicurare una corretta e puntuale attuazione della specifica normativa in materia di tutela della privacy;
- monitoraggio dell'effettiva attuazione delle policy adottate dall'Azienda in materia di protezione dei dati personali;
- supporto al Data Protection Officer aziendale nelle attività a lui demandate dalla vigente normativa, nonché nelle attività di audit presso le articolazioni aziendali e nei contatti con l'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali;
- predisposizione ed esecuzione di un piano di audit interno rivolto a tutte le articolazioni aziendali e finalizzato alla verifica dello stato di compliance privacy aziendale;
- predisposizione ed aggiornamento di regolamenti e procedure per la gestione dei Data Breach (violazione dei dati personali);
- aggiornamento costante dell'apposita sezione "Privacy" del sito web aziendale in via diretta ovvero mediante l'ausilio della UOC Relazioni con il Pubblico;
- promozione e predisposizione di iniziative di formazione permanente per la diffusione della cultura della privacy rivolte al personale dipendente, di concerto con la UOC Formazione e Sviluppo Risorse Umane;
- supporto alla UOC Affari Legali per la composizione delle controversie in materia di Protezione di Dati Personali.

U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE

Le funzioni del controllo di gestione costituiscono uno specifico obbligo normativo sancito dall'articolo 4 del d. lgs. n.286 del 30 luglio 1999 e prevedono il riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche.

L'attività economica delle aziende sanitarie deve essere ispirata alla razionale gestione delle risorse attribuite ed introitate, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti, dei risultati.

Al fine di garantire un costante monitoraggio dell'esercizio annuale, l'azienda definisce, implementa ed utilizza le tecniche di controllo di gestione, utilizzando un sistema di contabilità analitica coerente con i diversi livelli di responsabilità previsti dal modello organizzativo, assicurando supporto metodologico ed operativo alla direzione aziendale ed ai vari livelli in cui essa si articola, nella gestione del processo di programmazione e controllo.

Le funzioni sono:

- la misura dell'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa. Entro sessanta giorni dalla adozione del presente atto aziendale l'Azienda dovrà procedere all'adozione del nuovo piano dei centri di costo in conformità al nuovo modello organizzativo;
- concorre all'attivazione delle procedure di determinazione degli obiettivi gestionali e dei soggetti responsabili definite nel ciclo della performance ai sensi del d. lgs. n.150/2009;
- concorre alla declinazione, nel piano della performance adottato entro il 31 gennaio di ogni anno degli obiettivi strategici per ogni Dipartimento, Distretto, Presidio Ospedaliero e Struttura Complessa;
- la predisposizione del piano di budget, da adottarsi entro il 31 gennaio di ogni anno, seguendo i tempi e la logica del ciclo della performance;
- concorre all'individuazione individua gli indicatori specifici per misurare efficacia, efficienza ed economicità dell'azione delle singole unità operative, inserite nelle schede di performance.

La frequenza di rilevazione delle informazioni avviene con cadenza semestrale in accordo con le linee guide dell'ANAC.

Nell'ambito della suddetta U.O.C. la **U.O.S. Programmazione Economica** svolge parte dell'attività economica della Azienda Sanitaria ispirata alla razionale gestione delle risorse attribuite ed introitate, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti, dei risultati. Il budget è costituito dall'insieme dei documenti di carattere economico, patrimoniale e finanziario, che descrivono gli obiettivi di gestione in termini di risultati da raggiungere e di risorse da impiegare, ed è distinto in budget generale, riferito all'intera azienda, e budget funzionali, riferiti alle singole strutture. Al fine di garantire un costante monitoraggio dell'esercizio annuale, l'Azienda definisce, implementa e utilizza le tecniche di budget e controllo di gestione, predisponendo un sistema di contabilità analitica coerente coi diversi livelli di responsabilità previsti dal modello organizzativo.

La programmazione economica aziendale si basa su processi organizzativi propri del controllo di gestione, attuando in particolare le seguenti macro-fasi:

- definizione degli standard prestazionali di ciascuna struttura;
- negoziazione degli obiettivi e delle risorse;
- consuntivazione continuativa dei risultati e alimentazione delle banche dati;

- reporting strutturato per livello di responsabilità;
- progettazione ed implementazione del sistema di reporting finalizzato a consentire una sistematica rilevazione dei costi e dei ricavi relativi alle diverse articolazioni aziendali (contabilità per centri di costo); costi e ricavi che rapportati ad una serie di dati relativi alle risorse disponibili ed alle prestazioni erogate consentano valutazioni di efficienza ed economicità;
- progettazione e sviluppo di specifici approfondimenti aventi per obiettivo valutazioni di efficienza, efficacia ed economicità;
- progettazione e sviluppo di specifici modelli di rilevazione ed analisi dei dati gestionali di periodo, anche infra annuale, almeno trimestrale (all'atto delle rilevazioni CE), in grado di rilevare, in particolare, scostamenti della spesa corrente rispetto alla spesa previsionale di periodo e/o comunque elementi indicativi di andamento non fisiologico della spesa gestionale;
- analisi degli scostamenti ed azioni correttive.
- Ai fini del potenziamento del controllo di gestione vengono definite:
 - le unità organizzative a livello delle quali si intende misurare l'efficacia, l'efficienza e l'economicità dell'azione amministrativa;
 - le procedure di determinazione degli obiettivi gestionali e dei soggetti responsabili;
 - l'insieme dei prodotti e delle finalità dell'azione amministrativa, con riferimento all'intera amministrazione o a singole unità organizzative;
 - le modalità di rilevazione e ripartizione dei costi tra le unità organizzative e di individuazione degli obiettivi per cui i costi sono sostenuti;
 - gli indicatori specifici per misurare efficacia, efficienza ed economicità;
 - la frequenza di rilevazione delle informazioni.

U.O.C. RELAZIONI CON IL PUBBLICO

La U.O.C. Relazioni con il Pubblico svolge tutte le attività relative alla Partecipazione, Umanizzazione, Tutela, Trasparenza e Comunicazione.

La U.O.C. Relazioni con il Pubblico assicura la funzione relativa alla comunicazione con gli utenti, sviluppando in modo esauriente l'informazione sulle prestazioni sanitarie e sulle relative modalità di accesso. La Struttura, inoltre, verifica la percezione della qualità delle prestazioni erogate individuando, per tale finalità, idonei ed adeguati strumenti. In particolare, la UOC acquisisce le osservazioni ed i reclami presentati dai cittadini, li segnala ai dirigenti competenti e provvede a darne tempestivo riscontro agli utenti.

Il Direttore della UOC Relazioni con il Pubblico viene individuato quale responsabile aziendale della Trasparenza ed è il referente del procedimento di formazione, adozione e attuazione del Programma Triennale della Trasparenza allegato al PIAO, e del processo di sostegno per la realizzazione di tutte le iniziative volte nel loro complesso a garantire un adeguato livello di trasparenza. Il responsabile della Trasparenza segnala i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente e dal Programma triennale della Trasparenza e dell'Integrità vigente, all'Ufficio procedimenti disciplinare, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare. Segnala, altresì, gli inadempimenti alla

Direzione Strategica e all'Organismo Indipendente di Valutazione.

La unità operativa complessa Relazioni con il Pubblico coordina tutte le attività inerenti lo Sportello Amico Trapianti e tutta la struttura comunicativa del Sistema Informativo Trapianti ai fini della promozione della cultura della donazione degli organi dei tessuti e del midollo.

L'ASL Napoli 3 Sud, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 9 L. 150/2000 ha istituito l'Ufficio Stampa aziendale, strutturato nell'UOC Relazioni con il Pubblico, che svolge le seguenti attività:

- mantenere contatti costanti con le testate giornalistiche per un'adeguata comunicazione e divulgazione delle notizie riguardanti l'azione aziendale, assicurando il massimo grado di trasparenza, chiarezza e tempestività delle comunicazioni da fornire nelle materie di interesse l'ASL Na 3 Sud;
- realizzare la rassegna stampa quotidiana in relazione a tutte le notizie diffuse dai mass-media di ogni categoria che abbiano attinenza diretta o indiretta con l'ASL Na 3 Sud;
- curare l'immagine aziendale in ogni manifestazione di qualunque carattere che veda impegnata l'Azienda quale protagonista o partecipante, nonché organizzare conferenze e convegni, coordinare l'aggiornamento del web-magazine di recente istituzione sul sito internet aziendale, del giornale aziendale in cartaceo e on-line.
- L'Ufficio Stampa, per garantire una corretta ed efficiente gestione del processo informativo, collabora alla stesura del Piano della Comunicazione che, predisposto dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico, deve essere approvato dalla Direzione Strategica. La responsabilità dell'Ufficio Stampa è affidata ad un coordinatore che assume la funzione di capoufficio stampa, scelto tra professionisti iscritti all'Albo Nazionale dei Giornalisti, in base al dettato della legge 150/2000. Il coordinatore/Capo Ufficio stampa ed i componenti l'Ufficio Stampa non possono esercitare per tutta la durata dei relativi incarichi, attività professionali nei settori radiotelevisivi, del giornalismo, della stampa e delle relazioni pubbliche, attività che potrebbero entrare in conflitto con gli interessi ed il sistema dei valori di riferimento dell'ASL Napoli 3 Sud.
- L'Ufficio Stampa, oltre ai vertici aziendali (direzione strategica) o ai loro delegati, rappresenta l'unica fonte ufficiale dell'ASL Napoli 3 Sud, e come tale, previamente autorizzata dalla direzione strategica, rilascia dichiarazioni e divulga notizie a qualsiasi titolo all'esterno dell'Azienda. La Direzione Generale su specifici obiettivi commissiona piani della comunicazione mirati.
- Ogni piano deve essere contestualizzato nella realtà dell'ASL Napoli 3 Sud e coerente con gli obiettivi strategici stabiliti nel piano triennale su base annuale.
- Per ogni azione comunicativa saranno individuate: attività, metodi, strumenti, analisi qualità percepita, misurazione risultati raggiunti, responsabili, budget assegnato.

U.O.S.D. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE

La U.O.S.D. assicura il necessario supporto metodologico e strumentale allo svolgimento dell'intero ciclo di gestione della performance, alla stesura del Sistema di Misurazione e valutazione della Performance, del Piano e della Relazione della Performance.

Il d. lgs.150/2009, le deliberazioni aziendali e le linee guida dell'Autorità Nazionale Anticorruzione hanno evidenziato l'importanza di integrare all'interno del ciclo della performance il ciclo della

programmazione economica e finanziaria e di bilancio.

Il Piano della Performance dell'ASL Napoli 3 Sud si pone l'obiettivo di inquadrare, declinare e valutare le azioni necessarie al fine di regimentare un sistema di misurazione delle performance all'interno del quadro degli adempimenti normativi, anche strumentale alla gestione del salario di risultato al fine di migliorare l'organizzazione dei servizi alle persone portatrici d'interesse.

Nel ciclo della performance di cui il Piano della Performance è una parte, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori, i target e gli standard. Questi costituiscono gli elementi fondamentali su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione, la rendicontazione della performance che è inserita nella relazione sulla performance, anche essa parte del ciclo della performance.

È importante sottolineare che l'oggetto della misurazione si focalizza su fatti gestionali, sulle attività e sulle prestazioni e non sulla valutazione delle persone. Il ciclo di gestione della performance mette in relazione il sistema di misurazione e valutazione di tutto il personale con il sistema premiante.

Si sviluppa a cadenza annuale ed ha come scopo la gestione dei processi finalizzati al raggiungimento degli obiettivi definiti a livello di:

- Direzione Strategica aziendale;
- Presidi Ospedalieri, Dipartimenti, Distretti;
- U.O.C., U.O.S., U.O.S.D. ed all'interno delle unità operative per singolo dipendente.

Le fasi del Ciclo della Performance si sviluppano annualmente attraverso:

- l'articolazione per Centri di Responsabilità (C.d.R.) della pianificazione strategica che collega gli obiettivi alle risorse a seguito del processo di negoziazione del budget messo in atto dalla Direzione aziendale;
- il monitoraggio semestrale per l'attivazione di eventuali manovre correttive;
- la misurazione e la valutazione della performance organizzativa dei C.d.R.;
- la misurazione e la valutazione della performance individuale dei singoli soggetti ad essi assegnati;
- l'erogazione al personale degli incentivi economici, distribuiti secondo la logica di trasparenza e merito, in funzione della produttività valutata a fine anno.

La U.O.S.D. svolge il ruolo di struttura tecnica di supporto dell'O.I.V., nonché di interfaccia tra O.I.V. e dirigenti nell'ambito del processo di misurazione e valutazione, interagendo con le diverse strutture e, in particolare, con quelle coinvolte nella pianificazione strategica e operativa, nella programmazione economico-finanziaria e nei controlli interni.

DIREZIONE AMMINISTRATIVA

ART.21 - STRUTTURE DI STAFF

- U.O.C. AFFARI LEGALI
- U.O.C. AFFARI GENERALI
- U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA
- U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI
- U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE
- U.O.C. PROGRAMMAZIONE, PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DEGLI INVESTIMENTI DELL'EDILIZIA SANITARIA
- U.O.C. GESTIONE E MANUTENZIONE DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE
- U.O.C. INGEGNERIA CLINICA
- U.O.C. SISTEMI INFORMATICI
- U.O.C. AMMINISTRATIVA OSPEDALIERA AREA NORD
- U.O.C. AMMINISTRATIVA OSPEDALIERA AREA SUD
- U.O.C. CONTROLLO E MONITORAGGIO PRIVATO ACCREDITATO

La collocazione delle strutture nell'organigramma rispetta quanto stabilito dall'art.4, comma 4 del d. lgs.n.165/2001 ss.mm.ii.

U.O.C. AFFARI LEGALI

A supporto della Direzione Strategica e delle articolazioni aziendali è strutturata l'U.O.C. Affari Legali con le seguenti linee di attività:

- fornisce assistenza legale, sia giudiziale che stragiudiziale, all'Azienda assumendone il patrocinio e, in particolare, gestisce il contenzioso civile e procedure esecutive, il contenzioso amministrativo, il contenzioso penale e il contenzioso lavoro;
- assicura consulenza legale e pareri alla Direzione Strategica ed a tutte le strutture aziendali;
- garantisce le attività relativamente al processo telematico;
- garantisce la partecipazione a tavoli tecnici per specifiche problematiche;
- coordina tutte le attività di rapporto con gli avvocati esterni;
- coordina le attività di mediazione e di conciliazione;
- gestisce i ricorsi amministrativi.

Le attività di mediazione e di conciliazione sono coordinate dalla UOC Affari Legali, concorrono alle attività tutte le strutture aziendali.

La mediazione è uno degli strumenti previsti dal legislatore per la definizione stragiudiziale delle controversie.

La mediazione può essere obbligatoria, allorquando è condizione di procedibilità per l'eventuale giudizio civile, facoltativa ovvero disposta dal giudice.

La UOC Affari Legali è organizzata in due UOS con competenze distinte in base alla specializzazione professionale:

- n. 1 **U.O.S. Contenzioso Lavoro e Penale;**
- n. 1 **U.O.S. Contenzioso Civile.**

U.O.C. AFFARI GENERALI

Al fine di garantire supporto al governo tecnico amministrativo è individuata la struttura complessa Affari Generali che è responsabile delle seguenti linee di attività:

- assicura le funzioni di Ufficiale Rogante in capo al Direttore della U.O.C. Affari Generali pro tempore;
- assicura le convenzioni con privati, altre strutture sanitarie, altri enti ed associazioni di Volontariato, dalla raccolta degli atti propedeutici alla sottoscrizione/perfezionamento. Il RUP per la gestione di ogni singola convenzione viene, di volta in volta, identificato nella struttura richiedente la convenzione stessa ovvero nella struttura che la utilizza e/o competente per la materia;
- assicura la gestione e il coordinamento attività sinistri, compresi i rapporti con il sistema assicurazioni (broker, compagnie);
- assicura la gestione della tutela legale dei dipendenti, fino alla liquidazione dei rimborsi, in stretta osservanza del relativo regolamento vigente nella Azienda e previo parere di conformità dei rimborsi stessi da parte della U.O.C. Affari Legali;
- assicura la liquidazione delle franchigie relative ai sinistri;
- assicura la convocazione e l'assistenza alle sedute del Comitato Valutazione Sinistri. Il Direttore pro tempore della struttura complessa Affari Generali assume la Presidenza delle sedute del Comitato Valutazione Sinistri;
- assicura il flusso dati relativi ai sinistri sulla piattaforma SIMES;
- assicura la gestione della Anagrafe delle Prestazioni di cui all'art. 53 del D. lgs.165/2001 e s.m.i., ad eccezione del personale dipendente (a cura U.O.C. GRU);
- assicura, limitatamente all'aspetto esclusivamente amministrativo, la gestione degli immobili di proprietà, strumentali e non, ovvero altrimenti detenuti dall'Azienda in locazione o comodato d'uso: predisposizione e perfezionamento dei contratti di locazione, attiva e passiva, e dei contratti di comodato, attivo e passivo, e degli atti ad essi propedeutici, consequenziali e connessi; registrazione contratti con versamento e regolarizzazione delle relative imposte; predisposizione e presentazione modelli RLI; versamenti IMU; verifiche introiti canoni da locazioni attive; liquidazione fitti passivi; pagamento oneri condominiali avvalendosi, in quest'ultimo caso, quali DEC per la relativa liquidazione, dei Datori di Lavoro nella cui disponibilità si trova il bene immobile insistente nel condominio da liquidare. Assicura le procedure amministrative propedeutiche, consequenziali e connesse all'acquisizione o vendita di beni immobili. Assicura l'assolvimento dei debiti informativi, anche al fine di garantire un adeguato livello qualitativo delle informazioni e dei dati prodotti per il bilancio di esercizio;
- assicura la gestione del Protocollo Aziendale, attraverso l'applicativo del protocollo informatico e della scrivania virtuale, e le funzioni di Ufficio per la Tenuta del Protocollo Informatico, della Gestione dei Flussi Documentali e degli Archivi con i seguenti compiti:
 - a) attribuisce, su richiesta dei direttori delle strutture aziendali complesse, il livello di autorizzazione per l'accesso alle funzioni della procedura, distinguendo tra abilitazioni alla consultazione e abilitazioni all'inserimento e alla modifica delle informazioni;
 - b) garantisce che le operazioni di registrazione e di segnatura di protocollo si svolgano nel

- rispetto delle disposizioni del D.P.R. 445/2000;
- c) garantisce la corretta produzione e la conservazione del registro giornaliero di protocollo di cui all'articolo 53 dello stesso D.P.R.;
 - d) si adopera, attraverso la U.O.C. Sistemi Informatici ITC, che le funzionalità del sistema in caso di guasti o anomalie siano ripristinate entro ventiquattro ore dal blocco delle attività e, comunque, nel più breve tempo possibile;
 - e) conserva il registro di emergenza di pertinenza dell'Ufficio Protocollo Generale e fornisce indicazioni alle singole unità operative complesse abilitate circa l'utilizzo e la corretta conservazione dei registri di emergenza di loro pertinenza nonché il recupero dei dati in essi inseriti nel sistema di protocollo informatico;
 - f) conserva le copie di cui agli articoli 62 e 63 del citato D.P.R. in luoghi sicuri differenti;
 - g) garantisce l'organizzazione delle attività di registrazione di protocollo, di gestione dei documenti e dei flussi documentali, incluse le funzionalità di accesso di cui agli articoli 59 e 60 e le attività di gestione degli archivi di cui agli articoli 67, 68 e 69 del menzionato D.P.R.;
 - h) vigila sull'osservanza delle disposizioni della vigente normativa in materia da parte del personale autorizzato e degli incaricati;
- assicura la tenuta, la gestione e la tutela dell'archivio storico delle deliberazioni prodotte dai legali rappresentanti pro tempore delle ex AA.SS.LL. Napoli 4 e Napoli 5, confluite nella ASL Napoli 3 Sud;
 - assicura la gestione di attività amministrative, di volta in volta specificatamente delegate/disposte dalla Direzione aziendale, non rientranti nelle competenze e nelle attribuzioni delle altre strutture aziendali;
 - assicura la gestione della liquidazione dei debiti delle disciolte ex UUSSLL
 - assicura la gestione della liquidazione ex art.26 LR 11/8;
 - supporta la Direzione Strategica nelle attività che ne vengano richieste.

Nella U.O.C. Affari Generali opera la **U.O.S. Convenzioni, fitti attivi e passivi**, con le seguenti linee di attività: convenzioni, contratti e protocolli di intesa (predisposizione/stesura, perfezionamento; assolvimento imposte di bollo; registrazione delle convenzioni stesse, laddove espressamente previsto da specifiche norme di legge e/o dalle parti, con connessi versamento e regolarizzazione delle relative imposte; predisposizione deliberazioni di formale presa atto delle convenzioni; attività di reportistica, laddove espressamente richiesta, delle convenzioni sottoscritte dall'Azienda); gestione degli immobili di proprietà dell'Azienda ovvero, a qualsiasi titolo, detenuti, in locazione passiva o , comodato limitatamente all'aspetto amministrativo (predisposizione e perfezionamento dei contratti di locazione, attiva e passiva, e dei contratti di comodato, attivo e passivo, e degli atti ad essi propedeutici e consequenziali; registrazione contratti con versamento e regolarizzazione delle relative imposte; predisposizione e presentazione modelli RLI; versamenti IMU; verifiche introiti canonici da locazioni attive; liquidazione fitti passivi; oneri condominiali).

Per lo svolgimento delle attività di precipua competenza il Direttore della UOC Affari Generali viene coadiuvato, per la parte informatica, dal Direttore della UOC Sistemi Informatici - ICT.

U.O.C. GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA

L'U.O.C. Gestione Economica e Finanziaria svolge le funzioni di supporto alla programmazione con il monitoraggio economico mediante tutte le attività correlate alla costruzione e gestione del Bilancio aziendale ed alla documentazione contabile e fiscale, nonché funzioni di supporto organizzativo e di segreteria al Collegio Sindacale.

L'Azienda adotta, con atto del Direttore Generale, un regolamento di contabilità generale che disciplina la gestione del patrimonio, gli strumenti di programmazione e di amministrazione e la tenuta della contabilità generale; esso stabilisce l'insieme delle procedure e modalità in ordine alla formazione dei bilanci, indicando un sistema di scritture contabili e verifiche finalizzate a garantire il buon andamento dell'attività gestionale.

La UOC si avvale del supporto della **U.O.S. Bilancio** e **U.O.S. Flussi Finanziari** nell'attuare le giuste pratiche atte a registrare ogni atto e/o fatto aziendale capace di generare flussi economici e/o finanziari.

Per il perseguimento delle proprie azioni strategiche l'Azienda adotta tutti gli atti utili al recepimento delle normative regionali inerenti la materia, ed in particolare:

- il Regolamento di Amministrazione e Contabilità;
- il Piano dei Conti Unico Regionale;
- il Piano dei Centri di Costo corredato dal "Piano dei Centri di Costo e dei Centri di Responsabilità" e dal "Piano dei Fattori Produttivi" che definiscono i principi per la tenuta della Contabilità Analitica, atti a garantire l'omogeneità dei sistemi di rilevazione delle singole aziende e la confrontabilità dei dati a livello regionale;
- il Modello di Nota Integrativa;
- il Modello dei Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC).

La U.O.C. svolge le seguenti attività:

- la tenuta del Piano dei conti aziendale;
- la contabilità generale;
- la contabilità clienti e fornitori di beni e servizi;
- l'emissione e la registrazione dei documenti relativi all'aggiornamento delle partite contabili;
- la regolarizzazione contabile delle partite debitorie dei fornitori beni e servizi;
- la contabilità delle strutture accreditate e la regolarizzazione contabile delle partite debitorie;
- la contabilità delle strutture e dei servizi convenzionati;
- la regolarizzazione contabile delle partite debitorie;
- il bilancio economico preventivo;
- il bilancio di esercizio consuntivo;
- i rendiconti economici trimestrali ed i relativi adempimenti;
- attività tributarie (dichiarazione dei redditi, dichiarazione annuale IVA – IRAP) dando alle strutture aziendali consulenza e supporto sulla materia per l'applicazione della normativa fiscale;
- provvede alla gestione dei clienti e fornitori, alla emissione e registrazione dei documenti contabili;

- provvede alla gestione di cassa attraverso l'emissione e registrazione dei documenti contabili;
- cura inoltre la gestione delle risorse finanziarie attraverso l'emissione di reversali d'incasso e mandati di pagamento dopo averne accertato il titolo;
- cura i rapporti e la tenuta della contabilità del tesoriere e controlla le risorse finanziarie ed i relativi flussi;
- provvede alla verifica ed al riscontro della congruità contabile (e conseguente registrazione) di tutti gli atti deliberativi e dei provvedimenti dei Dirigenti con la programmazione aziendale;
- cura la contabilizzazione e la rendicontazione dei fondi e la specifica destinazione;
- cura la contabilità ed il pagamento dei rimborsi e dei reintegri;
- gestisce la riscossione delle sanzioni derivanti dalle procedure di depenalizzazione;
- collabora alla gestione del precontenzioso e del contenzioso per le materie di competenza;
- provvede a tutte le attività connesse alla liquidazione delle competenze dei componenti del Collegio Sindacale;
- Provvede alla rendicontazione economica dei contributi regionali vincolati per obiettivi di piano.

L'Azienda, tramite l'azione dell'U.O.C. Gestione Economica e Finanziaria, è impegnata ad assicurare che tutte le procedure contabili garantiscano e realizzino il rispetto dei principi, delle procedure e delle azioni intraprese dalla Regione, e siano indirizzate alla corretta applicazione di quanto previsto nei decreti/delibere regionali.

U.O.C. ACQUISIZIONE BENI SERVIZI

È individuata la struttura complessa Acquisizione beni e Servizi che garantisce la soddisfazione dei fabbisogni necessari all'attività aziendale attraverso l'acquisizione di beni e servizi alle migliori condizioni possibili attraverso le seguenti linee di attività:

- individuazione e programmazione dei fabbisogni di beni e servizi (Piano acquisti beni e servizi);
- collaborazione nella definizione del budget aziendale per beni e servizi;
- sviluppo delle politiche e delle acquisizioni aziendali;
- attivazione di tutte le procedure di gara, stipula e gestione dei relativi contratti di forniture di beni e servizi, inclusi quelli per la manutenzione degli elettromedicali, ai sensi del D. lgs.36/2023;
- gestione dei servizi alberghieri;
- monitoraggio della spesa per consumi e supporto alla contabilità analitica e reportistica periodica;
- gestione albo fornitori;
- tenuta e gestione dell'inventario informatizzato del patrimonio dei beni mobili acquisiti dall'U.O.C. Acquisizione Beni e servizi;
- gestione informatizzata dei magazzini di transito di beni economici;
- gestisce in via diretta tutte le attività relative al parco automezzi dell'ASL, dalle autoambulanze alle auto di servizio;

- assicura il coordinamento quale economo centrale di tutte le attività delle casse economali presenti nelle varie articolazioni strutturali (distretti, ospedali, dipartimenti) verificandone la regolarità e la congruità elaborano anche report in benchmarking (analisi comparativa) tra strutture omologhe, in virtù del vigente regolamento aziendale;
- collabora alla gestione del precontenzioso e del contenzioso per le materie di competenza;
- gestione della liquidazione delle fatture scaturenti dalle procedure di affidamento aggiudicate sulla base delle attestazioni del direttore dell'esecuzione del contratto;
- responsabilità gestione dell'inventario informatizzato del patrimonio dei beni mobili.

Per lo svolgimento delle suddette attività la U.O.C. si avvale del supporto della U.O.S. Economato e della U.O.S. Gare.

La **U.O.S. Economato** cura le attività relative ai servizi economali generalmente intesi e, più specificamente:

- cura e gestisce la cassa economale centrale e quelle periferiche;
- gestisce l'autoparco aziendale, di proprietà o a noleggio, e il relativo personale assegnato;
- gestisce e cura il magazzino economale con le relative attività di carico e scarico dei beni;
- gestisce e monitora le attività di inventariazione dei beni mobili aziendali, con eventuale alienazione e/o smaltimento degli stessi;
- organizzazione delle attività di trasloco e facchinaggio di arredi, sanitari e non, attrezzature tecnologiche, movimentazione merci etc., da una sede all'altra all'interno del territorio aziendale.

La **U.O.S. Gare** ha la responsabilità dell'intero processo di acquisizione di beni e servizi: aggregazione e trasmissione al MIT della programmazione triennale, predisposizione dell'eventuale avviso di preinformazione, espletamento di tutte le fasi delle singole procedure di gara (indizione, valutazione, aggiudicazione, controlli, pubblicità/trasparenza, gestione CIG, supporto al contenzioso pre o post aggiudicazione).

U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE

L'Unità operativa complessa per la Gestione delle risorse umane è la struttura a cui sono demandate le funzioni di attuazione di programmi e politiche del personale dipendente e convenzionato nonché della gestione degli aspetti quali-quantitativi di acquisizione e gestione giuridico-economica del personale dipendente e convenzionato.

La Struttura Complessa U.O.C. Gestione Risorse Umane si avvale per lo svolgimento delle suddette attività delle seguenti UU.OO.SS.:

- U.O.S. Acquisizione e Gestione Giuridica;
- U.O.S. Gestione Economica e Previdenziale;
- U.O.S. Gestione Personale Convenzionato.

Sono funzioni di competenza della struttura:

- procedure di assunzione del personale con rapporto di lavoro dipendente mediante l'attivazione di concorsi e selezioni pubbliche, avvisi pubblici, richieste per l'avviamento a selezione e bandi di mobilità regionale ed interregionale, applicazione della normativa speciale per i disabili;
- procedure per la stipula dei contratti individuali di lavoro;

- procedure relative alle variazioni del rapporto di lavoro;
- estinzione del rapporto di lavoro;
- procedure di mobilità;
- attivazione procedure per l'accertamento sanitario per l'idoneità alle mansioni;
- tenuta fascicoli personali del personale dipendente;
- certificazioni ed attestazioni di servizio del personale dipendente;
- controllo delle incompatibilità riferite al personale dipendente;
- autorizzazioni allo svolgimento di attività extraistituzionali per il personale dipendente;
- rilevazione dei dati inerenti agli incarichi conferiti e autorizzati al personale dipendente nonché ai collaboratori e consulenti esterni ai fini dell'aggiornamento dell'anagrafe delle prestazioni;
- gestione procedure amministrative per l'attivazione colleghi tecnici ai fini della valutazione dirigenziale;
- gestione delle procedure relative ad infortuni sul lavoro ed ai rapporti istituzionali con l'INAIL;
- gestione delle procedure relative alle indennità di fine servizio\rapporto di lavoro;
- gestione delle procedure riferite ai riscatti INPS – Gestione Dipendenti Pubblici - INPDAP e ricongiunzione servizi con iscrizione previdenziale presso altri enti;
- procedure per la liquidazione da parte dell'INPDAP del trattamento di fine rapporto;
- ruoli di pagamento INPS – Gestione Dipendenti Pubblici;
- gestione delle procedure per il riconoscimento infermità per cause di servizio, concessione equo indennizzo, pensioni di inabilità e privilegio;
- adempimenti di trasparenza relativi alla pubblicazione dei dati riferiti alla retribuzione annuale del personale dirigenziale;
- applicazione contratti collettivi nazionali di lavoro, contratti integrativi aziendali, legislazione nazionale e regionale per quanto concerne gli istituti di carattere economico;
- adempimenti mensili e periodici di natura fiscale e contributiva, ivi comprese le denunce agli istituti previdenziali e assicurativi;
- gestione delle procedure relative al trattamento economico del Direttori Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, Componenti del Collegio Sindacale e di altri titolari di redditi assimilati a quelli di lavoro dipendente;
- monitoraggio e controllo di secondo livello delle variabili stipendiali del personale dipendente;
- pagamento corrispettivi scaturenti dall'attività libero professionale previa liquidazione da parte della U.O.S.D. A.L.P.I. – Liste d'attesa;
- costituzione, controllo e gestione dei fondi contrattuali relativamente all'erogazione delle relative indennità a tutto il personale dipendente;
- gestione delle procedure esecutive presso il terzo pignorato;
- verifica degli andamenti delle presenze e valutazione complessiva dei tassi di assenza di struttura e su base aziendale;
- istruttoria e adempimenti relativi agli istituti contrattuali di carattere giuridico ed economico correlati alla presenza in servizio;

- monitoraggio e reportistica periodica in ordine all'applicazione del D. lgs. N.66/2003 nei confronti delle strutture cui è affidata la gestione diretta del personale;
- monitoraggio e controllo di secondo livello delle variabili stipendiali del personale Convenzionato;
- gestione delle attività concernenti il sistema delle relazioni sindacali, supportando la Direzione Strategica in tutte le fasi;
- monitoraggio della spesa per tutte le figure sanitarie in regime di convenzione;
- gestione delle procedure concernenti l'applicazione degli istituti previdenziali e assicurativi del personale in convenzione;
- gestire tutte le attività di precontenzioso riferito al personale convenzionato;

Alla suddetta U.O.C. compete inoltre:

- la collaborazione ai tavoli di trattativa sindacale;
- la partecipazione a commissioni, collegi tecnici, e gruppi di lavoro interdisciplinari e similari per le materie di competenza;
- il supporto tecnico all'U.O.C. Affari Legali nei casi di contenzioso del lavoro;
- gestione dei procedimenti disciplinari e supporto al Collegio di Disciplina;
- attività di formazione del personale in relazione al Codice di Disciplina Aziendale e del Codice di Comportamento Aziendale.
- la gestione delle attività riferite alle Relazioni Sindacali è in capo alle competenze ed alle attribuzioni della U.O.C. Gestione Risorse Umane.
- il sistema delle Relazioni Sindacali è lo strumento per costruire relazioni stabili tra Azienda e soggetti sindacali, improntate alla partecipazione consapevole, al dialogo costruttivo e trasparente, alla reciproca considerazione dei rispettivi diritti ed obblighi, nonché alla prevenzione e risoluzione dei conflitti.
- nel rispetto dei distinti ruoli e responsabilità dei datori di lavoro pubblici e dei soggetti sindacali, le relazioni sindacali presso l'ASL Napoli 3 Sud si articolano nei seguenti modelli relazionali:
- la partecipazione è finalizzata ad instaurare forme di dialogo costruttivo tra le parti, su atti e decisioni di valenza generale dell'Azienda, in materia di organizzazione o aventi riflessi sul rapporto di lavoro ovvero a garantire adeguati diritti di informazione sugli stessi; si articola, a sua volta, in: informazione, confronto, organismo paritetico.

La contrattazione integrativa è finalizzata alla stipulazione di contratti che obbligano reciprocamente le parti. Le clausole dei contratti sottoscritti possono essere oggetto di successive interpretazioni autentiche, anche a richiesta di una delle parti, con le procedure di cui ai vigenti CC.CC.NN.L.

Sono strumento della contrattazione collettiva le clausole di raffreddamento orientato alla prevenzione dei conflitti: entro il primo mese del negoziato relativo alla contrattazione integrativa le parti non assumono iniziative unilaterali né procedono ad azioni dirette e compiono ogni ragionevole sforzo per raggiungere l'accordo nelle materie demandate.

Analogamente, durante il periodo in cui si svolge il confronto le parti non assumono iniziative unilaterali sulle materie oggetto dello stesso.

U.O.C. PROGRAMMAZIONE, PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DEGLI INVESTIMENTI DI EDILIZIA SANITARIA

La U.O.C. Programmazione, Progettazione ed Esecuzione degli Investimenti di Edilizia Sanitaria assicura tutte le attività afferenti alla programmazione degli investimenti di edilizia sanitaria, ai sensi dell'art.20 della L. 67/1988 e delle altre fonti di finanziamento regionale, nazionale e comunitarie.

In particolare, provvede a:

- predisporre gli atti di programmazione dei lavori pubblici da sottoporre all'approvazione della Direzione Strategica;
- predisporre la documentazione di gara, espletare le procedure di affidamento, stipulare e gestire i contratti relativi ai servizi di ingegneria ed architettura per la progettazione, la verifica e la validazione dei progetti, il coordinamento della sicurezza, la direzione ed il collaudo dei lavori pubblici, assicurando l'acquisizione di tutti i pareri tecnici sui progetti previsti dalle norme vigenti;
- assumere le funzioni ed i compiti del Responsabile Unico del Procedimento nell'ambito degli affidamenti dei contratti pubblici dei servizi di ingegneria ed architettura e dei lavori;
- gestire le procedure di gara e di aggiudicazione per l'affidamento di lavori ed opere in appalto, inclusi tutti gli atti propedeutici (bandi, capitolati, avvisi, pubblicazioni, ecc.) e conseguenti, fino alla consegna degli stessi;
- stipulare i contratti di appalto per l'affidamento dei lavori;
- gestire gli atti di controllo tecnico-amministrativo sui lavori appaltati, i controlli sulla loro esecuzione, i collaudi e gli atti di liquidazione conseguenti;
- assicurare tutti gli adempimenti tecnico-amministrativi sui lavori appaltati;
- verificare le procedure di collaudo concernenti le opere e gli impianti;
- assicurare ogni attività finalizzata all'attuazione del piano di adeguamento sismico delle strutture aziendali secondo le vigenti normative, linee guida e raccomandazioni in materia;
- curare la gestione e l'approvvigionamento dei beni e dei servizi di competenza dell'Unità;
- curare la puntuale adozione e implementazione delle indicazioni, per quanto di specifica competenza, previste dalle procedure di contabilità aziendali;
- effettuare il monitoraggio e il controllo sull'andamento delle opere pubbliche.

La collocazione della struttura nell'organigramma rispetta quanto stabilito nell'art. 4 comma 4 D. lgs.165/2001.

U.O.C. GESTIONE E MANUTENZIONE DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE

La U.O.C. Gestione e Manutenzione del Patrimonio Immobiliare provvede alla manutenzione degli immobili aziendali e dei relativi impianti, nonché alla loro valorizzazione attraverso la progettazione e l'esecuzione degli interventi di manutenzione ordinaria, straordinaria, ristrutturazione ed adeguamento delle strutture esistenti, sia ospedaliere che territoriali.

In particolare, nei limiti di competenza dell'Unità, ha il compito di:

- fornire il supporto necessario per la predisposizione degli atti di programmazione dei lavori pubblici;
- provvedere alla predisposizione dei capitolati tecnici, computi metrici estimativi, elaborati grafici, etc., relativi a procedure per l'affidamento di lavori ed opere in appalto, nonché dei

- servizi di manutenzione dei beni immobili e degli impianti tecnologici;
- assicurare la direzione dei lavori e la vigilanza, l'acquisizione dei pareri tecnici, le verifiche e la validazione dei progetti di lavori e delle perizie di variante;
 - provvedere alla vigilanza ed ai controlli sui progetti affidati a professionisti esterni, curando, in tal caso, l'affidamento dell'incarico, i rapporti, la gestione del contratto professionale, le liquidazioni ed il coordinamento;
 - assumere le funzioni ed i compiti del Responsabile Unico del Procedimento nell'ambito degli affidamenti dei contratti pubblici dei servizi di ingegneria ed architettura, dei servizi manutentivi e dei lavori;
 - gestire le procedure di gara e di aggiudicazione per l'affidamento di lavori ed opere in appalto, inclusi tutti gli atti propedeutici (bandi, capitolati, avvisi, pubblicazioni, ecc.) e conseguenti, fino alla consegna degli stessi;
 - gestire le procedure di gara e di aggiudicazione, anche mediante adesione a convenzioni ed accordi quadro stipulati dalle Centrali di Committenza nazionali e regionali, per l'affidamento esterno e/o global service relativi a manutenzione ordinaria e straordinaria dei beni immobili ed impianti tecnologici, inclusi tutti gli atti propedeutici (bandi, capitolati, avvisi, pubblicazioni, ecc.) e conseguenti, fino alla stipula del contratto d'appalto;
 - stipulare i contratti di appalto per l'affidamento esterno di servizi di ingegneria ed architettura, di servizi manutentivi e di lavori;
 - gestire gli atti di controllo tecnico-amministrativo sui lavori appaltati, i controlli sulla loro esecuzione, i collaudi e gli atti di liquidazione conseguenti;
 - assicurare tutti gli adempimenti tecnico-amministrativi sui lavori ed i servizi appaltati;
 - verificare le procedure di collaudo concernenti le opere e gli impianti realizzati;
 - curare la gestione e l'approvvigionamento dei beni e dei servizi oggetto di competenza;
 - provvedere alle procedure di adeguamento normativo del patrimonio immobiliare dell'Azienda;
 - assicurare la manutenzione ordinaria e straordinaria del patrimonio immobiliare;
 - garantire la gestione, la conduzione e la manutenzione degli impianti tecnologici a servizio del patrimonio immobiliare, anche con riferimento alle misure di mitigazione dei rischi connessi al loro utilizzo;
 - assicurare lo svolgimento delle funzioni e dei compiti del tecnico responsabile per la conservazione e l'uso razionale dell'energia (Energy Manager), ai sensi della normativa vigente;
 - provvedere allo sviluppo di proposte finalizzate al contenimento dei consumi energetici, anche ai fini della sostenibilità ambientale, nell'uso di tutta la rete impiantistica;
 - assicurare lo svolgimento delle funzioni e dei compiti del responsabile tecnico della sicurezza antincendio (RTSA), ai sensi della normativa vigente;
 - assicurare le azioni finalizzate all'adozione del Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio;
 - assicurare le azioni finalizzate al perseguimento degli obiettivi di qualità ambientale previsti dalle vigenti normative;
 - assicurare la gestione e la tenuta dell'inventario del patrimonio immobiliare mediante il

- censimento e la redazione ed aggiornamento di apposito database recante tutte le informazioni utili ai fini tecnico-catastali degli edifici di proprietà aziendale;
- fornire supporto tecnico-amministrativo all'UOC Affari Generali, limitatamente alle attività di competenza;
 - fornire supporto per l'utilizzo razionale del patrimonio immobiliare, al fine di ottimizzare le risorse strumentali e di ridurre i fitti passivi;
 - curare la puntuale adozione e implementazione delle indicazioni, per quanto di specifica competenza, previste dalle procedure di contabilità aziendali;
 - effettuare il monitoraggio e il controllo sull'andamento degli appalti di propria competenza.

U.O.C. INGEGNERIA CLINICA

La U.O.C. Ingegneria Clinica garantisce un processo manageriale, sicuro, economico ed appropriato per la gestione del parco tecnologico dell'Azienda. La U.O.C. svolge le seguenti linee di attività:

- il censimento e la manutenzione delle attrezzature sanitarie;
- il piano per la manutenzione, straordinaria e ordinaria, delle apparecchiature sanitarie;
- i processi di gestione, assistenza tecnica e manutenzione correlati alle tecnologie biomediche e alle attrezzature sanitarie accessorie, nonché gli aspetti di sicurezza e gestione del rischio tecnologico legati all'utilizzo delle stesse;
- la programmazione degli acquisti di tecnologie biomediche ed attrezzature sanitarie accessorie;
- le procedure e processi di approvvigionamento dei suddetti beni, dalla redazione dei capitolati tecnici di gara, alla valutazione tecnica, fino al collaudo di accettazione e presa in carico delle tecnologie a qualsiasi titolo acquisite (acquisto in conto capitale, in service, in leasing operativo, donazione, noleggio, comodato, ecc.) nonché degli accessori sanitari e non sanitari;
- l'approvvigionamento dei servizi manutentivi necessari al mantenimento in efficienza e in sicurezza del parco biomedicale dell'Azienda;
- la predisposizione del piano di manutenzione preventiva e correttiva, delle verifiche di sicurezza e dei controlli funzionali del parco tecnologico biomedicale dell'Azienda;
- la gestione dei beni patrimoniali (inventariazione e dismissione, detenzioni in prova, comodato, service, noleggio, leasing operativo);
- la revisione periodica dell'inventario delle tecnologie biomediche e delle attrezzature sanitarie accessorie dell'Azienda e relativo inserimento funzionale ed architettonico nel database aziendale;
- le attività di valutazione delle richieste di acquisto di tecnologie biomediche dichiarate infungibili e/o esclusive e di attivazione di nuove forniture in service;
- la gestione degli approvvigionamenti dei beni per i singoli centri utilizzatori nel rispetto delle richieste effettuate, dei vincoli contrattuali, del budget assegnato e del ruolo assegnato al Dipartimento ad Attività Integrate;
- il monitoraggio delle consegne, la ricezione della merce, lo stoccaggio a magazzino di parte dei beni sanitari di nuova acquisizione e la distribuzione ai centri utilizzatori dei beni di competenza.

Esso deve essere documentato per ciascuna apparecchiatura e reso noto ai diversi livelli operativi per consentire lo svolgimento dei compiti attribuiti al singolo operatore.

È importante che la documentazione tecnica relativa alle singole apparecchiature, fornita al momento dell'acquisto, sia a corredo dello strumento e conservata in modo da essere facilmente rintracciabile dal responsabile della manutenzione.

U.O.C. CONTROLLO E MONITORAGGIO PRIVATO ACCREDITATO

L'U.O.C. Controllo e Monitoraggio Privato Accreditato ha come compito istituzionale il controllo e il monitoraggio delle attività (ad esclusione di quelle ospedaliere) svolte dalle Strutture Private Accreditate insistenti sul territorio aziendale con particolare riferimento all'appropriatezza delle prestazioni erogate e al rispetto dei vincoli di spesa.

Fornisce alla Direzione Strategica informazioni e dati per le attività di programmazione aziendale.

Supporta la Direzione strategica per le attività relative al Piano Attuativo Aziendale, coordinandone le attività, e partecipa ai processi di budgeting.

Le attività principali della U.O.C.:

- predisposizione dei contratti per l'assegnazione del budget delle strutture private accreditate esistenti sul territorio aziendale, anche in accordo con le altre Macrostrutture interessate;
- verifica, valutazione e asseverazione quantitativa delle attività svolte dalle UU.OO.SS. Controllo Adempimenti Strutture Accreditate presenti in ciascun Distretto Sanitario;
- coordinamento delle attività dei tavoli tecnici aziendali istituiti in ottemperanza alle disposizioni regionali;
- attività di raccordo centrale con gli altri Comitati/Commissioni (CTM, COM, NOC) deputati al controllo sulla erogazione delle prestazioni dei privati accreditati;
- monitoraggio e controllo dell'appropriatezza delle prestazioni e dei setting assistenziali in accordo con le altre strutture coinvolte;
- atti di indirizzo, coordinamento, informazione e supporto per le strutture private accreditate;
- monitoraggio, analisi e controllo delle attività private e private accreditate;
- redazione reportistica di monitoraggio sulle attività private (ai fini della programmazione strategica e valutazione della performance);
- controllo su istituzione, trasformazione e soppressione delle strutture private accreditate;
- indirizzo e coordinamento di ulteriori attività inerenti al privato accreditato.

U.O.C. SISTEMI INFORMATICI - ICT

L'U.O.C. Sistema Informatici e sviluppo ICT (Information and Communication Technology), all'interno della quale è individuata la UOS Tecnologie Informatiche, è posizionata nell'organigramma aziendale tra le strutture della Direzione Amministrativa.

Attraverso le ICT (Information and Communication Technology) è possibile realizzare un'amministrazione pubblica digitale, vale a dire la dematerializzazione dei documenti, ma anche la comunicazione esterna attraverso i siti web istituzionali e l'accesso ai servizi in rete, all'utilizzo della firma digitale e della PEC come anche ai processi di e-democracy e agli open data,

comprendendo anche una più generale trasformazione dell'organizzazione interna delle strutture e del lavoro dell'amministrazione pubblica.

Il Direttore della U.O.C. Sistemi Informatici è nominato dal titolare del trattamento quale amministratore di sistema ai sensi del G.D.P.R. 679/2016 ed è tenuto all'inventario dell'asset informatico aziendale (software e hardware) e al suo costante aggiornamento. Ciò al fine di consentire la valutazione d'impatto (D.P.A.) art.35 GDPR 679/2016, quale elemento essenziale del Registro dei Trattamenti ex art. 30 GDPR 679/2016.

Il Direttore, inoltre, è componente del gruppo di risposta Data Breach e predispone tutte le misure di sicurezza tecniche che, assieme a quelle organizzative, garantiscono la sicurezza dei trattamenti dell'Azienda ex art. 32 GDPR 679/2016.

Lo sviluppo di adeguati sistemi informativi è elemento strategico per l'Azienda in quanto rappresenta la condizione per garantire una tempestiva e corretta diffusione, ai diversi livelli organizzativi, delle informazioni necessarie alla gestione.

La gestione dell'informazione, la sua conservazione, la sua offerta, la sua elaborazione, la sua raccolta e in generale il suo trattamento, devono avvenire in modo legittimo, coordinato e pianificato.

È compito dell'area che presidia i sistemi informatici guidare e orientare i processi di informatizzazione, offrire consulenza per promuovere il processo di alfabetizzazione informatica e telematica, tradurre i bisogni informativi in sistemi e soluzioni tecnologiche funzionanti e prontamente disponibili, sviluppare sistemi di gestione per adeguarli ai processi di business, guidare lo sviluppo del sistema informativo direzionale, del sistema informativo amministrativo, del sistema informativo sanitario, territoriale ed ospedaliero, del sistema informativo di front end rivolto al cittadino utente, ai fornitori, ai partner, alle istituzioni, agli stakeholders.

A tale scopo, l'Azienda considera cruciale intervenire sulle tecnologie inerenti all'informazione e la comunicazione (ICT), curando lo sviluppo di professionalità adeguate in tale ambito.

L'attività di tale area si sviluppa secondo le seguenti linee operative:

- gestire l'evoluzione dei sistemi informatici e informativi, anche con particolare riferimento al Fascicolo Sanitario Elettronico;
- fornire consulenza alla Direzione Strategica nell'utilizzo e valori dei dati;
- effettuare il monitoraggio della produzione degli erogatori sia aziendali che accreditati, fornendo valutazione sulla completezza, accuratezza e tempestività dei dati rendicontati e supporto nell'aggiornamento tecnico e normativo;
- produrre i flussi informativi verso tutti gli Enti esterni e le strutture interne aziendali;
- garantire l'integrazione dei Sistemi Informativi Aziendali all'NSIS;
- partecipare alle fasi di ridefinizione dei processi aziendali ed all'implementazione di nuove soluzioni informatico-tecnologiche, individua e verifica le esigenze di informatizzazione dell'Azienda interagendo funzionalmente ed in maniera integrata con le strutture aziendali;
- garantire il necessario supporto in termini di competenze, sia dal punto di vista tecnologico che organizzativo-logistico, per l'interfaccia degli applicativi in uso alle tecnologie sanitarie assicurandone il buon funzionamento e l'efficienza;
- effettuare analisi e monitoraggio dei flussi verso il sistema TS;
- coadiuvare al monitoraggio delle liste di attesa ambulatoriali;

- coadiuvare le attività del centro unico di prenotazione (CUP);
- gestire le anagrafiche degli ambulatori e degli erogatori;
- gestire il catalogo delle prestazioni erogate e dei tariffari;
- gestire le tabelle delle esenzioni dal pagamento dei ticket e delle prestazioni correlate;
- rilasciare le autorizzazioni all'accesso al sistema CUP da parte delle strutture e degli operatori per le attività di prenotazione;
- effettuare il controllo sulla trasparenza dell'attività di prenotazione;
- esercitare le funzioni di responsabile dell'Information Technology;
- supportare la Direzione Strategica nella pianificazione degli acquisti di tecnologie informatiche e di sistemi informatici;
- supportare le strutture aziendali nello sviluppo di sistemi informativi e informatici innovati volti al potenziamento ed allo sviluppo della telemedicina;
- gestire gli acquisti di tecnologie informatiche e di sistemi informatici e informativi;
- gestire la manutenzione delle tecnologie informatiche, dei sistemi informatici e informativi, nonché del sito istituzionale INTERNET e INTRANET;
- svolgere le funzioni di amministratore di sistema per tutte le piattaforme in uso nell'azienda.

La U.O.C. Sistemi Informatici ICT, si avvale del supporto della U.O.S. Tecnologie Informatiche il cui scopo principale è quello della Transizione al Digitale ovvero la transizione alla modalità operativa digitale e i conseguenti processi di riorganizzazione finalizzati alla realizzazione di un'amministrazione digitale e aperta, di servizi facilmente utilizzabili e di qualità, attraverso una maggiore efficienza ed economicità.

Nelle materie di competenza, coordina e monitora la conforme applicazione delle attività da parte delle direzioni delle macrostrutture.

Alla suddetta UOS sono inoltre attribuite le seguenti linee di attività:

- coadiuva la UOC Sistemi Informatici nello sviluppo dei sistemi informativi, di telecomunicazione e fonia, in modo da assicurare anche la coerenza con gli standard tecnici e organizzativi comuni;
- coadiuva la UOC Sistemi Informatici negli atti di indirizzo, pianificazione, coordinamento e monitoraggio in ambito sicurezza informatica;
- svolge il ruolo di facilitatore nell'accesso dei soggetti disabili agli strumenti informatici e di promotore dell'accessibilità anche in attuazione di quanto previsto dalla legge 9 gennaio 2004, n. 4;
- pianifica e coordina il processo di diffusione, all'interno dell'amministrazione, dei sistemi di identità e domicilio digitale, posta elettronica, protocollo informatico;
- pianifica e coordina gli acquisti di soluzioni e sistemi informatici, telematici e di telecomunicazione al fine di garantirne la compatibilità con gli obiettivi di attuazione dell'agenda digitale e, in particolare, con quelli stabiliti nel piano triennale.

Sono attribuiti, altresì, i seguenti compiti:

- costituire gruppi tematici per singole attività e/o adempimenti (ad esempio: pagamenti informatici, piena implementazione dello SPID, gestione documentale, apertura e pubblicazione dei dati, accessibilità e sicurezza);
- proporre l'adozione linee di indirizzo e procedure sulle materie di propria competenza;

- adottare opportuni strumenti di raccordo e consultazione del RTD con le altre figure coinvolte nel processo di digitalizzazione della pubblica amministrazione in collaborazione con la U.O.C. Sistemi Informatici e le altre Macrostrutture aziendali.

U.O.C. SERVIZI AMMINISTRATIVI OSPEDALIERI AREA NORD

Al fine di garantire le funzioni amministrative, tecnico logistiche generali e specifiche nell'ambito dei presidi ospedalieri e dei dipartimenti agli stessi collegati, è prevista l'UOC Servizi Amministrativi Ospedalieri Area Nord (P.O. di Nola, con lo Stabilimento di Pollena, P.O. di Boscotrecase e P.O. di Torre del Greco) con sede nel P.O. di Nola.

La U.O.C. svolge le seguenti attività:

- collabora con le Strutture centrali per le materie amministrative secondo le indicazioni del Direttore Amministrativo garantendo la migliore integrazione funzionale tra attività amministrativa e sanitaria di concerto con i Direttori Medici di Presidio;
- concorre, di concerto con la Direzione Sanitaria dei presidi ospedalieri, ad assicurare l'ottimale allocazione di personale;
- verifica con le UU.OO.CC. dei Presidi Ospedalieri di rispettivo riferimento il fabbisogno di beni al fine di consentire l'espletamento delle procedure di gare;
- gestisce le Casse Economiche Periferiche con predisposizione di report trimestrali e annuali all'Economato centrale concorrendo alla predisposizione del Conto Giudiziale alla Corte Dei Conti;
- assicura la pertinenza e l'uniformità delle procedure amministrative interne e la rispondenza ai criteri operativi definiti in Azienda in ordine alla gestione del personale dipendente e convenzionato;
- coordina tutte le attività amministrative inerenti la gestione del personale dipendente (sanitario ed amministrativo) incardinato presso i Presidi Ospedalieri di competenza;
- cura il recupero crediti per le prestazioni in esame di Pronto Soccorso classificate come Codici Bianchi;
- cura, in collaborazione con la UOC GEF, la gestione amministrativo-contabile dell'assistenza sanitaria erogata ai cittadini da e per i paesi UE ed extra UE.

U.O.C. SERVIZI AMMINISTRATIVI OSPEDALIERI AREA SUD

Al fine di garantire le funzioni amministrative, tecnico logistiche generali e specifiche nell'ambito dei presidi ospedalieri e dei dipartimenti agli stessi collegati, è prevista l'U.O.C. Servizi Amministrativi Ospedalieri Area Sud (P.O. Castellammare, con lo stabilimento di Gragnano, P.O. di Sorrento e P.O. di Vico Equense) con sede nel P.O. di Castellammare di Stabia.

La U.O.C. svolge le seguenti attività:

- collabora con le Strutture centrali per le materie amministrative secondo le indicazioni del Direttore Amministrativo garantendo la migliore integrazione funzionale tra attività amministrativa e sanitaria di concerto con i Direttori Medici di Presidio;
- concorre, di concerto con la Direzione Sanitaria dei presidi ospedalieri, ad assicurare l'ottimale allocazione di personale;
- verifica con le UU.OO.CC. dei Presidi Ospedalieri di rispettivo riferimento il fabbisogno di

- beni al fine di consentire l'espletamento delle procedure di gare;
- gestisce le Casse Economiche Periferiche con predisposizione di report trimestrali e annuali all'Economato centrale concorrendo alla predisposizione del Conto Giudiziale alla Corte Dei Conti;
 - assicura la pertinenza e l'uniformità delle procedure amministrative interne e la rispondenza ai criteri operativi definiti in Azienda in ordine alla gestione del personale dipendente e convenzionato;
 - coordina tutte le attività amministrative inerenti la gestione del personale dipendente (sanitario ed amministrativo) incardinato presso i Presidi Ospedalieri di competenza;
 - cura il recupero crediti per le prestazioni inevase di Pronto Soccorso classificate come Codici Bianchi;
 - cura, in collaborazione con la U.O.C. G.E.F., la gestione amministrativo-contabile dell'assistenza sanitaria erogata ai cittadini da e per i paesi UE ed extra UE.

DIREZIONE SANITARIA

ART.22 – DIPARTIMENTO ATTIVITA' STRATEGICHE DI DIREZIONE SANITARIA

Il Dipartimento è costituito da n.5 UU.OO.CC., n.6 UU.OO.SS.DD., n.1 U.O.S.:

- U.O.C. CLINICAL RISK MANAGEMENT, SICUREZZA E QUALITÀ DELLE CURE
- U.O.C. CUP, A.L.P.I. E LISTE D'ATTESA
- U.O.C. MATERNO-INFANTILE E MEDICINA DI GENERE
- U.O.C. PROFESSIONI SANITARIE
- U.O.S.D. COORDINAMENTO PERCORSI DIABETOLOGICI
- U.O.S.D. VALUTAZIONE DELL'IMPATTO CLINICO-ASSISTENZIALE DELLE TECNOLOGIE SANITARIE
- U.O.S.D. MOBILITA' INTERNAZIONALE E IMMIGRATI
- U.O.S.D. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE
- U.O.S.D. FLUSSI INFORMATIVI
- U.O.S. SICUREZZA E BUONE PRATICHE

U.O.C. CLINICAL RISK MANAGEMENT, SICUREZZA E QUALITÀ DELLE CURE

L'Azienda adotta i principi e gli strumenti del governo clinico per la promozione del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento e il mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza clinica, garantendo la qualità e la sicurezza delle cure.

Alla U.O.C. Clinical Risk Management, Sicurezza e Qualità delle Cure è affidata la seguente mission: "l'identificazione dei rischi potenziali legati alle cure erogate, la comprensione dei fattori che influenzano gli eventi, l'apprendimento da lezioni derivate da eventuali eventi avversi, l'applicazione di azioni per prevenire la ricorrenza degli eventi, al fine di promuovere e favorire la minimizzazione dei rischi per i pazienti e garantire la sicurezza e la qualità delle cure". In particolare, la U.O.C. svolge le seguenti attività:

- diffusione delle raccomandazioni ministeriali per minimizzare il rischio di accadimento di eventi sentinella ed eventi avversi;
- promozione della cultura della sicurezza attraverso lo sviluppo di conoscenze e competenze rispetto all'importanza della gestione del rischio clinico;
- promozione di un efficace sistema di gestione del rischio clinico, anche attraverso l'identificazione di situazioni in grado di generare rischio (sopralluoghi, interviste al personale, audit clinici, significant event audit, safety walkaround, con un approccio sia reattivo che pro-attivo, analisi storica di eventi accidentali, reclami) e l'individuazione di azioni correttive e di miglioramento per la riduzione degli eventi avversi e lo sviluppo di buone pratiche per la sicurezza dei pazienti e degli operatori;
- promozione delle segnalazioni degli errori, degli eventi avversi e degli eventi evitati (near miss) anche attraverso l'implementazione di processi di informatizzazione;

- predisposizione del Piano Annuale Aziendale di Risk Management (P.A.R.M.) e dei relativi progetti operativi specifici, in collaborazione con le articolazioni interessate;
- promozione delle azioni per l'analisi degli eventi avversi e degli eventi sentinella, stimolando la cultura "no blame" per l'individuazione dei fattori contribuenti e delle cause profonde, al fine di adottare specifici piani di miglioramento, attivazione di processi strutturati di analisi;
- promozione dell'applicazione delle metodologie e degli strumenti di provata efficacia per l'identificazione, analisi, valutazione e controllo del rischio clinico e degli eventi avversi, quali FMEA (Failure Mode and Effect Analysis), SWR (Safety WalkRound), SEA (Signicant Event Audit), RCA (Root Cause Analysis), M&M (Morbidity & Mortality) e sostegno ai professionisti nella loro realizzazione;
- analisi preliminare della documentazione e delle procedure (analisi storica degli eventi accidentali, reclami, infortuni dei dipendenti);
- identificazione di situazioni in grado di generare rischio (sopralluoghi nelle aree e interviste del personale operativo);
- supporto al sistema decisionale del management ospedaliero e territoriale, dal punto di vista metodologico ed organizzativo, al fine di migliorare la risposta alla domanda di sicurezza e qualità dei cittadini e degli operatori e di orientare l'organizzazione a standard di qualità eccellenti con il raggiungimento di piena conformità ai requisiti definiti dal "Modello Italiano per la Gestione del Rischio in Sanità" MIGeRiS elaborato da Luiss Business School;
- promozione delle azioni per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza: riduzione del rischio (ICA) e uso responsabile antibiotici;
- supporto ai professionisti nel trasferire le evidenze nella pratica clinica delle linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, check list, etc. per la prevenzione degli errori e monitoraggio dell'applicazione;
- promozione e supporto per la progettazione, redazione e revisione delle procedure aziendali in tema di rischio clinico;
- raccolta ed analisi dei dati relativi al contenzioso, utilizzando le informazioni raccolte per il miglioramento continuo dell'attività assistenziale (segnalazione di eventuali criticità, organizzazione dei percorsi clinico-assistenziali, individuazione di eventuali azioni preventive volte a diminuire il verificarsi dell'evento, attuazione di ogni forma di comunicazione utile a migliorare i rapporti con gli utenti, etc.);
- studio degli eventi oggetto del contenzioso, con il coinvolgimento delle strutture e degli operatori coinvolti, per la ricostruzione delle circostanze fattuali e per lo svolgimento di tutte le attività connesse alla gestione del rischio clinico (approfondire le ragioni che hanno consentito il verificarsi o quasi dell'evento e facilitare l'adozione di eventuali azioni correttive) al fine di prevenire eventi simili e contenere il contenzioso;
- raccolta, analisi e studio dei dati relativi al contenzioso, al fine di prevenire eventi simili e limitare le richieste di risarcimento;
- supporto ai lavori del Comitato Valutazione Sinistri, quale componente uditore, al fine di garantire un percorso virtuoso di miglioramento di sicurezza e qualità delle cure, applicando le metodologie del Clinical Risk Management (FMEA, SWR, SEA, RCA, etc.);
- coordinamento tra la gestione del rischio clinico e quella dei sinistri, onde garantire a tutti

gli utenti un trattamento omogeneo in grado di offrire risposte concrete in termini di efficienza, trasparenza ed equità;

- partecipazione a Comitati, Commissioni, Tavoli Tecnici e gruppi di lavoro per supportare le attività di gestione del rischio e promozione della sicurezza e qualità delle cure.

Il Direttore dell'U.O.C. Clinical Risk Management, sicurezza e qualità delle cure, assolve la funzione di Risk Manager.

La **U.O.S. Sicurezza e buone pratiche** concorre a tutte le attività della U.O.C., perseguendo gli obiettivi di sicurezza e buone pratiche, in uno con la rete territoriale e ospedaliera del team di rischio clinico. In particolare, analizza i risultati della qualità percepita, individua le azioni di miglioramento e ne rende noti gli esiti, promuovendo la diffusione della cultura della qualità in tutti gli ambiti aziendali.

U.O.C. CUP, ALPI E LISTE DI ATTESA

L'U.O.C. si pone l'obiettivo di garantire l'accessibilità ai servizi sanitari svolgendo le seguenti attività:

- stesura di un Regolamento Aziendale al fine di standardizzare e rendere omogenee le procedure di prenotazione delle prestazioni sanitarie e di compilazione delle agende degli ambulatori specialistici (Servizio Sanitario Nazionale, Libera Professione, Medicina Legale), descrivendo in modo analitico l'attività del CUP e stabilendo le modalità operative da seguire ai fini della gestione dell'offerta sanitaria, dei tariffari, delle compartecipazioni alla spesa, del monitoraggio delle liste di attesa mediante metodologia ex ante e metodologia ex post, dell'analisi e del monitoraggio dell'erogato;
- gestione dei dati delle strutture aziendali, attraverso l'individuazione di metodologie e procedure dirette all'acquisizione, all'analisi ed all'elaborazione dei dati utili alla conoscenza del sistema azienda-ambiente;
- gestione e coordinamento delle attività del centro unico di prenotazione (CUP);
- gestione dell'Attività Libero Professionale Intramuraria (ALPI) che la dirigenza medica e non medica, individualmente o in équipe, esercita al di fuori dell'orario di lavoro, nelle strutture dell'Azienda (o in studi professionali collegati in rete o ancora presso altre strutture in convenzione), in favore e su libera scelta dell'assistito (pagante in proprio) ad integrazione e supporto dell'attività istituzionalmente dovuta.

U.O.C. MATERNO-INFANTILE E MEDICINA DI GENERE

L'U.O.C. si pone l'obiettivo di garantire la tutela della salute materno-infantile, investendo nella prevenzione dalla fase prenatale a tutte le varie fasi dell'età evolutiva (infanzia e adolescenza).

La tutela della salute materno-infantile è uno degli obblighi prioritari della programmazione sanitaria. Investire nella prevenzione, nella sinergia tra tutela e cura dell'insieme bambino-famiglia, dalle fasi prenatali fino ai servizi destinati ai giovani durante l'età adolescenziale, rappresenta un obiettivo prioritario di politica sanitaria.

La promozione attiva della salute, dello sviluppo e dell'assistenza al bambino nelle varie fasi dell'età evolutiva (infanzia e adolescenza), per garantire unità, efficienza e coerenza negli interventi dell'area materno-infantile e vista l'afferenza in essa di molteplici discipline tra loro omogenee, affini e complementari, si prevede l'organizzazione di tutti gli interventi utili alla realizzazione di un

sistema integrato di servizi alla persona e proponendo il lavoro di rete tra le varie strutture, con il sostegno per l'attuazione di interventi di prevenzione e percorsi diagnostici terapeutici assistenziali rivolti agli utenti che afferiscono all'Area Materno Infantile.

L'Area Materno Infantile con le attività consultoriali propone come modello organizzativo, il lavoro di rete. La rete garantisce un'offerta di prestazioni a bassa complessità assistenziale, ed assicura attività di prevenzione, promozione della salute e cura.

La valenza strategica, la complessità organizzativa, il contenuto tecnico professionale sono gli elementi che caratterizzano la struttura e ne precisano le diverse responsabilità per ambito di competenza, quali:

- la tutela della salute della donna e della coppia e della famiglia;
- la tutela della salute del neonato, del bambino, dell'adolescente;
- attività consultoriale e medicina di genere.

L'U.O.C. garantisce:

- l'integrazione tra territorio-ospedale-territorio, valorizzando adeguatamente le attività territoriali in connessione con quelle ospedaliere, tramite lo sviluppo e la condivisione tra professionisti di percorsi assistenziali integrati per la madre e il nascituro per una migliore presa in carico e la continuità assistenziale;
- la rimodulazione dell'assistenza territoriale per rispondere ai bisogni di cura delle gestanti e dei neonati, bambini e adolescenti favorendo l'adeguamento professionale e formativo delle ostetriche degli infermieri pediatrici/infermiere, dei ginecologi, dei pediatri, e delle altre figure sanitarie inseriti nel percorso di cure perinatali;
- la definizione di una rete socio-sanitaria che integri i consultori, i servizi sociali e la scuola (presa in carico e somministrazione dei farmaci a pazienti con malattie croniche) organizzata sulle esigenze del neonato, del bambino e dell'adolescente.

L'U.O.C. coinvolge tutti i professionisti necessari a garantire la presa in carico, per l'assistenza e la prevenzione delle patologie della donna (anche gravida), per lo screening della cervice uterina e della mammella, delle donne gravide, dei neonati, dei bambini, degli adolescenti e delle identità non binarie.

La rete materno-infantile si articola in: N.25 Consultori Familiari; N.26 Centri vaccinali pediatrici; N.4 poli primi 1000 giorni di vita.

U.O.C. PROFESSIONI SANITARIE

L'U.O.C. viene istituita con l'obiettivo di dare compimento a quanto previsto dalle normative vigenti e per valorizzare tutte le professioni sanitarie e ad essa viene affidata la responsabilità del coordinamento delle seguenti linee di attività:

- professioni infermieristiche ed ostetriche;
- professioni della riabilitazione;
- professioni tecnico sanitarie;
- professioni di tecnico della prevenzione.

Le succitate attività sono integrate con quelle dei dipartimenti e delle strutture distrettuali previsti dal presente atto aziendale, avendo riguardo all'omogeneità di competenza e d'intervento dell'aree disciplinari di riferimento che ne determinano il collegamento funzionale.

U.O.S.D. COORDINAMENTO PERCORSI DIABETOLOGICI

L'U.O.S.D. si pone l'obiettivo di garantire l'accessibilità ai servizi sanitari relativi alla patologia diabetica, coordinando le attività di integrazione tra ospedale e territorio al fine di assicurare la presa in carico globale dei pazienti diabetici senza soluzione di continuità.

L'Azienda, nel rispetto della normativa vigente, ha istituito centri diabetologici pubblici e programmato ulteriori centri pubblici/privati accreditati, a quelli già attivi, così da garantire l'erogazione delle cure di secondo livello assistenziale ai cittadini con una fitta rete di Centri Anti Diabetici (C.A.D.).

La U.O.S.D., in uno con i Direttori di Distretto, elabora le linee di indirizzo per i C.A.D. al fine di garantire uniformità, precocità e continuità degli interventi di prevenzione delle complicanze (compito precipuo del secondo livello assistenziale). Assicura un coordinamento dei percorsi assistenziali tali da garantire un'assistenza efficace, efficiente ed appropriata (riduzione di mortalità, morbilità, ricoveri, razionalizzazione ottimale delle risorse, limitazione della variabilità delle prestazioni) attraverso la presenza nei distretti di team multi-professionali dedicati, di percorsi assistenziali di integrazione con la Medicina di prossimità.

U.O.S.D. VALUTAZIONE DELL'IMPATTO CLINICO-ASSISTENZIALE DELLE TECNOLOGIE SANITARIE

La U.O.S.D. Valutazione dell'impatto clinico assistenziale delle tecnologie sanitarie collabora con la Direzione Strategica, e con le altre strutture coinvolte nel processo di acquisizione delle tecnologie sanitarie, nella definizione del fabbisogno tecnologico aziendale attraverso l'analisi dei dati relativi ai bisogni di salute della popolazione di riferimento. Essa propone modelli organizzativi atti a promuovere efficacia, efficienza ed appropriatezza d'uso delle tecnologie sanitarie, fornendo il background scientifico per la pianificazione e programmazione di scelte strategiche per l'Azienda in materia di tecnologie sanitarie e coordinando i processi di valutazione dell'impatto delle tecnologie sugli indicatori clinico assistenziali. Per raggiungere gli obiettivi prefissati si avvale di un coordinamento medico-igienistico. Potrà, inoltre, fornire pareri tecnico scientifici sui capitolati di gara di tecnologie sanitarie più rilevanti in termini quali/quantitativi, supporto tecnico scientifico nella valutazione delle tecnologie sanitarie nella sperimentazione clinica nonché supporto tecnico scientifico nella valutazione dei rischi correlati all'uso della tecnologia sanitaria.

U.O.S.D. MOBILITÀ SANITARIA INTERNAZIONALE E IMMIGRATI

L'U.O.S.D. ha la finalità di tutelare i soggetti che si spostano all'interno degli Stati della Unione Europea, della Svizzera, dello Spazio Economico Europeo e dei Paesi extra UE (stranieri, migranti, richiedenti asilo, protezione internazionale).

La normativa vigente, garantisce ai cittadini di poter fruire di tutte le cure che si rendano medicalmente necessarie ed urgenti durante il soggiorno (cosiddette cure non programmate), nonché la possibilità, previa autorizzazione del Direttore Sanitario del Distretto territorialmente competente, di recarsi in altro Stato per beneficiare di un'assistenza sanitaria specifica di alto profilo (cosiddette cure programmate).

Le principali linee di attività di Mobilità Sanitaria Internazionale e Immigrati sono:

- mobilità sanitaria in ambito UE e dello S.E.E.;
- mobilità sanitaria in ambito extra UE (stranieri, migranti, richiedenti asilo, protezione

internazionale ecc.).

- gestione delle modalità operative dell'assistenza sanitaria a favore dei pensionati, lavoratori transfrontalieri e propri familiari a carico, studenti che si spostano tra i vari paesi della UE;
- organizzazione degli ambulatori per gli STP;
- attuazione protocolli con Prefettura e Ministero per la sorveglianza sanitaria presso i CAS dei migranti richiedenti asilo e protezione internazionale.

U.O.S.D. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

La U.O.S.D. Formazione e Aggiornamento Professionale (F.A.P.) è da considerarsi quale nucleo centrale organizzativo e gestionale di coordinamento e realizzazione di tutte le attività concorsuali, seminariali, congressuali, di informazione, aggiornamento, e formazione del personale dipendente e convenzionato.

L'U.O.S.D. ha il compito di presidiare i processi formativi per l'intera Azienda, assicurando omogeneità e congruenza di tutte le attività agli indirizzi strategici aziendali.

L'U.O.S.D. svolge le seguenti funzioni:

- realizzazione dell'analisi dei fabbisogni formativi, finalizzata alla predisposizione di un Piano Annuale della Formazione (P.A.F.), in diretta relazione agli obiettivi strategici dell'Azienda;
- elaborazione e proposta, alla Direzione Sanitaria, del piano annuale per la formazione;
- partecipazione alla pianificazione, programmazione, progettazione, organizzazione e attuazione delle singole iniziative formative, finalizzate al mantenimento e allo sviluppo delle conoscenze, competenze ed abilità dei dipendenti e dei convenzionati;
- definizione, organizzazione e gestione delle iniziative formative collettive, contenute nel piano annuale per la formazione, comprese quelle previste da disposizioni di legge;
- accreditamento, nel sistema ECM, dei corsi previsti dal piano annuale di formazione, con le attività correlate previste (database dei crediti formativi dei dipendenti e dei convenzionati, valutazione dei risultati della formazione e della performance dei discenti);
- cura la didattica ed il tutoraggio di tutte le attività formative, concordando con i Responsabili Scientifici e i Docenti, i contenuti, la metodologia didattica, i supporti formativi da utilizzare, i criteri di valutazione, la predisposizione e la distribuzione del materiale didattico;
- gestione e controllo dell'attuazione dei percorsi formativi, sia quando richiedono lo svolgimento in ambito residenziale, sia quando prevedono l'utilizzo di tecnologie informatiche (quali l'e-learning) e vengono sviluppati con le metodologie della Formazione a Distanza (FAD), sia quando rivestano la caratteristica di formazione sul campo (FSC);
- pianificazione e realizzazione delle attività di verifica e validazione dei progetti formativi;
- gestione dei fondi economici assegnati;
- valutazione preventiva delle richieste di patrocinio aziendale e delle richieste di convenzione con le Scuole di Specializzazione e con le Università per le attività di tirocinio e autorizzazione delle richieste dei dipendenti a poter svolgere attività di didattica e di formazione al di fuori dell'Azienda ai sensi delle leggi vigenti;
- collaborazione ai piani di sviluppo, avviamento ed inserimento del personale;
- gestione dell'area del portale istituzionale dedicata alla formazione e della piattaforma FAD;
- cura e gestisce nell'Azienda, in collaborazione con i Servizi interessati, le attività della Rete

Specialistica Universitaria Regionale e dei Poli Didattici Aziendali.

U.O.S.D. FLUSSI INFORMATIVI

L'U.O.S.D. Flussi Informativi ha come compito istituzionale la gestione, l'analisi e l'elaborazione di dati utili alla conoscenza completa dei flussi informativi aziendali interni ed esterni.

Fornisce alla Direzione Sanitaria tutte le informazioni e dati utili a rispondere alle diverse necessità di programmazione e gestione di attività ed azioni mirate al perseguimento delle strategie aziendali. Supporta le diverse articolazioni aziendali nella corretta gestione ed individuazione delle strategie di elaborazione delle informazioni.

Attività Principali:

- studia e definisce la sintassi e la semantica dei dati aziendali, i criteri e le regole della loro validazione, gli insiemi dei metadati e loro ontologia, la loro classificazione;
- partecipa alle fasi di ridefinizione dei processi aziendali ed all'implementazione di nuove soluzioni informatico-tecnologiche, individua e verifica le esigenze di informatizzazione dell'Azienda per quanto concerne i flussi informativi interagendo funzionalmente ed in maniera integrata con le strutture del Dipartimento, garantendo il necessario supporto in termini di competenze sia dal punto di vista tecnologico che organizzativo-logistico assicurandone il buon funzionamento e l'efficienza;
- cura il costante e tempestivo allineamento di sintassi, semantica e classificazione dei dati aziendali con quelli regionali, nazionali e sopranazionali;
- partecipa alle attività, coordinate dai competenti uffici regionali, di definizione degli strumenti e dei flussi per la rilevazione e l'analisi delle informazioni utili alla descrizione e alla valutazione dell'attività aziendale;
- collabora con i diversi Referenti delle singole linee di attività per la corretta alimentazione dei flussi di loro competenza;
- garantisce l'integrazione delle piattaforme informatiche aziendali con il flusso NSIS.

ART.23 - DIPARTIMENTO ASSISTENZA OSPEDALIERA

Il Dipartimento assistenza ospedaliera supporta la Direzione Sanitaria nella definizione del Piano Strategico assistenziale, promuove e supporta lo sviluppo di procedure e percorsi aziendali, individua le aree di miglioramento e di sviluppo organizzativo, e fornisce un supporto nella definizione e valorizzazione delle dotazioni organiche.

Il Dipartimento è costituito da:

- U.O.C. Direzione Medica di Presidio P.O. Castellammare-Gragnano
- U.O.C. Direzione Medica di Presidio P.O. Nola-Pollena
- U.O.C. Direzione Medica di Presidio P.O. Torre del Greco
- U.O.C. Direzione Medica di Presidio P.O. Boscoreale-Boscotrecase
- U.O.C. Direzione Medica di Presidio P.O. Sorrento e Vico Equense
- U.O.C. Appropriatelyzza Ospedalità Pubblica e Privata

In una visione integrata dell'assistenza sanitaria, l'ospedale deve assolvere ad una funzione specifica

di gestione delle problematiche assistenziali dei soggetti affetti da una patologia (medica o chirurgica) ad insorgenza acuta e con rilevante compromissione funzionale, ovvero di gestione di attività programmabili che richiedono un contesto tecnologicamente ed organizzativamente articolato e complesso, capace di affrontare, in maniera adeguata, peculiari esigenze sanitarie sia acute che post- acute e riabilitative.

In ogni caso, l'Ospedale assicura la gestione del Percorso Diagnostico Terapeutico (P.D.T.) del problema clinico di cui si fa carico, sia all'interno del presidio che all'interno della rete ospedaliera, affinché possa essere assicurata, anche in fase successiva alla prima accettazione, l'allocazione dei pazienti presso i presidi che dispongano di un livello organizzativo coerente con la complessità assistenziale del caso da trattare.

Non avendo DEA di II livello sono previste collaborazioni ed organizzazioni funzionali di tipo Hub e Spoke (Neurochirurgia, Cardiochirurgia, Chirurgia Toracica, neuro Radiologia interventistica, ecc.) con Hub extra Aziendali.

La gestione dei posti letto avviene con la massima flessibilità, al fine di assicurare la maggior dinamicità organizzativa rispetto alla domanda appropriata di ricovero, con specifica rilevanza per le necessità provenienti dal pronto soccorso aventi le caratteristiche dell'urgenza e dell'emergenza, anche attraverso un sistema di bed management aziendale.

L'Ospedale si integra con gli altri servizi territoriali attraverso l'adozione ordinaria di linee guida per la gestione integrata dei P.D.T.A. per le patologie complesse ed a lungo termine e di Protocolli per la Dimissione protetta per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post acuta (in particolare per i pazienti con lesioni traumatiche e neurologiche).

La Rete ospedaliera risponde ai bisogni di salute della popolazione attraverso l'offerta di prestazioni sanitarie. In particolare i Presidi Ospedalieri aziendali erogano prestazioni sanitarie finalizzate a garantire diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie.

La nuova organizzazione ospedaliera unisce in modo reticolare tutti i punti di erogazione dei servizi di diagnosi, cura e riabilitazione in un sistema unico, omogeneo e armonizzato. Il sistema a rete (modello assistenziale HUB & SPOKE) è progettato in modo tale che i centri che si occupano di una determinata malattia siano collegati tra di loro per offrire ai cittadini tutte le risposte di cui necessitano. I centri, denominati HUB (quelli più completi e specializzati) e SPOKE (quelli periferici destinati all'accoglienza, alle cure di base e di I livello) offrono un'assistenza omogenea su tutto il territorio. Il bisogno di salute del cittadino deve essere affrontato funzionalmente allo sviluppo della patologia rilevante ed alla co-presenza di altre malattie, con diversi livelli di assistenza e cura, dal territorio fino all'ospedale specializzato in base ai diversi stadi di gravità e complessità. I medici dislocati nei diversi nodi delle reti assistenziali sono in contatto tra di loro, perché condividendo conoscenze e informazioni possano curare il paziente nel livello assistenziale più appropriato a garanzia dell'efficacia delle cure e della safety dell'utenza; in tal modo la presa in carico permette, a partire da un evento acuto, di indirizzare il paziente verso altri livelli assistenziali in ambito ospedaliero o, conclusa la fase acuta, in strutture di lungodegenza e di cure intermedie o nel proprio domicilio, potendo in qualunque momento invertire il percorso laddove le condizioni cliniche lo rendessero necessario".

Le "reti assistenziali" rappresentano un obiettivo organizzativo prioritario come superamento della frammentarietà dell'assistenza e luogo in cui assicurare, anche attraverso collegamenti telematici

informatizzati, la continuità della gestione dei problemi di salute dell'individuo, perseguendo l'efficienza del sistema nel prevenire ridondanze e duplicazioni inutili e fonte di diseconomie.

Tali reti assistenziali sono realizzate ai sensi del DCA n.103/2018 e costruite secondo un modello organizzativo che assicura la corretta presa in carico del paziente, correlando, in maniera coordinata, l'insieme delle risorse per le singole patologie, assicurando la continuità dell'assistenza e l'appropriatezza in tutte le sue forme. Contribuiscono alla promozione, al mantenimento e allo sviluppo dello stato di salute della popolazione del territorio, sviluppando sinergie con le altre aziende sanitarie regionali. I valori fondanti sono: "la centralità e il rispetto della persona", "equità", "etica professionale". La qualità clinico-assistenziale avviene attraverso il coinvolgimento e la formazione continua delle risorse umane aziendali.

La rete ospedaliera dell'ASL Napoli 3 Sud è costituita da n.4 DEA di I Livello e da n.1 Presidio Ospedaliero di base con pronto soccorso:

Presidio Ospedaliero	Classificazione (DCA 103/18)
P.O. NOLA	DEA I livello
P.O. NOLA -PLESSO POLLENA	Stabilimento del P.O. NOLA
P.O. TORRE DEL GRECO	P. O. di Base con Pronto Soccorso
P.O. BOSCOREALE – BOSCORECASE	DEA I livello
P.O. CASTELLAMMARE	DEA I livello
P. O. GRAGNANO	Stabilimento del P.O. CASTELLAMARE
NUOVO OSPEDALE DELLA COSTIERA (P. O. DI SORRENTO e P. O. DI VICO EQUENSE)	DEA I livello

La pandemia Covid-19 ha evidenziato la necessità di potenziare nuove strategie di promozione della salute, che si configura come una funzione complessa e trasversale basata sull'interazione di varie strutture dell'Azienda e l'utilizzo di setting multidisciplinari in modo da garantire resilienza e flessibilità.

IL PRESIDIO OSPEDALIERO

Il Presidio Ospedaliero è una struttura operativa dell'Azienda Sanitaria ed è organizzato in strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali. Le funzioni specialistiche esercitate da ciascun ospedale sono quelle previste della programmazione regionale. L'ospedale rappresenta il presidio sanitario la cui missione fondamentale è rappresentata dalla diagnosi e cura di patologie tali da richiedere prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative ad alta integrazione e concentrazione nel tempo e nello spazio di risorse umane e tecnologiche.

La struttura ospedaliera sede di DEA di I livello (spoke) esegue tutti gli interventi previsti per l'ospedale sede di pronto soccorso e svolge funzioni di accettazione in emergenza urgenza per patologie di maggiore complessità, con le funzioni di osservazione e breve degenza, di rianimazione. Contemporaneamente, devono essere garantiti interventi diagnostico-terapeutici di medicina generale, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, cardiologia con UTIC (Unità di Terapia Intensiva Cardiologia), primo soccorso pediatrico e ostetrico. Sono inoltre assicurate le prestazioni di laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche, di diagnostica per immagini, e

trasfusionali.

Inoltre, il Presidio Ospedaliero è preposto al trattamento di patologie acute, comprendente anche il trattamento post acuto di riabilitazione che, per complessità e/o intensità delle cure rappresenta un livello di responsabilità condivisa dei livelli qualitativi e di appropriatezza delle prestazioni erogate, ovvero del miglioramento continuo della qualità e del governo clinico.

L'Ospedale è dotato di autonomia gestionale, con l'attribuzione di specifico budget e con contabilità analitica separata all'interno del bilancio dell'azienda.

Ferme restando le competenze attribuite al dirigente amministrativo preposto all'ospedale, il direttore generale affida, ad un dirigente medico (secondo le procedure di legge) in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente, l'incarico di Direttore Medico di Presidio.

Il Direttore Medico di Presidio assicura la funzione di integrazione e coordinamento interni e di raccordo e di continuità operativa con la Direzione Strategica.

DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO

Il Direttore Medico di Presidio esercita la funzione di rendere la risposta ospedaliera, in termini di produzione di prestazioni, corrispondente alla domanda di salute espressa dal territorio, nell'ambito degli indirizzi strategici stabiliti dalla direzione aziendale. In particolare:

- è corresponsabile, con il Direttore U.O.C. Amministrativa Ospedaliera, del budget complessivo del Presidio.
- coordina l'attività programmatica e di budget dei dipartimenti attraverso strumenti di concertazione interna con i direttori di dipartimento;
- svolge funzioni di negoziazione delle proposte programmatiche formulate dai direttori di dipartimento rispetto alla programmazione aziendale e distrettuale.

Adempie alle seguenti funzioni di:

- curare l'organizzazione operativa del Presidio e governare la globalità delle relazioni tra UU.OO.;
- coordinare le attività ospedaliere al fine di perseguire il livello di efficienza, efficacia e gradimento dell'utenza;
- adottare le misure necessarie per rimuovere i disservizi che incidono sulla qualità dell'assistenza;
- concorrere, con il Direttore U.O.C. Amministrativa Ospedaliera, alla definizione dei criteri di allocazione delle risorse;
- adottare modalità di gestione per l'equa ripartizione dei carichi di lavoro, la motivazione del personale e per la sua valorizzazione e qualificazione professionale, propone eventuali provvedimenti disciplinari;
- vigilare sull'attività inerente all'area delle emergenze sanitarie;
- fornire al Direttore Sanitario dell'Azienda parere per la fornitura di apparecchiature mediche e su opere di ristrutturazione di competenza;
- curare la tutela della salute dei lavoratori e dei pazienti dal rischio infettivo;
- curare la tutela dell'igiene ambientale e sorveglianza igienica sui servizi alberghieri e di ristorazione collettiva;
- curare la gestione delle attività inerenti i rifiuti ospedalieri, l'attività di pulizia, disinfezione e

- sterilizzazione;
- attuare i provvedimenti di polizia mortuaria;
 - attuare le procedure relative alla donazione e trapianto d'organi;
 - vigilare sulla conservazione della cartella clinica e di ogni altra documentazione sanitaria dei ricoverati, sulla completezza delle informazioni delle S.D.O., rilasciare copia della cartella clinica ed ogni altra documentazione sanitaria;
 - inoltrare ai competenti organi le denunce obbligatorie;
 - vigilare sui principi etici e deontologici ed in particolare sulla manifestazione del consenso ai trattamenti sanitari;
 - vigilare sul rispetto delle norme in materia di sperimentazione clinica e sulla riservatezza dei dati sanitari, coordinare l'attività di formazione ed aggiornamento del personale delle UU. OO. interne al Presidio Ospedaliero;
 - vigilare sull'ammissione e sull'attività del personale volontario;
 - curare le metodologie necessarie alla verifica e revisione della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie;
 - vigilare sulla corretta gestione delle liste d'attesa;
 - vigilare sulla applicazione dei provvedimenti regolamentari adottati dalla Direzione aziendale;
 - predisporre le condizioni opportune per l'integrazione e la collaborazione con i medici delle cure primarie;
 - vigilare sul rispetto dei requisiti previsti per l'accreditamento delle strutture e dei professionisti che operano negli ospedali, nonché delle condizioni relative alla sicurezza.
 - partecipare al Collegio di Direzione dove formula la proposta programmatica di produttività del Presidio Ospedaliero nell'ambito della programmazione aziendale.

Sulla base di tale proposta, e con le procedure stabilite nel presente atto aziendale, egli svolge le seguenti attività di negoziazione:

- con la Direzione Generale, per l'attribuzione dei budget annuale del Presidio;
- con le Direzioni Distrettuali, per la definizione di una proposta congiunta sui volumi di prestazioni ospedaliere da destinare a ciascun distretto ad integrazione delle attività che lo stesso eroga in via diretta;
- con i Direttori di Dipartimento, per l'assegnazione delle relative risorse in base ai livelli di produzione richiesti nell'ambito della programmazione aziendale.

Ad ogni Direzione Medica di Presidio è assegnata una U.O.S. Monitoraggio dei Processi clinico assistenziali cui sono affidate le seguenti linee di attività:

- verifica sulla corretta compilazione e tenuta della documentazione sanitaria;
- collabora con la Direzione nella gestione delle attività e nei rapporti con gli Organi Ispettivi e di Vigilanza;
- verifica e monitora l'applicazione delle procedure per il contenimento delle infezioni correlate all'assistenza;
- collabora alla valutazione del rischio clinico;
- collabora al monitoraggio della corretta applicazione delle linee guida, buone pratiche, protocolli e procedure.

U.O.C. APPROPRIATEZZA OSPEDALITÀ PUBBLICA E PRIVATA

La U.O.C. Appropriatelyzza Ospedalità Pubblica e Privata ha come compito istituzionale il monitoraggio costante delle attività di ricovero dei Presidi Ospedalieri Pubblici e delle Case di Cura Private Accreditate dell'Azienda, con particolare riferimento all'appropriatezza delle prestazioni erogate e al corretto utilizzo dei setting assistenziali.

Nel territorio dell'Azienda sono presenti 12 Case di Cura private con 1122 posti letto accreditati suddivisi per le varie discipline come da tabella. Per la individuazione dei singoli Presidi Ospedalieri Pubblici si rimanda alla sezione specifica dell'atto aziendale.

La U.O.C. fornisce alla Direzione Strategica dati di attività ospedaliera per la programmazione aziendale e per la verifica dell'appropriatezza prescrittiva e della documentazione sanitaria.

Attività Principali della U.O.C.:

- predisposizione dei contratti per l'assegnazione budget con le Case di Cura accreditate dell'Azienda;
- vigilanza e controllo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dai Presidi Ospedalieri e dalle Case di Cura private accreditate;
- monitoraggio e controlli analitici della documentazione sanitaria e coordinamento NOC;
- controllo e coordinamento dei flussi sanitari di pertinenza;
- monitoraggio, analisi e controllo delle attività ospedaliere pubbliche e private, con particolare riferimento ai setting assistenziali (ricoveri Ordinari, DH/DS, Day Service e Ambulatorio), individuando elementi di criticità e proponendo interventi correttivi ai fini del miglioramento dei livelli di appropriatezza clinica ed organizzativa;
- redazione reportistica di monitoraggio sulle attività ospedaliere pubbliche e private ai fini della programmazione strategica e valutazione della performance;
- monitoraggio delle attività ospedaliere pubbliche e private accreditate attraverso l'utilizzo degli indicatori del N.S.G. e L.E.A., e propone eventuali correttivi per il raggiungimento degli obiettivi;
- coordina le attività di verifica e controllo dell'appropriatezza prescrittiva e della documentazione sanitaria svolta da ciascun Distretto Sanitario;

U.O.S. Ospedalità Privata:

- monitoraggio e controllo delle attività delle Strutture di ricovero private accreditate, perseguendo la massima appropriatezza clinica ed organizzativa;
- monitoraggio ed analisi delle prestazioni sanitarie erogate dalle Strutture di ricovero private accreditate, allo scopo di individuare elementi di criticità e proponendo elementi correttivi ai fini del miglioramento dei livelli di appropriatezza clinica ed organizzativa.

DIPARTIMENTI FUNZIONALI OSPEDALIERI

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

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

Le strutture afferenti al Dipartimento mantengono la propria autonomia e responsabilità nell'ambito di un modello gestionale ed organizzativo comune volto a fornire una risposta unitaria, efficiente e completa alle richieste di prestazioni degli utenti interni ed esterni.

A tal fine il Dipartimento adotta codici di comportamento uniformi per quanto riguarda in particolare gli aspetti clinico assistenziali, didattici, di ricerca, etici, medico-legali, giuridici ed economico- finanziari.

Gli obiettivi da perseguire attraverso la realizzazione dell'organizzazione dipartimentale sono:

- la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche, dei posti letto, dei materiali di consumo e dei servizi sanitari intermedi;
- il miglioramento dell'efficienza gestionale dei processi di coordinamento e di controllo, della qualità delle prestazioni erogate, del livello di umanizzazione delle strutture interne al singolo Dipartimento, del rapporto tra direzione generale e direzione delle singole strutture;
- il miglioramento e l'integrazione dell'attività di formazione e aggiornamento;
- la razionalizzazione e lo sviluppo dei Percorsi Diagnostici Terapeutici e di quelli volti a garantire la continuità assistenziale anche all'esterno dei Dipartimenti.

I dipartimenti svolgono funzioni di coordinamento, di indirizzo di direzione e di valutazione dei risultati conseguiti nell'area omogenea di competenza.

Le funzioni dei dipartimenti comprendono in particolare:

- individuazione degli obiettivi prioritari, allocazione delle risorse e dei mezzi funzionali a supporto della Direzione Generale e nei confronti delle strutture ad esso afferenti;
- coordinamento e guida nei confronti del livello operativo e verifica dei risultati conseguiti, concorrenti al processo di revisione periodica delle strategie aziendali e dell'assetto organizzativo e produttivo;
- studio, applicazione e verifica dei sistemi (linee guida, protocolli) per conferire la massima omogeneità alle procedure organizzative, amministrative, assistenziali e di utilizzo delle apparecchiature;
- studio e applicazione di sistemi informatici di gestione in rete all'interno del Dipartimento e tra Dipartimenti per l'interscambio di informazioni e di immagini nonché per l'archiviazione unificata e centralizzata dei dati;
- individuazione e promozione di nuove attività e modelli operativi nello specifico campo di competenza;
- gestione del budget assegnato al dipartimento;
- utilizzazione ottimale ed integrata degli spazi assistenziali e non assistenziali, del personale e delle apparecchiature finalizzata alla migliore gestione delle risorse, alla massima efficacia delle prestazioni nonché alla razionalizzazione dei costi;
- sviluppo di meccanismi di coordinamento finalizzati all'integrazione ospedale – territorio con le attività extra ospedaliere per una integrazione dei servizi del dipartimento con gli altri dipartimenti e con le strutture di staff della Direzione Strategica;
- promozione di iniziative volte ad umanizzare l'assistenza all'interno delle strutture dipartimentali;
- valutazione e verifica della qualità dell'assistenza fornita da effettuarsi adottando le opportune metodiche con particolare riguardo alle prestazioni fornite ai pazienti, alle

verifiche delle procedure e dei risultati ottenuti, al miglioramento delle conoscenze e dei circuiti interni comunicativi, all'ottimizzazione delle risorse.

Il Direttore di Dipartimento assume le funzioni di direzione e coordinamento delle attività. E' nominato dal Direttore Generale con atto deliberativo motivato tra i Direttori delle strutture complesse facenti parte del dipartimento ai sensi dell'art. 17 del novellato d. lgs. 502/92.

La durata dell'incarico è prevista per un periodo non superiore a tre anni e lo stesso può essere rinnovato, di norma, per una sola volta.

Il Direttore di Dipartimento svolge le seguenti funzioni:

- assicura il funzionamento del dipartimento attuando i modelli organizzativi stabiliti dal Comitato di Dipartimento per quanto di competenza;
- partecipa alla contrattazione con la Direzione Generale per la definizione degli obiettivi dipartimentali e l'assegnazione del budget;
- esamina periodicamente le risorse attribuite al dipartimento secondo il criterio di aggiornamento del budget e gestisce le risorse medesime secondo le indicazioni del Comitato di Dipartimento;
- coordina le aree funzionali-organizzative e le strutture organizzative assegnate al dipartimento;
- promuove le verifiche periodiche sulla qualità secondo gli standards stabiliti;
- controlla l'aderenza dei comportamenti agli indirizzi generali definiti dal Comitato di Dipartimento, nell'ambito della gestione del personale, dei piani di ricerca, di studio e di didattica;
- rappresenta il dipartimento nei rapporti con la Direzione Strategica;
- convoca e presiede il Comitato di Dipartimento e l'Assemblea del dipartimento ai quali illustra le linee programmatiche e gli indicatori di risultato individuati in accordo con la Direzione Generale per valutare il raggiungimento degli obiettivi.

DIPARTIMENTO AREA MEDICA

L'Azienda istituisce un Dipartimento funzionale di Area Medica deputata al governo e alla gestione dell'area medica. Il Dipartimento riunisce personale di ambiti diversi, costituito da unità operative omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono tra loro interdipendenti, pur mantenendo le proprie autonomie e responsabilità professionali.

Il Dipartimento sviluppa percorsi assistenziali di eccellenza, finalizzati al trattamento dell'acuzie e post-acuzie, nell'ottica della continuità assistenziale, per il recupero funzionale ed il miglioramento delle condizioni di salute dei pazienti dopo un evento acuto, attraverso la collaborazione tra le professionalità che vi operano e la formazione degli operatori.

Con apposito regolamento andranno definiti gli aspetti organizzativi e le modalità operative sulla base della disciplina regionale e nazionale.

L'articolazione delle attività a livello ospedaliero prevede l'individuazione del percorso ottimale di diagnosi e terapia per patologie acute in area intensiva e subacute (degenze), di riabilitazione e in continuità assistenziale (lungodegenza, continuità assistenziale a valenza sanitaria, residenzialità, domiciliarità, ecc.). Gli elementi di riferimento prioritari sono rappresentati dai principi della

medicina basata sulle evidenze scientifiche, dalle linee guida e dalla loro contestualizzazione nei percorsi diagnostici-terapeutici ed assistenziali, dalle attività di audit clinico ed organizzativo ai fini del miglioramento continuo.

Confluiscono nel Dipartimento di Area Medica le seguenti UU.OO.CC.:

- U.O.C. Oncologia P.O. Nola-Pollena;
- U.O.C. Medicina Generale P.O. Nola-Pollena;
- U.O.C. Medicina Generale P.O. Castellammare-Gragnano;
- U.O.C. Medicina Generale P.O. Nuovo Ospedale della Costiera (P.O. Vico Equense);
- U.O.C. Medicina Generale P.O. Boscoreale-Boscotrecase;
- U.O.C. Gastroenterologia P.O. Torre del Greco;
- U.O.C. Nefrologia P.O. Nola-Pollena;
- U.O.C. Nefrologia P.O. Castellammare-Gragnano;
- U.O.C. Recupero e Riabilitazione Funzionale P.O. Torre del Greco;
- U.O.C. Lungodegenza PO Castellammare - Stabilimento di Gragnano.

Al Dipartimento confluiscono le seguenti UOSD:

- U.O.S.D. Oncologia P.O. Nuovo Ospedale della Costiera (P.O. Sorrento);
- U.O.S.D. Ematologia P.O. Boscoreale - Boscotrecase
- U.O.S.D. Nutrizione clinica P.O. Nola-Pollena;
- U.O.S.D. Medicina Generale P.O. Torre del Greco;
- U.O.S.D. Endoscopia digestiva P.O. Nola - Stabilimento Pollena;
- U.O.S.D. Geriatria P.O. Castellammare-Gragnano;
- U.O.S.D. Lungodegenza P.O. Nola Stabilimento Pollena;
- U.O.S.D. Riabilitazione ad Indirizzo Oncologico, Cardiovascolare e Neurologico

Nel Dipartimento sono inoltre presenti le seguenti UOS:

- U.O.S. Malattie del fegato P.O. Castellammare-Gragnano;
- U.O.S. Oncologia Integrata P.O. Nola - Stabilimento Pollena;
- U.O.S. Emodialisi P.O. Nola;
- U.O.S. Emodialisi P.O. Castellammare-Gragnano.

DIPARTIMENTO AREA CRITICA

L'Azienda istituisce il Dipartimento di Area Critica, un'articolazione funzionale deputata al governo e alla gestione dell'area critica. Il Dipartimento riunisce personale di ambiti diversi, costituito da unità operative omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono tra loro interdipendenti, pur mantenendo le proprie autonomie e responsabilità professionali.

Il Dipartimento sviluppa percorsi assistenziali di eccellenza, al fine di assicurare, in collegamento con le strutture operanti sul territorio, una risposta rapida e completa per affrontare i problemi diagnostico-terapeutici dei pazienti in situazioni di emergenza.

Con apposito regolamento andranno definiti gli aspetti organizzativi e le modalità operative sulla base della disciplina regionale e nazionale.

L'emergenza/urgenza territoriale è costituita da un sistema di allarme sanitario rappresentato da una Centrale Operativa del 118 e da postazioni di soccorso territoriali.

Il Sistema Emergenza 118 gestisce la domanda di soccorso prodotta dal verificarsi di una situazione di emergenza, vale a dire di pericolo reale o potenziale per la vita di una persona e di necessità di assistenza immediata e continuativa (intervento *quod vitam*), ovvero di urgenza, vale a dire uno stato caratterizzato da necessità di interventi indilazionabili, da attuarsi nel più breve tempo possibile, in rapporto al rischio attuale di peggioramento o di danno (trattamento *quod valetudinem*).

La rete territoriale dell’Emergenza/urgenza ed il sistema 118 risponde agli standard previsti dalle normative nazionali e regionali vigenti.

Gli elementi di riferimento costante sono rappresentati dai principi della medicina basata sulle evidenze scientifiche, dalle linee guida e dalla loro contestualizzazione nei percorsi diagnostici terapeutici ed assistenziali, dalle attività di audit clinico ed organizzativo ai fini del miglioramento continuo.

Confluiscono nel Dipartimento di Area Critica le seguenti UU.OO.CC:

- U.O.C. Cardiologia P.O. Nola-Pollena;
- U.O.C. Cardiologia P.O. Boscoreale-Boscotrecase;
- U.O.C. Cardiologia P.O. Castellammare-Gragnano;
- U.O.C. Medicina Emergenza Urgenza P.O. Nola;
- U.O.C. Medicina Emergenza Urgenza P.O. Boscoreale-Boscotrecase;
- U.O.C. Medicina Emergenza Urgenza P.O. Castellammare-Gragnano;
- U.O.C. Medicina Emergenza Urgenza P.O. Nuovo Ospedale della Costiera (P.O. Sorrento);
- U.O.C. Anestesia e Terapia Intensiva P.O. Nola-Gragnano;
- U.O.C. Anestesia e Terapia Intensiva P.O. Boscoreale-Boscotrecase;
- U.O.C. Anestesia e Terapia Intensiva P.O. Castellammare-Gragnano;
- U.O.C. Anestesia e Terapia Intensiva P.O. Nuovo Ospedale della Costiera (P.O. Sorrento);
- U.O.C. Anestesia e Terapia Intensiva P.O. Torre del Greco;
- U.O.C. Neurologia P.O. Nola-Pollena;
- U.O.C. Neurologia P.O. Castellammare-Gragnano;
- U.O.C. Pediatria P.O. Nola,
- U.O.C. Pediatria P.O. Castellammare di Stabia,
- U.O.C. Pediatria P.O. Nuovo Ospedale della Costiera;
- U.O.C. Terapia Intensiva Neonatale P.O. Castellammare-Gragnano;
- U.O.C. Pneumologia P.O. Boscoreale-Boscotrecase.

Al Dipartimento confluiscono le seguenti UOSD:

- U.O.S.D. Cardiologia/UTIC P.O. Nuovo Ospedale della Costiera (P.O. Sorrento);
- U.O.S.D. Medicina Emergenza Urgenza P.O. Torre del Greco;
- U.O.S.D. Neurologia P.O. Boscoreale-Boscotrecase;
- U.O.S.D. Terapia Intensiva Neonatale P.O. Nola-Pollena;
- U.O.S.D. Sistema Emergenza 118;
- U.O.S.D. Chirurgia Generale D’Urgenza P.O. Nola-Pollena;
- U.O.S.D. Chirurgia Generale D’Urgenza P.O. Castellammare;
- U.O.S.D. Chirurgia Generale D’Urgenza P.O. Boscoreale-Boscotrecase;
- U.O.S.D. Chirurgia Generale D’Urgenza P.O. Torre del Greco;

Nel Dipartimento sono inoltre presenti le seguenti UOS:

- U.O.S. U.T.I.C. P.O. Nola;
- U.O.S. Emodinamica P.O. Nola;
- U.O.S. UTIC PO Boscoreale-Boscotrecase;
- U.O.S. UTIC P.O. Castellammare di Stabia;
- U.O.S. Pronto soccorso/OBI P.O. Nola;
- U.O.S. Pronto soccorso/OBI P.O. Boscoreale-Boscotrecase;
- U.O.S. Pronto soccorso/OBI P.O. Castellammare di Stabia;
- U.O.S. Pronto soccorso/OBI P.O. Nuovo Ospedale della Costiera;
- U.O.S. Terapia intensiva e del dolore P.O. Nola-Pollena;
- U.O.S. Terapia intensiva e del dolore P.O. Castellammare-Gragnano;
- U.O.S. Coordinamento attività Anestesiologiche del Blocco Operatorio P.O. Boscoreale-Boscotrecase;
- U.O.S. Coordinamento attività Anestesiologiche del Blocco Operatorio P.O. Nuovo Ospedale della Costiera;
- U.O.S. Stroke Unit P.O. Nola;
- U.O.S. Stroke Unit P.O. Castellammare-Gragnano
- U.O.S. T.I.N. e rete neonatale P.O. Castellammare-Gragnano;
- U.O.S. U.T.S.I.R. (DGRC 378/2020) P.O. Boscoreale-Boscotrecase.

DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE

Il Dipartimento di “Area Chirurgica” è un’articolazione funzionale deputata al governo e alla gestione delle attività dell’area chirurgica ed offre un’appropriata risposta ai bisogni degli utenti relativi a diagnosi, cura e follow-up nel campo delle specialità chirurgiche, secondo criteri di efficacia ed efficienza. La Struttura offre competenze nelle varie fasi del processo assistenziale relativamente alle patologie interessanti i settori della Chirurgia Generale, Oculistica, Ortopedia e Traumatologia, Otorinolaringoiatria, Urologia, Ostetricia e Ginecologia.

Il Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialistica, costituito da unità operative omogenee sotto il profilo dell’attività o delle risorse umane e tecnologiche impiegate, assicura diagnosi, cura medica e chirurgica e programmazione della cura riabilitativa, attraverso attività ambulatoriale, ricovero ordinario, Week Surgery e Day Surgery.

Gli elementi di riferimento costante sono rappresentati dai principi della medicina basata sulle evidenze scientifiche, dalle linee guida e dalla loro contestualizzazione nei percorsi diagnostici terapeutici ed assistenziali, dalle attività di audit clinico ed organizzativo ai fini del miglioramento continuo.

Il Dipartimento comprende le seguenti UU.OO.CC.:

- U.O.C. Chirurgia Generale P.O. Nola-Pollena;
- U.O.C. Chirurgia Generale P.O. Boscoreale-Boscotrecase,
- U.O.C. Chirurgia Generale P.O. Castellammare-Gragnano;
- U.O.C. Chirurgia Generale P.O. Nuovo Ospedale della Costiera;
- U.O.C. Chirurgia Generale e Senologica P.O. Nola - Stabilimento Pollena;

- U.O.C. Urologia P.O. Castellammare-Gragnano;
- U.O.C. Otorinolaringoiatria P.O. Castellammare-Gragnano;
- U.O.C. Oculistica P.O. Nola-Pollena;
- U.O.C. Oculistica P.O. Castellammare-Gragnano;
- U.O.C. Ortopedia e Traumatologia P.O. Nola-Pollena;
- U.O.C. Ortopedia e Traumatologia P.O. Boscoreale-Boscotrecase;
- U.O.C. Ortopedia e Traumatologia P.O. Castellammare-Gragnano;
- U.O.C. Ortopedia e Traumatologia P.O. Nuovo Ospedale della Costiera (P.O. Sorrento),
- U.O.C. Ostetricia e Ginecologia P.O. Nola-Pollena;
- U.O.C. Ostetricia e Ginecologia P.O. Castellammare-Gragnano;
- U.O.C. Ostetricia e Ginecologia P.O. Nuovo Ospedale della Costiera (P.O. Vico Equense);

Al Dipartimento confluiscono le seguenti UU.OO.SS.DD.:

- U.O.S.D. Patologia Vitreo-retinica P.O. Nuovo Ospedale della Costiera (P.O. Vico Equense);
- U.O.S.D. Ortopedia e Traumatologia P.O. Torre del Greco;
- U.O.S.D. Otorinolaringoiatria P.O. Nola-Pollena;
- U.O.S.D. Lesioni Cutanee P.O. Boscoreale-Boscotrecase;
- U.O.S.D. Urologia P.O. Nola-Pollena

Nel Dipartimento sono inoltre presenti le seguenti UOS:

- U.O.S. Chirurgia della parete addominale P.O. Boscoreale-Boscotrecase;
- U.O.S. Chirurgia Laparoscopica P.O. Nuovo Ospedale della Costiera;
- U.O.S. Otorinolaringoiatria P.O. Boscoreale-Boscotrecase;
- U.O.S. Traumatologia P.O. Nola-Pollena;
- U.O.S. Traumatologia P.O. Boscoreale-Boscotrecase;
- U.O.S. Traumatologia P.O. Castellammare-Gragnano;
- U.O.S. Ginecologia Oncologica P.O. Nola-Pollena;
- U.O.S. Ginecologia Urgenze Emorragiche e PMA P.O. Castellammare-Gragnano;
- U.O.S. Ginecologia Urgenze Emorragiche e IVG P.O. Nuovo Ospedale della Costiera.

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

L'Azienda istituisce il Dipartimento dei Servizi, un'articolazione funzionale deputata al governo e alla gestione dell'area dei servizi.

Tale Dipartimento supporta la Direzione Strategica ai fini del raggiungimento degli obiettivi della programmazione nazionale e regionale in campo assistenziale attraverso azioni di miglioramento dei processi professionali e azioni di governo sulle interfacce operative.

I principali obiettivi del Dipartimento sono:

- migliorare l'appropriatezza clinica ed organizzativa delle attività diagnostiche e terapeutiche svolte, garantendo flessibilità e qualità dei servizi;
- equità di accesso alle prestazioni da parte dei cittadini, residenti e non;
- efficienza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse assegnate.

Afferiscono al Dipartimento dei Servizi le seguenti UU.OO.CC.:

- U.O.C. Radiologia P.O. Nola-Pollena;

- U.O.C. Radiologia P.O. Boscoreale-Boscotrecase;
- U.O.C. Radiologia P.O. Castellammare-Gragnano;
- U.O.C. Radiologia P.O. Nuovo Ospedale della Costiera;
- U.O.C. Radioterapia Oncologica P.O. Nola-Pollena;
- U.O.C. Patologia Clinica P.O. Boscoreale-Boscotrecase;
- U.O.C. Microbiologia e Virologia P.O. Boscoreale-Boscotrecase;
- U.O.C. Anatomia e Istologia Patologica P.O. Castellammare-Gragnano;
- U.O.C. Servizio Immunotrasfusionale P.O. Castellammare-Gragnano;

Al Dipartimento confluisce la seguente U.O.S.D.:

- U.O.S.D. Radiologia P.O. Torre del Greco;

Al Dipartimento confluiscono le seguenti UU.OO.SS.:

- U.O.S. Radiologia Interventistica P.O. Nola-Pollena;
- U.O.S. Radiologia Interventistica P.O. Boscoreale-Boscotrecase;
- U.O.S. Radiologia Interventistica P.O. Castellammare-Gragnano;
- U.O.S. Patologia Clinica Emergenza/Urgenza P.O. Nola-Pollena;
- U.O.S. Patologia Clinica Emergenza/Urgenza P.O. Castellammare-Gragnano;
- U.O.S. Patologia Clinica Emergenza/Urgenza P.O. Nuovo Ospedale della Costiera;
- U.O.S. Patologia Clinica Emergenza/Urgenza P.O. Torre del Greco;
- U.O.S. Tossicologia e Farmacologia afferente alla U.O.C. Patologia Clinica P.O. Boscoreale-Boscotrecase;
- U.O.S. Diagnostica molecolare delle malattie infettive e Genomica molecolare afferente alla U.O.C. Microbiologia e Virologia P.O. Boscoreale-Boscotrecase;
- U.O.S. Centro donazioni sangue P.O. Nola.

ART.24 – DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE

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

Il Dipartimento è costituito da 17 UU.OO.CC., 30 UU.OO.SS. e 2 UU.OO.SS.DD.:

- U.O.C. CURE PRIMARIE;
- U.O.C. CURE DOMICILIARI;
- U.O.C. SOCIO-SANITARIO;
- 13 U.O.C. DIREZIONI DI DISTRETTO SOCIO-SANITARIO;
- U.O.S.D. CURE PALLIATIVE;
- U.O.S.D. ANZIANI, FRAGILI E DEMENZE;

- U.O.S.D. NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE;
- 13 UU.OO.SS. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE;
- 13 UU.OO.SS. ASSISTENZA TERRITORIALE E SERVIZI;
- U.O.S. CURE DOMICILIARI I, II, III LIVELLO;
- U.O.S. CONTROLLO ATTIVITA' RIABILITATIVA E PROTESICA;
- U.O.S. CONTROLLO ATTIVITA' SOCIO SANITARIA;
- U.O.S. PROGRAMMAZIONE E MONITORAGGIO DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE.

U.O.C. CURE PRIMARIE

Le Cure Primarie sono considerate il primo livello attraverso il quale gli individui, le famiglie e la collettività entrano in contatto con il Sistema Sanitario Nazionale, avvicinando il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove le persone vivono e lavorano, e costituiscono il primo elemento di un processo di protezione sanitaria.

Il modello di Cure Primarie, opportunamente calato nella realtà regionale, deve farsi carico della gestione del paziente cronico e prevenirne le ricadute e le riacutizzazioni, attraverso approcci non attendisti ma facendo ricorso alla cosiddetta medicina d'iniziativa.

La mission delle cure primarie è la presa in carico globale dei pazienti e la medicina di prossimità declinate nella risposta ai bisogni più equa, più solidale, più appropriata, più vicina ai soggetti fragili. L'obiettivo richiede necessariamente la riprogettazione del ruolo del MMG all'interno di equipe monoprofessionali (AFT) e multidisciplinari e multiprofessionali (UCCP) per garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio e per conferire al sistema delle Cure Primarie la connotazione di luogo di cure principale a cui affidarsi.

Le principali attività della Unità Operativa Complessa Cure Primarie sono:

- aggregazione funzionale di tutte le UU.OO. di Cure Primarie dei Distretti Sanitari Aziendali e programmazione e coordinamento delle attività pianificando una omogeneità ed equità di erogazione sul territorio dell'Azienda;
- supporto funzionale e operativo per tutte le attività centrali e distrettuali nell'ambito degli indirizzi strategici della Direzione Aziendale in materia di integrazione Cure Primarie;
- coordinamento delle attività di verifica e valutazione della Medicina di Assistenza Primaria (Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta) in collaborazione con i Direttori dei Distretti;
- verifica e analisi dei fabbisogni delle Attività degli Specialisti Ambulatoriali;
- predisporre istruttoria per la verifica di pubblicazioni di ore di specialistica ambulatoriale da assegnare agli ambulatori distrettuali, su richiesta dei Direttori delle UU.OO.CC. di competenza;
- linee di indirizzo per le AFT (forme organizzative monoprofessionali denominate aggregazioni funzionali territoriali);
- programmazione delle forme organizzative multi professionali denominate Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP);
- analisi e controllo, con il supporto della U.O.C. Sistemi Informatici, della corretta gestione dei flussi informativi relativamente all'area delle cure primarie (Medici di Assistenza

Primaria, Pediatri di Libera di Scelta, Specialisti Ambulatoriali) e della gestione Integrata dei pazienti diabetici;

- individua le priorità per attuare percorsi formativi e di educazione alla salute ai fini dell'intervento mirato su specifici problemi di salute, sulla base di evidenze tecniche ed organizzative;
- programmazione, organizzazione e monitoraggio delle attività destinate ai nuovi modelli organizzativi territoriali delle Cure Primarie (AFT e UCCP);
- collabora alla definizione dei Piani Attuativi Territoriali relativamente all'ambito di propria competenza;
- predispone, in sinergia con gli altri attori del processo, i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA), come strumento valido ed efficiente per la gestione dei pazienti cronici a bassa e media complessità, che pone al centro i suoi bisogni di salute, valorizzando le capacità di autogestione della patologia (self care), attraverso l'empowerment del paziente.

Questa Azienda, in linea con gli indirizzi pronunciati in diversi documenti dell'OMS e delle Società Scientifiche Nazionali e Internazionali, ed a normative nazionali e regionali, ha determinato una nuova organizzazione dell'approccio di alcune tematiche di primaria importanza per il controllo e il trattamento di malattie ad elevato impatto sociale ed assistenziale.

Le reti assistenziali deliberate, per il Management delle Malattie Allergiche e per il Management delle Malattia Reumatiche, avranno il compito non solo di ricompattare l'offerta sanitaria relativa a quel filone di patologia ed alle complicanze connesse, ma, anche, di predisporre Follow-up programmati, con prenotazioni accorpate, al fine di aumentare la compliance del paziente ed intercettare, così, accessi e ricoveri impropri. Approcciare il trattamento delle stesse in maniera omogenea e standardizzata, significa aumentare il livello di efficacia in termine di salute e di efficienza di salute in termini di costi.

La **U.O.S. Programmazione e Monitoraggio del fabbisogno di specialistica ambulatoriale**, concorre alle attività della U.O.C., ed assicura le seguenti linee di attività:

- supporta la U.O.C. nell'analisi e definizione dei fabbisogni della specialistica ambulatoriale;
- supporta la U.O.C. per la definizione dell'assegnazione delle risorse complessive ai Distretti socio sanitari, deputati all'erogazione di prestazioni sanitarie in regime diretto;
- supporta la U.O.C. per il coordinamento e monitoraggio e per le linee di indirizzo delle attività degli specialisti ambulatoriali su base aziendale;
- supporta la U.O.C. per la predisposizione delle istruttorie per la valutazione di pubblicazioni di ore di specialistica ambulatoriale da assegnare agli ambulatori distrettuali, su richiesta dei Direttori dei distretti di competenza;
- supporta la U.O.C. Cure Primarie per tutte le attività che integrano la medicina convenzionata MMG (gestione integrata dei pazienti diabetici ecc.) e PLS con le attività della specialistica ambulatoriale e le attività ospedaliere aziendali.

U.O.C. CURE DOMICILIARI

Le Cure Domiciliari garantiscono i percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. Sono garantiti a tutte le persone, adulti e minori

non autosufficienti o in condizioni di fragilità, con patologie in atto o con esiti di patologie.

Sono erogati a seguito di valutazione clinico funzionale delle Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.) o di Unità di Valutazione Distrettuale Multidimensionale (U.V.D.M.) e a seguito della formalizzazione di un Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.), elaborato a livello distrettuale, e si integra, laddove risultasse necessario, con i servizi sociali dei Comuni.

Le cure domiciliari sono valutate in relazione al Coefficiente di Intensità Assistenziale (C.I.A.), che misura l'intensità crescente del livello assistenziale, in relazione al bisogno espresso e rilevato. Per assicurare la realizzazione dei percorsi assistenziali e l'appropriata erogazione di tutte le tipologie di trattamenti previsti nei Livelli Essenziali di assistenza per le persone non autosufficienti è previsto che l'offerta sia divisa per intensità di cura e centrata sui bisogni clinici e assistenziali del paziente.

Il sistema di Cure Domiciliari è finalizzato alla presa in carico di bisogni complessi sanitari e sociali presuppone, quindi, un elevato livello di coordinamento e di integrazione tra i diversi attori del sistema che garantisce l'unicità della persona, superando l'approccio settoriale e specialistico, integrando competenze e servizi diversi.

Nell'ambito delle Cure Domiciliari viene garantita un'adeguata assistenza a persone che presentano problematiche di tipo sanitario e sociale suscettibili di trattamento domiciliare, evitando i ricoveri ospedalieri impropri e l'ingresso in assistenza residenziale.

Viene favorita la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti, perseguendo il recupero o la conservazione delle residue capacità di autonomia e relazionali, e dei pazienti non trasportabili attraverso l'erogazione di cure specialistiche o piccoli interventi di norma erogati in regime di ricovero. Si rendono possibili le dimissioni ospedaliere tempestive e si assicura la continuità assistenziale mediante lo strumento della dimissione programmata e protetta e l'assistenza domiciliare, formalizzando protocolli operativi specifici. Si garantisce il supporto ai caregiver e si trasmettono loro delle competenze che possano tradursi in autonomia di intervento, consentendo una ottimizzazione delle risorse economiche e di personale, con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita delle persone non autosufficienti o a rischio di perdita dell'autosufficienza.

Per la piena realizzazione delle cure domiciliari, la U.O.C. si avvale di una piattaforma patient-oriented che consente di posizionare il paziente e il caregiver al centro dei servizi LEA. La piattaforma si propone come HUB per tutte le attività legate ai PAI e per la successiva rendicontazione dei flussi SIAD verso Sinfonia.

Le Cure Prestazionali sono richieste dal Medico di Medicina Generale (M.M.G.) o Pediatra di Libera Scelta (P.L.S.) alla P.U.A distrettuale e sono volte a soddisfare un bisogno sanitario semplice nei casi in cui il paziente presenti limitazioni funzionali (impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni, paziente non autosufficiente o abitante in un piano alto e senza ascensore) che rendono impossibile l'accesso ai servizi ambulatoriali. La P.U.A. attiva l'assistenza distrettuale con l'erogazione delle prestazioni infermieristiche e di riabilitazione, tale assistenza è soggetta alle disponibilità delle risorse professionali specifiche ed individua le priorità nell'erogazione delle Cure Domiciliari, con eventuali liste d'attesa nelle Cure Domiciliari per il livello di minore complessità assistenziale. Le Cure Domiciliari di tipo Prestazionale, occasionali o a ciclo programmato, costituiscono una risposta prestazionale, professionalmente qualificata, ad un bisogno di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo che non richiede una valutazione multidimensionale o l'individuazione di un piano di cura multidisciplinare.

Le Cure Domiciliari Integrate di I e II livello sono garantite alle persone che, pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi, necessitano di continuità assistenziale ed interventi programmati articolati su 5 giorni (I livello) o 6 giorni (II livello). Mentre le Cure Domiciliari di III Livello sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità erogata da équipe multi disciplinari, e consistono in interventi professionali rivolti a pazienti che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità.

Il bisogno di natura complessa è caratterizzato dalla necessità di attivazione del percorso di dimissioni protette da tutte le UU.OO.CC. ospedaliere aziendali ed extra aziendali, integrazione con altre strutture aziendali con competenze specifiche per la gestione di alcune prestazioni (U.O.S.D. Nutrizione Artificiale Domiciliare, U.O.S.D. Ulcere Cutanee, UU.OO.SS. Terapia del Dolore).

Per quanto riguarda la popolazione pediatrica (0-16 anni), la presa in carico dei minori comporta la partecipazione dei P.L.S., della U.O.C. Materno Infantile aziendale, delle funzioni materno infantili distrettuali, delle UU.OO. ospedaliere di Pediatria competenti per territorio, del Referente Aziendale per le Malattie Rare.

U.O.C. SOCIO SANITARIO

Le prestazioni sociosanitarie sono definite come le "attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione".

L'accordo tra Governo, Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ha prodotto in data 2/7/2019 il documento "Linee di indirizzo per l'individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione" recepito dalla Regione Campania con il DCA 83 del 31-10-2019 ad argomento "Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019 - 2021. - Completamento e attuazione del piano di riorganizzazione territoriale, in coerenza con i tavoli tecnici di monitoraggio".

La U.O.C. Socio Sanitario definisce l'accurata ed efficace descrizione delle problematiche imposte dalla disabilità e dalle fragilità e richiede un modello organizzativo in cui sia fatto confluire il governo di tutti gli interventi aziendali precedentemente governati separatamente.

La U.O.C. Socio Sanitario:

- ha il compito di sostenere, sviluppare e monitorare l'azione aziendale prodotta con interventi sanitari, con interventi sanitari a rilevanza sociale e con quelli sociosanitari ad elevata integrazione sanitaria;
- coordina l'accesso alle cure sociosanitarie garantendo equità ed uniformità nei 13 distretti su cui è articolata territorialmente l'Azienda;
- coordina le attività di continuità tra i presidi ospedalieri territoriali per acuti ed i servizi distrettuali nella individuazione e valutazione del bisogno assistenziale non solo riabilitativo, secondo i vari setting di intensità governati, conseguente al completamento della fase di cura per acuti (dimissione socio-sanitaria ospedaliera).

Tali attività sono rivolte a tutte le fasce di fragilità, ovvero:

- adulti anziani non autosufficienti;
- disabili fisici, psichici e sensoriali;
- disabilità conseguenti a patologie cronic-degenerative ovvero long term care.

Inoltre la U.O.C. Socio Sanitario:

- governa tutte le attività relative alle prescrizioni/autorizzazioni di prestazioni riabilitative;
- governa tutte le attività relative alle prescrizioni/autorizzazioni di prestazioni di assistenza protesica;
- verifica, attraverso i flussi informativi di propria competenza, la coerenza delle azioni aziendali in ambito di attività sociosanitarie con gli obiettivi prefissati dalle norme Ministeriali e regionali.

Le attribuzioni funzionali della U.O.C. Socio-sanitario sono:

- curare il coordinamento con i Piani di Zona, al fine di definire ed attuare gli interventi sociali ad alto impatto sanitario;
- elaborare e monitorare le proposte dei Protocolli d'Intesa con gli ambiti Sociali per la funzionalità di cui al Decreto 77/2022 e la Legge di Bilancio 234/2021;
- coordinare le attività in maniera uniforme e compartecipata delle UU.OO./Porte Unitarie di Accesso per la risposta ai bisogni dei cittadini particolarmente fragili, nonché l'accesso dei cittadini ai servizi sul territorio dell'Azienda. Le procedure di presa in carico dell'assistito avvengono attraverso la valutazione multi-professionale con attivazione della Unità di Valutazione Integrata (UVI) distrettuale e stesura del percorso assistenziale individuale/piano di cura, personalizzato centrato sui bisogni globali (non solo clinici), sulle aspettative e sui desideri della persona malata. La valutazione si avvale degli strumenti SVAMA e SVAMD I approvati con atti regionali (323/2012 e 324/2012). Il piano di cura personalizzato, oltre a definire la pianificazione delle attività, prevede la valutazione evolutiva dei relativi esiti da intendere come insieme dei risultati intermedi e finali riferiti, oltre che agli aspetti clinici, anche alla disabilità e alla qualità della vita, utilizzando indicatori che siano in grado di esaminare lo stato di "salute globale" della persona;
- verificare Albo Co-gestori e ne valuta le attività;
- curare il procedimento nella parte conclusiva sociosanitario/amministrativo/contabile delle Residenze Sanitarie Assistenziali accreditate con il SSR per prestazioni erogate a favore dei cittadini non auto sufficienti (definizione tetti di spesa per singola struttura, liquidazione delle competenze maturate, adeguamento organizzativo e strutturale dei Centri Accreditati alla normativa vigente, etc.);
- curare il procedimento nella parte conclusiva sociosanitario/amministrativo/contabile dei pazienti non auto sufficienti bisognevoli di cure presso Strutture residenziale fuori ASL e/Fuori regione;
- monitorare e verificare tutte le fasi dell'intervento riabilitativo attraverso il monitoraggio delle attività della Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo (U.V.B.R.) dell'Azienda, ivi comprese le attività specifiche in capo all'U.V.B.R. integrata Ospedale – Territorio ai sensi del DCA n.99/2016;
- coordinare le attività di rapporti con i Centri Accreditati eroganti prestazioni riabilitative (attribuzione dei tetti di spesa per singola struttura, su indicazione regionale, liquidazione delle competenze maturate, adeguamento organizzativo e strutturale dei Centri Accreditati alla normativa vigente, etc.).

All'interno della U.O.C. Socio-Sanitario sono previste n. 2 Strutture Semplici, quali:

U.O.S. Controllo Attività Riabilitativa e Protesica e U.O.S. Controllo Attività Socio Sanitaria, con compiti coerenti con la specifica denominazione. In particolare alla prima U.O.S. spetta:

- valutare l'appropriatezza prescrittiva in rapporto alla diagnosi, alle terapie, agli outcome dei programmi riabilitativi;
- valutare l'appropriatezza prescrittiva di presidi e ausili protesici e controllo della spesa (presidi ortopedici, oculistici, acustici, ausili per la ventilo-terapia, etc.);
- verificare l'implementazione da parte dei Centri Accreditati del flusso informativo file H;
- supportare il Tavolo Tecnico nelle attività di verifica e monitoraggio in relazione alla spesa e ai budget assegnati.

U.O.S.D. CURE PALLIATIVE

Le Cure Palliative sono assicurate con percorsi integrati sociosanitari, tra servizi territoriali ed ospedalieri e non sono sovrapponibili o assimilabili alle Cure Domiciliari di III livello perché hanno standard e profili assistenziali diversi.

Lo scopo delle cure palliative è quello di sostenere e migliorare la qualità della vita della persona assistita e fornire un supporto alla sua famiglia; fornire al paziente un'assistenza globale, con attenzione alle necessità mediche specialistiche, infermieristiche, riabilitative, psicologiche, ma anche agli aspetti emotivi psicologici e spirituali. Le cure palliative domiciliari sono erogate dall'equipe medico-infermieristica, composta prevalentemente, dal medico palliativista, dall'infermiere e dall'operatore socio-sanitario, in collaborazione con i M.M.G./P.L.S.

Le Cure Palliative sono rivolte al trattamento delle patologie croniche degenerative a prognosi infausta, oncologiche e non oncologiche, caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità di pazienti che presentano specifiche criticità.

Luogo privilegiato di intervento è costituito dall'abitazione del paziente che quando non può più essere assistito presso il proprio domicilio, o nei casi in cui è necessario alleggerire temporaneamente la famiglia dal carico sostenuto (ricovero di sollievo), viene ospitato dal Centro residenziale per le Cure Palliative – Hospice.

Le cure palliative garantiscono le seguenti linee di attività:

- organizzazione del lavoro e dei percorsi clinici nell'area delle cure palliative in raccordo con le articolazioni Distrettuali;
- definizione i protocolli di dimissione programmata ed anticipata con le strutture di ricovero ospedaliere e non, che insistono sul territorio aziendale e regionale;
- cura per la Direzione Strategica i rapporti inter-istituzionali con gli altri nodi della Rete regionale delle Cure Palliative, e per le programmazioni aziendali;
- garantisce l'alimentazione corretta e completa dei flussi informativi.

L'assistenza per le cure palliative viene erogata a diversi livelli:

- livello base in cui il Distretto garantisce una prima valutazione del bisogno di Cure Palliative con la successiva attivazione della U.V.I./U.V.D.M. distrettuale, formalizzazione del P.A.I. e presa in carico del paziente;
- livello specialistico garantisce, nell'ambito dell'integrazione ospedale-territorio, prestazioni di cure palliative (catetere peridurale, P.I.C.C. o Port-a-cath), paracentesi e toracentesi eco guidata).

L'Hospice include il sostegno psicologico e sociale delle persone che sono legate al paziente, per cui si può parlare dell'Hospice come di un approccio sanitario inclusivo (globale, olistico) che vada oltre all'aspetto puramente medico della cura, intesa non tanto come finalizzata alla guarigione fisica ma letteralmente al "prendersi cura" della persona nel suo insieme.

L'integrazione tra ospedale e territorio valorizza le attività distrettuali, in connessione con quelle ospedaliere, attraverso lo sviluppo e la condivisione tra professionisti di percorsi assistenziali integrati, attraverso la presa in carico e la continuità assistenziali che si realizza nella Rete aziendale delle malattie croniche in età evolutiva, in via di formalizzazione.

U.O.S.D. ANZIANI, FRAGILI E DEMENZE

La U.O.S.D. Anziani Fragili e Demenze individua le priorità rispetto agli obiettivi da raggiungere assegnati dal Direttore del Dipartimento, partecipa al coordinamento dell'attività domiciliari e coordina quelle semiresidenziali e residenziali a gestione diretta destinate agli anziani. Garantisce omogenei livelli assistenziali quali-quantitativi su tutto il territorio aziendale; sceglie metodologie e strumenti da utilizzare rispetto agli obiettivi da perseguire; controlla e verifica la qualità e l'umanizzazione del servizio erogato; garantisce il coordinato utilizzo della rete complessiva dei servizi socio-sanitari destinati alle persone anziane ed a quelle affette da demenza, programma e organizza le attività integrate di psicogeriatrics (progetto ministeriale CRONOS e Piano Alzheimer Regionale); attiva e sviluppa i programmi di controllo sul funzionamento della rete e di verifica della qualità delle prestazioni nelle diverse realtà distrettuali. dirige le attività delle Residenze Sanitarie Assistenziali a gestione diretta (RSA Portici con 38 pp.II.) e monitora il rispetto dei tempi di attesa delle RSA e dei CD Anziani e Demenza; coordina le associazioni di volontariato che collaborano ai progetti; centralizza i dati informativi verificando l'efficienza/efficacia dei progetti, la loro documentazione ed analisi, assicurando una supervisione delle attività. In raccordo con il Servizio Relazioni con il pubblico dell'Asl, svolge attività di informazione sui servizi esistenti sul territorio Aziendale.

La U.O.S.D. "Assistenza Anziani Fragili e Demenza" svolge attività mirate all'implementazione del "Piano Nazionale demenze" per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze", attraverso l'applicazione in sede aziendale del D.C.A. n.52 del 29/05/2015.

U.O.S.D. NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE

La Nutrizione Artificiale Domiciliare (N.A.D.), quale attività nell'ambito della ospedalizzazione domiciliare, è inclusa nel livello essenziale di cui al punto 3 dell'allegato 1 del DPCM 29/11/2001.

La Nutrizione Artificiale nelle varie modalità di erogazione, Nutrizione Enterale (NE), Nutrizione Parenterale (NP) e supplementazione orale (SNO) è uno strumento terapeutico insostituibile in quanto permette di mantenere o reintegrare lo stato di nutrizione dei soggetti in cui la alimentazione naturale è controindicata, impraticabile o non sufficiente. In molte condizioni patologiche è terapia sostitutiva essenziale (al pari della dialisi) e salvavita in quanto rappresenta l'unico provvedimento terapeutico per assicurare la sopravvivenza del malato (e.g. insufficienza intestinale cronica benigna).

La realizzazione di un programma di NAD che consente di continuare al domicilio, con sicurezza ed

efficacia, la terapia nutrizionale iniziata in ambiente ospedaliero, è funzione complessa e trasversale a tutti i livelli organizzativi aziendali in ambito di prevenzione, diagnosi e cura della malnutrizione proteico energetica (MPE) e richiede la presa in carico da parte di strutture dedicate, identificabili, composte da personale con specifiche competenze e che adottino precise modalità organizzative e percorsi assistenziali definiti (Linee-Guida Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR) 2006). La NAD, pertanto, deve essere realizzata soltanto secondo le indicazioni/prescrizioni della U.O. NAD di competenza. La U.O.S.D. NAD è responsabile della gestione del percorso diagnostico-terapeutico del paziente che necessita di N.A.D. e si inserisce in un sistema complesso ed integrato di relazioni interdisciplinari (MMG, medico ospedaliero e con tutti referenti ed operatori coinvolti nelle cure domiciliari (UOAA, UOAR, UOMI, ADO, UOTA, etc.).

Attività della U.O.S.D. N.A.D. sono:

- espletamento di consulenze nutrizionali richieste dalle varie articolazioni aziendali mediante valutazione dello stato nutrizionale, scelta del tipo e della via di somministrazione dei nutrienti, posizionamento e sostituzione di sonde naso-gastriche, sostituzioni di Gastrostomie Endoscopiche Percutanee (PEG);
- presa in carico dei pazienti in dimissione da A.O. aziendali, extra aziendali, extraregionali e pazienti inseriti nella Rete Oncologica Campana (R.O.C.) che necessitano di NA;
- valutazione nutrizionale di pazienti affetti da Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) inviati dai DSM distrettuali;
- valutazione delle indicazioni e delle condizioni per la stipula di contratti di convenzione con Aziende esterne per la fornitura di sacche di nutrizione parenterale domiciliare personalizzate non erogabili direttamente dalla nostra Azienda e rivalutazione della persistenza delle indicazioni e condizioni per il rinnovo o sospensione delle soprindicate convenzioni;
- corretta trasmissione dei flussi informativi.

È in corso di realizzazione, per i pazienti con la sola necessità di supplementazione nutrizionale orale, e con bisogni assistenziali semplici, un modello organizzativo che utilizzerà il CUP regionale.

ART.25 - DISTRETTI SANITARI

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

Il modello di Distretto Sanitario che l'Azienda Sanitaria Napoli 3 Sud intende realizzare è un modello organizzativo rivolto alla salute, alla sua promozione in ogni senso, principalmente primaria e secondaria attraverso l'analisi dei bisogni di salute della popolazione di riferimento, all'analisi del contesto socio-economico-ambientale che necessariamente deve essere individualizzato quale

risultato di studi integrati, un modello organizzativo chiaro ma flessibile, che tiene conto nei suoi paradigmi strutturali delle continue modifiche sociali, culturali, ambientali, che abbia occhi aperti sul territorio attraverso le sue Unità Operative e nel contempo utilizzando a piene mani le risorse sociali, culturali, istituzionali, di volontariato e terzo settore, da cui emergono segnalazioni, bisogni, aspettative.

Il Distretto Sanitario dirigerà la sua operatività secondo i seguenti driver:

- la logica di sistema per la tutela complessiva della salute. Solo una corretta, approfondita e continuamente aggiornata analisi del bisogno potrà condurre alla programmazione e pianificazione di azioni e servizi soddisfacenti, sia sotto il profilo squisitamente sanitario che dell'equità e dell'accessibilità;
- la logica della integrazione delle risposte. Spetta il compito di produrre l'analisi del bisogno territoriale, da cui partire per la organizzazione interna dei servizi e delle strutture e per creare ponti d'intesa operativa con i Comuni, anche congiuntamente con l'Unità Operativa Complessa Socio-Sanitaria, collocata in sede centrale. Il Piano delle Attività Territoriali (PAT) dovrà necessariamente trarre origine dal contesto sociale ed economico e dovrà altrettanto necessariamente raccordarsi con l'aspetto delle risorse comunali e territoriali attraverso il Piano di Zona di riferimento, per progettare una mappa delle risorse globali e stabilire aree prioritarie di intervento sanitario e socio-sanitario, a loro volta rimodellabili al cambio delle variabili determinanti;
- La logica aziendale nella gestione delle risorse. Il Direttore di Distretto, nell'ambito della gestione del budget, dovrà commisurare l'entità delle azioni sanitarie programmate alle risorse economiche affidategli, nella garanzia dei L.E.A. e nella necessaria integrazione sia con le altre strutture aziendali sia con i Comuni di riferimento, e con questi ultimi sia per la parte professionale che per la prevista compartecipazione economica alle azioni socio-sanitarie integrate per arrivare ad un modello di welfare community. In questo quadro di logica aziendale un ruolo da protagonisti, nella salute del cittadino, è rivestito dai MMG e PLS., ed essi rappresentano per il distretto una telecamera esplorativa sul mondo salute e quali committenti interni manifestano la domanda della loro popolazione, diventando a loro volta produttori di salute per la competenza tecnico-professionale che esprimono.

L'organizzazione dei Distretti prevede:

- la Porta Unitaria di Accesso, costituita ai sensi della D.G.R.C. n.790/2012, con funzioni di accoglienza e primo orientamento. Gli attori della P.U.A. dovranno discriminare il bisogno espresso dal cittadino ed avviare un percorso di accesso al sistema dei servizi che, a seconda delle problematiche espresse, semplici o complesse, possa prevedere l'invio ai servizi sanitari o sociali o l'attivazione della valutazione multidimensionale finalizzata ad una presa in carico integrata per i bisogni complessi. Oltre alle funzioni di front-office, con attività di accoglienza dei cittadini e decodifica della domanda, alla PUA sono affidate funzioni di back-office, con attività di monitoraggio dei casi, di archiviazione e tenuta delle cartelle utenti, di mappatura delle risorse territoriali ma anche ospedaliere e sociali per quanto necessario al percorso clinico;
- l'Unità di Valutazione Distrettuale Multidimensionale e Multidisciplinare (U.V.M.M.), già denominata Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.), per i bisogni complessi;

- l'Unità di Valutazione effettua la valutazione multidimensionale impiegando un'equipe multiprofessionale costituita da personale fisso, ovvero sempre presente alle sedute di valutazione indipendentemente dall'utente (è il caso del delegato alla spesa del Distretto, dell'Ambito/Comune, ecc.) e da personale variabile, ovvero personale presente in funzione dell'utente in valutazione (MMG/PLS, AS, utente/care giver, medico specialista ecc.). La UVMM è composta dal Direttore del Distretto o un suo delegato, da medici specialisti per patologia, sia ospedalieri che territoriali, il MMG/PLS del paziente, l'assistente sociale. Essa può declinarsi in percorsi geriatrici, per minori, per dimissioni protette, malattie cronico degenerative, disagio, tossicodipendenza, cure domiciliari non prestazionali. La U.V.M.M. non è solo un attore clinico, ma è anche, e soprattutto, un allocatore di risorse: stabilisce in quale ambito di cura appropriato va posizionato il caso. Fatta eccezione per l'accesso dell'utente ai servizi specialistici tramite prescrizione del Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta e il caso di urgenza che prevede un proprio specifico percorso di accesso ai servizi. L'Unità di Valutazione Multidisciplinare e Multiprofessionale costituisce l'unico punto di accesso per i bisogni complessi a tutti i servizi in rete di tipo domiciliare, semiresidenziale, residenziale a qualsiasi tipologia essi appartengano;
- incremento nell'utilizzo del Progetto Terapeutico-Riabilitativo sostenuto da budget di salute (PTRI). Questo infatti rappresenta uno strumento fondamentale a disposizione del Distretto per erogare prestazioni sociosanitarie nel macro-livello "Assistenza territoriale, ambulatoriale e domiciliare" per i micro-livelli: Assistenza programmata a domicilio; attività sanitaria e sociosanitaria a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie; attività sanitaria e sociosanitaria a favore di tossicodipendenti e/o delle famiglie; attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali così come disciplinati dall'articolo 46 della legge regionale 27 gennaio 2012, n. 1.e dall'articolo 7, comma 5, della legge regionale n. 7 del 16 aprile 2012, nelle modalità operative indicate dalla D.G.R.C. n.483 del 21/09/2012.

Il Direttore è il responsabile dell'attività di programmazione del Distretto, in termini di risposta integrata alle specifiche esigenze di salute della popolazione di riferimento, di disponibilità delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali. È inoltre garante del rispetto del raggiungimento degli obiettivi che gli sono stati assegnati dalla Direzione Strategica in materia di efficacia ed efficienza dei servizi erogati; espressione dell'orientamento alla persona, attraverso una continua attenzione agli aspetti dell'informazione, della tutela e garanzia dell'equità e della trasparenza dell'offerta, del rispetto della dignità della persona. Il Direttore del Distretto è responsabile della gestione dei percorsi assistenziali integrati di propria competenza in stretto raccordo con i servizi, professionisti del territorio e dell'ospedale.

Il Direttore del Distretto è componente del Tavolo permanente per le Funzioni Territoriali, ed in tale veste è partecipe delle scelte aziendali di macroprogrammazione. Egli redige, a cadenza annuale, uno specifico Piano delle Attività Territoriali (P.A.T.) relative al proprio Distretto di competenza, con il quale declina nel proprio ambito territoriale gli elementi della programmazione aziendale.

Redige annualmente altresì, la Relazione sull'attività annuale distrettuale riportando azioni realizzate, risultati e criticità.

Il nuovo modello e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale, ai sensi del DM 23 maggio

2022, n. 77, prevede la realizzazione di:

- Case della Comunità – Aperte fino a 24h su 24 e 7 giorni su 7 quale luogo dove i cittadini possono recarsi per bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, rappresentano un modello organizzativo dell’assistenza di prossimità per la popolazione.
- Centrale Operativa Territoriale (COT) che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e funge da raccordo tra i servizi e i professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell’emergenza-urgenza.
- Infermiere di Famiglia e Comunità quale figura professionale di riferimento che assicura l’assistenza infermieristica, ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera.
- Un’equipe mobile distrettuale denominata Unità di continuità assistenziale che assicura la gestione e la presa in carico di individui che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa.
- Il servizio di Assistenza domiciliare per l’erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell’ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza.
- Ospedale di comunità, una struttura sanitaria di ricovero dell’Assistenza Territoriale che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, per evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell’autonomia e più prossimi al domicilio.
- Rete delle cure Palliative in grado di garantire la presa in carico globale dell’assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l’attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia.
- Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie attraverso il Consultorio Familiare e l’attività rivolta ai minori, alle coppie e alle famiglie garantiscono prestazioni, anche di tipo domiciliare, mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche, psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative e preventive, nell’ambito dell’assistenza territoriale, alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. L’attività consultoriale può svolgersi all’interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni che ne tutelino la riservatezza.
- Telemedicina – Viene utilizzata dal professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari.

Il Distretto dovrà garantire, inoltre, le seguenti attività:

- gestione e verifica dei dati di produzione attraverso il monitoraggio dei flussi informativi;
- gestione e monitoraggio delle attività delle strutture private accreditate per procedere alla proposta di liquidazione;
- acquisita l’asseverazione da parte della U.O.C. Controllo e Monitoraggio delle Strutture Accreditate propone la liquidazione per quanto di competenza;
- rendicontazione alla U.O.C. Controllo e Monitoraggio Strutture Accreditate e alla U.O.C.

Appropriatezza Ospedalità Pubblica e Privata, ciascuna per la propria parte di competenza, delle liquidazioni effettuate nonché sul monitoraggio svolto dalle stesse sulle Strutture Accreditate.

Presso ciascuna Direzione di Distretto Sanitario è istituita una funzione di supporto amministrativo-contabile a supporto della Direzione nella gestione del personale, nella gestione degli acquisti in conto economale, per il budget assegnato e nella gestione delle procedure di liquidazione dei servizi affidati al Distretto.

Ad ogni Distretto Sanitario sono assegnate n.2 Strutture Semplici:

- **U.O.S. Assistenza Sanitaria di Base;**
- **U.O.S. Assistenza Territoriale e servizi.**

Alla prima vengono affidate le seguenti linee di attività:

- verifica e monitoraggio delle attività afferenti alle Cure Primarie, alla Medicina Generale, alla Pediatria di Libera scelta, alla Specialistica Ambulatoriale, alla Continuità Assistenziale e alla Medicina Legale, attività di Anagrafe Assistiti, esenzioni ticket;
- collabora in tutte le attività che attengono al buon funzionamento delle strutture residenziali, case della comunità, ospedali della comunità, C.O.T., ed alle attività autorizzative per la popolazione presente sul territorio distrettuali

Alla seconda competono, invece, le seguenti linee di attività: socio sanitario, riabilitazione, assistenza anziani e materno infantile ed in particolare:

- la gestione delle problematiche relative alla non autosufficienza e alla riabilitazione;
- la definizione e la realizzazione dei P.A.I. in collaborazione con l'U.V.M.D. attraverso l'utilizzo di strumenti valutativi (S.V.A.M.A.) in considerazione della valutazione dei bisogni della persona assistita;
- lo sviluppo e il sostegno della domiciliarità e cure palliative;
- la salute donna e del bambino.

ART.26 - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Il Dipartimento di Prevenzione è macrostruttura operativa dell'ASL preposta (in attuazione del d. lgs. n.502/1992 e s.m.i. e della legge regionale n. 32/1994) alla tutela della salute collettiva in ambienti di vita e di lavoro, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita, prevenzione delle malattie acute e croniche. A tal fine il Dipartimento di Prevenzione attua il concetto di "One Health", occupandosi di:

- profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- screening oncologici: colon-retto;
- tutela della collettività e dei singoli dai rischi sanitari degli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- tutela, della collettività e dei singoli prestatori d'opera subordinati, dai rischi infortunistici connessi agli ambienti di lavoro;
- tutela pubblica veterinaria e benessere animale;
- tutela igienico sanitaria degli alimenti e prevenzione nutrizionale;

- tutela medico legale valutativa.

I Servizi indicati si configurano come Unità Operative ed operano quali centri di responsabilità, dotati di autonomia tecnico-funzionale ed organizzativa nell'ambito della struttura Dipartimentale, perseguendo gli obiettivi dipartimentali ed aziendali, l'attuazione delle disposizioni normative e regolamentari regionali, nazionali ed internazionali, nonché la gestione delle risorse economiche attribuite.

Persegue la piena integrazione tra le UU.OO. che compongono il Dipartimento, secondo i principi di flessibilità, adattabilità, revisione periodica, orientamento progettuale delle attività. I Servizi dell'Area Sicurezza Alimentare hanno conseguito la certificazione di qualità. Il Dipartimento di Prevenzione e le Unità Operative in cui è articolato, in piena continuità con l'attuale organizzazione, operano mediante articolazioni "centrali" competenti per l'intero territorio dell'ASL, e mediante articolazioni "territoriali", indispensabili in relazione a realtà ad elevata utenza ed alle specificità aziendali dettate dal contesto oro geografico, socio-economico ed istituzionale. Le funzioni specifiche già svolte dalle singole articolazioni e normate da indicazioni nazionali e regionali sono confermate con la presente programmazione.

Livello centrale del Dipartimento di Prevenzione

Il livello centrale, cui sarà affidata la "mission funzionale" e cioè di direzione tecnico organizzativa e gestionale complessiva, sovrintenderà alla programmazione generale delle attività, alla verifica dell'efficienza, dell'efficacia e della qualità degli interventi e del rispetto dei Livelli di Assistenza, ed è costituito dalla tecnostruttura dipartimentale nella quale sono incardinate le seguenti strutture:

- U.O.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica;
- U.O.C. Servizio Epidemiologia e Prevenzione;
- U.O.C. Servizio di Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro;
- U.O.C. Servizio di Igiene e Medicina del Lavoro;
- U.O.C. Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione;
- U.O.C. Servizio Veterinario Sanità Animale;
- U.O.C. Servizio Veterinario Igiene degli Alimenti di Origine Animale;
- U.O.C. Servizio Veterinario Igiene degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche;
- U.O.C. Medicina dello Sport;
- U.O.C. Medicina Legale Pubblica Valutativa.
- U.O.C. Coordinamento Amministrativo
- U.O.S.D. Registro Tumori
- U.O.S.D. Promozione della Salute – (Clima, Ambiente, Salute)
- N° 6 UU.OO.SS.DD. inter-distrettuali di Unità Operativa Prevenzione Collettiva
- U.O.S. Veterinaria - Vet. A - Ambito 1;
- U.O.S. Veterinaria - Vet. A - Ambito 2;
- U.O.S. Veterinaria - Vet. A - Ambito 3;
- U.O.S. Veterinaria - Vet. B - Ambito 1;
- U.O.S. Veterinaria - Vet. B - Ambito 2;
- U.O.S. Veterinaria - Vet. B - Ambito 3;
- U.O.S. Veterinaria - Vet C;
- U.O.S. Ospedale e ambulatori veterinari interdistrettuale.

I tre Servizi, SISP, SEP e SIAN, a livello periferico, sono correlati con le 6 UU.OO.SS.DD. di Prevenzione Collettiva Dipartimentali, che hanno il compito di svolgere tutte le attività programmate dai Servizi Centrali, tenuto conto che il carico di lavoro assegnato è pari a 1/3 per ognuno dei tre Servizi di riferimento, attraverso la programmazione annuale e le verifiche periodiche sul grado di raggiungimento degli obiettivi.

Le UU.OO.SS. Periferiche (UU.OO.VV.) sono dipendenti direttamente dal Dipartimento di Prevenzione, dal punto di vista amministrativo, mentre funzionalmente e tecnicamente fanno capo ai Servizi Centrali da cui derivano, mentre le UU.OO.SS.DD. dipendono amministrativamente e funzionalmente dal Dipartimento di Prevenzione.

Direttore del Dipartimento

Il Direttore del Dipartimento assume funzioni di direzione e coordinamento delle attività e svolge le seguenti funzioni:

- assicura il funzionamento del Dipartimento;
- partecipa alla contrattazione per la definizione degli obiettivi dipartimentali e l'assegnazione del budget;
- ha la gestione delle risorse strumentali e patrimoniali;
- promuove verifiche periodiche sulla qualità;
- rappresenta il Dipartimento nei rapporti con la Direzione Aziendale;
- rappresenta il Dipartimento con gli Enti esterni, Regione, Prefettura, Arpac, IZS, Comuni, ecc.;
- presiede la Commissione Locale ex D.G.R.C. n.7301/01 e s.m.i., per il rilascio dei pareri autorizzativi delle Strutture sanitarie e socio-sanitarie;
- coordina il CCAA per l'accreditamento delle Strutture sanitarie e socio-sanitarie.

Ambiti di attività propri delle UU.OO.CC. afferenti al Dipartimento di Prevenzione

U.O.C. SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE (SIAN)

- controllo ai sensi del Reg. Ce 852/2004 degli stabilimenti per alimenti destinati ad una alimentazione particolare;
- accertamento di idoneità dei locali da destinarsi alla vendita di prodotti fitosanitari e loro coadiuvanti; vigilanza su: aziende agricole per fitosanitari e sull'impiego di prodotti fitosanitari in agricoltura;
- attività di controllo ufficiale conseguenti ad allerta relativi ad alimenti e M.O.C.A.;
- attività di campionamento ufficiale su alimenti per Piani di controllo comunitari, nazionali regionali ed aziendali; attività di audit interni e supervisione professionale, atti prescrittivi con sanzione amministrativa;
- controllo Ufficiale Sicurezza Alimentare in imprese registrate e riconosciute; Interventi per tossinfezioni alimentari, segnalazione per sospetta adulterazione e/o verifica stato conservazione alimenti; Vigilanza sull'esercizio di attività di agriturismo;
- effettuazione dei controlli a destino disposti da P.I.F./U.S.M.A.F. su merci e su funghi provenienti da paesi terzi; docenza tecnico-sanitaria in ambito di accordi/convenzioni con finalità di prevenzione ritenute di rilevante interesse per l'ASL effettuata in orario di lavoro.
- valutazione resa in sede di Commissione esame per rilascio certificazione alla vendita di

- prodotti fitosanitari e loro coadiuvanti;
- emissione giudizio di commestibilità alimenti su richiesta OSA, certificazioni relative agli esami della commestibilità dei funghi al commercio, altre certificazioni nell'interesse del privato di competenza esclusiva ASL;
 - definizione in sede di Commissione provinciale di progetti formativi per corsi di aggiornamento obbligatorio ai fini del rilascio certificato di abilitazione alla vendita e autorizzazione acquisto prodotti fitosanitari;
 - realizzazione dei corsi di preparazione per il conseguimento di abilitazione al riconoscimento specie fungine e di altri corsi di formazione previsti da normative specifiche, interventi di educazione alla salute, di informazione e di promozione della salute.

U.O.C. SERVIZIO IGIENE E SANITÀ PUBBLICA (SISP)

- Valutazione resa in Conferenza di servizi per rilascio di autorizzazione alla realizzazione ed all'esercizio di nuovi impianti di smaltimento e recupero dei rifiuti, alla realizzazione ed all'esercizio di impianti di ricerca e di sperimentazione, alle emissioni in atmosfera agli impianti che producono emissioni; Valutazione resa in Comitato Tecnico Provinciale per rilascio di autorizzazione allo scarico di reflui industriali fuori fognatura;
- parere per redazione del piano comunale di classificazione acustica, approvazione alla costruzione di loculi aerati, piani urbanistici, progetti (nuove costruzioni, ampliamenti, ristrutturazioni, varianti in corso d'opera) di edilizia residenziale; Parere per lavori edilizi su edifici destinati ad attività produttive, commerciali, agricole;
- vigilanza su abitabilità + agibilità; Parere per inabitabilità di alloggio e attestazioni idoneità alloggio per rilascio carta soggiorno, certificazione/attestazione igienico-sanitario per idoneità alloggio;
- parere per rilascio di autorizzazione comunale in deroga ai valori limite di rumorosità per lo svolgimento di attività temporanee e di manifestazioni in luogo pubblico o aperto al pubblico e per spettacoli a carattere temporaneo ovvero mobile;
- parere per progetti di edilizia produttiva per il rilascio da parte del Comune della concessione in deroga; parere su richiesta dell'interessato su progetti di interventi edilizi che riguardano immobili con destinazione ricettiva, scolastica, sanitaria, socio assistenziale, commerciale, ricreativa, stabilimenti balneari e termali, cimiteri;
- attestazione annuale dello stato di manutenzione dei carri destinati al trasporto dei cadaveri su strada e accertamento idoneità dei locali adibiti a rimessa di carri funebri e delle relative attrezzature;
- partecipazione in seno alla Commissione di vigilanza di cui all'art. 23 LRT 16/00 per il rilascio dell'autorizzazione per la distribuzione all'ingrosso di medicinali per uso umano;
- valutazione resa nella Commissione Pubblico Spettacolo per il rilascio dell'autorizzazione all'apertura di strutture ricreative (sala ballo, giochi, etc.) e valutazione resa nella Commissione di esperti per il rilascio della autorizzazione al funzionamento di servizi residenziali e semiresidenziali per minori;
- dichiarazione sulla esistenza/inesistenza di condizioni pregiudizievoli alla salute pubblica per l'autorizzazione alla estumulazione del feretro destinato ad essere trasportato in altra sede,

disposizioni per trasporto di urne contenenti residui della cremazione, nel caso di presenza di nuclidi radioattivi;

- monitoraggio degli impianti di pubblico acquedotto al fine della verifica dei criteri di potabilità ed eventuali indicazioni al gestore ed all'autorità sanitaria dei provvedimenti necessari, controllo sulle acque destinate al consumo umano;
- interventi per inconvenienti igienico sanitari segnalati che potrebbero determinare rischi per la salute collettiva, comprensivi di eventuali accertamenti tecnici, valutazione di impatto sanitario sulla popolazione circostante impianti civili ed industriali;
- valutazione resa in Conferenza dei servizi per rilascio di autorizzazione integrata ambientale detta AIA; Parere per l'apertura di piscine pubbliche o private ad uso pubblico;

U.O.C. SERVIZIO EPIDEMIOLOGIA E PREVENZIONE (SEP)

- intervento a seguito di notifica di malattia infettiva, indagine epidemiologica;
- counseling al viaggiatore internazionale;
- sorveglianza e monitoraggio delle campagne vaccinali per gli adulti;
- programmazione dell'immunizzazione della popolazione adulta tramite vaccini e monitoraggio delle attività vaccinali;
- programmazione dell'immunizzazione della popolazione pediatrica, unitamente alla U.O.C. Materno – Infantile, e monitoraggio delle attività vaccinali;
- tutte le attività sanitarie conseguenti collegate a segnalazioni di morsi che vedono coinvolti come morsicato l'uomo o altri animali;
- indagine di popolazione e sorveglianza epidemiologica
- ReNCaM;
- sorveglianza sulla natalità (CeDAP);
- sorveglianza sui fattori di rischio delle malattie croniche-degenerative e degli incidenti;
- raccolta ed elaborazione informazioni analitiche sui comportamenti che costituiscono un rischio evitabile di malattia e/o un fattore di protezione della salute della popolazione.

U.O.C. SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO (SPSAL)

- accertamento dei fattori di rischio di tutte le attività lavorative;
- vigilanza e controllo in tutti i luoghi di lavoro;
- vigilanza e controllo nei cantieri edili;
- atti prescrittivi e comunicazioni di reato alla Procura riferiti a tutti gli ambienti lavorativi;
- inchieste di infortuni sul lavoro;
- inchiesta sulle modalità di accadimento degli infortuni sul lavoro e individuazione delle responsabilità con relazione conclusiva;
- verifiche periodiche di impianti in ambienti di vita, in regime di esclusività;
- verifiche periodiche di impianti in ambienti di vita, in regime di concorrenza;
- omologazione di impianti elettrici antideflagranti;
- verifiche della conformità delle macchine ai R.E.S. (Requisiti Essenziali di Sicurezza);
- raccolta, elaborazione e diffusione di dati statistici relativi alla sicurezza negli ambienti di lavoro; Vigilanza REACH;

- controllo impianti carburante;
- accertamento di tirocinio per aspiranti conduttori di generatori di vapore;
- informazione all'utenza sulle normative, procedure e conoscenze tecniche e scientifiche inerenti gli ambienti destinati ad attività lavorative, gli impianti, le macchine, le attrezzature e i dispositivi di protezione individuali;
- consulenza alle aziende, mediante pareri preventivi su progetti di nuovi insediamenti produttivi (edifici, locali, posti di lavoro, impianti), ampliamenti e adattamenti di insediamenti preesistenti;

U.O.C. SERVIZIO IGIENE E MEDICINA DEL LAVORO (SIML)

- valutazione di impatto sanitario sulla popolazione lavorativa;
- sorveglianza su ex esposti a cancerogeni e ricerca attiva malattie professionali;
- revoca/conferma del giudizio di idoneità rilasciato dal medico competente;
- certificazione medica per responsabile tecnico preposto all'esercizio dell'attività di revisione;
- idoneità pre-assuntiva alla mansione; Idoneità all'utilizzo dei gas tossici; Idoneità volontari antincendio; Idoneità autoriparatori;
- accertamenti sanitari di iniziativa;
- visita collegiale art. 5 L. 300;
- visita specialistica di Medicina del Lavoro; Indagini di igiene del lavoro;
- idoneità dipendenti pubblica amministrazione; Idoneità guida ambientale; Idoneità iscrizione corsi professionali;
- esami in sede di Commissione Regionale per accertamento della idoneità per abilitazione alle operazioni relative all'impiego di gas tossici ai fini del rilascio da parte del Comune del relativo patentino;
- certificati per la restituibilità di ambienti bonificati per amianto;
- atti prescrittivi con sanzione amministrativa;
- certificazione medica per responsabile tecnico preposto all'esercizio dell'attività di revisione;
- visite collegiali per dispensa servizio, cambio mansione Commissioni medico legali.

Area di Sanità Pubblica Veterinaria

U.O.C. SERVIZIO VETERINARIO DI SANITÀ ANIMALE (VET-A)

La U.O.C. Servizio Veterinario di Sanità Animale (Area A denominato per abbreviazione) è la struttura dotata di autonomia tecnico-funzionale ed organizzativa che si rivolge a tutti i cittadini possessori di animali di diritto o di fatto o che con essi si trovano ad interagire. Il servizio di Area A ha la finalità di tutelare la salute pubblica, la salute animale, la sicurezza dei consumatori e la salvaguardia del corretto rapporto uomo-animale-ambiente, e si avvale di:

- 1 **U.O.S. Territoriale Ospedale e Ambulatori Veterinari**;
- 3 UU.OO.SS. Territoriali (**U.O.S. Vet-A Ambito 1, 2 e3**);
- profilassi delle malattie infettive, infettive e diffuse degli animali, ivi comprese le zoonosi, ed i relativi interventi e provvedimenti di Polizia Veterinaria;
- piani di bonifica sanitaria, di contenimento e di eradicazione delle malattie di interesse antropozoonosico e zoonosario, previsti dalle norme vigenti, con i relativi accertamenti e

- provvedimenti;
- vigilanza Veterinaria permanente negli allevamenti e concentramenti di animali, sugli spostamenti e sui mezzi di trasporto, sul commercio, l'importazione e l'esportazione di animali e sulle manifestazioni;
 - interventi su focolai di malattie infettive e diffuse denunciabili
 - vigilanza sugli ambulatori veterinari, informazione ed educazione sanitaria relativa alla Sanità Pubblica Veterinaria e promozione della formazione permanente del personale addetto; Costituzione e funzionalità della rete di epidemiologia e sorveglianza;
 - rilascio di certificazione di interesse pubblico e privato, raccolta, elaborazione e valutazione epidemiologica dei dati statistici;
 - trasmissioni di informazioni e collegamento con gli organi regionali, con i Servizi Veterinari di altre A.S.L., con Enti ed organizzazioni pubbliche o private operanti nel settore;
 - gestione Anagrafe del bestiame, implementazione Banca Dati Nazionale, Anagrafe bovina - Disposizioni sanzionatorie;
 - applicazione Legge 281/91 e L.R 3/2019- Controllo del randagismo e delle popolazioni sinantropiche; Anagrafe canina e felina.
 - gestione dell'Unità di Crisi per le emergenze; Diagnostica cadaverica e Medicina Forense;
 - pronto soccorso animali vaganti feriti, Vigilanza su canili pubblici e privati;
 - educazione, formazione, informazione ed assistenza veterinaria sui temi di competenza, controlli sulla fauna selvatica, sinantropi, sugli animali morti e fauna marina (cetacei, tartarughe, ecc.)
 - gestione del Canile sanitario inteso come presidio multizonale di igiene urbana veterinaria e presidio zooantropologico; Vigilanza Sanitaria per canili gestiti da privati o da Enti.

Struttura Semplice territoriale Ospedale ed Ambulatori Veterinari - (Vet A)

L'Asl Napoli 3 Sud con 57 comuni e 1.077.000 abitanti, ha circa 80.000 cani iscritti all'anagrafe canina Regionale con un devastante fenomeno di randagismo che comporta notevoli spese per il mantenimento dei cani nei canili, per l'accalappiamento degli stessi e per richieste di risarcimento danni determinati da animali vaganti; a questo si aggiunge il degrado ambientale per l'alterato rapporto uomo – animale – ambiente, e le continue richieste di intervento per l'aumentato senso etico della popolazione. L'unica strategia per contrastare il fenomeno prevede: l'anagrafe canina, la sterilizzazione dei randagi ed interventi di pronto soccorso per gli animali senza padrone

Il presidio Ospedaliero Veterinario Aziendale di Torre del Greco, con le proprie articolazioni territoriali ambulatoriali (Piano di Sorrento e Marigliano) rappresenta la struttura sanitaria veterinaria di riferimento per la prevenzione ed il contrasto del randagismo.

Le prestazioni, di primo livello ed anche di natura specialistica di secondo livello (diagnostica per immagine, diagnostica di laboratorio, traumatologia ed ortopedia), vengono erogate con particolare attenzione all'appropriatezza dei costi e delle prestazioni H 24.

Analogamente le attività di diagnostica cadaverica- anche forensi - svolte con il canile sanitario (dipendente dalla U.O.C. Vet A), rappresentano una sentinella dell'ambiente, nell'ottica del concetto di ONE-HEALTH, interconnessione tra il registro tumori umano e quello animale.

I Medici Veterinari che ivi operano sono formati con specifici percorsi specialistici necessari alle elevate caratteristiche delle prestazioni erogate.

U.O.C. SERVIZIO VETERINARIO IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE (VET-B)

Il Servizio Veterinario Igiene degli alimenti di origine animale (VET.B) garantisce e tutela la salute dei cittadini attraverso l'erogazione di prestazioni specialistiche nel campo della sicurezza alimentare.

La Struttura esercita le competenze di carattere sanitario attribuite dalla normativa comunitaria, nazionale e regionale. Il Servizio si avvale di 3 UU.OO.SS. Territoriali (**U.O.S. Vet-B Ambito 1, 2 e 3**).

La *mission* è garantire ai cittadini alimenti sicuri mediante un piano mirato dei controlli ufficiali sull'intera filiera degli alimenti di origine animale dalla fase di produzione, trasformazione, deposito, trasporto, commercializzazione e somministrazione.

La *vision* è orientata sempre più verso un approccio interdisciplinare e alla razionalizzazione del sistema dei controlli mediante la cooperazione ed il coordinamento tra le diverse Autorità Competenti in materia di sicurezza alimentare in un'ottica "*One Health*".

Le competenze de servizio riguardano:

- ispezione, vigilanza e controllo sugli alimenti di origine animale (carne, pesce, latte, uova, miele e prodotti derivati) nelle fasi di macellazione, trasformazione, lavorazione, deposito, trasporto, commercializzazione e somministrazione secondo i dettami del Reg. CE 625/17;
- controllo igienico-sanitario degli alimenti di origine animale nei luoghi di produzione (macelli, laboratori di sezionamento e confezionamento carni, laboratori di produzione di preparazioni e prodotti a base di carne, salumifici, stabilimenti di lavorazione e trasformazione del latte, stabilimenti di lavorazione e trasformazione di prodotti ittici, laboratori di confezionamento del miele; Ispezione e certificazione delle carni suine macellate a domicilio per autoconsumo;
- controlli veterinari nei centri di depurazione molluschi (CDM) e nei centri di spedizione molluschi (CSM), nei centri di imballaggio uova e produzione degli ovo-prodotti, negli stabilimenti di lavorazione stomaci, vesciche ed intestini;
- vigilanza sull'esercizio di attività di agriturismo, controlli sui punti di sbarco;
- controllo igienico-sanitario degli alimenti di origine animale negli esercizi di commercializzazione (macellerie, supermercati, pescherie, spacci vendita di alimenti di origine animale, aree mercatali, depositi all'ingrosso di alimenti freschi e congelati di origine animale) e sugli automezzi adibiti al trasporto;
- ispezioni e controlli effettuati per il Sistema Rapido di allerta (RASFF);
- validazione delle SCIA ai fini della registrazione delle imprese che operano nel settore degli alimenti di origine animale ai sensi del Regolamento CE 852/04;
- rilascio di parere su progetto e collaudo degli stabilimenti adibiti alla produzione, trasformazione e deposito di alimenti di origine animale ai fini del riconoscimento ai sensi del Regolamento CE 853/04;
- controlli veterinari sugli alimenti di origine animale provenienti da Paesi terzi (extra UE);
- audit sulle buone prassi igieniche (GHP) e sulle procedure di autocontrollo (HACCP) nelle imprese del settore;
- rilascio di certificazioni per l'esportazione di alimenti di origine animale, controlli veterinari sugli alimenti di origine animale provenienti da Paesi UE;
- attività di controllo ispettivo e campionamento dei "materiali ed oggetti a contatto con gli alimenti" (M.O.C.A.).

U.O.C. SERVIZIO VETERINARIO IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECNICHE (VET-C)

Il Servizio Veterinario Igiene degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche (VET.C), avvalendosi delle attività svolte dalla **U.O.S. Vet-C**, garantisce e tutela la salute dei cittadini attraverso l'erogazione di prestazioni specialistiche nel campo dell'igiene della filiera zootecnica attraverso la vigilanza e controllo dei rischi derivanti dalla presenza di contaminanti ambientali, residui di farmaci e sostanze illecite sulle produzioni primarie, controllo del benessere animale ai fini della salvaguardia della salute pubblica, le cui competenze sono:

- controllo e vigilanza sulla distribuzione ed impiego del farmaco veterinario e programmi per la ricerca dei residui di trattamenti illeciti o impropri, studio degli eventi avversi potenzialmente associati al trattamento farmacologico, al fine di valutarne l'incidenza e identificarne il relativo rapporto di causalità;
- controllo e vigilanza sulla riproduzione animale;
- vigilanza e controllo sulla produzione, trasporto, commercializzazione e somministrazione alimenti compresi quelli medicati, destinati agli animali da reddito e da affezione;
- vigilanza sui presidi e istituzioni veterinarie pubbliche e private, sulla professione e sulle attività para veterinarie (tolettature, vendita di animali da affezione);
- vigilanza e controllo degli animali e delle strutture utilizzati a fini sperimentali o scientifici;
- controllo e vigilanza sulla raccolta, il trasporto, il magazzinaggio, la manipolazione, la trasformazione, l'uso o l'eliminazione dei sottoprodotti di origine animale (SOA);
- monitoraggio ai fini della classificazione delle acque e delle produzioni negli impianti di molluschicoltura;
- vigilanza e controllo dell'igiene nella filiera zootecnica, vigilanza e controllo dei rischi derivanti dalla presenza di contaminanti ambientali, residui di farmaci e sostanze illecite nelle produzioni primarie;
- vigilanza e controllo sulle attività di riproduzione animale;
- vigilanza e controllo sulla produzione latte;
- rilascio nulla osta per l'autorizzazione al commercio all'ingrosso di farmaci veterinari, rilascio autorizzazione alla detenzione di scorte di farmaci per uso veterinario;
- validazione e controllo dei registri degli interventi terapeutici, vigilanza e controllo sul corretto impiego dei farmaci e sul rispetto dei tempi di sospensione, ricerca dei residui di farmaci e di contaminanti ambientali, repressione dei trattamenti illeciti o comunque non consentiti;
- rilascio parere finalizzato all'autorizzazione per la produzione di mangimi in aziende articolo 10 Reg. CE 183/2005, rilascio parere finalizzato alla produzione di mangimi medicati;
- registrazione aziende produzione, trasporto, stoccaggio, commercializzazione mangimi destinati ad animali produttori di alimenti;
- vigilanza sul benessere animale in allevamento, nei ricoveri animali, sui mezzi di trasporto, durante il trasporto e la macellazione degli animali.

U.O.C. MEDICINA DELLO SPORT

L'U.O.C. Medicina dello Sport si occupa dell'avviamento all'attività fisica attraverso una valutazione clinica e strumentale, effettuando le certificazioni di idoneità sportiva agonistica e non agonistica.

Espluca la propria missione svolgendo le seguenti attività:

- tutela sanitaria delle attività sportiva;
- interventi di educazione sanitaria indirizzati in modo particolare alla promozione dello sport e alla diffusione di una cultura che attribuisca alla pratica regolare dell'attività fisica un ruolo essenziale nell'adozione di stili di vita sani e alla prevenzione del fenomeno del doping;
- esame delle condizioni di rischio di ogni attività sportiva o motoria e valutazione degli effetti prodotti sui praticanti con azioni di orientamento;
- accertamenti iniziali, periodici e di controllo finalizzati al rilascio delle certificazioni di idoneità specifica per coloro che praticano attività sportive agonistiche in forma dilettantistica o professionistica;
- accertamenti diagnostici e interventi di sostegno in relazione a problemi fisici e psichici derivanti dalla pratica di attività sportive;
- valutazione funzionale dei praticanti attività sportive e consulenze integrative sui programmi di allenamento.

U.O.C. MEDICINA LEGALE PUBBLICA VALUTATIVA

Alla U.O.C. Medicina Legale Pubblica Valutativa sono affidate le seguenti linee di attività

- coordinamento delle attività Medico - Legali distrettuali e sovradistrettuali;
- interpretazione applicativa uniforme di norme nazionali e regionali, inerenti agli aspetti tecnici ed organizzativi delle attività medico legali;
- adozione di procedure uniformi su tutto il territorio aziendale nel rispetto delle normative delle attività di Medicina Legale;
- riassetto della rete sull' invalidità civile, in particolare con la finalità di ridurre i tempi di attesa per le visite collegiate dell'invalidità civile, dell'handicap e delle disabilità di cui alla legge 12 marzo 1999, n. 68 (Norme per il diritto al lavoro dei disabili);
- creazione di "Osservatori Medico-Legali", tesi alla gestione medico legate del contenzioso ed alla prevenzione dei conflitti, anche nell'ambito delle attività legate al rischio clinico;
- attività di consulenza in materia di responsabilità professionale e di prevenzione dei conflitti a favore delle diverse Articolazioni Aziendali;
- monitoraggio e verifica delle attività medico-legali territoriali anche in relazione alla produttività, efficienza ed efficacia delle prestazioni rese.
- attività collegiale: visite collegiali per accertamenti per invalidità civile, cecità civile, sordomutismo; accertamenti per handicap; attività certificativa;
- accertamenti per inidoneità fisica alla mansione, dispensa dal servizio per motivi di salute;
- accertamenti per riconoscimento della dipendenza da causa di servizio per dipendenti di Enti pubblici non economici; accertamenti per l'inserimento lavorativo dei soggetti disabili;
- medicina fiscale: accertamento dello stato di inabilità temporanea dei lavoratori assenti dal lavoro per malattia;
- visite per rilascio permesso/sosta a veicoli ad uso di soggetti con ridotta capacità di deambulazione;
- accertamenti per ricorso al giudizio di non idoneità al porto d'arma;
- accertamenti per idoneità psico-fisica alla guida dei veicoli;

- certificazioni per idoneità psico-fisica alla guida di veicoli e natanti;
- certificazioni per idoneità psico-fisica all'uso e alla detenzione delle armi (Certificati di idoneità all'esercizio venatorio e porto d'armi, alla custodia di armi in casa);
- certificazioni per idoneità psico-fisica; Certificazioni per idoneità psico-fisica all'adozione;
- certificazioni per idoneità psico-fisica generica al lavoro;
- certificazioni per esenzione dall'uso delle cinture di sicurezza; per accesso ai seggi speciali (elettori fisicamente impediti);
- certificazioni finalizzate al rilascio del contrassegno H (circolazione e sosta per persone disabili);
- certificazioni medico-legali richieste dai singoli cittadini o da Enti;
- visite collegiali ai fini dell'accertamento della dispensa dal servizio per inidoneità permanente o temporanea a proficuo lavoro;
- visite collegiali ai fini del riconoscimento della dipendenza delle infermità da causa di servizio, per la concessione della pensione privilegiata ordinaria e dell'equo indennizzo;
- visite collegiali per i "cambiamenti di mansioni" del Pubblico Dipendente per inidoneità fisica permanente alle mansioni;
- accertamento medico-collegiale per il ricorso contro il giudizio monocratico circa i requisiti psicofisici minimi per il rilascio ed il rinnovo dell'autorizzazione al porto di fucile per uso di caccia ed al porto d'armi per difesa personale;
- accertamento medico-collegiale per il ricorso contro il giudizio monocratico circa la valutazione del "contrassegno invalidi";
- valutazione collegiale per il riconoscimento di "Gravi Patologie" ai sensi del contratto del pubblico impiego; centri medico legali I.N.P.S.

U.O.S.D. REGISTRO TUMORI

Alla U.O.S.D. sono affidati i seguenti compiti e funzioni:

- studi di epidemiologia descrittiva (incidenza, mortalità, prevalenza, sopravvivenza in campo oncologico), studi di epidemiologia valutativa (percorsi sanitari in oncologia- valutazione impatto di interventi sanitari di prevenzione screening organizzati di popolazione);
- valutazione di indicatori di processo e di esito di interventi di sanità pubblica in campo oncologico;
- studi di epidemiologia ambientale ONE-HEALTH (possibili nessi e/o correlazioni tra cancro e criticità ambientali, governo sistema di geolocalizzazione, con dettaglio di particella censuale, non solo dei casi di incidenza e mortalità oncologica, ma dell'intera popolazione residente nell'area di riferimento al fine di permettere di individuare possibili effetti sanitari localizzati;
- studi di epidemiologia occupazionale (Studi di possibili rapporti o correlazioni tra esposizioni professionali e cancro), studio e valutazione dell'impatto determinanti sociali sulla salute della popolazione interessata, in collaborazione con tutti gli Enti Locali coinvolti;
- coordinamento studi e sviluppo metodologie al fine di monitorare gli indicatori di deprivazione sia a livello comunale sia a livello individuale;
- responsabilità dei rapporti inter-istituzionali su tutto quello che riguarda la gestione del

Registro Tumori, partecipazione agli studi di monitoraggio sullo stato della salute residente in aree definite a rischio ambientale;

- collaborazione al sistema di sorveglianza degli stili di vita della popolazione residente, con tutte le strutture deputate del Dipartimento di Prevenzione e di altre strutture coinvolte a livello aziendale (PASSI-OKKIO, PASSI D'ARGENTO, HBSC), al fine di monitorare con maggiore dettaglio territoriale i fattori di rischio delle patologie cronico degenerative ed il loro effetto confondente rispetto alle patologie ambiente correlate;
- coordinamento le attività di Trasparenza dell'azione e di pubblicità in coordinamento con l'U.O.C. Relazioni con il Pubblico.

U.O.C. COORDINAMENTO AMMINISTRATIVO

Presso il Dipartimento di Prevenzione è istituita l'U.O.C. Coordinamento Amministrativo cui sono affidate le seguenti linee di attività:

- supportare la Direzione amministrativa aziendale per tutte le attività inerenti il governo tecnico amministrativo relativamente alle attività del Dipartimento di Prevenzione;
- supportare il Direttore del Dipartimento di Prevenzione e gli altri responsabili di struttura complessa che ne fanno parte, nella gestione dei processi di programmazione e controllo dei macro-processi organizzativi di natura tecnico- amministrativa;
- espletare attività di indirizzo giuridico e di consulenza, nell'ambito di competenza, per il personale tecnico –amministrativo – professionale in dotazione al Dipartimento di Prevenzione;
- garantire consulenza giuridico amministrativa con studio, ricerca, analisi sulle problematiche proposte dalle strutture del Dipartimento di Prevenzione; valutazione e monitoraggio dei ricorsi promossi da stakeholder esterni ed interni al medesimo Dipartimento;
- coordinare tutte le attività amministrative relative al Piano della Prevenzione dell'Asl Napoli 3 Sud, monitorare e controllare il sistema informatico rilevamento presenze delle risorse umane assegnate al Dipartimento;
- supporto tecnico-amministrativo al Direttore del Dipartimento nel processo di contrattazione ai fini dell'assegnazione del Budget da assegnare al Dipartimento di Prevenzione, assicurare il supporto organizzativo e le attività di segreteria al Comitato di Coordinamento Aziendale per l'Accreditamento, al Comitato di Dipartimento e ad eventuali Conferenze di Servizio organizzate dal Direttore del Dipartimento.
- disciplinare ed assicurare tutte le attività di comunicazione interna al Dipartimento di Prevenzione, supportare il Direttore del Dipartimento nelle attività inerenti ai procedimenti disciplinari inerenti il personale del Dipartimento e nella gestione dell'Ufficio di Fatturazione del Dipartimento di Prevenzione (Fattura PA);
- supporto Amministrativo per tutte le attività Intramoenia del Personale dipendente del Dipartimento;
- gestione flusso documentale della direzione del Dipartimento (registrazione, classificazione, archiviazione, invio, ritiro e recapito della corrispondenza, analisi e distribuzione della corrispondenza in entrata, tenuta, cura ed archiviazione dei provvedimenti e di ogni altra documentazione di interesse della direzione dipartimentale);

- monitoraggio periodico delle spese sostenute per la gestione del Dipartimento;
- supportare la Direzione del dipartimento per tutte le procedure inerenti la predisposizione di determinazioni e proposte di deliberazione alla direzione generale;
- gestione sanzioni amministrative (attività di registrazioni verbali di contestazioni di violazioni amministrative, valutazioni tesi difensive proposte, audizioni, emissioni ordinanze-ingiunzioni di pagamento, di archiviazione/annullamento/revoca, costituzione in giudizio a seguito di ricorsi in opposizione presso la competente A.G. interventi udienze, proposte recupero crediti, statistiche);
- applicazione d.lgs. 194/08 e ss.mm.ii. “Disciplina delle modalità di rifinanziamento dei controlli sanitari ufficiali in attuazione del regolamento CE n.882/04”, con il quale vengono stabilite le tariffe a carico degli operatori dei settori sottoposti alla verifica di conformità alla normativa da parte delle autorità competenti, in materia di mangimi e di alimenti ed alle norme sulla salute e sul benessere animale e le modalità di riscossione di tali tariffe. Gestione contabilità, flussi informativi tra servizi e gli operatori del settore alimentari sottoposti a tale normativa, la UOC Gestione Economica Finanziaria aziendale e la Regione Campania;
- supportare il Direttore del Dipartimento per tutte le attività inerenti il Programma Triennale della Trasparenza, partecipando alla redazione ed all’aggiornamento del link aziendale del Dipartimento di Prevenzione; partecipare alla elaborazione del Piano dei Controlli esterni previsto dall’art.25 del d.lgs. n.33/2013 e ss.mm.ii.

U.O.S.D. PROMOZIONE ALLA SALUTE

L’emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da COVID-19 ha mostrato che gli interventi di Sanità Pubblica sono fondamentali per lo sviluppo economico e sociale di un Paese e che la salute di tutti dipende dalla salute di ciascuno. Il Piano nazionale della prevenzione (PNP) rappresenta la cornice comune degli obiettivi di molte delle aree rilevanti per la Sanità Pubblica. Fondamentali nella governance della prevenzione, per tutti i livelli (centrale, regionale e locale), è il ruolo svolto dalla UOSD Promozione della Salute (Clima, Ambiente, Salute) che attraverso il monitoraggio e la valutazione del PNP e dei PRP (Piani regionali della prevenzione) ne misura l’impatto sia nei processi sia negli esiti di salute. Il sistema di programmazione, monitoraggio e valutazione che caratterizza il PNP 2020-2025 e il PRP rappresenta uno degli strumenti per dare attuazione e concretezza al LEA “Prevenzione collettiva e sanità pubblica”, contestualizzando nei Macro Obiettivi programmi e relativi processi e azioni che concorrono al raggiungimento degli obiettivi di salute. Il PNP e i PRP svolgono un ruolo di governance e orientamento, favorendo il collegamento e l’integrazione tra le azioni previste da leggi, regolamenti, Piani di settore.

L’approvazione dell’Agenda 2030 ha rappresentato una evoluzione verso un approccio combinato, in cui tutti gli obiettivi tengono conto degli aspetti economici, sociali e ambientali e mirano a porre fine alla povertà, restituire la dignità alle persone e, nel contempo, a preservare la natura e l’ambiente. Il PRP 2020-2025 rafforza una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell’essere umano, della natura e dell’ambiente (One Health) che, riconoscendo che la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi sono interconnesse, promuove l’applicazione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti che hanno origine dall’interfaccia tra ambiente- animali-

ecosistemi. L'approccio One Health consente di affrontare la questione trasversale della biodiversità e della salute umana, così come il contrasto efficace all'antimicrobico-resistenza, problema crescente di dimensioni globali, o come il contrasto all'emergenza di epidemie e pandemie che trovano origine nelle manomissioni e degrado degli ecosistemi con conseguenti trasferimenti di patogeni (spillover) dalla fauna selvatica a quella domestica, con successiva trasmissione all'uomo.

ART.27 - DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

Il Dipartimento Salute Mentale (D.S.M.) è un dipartimento strutturale a direzione unica. È una macrostruttura complessa con autonomia gestionale e tecnico-organizzativa ed ha valenza di soggetto negoziale con la Direzione Aziendale.

Esso costituisce il sistema integrato di relazioni interdisciplinari, di strutture, di presidi, di operatori e di referenti territoriali e sociali che, nell'ambito della ASL, programma, promuove, attua, coordina e verifica le attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei fruitori dei servizi, al fine di assicurare la tutela della salute mentale della popolazione nell'intero ciclo di vita. Comprende i settori: Salute Mentale Adulti, Salute mentale in età evolutiva e Psicologia Clinica.

La vision del D.S.M. è promuovere la salute mentale come *“uno stato di benessere in cui ogni individuo possa realizzare il suo potenziale, affrontare il normale stress della vita, lavorare in maniera produttiva e fruttuosa e apportare un contributo alla propria comunità”* (W.H.O. 2014)

La mission del Dipartimento assistenziale per la Salute Mentale è garantire:

- continuità delle cure, personalizzazione del progetto terapeutico per tutti i pazienti ed in particolare per quelli con elevati bisogni clinici e riabilitativi, percorsi di cura a differente intensità assistenziale;
- servizi flessibili, orientati sui bisogni e sulle persone, “recovery-oriented” e organizzati in équipe multidisciplinari.
- implementazione, coordinamento e monitoraggio dei PDTA per i disturbi mentali

Il Dipartimento attua politiche ed azioni che mirano a:

- promuovere la salute mentale come aspetto della salute generale;
- garantire la realizzazione di progetti di cura centrati sui bisogni delle persone;
- tutelare i diritti delle persone sofferenti per disturbo psichico attraverso la promozione di un pieno inserimento sociale e lavorativo, utilizzando tutte le possibili forme ed iniziative disponibili sul territorio;
- garantire il libero accesso ai servizi offerti agendo per eliminare ogni forma di stigma nei confronti dei portatori di disturbi psicopatologici;
- implementare l'approccio multidisciplinare e interdisciplinare ad ogni livello della rete dei servizi dipartimentali e l'integrazione con gli altri servizi sanitari e sociali aziendali ed extra-aziendali, per favorire una risposta ai bisogni tempestiva e completa;
- aggiornare costantemente la formazione dei propri operatori secondo i principi dell'EBM e del EBN, in accordo con il progresso delle conoscenze scientifiche
- agire promuovendo cambiamenti positivi nei determinanti sociali della salute mentale (demografici, economici, vicinato ambientali, sociali e culturali).

Al fine di garantire la prevenzione, cura e riabilitazione del disagio psichico, nell'ambito territoriale dell'Azienda, il D.S.M. assicura quanto previsto dal D.P.C.M. 12 Gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502).

Utenti ad alta intensità assistenziale.

In salute mentale lo sviluppo di percorsi di cura è ancora più necessario che in altre aree della medicina in quanto la variabilità dei trattamenti, fermo restando la personalizzazione degli stessi, risulta molto pronunciata. L'intensità assistenziale non è determinata meramente dalla diagnosi ma dal grado di gravità manifestato e dalle risorse necessarie per raggiungere il più alto grado di recovery personale dell'utente.

Il D.S.M. propone e realizza le azioni, riportate di seguito, per la gestione degli utenti ad alta intensità assistenziale:

- facilita l'accessibilità alle strutture del DSM dei cittadini, in particolare dei giovani, con disturbi psichici e stati mentali a rischio, al fine di favorire una valutazione ed un trattamento tempestivi ed il più precoci possibili;
- la presa in carico dell'utente con disturbo mentale grave e dei suoi familiari avviene con l'elaborazione del Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP) individuando il case manager e le figure professionali che comporranno l'equipe multidisciplinare che gestirà il percorso di cura dell'utente, in applicazione dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali implementati per lo specifico disturbo;
- il lavoro di rete costituisce un metodo di essenziale importanza, anche utilizzando strumenti di esplorazione delle reti sociali informali (naturali) e formali (servizi), nell'ambito della presa in carico del paziente complesso e dell'integrazione dei trattamenti;
- l'equipe multidisciplinare effettua una completa valutazione multi professionale dei problemi clinici e psicologici, familiari e sociali;
- la realizzazione del PTRP non è confinata agli spazi del D.S.M., ma si predilige massimamente la possibilità di offrire percorsi di cura nei luoghi di vita, di formazione, di lavoro e in ogni altro ambito o contesto sociale che permetta l'inserimento degli utenti;
- a tutti gli utenti inseriti in PTRP sono erogati interventi terapeutici e riabilitativi di supporto al lavoro e allo studio, basati sulle evidenze;
- a tutti gli utenti è assicurato il monitoraggio e la sicurezza dei trattamenti psicofarmacologici in ogni fase della cura;
- nella fase di mantenimento e promozione del recupero psicosociale i pazienti con disturbo mentale ricevono all'interno del DSM un trattamento continuativo, di natura multidisciplinare.

Il D.S.M. ha elaborato, per garantire tutto quanto sopra, il percorso assistenziale per utenti con disturbi dello spettro schizofrenico approvato con la delibera aziendale 552/2022 "Presenza d'atto ed approvazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per i disturbi dello spettro schizofrenico".

Esordi psicopatologici

È fondamentale dedicare particolare attenzione all'intercettazione delle persone al loro esordio psicopatologico o, ancora meglio, nelle fasi prodromiche dello stesso. Il D.S.M. si è dotato del PDTA

per gli esordi psicotici, approvato con la Delibera aziendale 551/2022 “Presenza d'atto ed approvazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per gli esordi psicotici”, per fornire modelli omogenei di presa in carico precoce per i propri cittadini.

Disturbi del Comportamento Alimentare.

Il D.S.M. si occupa della prevenzione, cura e riabilitazione degli utenti affetti da disturbi del comportamento alimentare. Il D.S.M. promuove attività di informazione e prevenzione primaria nella comunità. Presso gli “Sportelli DCA”, organizzati all’interno del dipartimento stesso, i cittadini possono rivolgersi liberamente per ricevere informazioni sui DCA e/o una preliminare valutazione della loro condizione ed essere avviati a valutazioni e percorsi successivi specifici, nel caso di sussistenza di una condizione clinica significativa. La presa in carico e la gestione di utenti con DCA prevede l’elaborazione del PTRP multidisciplinare in cui si effettua la valutazione globale dei bisogni di cura e gli interventi per affrontarli. Il DSM garantisce gli interventi territoriali, semiresidenziali e residenziali. Si intende realizzare un polo unico specialistico che comprende una struttura residenziale con 6 posti letto, un centro diurno con 10 posti letto ed ambulatori dedicati di alta specializzazione.

Disturbi ad alta incidenza e prevalenza

Il D.S.M. utilizza la metodica dell’assunzione in cura per trattare i disturbi ad alta incidenza e prevalenza come disturbi dello spettro ansioso, le distimie, le sindromi da disadattamento. Il modello dell’assunzione in cura è rivolto a questi utenti che hanno bisogno di interventi specialistici ma non di interventi complessi e multiprofessionali.

Utenti autori di reato

In applicazione della normativa vigente il D.S.M. elabora progetti terapeutici e di presa in carico per i propri utenti autori di reato. Mantiene costanti rapporti con l’autorità giudiziaria, con i tribunali e con tutti gli enti coinvolti nella cura e nella gestione delle misure di sicurezza di ogni tipo secondo il principio della massima collaborazione e del rispetto del ruolo e dell’autonomia di ognuno degli enti coinvolti nella gestione dei cittadini affetti da disagio mentale ed autori di reato.

Emergenza psichiatrica

In ottemperanza a tutte le normative che nel tempo hanno disciplinato la gestione degli interventi in emergenza in caso di acuzie per problemi psicopatologici, il D.S.M. garantisce consulenze specialistiche di secondo livello per tutti i cittadini adulti attraverso le proprie articolazioni, durante il loro orario di apertura, ai pronto soccorso aziendali ed anche ai reparti dei presidi ospedalieri. Il SPDC garantisce la consulenza specialistica, anche finalizzata all’eventuale ricovero, nell’arco delle 24h e nei giorni diurni e festivi. È stato stipulato idoneo protocollo, come previsto dalle normative, con le articolazioni aziendali coinvolte nella gestione dell’emergenza.

Integrazione Socio-Sanitaria

Tutte le prestazioni erogate dal D.S.M. sono, per definizione (D.P.C.M. 29 novembre 2001, D.P.C.M. 12 gennaio 2017), prestazioni ad alta integrazione socio-sanitaria a prevalenza sanitaria o sociale. L’implementazione dei PTRP prevede la valutazione ed approvazione in seno alla Commissione di Valutazione Integrata (U.V.I.), organo distrettuale a cui partecipano tutti gli attori chiamati a realizzare il progetto terapeutico definito per l’utente. L’elaborazione del progetto terapeutico in commissione UVI non è affatto intesa come la mera compartecipazione della spesa ma, piuttosto, come lo spazio dove porre in sinergia tutte le risorse che possono concorrere al processo di recovery

dell'utente anche in funzione di nuovi modelli assistenziali.

Attività di riabilitazione del DSM

La riabilitazione psichiatrica costituisce parte fondante dei programmi terapeutici del DSM. I percorsi riabilitativi possono essere realizzati all'interno del D.S.M. e/o avvalendosi di strutture del privato sociale. Sono programmati 80 posti letto residenziali (Strutture Residenziali) e 151 posti letto per attività semiresidenziali (Centri Diurni) a gestione diretta. Essi sono gestiti con un coordinamento funzionale dipartimentale. Le strutture residenziali (SR) del D.S.M. sono considerate, in termini funzionali, come un unico service aziendale per la gestione della disponibilità dei posti letto, con una lista d'attesa unica coordinata dal Direttore del D.S.M. o da un suo delegato. La continuità terapeutica è un indice di qualità dell'intervento che questo Dipartimento assicura richiedendo che i PTRP di ogni utente siano sottoposti a verifica costante per la valutazione dei risultati raggiunti e per mantenere un livello di appropriatezza più alto possibile. La verifica prevede visite dell'équipe presso la sede di realizzazione del PTRP. La gestione delle stesse e l'organizzazione dei modelli operativi è affidata al personale del Dipartimento.

I Centri Diurni del D.S.M. forniscono interventi riabilitativi di tipo semiresidenziale. Il panorama delle attività offerte è molto variegato in funzione della formazione e delle attitudini degli operatori dedicati. Le attività riabilitative sono sostenute da tecniche ed interventi basati sull'evidenza scientifica.

Salute mentale dell'età evolutiva

Il D.S.M. tutela con azioni di prevenzione e cura la salute mentale in età evolutiva e garantisce la transizione e la continuità della cura nella fase adulta, e si occupa:

- della prevenzione, diagnosi, e cura delle patologie neurologiche, dei disturbi dello sviluppo affettivo e relazionale, delle patologie della sfera cognitiva e dei disturbi neuropsicologici;
- della presa in carico terapeutica e riabilitativa dei soggetti in età evolutiva con la redazione del programma terapeutico;
- della valutazione del bisogno riabilitativo e definizione del progetto di presa in carico globale individualizzato della persona con programmi terapeutici abilitativi, riabilitativi e socio-riabilitativi, attuazione, monitoraggio degli interventi e valutazione dei risultati, in raccordo con le altre articolazioni aziendali;
- dell'integrazione scolastica degli alunni disabili ai sensi della normativa vigente (Diagnosi Funzionale, Profilo Dinamico Funzionale, PEI, partecipazione ai GLH);
- della partecipazione alla Valutazione Integrata per l'accesso ai servizi sociosanitari, e per l'elaborazione del PAI (Piano Assistenziale Individuale);
- della formazione e informazione alla famiglia e all'ambiente sociale del minore per una efficace gestione delle sue problematiche;
- dell'integrazione operativa con le U.O.C.SM e le altre articolazioni aziendali distrettuali per l'età adulta per garantire la transizione e la continuità dei percorsi assistenziali, al compimento del 18° anno di età dei soggetti con disturbi psichiatrici e disabilità neuropsichiatriche dei Disturbi dello spettro dell'Autismo (DSA).

Il DSM, essendo un dipartimento strutturale, negozia il budget con la Direzione Strategica per poter garantire l'erogazione delle prestazioni previste dai LEA. Per la gestione del budget, quindi, è svolta un'intensa attività di programmazione e monitoraggio della spesa. Il DSM si è dotato di alcuni

sistemi di controllo per verificare l'acquisto delle prestazioni dal privato sociale in quanto l'acquisizione delle prestazioni per la realizzazione del PTRP avviene con contratti stipulati per singolo utente.

Tutta l'utenza del DSM è registrata in una piattaforma informatica. Il sistema garantisce la produzione dei flussi informativi, verso la Regione, per il Sistema Informativo Salute Mentale (SISM).

U.O.C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E ADOLESCENZA (N.P.I.A.)

La U.O.C. ha l'obiettivo di garantire l'omogeneità negli orientamenti e nei modelli di funzionamento e negli assetti organizzativi.

Coerentemente con quanto previsto dalle norme legislative vigenti, per assicurare l'esercizio unitario e omogeneo di programmi uniformi e appropriati di cura e di assistenza per i minori con problematiche neuropsichiatriche o con disabilità, l'Azienda realizza 6 Nuclei territoriali di Neuropsichiatria Infantile e Adolescenziaria a competenza inter-distrettuale, con un bacino di popolazione di riferimento non superiore ai 200.000 abitanti.

Il singolo Nucleo territoriale di N.P.I.A. deve assicurare le attività e gli interventi per la tutela della salute mentale, cura e sostegno al benessere psicologico e abilitazione dell'età evolutiva, esercita funzioni di prevenzione, tutela, diagnosi, cura, abilitazione, inserimento scolastico e sociale dei soggetti in età evolutiva (0-18 anni) che presentano disabilità, disturbi di tipo neurologico, neuropsicologico, psichiatrico, e dello sviluppo, nonché situazioni di disagio psico-sociale e relazionale.

U.O.S. CENTRO PER I DISTURBI DELLO SPETTRO DELL'AUTISMO

Gli Obiettivi del Centro Aziendale per l'Autismo, denominato "L'Airone Blu" sono:

- razionalizzare i percorsi PDTA in base all'evidenza scientifica e secondo il criterio dell'appropriatezza diagnostica e prescrittiva, promuovendo uno stile di lavoro integrato e multidisciplinare, che assicuri una diagnosi precoce, premessa per il riconoscimento e la presa in carico tempestiva;
- ridurre la mobilità passiva degli utenti e delle loro famiglie;
- attuare una presa in carico diretta e precoce attraverso un progetto terapeutico riabilitativo caratterizzato da interventi multimodali ed intensivi.

U.O.S. PREVENZIONE, DIAGNOSI E TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO

I disturbi del neurosviluppo si manifestano nelle prime fasi dello sviluppo e sono caratterizzati da deficit del funzionamento personale, sociale, scolastico o lavorativo. Il deficit varia da limitazioni molto specifiche dell'apprendimento fino alla compromissione globale delle abilità sociali e dell'intelligenza. Nei disturbi del neurosviluppo sono stati inseriti la disabilità intellettiva, i disturbi della comunicazione, il disturbo da deficit di attenzione/iperattività, il disturbo specifico dell'apprendimento. L'unità operativa assicura la prevenzione, la diagnosi e il trattamento delle disabilità correlate ai deficit suddetti nei minori e negli adulti. Collabora con tutta la rete dei servizi territoriali e dipartimentali. Da essa dipendono le unità logopediche a valenza sovradistrettuale che operano in stretta collaborazione con i nuclei di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza.

La U.O.S. assicura:

- lo screening uditivo neonatale di II livello;

- la diagnosi precoce ed il trattamento del disturbo specifico dell'apprendimento nell'età evolutiva;
- la diagnosi del disturbo dell'apprendimento in età adulta (>18 anni);
- la valutazione foniatrica per disturbi della comunicazione, linguaggio e voce in età evolutiva ed adulta;
- il trattamento riabilitativo logopedico nei minori con disturbi del neurosviluppo;
- la valutazione per l'erogazione di strumenti protesici ed ausili per persone con disturbi del neurosviluppo;
- attività formative ed informative di prevenzione sul territorio aziendale.

Unità Operative Complesse per la Salute Mentale degli adulti

Le UU.OO.CC. S.M. sono strutture complesse con competenza distrettuale e/o pluridistrettuale; partecipano a tutte le attività distrettuali ed interdistrettuali che si configurano contigue con la tutela della Salute Mentale, attivando forme di integrazione con le altre UU.OO del Distretto e degli Ambiti Sociosanitari. All'interno delle UU.OO.CC. territoriali è prevista l'allocazione di strutture semplici, che, opportunamente, garantiranno sul territorio la risposta a problemi complessi che riguardano l'utenza già in carico al DSM e l'emergere di nuove condizioni di disagio mentale anche in funzione delle caratteristiche del territorio aziendale.

Di seguito si elencano le caratteristiche di queste strutture:

UU.OO.SS. Gestione Strutture residenziali e semiresidenziali e coordinamento delle attività riabilitative e dei piani terapeutici personalizzati (PTRP). Assicurano funzioni volte alla riabilitazione psico-sociale di tutti gli utenti afferenti al territorio di competenza e ha la responsabilità della gestione della struttura residenziale e/o del centro diurno.

Le UU.OO.SS.C.S.M. monitorano e coordinano i progetti secondo la tipologia dei bisogni dei singoli assistiti, fermo restando la presa in carico da parte dell'equipe multidisciplinare, anche per i progetti realizzati da strutture accreditate e dal privato sociale del terzo settore. Tali progetti sono attivati sia in sede sia all'esterno.

L'obiettivo del DSM è garantire la facile accessibilità ai processi di cura e equità nella loro fruizione su tutto il territorio aziendale. Per assicurare l'erogazione dei LEA e favorire l'accesso dei cittadini con problemi di salute mentale in ogni Distretto Sanitario.

U.O.S.D. SERVIZIO PSICHIATRICO PER LA DIAGNOSI E LA CURA (SPDC)

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è una Unità Operativa Semplice a valenza dipartimentale. Il Servizio si occupa della cura e dell'assistenza di persone con disturbo psichico in fase acuta e che necessita di ricovero in ambiente ospedaliero. Garantisce i ricoveri volontari, ricoveri in trattamento sanitario obbligatorio (TSO) e attività di consulenza urgente attraverso l'accesso al Pronto Soccorso. Svolge anche attività di approfondimento diagnostico e supporto alle modifiche dei piani terapeutici ove sia necessario il ricovero ai fini dell'osservazione. Agisce in stretta connessione con le articolazioni territoriali in osservanza del principio delle continuità delle cure, condividendo costantemente le scelte terapeutiche.

Sono previsti **2 SPDC**, uno allocato nel P.O. di Boscotrecase ed uno allocato nel P.O. di Nola.

U.O.S.D. COORDINAMENTO GESTIONE E MONITORAGGIO PROGETTI TERAPEUTICI RIABILITATIVI PERSONALIZZATI (PTRP)

Il moderno assetto dipartimentale richiede che l'organizzazione e lo svolgimento delle proprie attività interfacci una pluralità di soggetti erogatori di prestazioni di Salute Mentale. Essi sono presenti sia in territorio regionale sia in quello extraregionale e sono regolati da una molteplicità di norme e criteri dettati dai SS.SS.RR. La struttura garantisce le seguenti attività:

- Analisi e monitoraggio della documentazione autorizzativa e di accreditamento delle strutture private accreditate insistenti sul territorio regionale ed extra-regionale;
- monitoraggio e supporto per la gestione del budget assegnato al DSM;
- supporto alle procedure amministrative per l'acquisto e la liquidazione delle prestazioni effettuate dalle Strutture Private Accreditate.

Tutte le attività sono svolte a supporto delle UU.OO.CC. del Dipartimento per la Salute Mentale.

U.O.S.D. PSICOLOGIA

Definisce, negli ambiti di propria competenza, apposite procedure operative e protocolli d'intervento inerenti alle attività psicologiche effettuate nel D.S.M. Coordina le attività, garantendo livelli uniformi di assistenza psicologica in tutte le articolazioni strutturali dipartimentali. Gli ambiti in cui declina le proprie azioni sono quello sociale, educativo e biomedico.

ART.28 - DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

Il Dipartimento delle Dipendenze rappresenta la soluzione organizzativa atta a garantire, sia a livello intra-aziendale che a livello extra-aziendale, forma e concretezza al nuovo paradigma della cultura della progettazione nell'ambito delle dipendenze da sostanze e comportamentali.

L'evoluzione della problematica delle dipendenze, da quella legata alle sostanze stupefacenti tradizionali, quali eroina, cocaina, acidi, alle dipendenze da alcol, tabacco e da farmaci, a quelle comportamentali compulsive e additive quali il gambling, sesso compulsivo, shopping compulsivo, ecc.), ha comportato la necessità di una rinnovata organizzazione in grado intercettare i bisogni ed offrire risposte idonee, assumendo strumenti diversificati, proponendo accessi facilitati, nel rispetto della privacy del paziente, al fine di ottenere una buona compliance terapeutica. Inoltre, l'estensione delle dipendenze a nuove fasce di popolazione, specie i minori, e a nuovi ambiti sociali e di genere, la difficile identificazione della dipendenza in quanto tale rendono ragione della necessità di una revisione della mission che sia sempre di più "esterna" ai luoghi classici di cura.

Il Dipartimento delle Dipendenze è un Dipartimento Strutturale, necessariamente orientato alla rete territoriale, per sviluppare forti sinergie con le famiglie, le scuole, i servizi sociali, gli ambiti coinvolgendo i cittadini in generale, in maniera trasversale. Il dipartimento e le sue articolazioni operative territoriali diventano un patrimonio della popolazione di riferimento sia per gli aspetti sociali, sia per quelli sanitari, inseriti anche nelle attività di contrasto da parte delle autorità competenti (sotto il profilo sia educativo, sia preventivo), con strumenti efficaci di comunicazione attraverso programmi permanenti di informazione e sensibilizzazione.

La rilevanza dell'impatto sociale delle dipendenze e dell'azione dannosa prodotta a livello somatico,

comporta deterioramenti irreversibili delle funzioni cognitive, comportamentali, psichiche, esecutive e sociali, che rendono ragione di una nuova e impellente necessità di affrontare il problema della dipendenza con una nuova intensità e nuove motivazioni.

Il Dipartimento delle Dipendenze pertanto acquista una nuova identità, complessità e responsabilità nella gestione del soggetto con dipendenza patologica. Per tale motivo i Ser.D. operano in un contesto organizzativo unitario, nell'esecuzione di processi assistenziali, diagnostici, terapeutici e riabilitativi basati su evidenze scientifiche, di cui il Dipartimento si fa garante sotto l'aspetto tecnico-scientifico ed organizzativo. Gli strumenti operativi, PDTA e PTRI, assicurano la presa in carico globale del paziente e del nucleo familiare ove necessario, nel contesto di lavoro ove possibile, non trascurando l'obiettivo dell'uscita dal processo di cura e riabilitazione, con il superamento dell'idea che la dipendenza sia cronica ed irreversibile.

Il Dipartimento ha come finalità generale quella di sviluppare una serie di azioni concertate e coordinate nell'area ad elevata integrazione socio-sanitaria delle dipendenze da sostanze psicoattive e da comportamenti additivi, tendenti a perseguire gli obiettivi della politica socio-sanitaria regionale ed aziendale. Per le caratteristiche rapidamente evolutive delle forme di dipendenza, è necessario una forte flessibilità organizzativa nel contesto del Dipartimento e dei Ser. D. Il Dipartimento assicura l'acquisto e la liquidazione delle prestazioni effettuate dalle Strutture Private Accreditate.

Gli obiettivi del Dipartimento sono:

- collaborazione con la Direzione Strategica, e le altre Strutture coinvolte nella definizione della programmazione sanitaria e socio-sanitaria aziendale per l'area delle dipendenze patologiche, in coerenza con la programmazione strategica regionale e, in raccordo con le competenti Strutture, in interrelazione con la programmazione dell'attività distrettuale e territoriale, per la definizione dell'analoga programmazione sanitaria e socio-sanitaria territoriale;
- funzioni propositive e tecnico-consultive in collaborazione con le altre Strutture Dipartimentali nonché la U.O.C. Socio Sanitario e altre strutture aziendali interessate, per la definizione dei percorsi di prevenzione ed assistenza, nonché del miglioramento delle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nell'area delle dipendenze patologiche, dell'integrazione interprofessionale, dell'accesso alle prestazioni, della continuità assistenziale e dell'appropriatezza del ricorso ai servizi sociosanitari in stretto raccordo con le funzioni socio sanitarie territoriali;
- gestione dei trattamenti psichiatrici, psicoterapeutici e farmacologici rivolti a pazienti in doppia diagnosi in collaborazione con il D.S.M., interventi mirati su fasce specifiche di bisogno assistenziale, autorizzazioni al ricovero terapeutico ed interventi di urgenza (in collaborazione con le altre Strutture competenti). È stato promosso, a riguardo, un approccio di valutazione multidimensionale e di interventi interdipartimentali (Dipendenze, Salute Mentale), formalizzato attraverso la stesura del P.D.T.A. rivolto ad utenti con problematiche di dipendenza e comorbidità psichiatrica;
- certificazioni dello stato di dipendenza e/o di assenza di dipendenza per lavoratori a rischio; definizione e aggiornamento progetti terapeutici personalizzati con eventuale interrelazione con altre Strutture, in raccordo con gli altri Dipartimenti per la gestione delle procedure di

autorizzazione necessarie agli inserimenti in strutture regionali o extra regione, secondo la regolamentazione aziendale e della relativa gestione dei rapporti con le strutture;

- attività di raccordo con le Strutture SPDC e le strutture ospedaliere e/o residenziali di riferimento finalizzate a garantire la continuità assistenziale, concordare programmi terapeutici e relativi aggiornamenti, modalità e tempi di dimissione dei pazienti interessati da problematiche di dipendenza;
- attività di raccordo con il Dipartimento di Prevenzione per la pianificazione gestione e rendicontazione dei programmi di prevenzione regionale e aziendali nel rispetto della vision del PNP e del PRP 2020-2025, che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (One Health);
- presa in carico di utenti con problematiche di uso, abuso e dipendenza da sostanze sia farmacologiche che non (Internet addiction, gioco d'azzardo patologico, gaming).

Le aree della dipendenza e degli abusi ricomprendono le patologie da:

- sostanze stupefacenti;
- abuso d'alcool;
- abuso di farmaci non prescritti;
- tabagismo;
- comportamenti compulsivi.

Il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) rappresenta un'area di particolare interesse per la quale:

- una rete di assistenza che agisce adottando l'approccio integrato con presa in carico globale dell'assistito;
- accoglienza e consulenza attraverso azioni potenziate e qualificate realizzando ulteriori interventi personalizzati, diversificati e coordinati, per la prevenzione - cura e riabilitazione con possibilità di recupero delle persone affette da tale disturbo compulsivo;
- istituzione di un Osservatorio aziendale sui disturbi da dipendenza, in raccordo con l'Osservatorio regionale, con funzione di sostegno delle attività di rete e di raccolta dati;
- integrazione con le agenzie del territorio e le associazioni di settore, azione di sensibilizzazione ed informazione sulla necessità di individuare ogni possibile condizione di rischio e vulnerabilità, nonché la presenza di sintomi "sentinella" che consentano di porre con tempestività la diagnosi e di intraprendere il trattamento precocemente;
- Sono state stilate, inoltre, delle linee di indirizzo tecnico-scientifiche attraverso la sistematizzazione delle stesse nel P.D.T.A. delibera n.9 del 07.01.2021, per migliorare l'assistenza dei cittadini con dipendenza da "Gioco d'azzardo patologico".

L'alcoolismo risulta in crescita, specie tra i giovani, per i quali l'alcool costituisce la prima e più reperibile sostanza d'abuso nel gruppo dei pari, ricalcando quei modelli comportamentali prima ritenuti esclusivi dei paesi centro e nord europei.

Fermo restando che i pazienti con diagnosi di Disturbo da Uso di Alcool con problematiche a bassa intensità di cura, afferiscono ai servizi territoriali, mentre, i casi più complessi vengono seguiti dalla UOS di Alcologia.

La Rete Aziendale dei Servizi si compone di n.5 Unità Operative Complesse con sedi a:

- U.O.C. Ser. D. Castellammare di Stabia/Sorrento;
- U.O.C. Ser. D. Torre Annunziata;

- U.O.C. Ser. D. Torre del Greco;
- U.O.C. Ser. D. Nola;
- U.O.C. Ser. D. Somma Vesuviana.

Afferiscono n. 3 UU.OO.SS.DD.:

- U.O.S.D. Gioco patologico;
- U.O.S.D. Alcologia;
- U.O.S.D. Osservatorio dipendenze.

Alla UOSD Osservatorio Dipendenze sono affidate le seguenti linee di attività:

- azione di prevenzione universale e selettiva sul territorio anche con ausilio di Unità di Strada (riduzione del rischio RdS e riduzione del danno RdD);
- attività di riabilitazione, sia attraverso invio in strutture residenziali che semiresidenziali, sia attraverso gruppi terapeutico-riabilitativo (cocaina, alcolismo, G.d.A.);
- osservatorio di prevenzione territoriale in integrazione con Enti locali, associazioni di terzo settore, scuole, forze dell'Ordine;
- centro antifumo aziendale per la presa e cura di pazienti con problematiche di uso, abuso e dipendenza da tabacco.

ART.35 - MALATTIE RARE

In Europa una malattia si definisce "RARA" quando colpisce non più di 5 individui ogni 10mila persone. Si tratta principalmente di malattie genetiche/ereditarie, malformazioni congenite, malattie del sistema immunitario, tumori rari, che si presentano maggiormente, ma non esclusivamente in età pediatrica.

Il Regolamento Europeo 141/2000/CE ha dato avvio alla fase di definizione di interventi atti a ridurre il disagio dei malati rari e aumentare la disponibilità di ausili farmacologici, diagnostici e tecnici che ne migliorassero la qualità della vita. L'applicazione del regolamento è progredita da allora diversamente in qualità e quantità nei paesi membri.

In Italia il D. M. 279/2001, ad oggetto: "Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie, ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera b), del d. lgs. 29 aprile 1998, n. 124", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 160 del 12-7-2001 - Suppl. Ordinario, ha disposto una serie di interventi a livello nazionale, tra cui la realizzazione di una rete nazionale costituita da Presidi, appositamente individuati dalle Regioni per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia.

La delibera n° 5 del 16/01/2017 della Giunta Regione Campania ("Riorganizzazione del Centro di Coordinamento Regionale Malattie Rare e Registro Regionale Malattie Rare"), a modifica del DGCR n° 2109 del 31/12/2008, ha disposto assegnazione della sede del Centro di Coordinamento Malattie Rare (CCMR) Regione Campania presso l'Ospedale Monaldi, A.O. dei Colli, Napoli. Al CCMR si affidano i compiti previsti dal decreto ministeriale 279/2001, dall'accordo del 10/05/2007 tra Governo, Regioni e province autonome di Trento e Bolzano, e dal DPCM LEA del 12/01/2017.

L'ASL Napoli 3 Sud non è inserita nella Rete delle Malattie Rare, tuttavia ad essa afferiscono oltre 5.183 pazienti con M.R. di cui 968 in età inferiore ai 18 anni e 4.215 in età superiore ai 18 anni con

una prevalenza dello 0,50% sulla popolazione totale.

ART.36 - LE RETI ASSISTENZIALI

RETE ONCOLOGICA

La Rete Oncologica aziendale ha l'obiettivo di aumentare la sopravvivenza oncologica e di migliorare la qualità di vita dei pazienti affetti da cancro afferenti alla propria area di riferimento.

Essa è strutturata alla luce dei principi enunciati nel D.C.A. n.98 del 20.09.2016 che ne sancisce l'istituzione e ne delinea la programmazione. Sulla scorta di tale Decreto e dei successivi atti (tra cui il D.C.A. n.58 del 04/07/2019 e la D.G.R.C. n.477 del 4/11/2021) sono stati identificati i Centri Oncologici di Riferimento Polispecialistici (CORP) e i Centri Oncologici di Riferimento Polispecialistici Universitari (CORPUS), i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (P.D.T.A.) specifici per tipologia di neoplasia, i Gruppi Oncologici Multidisciplinari (G.O.M.), e i Case Manager.

Con il D.C.A. n.8/2019, inizialmente, e la D.G.R.C. n.477/2021, successivamente, sono state inoltre individuate, tra le altre strutture regionali di diagnosi e cura, anche PP.OO. dell'Azienda abilitati ai trattamenti chirurgici di specifiche sedi di neoplasie, per un periodo transitorio di valutazione riferito al 2022/2024.

Nell'Azienda sono attivi da anni i programmi di screening oncologici gratuiti per la prevenzione del:

- tumore del collo dell'utero,
- tumore della mammella
- tumore del colon-retto.

Tali programmi propongono controlli programmati alle donne e agli uomini nelle fasce di età in cui il rischio di ammalarsi è più elevato rispetto alla popolazione generale e più alta è anche la possibilità di diagnosi precoce e di cure più efficaci.

L'Azienda ha elaborato i PDTA sia per le neoplasie per le quali è stata abilitata ad erogare trattamenti chirurgici presso i propri presidi, che per quelle per le quali le attività chirurgiche vengono espletate presso CORP/CORPUS di riferimento.

Sono attualmente attivi:

- protocolli operativi interaziendali con altrettanti CORP/CORPUS (AOU Federico II di Napoli, IRCCS Pascale, AORN Cardarelli, AOU Vanvitelli Campania, Ospedale del Mare-Napoli);
- P.D.T.A. specifici per neoplasia; per alcuni di questi l'Azienda eroga anche il secondo livello;
- Gruppi Oncologici Multidisciplinari interaziendali ognuno dotato di un proprio Case Manager.

Di seguito i dettagli:

- PDTA per i tumori dello stomaco, colon-retto, con sede delle attività chirurgiche e del GOM presso il PO di Castellammare;
- PDTA per i tumori della mammella e dei tumori eredo familiari, con sede delle attività chirurgiche e del GOM presso il PO Area Nolana (Nola I Pollena);
- PDTA dei Tumori della cervice uterina e dell'endometrio, con sede delle attività chirurgiche e del GOM presso il PO di Nola;
- PDTA dei Tumori dell'ovaio con sede delle attività chirurgiche presso l'AOU Federico II di Napoli e sede del GOM presso il PO di Nola.

Tutti i PDTA sopra indicati ed i relativi GOM interaziendali sono gestiti in collaborazione e protocollo di intesa con l'AOU Federico II di Napoli.

- PDTA per i tumori del rene, vescica prostata e testicolo con sede delle attività chirurgiche presso l'IRCCS Pascale – Napoli e del GOM presso il PO di Castellammare;
- PDTA per i tumori del Distretto Testa Collo con sede delle attività chirurgiche e del GOM presso il PO di Castellammare;
- PDTA per i tumori della tiroide con sede delle attività chirurgiche e del GOM presso il PO di Nola;

I PDTA di cui ai punti 5, 6 e 7 ed i relativi GOM sono gestiti in collaborazione e protocollo di intesa con l'IRCCS Pascale di Napoli

- PDTA per i tumori del pancreas e del fegato con sede delle attività chirurgiche presso l'AORN Cardarelli di Napoli e del GOM presso il PO di Castellammare;
- PDTA per i trattamenti non chirurgici dei tumori del fegato (termoablazione) con sede delle attività e del GOM presso il PO di Castellammare;

I PDTA di cui ai punti 8 e 9 ed il relativo GOM unificato sono gestiti in collaborazione e protocollo di intesa con l'AORN Cardarelli di Napoli;

- PDTA melanomi della cute con sede delle attività chirurgiche e del GOM presso il PO di Pollena;

Tale PDTA ed il relativo GOM sono gestiti in collaborazione e protocollo di intesa con l'AOU Vanvitelli Campania

- PDTA per i tumori del SNC e del polmone con sede delle attività chirurgiche presso l'Ospedale del Mare ed i GOM allocati rispettivamente presso il PO di Nola ed il PO di Boscotrecase;

Tali PDTA ed i relativi GOM sono gestiti in collaborazione con l'ASL Napoli 1 Centro - Ospedale Del Mare con specifici protocolli di intesa.

Tutti i PDTA sono implementati prevedendo diversi scenari operativi in relazione alle diverse esigenze di tipo diagnostico, stadiativo, terapeutico con cui la patologia possa presentarsi, così come di seguito riportato:

- diagnostico/Stadiativo per Persone con sospetto di neoplasia;
- terapeutico per Persone con neoplasia accertata, sia in fase precoce che avanzata;
- follow-up per Persone con neoplasia pregressa;

L'attuale strutturazione dei P.D.T.A. Aziendali prevede l'attivazione, o potenziamento, di una serie di servizi a monte ed a valle degli stessi P.D.T.A., quali le attività di diagnostica di secondo livello:

- laboratorio di anatomia patologica;
- centri aziendali di colonscopie;
- centri territoriali di colposcopie con sistema centralizzato di prenotazione;
- centri territoriali di diagnosi interventistica di secondo livello del tumore della mammella, quali agoaspirati, *core biopsy* e *mammotome*, anch'essi con sistema centralizzato di prenotazione;
- implementazione di 72 ore settimanali di specialistica ambulatoriale per senologia presso i 13 distretti sanitari aziendali da impegnare sul territorio per diagnostica e follow up delle donne arruolate nel PDTA dei tumori della mammella;
- attivazione di 4 centri aziendali di endoscopia per diagnosi dei tumori del distretto testa

collo.

L'integrazione con le altre articolazioni aziendali avviene secondo percorsi coordinati sulle attività della Rete Oncologica Campana (R.O.C.) e screening oncologici, così codificati:

- a) la U.O.S.D. Registro Tumori, identificata al momento quale Responsabile Unico di Processo dei PDTA Oncologici Aziendali, ha funzioni di supporto epidemiologico finalizzato alla:
 - produzione ed analisi dei dati di incidenza, prevalenza e sopravvivenza oncologica, trend temporali, analisi strutturate per periodi, fasce di età e sesso; analisi dei percorsi sanitari dei pazienti;
 - analisi valutative dei servizi attivati in ambito oncologico per misurare l'impatto che tali servizi hanno sulla anticipazione diagnostica (screening) o qualità delle cure (prestazioni assistenziali);
- b) la U.O.C. di Oncologia, snodo dell'intera rete e attore centrale rispetto alla condivisione iniziale degli orientamenti diagnostico terapeutici nell'ambito dei diversi GOM, e gestione successiva dei percorsi terapeutici non chirurgici e di follow up;
- c) le UU.OO. di chirurgia in riferimento alla condivisione iniziale nell'ambito dei diversi GOM, della presa in carico e gestione successiva dei trattamenti chirurgici e di follow up;
- d) la U.O.C. di anatomia patologica;
- e) le U.O.C. di diagnostica per immagini per il loro coinvolgimento sia nelle fasi diagnostico-stadiative che dei follow up;
- f) i Servizi territoriali di terapia antalgica e palliativa;
- g) i Servizi di riabilitazione in ambito oncologico;
- h) i Servizi territoriali di nutrizione artificiale;
- i) i Servizi distrettuali di Assistenza Domiciliare Integrata per la gestione domiciliare dei pazienti non deambulanti;
- j) le AA.FF.TT dei Medici di Medicina Generale per il loro coinvolgimento sia nella fase iniziale di diagnosi e stadiazione che nella interazione diretta con i pazienti.

RETE NEFROLOGICA

Realizzare l'integrazione organizzativa e clinica tra le unità di Nefrologia e Dialisi e collocarle in maniera organica nella rete sanitaria è un obiettivo primario di salute pubblica per il peso epidemiologico, la complessità clinica e le implicazioni sociali e finanziarie delle malattie renali.

Il Governo Clinico in nefrologia implica una serie di processi finalizzati a strutturare ed integrare attività ed interventi in cui i vari attori del sistema, specialisti, medici di medicina generale ed altre professioni e figure sanitarie, nei vari contesti territoriali e negli ospedali, possono produrre le migliori risposte ai nefropatici, dalla prevenzione primaria delle malattie renali, alla prevenzione delle complicanze cardiovascolari e renali delle nefropatie acute e croniche, al trattamento dell'insufficienza renale acuta ed alla sostituzione della funzione renale con la dialisi ed il trapianto di rene.

È in quest'ottica che l'Azienda, in adempimento a quanto previsto dal Piano Ospedaliero Regionale, prevede l'implementazione della propria rete nefrologica al fine di garantire la più appropriata risposta assistenziale ai pazienti affetti da patologie renali croniche, tenendo in debito conto come tale malattia rappresenti una priorità in ambito epidemiologico (rif. OMS e CDC), nonché il

potenziamento dell'assistenza domiciliare per la dialisi peritoneale.

A tal fine saranno potenziate le attività che consentono la maggiore integrazione tra il setting ospedaliero e quello territoriale mediante la definizione di Percorsi Diagnostico Terapeutici e specifici programmi di prevenzione con il coinvolgimento dei Medici della Medicina Generale e dei Medici Specialisti delle strutture pubbliche e private accreditate.

Inoltre è confermato il Centro Dialisi Assistenza Decentrata (CAD) attivo presso il Distretto 59, sede di Sant'Agnello, che è dotato di 10 posti tecnici, e garantisce visite specialistiche nefrologiche e attività di consulenza, nonché tecniche dialitiche continue (CRRT continuous renal replacement therapy) ai reparti dell'area critica del P.O. Nuovo Ospedale della Costiera (P.O. di Vico Equense e P.O. Sorrento).

In Azienda sono attive presso il P.O. di Nola e il P.O. di Castellammare le UU.OO.CC. Nefrologia e Dialisi che, oltre a garantire l'assistenza in regime di ricovero nel caso di complicanze acute non più gestibili ambulatorialmente, sono dotate anche di posti letto tecnici per dialisi, funzionanti sette giorni su sette articolati su tre turni, e precisamente sono attivi n. 14 pp.tt. al P.O. di Nola, e n. 12 pp.tt. al P.O. di Castellammare, cui afferiscono i 4 pp.tt. del P.O. del P.O. di Boscotrecase convertito in COVID Hospital.

L'ambulatorio di secondo livello di Nefrologia effettua atti medici, indagini diagnostiche, interventi terapeutici complessi, con una gestione unitaria del caso clinico da parte dello specialista:

- gestione e follow-up dei pazienti nefropatici;
- gestione e follow-up dei pazienti con insufficienza renale cronica;
- gestione e follow-up dei pazienti con dialisi emoperitoneale;
- gestione e follow-up dei pazienti dei pazienti trapiantati attraverso percorsi integrati con il territorio.

RETE AZIENDALE DELL'EMERGENZA/URGENZA

In tutti i Pronto Soccorso aziendali è prevista un'area di triage globale, attiva nelle 24 ore, secondo le normative nazionali vigenti. Inoltre, è prevista l'Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) con dotazione di sistemi di monitoraggio multi-parametrico.

Alle centrali operative viene assegnato il monitoraggio delle attività in funzione dell'appropriatezza delle cure nell'ambito delle prestazioni di emergenza urgenza. Infine, il Servizio della continuità assistenziale parteciperà in integrazione alla rete delle Cure Primarie nell'ambito delle AFT/UCCP per le quali è in progettazione la rete regionale. Il modello operativo di ridefinizione del Servizio della continuità assistenziale verrà declinato attraverso uno specifico decreto.

RETI STAM E STEN

Il trasporto in emergenza neonatale (STEN) e assistito materno (STAM) è pianificato in base all'organizzazione della rete ospedaliera regionale privilegiando i centri di assistenza perinatale in base al modello "Hub e Spoke") che coinvolge le Unità di Ostetricia e Ginecologia, l'Unità di neonatologia e la Terapia Intensiva Neonatale. Il modello "Hub e Spoke" prevede che l'assistenza di maggiore complessità si concentri in "centri di eccellenza" (Hub) operando in collegamento bidirezionale con i presidi ospedalieri territoriali (Spoke) e che sia pianificato un adeguato sistema di trasporto della madre e/o del neonato nei casi in cui situazioni di rischio o di emergenza

impongano il trasferimento in strutture in grado di gestire tali condizioni (dal centro Spoke al centro Hub). Il Servizio di Trasporto Assistito Materno (STAM) o trasporto in utero, è la modalità di trasferimento di una paziente con gravidanza a rischio che necessita di cure con maggior livello di complessità per patologie materne, fetali o entrambe.

Il Servizio di Trasporto Emergenza Neonatale (STEN) prevede il trasporto di un neonato che necessita di cure intensive presso una struttura di livello superiore o quando le condizioni cliniche della donna non ne consentono il trasporto ed è opportuno espletare il parto o quando quest'ultimo è imminente. Per la loro complessità i sistemi logistici del trasporto devono essere gestiti dal servizio di emergenza/urgenza 118 che deve garantire gli aspetti organizzativi e formativi.

La presenza in un centro Spoke di patologie materne insorte improvvisamente e che possono costituire un rischio per la donna oltre a poter causare la nascita di un neonato prematuro, impone il trasferimento immediato della madre nel centro di riferimento Hub, attrezzato ad affrontare tali patologie.

Il centro Spoke mette a disposizione per il trasporto della gravida il proprio personale (ginecologo o/e ostetrica/o e medico anestesista, se ritenuto necessario) oltre al mezzo di trasporto (ambulanza); oppure il centro Hub può farsi carico del personale (tramite l'attivazione della reperibilità integrativa) e dei mezzi necessari.

In ugual modo la nascita in un centro Spoke di un neonato prematuro o di un neonato critico dopo il travaglio/parto impone l'immediato trasferimento di quest'ultimo nel centro Hub di riferimento con una terapia intensiva neonatale adeguata.

Deve essere anche prevista la possibilità di rientro al centro Spoke dei neonati una volta finita la fase assistenziale di cure intensive (back-transport). I mezzi per il trasporto del neonato devono essere garantiti dal centro Hub e avere determinate dotazioni, come: incubatrice con temperatura e umidità controllata, un sistema di ventilazione assistita, un sistema di sorveglianza dei parametri vitali, di infusione dei farmaci.

Rimane universalmente riconosciuta come modalità più efficace e sicura per la gravida e il feto il trasporto in utero al fine di garantire alla gestante ed al neonato l'assistenza più qualificata.

I Dea di I livello dell'ospedale di Nola e di Castellammare di Stabia sono presenti rispettivamente un punto nascita di I e II livello in rete tra di loro e con gli altri HUB territoriali.

RETI TEMPO-DIPENDENTE

E' prevista l'attivazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale, secondo le indicazioni del Piano regionale, nonché il collegamento, particolarmente per quanto riguarda le reti per patologie tempo-dipendenti, alla rete emergenza-urgenza.

Le reti sono costruite secondo il modello Hub e Spoke, previsto dalla Regione Campania. Le reti cliniche tempo-dipendenti previste sono:

- rete IMA;
- rete Stroke;
- rete Traumatologica;
- rete delle Emergenze Pediatriche;
- rete dell'Emergenze Digestive;

- rete Neonatologica con i punti nascita.

RETE IMA

La Rete cardiologica regionale ha lo scopo di garantire a tutti i pazienti con infarto “STEMI” pari opportunità di accesso alle procedure di riperfusione coronarica, adottando strategie diagnostico-terapeutiche condivise e modulate, da un lato sul profilo di rischio del paziente e dall’altro sulle risorse strutturali e logistiche disponibili.

Le principali finalità sono:

- ottenere il numero più elevato possibile di riperfusioni coronariche nell’IMA attraverso l’utilizzo di angioplastica coronarica e/o trombolisi;
- utilizzare il sistema di ri-perfusione più efficace per il paziente su tutto il territorio regionale;
- assicurare il trattamento interventistico con angioplastica al maggior numero di pazienti, in particolare a quelli con shock cardiogeno ed a più alto rischio, ed ai pazienti con controindicazioni alla trombolisi;
- ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti con IMA attraverso una diagnosi precoce e l’utilizzo ottimale dei sistemi di teletrasmissione Elettrocardiografica a distanza in primis da parte del 118;
- migliorare la prognosi dei pazienti con IMA;
- razionalizzare l’impiego delle risorse.

Il modello organizzativo regionale adottato è quello di una rete di intervento territoriale imperniato sul Servizio di Emergenza del 118 a cui si affianca una rete inter-ospedaliera coordinata di tipo Hub e spoke (spoke con UTIC; Hub di 1° livello con UTIC e Emodinamica Interventistica; Hub di 2° livello con UTIC, Emodinamica Interventistica e Cardiochirurgia). Nella rete per l’emergenza cardiovascolare, l’UTIC, di qualsiasi livello, è il perno attorno al quale ruota l’organizzazione dell’assistenza al paziente cardiopatico acuto. Vanno collegati in rete ospedali con differenti livelli di complessità, ponendo al centro le relazioni tra le diverse unità operative, per poter centralizzare o decentrare il paziente ricoverato, secondo le necessità di ciascuno.

La programmazione regionale ha definito la Rete cardiologica della Asl Napoli 3 Sud prevedendo complessivamente Centri Spoke (Cardiologia con UTIC senza Emodinamiche Interventistiche) e Hub di 1° livello (Cardiologie con UTIC con Emodinamica Interventistica), programmando un Hub di 2° livello di riferimento presso l’Ospedale del Mare (Cardiologia con UTIC-Emodinamica Interventistica e Cardiochirurgia), per rispondere ai bisogni dell’area metropolitana di Napoli e ai bacini di utenza anche di Napoli 2 e Napoli 3. Nell’ASL Napoli 3 sud è presente un Hub cardiologico di primo livello presso il DEA di I livello dell’ospedale di Nola.

Inoltre è programmato un reparto riabilitazione ad indirizzo cardiologico presso il P.O. di Nola-Pollena al fine di garantire una gestione più idonea dei pazienti.

RETE STROKE

La rete tempo-dipendente regionale per lo stroke prevede livelli assistenziali diversi per dotazione strutturali e capacità assistenziali, ed utilizza un modello organizzativo di tipo Hub e Spoke, prevedendo 7 unità ictus (Stroke Unit) in Hub e 14 unità ictus (Stroke Unit) in Spoke.

Il numero di posti letto regionali programmati è stato elaborato in funzione dei dati epidemiologici

(i dati 2013 evidenziano che il tasso regionale chirurgico delle emorragie cerebrali è di poco superiore al 20% dei casi ricoverati; la trombolisi negli ictus con trombosi è inferiore all'1%.

Obiettivi di cura per l'ICTUS:

- trattare chirurgicamente o per via endovascolare il 30% dei casi di emorragia cerebrale, incluso l'ESA;
- effettuare la trombolisi sistemica e/o endovascolare al 10% dei casi di ictus trombotico;
- assicurare adeguata assistenza in ambiente idoneo a tutti i casi di ictus e TIA.

Sono previsti i seguenti nodi della rete:

- centri Hub: corrispondono alle Unità per l'ictus di 2° livello (propriamente identificate come Stroke Unit), costituite da aree di assistenza sub-intensiva, in ospedali dotati di unità operative di neurologia, neuroradiologia e neurochirurgia, con consolidata esperienza nella trombolisi sistemica e nell'approccio chirurgico sia endovascolare neuroradiologico sia vascolare neurochirurgico. Per le emorragie cerebrali, ed in particolare per l'Emorragia Subaracnoidea si prevedono posti letto dedicati, che in relazione ai volumi di attività ed ai modelli organizzativi aziendali, possono essere allocati in neurochirurgia o nelle unità stroke.
- centri Spoke, generalmente ubicati nei D.E.A. di I livello, dotati di aree di degenza con parte dei letti monitorati, preferibilmente dislocate nelle unità di neurologia ed autorizzati alla trombolisi sistemica. Tutti gli ospedali con pronto soccorso, ai quali giungono autonomamente la maggior parte dei casi di ictus, sono funzionalmente integrati nella rete stroke. Questi ospedali sono connessi, in via telematica per la trasmissione delle immagini, ai centri ictus spoke o hub, ai quali trasferiscono i pazienti selezionati dagli stessi. I pazienti non trasferiti sono ricoverati nelle degenze di medicina o geriatria.

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

Qualsiasi trasferimento di pazienti con ictus al centro ictus (Spoke-Hub) di riferimento, dal 118 o da altri ospedali, deve essere preventivamente autorizzato dal centro stesso; il centro ictus (Spoke-Hub) non può rifiutare il trasferimento di pazienti suscettibili di terapia trombolitica o chirurgica dall'area di proprio competenza. Trasferire pazienti, che non hanno possibilità di giovare della tecnologia delle unità stroke (Spoke-Hub), senza l'autorizzazione del centro (Spoke-Hub) rischia di produrre un intasamento ed un malfunzionamento degli stessi e quindi di vanificare la funzione stessa della rete.

Gli ospedali con pronto soccorso sono connessi con le predette unità stroke, alle quali hanno la possibilità di trasferire pazienti selezionati, assistendo gli altri casi nelle degenze di neurologia, medicina e geriatria.

Nell'ASL Napoli 3 Sud sono programmati due centri Spoke nei DEA di I livello, quali Nola e Castellammare di Stabia, attrezzati per la trombolisi sistemica.

La patologia emorragica va indirizzata, seguendo flussi già esistenti, ai centri Hub quali:

- Hub dell'Ospedale di Nocera Inferiore per le aree interne;
- Ospedale Loreto Mare per la zona contigua alla città di Napoli e della fascia costiera;
- Ospedale del Mare, allorché in funzione, tenderà a sostituire entrambi data la posizione geografica e la facilità di accesso.

RETE TRAUMATOLOGICA

La rete regionale è stata disegnata sulla base dell'accordo Stato Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 4 aprile 2002, "Linee guida per l'organizzazione di un sistema integrato di assistenza ai pazienti traumatizzati da mielolesioni e/o cerebrolesioni", che ha individuato la necessità di sistemi integrati extraintraospedalieri di assistenza ai soggetti colpiti da traumatismo (detti Sistemi Integrati per l'Assistenza al Trauma Maggiore, SIAT), imperniati su strutture ospedaliere specificamente competenti nella cura del trauma definite "Centri Trauma" o "Trauma Centers" e sui Centri di Riabilitazione.

Più recentemente il Regolamento "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'Assistenza ospedaliera", approvato con Intesa Stato Regioni n. 95 del 5 agosto 2014, ha esplicitamente previsto la necessità di costituire sistemi integrati extra-intraospedalieri di assistenza ai soggetti colpiti da traumatismo detti SIAT, con la finalità di assicurare la cura definitiva del paziente con trauma maggiore nel minor tempo possibile e nel luogo più adatto. I traumi cosiddetti minori afferiscono all'Ospedale più vicino dotato di un Pronto Soccorso, indipendentemente dalla sua appartenenza e dal suo livello nell'ambito del SIAT (Sistema Integrato assistenza Trauma).

Se a seguito della valutazione medica tali pazienti vengono considerati affetti da lesioni potenzialmente a rischio per la sopravvivenza, deve essere possibile attivare un trasferimento presso i centri trauma del SIAT (trasporti secondari urgenti a carico del 118). Si identifica quindi un modello di rete ospedaliera che si dota, tra le altre funzioni, di un'organizzazione specifica per la cura del trauma maggiore con la partecipazione degli altri Ospedali non compresi nella rete ma deputati alla cura dei traumi minori.

Secondo il modello S.I.A.T. tutti i traumi con criteri di trauma maggiore devono essere trasportati al centro trauma in relazione alla tipologia delle lesioni e alla necessità di eventuali alte specialità al fine di rispettare il più possibile il principio di centralizzazione primaria, cioè del trasporto immediato al luogo di cura definitiva. In caso di impossibilità al controllo e al trattamento in sede extra-ospedaliera dell'instabilità respiratoria o circolatoria da parte del personale sanitario, il paziente deve essere trasportato, indipendentemente dal tipo di lesioni, al più vicino centro trauma per la stabilizzazione iniziale per poi essere trasferito, se necessario, alla struttura di livello superiore, una volta ottenuto il controllo della funzione cardio, avvalendosi di tecnologie per la trasmissione di immagini e dati. Il principio operativo di centralizzazione permette non solo di ottenere la concentrazione della patologia maggiore in poche sedi ove vengono predisposte le risorse specifiche, ma anche di consentire un addestramento adeguato e continuativo delle équipes di sanitari.

Il CTS (Centro Traumi ad alta Specializzazione) funge da ospedale di riferimento per i traumi della sua area di competenza e deve essere in grado di accogliere pazienti provenienti dal resto del SIAT con problematiche poli-distrettuali o che necessitino di alte specialità, qualora non presenti presso gli altri Ospedali della rete.

Il CTZ (Centro Traumi di Zona), PST (Presidi di Pronto Soccorso per Traumi). Il CTS, per il suo ruolo specialistico, deve sempre avere a disposizione letti in area critica per accettare i pazienti provenienti da tutto il SIAT, che richiedano le sue attrezzature e competenze. La Regione predisporrà adeguati protocolli operativi e formativi per il buon funzionamento della rete. Nella

maggior parte dei casi i pazienti traumatizzati gravi hanno un trauma cerebrale e/o midollare, motivo per il quale la neurochirurgia entra nella rete del SIAT.

L'intero sistema è costituito da una rete di strutture ospedaliere tra loro funzionalmente connesse e classificate sulla base delle risorse e delle competenze disponibili in:

Centri Traumi di alta Specializzazione (CTS): afferenti a DEA di II livello con Trauma Team del Dipartimento di Emergenza dedicato alla gestione del Trauma maggiore, in grado di accogliere pazienti con problematiche polidistrettuali o che necessitino di alte specialità, qualora non presenti presso gli altri Ospedali della Rete (CTZ, PST). Tali centri identificano e trattano 24 ore su 24, in modo definitivo, qualsiasi tipo di lesione mono o polidistrettuale e garantiscono le cure intensive necessarie, salvo alcune funzioni particolarmente specifiche svolte in centri regionali (Centro Grandi Ustionati, Unità Spinale Unipolare e Riabilitazione del cranioleso, Camera Iperbarica, Centro Antiveneni).

I Centri Trauma di alta Specializzazione, in Campania, sono individuati presso:

- CTS Campania Centro - Ospedale del Mare, per il bacino d'utenza afferente alla macro-area di Napoli,
- in attesa di attivazione dell'Ospedale del Mare svolge una funzione vicariante il CTZ Cardarelli;
- CTS Campania Nord - AO S. Anna e S. Sebastiano di Caserta per il bacino d'utenza afferente alle macroaree di Caserta, Benevento ed Avellino;
- CTS Campania Sud - AO S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno, per il bacino d'utenza afferente alla macro-area di Salerno.

Centri traumi di zona (CTZ): individuati presso DEA di I livello che garantiscono H24 il trattamento in modo definitivo di tutte le lesioni tranne quelle connesse con tutte o alcune alte specialità. (P.O. di Nola e P.O. di Castellammare di Stabia).

Presidi di Pronto Soccorso per Traumi (PST): individuati in tutti i Pronto Soccorso aziendali, che garantiscono il trattamento immediato, anche chirurgico, delle lesioni con instabilità cardio-respiratoria prima di un eventuale trasferimento ad una struttura di livello superiore. Per garantire la massima ricettività possibile da parte del CTZ, devono essere previsti protocolli concordati per la precoce presa in carico da parte del PST dei pazienti che hanno risolto presso il CTZ la fase acuta e non richiedono più trattamento specialistico.

Il modello così configurato assicura l'integrazione con le Strutture di riabilitazione post-acuta (Unità spinali, U.O. Medicina riabilitativa), in modo da garantire la presa in carico del paziente ed ogni azione finalizzata ad una riabilitazione efficace.

RETE EMERGENZE GASTROENTEROLOGICHE

Le malattie gastroenterologiche sono responsabili di una quota rilevante di prestazioni assistenziali e di consumo di farmaci, implicando anche problemi di appropriatezza clinica ed organizzativa, ed impattano fortemente anche sull'organizzazione della rete dell'emergenza/urgenza.

L'emorragia digestiva è la più grave delle emergenze gastroenterologiche: più frequente al sud Italia (con una mortalità superiore - 8,1% - rispetto ad altre zone).

Le emergenze/urgenze in gastroenterologia presentano un percorso complesso che combina aspetti gestionali clinici e strumentali di tipo endoscopico.

Anche questo tipo di rete prevede un'organizzazione di tipo Hub & Spoke:

- nei punti Hub, cui devono afferire soltanto casi selezionati per la loro complessità, sono presenti: un DEA di II o I livello, con copertura della emergenza/urgenza h24 con tutte le specialità correlate; tutte le funzioni diagnostiche e terapeutiche che permettano una presa in carico completa del paziente con emorragia digestiva; la partecipazione alle attività di ricerca e di didattica,
- nei punti Spoke, cui devono afferire i pazienti che hanno bisogno comunque di una assistenza specialistica, sono presenti le seguenti funzioni:
 - un Pronto Soccorso con servizio di pronta disponibilità endoscopica nei notturni e festivi;
 - almeno una funzione di gastroenterologia dedicata o all'interno dell'AFO di Medicina.

Tale rete territoriale deve garantire la presa in carico del paziente per la prevenzione e la gestione delle patologie correlate e rappresenta una forte integrazione Ospedale-Territorio.

Il modello adottato dalla Regione prevede rimodulazioni delle modalità organizzative di assistenza finalizzate a realizzare "alta integrazione" tra le strutture, mediante gestione delle urgenze in gastroenterologia e in endoscopia digestiva, programmando sulla scorta dei dati epidemiologici, la realizzazione di una specifica Rete per la risposta alle emergenze gastroenteriche, composta dalle unità di gastroenterologia con endoscopia digestiva organizzate secondo il sistema Hub & Spoke.

Ai punti Hub, dotati di tutte funzioni diagnostiche e terapeutiche che permettano una presa in carico completa del paziente con emorragia digestiva, devono afferire i casi selezionati per la loro complessità. Ai punti spoke, dotati di un Pronto Soccorso con servizio di pronta disponibilità endoscopica nei notturni e festivi e di almeno una funzione di gastroenterologia dedicata (o all'interno dell'AFO di Medicina) afferiscono i pazienti che hanno bisogno comunque di una assistenza specialistica.

Una Rete territoriale di presa in carico del paziente, con il coinvolgimento della Medicina Generale ed una forte integrazione Ospedale-Territorio, per la prevenzione e la gestione delle patologie correlate sarà ugualmente necessaria nella definizione del Piano Territoriale dell'assistenza.

Nella Asl Napoli 3 Sud è programmato un punto Spoke della rete presso l'Ospedale di Torre del Greco dotato di posti letti, nonché l'implementazione presso l'Ospedale di Nola.

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

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

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

L'Azienda promuove lo sviluppo di strumenti operativi e modalità assistenziali in grado di assicurare la continuità dei percorsi di cura sul territorio. A questo fine favorisce ogni forma di associazionismo tra i medici di medicina generale, in grado di garantire percorsi di cura autonomi e completi e di realizzare la continuità tra i momenti ordinari di assistenza ambulatoriale e domiciliare e quelli

straordinari del servizio di continuità assistenziale.

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

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

Al fine di garantire una maggiore e più efficace integrazione dei servizi territoriali con quelli ospedalieri, l'Azienda ha strutturato aree di Coordinamento. Tale modello organizzativo è finalizzato a promuovere una presa in carico complessiva del paziente, promuovendo percorsi terapeutici continui, differenziati per intensità di cure e per tipologia di erogazione.

Oltre alla configurazione per livelli di complessità secondo i criteri dell'emergenza-urgenza, il Piano Ospedaliero Regionale prevede la costruzione delle reti assistenziali per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post-acuti con l'attività territoriale, nonché il collegamento delle reti per patologie tempo dipendenti alla rete emergenza-urgenza.

Le reti sono costruite secondo il modello hub e spoke, previsto su due o tre livelli, per permettere, secondo le esigenze assistenziali del paziente, anche un cambio di setting assistenziale.

La rete Ospedaliera dell'ASL Napoli 3 Sud è stata completamente ridisegnata.

I Presidi Ospedalieri per acuti previsti per la Macro-Area della ASL Napoli 3 Sud sono:

- Presidio ospedaliero DEA di I livello di Nola
- Presidio ospedaliero DEA di I livello di Castellammare
- Presidio ospedaliero DEA di I livello di Boscotrecase
- nuovo ospedale della costiera DEA di I livello (P. O. DI SORRENTO e P. O. DI VICO EQUENSE).

Inoltre, la Regione Campania ha recepito quanto normato dal decreto legge 34/2020 con DGRC 304/2020 e 378/2020, ed ha predisposto un piano di riorganizzazione e potenziamento volto a fronteggiare adeguatamente le emergenze pandemiche e garantire l'incremento delle attività in regime di ricovero in Terapia Intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure. Il programma di potenziamento si pone come obiettivo quello di rendere l'attuale rete ospedaliera regionale non solo in grado di affrontare in maniera ottimale le eventuali ulteriori ondate della corrente pandemia di COVID 19, ma anche fronteggiare le nuove emergenze epidemiche, ormai prevedibili con ricorrenza periodica intorno ai 5-10 anni. La programmazione ospedaliera in tal senso è stata indirizzata sulla capacità di rispondere ai picchi di richiesta "emergenziale" con implementazione e attivazione rapida di trattamenti ad alta intensità di cura. Si è programmato un potenziamento in termini di posti letto, tecnologie, risorse umane, nonché interventi strutturali ed impiantistici, finalizzato a migliorare e qualificare la capacità di offerta assistenziale tale che possa integrarsi con l'assetto della rete ospedaliera già definito con il DCA 103/2018 e che sulla base di un modello organizzativo altamente flessibile in funzione dell'andamento epidemiologico, continui a garantire

nel breve e medio termine una adeguata risposta all'attuale pandemia da COVID-19.

A tal fine nell'ambito dell'ASL Napoli 3 Sud è indicato l'incremento di ulteriori 5 posti letto di terapia intensiva e la nuova attivazione di 50 posti letto di terapia semi-intensiva presso i PP.OO. Aziendali ai sensi della DGRC 378/2020.

L'ASL Napoli 3 Sud per ottimizzare le risorse all'interno della rete ospedaliera si è dotata di un modello organizzativo dipartimentale di tipo funzionale e transmurale; le U.O. ospedaliere sono aggregate in dipartimenti funzionali a valenza esclusivamente ospedaliera (Dipartimento dell'Area Medica e Critica e Dipartimento delle Scienze Chirurgiche) e in un Dipartimenti a valenza transmurale (Dipartimento dei servizi).

L'assetto dei Presidi Ospedalieri, secondo i modelli dipartimentali, con l'articolazione delle unità operative di afferenza, è riportato nell'appendice "Quadri sinottici".

RETE EMERGENZE PEDIATRICHE

Il piano regionale di programmazione della rete ospedaliera, ai sensi del DM 70/2015 della Regione Campania (DCA 103/2018), prevede una riorganizzazione della rete neonatale con due livelli di assistenza:

- *Livello 1*: Neonatologia (cod. 62, che di norma garantisce l'assistenza ai neonati fisiologici con problemi di adattamento alla vita extrauterina e neonati affetti da patologie (circa il 10% dei parti) che necessitano di cure intermedie e non richiedono cure intensive (ipoglicemia o tachipnea transitoria) e neonati prematuri > 34 settimane;
- *Livello 2*: Terapia intensiva neonatale (cod. 73), in grado di assistere neonati patologici, quali quelli bisognosi di terapia intensiva e ad alta complessità.

Per l'ASL Napoli 3 Sud sono programmati n.18 pp.II. di neonatologia (n.6 pp.II. al P.O. di Castellammare, n. 6 pp.II. al P.O. di Vico Equense, n.6 pp.II. al P.O. Nola) e n.18 posti letto di terapia intensiva (di cui 10 pp.II. al P.O. di Castellammare e n. 8 pp.II. al P.O. di Nola).

La rete dell'emergenza pediatrica è strutturata attraverso il modello "Hub e Spoke" e nel territorio dell'ASL Napoli 3 Sud sono presenti solo punti spoke della rete, configurati come di seguito:

- Spoke di II livello, ovvero le UU.OO.CC. di pediatria ubicate negli Ospedali sedi di DEA quali Castellammare e Nola, inseriti nel percorso dell'emergenza, collocandoli in rete con l'Hub di riferimento; presentano con Pronto Soccorso pediatrico con guardia attiva ed Osservazione Breve Intensiva;
- Spoke di I Livello, ubicati nell'ospedale sede di P.S. (Vico Equense), che fa capo al DEA più vicino.

ART.37 - DIPARTIMENTO FARMACEUTICO

Il Dipartimento Farmaceutico è la struttura organizzativa dell'Azienda che garantisce l'organizzazione e l'esercizio delle attività finalizzate al governo dell'assistenza farmaceutica, con funzioni di indirizzo tecnico scientifico per le strutture ad esso afferenti con l'obiettivo di garantire livelli organizzativi omogenei in ambito aziendale.

Il Dipartimento si propone i seguenti obiettivi e funzioni:

- qualificare, monitorare e razionalizzare l'impiego dei farmaci nelle strutture sanitarie aziendali favorendo il contenimento della spesa;
- potenziare l'attività di vigilanza nelle strutture pubbliche e private convenzionate;
- accrescere il livello quali-quantitativo dell'informazione e documentazione sull'uso e le caratteristiche del farmaco;
- contrastare, nei limiti della propria competenza, la diffusione nel mercato di farmaci contraffatti, falsi e/o frutto di rapine;
- analizzare e monitorare la spesa farmaceutica convenzionata contribuendo attivamente alla definizione delle strategie aziendali per l'uso ottimale delle risorse economiche disponibili;
- contribuire al raggiungimento degli obiettivi generali di contenimento della spesa con le attività di distribuzione diretta e per conto dei farmaci PHT e di assistenza integrativa.
- coordinare le strutture afferenti al Dipartimento definendo le procedure operative comuni per far convergere esperienze scientifiche, tecniche e gestionali;
- qualificare e razionalizzare l'impiego dei farmaci favorendo il contenimento della spesa;
- definire le procedure operative di vigilanza e controllo;
- standardizzare la qualità delle prestazioni farmaceutiche;
- stabilire ambiti e modalità per l'informazione e la documentazione sull'uso e le caratteristiche dei farmaci;
- promuovere programmi coordinati di formazione di tipo specialistico;
- coordinare la realizzazione dei progetti in materia farmaceutica;
- contribuire alla progettazione dei protocolli terapeutici e delle attività di educazione alla salute;
- verificare, sulla base delle indicazioni regionali ed aziendali, l'applicazione degli standards di funzionamento delle unità operative;
- attivare la ricerca nell'area del farmaco anche in collaborazione con le diverse facoltà universitarie;
- svolgere funzioni di integrazione inter-dipartimentale ed inter-istituzionale;
- collaborare con i singoli distretti e con il coordinamento dei distretti per la programmazione delle attività distrettuali ed inter-distrettuali;
- promuovere ed attivare modalità di integrazione con le altre aziende sanitarie, con gli enti locali, con gli ordini professionali, con le associazioni di volontariato, con l'università degli studi, i centri di ricerca e le società scientifiche.

Il Dipartimento Farmaceutico si articola in 5 strutture complesse e 6 strutture semplici:

- U.O.C. Governo Assistenza Farmaceutica e Convenzionata;
- U.O.C. Assistenza Farmaceutica Ospedaliera area nord;
- U.O.C. Assistenza Farmaceutica Ospedaliera area sud;
- U.O.C. Assistenza Farmaceutica Distrettuale area nord;
- U.O.C. Assistenza Farmaceutica Distrettuale area sud;
- U.O.S. Farmaceutica Convenzionata, afferente alla U.O.C. Governo assistenza farmaceutica e convenzionata;
- U.O.S. Assistenza Farmaceutica, integrazione ospedale/territorio e DPC afferente alla U.O.C. Governo assistenza farmaceutica e convenzionata;

- U.O.S. Gestione Farmaci e Dispositivi Medici area nord afferente alla U.O.C. Assistenza Farmaceutica Ospedaliera area nord;
- U.O.S. Gestione Farmaci e Dispositivi Medici area sud afferente alla U.O.C. Assistenza Farmaceutica Ospedaliera area sud;
- U.O.S. Gestione farmaci, dispositivi medici e nutrizione clinica afferente alle UU.OO.CC. Assistenza Farmaceutica Distrettuale area nord;
- U.O.S. Gestione farmaci, dispositivi medici e nutrizione clinica afferente alle UU.OO.CC. Assistenza Farmaceutica Distrettuale area sud.

Le UU.OO.SS. devono garantire l'assistenza farmaceutica convenzionata (contabilità farmaceutica, controlli e vigilanza sulle farmacie convenzionate), distrettuale ed ospedaliera, ed assolvere a tutte le iniziative messe in atto a livello nazionale, regionale ed aziendale per il contenimento della spesa farmaceutica territoriale (distribuzione diretta di farmaci PHT, ossigeno liquido e presidi per diabetici oltre che la Distribuzione Per Conto). Devono garantire il monitoraggio e il regolare invio dei flussi informativi agli enti preposti, nonché il continuo monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e del consumo degli antibiotici, nel rispetto di quanto previsto dal nuovo sistema di garanzia.

ART.38 - NORME FINALI E TRANSITORIE

Il presente Atto Aziendale si applica a decorrere dalla data del provvedimento regionale con il quale sarà formalizzato l'esito positivo della verifica.

Con la stessa decorrenza devono considerarsi non più applicabili le disposizioni dettate dal precedente Atto Aziendale; altresì devono considerarsi non più applicabili dalla data di decorrenza indicata, le disposizioni contenute in atti, provvedimenti e regolamenti tutt'ora vigenti in contrasto con quelle dettate dal presente Atto Aziendale.

Per i Dirigenti che rimarranno privi di incarico di Struttura Complessa, di Struttura Semplice, di Struttura Semplice Dipartimentale, a seguito della programmata riorganizzazione aziendale conseguente all'adozione del presente Atto, si applicheranno le previsioni normative di cui ai vigenti CC.CC.NN.LL. di categoria.

L'Atto Aziendale dell'A.S.L. Napoli 3 Sud ha una valenza istituzionale e statutaria, pertanto i contenuti riportati nell'Atto sono soggetti a modifica, per volontà del Direttore Generale, nei casi in cui si presentino condizioni di sostanziale mutamento della missione aziendale o dell'assetto territoriale, o sopraggiungano indirizzi legislativi che lo richiedano.

ART.39 - NORMATIVA DI RIFERIMENTO

La disciplina relativa all'assetto organizzativo dell'ASL Napoli 3 Sud trova, nell'attuale contesto, il suo principale riferimento nella seguente normativa:

- d. lgs 30/12/1992, n.502;
- d. lgs 7/12/1993, n.517;
- l.r. 11/1/994, n.2;
- l.r. 3/11/1994, n.32;

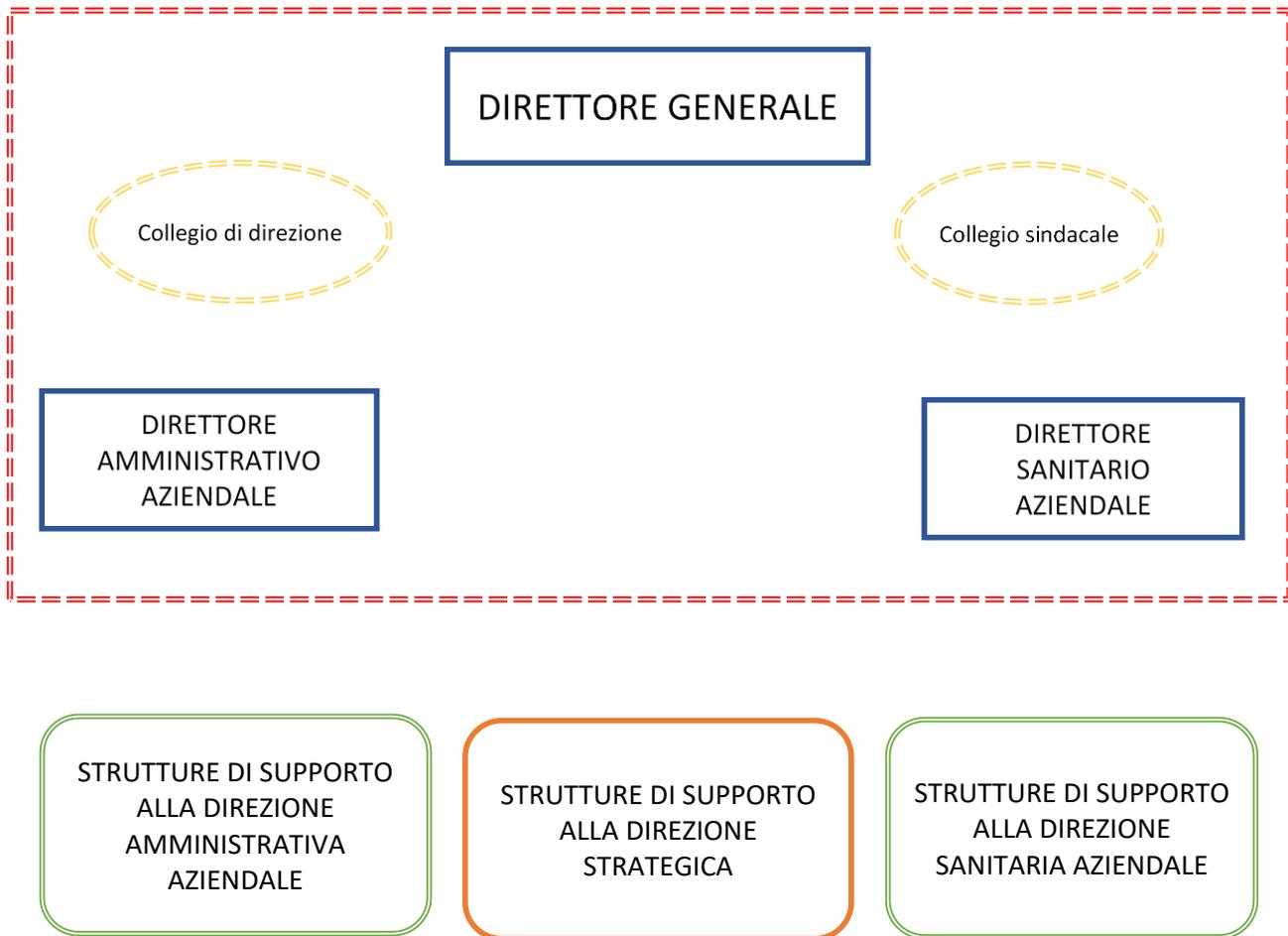
- d. lgs 30/3/2001, n.165;
- D.G.R.C. n.460 20/3/2007;
- d. lgs 9/4/2008, n.81;
- l.r. 2/11/2008 n.16;
- d. lgs. n.150 del 27/10/2009;
- legge 15/3/2010, n.38;
- D.C.A. n.49 del 27/9/2010;
- D.C.A. n.55 del 30/9/2010;
- d.l. 13/08/2011, n.138.
- Patto per la salute 2010-2012;
- D.G.R.C. n.96 del 21/03/2011;
- D.G.R.C. n.41 del 14/02/2011;
- legge 8/11/2012, n.189;
- legge 7/8/2012, n.135;
- D.C.A. n.128 del 10/10/2012;
- D.C.A. n.135 del 10/10/2012;
- D.C.A. n.1 del 7/1/2013;
- D.C.A. n.6 del 14/1/2013;
- D.C.A. n.18 del 18/2/2013;
- D.M. Salute 1/3/2013;
- D.M. 2/4/2015, n.70;
- D.C.A. n.67 del 14/07/2016;
- d. lgs 18/04/2016, n.50;
- D.C.A. n.99 del 22/9/2016;
- G.D.P.R. n.679/2016 UE;
- legge 8/3/2017, n.24;
- legge 1/7/2021, n.101;
- d. lgs 25/5/2017, n.74;
- D.P.C.M. 12/01/2017;
- D.C.A. n.8 del 1/2/2018;
- D.C.A. n.87 del 5/11/2018;
- D.C.A. n.63 del 5/7/2018;
- D.C.A. n.103 del 28/12/2018;
- DCA n.99 del 14/12/2018;
- D.C.A. n.50/2018;
- D.C.A. n.84/2018;
- D.C.A. n.62 del 05/07/2018;
- D.C.A. n.52 del 4/7/2019;
- D.C.A. n.83 del 31/10/2019;
- DCA n.84 del 31/10/2019;
- D.G.R.C. n.378 del 23/07/2020;

- D.G.R.C. n.593 del 22/12/2020;
- d. lgs 31/7/2020, n.101;
- D.D. Regione Campania n.221 del 23/06/2021;
- Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano – Rep. 127 del 6/8/2020 - Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025;

ART. 40 - QUADRI SINOTTICI

**ATTO AZIENDALE
ASL NAPOLI 3 SUD
QUADRI SINOTTICI**

ALLEGATO 1. ORGANIGRAMMA ASL NAPOLI 3 SUD



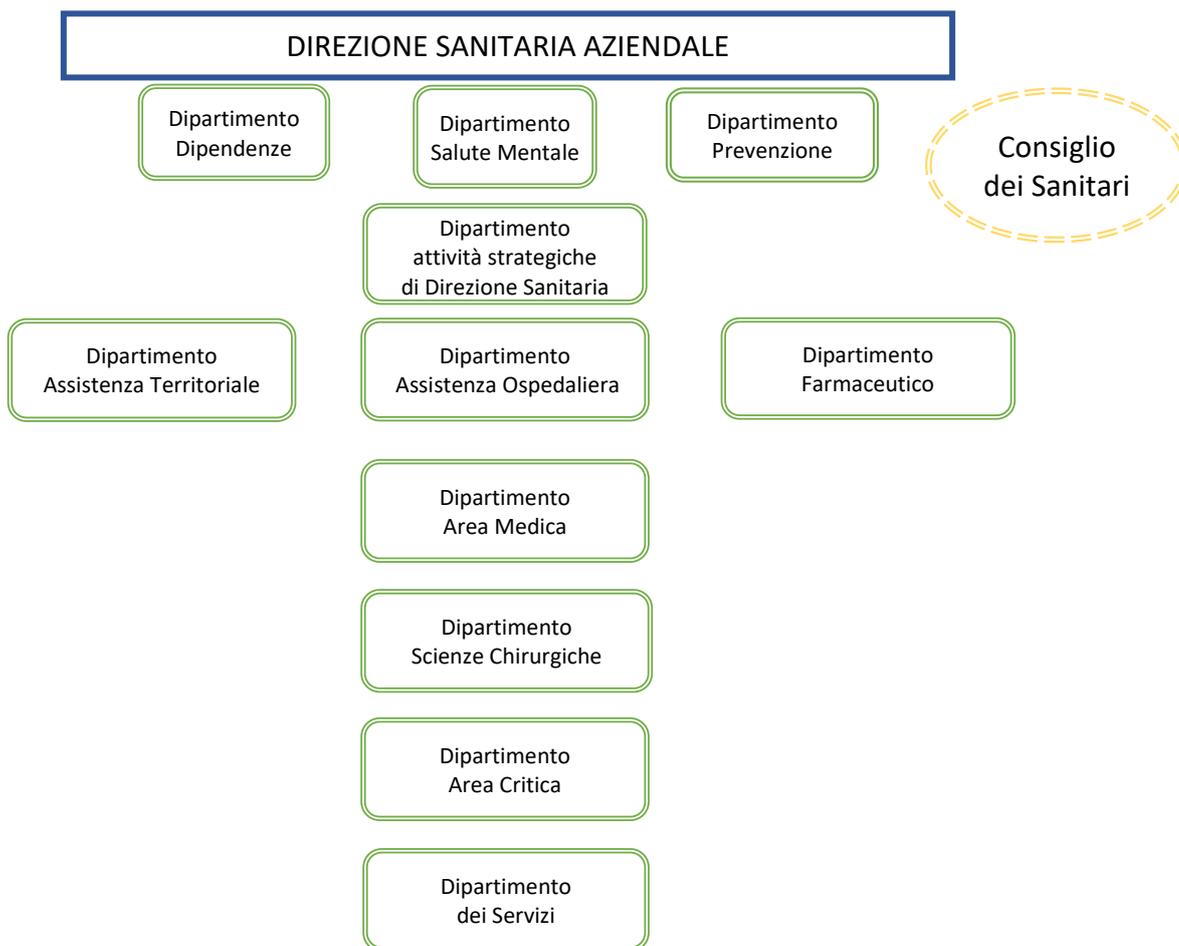
ALLEGATO 2 STRUTTURE A SUPPORTO DELLA DIREZIONE STRATEGICA

UOC	UOS	UOSD
Prevenzione e protezione	Radioprotezione	
Controllo di gestione	Programmazione economica	
Sistema integrato dei controlli esterni e interni		
Affari istituzionali	Privacy	
Relazione con il pubblico		
		Misurazione e valutazione della performance
5	3	1

ALLEGATO 3 STRUTTURE A SUPPORTO DELLA DIREZIONE AMMINISTRATIVA

UOC	UOS	UOSD
Affari legali	Contenzioso civile	
	Contenzioso lavoro e penale	
Affari generali	Convenzioni fitti attivi e passivi	
Gestione economico finanziaria	Bilancio	
	Flussi finanziari	
Acquisizione beni e servizi	Gare	
	Economato	
Amministrativa Ospedaliera Area Nord (sede Nola)	Gestione amministrativa (sede Boscotrecase)	
Amministrativa Ospedaliera Area Sud (sede Castellammare)	Gestione amministrativa (sede Sorrento)	
Gestione risorse umane	Acquisizione e gestione giuridica	
	Gestione economica e previdenziale	
	Gestione personale convenzionato	
Gestione e manutenzione patrimonio immobiliare		
Programmazione, progettazione ed esecuzione degli investimenti dell'edilizia sanitaria		
Ingegneria clinica		
Controllo e monitoraggio strutture accreditate		
Sistemi informatici	Tecnologie Informatiche	
12	13	0

ALLEGATO 4. STRUTTURE A SUPPORTO DELLA DIREZIONE SANITARIA



ALLEGATO 5. DIPARTIMENTO ATTIVITA' STRATEGICHE DI DIREZIONE SANITARIA

UOC	UOS	UOSD
Clinical risk management, sicurezza e qualità delle cure	Sicurezza e buone pratiche	
Cup, Alpi e Liste di Attesa		
Materno-infantile e medicina di genere		
Professioni sanitarie		
		Coordinamento percorsi diabetologici
		Valutazione dell'impatto clinico assistenziale delle tecnologie sanitarie
		Mobilità sanitaria internazionale ed immigrati
		Formazione e aggiornamento professionale
		Flussi informativi
4	1	5

ALLEGATO 6 DIPARTIMENTO ASSISTENZA OSPEDALIERA

UOC	UOS	UOSD
Direzione Medica di Presidio Ospedaliero San Leonardo di Castellammare e Stabilimento di Gragnano	Monitoraggio dei processi clinico-assistenziali	
Direzione Medica di Presidio Ospedaliero Santa Maria della Pietà di Nola e Stabilimento Apicella di Pollena Trocchia	Monitoraggio dei processi clinico-assistenziali	
Direzione Medica di Presidio Ospedaliero Boscotrecase-Boscotrecase	Monitoraggio dei processi clinico-assistenziali	
Direzione Medica di Presidio Ospedaliero Nuovo Ospedale della Costiera (Sorrento e Vico Equense)	Monitoraggio dei processi clinico-assistenziali	
Direzione Medica di Presidio Ospedaliero Maresca di Torre del Greco	Monitoraggio dei processi clinico-assistenziali	
Appropriatezza ospedalità pubblica e privata	Ospedalità privata	
6	6	

ALLEGATO 7 DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE

UOC	UOS	UOSD
Direzione DS 34 Portici	Assistenza Sanitaria di Base	
	Assistenza Territoriale e Servizi	
Direzione DS 48 Marigliano	Assistenza Sanitaria di Base	
	Assistenza Territoriale e Servizi	
Direzione DS 49 Nola	Assistenza Sanitaria di Base	
	Assistenza Territoriale e Servizi	
Direzione DS 50 Volla	Assistenza Sanitaria di Base	
	Assistenza Territoriale e Servizi	
Direzione DS 51 Pomigliano	Assistenza Sanitaria di Base	
	Assistenza Territoriale e Servizi	
Direzione DS 52 Palma Campania	Assistenza Sanitaria di Base	
	Assistenza Territoriale e Servizi	
Direzione DS 53 C/Mare	Assistenza Sanitaria di Base	
	Assistenza Territoriale e Servizi	
Direzione DS 54 S. Giorgio	Assistenza Sanitaria di Base	
	Assistenza Territoriale e Servizi	
Direzione DS 55 Ercolano	Assistenza Sanitaria di Base	
	Assistenza Territoriale e Servizi	
Direzione DS 56 Torre A.	Assistenza Sanitaria di Base	
	Assistenza Territoriale e Servizi	
Direzione DS 57 Torre d. Greco	Assistenza Sanitaria di Base	
	Assistenza Territoriale e Servizi	
Direzione DS 58 Pompei	Assistenza Sanitaria di Base	
	Assistenza Territoriale e Servizi	
Direzione DS 59 S. Agnello	Assistenza Sanitaria di Base	
	Assistenza Territoriale e Servizi	
Cure Domiciliari	Cure Domiciliari I, II e III Livello	
Socio-Sanitario	Controllo attività riabilitativa e protesica	
	Controllo attività sociosanitaria	
Cure Primarie	Programmazione e monitoraggio del fabbisogno di specialistica ambulatoriale	
		Cure Palliative
		Anziani, Fragili e Demenze
		Nutrizione Artificiale Domiciliare
16	30	3

ALLEGATO 8 DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

AREA	UOC	UOS	UOSD
Area Igiene e Sanità Pubblica	Igiene e Sanità Pubblica (SISP)		6 Prevenzione Collettiva
	Epidemiologia e Prevenzione (SEP)		
	Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN)		
	Medicina Legale		
	Medicina dello Sport		Promozione della salute
			Registro Tumori
Area Prevenzione e Medicina del Lavoro	Prevenzione igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPSAL)		
	Medicina del lavoro (SIML)		
Area Sanità Pubblica Veterinaria	Veterinario Sanità Animale (Vet-A)	UOS VET A Ambito 1	
		UOS VET A Ambito 2	
		UOS VET A Ambito 3	
		UOS ospedali e ambulatori veterinari	
	Veterinario Igiene degli Alimenti di origine animale (Vet-B)	UOS VET B Ambito 1	
		UOS VET B Ambito 2	
		UOS VET B Ambito 3	
	Veterinario igiene degli allevamenti e Produzioni Zootecniche (Vet-C)	UOS VET C	
Coordinamento Amministrativo			
TOTALI	11	8	8

ALLEGATO 9 DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

UOC	UOS	UOSD
Salute Mentale Territoriale sede Castellammare	Centro Salute Mentale Gragnano	
	Gestione Strutture residenziali e semiresidenziali e coordinamento delle attività riabilitative e dei piani terapeutici	
Salute Mentale Territoriale sede Nola	Gestione Strutture residenziali e semiresidenziali e coordinamento delle attività riabilitative e dei piani terapeutici	
		SPDC P.O. Nola
Salute Mentale Territoriale sede Pollena	Gestione Strutture residenziali e semiresidenziali e coordinamento delle attività riabilitative e dei piani terapeutici	
Salute Mentale Territoriale sede Pomigliano	Centro Salute Mentale Marigliano	
	Gestione Strutture residenziali e semiresidenziali e coordinamento delle attività riabilitative e dei piani terapeutici	
Salute Mentale Territoriale sede San Giorgio a Cremano	Centro Salute Mentale Portici	
	Gestione Strutture residenziali e semiresidenziali e coordinamento delle attività riabilitative e dei piani terapeutici	
Salute Mentale Territoriale sede Sorrento	Gestione Strutture residenziali e semiresidenziali e coordinamento delle attività riabilitative e dei piani terapeutici	
Salute Mentale Territoriale Sede Terzigno	Gestione Strutture residenziali e semiresidenziali e coordinamento delle attività riabilitative e dei piani terapeutici	
Salute Mentale Territoriale sede Torre Annunziata	Gestione Strutture residenziali e semiresidenziali e coordinamento delle attività riabilitative e dei piani terapeutici	
Salute Mentale Territoriale sede Torre del Greco	Centro Salute Mentale Ercolano	
	Gestione Strutture residenziali e semiresidenziali e coordinamento delle attività riabilitative e dei piani terapeutici	
		SPDC P.O. Boscotrecase
Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	Centro per i Disturbi dello spettro dell'autismo	
	Prevenzione, diagnosi e trattamento dei disturbi del neurosviluppo	
		Psicologia
		Coordinamento e monitoraggio delle procedure gestionali a supporto dell'implementazione dei progetti terapeutici riabilitativi
10	15	4

ALLEGATO 10 DIPARTIMENTO FARMACEUTICO

UOC	UOS	UOSD
Governo Assistenza Farmaceutica e Convenzionata	Farmaceutica convenzionata	
	Assistenza farmaceutica, integrazione ospedale/territorio e DPC	
Assistenza Farmaceutica Ospedaliera Area Nord	Gestione farmaci e dispositivi medici area Nord	
Assistenza Farmaceutica Ospedaliera Area Sud	Gestione farmaci e dispositivi medici area Sud	
Assistenza Farmaceutica Distrettuale Area Nord	Gestione farmaci, dispositivi medici e nutrizione clinica	
Assistenza Farmaceutica Distrettuale Area Sud	Gestione farmaci, dispositivi medici e nutrizione clinica	
5	6	/

ALLEGATO 11 DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

UOC	UOS	UOSD
SERD Castellammare		
SERD Torre Annunziata		
SERD Torre del Greco		
SERD Nola		
SERD Somma Vesuviana		
		Alcologia
		Gioco patologico
		Osservatorio dipendenze
5	/	3

ALLEGATO 12 DIPARTIMENTO AREA MEDICA

Disciplina	Presidio Ospedaliero	UOC	UOS	UOSD
Oncologia	P.O. Nola (Stabilimento Pollena)	Oncologia	Oncologia integrata	
	P.O. Torre del Greco			
	P.O. Nuovo Ospedale della Costiera (Sorrento)			Oncologia
	P.O. Boscoreale-Boscotrecase			Ematologia
Medicina Generale	P.O. Nola	Medicina Generale		Nutrizione Clinica
	P.O. Boscoreale-Boscotrecase	Medicina Generale		
	P.O. Castellammare-Stabilimento Gragnano	Medicina Generale	Malattie del fegato	
	P.O. Nuovo Ospedale della Costiera (Vico)	Medicina Generale		
	P.O. Torre del Greco			Medicina Generale
Gastro-enterologia	P.O. Nola – Stabilimento Pollena			Endoscopia digestiva
	P.O. Torre del Greco	Gastroenterologia ed endoscopia digestiva		
Nefrologia	P.O. Nola	Nefrologia	Emodialisi	
	P.O. Castellammare	Nefrologia	Emodialisi	
Geriatria	P.O. Castellammare-Stabilimento Gragnano			Geriatria
Reumatologia	P.O. Torre del Greco afferente UO Med. Gen			
Malattie endocrine	P.O. Nuovo Ospedale della Costiera (Vico)			
Dermatologia	P.O. Castellammare - Stabilimento Gragnano			
Recupero e riabilitazione funzionale	P.O. Nola (Stabilimento Pollena)			Riabilitazione ad Indirizzo Oncologico, Cardiovascolare e Neurologico
	P.O. Castellammare (Stabilimento Gragnano)			
	P.O. Nuovo Ospedale della Costiera (Vico)			
	P.O. Torre del Greco	Riabilitazione		
Lungodegenza	P.O. Nola (Stabilimento Pollena)			Lungodegenza
	P.O. Castellammare (Stabilimento Gragnano)	Lungodegenza		
	P.O. Torre del Greco			
		10	4	8

ALLEGATO 13 DIPARTIMENTO AREA CRITICA

Disciplina	Presidio Ospedaliero	UOC	UOS	UOSD
Cardiologia UTIC	P.O. Nola	Cardiologia	UTIC	
			Emodinamica	
	P.O. Boscoreale-Boscotrecase	Cardiologia	UTIC	
	P.O. Castellammare	Cardiologia	UTIC	
	P.O. Nuovo Ospedale della Costiera (Sorrento)			Cardiologia e UTIC
Medicina di Emergenza e Urgenza (MEU)	P.O. Nola	MEU	PS e OBI	
	P.O. Boscoreale-Boscotrecase	MEU	PS e OBI	
	P.O. Castellammare	MEU	PS e OBI	
	P.O. Nuovo Ospedale della Costiera	MEU	PS e OBI	
	P.O. Torre del Greco			MEU/PS/OBI
Anestesia e Terapia Intensiva	P.O. Nola	Anestesia e Terapia Intensiva	Terapia intensiva e del dolore	
	P.O. Boscoreale-Boscotrecase	Anestesia e Terapia Intensiva	Coordinamento attività anestesiologiche B.O.	
	P.O. Castellammare	Anestesia e Terapia Intensiva	Terapia intensiva e del dolore	
	P.O. Nuovo Ospedale della Costiera	Anestesia e Terapia Intensiva	Coordinamento attività anestesiologiche B.O.	
	P.O. Torre del Greco	Anestesia e Terapia Intensiva		
Neurologia	P.O. Nola	Neurologia	Stroke Unit	
	P.O. Boscoreale-Boscotrecase			Neurologia
	P.O. Castellammare	Neurologia	Stroke Unit	
Pediatria	P.O. Nola	Pediatria		
	P.O. Castellammare	Pediatria		
	P.O. Nuovo Ospedale della Costiera	Pediatria		
Neonatologia	P.O. Nola afferente alla UOC Pediatria			
	P.O. Castellammare afferente alla UOC TIN			
	P.O. Nuovo Ospedale della Costiera (Vico) afferente alla UOC Pediatria			
Terapia Intensiva Neonatale	P.O. Nola			TIN
	P.O. Castellammare	TIN	TIN e rete neonatale	
Pneumologia UTSIR	P.O. Boscoreale-Boscotrecase	Pneumologia	UTSIR	
Chirurgia Generale e d'Urgenza	P.O. Nola			Chirurgia generale d'urgenza
	P.O. Castellammare			Chirurgia generale d'urgenza
	P.O. Boscoreale-Boscotrecase			Chirurgia generale d'urgenza
	P.O. Torre del Greco			Chirurgia generale d'urgenza
Emergenza Territoriale				Sistema 118
		19	16	9

ALLEGATO 14 DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE

Disciplina	Presidio Ospedaliero	UOC	UOS	UOSD
Chirurgia Generale	P.O. Nola	Chirurgia Generale		
	Pollena (Stabilimento del P.O. Nola)	Chirurgia Generale e senologica		
	P.O. Boscoreale-Boscotrecase	Chirurgia Generale	Chirurgia della parete addominale	Lesioni cutanee
	P.O. Castellammare	Chirurgia Generale		
	P.O. Nuovo Ospedale della Costiera	Chirurgia generale (Sorrento)	Chirurgia Laparoscopica (Vico)	
Urologia	P.O. Nola			Urologia
	P.O. Castellammare	Urologia		
Otorino-laringoiatria	P.O. Nola			ORL
	P.O. Boscoreale-Boscotrecase		ORL	
	P.O. Castellammare	ORL		
Oculistica	P.O. Nola	Oculistica		
	P.O. Castellammare	Oculistica		
	P.O. Nuovo Ospedale della Costiera (Vico)			Patologia vitreoretinica
Ortopedia	P.O. Nola	Ortopedia	Traumatologia	
	P.O. Boscoreale-Boscotrecase	Ortopedia	Traumatologia	
	P.O. Castellammare	Ortopedia	Traumatologia	
	P.O. Nuovo Ospedale della Costiera (Sorrento)	Ortopedia		
	P.O. Torre del Greco			Ortopedia
Ostetricia e ginecologia	P.O. Nola	Ostetricia e ginecologia	Ginecologia oncologica	
	P.O. Castellammare	Ostetricia e ginecologia	Urgenze emorragiche e P.M.A.	
	P.O. Nuovo Ospedale della Costiera (Vico)	Ostetricia e ginecologia	Urgenze emorragiche e IVG	
		16	9	5

ALLEGATO 15 DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

Disciplina	Presidio Ospedaliero	UOC	UOS	UOSD
Radiologia	P.O. Nola	Radiologia	Radiologia interventistica	
	P.O. Boscoreale-Boscotrecase	Radiologia	Radiologia interventistica	
	P.O. Castellammare	Radiologia	Radiologia interventistica	
	P.O. Nuovo Ospedale della Costiera (Sorrento)	Radiologia		
	P.O. Torre del Greco			Radiologia
Radioterapia oncologica	P.O. Nola	Radioterapia		
Medicina di laboratorio	P.O. Nola		Emergenza/urgenza	
	P.O. Boscoreale-Boscotrecase	Patologia clinica	Tossicologia e farmacologia	
		Microbiologia e virologia	Diagnostica molecolare delle malattie infettive e genomica molecolare	
	P.O. Castellammare		Emergenza/urgenza	
	P.O. Nuovo Ospedale della Costiera (Sorrento)		Emergenza/urgenza	
	P.O. Torre del Greco		Emergenza/urgenza	
Anatomia patologica	P.O. Castellammare	Anatomia e Istologia patologica		
Immuno-trasfusionale	P.O. Castellammare	Medicina trasfusionale		
	P.O. Nola		Centro Donazioni Sangue	
		9	10	1

ALLEGATO 16 DOTAZIONE POSTI LETTO

Codice	Disciplina	C/mare	Gragnano	Sorrento	Vico	Nola	Pollena	Torre del Greco	Bosco	pp.ll. totali
8	Cardiologia	18		12		18			12	60
9	Chirurgia Generale	20		20	14	20	8	12	20	114
18	Ematologia								4	4
19	Malattie Endocrine				4					4
21	Geriatria		4							4
26	Medicina Generale	12		10	16	16	6	14	10	84
29	Nefrologia	14				10				24
32	Neurologia	14				14			14	42
34	Oculistica	8			4	8			4	24
36	Ortopedia	18		18		18		14	18	86
37	Ostetricia e Ginecologia	24			18	20				62
38	Otorinolaringoiatria	8			2	8			4	22
39	Pediatria	14			8	8				30
40	Psichiatria					18			18	36
43	Urologia	8				8				16
49	Terapia Intensiva	12		7		15		2	13	49
50	UTIC	10		6		10			6	32
51	MEU	16		16		16		12	12	72
52	Dermatologia		4							4
58	Gastroenterologia						4	8		12
62	Neonatologia	6			6	6				18
64	Oncologia		6	10			12	6		34
68	Pneumologia								10	10
71	Reumatologia							4		4
73	TIN	10				8				18
94	Terapia semintensiva* (DGRC 378/20)	12				12		6	20	50
TOTALE OFFERTA PER ACUTI		224	14	99	72	233	30	78	165	915
56	Recupero e riabilitazione funzionale		32		30		25	32		119
60	Lungodegenti		32				32	32		96
TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA		224	78	99	102	233	87	142	165	1130

* I posti letto di terapia semi intensiva, ai sensi della DGRC 378/20 sostituiscono i posti di degenza ordinaria delle branche previste

ALLEGATO 17 QUADRO RIEPILOGATIVO

Descrizione	UOC	UOS	UOSD
Strutture di staff alla Direzione Strategica	5	3	1
Strutture a supporto della Direzione Amministrativa	12	13	0
Dipartimento Attività Strategiche della Direzione Sanitaria	4	1	5
Dipartimento di Prevenzione	11	8	8
Dipartimento delle Dipendenze	5	0	3
Dipartimento di Salute Mentale	10	15	4
Dipartimento Farmaceutico	5	6	0
Dipartimento Assistenza Territoriale	16	30	3
Dipartimento Assistenza Ospedaliera	6	6	0
Dipartimento Area Medica	10	4	8
Dipartimento Area Critica	19	16	9
Dipartimento Scienze Chirurgiche	16	9	5
Dipartimento dei Servizi	9	10	1
	128	168	

ALLEGATO 18 PRESIDI OSPEDALIERI

<i>Presidio Ospedaliero</i>	<i>Classificazione (DCA 103/2018)</i>
P.O. NOLA	DEA I
P.O. NOLA - PLESSO POLLENA	Stabilimento del P.O. NOLA
P.O. TORRE DEL GRECO	P.O. DI BASE CON PRONTO SOCCORSO
P.O. BOSCOREALE – BOSCOTRECASE	DEA I
P.O. CASTELLAMMARE	DEA I
P.O. GRAGNANO	Stabilimento del P.O. CASTELLAMARE
NUOVO OSPEDALE DELLA COSTIERA (P.O. DI SORRENTO e P.O. DI VICO EQUENSE)	DEA I

PRESIDIO OSPEDALIERO CASTELLAMMARE					
P.O. NUOVA GRAGNANO STABILIMENTO DI CASTELLAMMARE					
DISCIPLINE		pp.ll.	UOC	UOS	UOSD
08	Cardiologia	18	1		
50	UTIC	10		1	
26	Medicina Generale P.O. Castellammare	12	1	1	
21	Geriatria	4			1
52	Dermatologia afferente alla UOC Medicina	4			
29	Nefrologia	14	1		
32	Neurologia + stroke	14	1	1	
51	MEU con Pronto Soccorso e OBI	16	1	1	
64	Oncologia Stabilimento di Gragnano	6			
09	Chirurgia generale	16	1		
09	Chirurgia Generale d'urgenza	4			1
34	Oculistica	8	1		
36	Ortopedia	18	1	1	
38	Otorinolaringoiatria	8	1		
43	Urologia	8	1		
39	Pediatria	14	1		
62	Neonatologia (afferente alla TIN)	6			
37	Ostetricia-Ginecologia	24	1	1	
60	Lungodegenza Stabilimento Gragnano	32	1		
56	Recupero funzionale ad indirizzo generale Stabilimento Gragnano afferente alla UOC	32			
49	Anestesia e Terapia Intensiva	12	1	1	
73	TIN	10	1	1	
94	SUB-INTENSIVA (rif. DGRC 378/2020) afferenti MEU	12			
S75	Radiologia		1	1	
S19	Direzione Sanitaria		1	1	
S37	Medicina di laboratorio			1	
S26	Farmacia (UOC Farmacia Ospedali area sud)		1	1	
S70	Immunotrasfusionale		1		
S03	Anatomia Patologica		1		
S16	Emodialisi			1	
	TOTALI	302	20	13	2

PRESIDIO OSPEDALIERO DI NOLA P.O. NOLA- STABILIMENTO POLLENA					
DISCIPLINE		pp.II.	UOC	UOS	UOSD
08	Cardiologia	18	1		
50	UTIC	10		1	
26	Medicina Generale P.O. Nola	16	1		
26	Medicina Generale Stabilimento Pollena	6			
29	Nefrologia	10	1		
32	Neurologia + stroke	14	1	1	
51	MEU CON Pronto Soccorso e OBI	16	1	1	
58	Endoscopia digestiva (Stabilimento Pollena)	4			1
64	Oncologia (Stabilimento Pollena)	12	1	1	
09	Chirurgia generale P.O. Nola	16	1		
09	Chirurgia generale e Senologia Stabilimento Pollena	8	1		
09	Chirurgia Generale d'Urgenza	4			1
34	Oculistica	8	1		
36	Ortopedia	18	1	1	
38	Otorinolaringoiatria	8			1
43	Urologia	8			1
39	Pediatria	8	1		
62	Neonatologia (afferente alla UOC Pediatria)	6			
37	Ostetricia-Ginecologia	20	1	1	
49	Anestesia e Terapia Intensiva (DCA 103/2018 e DGRC 378/2020)	15	1	1	
73	TIN	8			1
56	Recupero e Riabilitazione funzionale Stabilimento Pollena	25			1
60	Lungodegenza Stabilimento Pollena	32			1
94	SUB-INTENSIVA (DGRC 378/2020) afferenti alla MEU	12			
40	Psichiatria SPDC	18			1
S75	Radiologia		1	1	
S63	Radioterapia Oncologica		1		
S19	Direzione Sanitaria		1	1	
S37	Medicina di laboratorio			1	
S26	Farmacia (UOC Farmacia Ospedaliera Area Nord)				
S23	Emodinamica			1	
S50	Nutrizione Clinica				1
S70	Centro donazione sangue			1	
S16	Emodialisi			1	
TOTALI		320	16	13	9

PRESIDIO OSPEDALIERO DI TORRE DEL GRECO					
DISCIPLINE		pp.ll.	UOC	UOS	UOSD
26	Medicina Generale	14			1
51	MEU con Pronto Soccorso e OBI	12			1
58	Gastroenterologia	8	1		
64	Oncologia	6			
71	Reumatologia afferre alla UO Medicina Generale	4			
09	Chirurgia generale	12			1
36	Ortopedia	14			1
49	Anestesia e Terapia Intensiva	2	1		
94	SUB-INTENSIVA (rif. DGRC 378/2020) afferenti a UOC Anestesia e Rianimazione	6			
56	Recupero e riabilitazione funzionale	32	1		
60	Lungodegenza	32			
S75	Radiologia				1
S19	Direzione Sanitaria		1	1	
S37	Medicina di laboratorio			1	
S26	Farmacia afferente alla UOC Farmaceutica area Nord			1	
	TOTALI	142	4	3	5

PRESIDIO OSPEDALIERO DI BOSCOREALE-BOSCOTRECASE					
DISCIPLINE		pp.ll.	UOC	UOS	UOSD
08	Cardiologia	12	1		
50	UTIC	6		1	
26	Medicina Generale	10	1		
18	Ematologia	4			1
32	Neurologia + stroke	14			1
51	MEU con Pronto Soccorso e OBI	12	1	1	
68	Pneumologia	10	1		
94	SUB-INTENSIVA (rif. DGRC 378/2020) afferenti Pneumologia - UTSIR	20		1	
09	Chirurgia generale	16	1	1	
09	Chirurgia Generale D'Urgenza	4			1
09	Chirurgia Generale – Lesioni Cutanee				1
34	Oculistica (afferente alla UOC Oculistica P.O. C/mare)	4			
36	Ortopedia	18	1	1	
38	Otorinolaringoiatria (afferente alla UOC ORL)	4		1	
49	Anestesia e Terapia Intensiva	13	1	1	
40	Psichiatria (SPDC)	18			1
S75	Radiologia		1	1	
S19	Direzione Sanitaria		1	1	
S37	Medicina di laboratorio		2	2	
S26	Farmacia		1		
TOTALI		165	12	11	5

P.O. NUOVO OSPEDALE DELLA COSTIERA – PRESIDIO DI SORRENTO					
DISCIPLINE		pp.ll.	UOC	UOS	UOSD
08	Cardiologia	12			1
50	UTIC	6			
26	Medicina Generale	10			
51	MEU con Pronto Soccorso e OBI	16	1	1	
64	Oncologia	10			1
09	Chirurgia generale	20	1		
36	Ortopedia	18	1		
49	Anestesia e Terapia Intensiva	7	1	1	
S75	Radiologia		1		
S19	Direzione Sanitaria		1	1	
S37	Medicina di laboratorio			1	
TOTALI		99	6	4	2

P.O. NUOVO OSPEDALE DELLA COSTIERA - PRESIDIO DI VICO EQUENSE					
DISCIPLINE		pp.ll.	UOC	UOS	UOSD
26	Medicina Generale	16	1		
19	Endocrinologia e Malattie Metaboliche pp.ll. afferenti UOC Medicina	4			
56	Recupero e riabilitazione funzionale	30			
09	Chirurgia generale laparoscopica	14		1	
34	Oculistica - Patologia vitreoretinica	4			1
38	Otorinolaringoiatria (afferenti UOC ORL C/Mare)	2			
39	Pediatria	8	1		
62	Neonatologia (affidente alla UOC Pediatria)	6			
37	Ostetricia-Ginecologia	18	1	1	
S75	Radiologia				
S19	Direzione Sanitaria				
S37	Medicina di laboratorio				
S26	Farmacia (UOC Farmacia Ospedaliera Area Sud)				
TOTALI		102	3	2	1