



U.O.C. Affari Generali e Istituzionali

Nel complesso delle attività specifiche, assegnate ad organizzazioni ed uffici con precipua competenza, trovano ospitalità, all'interno dell'Azienda tutta una serie di compiti e funzioni di supporto, sia per le altre organizzazioni che per la direzione, che contribuiscono a produrre azioni su aspetti regolamentari dei processi e delle procedure. La gestione degli Affari Generali e Istituzionali, nella rinnovata formulazione che trova disposizione con il nuovo atto aziendale, infatti, produce indicazioni e linee guida attraverso una costante ricerca delle innovazioni normative e regolamentari che costituiscono il presupposto per una corretta gestione delle singole funzioni. L'inserimento organico continuo di fatti e norme è il principio attraverso il quale si adatta la programmazione aziendale alle innovazioni normative, scientifiche, economiche, operative. Peraltro, gli impulsi sociali, sottostanti alla disciplina normativa giuridico-formale, non debbono e non possono essere ignorati e sottovalutati. Tali impulsi, però, devono essere riportati in una visione obiettiva e sistematica delle procedure e dei programmi. La Funzione, quindi, fornisce alla direzione strategica i dati e i risultati quali chiavi di lettura dei bisogni, dei processi, delle procedure, dei programmi, operando per una continua innovazione delle realtà, attraverso anche il raffronto con le altre realtà sanitarie regionali. Tali dati (flow-charts) devono rispecchiare, comunque: a) la flessibilità, intendendosi con questo concetto la possibilità che gli stessi devono essere raccolti e redatti in modo da valutare ed apportare miglioramenti concettuali che consentano un'opportuna valutazione dei fattori modificativi esterni ovvero di

ATTO AZIENDALE

nuovi eventi che possano sopravvenire; b) la possibilità di integrarsi con altre procedure di lavoro, il che significa che il momento conclusivo di una determinata procedura di lavoro costituisce il momento di avvio di altre procedure o di parte di essa; c) la sequenzialità, che si sostanzia nella previsione di una successione ordinata di operazioni ed attività da svolgere e che deve prevedere l'esclusione di ogni inutile "ritorno". La Funzione svolge, anche, attività di ricerca e di studio sulle problematiche generali e coadiuva con la Direzione Strategica nella predisposizione di documenti, anche esterni, attraverso un coordinamento di acquisizione di dati e informazioni necessarie a relazionare. In tal senso cura la proposta degli atti regolamentari aziendali a carattere generale o di settore, sulla base dell'istruttoria e stesura compiuta dal responsabile del procedimento o del gruppo di lavoro all'uopo costituito. Svolge ricerche, studi di fattibilità e sperimentazione di modelli innovativi di organizzazione e assicura il coordinamento aziendale di statistiche, di studi e di rapporti. In particolare, al Servizio per gli Affari Generali spetta il raccordo e la tenuta del Registro delle deliberazioni e delle determinazioni dirigenziali, la loro pubblicità e la definizione dei provvedimenti per la loro esecuzione, garantendo, altresì, i rapporti con il Collegio Sindacale. Per tale Organo Aziendale, svolge le funzioni di segreteria ed assicura il raccordo con le funzioni Aziendali tenute a fornire i riscontri a fronte di osservazioni/rilievi mossi dal Collegio sui singoli atti, nell'ambito delle attività amministrative dagli stessi posti in essere. Cura la proposta dei rapporti di convenzione con Enti ed Aziende pubbliche previa istruttoria da parte dei macrocentri (Presidi Ospedalieri, Dipartimenti, Distretti Sanitari, Funzioni Centrali, e se richiesto d'impulso della Direzione Strategica) per acquisizione di beni e servizi (anche per specifiche professionalità presenti presso altre Aziende/Enti). La UOC contempla la figura dell'Ufficiale Rogante che svolge il suo incarico per gli atti formalmente adottati con deliberazione del Direttore Generale. Si tratta di un Dirigente in veste di pubblico ufficiale al quale sono attribuite funzioni analoghe a quelle del notaio. È autorizzato a rogare, ossia a redigere, con le richieste formali, documenti in forma pubblica amministrativa, aventi la stessa efficacia di atto pubblico di quelli rogati da un notaio, - 2699 del Codice civile. Funzioni e modalità di espletamento sono oggetto di apposita regolamentazione.

Il Servizio gestisce, inoltre, le attività di protocollo, arrivo e partenza della corrispondenza, la gestione delle Assicurazioni previste per le attività aziendali, nonché la gestione dell'accesso agli atti dell'Azienda e delle disposizioni in merito alla privacy. Nell'ambito della UOC è prevista la funzione del responsabile della conservazione e responsabile della gestione documentale.

All'UOC afferisce l'**UOS Privacy e Tutela Dati Personali** tale articolazione semplice, avrà il compito di garantire il coordinamento sia delle aree funzionali prettamente rientranti nella gestione dei dati personali nel ruolo di titolare del trattamento ricade la responsabilità dei detti trattamenti. Si tratta di una "responsabilità generale" che non potendo essere trasferita richiede una accurata organizzazione attraverso efficaci strumenti di controllo e gestione. In considerazione che la ratio del sistema privacy è la protezione dei diritti e delle libertà fondamentali delle persone fisiche relativamente al trattamento dei dati personali, la responsabilità dei trattamenti richiede quindi l'adozione di politiche interne e misure tecniche ed organizzative che soddisfino in particolare i principi della protezione dei dati (fissati dall'art. 5 del GDPR) fin dalla progettazione dei relativi processi aziendali.

Da qui la necessità di una costruzione del "modello organizzativo" con l'attribuzione di ben determinati compiti e delle relative responsabilità a tutte le entità, interne ed esterne all'organizzazione, che concorrono a sviluppare i processi aziendali in cui vengano trattati dati personali.

Obiettivo dell'ASL Salerno è configurare la propria organizzazione ed applicare adeguate misure a protezione delle persone fisiche, in attuazione del **Regolamento (UE) 2016/679 (c.d.GDPR)** relativo alla

ATTO AZIENDALE

protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, che dal 25 maggio 2018 è direttamente applicabile in tutti i Paesi della U.E., ed in attesa del Decreto Legislativo, delegato dal Parlamento al Governo, che deve apportare le necessarie modifiche al Decreto Legislativo 30.06.2003 n° 196, conosciuto come **Codice Privacy**. Il GDPR ha inteso instaurare un nuovo sistema di norme relative alla **protezione delle persone fisiche** con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché norme relative alla **libera circolazione di tali dati**.

La creazione di una Unità Semplice Dipartimentale, quindi si propone di proteggere i diritti e le libertà fondamentali delle persone fisiche e in particolare il diritto alla protezione dei dati personali

L'Unità si occupa delle problematiche inerenti la protezione dei dati e si pone come punto di riferimento non soltanto per gli operatori interni ma anche per gli utenti che desiderino maggiori informazioni sulle politiche aziendali a tutela della privacy o abbiano la necessità di chiarimenti o approfondimenti.

Le competenze amministrative organizzative e di coordinamento, della UOSD verranno integrate/ supportate da quelle tecniche in capo alla UOC SIA.

U.O.C. Servizio di Prevenzione e Protezione – Coordinamento medici competenti

L'Azienda considera la salute e la sicurezza nei propri luoghi di lavoro come parte integrante della gestione aziendale. La responsabilità della gestione della Sicurezza sui luoghi di lavoro riguarda l'intera organizzazione aziendale, dal Datore di Lavoro sino ad ogni lavoratore, ciascuno secondo le proprie attribuzioni e competenze. A tal fine la Direzione Strategica si riferisce ai seguenti principi ispiratori:

- Il rispetto della legislazione e degli accordi applicabili alla sicurezza sui luoghi di lavoro;
- Il miglioramento continuo e la prevenzione;
- La sensibilizzazione e la formazione del personale per svolgere i propri compiti in sicurezza e per assumere le proprie responsabilità in materia di sicurezza;
- Il coinvolgimento e la consultazione dei lavoratori, anche attraverso i loro rappresentanti per la sicurezza;
- Il riesame periodico della politica di sicurezza;
- La definizione e la diffusione all'interno dell'azienda degli obiettivi di ssl e dei relativi programmi di attuazione.

Per la piena ed efficace attuazione del dettato normativo, è prevista l'organizzazione del **Servizio prevenzione e protezione** (art. 31 del D. Lgs. 81/08) quale **Unità Operativa Complessa**. Il Servizio è utilizzato dal Direttore Generale, quale datore di lavoro, con i compiti attribuiti dall'art.33 del D. Lgs. n. 81/08 e s.m.i. e svolge la funzione di "consulente" tecnico del medesimo e, più in generale, dell'Azienda in merito alla corretta applicazione delle normative in vigore in tema di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

L'organizzazione sarà definita attraverso apposito Regolamento, nel rispetto delle norme in vigore, che disciplinerà l'organizzazione permanente ed organica di un sistema globale e pianificato di prevenzione e protezione dai rischi. Tutte le articolazioni aziendali saranno sottoposte alla applicazione di tale Regolamento, in quanto il "fattore sicurezza" prevede la sinergia, la partecipazione e la collaborazione di tutti per il buon funzionamento dell'intero sistema di gestione adottato. Ai sensi dell'art. 2 del D. Lgs. 81/08 e ss.mm.ii., al personale dipendente sono equiparati i soggetti che per contratto, volontariato, studio o

ATTO AZIENDALE

tirocinio frequentano o svolgono attività all'interno dell'azienda.

Nel quadro delle problematiche del lavoro e dei servizi da erogare, il Direttore Generale delinea la strategia per la sicurezza, esercitando una funzione di indirizzo che si realizza attraverso l'attribuzione di deleghe, conferite con le modalità e nei limiti di cui alla normativa, alle diverse articolazioni aziendali, nonché con la determinazione degli obiettivi specifici, la programmazione dei tempi di realizzazione degli stessi e l'individuazione del budget necessario al loro conseguimento.

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

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

Viene, inoltre, individuato, ai sensi dell'art. 17 del D. Lgs. 81/09, il **Responsabile della Prevenzione e Protezione**, cui risultano demandati gli specifici adempimenti, tra i quali:

- Predisposizione ed aggiornamento del documento valutazione rischi;
- Individuazione delle misure di prevenzione e protezione per l'eliminazione o il contenimento dei rischi negli ambienti di lavoro e nei processi lavorativi;
- Proposte di corsi formativi e informativi attinenti la sicurezza dei lavoratori;
- Incontri periodici con i R.L.S. e la Direzione;
- Pareri di competenza relativi all'utilizzo di sostanze ed apparecchiature;
- Valutazioni delle condizioni di sicurezza di strutture, impianti e attrezzature;
- Predisposizione ed aggiornamento dei piani di emergenza e di evacuazione;
- Adempimenti di cui alla L. N. 123/2007 in relazione alla valutazione di interferenze e redazione UVRI;
- Ogni altro adempimento assegnato al servizio di prevenzione e protezione dal D.Lgs. N 81/2008 e ss.mm.ii.;
- Gestione dei flussi informativi e delle comunicazioni di competenza;
- Ogni altro atto, attività e compito assegnato dalla Direzione aziendale.

Non meno importante dell'attività sanitaria diretta è l'impegno sugli aspetti legati alla formazione. D'intesa con i Direttori dei Distretti, si provvederà a delineare, in sede periferica, le attività connesse con la presente Funzione, da definire nell'ambito dell'articolazione organizzativa distrettuale.

Attività del Medico Competente (nell'ambito della UOC S.P.P.)

Il legislatore ha inteso, emanando il decreto legislativo n. 81 del 2008, rafforzare la tutela della salute dei lavoratori, ampliando gli obblighi di sorveglianza sanitaria e rafforzando la funzione del Medico Competente come collaboratore qualificato per tutti i numerosi compiti che richiedono una efficace tutela della salute e

ATTO AZIENDALE

sicurezza dei lavoratori durante il lavoro. L'attività di medico competente è svolta secondo i principi della medicina del lavoro e del codice etico della Commissione internazionale di salute occupazionale (ICOH). Il dipendente di una struttura pubblica, assegnato agli uffici che svolgono attività di vigilanza, non può prestare, ad alcun titolo e in alcuna parte del territorio nazionale, attività di medico competente.

Il Direttore Generale dell'azienda, quale datore di lavoro, assicura al medico competente le condizioni necessarie per lo svolgimento di tutti i suoi compiti garantendone l'autonomia.

Il Medico competente può avvalersi, per accertamenti diagnostici, della collaborazione di medici specialisti scelti in accordo con il datore di lavoro che ne sopporta gli oneri.

Considerato che l'Azienda presenta più unità produttive, il datore di lavoro, tenuto conto dei requisiti di cui all'art. 38 del decreto legislativo 81/2008, può nominare più medici competenti individuando tra essi un medico con funzioni di coordinamento, ai sensi dell'art. 39 dello stesso decreto. Con apposito Regolamento, verranno definiti gli ambiti territoriali di assegnazione per ciascun medico competente, i compiti e lo svolgimento dell'attività di sorveglianza sanitaria del medico competente, i rapporti del medico competente con il Servizio aziendale di Prevenzione e Protezione, con il Servizio Sanitario Nazionale.

U.O.C. Formazione e Aggiornamento

La valorizzazione del lavoro è fattore determinante per la realizzazione dei processi di trasformazione e riorganizzazione all'interno dell'Azienda al fine di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza. Pertanto, la formazione e l'aggiornamento professionale vengono assunti dall'Azienda, come metodo permanente, quale strumento essenziale per il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate, per lo sviluppo delle professionalità degli operatori attraverso il costante adeguamento delle competenze, per la realizzazione delle finalità istituzionali e per favorire il consolidarsi di una nuova cultura gestionale improntata al risultato.

La formazione e l'aggiornamento professionale sono considerati oltre che acquisizione di saperi, sviluppo di abilità e competenze relazionali, quale strumento propedeutico alla trasmissione di valori, di norme comportamentali e di innovazione, indispensabili per le politiche di gestione delle risorse umane. La formazione ha una rilevanza notevole in questo ambito poiché va ad incidere direttamente sui livelli consci o inconsci della ricerca di considerazione e di stima, ovvero se il datore di lavoro assume l'onere del costo della formazione per tal risorsa esprime contemporaneamente una forma di riconoscimento verso essa: nessun datore di lavoro sprecherebbe denaro per risorse umane che ritiene non necessarie al proprio ciclo produttivo e al proprio raggiungimento di profitto, inteso in senso lato. La continua attenzione alle necessità formative racchiude quindi intrinsecamente un'attenzione alle persone e porta alla valorizzazione del Io che a sua volta fa accrescere l'autostima. Assistiamo quindi alla valorizzazione delle risorse umane come capitale delle organizzazioni.

La formazione rappresenta il punto di incontro tra il sistema organizzativo e la qualità delle prestazioni erogate e deve perseguire la concreta integrazione tra gli operatori che hanno la responsabilità della gestione dei processi produttivi. Inoltre, deve permettere di orientare e integrare le singole professionalità su progetti e risultati comuni in linea con gli obiettivi e gli strumenti di programmazione e gestione propri dell'Azienda ospedaliera. Per tale ragione l'offerta formativa sarà ampia e diversificata, sia nelle metodologie che negli strumenti formativi, per garantire percorsi di apprendimento coerenti ai bisogni dei partecipanti e trasferibili al contesto operativo di riferimento. Inoltre, poiché la risorsa umana costituisce il fattore determinante che caratterizza la qualità delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie sarà prioritario sviluppare politiche

ATTO AZIENDALE

formative ed informative orientate al raggiungimento degli obiettivi di salute, attraverso appropriati interventi che assicurino efficacia clinica - efficienza. Anche perché agli operatori del settore è richiesto un costante aggiornamento della professionalità incentrato, oltre che sulle conoscenze tecnico scientifiche specifiche dell'attività di assistenza, anche su conoscenze, competenze ed abilità di tipo programmatico, organizzativo e gestionale, di cui l'Azienda dovrà farsi carico.

In conclusione, la formazione rappresenta un fattore motivazionale forte che racchiude in sé la flessibilità – elemento essenziale in un mercato altamente competitivo- in quanto considerando le contingenze esterne è possibile scegliere quando e come erogarla, corrispondendo così alla caratteristica di rinnovabilità tipica della motivazione. Inoltre, è l'unico tra i fattori motivazionali che comporta un accrescimento delle competenze direttamente sfruttabile dall'azienda.

La trasversalità del processo informativo assicurerà il processo di aggiornamento continuo obbligatorio per le figure mediche e sanitarie (E.C.M.), in ragione della individuata necessità di tenere costantemente aggiornato il bagaglio tecnico professionale di operatori che legano le proprie attività a processi di ricerca medica, a tecnologie sempre più sofisticate, a protocolli sempre più condivisi, a comportamenti sempre più legati a processi di valutazione generale da applicare ai singoli casi. Il Servizio opererà, poi, nel senso innanzi indicato di continuo processo migliorativo della componente umana (risorse umane) di tutti i settori, sia sul piano della crescita culturale generale che in quello specifico del settore di attività (amministrativo, sicurezza, comportamentale, normativo), in collaborazione con le singole realtà funzionali secondo le specifiche competenze. In tal senso, l'Azienda prevede, come momento fondamentale dell'azione manageriale, l'elaborazione del piano formativo annuale che sarà costituito dalle attività formative annualmente pianificabili sulla base di obiettivi formativi nazionali, regionali ed aziendali, finanziandolo secondo le norme contrattuali e dall'accordo Stato - Regioni e Province autonome (Programma operativo 2011-2012) e secondo le indicazioni regionali.

U.O.S.D. Servizio Ispettivo, NOC e Internal Audit

La funzione di vigilanza e controllo è parte fondamentale del compito istituzionale della ASL, sia per i servizi interni che per quelli esterni. Per quanto attiene il Welfare socio-sanitario e socio- assistenziale, le ASL esercitano le funzioni di vigilanza e controllo di tutte le unità d'offerta, pubbliche e private, socio-assistenziali e socio-sanitarie. La normativa regionale degli ultimi anni contempla, tra gli obiettivi aziendali di interesse regionale dei Direttori Generali delle ASL, quelli inerenti il sistema dei controlli nell'area socio-sanitaria, distinguendo tra attività di vigilanza di routine, attinente la verifica del possesso e del mantenimento degli standard di accreditamento e/o autorizzazione al funzionamento e del monitoraggio dei Piani Programma e attività di controllo, attinente la verifica dell'appropriatezza della qualità delle prestazioni e della loro corretta classificazione.

In conformità anche con le previsioni e le indicazioni regionali, l'Azienda, quindi, istituisce un proprio **Servizio Ispettivo e Nuclei Operativi di Controllo** composti da personale dipendente, cui è affidata la funzione di verificare il funzionamento ottimale degli ambulatori, degli ospedali, delle strutture private accreditate e di quelle specificamente private, per valutare e garantire il possesso dei requisiti previsti dalle norme per il mantenimento della "qualità" dell'assistenza, monitorando i percorsi assistenziali e verificando che le prassi siano corrette, a supporto della qualità e della appropriatezza delle prestazioni sanitarie.

ATTO AZIENDALE

Ciò anche in relazione a quanto previsto dal D.L. 13.9.2012, n. 158 in materia di "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute". Con queste norme, infatti, in tema di appropriatezza/qualità, vengono definite nuove valutazioni, quali:

- I servizi territoriali operano condividendo linee guida e sistema di audit nei diversi, integrati, livelli di assistenza;
- L'esercente delle professioni sanitarie che si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale risponde dei danni solo in caso di dolo o colpa grave;
- Nuovi indicatori di qualità/appropriatezza di prestazioni e il coordinamento dei noc secondo linee guida esistenti su scala nazionale in tema di appropriatezza, qualità, capacità di attività.

L'attività di Internal audit, (di seguito I.A.) è una funzione di verifica indipendente, operante all'interno dell'azienda, con la finalità di esaminarne e valutarne i processi. Il suo obiettivo è fornire un supporto alla Direzione aziendale per un costante miglioramento -di efficacia ed efficienza di gestione, e a tutti i componenti dell'organizzazione per un corretto adempimento alle loro responsabilità (ruolo consultivo/propositivo, rivolto a favorire l'individuazione di opportunità di miglioramento, in coerenza con gli obiettivi istituzionali). Assiste l'organizzazione nel perseguimento dei propri obiettivi tramite un approccio professionale sistematico, che genera valore aggiunto in quanto finalizzato a valutare e migliorare i processi di gestione dei rischi, di controllo e di governance. L'Internal Audit assiste la Direzione nel valutare l'efficienza e l'efficacia del sistema di controllo interno dell'Azienda e nell'implementare le opportune azioni correttive, nell'ottica di mitigare i rischi afferenti alle attività della gestione aziendale. La funzione di I.A. svolge un controllo di terzo livello focalizzandosi sulle attività di verifica (anche definite come controlli di secondo livello) poste in essere da altre funzioni aziendali quali il Controllo di Gestione, il Risk management e la Direzione; inoltre, ha il compito di supervisionare i controlli di primo livello attuati dai referenti responsabili dei vari processi aziendali, ad ogni livello di operatività dell'azienda. La funzione di I.A. definisce i principi, le procedure e gli strumenti di lavoro utili per svolgere la propria funzione in relazione al raggiungimento degli obiettivi periodicamente prefissati. Gli scopi principali che guidano il lavoro dell'I.A. sono rappresentati dalla definizione di adeguati metodi per assistere i Direttori ed i Dirigenti chiave nell'identificazione e nel monitoraggio dei rischi, nell'elaborazione di pertinenti strumenti di controllo atti a prevenire e/o mitigare tali rischi, ed infine nella omogeneizzazione e standardizzazione delle differenti fasi e modalità operative svolte all'interno delle varie funzioni aziendali, con l'intento di poter conseguentemente stabilire adeguate tempistiche di programmazione dei processi di Audit.

Il compito dell'Internal Audit è quello di supportare il vertice e il management aziendale nell'assicurare un efficace sistema di governo dei processi, svolgendo una funzione a valenza trasversale ed interaziendale di verifica indipendente, con la finalità di esaminare e valutare i processi. La missione strategica mira a coinvolgere tutti i livelli di organizzazione, per realizzare tra l'altro il Percorso Attuativo della Certificabilità (P.A.C.) che rappresenta un fondamentale strumento di controllo e di riduzione del rischio di frode amministrativo-contabile in sanità. Pertanto, è importante la sua completa implementazione, che passa attraverso un processo di "miglioramento" dell'organizzazione e dei sistemi amministrativo contabili. Tra le ulteriori finalità che si pone la Struttura di Controllo interno si individua il Raccordo e collegamento con il Collegio Sindacale e una costante collaborazione col Responsabile Anticorruzione e Trasparenza. Il Responsabile della Struttura deve assistere e supportare la Direzione Generale e Amministrativa nel valutare il funzionamento del sistema di gestione e controllo, supervisionare la pianificazione delle attività della struttura prestando assistenza ai vari Servizi e Macrocentri Aziendali.

ATTO AZIENDALE

Il funzionamento e l'esercizio delle attività sono disciplinati da apposito regolamento di attuazione.

U.O.S.D. Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.)

Con riferimento alla legge 150/2000, l'introduzione degli Uffici per le Relazioni con il Pubblico (URP) nell'ordinamento italiano si colloca nella più ampia cultura della trasparenza amministrativa e nella crescente attenzione verso la qualità dei servizi ed il rapporto istituzioni-cittadini. L'Ufficio per le 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, agevolando l'utilizzazione dei servizi offerti ai cittadini, anche attraverso l'informazione sulle disposizioni normative e amministrative, e sulle strutture e sui compiti dell'amministrazione. La struttura di staff e dell'area tecnica, coordinata da un professionista dal profilo tecnico-amministrativo rispondente ai criteri previsti dalla Legge 150/2000 e dal regolamento DPR 442/2001 e ss.mm.ii., s'integra funzionalmente con le attività di comunicazione della Direzione Strategica e con la Struttura preposta, al fine di garantire un processo organico di informazione e comunicazione anche sollecitato dai reclami o dalle segnalazioni che arrivano dagli URP distribuiti sul territorio aziendale.

L'Ufficio inoltre verifica la percezione della qualità delle prestazioni erogate individuando, per tale finalità, idonei ed adeguati strumenti. In particolare, l'U.R.P. acquisisce le osservazioni ed i reclami presentati dai cittadini, li segnala ai dirigenti competenti e provvede a darne tempestivo riscontro agli utenti. L'Ufficio è deputato alla raccolta, alla classificazione ed alla archiviazione delle segnalazioni e degli esposti in un'apposita banca dati, nonché alla predisposizione, con cadenza trimestrale, di una relazione al direttore generale sulle segnalazioni ed i reclami pervenuti e sull'esito degli stessi. Detta relazione deve essere accompagnata da proposte per il miglioramento degli aspetti organizzativi, logistici, relazionali e di accesso alle prestazioni, nonché per il superamento dei fattori di criticità emersi. L'area dell'ascolto e della verifica dà attuazione ai processi di verifica della qualità dei servizi e della soddisfazione degli utenti, attraverso l'ascolto e indagini di customer satisfaction.

Ai sensi, poi, della L.R. 11/07 e s.m.i., presso ciascun ambito territoriale, d'intesa con l'URP, è istituito l'Ufficio di tutela degli utenti, con il compito di sollecitare, a seguito di reclamo, inserito in apposito registro, il rispetto, da parte degli erogatori delle prestazioni, della carta dei servizi sociali e socio-sanitari, adottata dall'Azienda.

L'Azienda garantisce che l'U.R.P. sia organizzato avvalendosi di personale appositamente formato, anche in relazione al tipo di utenza presente sul territorio, e alla presenza di assistiti appartenenti a diverse etnie.

U.O.C. Ingegneria Clinica e HTA

La diffusione negli ospedali, negli ultimi anni, di un numero crescente di apparecchiature biomediche e di tecnologie "avanzate" per la diagnosi e la terapia ha radicalmente modificato l'approccio alla cura della salute. Un ospedale moderno si presenta, infatti, come un contenitore di tecnologie la cui razionalizzazione e mantenimento in sicurezza sono esigenze sempre più pressanti.

A fronte quindi di una distribuzione sempre più vasta ed ormai irrinunciabile di tecnologie biomediche, l'ASL Salerno deve essere in grado di scegliere le appropriate tecnologie e di impiegare correttamente la strumentazione, di garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori, nonché la qualità del servizio erogato e di ridurre e ottimizzare i costi di acquisto e di gestione.

ATTO AZIENDALE

Inoltre, l'evoluzione tecnologica dei dispositivi collegati alla cura della salute ha seguito l'evoluzione delle tecnologie elettroniche e le tendenze degli ultimi anni:

- Dispositivi ad elevatissimo contenuto tecnologico con alta capacità e velocità di acquisizione e trattamento dei dati (ad esempio i tomografi assiali computerizzati di nuova generazione, la "imaging molecolare", le isole completamente automatizzate del laboratorio analisi, le tecnologie per l'analisi del DNA, i sistemi di chirurgia assistita dal computer, etc.);
- Miniaturizzazione dei componenti e delle dimensioni delle tecnologie;
- Realizzazione di "biosensori" sempre più piccoli e sofisticati;
- Messa in rete informatica dei dispositivi medici con la conseguente realizzazione di software medicali che organizzano ed integrano le informazioni che provengono dalle tecnologie sanitarie;
- Applicazioni di telemedicina;

hanno fatto sì che la frontiera dell'utilizzo delle tecnologie sanitarie sia da un lato "iperspecializzato" nell'ambito ospedaliero, ma dall'altro si sia anche spostato dal solo ambito ospedaliero alla dimensione territoriale (reti di punti di cura) sino al domicilio del paziente (home care) sfruttando le applicazioni di telemedicina e del software ad uso medico.

L'Unione Europea, viste le prospettive di questo mercato e l'importanza che hanno assunto le tecnologie sanitarie, ha regolamentato una ampia riforma normativa con tre direttive tutta la materia sui dispositivi medici che al loro interno contengono tutte le tecnologie utilizzate per la diagnosi e la terapia. In particolare, con le seguenti direttive:

- Direttiva Dispositivi Medici (direttiva UE 93/42 recentemente modificata dal nuovo regolamento MDR 2017/745),
- Direttiva Dispositivi Impiantabili attivi (direttiva UE 90/385 recentemente modificata dal nuovo regolamento MDR 2017/745),
- Direttiva Dispositivi Diagnostici in Vitro (direttiva UE 98/79 recentemente modificata dal nuovo regolamento MDR 2017/746).

Chiunque realizzi e metta in commercio un dispositivo medico deve ottenere la marcatura CE seguendo le regole codificate nelle direttive e, in particolare, deve produrre per ciascun dispositivo un documento di analisi del rischio per la destinazione d'uso progettata.

Questo processo di "tecnologizzazione" rende evidente la necessità di fare ricorso a competenze specifiche, a strutture organizzative adeguate e a specifiche procedure in modo da garantire un'efficiente e corretta gestione delle tecnologie, sia dal punto di vista tecnico che economico. Occorre infatti che le tecnologie vengano introdotte non solo con la destinazione d'uso prevista dal produttore in coerenza alle direttive europee ma anche che venga costantemente effettuata l'analisi del rischio sistemico per poterne accertare un utilizzo sicuro sul paziente.

Da ultimo, ma non meno importanti, sono gli aspetti di monitoraggio e di maggiore attenzione agli aspetti di gestione dei dispositivi medici (manutenzione, controlli periodici, etc.), che l'applicazione della normativa vigente, mette a capo delle strutture sanitarie, che devono quindi adeguarsi con le opportune professionalità e procedure organizzative.

ATTO AZIENDALE

A riguardo delle citate direttive, sono di principale competenza della UOC citata:

- I Dispositivi Medici Elettromedicali di cui alla direttiva UE 93/42 recentemente modificata dal nuovo regolamento MDR 2017/745
- I Dispositivi Diagnostici in Vitro elettromedicali di cui alla direttiva UE 98/79 recentemente modificata dal nuovo regolamento MDR 2017/746.

Le principali attività e aree di responsabilità dell'U.O.C. Ingegneria Clinica e HTA possono essere sinteticamente riassunte nelle seguenti:

- Programmazione dell'acquisizione delle tecnologie:
 - Valutazione dell'obsolescenza delle tecnologie installate al fine di consentire le priorità di rinnovo/sostituzione alla direzione strategica;
 - Predisposizione del piano annuale e pluriennale degli investimenti in tecnologie sulla base delle obsolescenze e delle necessità delle UU.OO. Cliniche;
 - Programma i piani di forniture dei dispositivi medici collegati alle tecnologie biomediche.
- Valutazione multidisciplinare delle tecnologie – HTA:
 - Valutazione di tecnologie sanitarie e sistemi sanitari con le metodologie dell'hta;
 - Integrazione delle tecnologie nell'ambiente ospedaliero individuando le necessità e le caratteristiche che consentono l'interfacciamento delle tecnologie nei vari ambiti (strutture, ambiente, sistema informativo ...);
 - Progetti tecnologici in ambiente ospedaliero e territoriale;
 - Ricerca tecnico-scientifica ed economico gestionale;
 - Sviluppo di software, procedure e dispositivi medici;
 - Collaborazione in particolare con i servizi informatici per le modalità di interfacciamento delle tecnologie biomediche e il software medicale con i sistemi informativi aziendali.
- Attuazione del piano di investimenti tecnologici (capitolato tecnico, valutazione offerte, collaudo, formazione, etc.)
 - Predisposizione delle caratteristiche tecniche di fornitura, dei criteri di valutazione dei requisiti di installazione da inserire nei documenti di fornitura;
 - Valutazione degli acquisti di tecnologie;
 - Formazione sull'utilizzo delle tecnologie sia per le nuove tecnologie che per le tecnologie installate con particolare enfasi all'uso sicuro delle stesse;
 - Collaudi di accettazione nell'ambiente ospedaliero in garanzia del rispetto dei requisiti di fornitura e della sicurezza dei pazienti e degli operatori.
- Garantire la sicurezza del paziente e degli operatori in relazione all'uso della tecnologia (inclusi i processi di Risk Management) e il mantenimento dello stato di efficienza delle tecnologie
 - Gestione della sicurezza delle tecnologie e costante aggiornamento della analisi del rischio

ATTO AZIENDALE

- tecnologico;
- Controlli di sicurezza e funzionalità sulle tecnologie e sui dispositivi collegati.
 - Garantire la continuità dell'erogazione delle prestazioni sanitarie in relazione all'uso delle tecnologie
 - Gestione della manutenzione e delle attività conseguenti sia che siano affidate a fornitori che a tecnici interni;
 - Garantire la continuità dell'esercizio delle tecnologie anche con strumenti innovativi quali il controllo remoto dei dispositivi medici;
 - Gestione dei contratti di fornitura di servizi di manutenzione;
 - Gestione delle tecnologie e progettazione funzionale;
 - Gestione delle dismissioni;
 - Sorveglianza e comunicazione “di legge” agli enti preposti.

Nell'ambito delle attività di gestione delle tecnologie l'U.O.C. colloquia costantemente con le altre figure professionali presenti nell'ASL Salerno. L'organizzazione dell'U.O.C. Ingegneria Clinica e HTA per l'ASL Salerno diventa, quindi, un fattore strategico, sia per la gestione e il controllo della spesa sanitaria, sia, allo stesso tempo, per garantire la massima qualità delle prestazioni erogate in una cornice di sicurezza.

Il compito del Responsabile dell'U.O.C. Ingegneria Clinica e HTA è quella di assicurare la definizione delle strategie e le politiche della struttura al fine di garantire l'uso sicuro ed appropriato, efficace ed economicamente vantaggioso delle tecnologie biomediche in accordo con la direzione aziendale.

Le principali aree di responsabilità del Responsabile riguardano la garanzia del corretto funzionamento della struttura rispondendo degli obiettivi assegnati dalla Direzione Aziendale.

U.O.C. Governance dei processi di telemedicina e di applicazione dell'intelligenza artificiale

La telemedicina rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria, già consolidato in diversi ambiti sanitari, consentendo - se inclusa in una rete di cure coordinate - l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

La Struttura Complessa di governo dei processi di telemedicina e d'intelligenza artificiale, caratterizzata da una direzione multispecialistica, nasce per favorire l'integrazione multi-specialistica e multi-professionale che le linee d'attività innovative richiedono.

La telemedicina infatti è una modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti (telemedicina professionista sanitario – assistito) o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (telemedicina professionista sanitario – professionista sanitario).

La telemedicina supporta l'interazione dei diversi professionisti sanitari con l'assistito nelle diverse fasi di valutazione del bisogno assistenziale, di erogazione delle prestazioni e di monitoraggio delle cure. Facilita inoltre lo scambio di informazioni tra professionisti e la collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare sui singoli casi clinici. Implica il trasferimento di dati e informazioni, anche personali e

ATTO AZIENDALE

relativi alla salute, in diversi formati (numerici, testuali, grafici, multimediali, etc.) e modalità di interazione (sincrona o asincrona).

Le diverse prestazioni e servizi di telemedicina, quali la televisita specialistica, la teleassistenza, il telemonitoraggio, la teleriabilitazione, il teleconsulto medico, la teleconsulenza medico sanitaria, o la telerefertazione, costituiscono un'opportunità e un fattore abilitante la strutturazione di modelli di gestione integrata dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria a rilevanza sanitaria, in grado di rispondere sia alle necessità dei sistemi sanitari, con particolare riferimento alla gestione della cronicità, sia, in un'ottica di medicina personalizzata, a quelle individuali del singolo assistito, così come previsto anche dal "Patto per la Salute 2019-2021".

L'importanza del ruolo della sanità digitale, dell'intelligenza artificiale e della telemedicina nel favorire i processi di presa in carico del paziente cronico, consentendo una migliore gestione domiciliare della persona, è riconosciuta anche nel Piano Nazionale della Cronicità del 2016. Del resto, l'utilizzo della telemedicina per l'erogazione di prestazioni e servizi assistenziali abilita e supporta l'attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 21 del DPCM del 12 gennaio 2017, nell'ambito dei percorsi assistenziali integrati e assistenza territoriale.

Lo sviluppo della telemedicina va considerato come un elemento abilitante per l'attuazione della riorganizzazione dell'assistenza territoriale, poiché può favorire:

- La riduzione delle distanze tra operatori sanitari e pazienti e tra operatori sanitari stessi;
- Il tempestivo intervento per pazienti cronici trattati a domicilio in occasione di episodi di acuzie;
- La diagnosi precoce dell'evento acuto e il tempestivo intervento per pazienti trattati a domicilio e/o in condizioni di emergenza;
- L'efficientamento delle prestazioni assistenziali erogate in zone interne e/o disagiate con una ottimizzazione delle risorse, offrendo servizi di prossimità che aumentino l'appropriatezza e l'aderenza terapeutica;
- La correlazione degli interventi per una presa in carico integrata tra ospedale e territorio, anche assicurando processi di de-ospedalizzazione, quali ad esempio le dimissioni protette;
- La collaborazione tra gli operatori appartenenti alle diverse reti assistenziali ospedaliere e consentendo una più efficace ed efficiente operatività dei gruppi di lavoro, in particolare per tutti quei contesti nei quali la multidisciplinarietà è elemento essenziale per una corretta presa in carico e gestione dell'assistito.

La telemedicina è dunque l'insieme di tecnologia e organizzazione che, se inclusa in una rete di cure coordinate (coordinated care), contribuisce in modo rilevante a migliorare la capacità di risposta del Servizio Sanitario Nazionale. Nel disegno di riorganizzazione dell'assistenza territoriale delineato dal presente documento, la telemedicina diviene parte integrante del progetto di salute, sia esso semplice o complesso, definito per il singolo assistito in base ai propri bisogni di salute.

Nella presa in carico continuativa e di lungo periodo del paziente multi-patologico e/o fragile le modalità di adozione di modelli di servizio innovativi supportati dalla telemedicina sono legate strettamente alla maturità e capacità dei contesti locali e possono implicare importanti modifiche dell'operatività e delle competenze dei professionisti. Tale visione è coerente con quanto richiamato nelle "Indicazioni nazionali per

ATTO AZIENDALE

l'erogazione di prestazioni in telemedicina", approvate in Conferenza Stato-Regioni il 17 dicembre 2020, in base alle quali le prestazioni ed i servizi di telemedicina sono assimilati a qualunque altra prestazione o servizio diagnostico/terapeutico/assistenziale/riabilitativo, e come tali devono sempre rispettare tutti i diritti e gli obblighi propri di qualsiasi atto sanitario. Anche se, per quel che concerne il rapporto personale medico-paziente, le prestazioni di telemedicina non sostituiscono completamente le prestazioni assistenziali tradizionali, ma le integrano per migliorarne efficacia, efficienza, appropriatezza e sostenibilità. A tal fine le regioni e le aziende sanitarie erogano prestazioni e servizi per cui, attraverso studi comparativi, siano state scientificamente dimostrate, pari condizioni di sicurezza per gli assistiti ed i professionisti sanitari, e pari o migliori condizioni in termini di costo-efficacia rispetto alla pratica clinica tradizionale.

In coerenza con l'obiettivo di aumentare l'accessibilità e ridurre le disuguaglianze nell'accesso alle cure e garantire un approccio quanto più omogeneo possibile sul territorio, e in considerazione delle potenzialità delle moderne tecnologie ICT, i sistemi che erogano prestazioni di telemedicina, che operino a qualsiasi livello aziendale, regionale, interregionale e/o nazionale, devono:

- Interoperare con i diversi sistemi nazionali (ANA, NSIS, TS, PAGOPA, SPID, etc.) e regionali (FSE, CUP, etc.) a supporto dell'assistenza sanitaria, garantendo il rispetto degli standard di interoperabilità nei dati;
- Supportare la convergenza di processi e strutture organizzative, seppur con la necessaria flessibilità in base alle esigenze specifiche, anche superando la frammentazione tecnologica;
- Supportare l'attivazione di servizi di telemedicina per i singoli pazienti, in base alle indicazioni del Progetto di salute;
- Uniformare le interfacce e le architetture per la fruizione delle prestazioni di telemedicina, sia per l'utente che per il professionista, in un'ottica di semplificazione, fruibilità e riduzione del rischio clinico, assicurando anche l'integrazione con i sistemi di profilazione regionali/nazionali (es. SPID);
- Mettere a disposizione servizi strutturati in modo uniforme e con elevati livelli di sicurezza, sull'intero territorio, sviluppati con approccio modulare e che garantiscono il rispetto delle vigenti indicazioni nazionali.

U.O.C. Programmazione, Budget, Controllo di Gestione e Valutazione della Performance

La gestione dell'Azienda è informata al ciclo programmazione – controllo – valutazione, in relazione alle linee programmatiche definite dalla Regione ed alla pianificazione strategica aziendale. I piani ed i programmi aziendali pluriennali sono sviluppati per esercizio di realizzazione e, successivamente, articolati rispetto al sistema delle responsabilità dirigenziali interne. Il budget è lo strumento fondamentale per l'articolazione dei piani e dei programmi aziendali in obiettivi annuali rispetto al sistema delle responsabilità interne. Attraverso tale strumento, sono assegnate le risorse umane e materiali ai Centri di Responsabilità individuati in seno ai Dipartimenti ed in capo alle Unità Operative Complesse ed alle Unità Operative Semplici di valenza Dipartimentale. Sempre attraverso il budget, al medesimo livello di responsabilità, sono oggetto di negoziazione gli obiettivi quantitativi e qualitativi da perseguire in coerenza con l'attuazione del Piano Attuativo e con le risorse assegnate. Gli obiettivi da assegnare a tali aggregazioni e le relative risorse necessarie per il loro perseguimento sono oggetto di specifica determinazione nell'ambito della negoziazione di budget. 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

ATTO AZIENDALE

pianificazione pluriennale, e come tale deve essere coerente e compatibile con la mission istituzionale attribuita alle aziende in sede di politica economico-sanitaria regionale.

Allo scopo di assicurare il sistematico monitoraggio degli obiettivi durante l'esercizio e la valutazione dei risultati conseguiti, l'Azienda predispone le condizioni tecniche, organizzative ed economiche per esercitare il controllo dell'attività e dell'assorbimento delle risorse rispetto alle articolazioni organizzative, le linee di produzione e i progetti identificati come Centri di Responsabilità. Al fine di garantire un costante monitoraggio dell'esercizio annuale, l'Azienda definisce, implementa ed utilizza, ai sensi dall'articolo 4 del decreto legislativo 286 del 30 luglio 1999 (riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche), le tecniche di controllo di gestione, aggiornando il sistema di contabilità analitica coerente con i diversi livelli di responsabilità previsti dal modello organizzativo, assicurando, in particolare, l'adozione di strumenti e modalità di controllo che consentano l'utilizzazione dello strumento oltre la sfera di mera valutazione economica dell'efficienza gestionale, a supporto esclusivo della direzione generale, per evolvere invece verso una connotazione dello strumento di controllo che assuma funzioni più dinamiche, di supporto metodologico ed operativo alla direzione aziendale ed ai vari livelli in cui essa si articola, nella gestione del processo di programmazione e controllo.

Tali strumenti diventano fondamentali per monitorare e garantire il raggiungimento degli obiettivi regionali declinati nei contratti di nomina incarico dei Direttori Generali.

Nell'ambito della sua organizzazione, la UOC Programmazione e Controllo di Gestione, nella rinnovata formulazione che trova disposizione con il nuovo atto aziendale, si avvale di un proprio sistema informativo-informatico, che attingendo alle banche dati aziendali, realizza un datawarehouse in grado di garantire un cruscotto direzionale al fine di utilizzare le informazioni strutturate e validate dai responsabili di ciascuna delle procedure integrate (che costituiscono i sottosistemi di cui è composto il sistema informativo aziendale, rese disponibili in tempo utile ed in modalità automatica e dinamica).

All'interno dell'Unità Operativa opera, inoltre, un gruppo di lavoro a supporto dell'Organismo Indipendente di Valutazione delegato a svolgere le funzioni di valutazione e controllo strategico, ai sensi delle norme vigenti in materia, per i dirigenti e per il personale del comparto destinatario di incarichi di coordinamento e di posizione organizzativa.

L'organizzazione del controllo di gestione è fin qui analizzata prospetticamente con approccio prettamente funzionale. E il caso tuttavia di precisare che, sotto l'aspetto strutturale per il governo delle aree funzionali presidiate è opportuno contemplare un livello intermedio, che affianchi la Direzione della UOC Programmazione Controllo di gestione e Valutazione attraverso una UOS denominata "**Coordinamento dei sistemi informativi di monitoraggio e reporting**". Tale articolazione semplice, avrà il compito di garantire il coordinamento sia delle aree funzionali prettamente rientranti nella performance assistenziale del Nuovo Sistema di Garanzia, che delle attività decisive concernenti i seguenti punti:

- Ottimizzazione del reporting diretto alla Direzione Strategica, che includa tutti gli obiettivi specifici e tematici assegnati al Direttore Generale all'atto di nomina, nonché diretto al middle management secondo una profilatura selettiva basata sulle rispettive responsabilità verso gli obiettivi.

All'interno dell'Unità Operativa è istituito un servizio con la funzione di "Pianificazione, sviluppo e gestione dei progetti aziendali", le cui attività contribuiscono a sistematizzare e mettere in evidenza i processi

ATTO AZIENDALE

organizzativi attraverso i quali si rende possibile la realizzazione delle progettualità e la relativa valutazione di incidenza economica.

Il servizio svolge la funzione d'interfaccia con le diverse articolazioni aziendali al fine di garantire un costante monitoraggio dell'esercizio annuale delle attività progettuali anche attraverso un sistema gestionale delle progettualità.

Pertanto, tali attività si prefigurano come valutazione delle performance delle attività e degli obiettivi da raggiungere rivolte a tutte le strutture aziendali coinvolte, assicurando idonea trasversalità, coinvolgendo diverse competenze dell'organizzazione Aziendale, integrando funzionalmente le unità operative di volta in volta più direttamente interessate, assicurando al processo di sviluppo e gestione delle progettualità la necessaria organicità e compiutezza.

U.O.C. Sviluppo Strategico, Innovazione Organizzativa e Comunicazione

La complessità strutturale dell'ASL Salerno e le sue dimensioni, in termini di servizi erogati, di spesa gestita e di popolazione servita determinano esigenze di governo dei processi, di programmazione integrata delle attività e di sostegno alle decisioni della Direzione Aziendale.

La struttura è a supporto della Direzione Strategica aziendale, dei Dipartimenti e dei Distretti. Opera con funzioni di supporto alla Direzione Aziendale per promuovere e sostenere le progettualità strategiche e innovative in linea con gli obiettivi aziendali e integrandosi trasversalmente con tutte le unità operative. Lavora all'analisi e alla revisione sistematica dei processi aziendali e delle linee produttive, definendo le traiettorie di sviluppo aziendali. La UOC coordina le funzioni necessarie a sostenere il governo strategico dell'Azienda, mediante produzione di elementi di conoscenza, analisi e valutazione dei dati di produzione delle Strutture pubbliche e private accreditate, della mobilità sanitaria attiva e passiva intraregionale e interregionale, nonché di supporto alla Direzione Aziendale nel governo della comunicazione aziendale, nelle relazioni istituzionali e nella formulazione delle scelte strategiche.

Le linee d'intervento strategico sono una diretta derivazione della mission aziendale, nel rispetto degli indirizzi emanati dalla Regione, contenuti negli Atti di programmazione nazionali e regionali, nonché dalle indicazioni degli Organi dell'Azienda. Per questo, la UOC assicura la promozione e il supporto per lo sviluppo di procedure e percorsi aziendali di natura integrata, attraverso l'individuazione delle aree di miglioramento e di innovazione organizzativa.

Supporta la Direzione Aziendale nell'elaborazione e nella configurazione degli strumenti a supporto delle decisioni strategiche, nella predisposizione e nel conseguimento degli obiettivi di mandato e nella predisposizione di soluzioni possibili a qualificare le risposte aziendali e ad assicurarne la sostenibilità economica e organizzativa.

La UOC garantisce l'implementazione e la gestione del sistema aziendale di comunicazione interna, con particolare riferimento alla gestione armonica degli strumenti integrati in funzione degli obiettivi strategici aziendali e degli interessi degli stakeholder aziendali e delle Istituzioni locali. È previsto inoltre, all'interno della Struttura, un referente per i rapporti con le Istituzioni esterne all'Azienda.

Nello specifico:

- supporta la Direzione e le strutture aziendali nella pianificazione e rendicontazione strategica, nell'attuazione di politiche d'innovazione organizzativa e nella gestione del cambiamento;

ATTO AZIENDALE

- supporta la Direzione nell'attività di pianificazione e controllo strategico, nell'analisi, valutazione e definizione della performance in collaborazione con le altre Strutture aziendali;
- implementa e coordina il sistema di governo integrato;
- promuove e sviluppa metodologie di controllo direzionale e aziendale, anche rispetto ai flussi di mobilità sanitaria e dell'offering delle Strutture pubbliche e private accreditate;
- collabora con altri servizi su tematiche di specifica competenza;
- svolge attività di supporto tecnico e metodologico alla costruzione degli standard di servizio di tutte le strutture aziendali;
- partecipa agli Audit aziendali attraverso gli strumenti del governo integrato;
- contribuisce a delimitare la cornice aziendale entro cui assicurare coerenza tra le traiettorie strategiche;
- assicura il supporto alla Direzione aziendale, anche tramite la predisposizione di assessment e analisi organizzative, nella pianificazione strategica e nel governo delle relazioni istituzionali e nella formulazione delle scelte strategiche direzionali;
- supporta la Direzione aziendale nella definizione e nel monitoraggio dei processi produttivi e degli obiettivi generali e nella predisposizione dei progetti e dei Piani strategici aziendali.

U.O.C. Servizio Informativo Aziendale e Transizione Digitale

Il Sistema Informativo Aziendale è l'insieme delle informazioni prodotte, trasformate ed utilizzate durante l'esecuzione dei processi aziendali, delle modalità con cui esse sono gestite, delle risorse, sia umane che tecnologiche, coinvolte. La Regione Campania ritiene strategico il ruolo del Sistema Informativo Aziendale perché esso produce la conoscenza dei fenomeni e degli eventi in maniera analitica, completa, accurata, tempestiva ed omogenea. Tale conoscenza costituisce il necessario presupposto per programmare ed organizzare un'offerta dei servizi efficace ed efficiente. La **UOC Servizio informativo aziendale e Transizione Digitale** (UOC SIA), nella rinnovata formulazione che trova disposizione con il nuovo atto aziendale, è collocata in staff alla Direzione Generale al fine di avere completa visibilità delle diverse iniziative aziendali, dovendosi occupare della gestione e sviluppo del sistema informativo e del sistema informatico aziendale, idoneo a supportare l'azienda nello svolgimento delle sue molteplici attività, sia in ambito sanitario, in raccordo funzionale con tutte le strutture erogatrici pubbliche e private accreditate presenti sul territorio di competenza, che in ambito amministrativo. Il sistema informativo aziendale è l'insieme delle informazioni prodotte e utilizzate durante l'esecuzione dei processi aziendali, delle modalità con cui esse sono trattate, delle risorse, sia umane che tecnologiche, coinvolte: esso produce la conoscenza dei fenomeni e degli eventi in maniera analitica, completa, accurata, tempestiva e omogenea. Tale conoscenza costituisce il necessario presupposto per programmare e organizzare un'offerta dei servizi sanitari e sociosanitari efficace ed efficiente. Il sistema informatico aziendale, in uno con la rete telematica, costituisce la infrastruttura materiale e immateriale sulla quale viene implementato e sviluppato il sistema informativo. In particolare, la UOC SIA:

- Provvede, in accordo con la Direzione Generale, a definire le strategie ICT aziendali (Information and Communication Technologies) nell'ottica della innovazione digitale continua;
- Si occupa della informatizzazione e della integrazione dei servizi in ambito sanitario e sociosanitario promuovendo la diffusione di applicativi e infrastrutture per la gestione integrata del percorso del paziente e dell'attività medica, infermieristica e diagnostica ospedaliera e territoriale, in supporto alla Direzione Sanitaria;
- Si occupa della informatizzazione e della integrazione delle procedure aziendali amministrativo-

ATTO AZIENDALE

gestionali, in supporto alla Direzione Amministrativa e dei macrocentri interessati;

- Progetta e governa la infrastruttura computazionale aziendale, le centrali telefoniche, gli apparati di rete, i sistemi di sicurezza perimetrale e degli endpoint;
- Promuove l'uso dei software applicativi e di produttività individuale e del sistema di posta elettronica; progetta e governa la rete dati geografica e le reti locali;
- Gestisce la rete telefonica mobile, curando i rapporti tecnici e commerciali con i relativi fornitori; supporta le strutture aziendali per la produzione e l'invio dei flussi informativi;
- Pianifica e gestisce le procedure di acquisizione dei servizi di manutenzione e assistenza tecnica dei sistemi ICT di competenza, nonché l'acquisizione dei servizi di telefonia fissa e mobile;
- Assegna le credenziali di accesso ai sistemi informativi aziendali e definisce le policy di sicurezza da adottare.

Il CAD (Codice dell'Amministrazione Digitale) sancisce che gli uffici pubblici devono essere organizzati in modo che sia garantita la digitalizzazione dei servizi (art. 15 — Digitalizzazione e riorganizzazione). Da tale indicazione consegue, per la Pubblica Amministrazione, anche l'obbligo di assicurare la continuità dei processi che presiedono alla erogazione dei propri servizi, quale presupposto per garantire il corretto e regolare svolgimento della vita nel Paese. Questa affermazione assume particolare significato a fronte del sempre maggiore utilizzo delle tecnologie ICT nella gestione dei dati e dei procedimenti dei singoli enti, che rende necessario adottare tutte le iniziative tese a salvaguardare l'integrità, la disponibilità, la continuità nella fruibilità dei dati. Quando i dati, le informazioni e le applicazioni che li trattano sono parte essenziale ed indispensabile per lo svolgimento delle funzioni istituzionali di un ente/organizzazione, diventano un bene primario per il quale è necessario garantire salvaguardia e disponibilità, anche attraverso l'adozione di misure di sicurezza e di soluzioni atte a garantire la continuità di funzionamento dei sistemi informativi. La Continuità Operativa Generale dell'Organizzazione/Amministrazione è da sempre stata intesa come l'insieme delle attività e delle politiche adottate per ottemperare all'obbligo di assicurare la continuità nel funzionamento dell'organizzazione. Oggi l'impiego di procedure alternative di tipo tradizionale è quasi sempre insufficiente a garantire la continuità dei servizi, atteso il diffuso utilizzo delle tecnologie informatiche. Anche qualora il procedimento amministrativo appaia non informatizzato, una fase del suo procedimento è stata assolta mediante applicazioni informatiche; inconvenienti di natura tecnica, pertanto, possono condizionare il normale svolgimento dei processi tradizionali, fino a comportare il blocco delle attività istituzionali anche per lunghi periodi. Come detto i dati, le informazioni e le applicazioni che li trattano sono ormai parte essenziale ed indispensabile per lo svolgimento delle funzioni istituzionali di un ente/organizzazione ed è necessario quindi garantirne la salvaguardia, la disponibilità, la sicurezza, unitamente a confidenzialità ed integrità: il tema della continuità operativa deve quindi essere parte integrante dei processi e delle politiche di sicurezza di un'organizzazione. In quest'ottica l'attuazione degli obblighi imposti dall'art. 50 bis del CAD conduce le Amministrazioni ad adottare un percorso complessivo in materia di sicurezza di tutta l'organizzazione, coerentemente con il quadro normativo richiamato, e può anche essere un'ottima occasione per rivisitare e razionalizzare le risorse dedicate. Il processo di dematerializzazione promosso dal CAD, che con le sue disposizioni ha trasformato da ordinatoria a perentoria l'azione di eliminazione della carta, comporta un incremento della criticità dei sistemi informatici, visto che non si può più contare su un backup basato sulla documentazione cartacea. Anche in questo quadro

ATTO AZIENDALE

l'adozione di soluzioni di DR diviene un prerequisito indispensabile per garantire la continuità di svolgimento dei processi digitalizzati.

Alla UOC SIA è assegnato:

- L'ufficio del Responsabile della transizione digitale (art.17 del Codice dell'amministrazione digitale) che promuove e garantisce operativamente la trasformazione digitale dell'azienda, coordinando lo sviluppo digitale dei servizi e l'adozione di nuovi modelli di relazione con i cittadini, trasparenti e aperti.
- Il ruolo di Amministratore della sicurezza e di Responsabile del progetto Tessera sanitaria (www.sistemats.it) e dell'indicepa aziendale (www.indicepa.gov.it);
- Il compito della redazione del Piano triennale ICT, documento programmatico triennale che stabilisce gli obiettivi e le strategie per lo sviluppo dell'informatica nella azienda, finalizzato a garantire la sicurezza dei dati e delle informazioni attraverso l'adozione di tecnologie e processi di sicurezza all'avanguardia (cloud first, cloud enablement, centri di competenza applicativa);
- Il compito di adottare e promuovere le misure previste da Codice dell'amministrazione digitale, quale punto di riferimento normativo che guida la trasformazione digitale della azienda;
- Il compito di supportare il DPO (Data Protection Officer) quale ufficio deputato ad assicurare la protezione dei dati personali e sensibili, in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati - GDPR - Reg. EU 2016/679). In tal senso la figura del Chief Information Security Officer (CISO è incardinata nella UOC Servizio Informativo Aziendale SIA. Il CISO è un security manager con competenze eterogenee: tecniche, tecnologiche. Si tratta di una figura che si occupa di definire quale sia la visione strategica della società, di implementare programmi per la sicurezza degli asset informativi e di definire best practice per limitare il più possibile i rischi legati all'adozione delle tecnologie digitali
- Nell'ambito del processo di conservazione documentale, all'interno della UOC è prevista la figura del responsabile della conservazione, quale soggetto che garantisca le caratteristiche e i requisiti del sistema di conservazione documentale per quanto concerne gli aspetti tecnico informatici, svolgendo un ruolo di supporto tecnico al responsabile della gestione documentale (o suo delegato) interfacciandosi con le UU.OO. Aziendali e con eventuali soggetti terzi che gestiscano il processo.

Il perimetro di azione e di competenze assegnate alla UOC SIA richiede una puntuale articolazione della struttura per la gestione e il governo dei processi ICT: la presenza di unità operative specializzate, ciascuna con specifici compiti e responsabilità, coordinati da una direzione IT che definisce la strategia e le politiche di gestione dei sistemi informativi e dei sistemi informatici e telematici aziendali.

All'interno della UOC SIA, è istituita una unità operativa semplice denominata **“Gestione delle tecnologie cloud, dei sistemi centrali e della sicurezza informatica”**: responsabile del governo dei sistemi informatici centrali, della implementazione delle nuove tecnologie cloud nonché della definizione e gestione delle politiche di sicurezza informatica. Ha il compito di assicurare il corretto funzionamento delle risorse impiegate sulle infrastrutture cloud dei service provider e di garantire la sicurezza dei dati e delle informazioni, la prevenzione degli attacchi informatici e la risposta a eventuali incidenti, la resilienza dei servizi ICT.

ATTO AZIENDALE

Area della Direzione Amministrativa Aziendale

Il Direttore Amministrativo dell'Azienda Sanitaria Locale Salerno, per le sue funzioni, si avvale di strutture (**unità operative**), che coordina ed orienta nel raggiungimento degli obiettivi aziendali, ferme restando le autonomie operative assegnate dalla legge ai dirigenti e le conseguenti responsabilità, partecipando alla assegnazione delle risorse, verificando le linee di attività e i processi, con possibilità di avocare a sé eventuali particolari situazioni, importanti per la vita aziendale.

I servizi coordinati dal Direttore Amministrativo, rappresentano lo strumento mediante il quale vengono acquisite, organizzate e gestite le risorse destinate alle unità più direttamente coinvolte nella gestione economico-giuridica aziendale. L'organizzazione è improntata a principi di efficacia, efficienza, economicità, nonché a quello di flessibilità per renderla funzionale al raggiungimento degli obiettivi fissati di volta in volta dal Direttore Generale. I servizi amministrativi, tecnici e professionali dell'Azienda sono organizzati in unità operative complesse e unità operative semplici, individuate per l'attuazione di processi organizzativi integrati, sia per quanto riguarda la gestione delle risorse umane sia per quanto concerne l'utilizzo delle risorse materiali e patrimoniali. Operano nel rispetto dei principi di trasparenza, di integrità e secondo le norme indicate per l'anticorruzione, rispondendo del loro operato sotto i profili civili, amministrativi, contabili, tributari e penali. Alcune delle attività operano in funzione di staff direttamente sotto la guida del Direttore Amministrativo.

Le funzioni centrali amministrative, tecniche e professionali operanti sotto il coordinamento del Direttore Amministrativo sono riportate nella seguente tabella:

DIREZIONE AMMINISTRATIVA	
UOC	Direzione Amministrativa DEA di 1° livello Ospedali di Eboli, Battipaglia e Roccamandolfi
UOC	Direzione Amministrativa DEA Nocera Inferiore – Pagani – Scafati e PO Sarno
UOC	Direzione Amministrativa Distretti n. 60-61-62
UOC	Direzione Amministrativa Distretti n. 63-66-67
UOC	Direzione Amministrativa Distretti n. 64-65-68
UOC	Direzione Amministrativa Ospedale di Sapri e DS 71
UOC	Direzione Amministrativa Ospedale di Vallo della Lucania, Agropoli e DS 69 e 70
UOC	Direzione Amministrativa Ospedale Polla, Ospedale di Oliveto Citra e DS 72
UOC	Direzione Amministrativa Dipartimenti Strutturali (SM e Dipendenze) e Funzionali
UOC	Gestione degli Affari Legali e Contenzioso
UOC	Gestione Economico Finanziaria, Bilancio e Contabilità
UOC	Gestione Acquisizione beni e servizi, Economato e logistica
UOC	Gestione delle Risorse Umane
UOC	Servizio delle Attività tecniche e patrimoniali
UOS	Programmazione, Progettazione e Esecuzione degli Investimenti di Edilizia Sanitaria
UOS	Gestione e Manutenzione degli immobili
UOS	Gestione delle attività patrimoniali
UOS	Gestione flussi finanziari, Entrate e Pagamenti (collegata a Gestione dei flussi finanziari ed economico-gestionali)
UOS	Procedure di gara comunitarie (collegata a Gestione dell'Acquisizione dei beni e servizi ed Economato)
UOS	Settore Giuridico, Concorsi e Personale Convenzionato (collegata a Gestione delle Risorse Umane)

ATTO AZIENDALE



U.O.C. Gestione degli Affari Legali e Contenzioso

L'attività aziendale si snoda attraverso processi sanitari, ma anche amministrativi, civilistici e di lavoro. La necessità di una Funzione Legale nasce, appunto, dal fatto di disporre, con notevole risparmio per eventuali ricorso all'esterno, opportuno soltanto in casi di particolare complessità o rilevanza scientifico-professionale, di professionisti esperti, che conoscono la vita interna e le procedure del sistema, oltre che garantire un contributo professionale di esperienza e contenuto. Un esame dell'eventuale contenzioso e le valutazioni, d'intesa con i servizi interessati, circa l'opportunità di costituzioni e/o ricerca di eventuali soluzioni stragiudiziali e/o transattive o l'opportunità e la conseguente attivazione di contenzioso attivo, sono tra i compiti principali del servizio, cui spetta anche la rappresentanza e la difesa dell'Azienda dinanzi alle Magistrature competenti, l'attività di ricerca e di consulenza giuridico-amministrativa su problematiche di particolare rilevanza giuridica e quindi tali da non rientrare nelle specifiche competenze dei dirigenti richiedenti la consulenza, la gestione dei sinistri, in collaborazione con gli altri servizi competenti. La Funzione costituisce il supporto alla Direzione Generale nella trattazione, con le Istituzioni competenti, di problematiche giuridico-legali di interesse aziendale (Regione Campania, Corte dei Conti, Procura della Repubblica, Comune, Organi di Polizia Giudiziaria, Enti Sanitari, ecc.), curando le relazioni con l'Autorità giudiziaria in ordine a provvedimenti notificati all'Azienda con predisposizione degli atti necessari alla tutela della posizione de degli interessi aziendali. L'Azienda farà riferimento, come utili criteri applicativi ove

ATTO AZIENDALE

compatibili, alle normative di cui al D. Lgs n.28/2010 in materia di mediazione per le Pubbliche Amministrazioni, sulla base anche della circolare n.9/2012 del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza Consiglio dei Ministri. Inoltre:

- Cura i rapporti con la Corte dei Conti per quanto riguarda gli adempimenti collegati al Dlgs 174/2016
- Garantisce il supporto per gli aspetti di contenzioso, alla funzione connessa con la definizione della gestione liquidatoria delle ex Unità Sanitarie Locali soppresse, funzione collocata all'interno dell'unità operativa UOC SGEFF.

U.O.C. Gestione delle Risorse Umane

Nel comparto del Servizio Sanitario Nazionale, il costo del personale costituisce la maggiore percentuale dell'intera spesa, tanto da aver dato luogo a processi di blocco del turn-over e a provvedimenti intesi a contenere, se non a comprimere, i dati relativi. Data la relativa entità e l'incidenza della stessa nella composizione dei fattori di costo, assume particolare e decisiva importanza un'adeguata ed accorta politica di programmazione, reclutamento e gestione del personale, per il quale, quindi, risulta importante una corretta definizione di ruoli e funzioni, un controllo delle attività che comportano impegni economici, una applicazione corretta e rispettosa delle indicazioni regionali e nazionali degli istituti contrattuali, tenuto peraltro presente che, in ragione della varietà dei rapporti, occorre gestire una serie di contratti nazionali, diversificati fra le varie categorie di professionisti che operano, a vari livelli, nell'Azienda.

La unità operativa, quindi, cura lo stato giuridico ed economico del personale dell'Azienda, ovvero di tutte le risorse umane che operano all'interno e per le strutture aziendali, riferite a varie tipologie di collegamento e di rapporto con l'azienda stessa. Ciò vale quindi sia per il personale dipendente, convenzionato, per la gestione delle borse di studio ed ogni altra forma di reclutamento necessaria alle esigenze aziendali. Cura, quindi, tutti gli adempimenti connessi alla fase di acquisizione delle risorse umane secondo le varie tipologie di selezione e tenute presenti le caratteristiche del rapporto, disciplinato oltre che dalle norme di reclutamento da vari contratti nazionali di lavoro (Dirigenza Medica, Dirigenza sanitaria non medica, dirigenza amministrativa, tecnico e professionale, comparto medicina di base, medicina di continuità assistenziale, medicina specialistica, pediatri di libera scelta ed altre tipologie che riportano a convenzioni, progettualità, rapporti occasionali) e la disciplina conseguente del rapporto, della modificazione, della cessazione, curando la tenuta dei fascicoli personali e la gestione economica del rapporto durante il suo svolgimento.

Lo sviluppo dell'informatica, correlato alla dematerializzazione del lavoro, spinge ad una maggiore attenzione alla crescita professionale ed alla formazione delle risorse umane che diventa aspetto fondamentale di crescita e di investimento dell'azienda. Pertanto, oltre ai compiti specifici propri della gestione del personale (giuridica ed economica), la funzione attuerà progetti connessi con lo sviluppo degli operatori, in collaborazione con la funzione per la Formazione.

Al fine di consentire una equa distribuzione dei carichi di lavoro, si è ritenuto di articolare sotto la Unità Complessa, l'unità operativa semplice **“Settore Giuridico, Gestione Concorsi e Personale Convenzionato”** che oltre a curare tutti gli aspetti contrattuali, si occupa di gestire le varie fasi per la gestione delle procedure concorsuali, oltre che gli aspetti economici e fiscali del personale convenzionato interfacciandosi con le attività della UOC Cure Primarie.

ATTO AZIENDALE

U.O.C. Gestione Acquisizione beni e servizi, economato e logistica

La gestione dei processi di programmazione delle acquisizioni di beni e servizi e quella delle fonti e dei programmi di investimento tecnologico, assumono particolare rilievo nella valutazione dell'efficienza e anche dell'efficacia dell'attività sanitaria. Le regole di programmazione degli approvvigionamenti e le criticità connesse con gli acquisti di tecnologie sempre più sofisticate, di particolare criticità nel processo di erogazione delle prestazioni, non possono che essere determinate se non da una corretta attività di analisi del mercato. L'effettuazione di operazioni di *benchmarking* interno ed esterno e di indagini di mercato finalizzate all'acquisizione, all'aggiornamento ed alla qualificazione professionalizzata di conoscenze necessarie alla razionale ed economica gestione degli acquisti e delle forniture, costituiscono la linea di comportamento della Funzione, cui compete anche la vigilanza sulla regolare esecuzione dei contratti, sui collaudi ed sulle attestazioni di esatto adempimento delle forniture di beni per i quali la unità operativa ha emesso gli ordini curando anche le fasi preliminari dell'eventuale contenzioso. La tempestività, poi, con la quale vengono messe a disposizione degli operatori le necessarie risorse e la loro qualità contribuiscono a valutare i costi in rapporto ai benefici e all'efficacia dell'azione, contribuendo al risultato sostanziale della gestione aziendale. Con particolare riguardo alle disposizioni di cui all'art. 15 del D.L. 6 luglio 2012 n. 95 (legge n. 135/2012), nonché delle disposizioni regionali, occorre tener conto delle indicazioni in merito agli acquisti centralizzati tramite le centrali di acquisto nazionali e regionali. I processi saranno oggetto di specifica normazione interna all'Azienda, anche in ragione delle intervenute norme sulla trasparenza e sulla corruzione.

Il servizio, inoltre, dovrà curare le specifiche competenze in materia di acquisizione di beni e servizi, secondo quanto previsto dal vigente Codice degli Appalti. Al riguardo è opportuno precisare che il Dlgs 36 del 31/3/2023 costituisce il nuovo Codice degli Appalti le cui norme sostituiranno ogni altra fonte attuativa della previgente disciplina, ossia gli allegati al D.Lgs. n. 50/2016, le diciassette Linee Guida ANAC e circa quindici Regolamenti (tra cui il D.P.R. n. 207/2010). Inoltre, cura la tenuta dell'inventario alla gestione dei magazzini economali, in raccordo con i macrocentri aziendali, tenendo ben presenti le dimensioni e la collocazione dei presidi aziendali. Tali processi saranno comunque oggetto di specifica normazione interna, anche in ragione delle norme sulla trasparenza e sulla corruzione.

La struttura, nella rinnovata formulazione che trova disposizione con il nuovo atto aziendale si avvale, per le tecnologie sanitarie, sia nei processi di acquisizione che di eventuali contrattistiche, delle competenze specifiche degli altri servizi aziendali, in special modo quelle affidate alla UOC di Ingegneria Clinica ed Health Technology Assessment (HTA).

Cura, infine, gli adempimenti connessi alla gestione dell'Economato per le funzioni centrali oltre alla gestione dell'autoparco aziendale e della logistica aziendale.

Infine, vista la necessità di garantire gli approvvigionamenti per gare di maggiore peso, non espletate dalle Centrali di Committenza (nazionale/regionale) è prevista una Unità Semplice dedicata alle "Procedure di gara comunitarie" che cura tutte le fasi delle procedure sopra soglia.

U.O.C. Servizio delle Attività tecniche e patrimoniali

La corretta gestione del patrimonio immobiliare dell'Azienda e dei suoi impianti, tecnici e sanitari, costituisce momento sostanziale nella conduzione dell'attività. L'Unità Operativa Complessa spazia, pertanto, nelle più svariate implicazioni che vanno dalla tutela del valore delle risorse, attraverso una corretta

ATTO AZIENDALE

manutenzione, a quella della tutela per la sicurezza dei luoghi di lavoro, sia per determinare quelle condizioni di benessere che contribuiscono a motivare il personale, sia in termini di effettiva sicurezza, d'intesa con il Servizio Prevenzione e Protezione, sia per gli operatori che per i cittadini. La qualità percepita nasce anche dal contesto in cui le attività vengono offerte e si svolgono e contribuisce, molte volte, a determinare scelte che devono poi diventare efficaci per affermarsi nella loro validità. Inoltre, spetta all'Unità Operativa, gestire le procedure per l'aggiudicazione di appalti relativi a manutenzioni ordinarie e straordinarie rientranti nei settori edile, impiantistico, progettazione, direzione lavori, contabilità, collaudi etc.; nella gestione e controllo delle manutenzioni degli immobili e degli impianti; nella organizzazione, direzione e controllo dei servizi tecnici e manutentivi affidati a terzi; nella progettazione, direzione lavori, contabilità, piani di sicurezza, autorizzazioni e concessioni etc. per interventi costruttivi, di manutenzioni straordinarie ed ordinarie relative ai settori edili e impiantistici.

Importante è, poi, il problema dei controlli di efficienza che può essere visto come un problema di individuazione di quella particolare funzione di produzione che consente, in un dato stadio dell'evoluzione tecnologica e dati i prezzi di mercato dei fattori produttivi, di procedere all'offerta dell'output sanitario programmato (e definito nel suo mix di casi specifici e di standard relativi di efficacia medica) con il consumo minore possibile di risorse. I controlli di efficienza non possono che concentrarsi nella ricerca di quella particolare combinazione fra input già acquisiti e fattori produttivi sui quali è possibile esercitare il controllo che consente, appunto, di minimizzare il costo a parità di efficacia dei servizi. Il tutto fino a che non risulti, economicamente e, soprattutto, in un concetto di rapida evoluzione scientifica, che il rapporto costo/beneficio debba prevedere una modifica dei processi produttivi. I processi saranno oggetto di specifica normazione interna all'Azienda, anche in ragione delle intervenute norme sulla trasparenza e sulla corruzione. Per le funzioni specifiche, il Servizio opera in collaborazione con la UOC Ingegneria Clinica ed Health Technology Assessment (HTA).

Nell'ambito delle attività, considerata la complessità del territorio e la necessità di garantire una adeguata articolazione delle attività, vengono individuate apposite strutture (UOS):

Per lo svolgimento degli adempimenti connessi con le attività tecnico e manutentive, nella rinnovata formulazione che trova disposizione con il nuovo atto aziendale, vengono previste nella forma della UOS, tre strutture.

U.O.S. Programmazione, progettazione ed esecuzione degli investimenti di edilizia sanitaria

La UOS 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, aziendale, regionale, nazionale e comunitarie (PNRR/PNC/POR/etc).

In particolare, provvede a:

- predisporre gli atti di programmazione dei lavori pubblici da sottoporre all'approvazione della Direzione Strategica;
- predisporre gli atti di progettazione oltre a seguire le fasi di esecuzione degli investimenti di edilizia sanitaria;
- predisporre la documentazione di gara, espletare in autonomia o con il supporto della Centrale Unica di Committenza Regionale SORESA, le procedure di affidamento, stipulare e gestire i contratti relativi

ATTO AZIENDALE

ai servizi di ingegneria e 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 e 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.

U.O.S. Gestione e Manutenzione degli immobili

La U.O.S. Gestione e Manutenzione degli immobili 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 delle copie informatiche per consultazione 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

ATTO AZIENDALE

affidamenti dei contratti pubblici dei servizi di ingegneria e 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 e 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 il supporto per lo svolgimento delle funzioni e dei compiti del responsabile tecnico della sicurezza antincendio (RTSA);
- assicurare le azioni finalizzate al perseguimento degli obiettivi di qualità ambientale previsti dalle vigenti normative.

U.O.S. Gestione delle attività patrimoniali

La U.O.S. Gestione delle attività patrimoniali gestisce, conserva e valorizza gli immobili afferenti al patrimonio dell'Azienda. In particolare:

- provvede alla regolarizzazione contrattuale dei beni di proprietà aziendale, mediante attività di redazione e sottoscrizione contratti di locazione attivi e relativi adempimenti di registrazione e monitoraggio scadenze; cura la stipula, il rinnovo e il recesso di contratti di comodato d'uso;

ATTO AZIENDALE

- cura gli adempimenti di carattere amministrativo e fiscale, con particolare riferimento ad oneri fiscali, imposte ed altri tributi;
- si occupa della regolarizzazione delle posizioni contabili degli occupanti / conduttori delle singole unità immobiliari di proprietà aziendale mediante l'attivazione di procedure amministrativo-contabili, comprensive delle attività di monitoraggio e gestione pagamenti - inclusi oneri condominiali - ricostruzione dati contabili, elaborazione file relativi alla bollettazione, determinazione delle morosità, aggiornamento canoni di locazione ed adeguamento ISTAT, predisposizione atti di rateizzo, diffide ed eventuali istruttorie;
- provvede al recupero delle morosità, alle convocazioni per il riconoscimento del debito e sottoscrizione degli atti di rateizzo, nonché alle istruttorie per l'attivazione dello sfratto nei casi di mancato riscontro o riconoscimento del debito;
- attiva gli adempimenti prodromici all'alienazione o alla dismissione dei beni immobili, attraverso la gestione diretta delle procedure di gara mediante la pubblicazione di bandi, capitolati, avvisi, pubblicazioni;
- cura gli adempimenti prodromici all'assegnazione in locazione dei beni di proprietà aziendale ad uso abitativo e/o commerciale, attraverso la gestione diretta delle procedure di gara mediante la pubblicazione di bandi, capitolati, avvisi, pubblicazioni;
- persegue una politica di risparmio mediante l'implementazione del Piano di dismissione e rinegoziazione dei contratti di locazione passiva;
- trasmette la rendicontazione relativa alle locazioni attive e all'inventario dei cespiti e dei terreni alla Gestione economico-finanziaria;
- provvede alla verifica di consistenza e stato d'uso del patrimonio disponibile, indisponibile e dei terreni finalizzata alla locazione e/o alla vendita, effettuata con rilievi, valutazioni e perizie mediante sopralluoghi di natura tecnica;
- cura la verifica e la regolarizzazione tecniche delle posizioni catastali degli immobili di proprietà aziendale e l'aggiornamento dell'inventario del patrimonio immobiliare;
- supporta l'Energy Manager per le attività di competenza amministrativa;
- supporta l'RTSA per le attività di competenza amministrativa;
- assicurare le azioni finalizzate all'adozione del Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio;
- cura gli adempimenti di competenza in materia di privacy, trasparenza ed Anticorruzione
- assicura la gestione e la tenuta dell'inventario del patrimonio immobiliare mediante la tenuta della copia digitale per consultazione censimento e la redazione ed aggiornamento di apposito database recante tutte le informazioni utili ai fini tecnico-catastali degli edifici di proprietà aziendale;
- provvede alla redazione del Piano di manutenzione del patrimonio immobiliare;
- provvede a tutte le attività connesse al fascicolo del fabbricato.

Infine, restano fermi in capo alla UOC, con il supporto delle tre aree di coordinamento, i compiti per la prevenzione da incendi, di intesa con il Responsabile della UOC Prevenzione e Protezione.

ATTO AZIENDALE

U.O.C. Gestione Economico Finanziaria, Bilancio e Contabilità

Le procedure contabili ineriscono le modalità di rilevazione dei fatti aziendali, e rimandano, per le aziende sanitarie, in considerazione delle normative di settore applicabili, alle modalità di rilevazione economico-patrimoniale di cui alla disciplina codicistica, come integrata dalle decretazioni e normazioni statuali, ministeriali e regionali in campo sanitario e di contabilità pubblica, e di cui ai principi contabili nazionali ed internazionali, ed in particolare al Decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 Titolo II Principi contabili generali e applicati per il settore sanitario e delle norme di attuazione regionali (Decreti del Commissario ad Acta n. 14/2009 e n.60/2011). Nello specifico della realtà regionale, sussiste una articolata produzione tecnico-normativa in materia, costituente l'insieme di adempimenti alla cui osservanza le aziende sanitarie sono inderogabilmente e puntualmente tenute. Conseguentemente, alla Unità Operativa economico-finanziaria, posta in relazione diretta con la Direzione Amministrativa Aziendale, è demandata l'adozione di idonee modalità procedurali ed operative che assicurino il rispetto pieno e puntuale di ogni aspetto e/o adempimento comunque prescritto e/o previsto nelle normative tutte vigenti, quale specifica disposizione costituente elemento imprescindibile per la valutazione di regolarità e completezza dell'attività aziendale. L'Unità Operativa, quindi, assume, quale principio generale, ed anche a livello di specifico regolamento contabile, e in ossequio alle specifiche esigenze contingenti, di assicurare che tutte le procedure contabili garantiscano e realizzino il rispetto delle normative sopra richiamate e comunque i principi e procedure ed azioni intraprese dalla Regione indirizzate alla corretta applicazione di quanto previsto nei decreti/delibere regionali.

Alla Unità Operativa, nella rinnovata formulazione che trova disposizione con il nuovo atto aziendale, è attribuito il compito di predisporre, elaborare, redigere i documenti di programmazione e bilancio in tutte le loro componenti (conto economico, stato patrimoniale e nota integrativa), in aderenza alle direttive della Direzione Generale, ai principi dell'ordinamento contabile e alle disposizioni del Regolamento di autonomia finanziaria. La funzione della Unità Operativa assume particolare rilevanza nella fase di monitoraggio degli impegni in relazione alle disposizioni, nazionali e regionali, in materia di contenimento delle spese, la correttezza delle procedure contabili, la tenuta dei documenti prevista, per raggiungere l'obiettivo della certificabilità dei bilanci, dotandosi, peraltro, l'Azienda di specifico regolamento contabile e garantendo il rispetto delle normative.

Con il DM Salute 1/3/2013 "Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità (PAC)" pubblicato il 26/3/2013, ha preso avvio la prima fase del processo di avvicinamento alla "certificabilità" dei bilanci delle Aziende Sanitarie pubbliche, della Gestione Sanitaria Accentrata e del Bilancio Consolidato regionale.

Per certificabilità, innanzitutto, si intende l'applicazione di una regolamentazione contabile e di un sistema che deve porre le Aziende sanitarie nella condizione di sottoporsi, in ogni momento e con esito positivo, alle verifiche ed alle revisioni contabili stabilite dal D.M. 17 settembre 2012.

I processi saranno oggetto di specifica normazione interna all'Azienda, anche in ragione delle intervenute norme sulla trasparenza e sulla corruzione.

All'interno dell'unità operativa è individuata la funzione connessa con la definizione della gestione liquidatoria delle ex Unità Sanitarie Locali soppresse che, per il tramite diretto del Direttore UOC SGEFF, oltre a raccordarsi con le competenti UU.DD. Regionali, si avvale del supporto delle UUOO Affari Legali per gli aspetti di contenzioso e GRU, per le questioni legate ad aspetti di retribuzione del personale.

ATTO AZIENDALE

Inoltre l'UOC garantisce il raccordo contabile tra le varie unità Aziendali in ordine a specifiche contabilità (fondi speciali, fondi europei quali PNRR e simili).

All'interno dell'unità operativa complessa è individuata una unità semplice per la gestione dei flussi finanziari ed in particolare per il monitoraggio, la contabilizzazione, la riscossione dei crediti e pagamento dei debiti. In particolare, la **UOS Gestione adempimenti flussi finanziari (Entrate e pagamenti)** cura le operazioni di circolarizzazione dei crediti e debiti ed il raccordo con le contabilità speciali (attività libero professionale, ricavi non istituzionali, etc.) relativamente alla contabilità generale e connessi flussi finanziari. Infine, garantisce il raccordo con l'istituto tesoriere, la centrale unica dei pagamenti regionale e gli altri conti correnti aziendali (ad es. i conti correnti postali).

Attività amministrative periferiche - Area di coordinamento

La notevole articolazione territoriale (13 Distretti e 12 Presidi Ospedalieri e 3 Dipartimenti Strutturali e 7 Dipartimenti Funzionali Transmurali), definita in ragione dell'ampiezza e della particolare situazione orografica del territorio aziendale, con notevoli difficoltà di collegamento, ha determinato la necessità di prevedere strutture di coordinamento delle attività amministrative che abbiano competenza in materia di organizzazione e gestione dei servizi amministrativi ospedalieri e territoriali, disponendo anche in materia di gestione delle specifiche risorse umane, al fine di consentire il miglioramento e la completa esecuzione dei processi amministrativi, il puntuale adempimento degli obblighi contabili e di reportistica, nonché la complessiva qualificazione in termini di soddisfacimento dei bisogni dell'utenza, in particolare nella gestione dei front office. Una struttura che razionalizzi le procedure amministrative, che assicuri il corretto ed efficiente funzionamento delle casse ambulatoriali e prenotazioni e recepisca e garantisca l'attuazione in ambito presidiario dei mutamenti organizzativi adottati dall'Azienda, assicurando l'efficiente funzionamento dei servizi logistici di Presidio, si presenta indispensabile in una situazione così complessa. L'articolazione delle direzioni e dei coordinamenti amministrativi dei presidi ospedalieri e dei distretti, oltre che dei Dipartimenti strutturali, di Prevenzione, della Salute Mentale e delle Dipendenze, del Dipartimento Farmaceutico e dei Dipartimenti Funzionali oltre alla gestione delle attività logistiche collegate agli Ospedali di Comunità, alle Residenze Sanitarie, agli Hospice e alle altre strutture aziendali, nella rinnovata formulazione è riportata nell'Atto Aziendale.

Relativamente alla Direzione Amministrativa del Dipartimento di Prevenzione è prevista una UOSD di diretta afferenza al citato Dipartimento.

Il personale dell'area PTA assegnato alle strutture di seguito indicate viene funzionalmente coordinato e gestito dal Direttore Amministrativo di riferimento.

Competenze e attività direzioni delle attività amministrative periferiche

Alla Direzione Amministrativa distrettuale e a quelle dei dipartimenti strutturali, ove la qualificazione dell'atto prevede la direzione di struttura complessa amministrativa, compete la gestione giuridica ed economica di tutte le risorse umane assegnate, la gestione organizzativa delle attività del personale del ruolo amministrativo e tecnico operante sia negli uffici amministrativi distrettuali che nelle singole Unità Operative sanitarie distrettuali.

In tal senso la Direzione Amministrativa nell'ambito dell'organizzazione aziendale, coadiuva il Direttore del Distretto relazionandosi sia con la Direzione Centrali che con gli altri macrocentri aziendali e le Funzioni Centrali, enti privati ed Istituzioni pubbliche. Sono di prioritaria trattazione le tematiche della gestione di

ATTO AZIENDALE

budget, risorse umane e finanziarie, rapporti con le strutture accreditate e gestione delle problematiche tecnico amministrative collegate all'utenza, destinatari finali delle attività espletate e dei servizi erogati.

Per completezza, appare utile evidenziare, sinteticamente, le attività amministrative di maggior rilievo svolte dai singoli Uffici afferenti alla Direzione Amministrativa distrettuale/dipartimenti strutturali non costituenti autonome strutture, ma in essa inalveati; in particolare:

- tutta l'attività di competenza della Direzione Amministrativa è curata da una funzione Affari Generali, quale supporto organizzativo agli altri Uffici distrettuali/dipartimentali, in merito alle procedure, ai riferimenti normativi, alle linee guida aziendali, ai protocolli operativi in essere. In esso opera anche l'Ufficio Protocollo distrettuale.
- un Ufficio Personale Distrettuale che Cura la gestione dello stato giuridico ed economico del personale dipendente assegnato al Macrocentro, con compiti di gestione dei dati, predisposizione dei provvedimenti amministrativi per i diversi istituti contrattuali (permessi ex L. 104/1992 s.m.i., congedi parentali, congedi straordinari, elabora le voci stipendiali relative alle competenze accessorie, aspettative non retribuite, richieste di mobilità interna, autorizzazioni ex art 53 D.Lgs. 165/2001 etc.).
- un Ufficio Provveditorato Economato / Logistica Distrettuale/Dipartimentale Provvede all'acquisizione di beni e servizi tramite la piattaforma MEPA, con pubblicazione di procedure di gara (RDO) nell'ambito delle urgenze sotto soglia. L'Ufficio, nella persona dei Funzionari delegati economi, cura, secondo le prescrizioni del vigente Regolamento economale, gli acquisti di esiguo importo su richiesta di ciascuna U.O., richiede preventivi per gli interventi necessari, redige il rendiconto economale corredato da scontrini e fatture elettroniche, prepara gli ordini in procedura informatica, liquida le fatture elettroniche relative a tali ordini. L'Ufficio Economato si occupa, inoltre, anche della gestione dell'autoparco, ivi compresa la gestione dei buoni carburante.
- ufficio Contabilità Svolge attività amministrativo-contabili: registrazione e liquidazione di varie tipologie di fatture (farmaci, presidi chirurgici, manutenzione, noleggi, servizi di pulizie, rimborsi di varia natura, prestazioni sanitarie rese da collaboratori e/o Enti privati accreditati), ordini e scarichi di magazzino. Il Referente dell'ufficio svolge anche la funzione di Agente Contabile
- Front Office Distrettuale/Dipartimentale. Le attività si sostanziano in varie azioni: pagamento Ticket, CUP e pratiche di rilascio Esenzioni Ticket per reddito.

Nel Regolamento per le indicazioni analitiche dei compiti, delle competenze e del funzionamento dei Servizi Centrali dell'area amministrativa, saranno definite anche le competenze e i compiti dei servizi amministrativi decentrati e le modalità di raccordo con le strutture centrali.

ATTO AZIENDALE

DIREZIONI DELLE ATTIVITA' AMMINISTRATIVE PERIFERICHE	
Strutture Complesse e descrizione compiti	
Direzione Amministrativa DEA Nocera Inferiore-Pagani-Scafati e PO Sarno	Così come previsto nel Piano Ospedaliero (DCA n. 33/2016 e successive DCA 103/2018) al Presidio Ospedaliero di Nocera Inferiore, DEA di 1° livello, sono annessi gli stabilimenti del P.O. di Pagani e del P.O. di Scafati e si aggiunge nel modello organizzativo che qui si propone anche la Direzione Amm.va del PO di Sarno.
Direzione Amministrativa Distretto n. 60-61-62	Tale direzione si occupa, con idonea organizzazione, delle attività amministrative dei distretti n. 60, 61,62. Per ciascun distretto, è assegnato un collaboratore amministrativo con incarico professionale, che riferisce al Direttore Amministrativo incaricato.
Direzione Amministrativa Distretti n. 63-66-67	A tale direzione fanno capo, con idonea organizzazione, le attività amministrative dei distretti n. 63 -66-67, per ciascuno dei quali è assegnato un collaboratore amministrativo con incarico professionale, che riferisce al Direttore Amministrativo incaricato.
Direzione Amministrativa Distretti n. 64-65-68	A tale direzione fanno capo, con idonea organizzazione, le attività amministrative dei distretti n. 64-65-68, per ciascuno dei quali è assegnato un collaboratore amministrativo con incarico professionale, che riferisce al Direttore Amministrativo incaricato.
Direzione Amministrativa DEA di 1° livello Ospedali di Eboli, Battipaglia e Roccaspide	Per gli Ospedali di Battipaglia ed Oliveto, a ciascuno di essi è assegnato un collaboratore amministrativo con incarico professionale, che riferisce al Direttore Amministrativo incaricato. Il supporto amministrativo del PO di Roccaspide viene garantito dal Direttore Amm.vo del DEA.
Direzione Amministrativa Ospedale di Vallo della Lucania, Agropoli DS 69 e 70	A tale direzione fanno capo, con idonea organizzazione, le attività amministrative del DEA Vallo Agropoli. Il supporto amministrativo viene garantito dal Direttore Amm.vo del PO di Vallo-Agropoli per i Distretti 69 e 70.
Direzione Amministrativa Ospedale di Sapri e DS 71	A tale direzione fa capo, con idonea organizzazione, l'attività amministrativa del Distretto n. 71 a cui è assegnato un collaboratore amministrativo con incarico
Direzione Amministrativa Ospedale Polla, Ospedale di Oliveto Citra e DS 72	La direzione cura l'attività amministrativa del P.O. di Polla e di Oliveto Citra. A tale direzione fa capo, con idonea organizzazione, l'attività amministrativa del Distretto n. 72 a cui è assegnato un collaboratore amministrativo con incarico
Direzione Amm.va Dipartimenti Strutturali: Dipartimento Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze, Dipartimenti funzionali	A tale direzione fanno capo, con idonea organizzazione, le attività amministrative dei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze. Unitamente la UOC supporta le attività di carattere amministrativo dei Dipartimenti funzionali – trasversali indicate nell'Atto Aziendale. Per tale modello organizzativo, è prevista ad approvazione dell'atto aziendale, idonea regolamentazione di funzionamento.
*Unità Semplice Dipartimentale Coordinamento Attività Amministrative Dipartimento di Prevenzione	Per il Dipartimento di Prevenzione è prevista apposita UOSD per il coordinamento delle attività amministrative

Area della Direzione Sanitaria Aziendale

Alla Direzione Sanitaria Aziendale spetta il governo clinico dei percorsi assistenziali, la cui organizzazione, per macro aree, costituisce l'elemento di intervento sui processi di salute e la cui integrazione è deputata al raggiungimento dell'obiettivo finale di tutela del benessere. Per operare in questo senso, alla Direzione Sanitaria Aziendale fanno riferimento aggregazioni di Servizi centrali che costituiscono momenti di intervento, anche non direttamente assistenziale, di supporto alla programmazione e alla definizione di percorsi, nonché specifici Dipartimenti, alcuni strutturali e obbligatori, altri funzionali, di riferimento territoriale od ospedaliero, ovvero integrati, i quali sono riferiti ai tre momenti principali di intervento (prevenzione, cura e riabilitazione) e trovano nella Direzione Sanitaria Aziendale il momento unico di governo che, sulla base dei dati di attività, di quelli epidemiologici, dei bisogni emersi, della domanda di salute e degli obiettivi fissati dal Piano nazionale e dal Piano Regionale, provvede a valutare i risultati, proporre le scelte, definire i programmi, controllare i risultati.

In particolare, la Direzione Sanitaria indica le linee di attività, fornendo alla Direzione Generale tutti gli elementi per l'adozione dei giusti provvedimenti.

ATTO AZIENDALE

Alla Direzione Sanitaria Aziendale fanno, quindi, riferimento:

- Il Dipartimento del Governo Clinico;
- Il Dipartimento di Prevenzione;
- Il Dipartimento di Salute Mentale;
- Il Dipartimento delle Dipendenze;
- Il Dipartimento Farmaceutico;
- I Dipartimenti Ospedalieri.

L'organizzazione e la strutturazione dei servizi di emergenza-urgenza, riportati in un Dipartimento specifico, dovrà tener conto, successivamente, della possibilità di un processo interaziendale, in ragione anche della nuova organizzazione aziendale, con il compito di costituire una rete di emergenza efficiente ed efficace. Quello dell'emergenza, specialmente per le aree non metropolitane, costituisce il primo necessario ed indispensabile intervento a favore dei cittadini residenti. L'estrema parcellizzazione delle popolazioni periferiche su un territorio poco popolato e non bene servito, il sovraffollamento, per alcuni periodi, delle zone costiere e di vacanza, sono elementi che occorre tenere in debito, prioritario conto, costituendo uno degli obiettivi principali, sia regionali che aziendali.

L' Organizzazione Dipartimentale

I modelli organizzativi

Le attività sanitarie dell'Azienda sono articolate per Dipartimenti e per Aree di attività, definiti secondo modelli organizzativi.

Il Dipartimento ha come obiettivi principali quelli di garantire:

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

Il Dipartimento è una struttura di coordinamento e di direzione per lo svolgimento di funzioni complesse con compiti di orientamento, consulenza e supervisione per la funzione cui è preposto. Il Dipartimento, a seconda della sua tipologia, è costituito da unità operative, semplici, semplici dipartimentali 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

ATTO AZIENDALE

particolare gli aspetti clinico assistenziali, didattici, di ricerca, etici, medico-legali, giuridici ed economico-finanziari.

In rapporto alla caratterizzazione organizzativo-funzionale si distinguono:

- **Dipartimento strutturale:** aggregazione organizzativa e funzionale di strutture che assume la valenza di soggetto negoziale nei rapporti con l'Azienda e con gli altri dipartimenti e/o macrostrutture organizzative secondo il regolamento Aziendale. Esso è dotato di autonomia gestionale ed è soggetto a rendicontazione analitica.
- **Dipartimento Funzionale:** aggregazione di strutture con il compito dell'integrazione funzionale delle attività delle singole strutture componenti finalizzata al raggiungimento di specifici obiettivi. Il Dipartimento funzionale non è dotato di autonomia gestionale e non è soggetto a rendicontazione analitica. Una medesima struttura, complessa o semplice a valenza dipartimentale, può far parte di più Dipartimenti funzionali, oltre che del proprio Dipartimento strutturale. Ai Dipartimenti funzionali si applicano, per quanto compatibili, i criteri e le modalità organizzative rappresentati per i Dipartimenti strutturali.

Entrambe le tipologie di dipartimenti possono a loro volta articolarsi in:

- Dipartimento Transmurale: che stabiliscono l'interazione tra i presidi ospedalieri e/o quelli territoriali;
- Dipartimento Integrato: che stabilisce interazioni tra aziende sanitarie in specifiche aree di intervento e in particolare nell'ambito dell'emergenza sanitaria.

L'individuazione dei dipartimenti è funzionale all'attività dell'Azienda e tiene conto della complessità delle funzioni, del numero di strutture complesse e degli obiettivi che quest'ultime devono conseguire. Tra i principali compiti dei Dipartimenti si individuano i seguenti:

- Organizzare e pianificare la produzione (pianificazione operativa);
- Garantire, rispetto agli obiettivi acquisiti, la produzione e i risultati ottenuti attraverso il controllo di qualità tecnica il controllo di efficienza;
- La misurazione delle performance di processo e l'analisi delle attività/del valore;
- Assicurare l'integrazione funzionale tra le unità operative interne e tra queste e quelle distrettuali e/o ospedaliere;
- Collaborare alla definizione del budget;
- Partecipare alla programmazione strategica aziendale, attraverso la condivisione: o degli indirizzi strategici o dell'analisi della domanda o dell'individuazione degli indicatori critici di performance.

I dipartimenti, inoltre, adottano linee guida e percorsi assistenziali improntati alla massima appropriatezza, umanizzazione e personalizzazione dell'azione clinica ed assistenziale, e sono funzionali all'adozione di modelli operativi tendenti al continuo miglioramento delle performance aziendali. Più in particolare ad essi spetta il compito di:

- Tendere al miglioramento degli indicatori di performance riferiti all'efficienza, l'efficacia e l'economicità;

ATTO AZIENDALE

- Uniformare i modelli organizzativi e operativi nelle aree e discipline di specifica competenza;
- Garantire la costante realizzazione di interventi appropriati dal punto di vista clinico;
- Ricercare la personalizzazione e l'umanizzazione degli interventi;
- Definire percorsi assistenziali o profili di cure basati sul coordinamento delle prestazioni che si rendono necessarie per elaborare, condividere ed adottare linee guida e protocolli;
- Promuovere il miglioramento continuo della qualità;
- Elaborare sistemi di indicatori utili alla valutazione e verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate a del livello di efficienza delle diverse UU.OO., delle diverse equipe professionali in esse rappresentate e dei singoli professionisti.

Pertanto, la scelta di armonizzare le competenze tecnico/professionali al fine di evitare da un lato la frammentazione delle risposte, dall'altro la variabilità delle opzioni erogative, sostanzia la focalizzazione e il valore aggiunto del dipartimento. I dipartimenti strutturali sono caratterizzati dalla necessità di realizzare una conduzione degli interventi fortemente unitaria e pertanto sono strutturati in modo da esercitare una forte giurisdizione sulla gestione delle risorse, sulla definizione degli obiettivi e sulla realizzazione delle funzioni. Tale tipologia di dipartimento assume la valenza di soggetto negoziale per l'attribuzione del budget. Le Unità Operative complesse costituenti i dipartimenti ospedalieri devono, di norma, essere afferenti a più discipline di cui all'art. 4 del D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 484 e successive modificazioni, con eccezione dei presidi ospedalieri monospécialistici; una rilevante consistenza, in termini di complessità gestionale e di quantità di risorse umane, tecniche e finanziarie utilizzate e di unità operative afferenti; presenza di contesti organizzativi tipici (sale operatorie, servizi e apparati diagnostici, ambulatori, servizi territoriali ecc.); dotazione di posti letto, servizi e/o attività congrua e funzionale al dimensionamento efficiente delle strutture.

Direttore di Dipartimento

La Direzione del Dipartimento è affidata, con specifico contratto triennale, rinnovabile, consecutivamente una sola volta, con atto deliberativo del Direttore generale, ad uno dei direttori delle Unità Operative complesse afferenti al Dipartimento stesso, nell'ambito di una rosa di candidati proposta dal Comitato di Dipartimento. In sede di prima applicazione si richiamano le disposizioni di cui all'art.47 del presente Atto Aziendale, prima parte. Il Direttore del Dipartimento, in particolare: propone alla direzione strategica gli obiettivi dipartimentali assistenziali e gestionali e pianifica le attività, sentito il Comitato di dipartimento, attribuendo gli obiettivi dipartimentali alla singole unità operative componenti il dipartimento stesso; coordina le attività e le risorse affinché il dipartimento assolva in modo pieno i propri compiti al fine di assicurare che ogni struttura del dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee; partecipa alla negoziazione del budget secondo le modalità organizzative; informa il Comitato di dipartimento delle risultanze della negoziazione; gestisce il budget del dipartimento (nel caso dei dipartimenti strutturali); garantisce l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative secondo le modalità di governo clinico come individuate nelle presenti linee guida; verifica il raggiungimento degli obiettivi delle unità operative e risponde dei risultati complessivi del dipartimento in relazione agli obiettivi a lui direttamente assegnati. L'azienda assegna al direttore del dipartimento un supporto tecnico amministrativo con l'attribuzione di risorse umane e strumentali che consentano la piena realizzazione dei compiti affidati.

Comitato di Dipartimento

ATTO AZIENDALE

Le Aziende Sanitarie istituiscono, ai sensi dell'articolo 17 bis del decreto legislativo n. 502/1992 e s.m.i., il Comitato di dipartimento che è composto da componenti di diritto e da componenti di nomina elettiva: I componenti di diritto sono:

- Il direttore del dipartimento, che lo presiede;
- I direttori e/o responsabili di unità operativa con autonomia gestionale (U.O.S.D.) delle rispettive aree contrattuali. La parte elettiva è composta da un rappresentante per ciascuna area contrattuale. Il comitato dura in carica 3 anni. Il comitato si riunisce, previa convocazione formale del direttore di dipartimento e di ogni seduta verrà redatto apposito verbale, conservato in ordine cronologico presso la direzione del dipartimento. Le modalità di funzionamento del Comitato di dipartimento sono stabilite dall'Azienda con apposito Regolamento.

Dipartimenti strutturali

- Dipartimento di Prevenzione;
- Dipartimento di Salute Mentale;
- Dipartimento delle Dipendenze.

Dipartimenti funzionali

- Dipartimento del Governo Clinico;
- Dipartimento Farmaceutico.

Dipartimenti funzionali transmurali

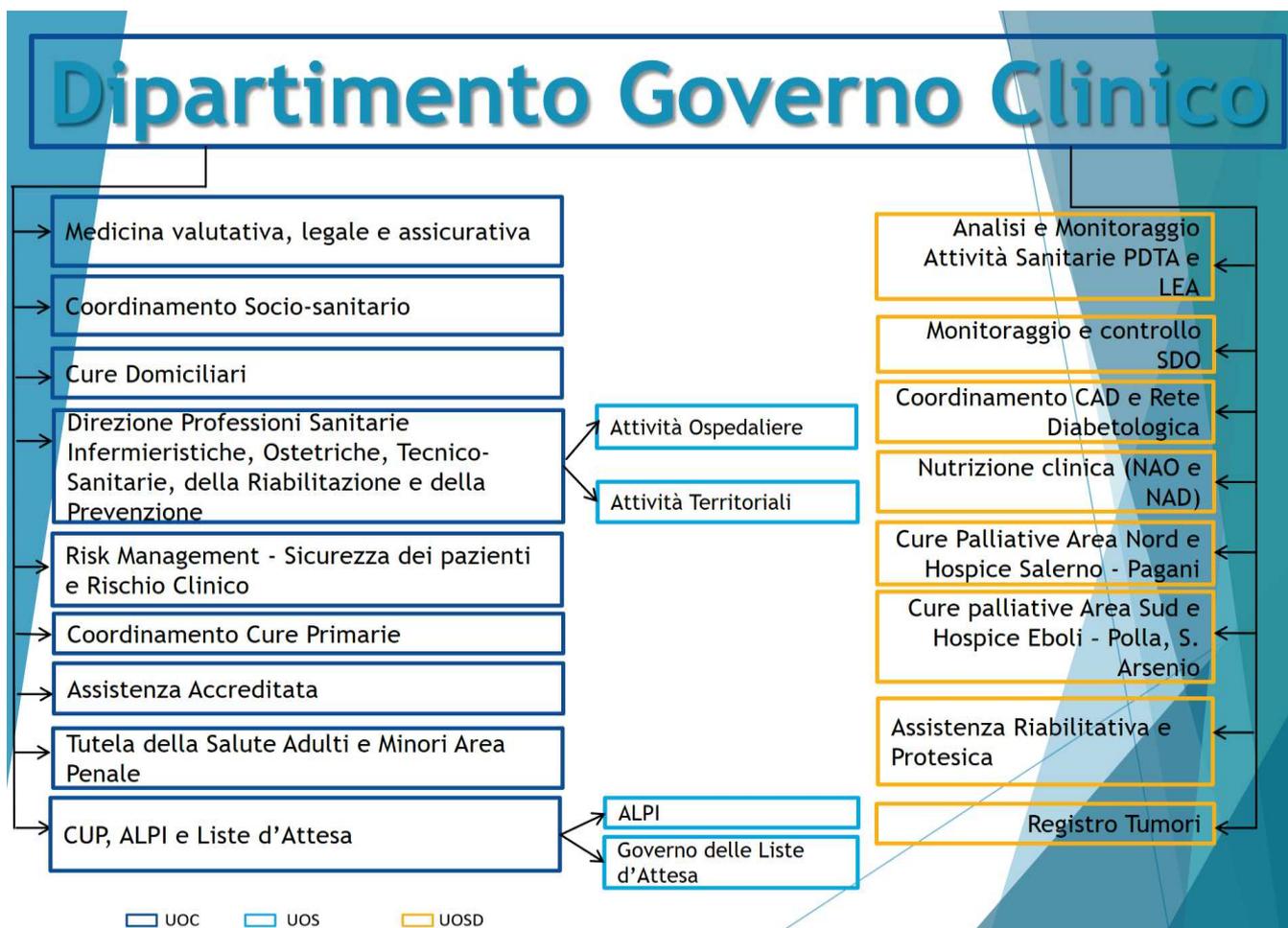
- Dipartimento di Medicina Generale, Medicina Specialistica ed Oncologia;
- Dipartimento Reti Tempo Dipendenti;
- Dipartimento di Chirurgia Generale e Urologia;
- Dipartimento delle Discipline Ortopediche e Cervico Facciali;
- Dipartimento della salute della donna e del bambino;
- Dipartimento di Medicina di Laboratorio;
- Dipartimento di Diagnostica per Immagini;
- Dipartimento Area Critica ed Emergenza-Urgenza.

Il Dipartimento del Governo Clinico

Dipartimento Governo Clinico	
UOC	Assistenza Accreditata
UOC	Coordinamento Socio-sanitario
UOC	Cure Domiciliari
UOC	Coordinamento Cure Primarie
UOC	Medicina valutativa, legale e assicurativa

ATTO AZIENDALE

UOC	Direzione delle Professioni Sanitarie Infermieristiche, Ostetriche, Tecnico-Sanitarie, della Riabilitazione e della Prevenzione
UOC	Risk Management: Sicurezza dei pazienti e gestione Rischio Clinico
UOC	Tutela Salute Adulti e Minori Area Penale
UOC	Cup, ALPI e Liste di Attesa
UOS	Attività ospedaliere
UOS	Attività territoriali
UOS	ALPI
UOS	Governo delle Liste d'Attesa
UOSD	Analisi e Monitoraggio Attività Sanitarie PDTA e LEA
UOSD	Coordinamento CAD e Rete Diabetologica
UOSD	Cure palliative area sud e Hospice Eboli-Polla - S. Arsenio
UOSD	Cure Palliative area Nord e Hospice Salerno-Pagani
UOSD	Monitoraggio e controllo SDO
UOSD	Nutrizione clinica (NAO e NAD)
UOSD	Assistenza Riabilitativa e Protesica
UOSD	Registro Tumori



U.O.C. Medicina Valutativa, Legale e assicurativa

L'Area "Medicina Legale" ha il compito di assicurare il governo tecnico ed il corretto svolgimento delle attività certificative medico-legali, sia collegiali sia individuali, riportando ad unitarietà la loro gestione e realizzando il più efficace ed efficiente impiego delle risorse. L'Unità Operativa di Medicina Valutativa, Legale ed Assicurativa si occupa dell'espletamento di attività di medicina necroscopica, ivi compresa l'attività di riscontro diagnostico e di partecipazione alle Commissioni per l'accertamento della morte encefalica. L'Unità operativa fornisce un supporto tecnico specialistico medico-legale a tutte le strutture dell'Azienda, nel rispetto delle strategie di quest'ultima, delle esigenze cliniche ed assistenziali, e dei principi di efficienza, efficacia e sicurezza, anche in relazione all'attività istruttoria con formulazione di parere medico-legale nel merito delle richieste di risarcimento danni avanzate nei confronti dell'Azienda, indicazioni sull'acquisizione del consenso informato, sulla tenuta delle cartelle cliniche e della documentazione sanitaria, sulla responsabilità professionale. La struttura fornisce pareri medico-legali collegiali a richiesta della Corte dei Conti per contenziosi in materia pensionistica e, ove richiesto, il necessario supporto alla Direzione Aziendale per tematiche relative alla cosiddetta responsabilità oggettiva dell'Ente.

Inoltre, l'Unità Operativa svolge attività di consulenza sui temi di medicina legale che attengono alle diverse normative esistenti ed alle problematiche quotidiane che nascono dalla concreta esperienza relativa alle prestazioni sanitarie (medicina legale clinica). Collabora alle iniziative della Struttura di Formazione per le tematiche di competenza medico-legale, in particolare sugli aspetti etico- deontologici e giuridici della responsabilità professionale e procede ad un'analisi sistematica delle esperienze relative alla gestione medico-legale dei casi di responsabilità professionale assegnati, al fine di ridurre l'incidenza degli stessi. Procede, ancora, ad una implementazione delle banche dati relative ai sinistri e agli eventi avversi occorsi ai pazienti, analizzando i dati raccolti e programmando, con l'Unità Operativa di Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico, coordinando ed attuando modelli organizzativo-comportamentali e/o specifici interventi finalizzati alla prevenzione di eventi avversi, a tutela della sicurezza dei pazienti. La valutazione del danno alla persona nei vari settori della medicina legale si è notevolmente ampliata ed è stata oggetto di profondi e radicali mutamenti. Nell'ambito della responsabilità civile si sono avute notevoli diversificazioni delle voci di danno risarcibili/indennizzabili, con sensibili innovazioni in tema di tabellazione della invalidità, di considerabilità delle lesioni e di procedure nell'espletamento delle consulenze tecniche di ufficio. Notevoli mutamenti valutativi hanno anche interessato il settore delle responsabilità professionali medica, con riferimento -tra l'altro- alla causalità omissiva, alla valenza degli atti informativi al paziente, agli oneri probatori, al grado della colpa, alla tipologia delle obbligazioni. Ciò tanto per fermenti di dottrina, quanto per incessante evoluzione giurisprudenziale ed iniziali interventi legislativi. Anche in tema di previdenza sociale si è assistito ad una profonda trasformazione con l'introduzione del danno biologico lavorativo, l'individuazione di nuove forme di patologie professionali, la considerazione delle patologie multifattoriali. D'intesa con i Direttori dei Distretti, si provvederà a delineare, in sede periferica, le attività connesse con la presente Funzione, da definire nell'ambito dell'articolazione organizzativa distrettuale che dovrà garantire il rilascio delle certificazioni previste, con attività territoriali ed ambulatoriali.

U.O.C. Coordinamento socio-sanitario

L'Azienda cura il coordinamento con i Piani di Zona, al fine di definire ed attuare gli interventi sociali ad alto impatto sanitario. È preposto al governo di tale funzione, il Responsabile del Coordinamento socio-

ATTO AZIENDALE

sanitario che, supporta la direzione strategica e le strutture dipartimentali e distrettuali nella governance dei processi gestionali e professionali che sottendono all'intero sistema socio-sanitario.

L'Azienda istituisce, per tale funzione, una Unità Operativa dedicata, che fa capo ad una idonea struttura organizzativa. La struttura è dedicata ad aggregare tutte le attività assistenziali socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, individuate dal D.lgs. 229/99, dal DPCM 14.02.01 e dal DPCM 12.01.2017 e successive indicazioni regionali e ministeriali, e costituenti nel loro insieme l'Area Socio-Sanitaria ad Elevata Integrazione Sanitaria (materno-infantile, anziani, disabili fisici, psichici e sensoriali, salute mentale, dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezione da HIV, patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative, assistenza ai detenuti affetti da dipendenza o disturbi mentali). Ciò anche al fine di promuovere una integrazione operativa tra le stesse, una cultura e una metodologia del lavoro integrata.

La struttura, inoltre, partecipa alla formulazione dei protocolli relativi alla "dimissione socio-sanitaria protetta", e partecipa a quelli relativi all'ADI; svolge funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento delle attività socio-sanitarie ad elevata integrazione (con particolare riferimento ai LEA socio-sanitari) e delle attività socio-sanitarie in favore di immigrati e senza fissa dimora; concorre, in collaborazione con le altre articolazioni aziendali e comunali, all'analisi dei bisogni socio-sanitari (e, in particolare, delle disuguaglianze sociali, al monitoraggio delle attività socio-sanitarie, alla costruzione di un Sistema Informativo Socio-Sanitario Integrato); cura, in particolare, il livello organizzativo, gestionale ed operativo della integrazione socio-sanitaria territoriale, avvalendosi degli Uffici Socio-Sanitari distrettuali; partecipa all'Ufficio di Piano, dove rappresenta il livello centrale aziendale, unitamente con i Direttori dei Distretti che sottoscrivono il PDZ per la parte afferente al proprio distretto.

È indispensabile, infine, un collegamento organico (informatico, cartaceo, operativo) tra gli ospedali e la rete dei servizi socio-sanitari territoriali, anche attraverso l'istituzione dei protocolli della "dimissione socio-sanitaria protetta": allorquando un paziente con determinate caratteristiche viene dimesso dall'ospedale vi è la necessità della preparazione tra ospedale e rete dei servizi territoriali di un piano personalizzato congiunto di assistenza territoriale.

È la Unità Operativa Complessa che ha il compito di sostenere, sviluppare, coordinare al fine dell'uniformità del comportamento nei 13 distretti sociosanitari, ed inoltre monitorare l'ottimale realizzazione delle attività sanitarie a rilevanza sociale e delle attività sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria all'interno dell'Azienda e l'integrazione tra queste e l'attività sociali a rilevanza sanitaria degli Enti Locali, al fine di garantire equità ed uniformità nell'accesso delle cure sociosanitarie.

Particolare attenzione verrà data alle modalità di accesso alle prestazioni e alla integrazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie. Le modalità di accesso ai servizi sanitari si traducono, di norma, in una richiesta di prestazioni disponibili, spesso non supportata da una consapevole domanda o analisi del bisogno non espresso. Governare l'accesso e la valutazione del bisogno è premessa necessaria per organizzare la "presa in carico" e l'erogazione; pertanto, adottare percorsi unitari ed integrati di accesso è una scelta vincente, non solo per garantire l'appropriatezza, ma anche per l'equità di distribuzione delle risposte e dell'accesso sull'intero territorio aziendale. L'obiettivo è, quindi, quello di promuovere un modello di integrazione dell'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari allo scopo di orientare i soggetti, promuovere la capacità di scelta informata, realizzare percorsi territoriali che permettano di promuovere percorsi assistenziali di tipo domiciliare rispetto alla residenzialità, innalzare la capacità di risposta del sistema sanitario regionale ai bisogni del cittadino, implementare progetti personalizzati per la presa in carico integrata sistema sanitario-

ATTO AZIENDALE

sistema sociale, favorire la continuità dei percorsi assistenziali. La PUA rappresenta quindi l'anello operativo strategico per il recepimento unitario della domanda per tutti i servizi sociali e sanitari a gestione integrata e partecipata. In un'ottica di integrazione gestionale la PUA deve essere normata a livello locale anche mediante un Regolamento congiunto Ambito Territoriale/ASL che deve prevedere un meccanismo di coordinamento automaticamente attivato ogni qual volta una richiesta di accesso da parte del cittadino interessato o una segnalazione da parte di terzi pervenga ad uno dei punti della rete formale. Sono previste articolazioni distrettuali, per le quali, d'intesa con i Direttori dei Distretti, si provvederà a delineare, in sede periferica, le attività connesse, tenuti presenti anche gli eventuali adeguamenti a successive normative.

L'Area dell'assistenza sociosanitaria ricomprende i servizi per la disabilità, per le non autosufficienze, per malati terminali e cure palliative, domiciliari integrate, per i disturbi del neuro sviluppo e neuropsichiatrici dell'età evolutiva e Servizi di Psicologia Clinica (questi ultimi in collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale).

Essi sono sotto la responsabilità organizzativa e gestionale del Servizio per l'Assistenza e il Coordinamento Sociosanitario presente in ogni Distretto. I Servizi distrettuali fanno riferimento all'Area di coordinamento sociosanitario centrale.

• Assistenza sociosanitaria alla disabilità

La normativa e gli atti di indirizzo adottati dalla Regione Campania relativamente ai nuovi livelli essenziali di assistenza definiti con il DPCM 12.01.2017, hanno contribuito alla diffusione dei principi della legge 104/92, promuovendo la realizzazione di percorsi assistenziali integrati e condivisi, secondo un approccio multidimensionale e multidisciplinare, al fine di rispondere in maniera coordinata alla pluralità di bisogno specifici riferita alla globalità e complessità della persona.

L'art. 14 della L. 328/2000 prevede la definizione di un **progetto individuale** che "comprende, oltre alla valutazione diagnostico-funzionale, le prestazioni di cura e riabilitazione a carico del servizio sanitario nazionale, i servizi alla persona a carico del comune, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di emarginazione sociale e di povertà".

Per le **disabilità complesse** l'art. 27 del DPCM 12/1/2017 prevede, nell'ambito dell'assistenza distrettuale e territoriale ad accesso diretto, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico e riabilitativo individualizzato differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate.

L'art. 34 del citato DPCM definisce, invece, i trattamenti di riabilitazione intensiva, estensiva e socio riabilitativi di recupero e mantenimento che il SSN garantisce, nell'ambito dell'assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.

I servizi per la disabilità devono essere inseriti nell'ambito delle articolazioni distrettuali responsabili dell'Assistenza Sociosanitaria; l'accesso ad essi e a tutte le diverse prestazioni erogabili è diretto (senza necessità di prescrizione da parte del MMH, ma su sua assegnazione e invio) attraverso la Porta Unica di Accesso del distretto; i servizi per la disabilità adottano metodi e strumenti tipici della valutazione multidimensionale e multidisciplinare, redazione unitaria del PAI-PRI e suo monitoraggio e evoluzione in funzione dell'evoluzione dei bisogno, produzione diretta di prestazioni ogni volta che sia possibile,

ATTO AZIENDALE

committenza relativamente alle prestazioni erogabili da altri soggetti, inclusi quelli del privato accreditato.

In ogni distretto sanitario deve essere organizzato, nell'ambito del Servizio Assistenza Sociosanitaria, un servizio per la Disabilità per adulti e per minori (questi ultimi esclusivamente con disabilità neuromotorie di competenza della medicina fisica e riabilitativa mentre quelli con disturbi del neuro sviluppo e neuropsichiatrici sono presi in carico dai Nuclei per i disturbi del neuro sviluppo).

Il servizio distrettuale per la disabilità svolge stabilmente le proprie funzioni attraverso l'equipe multi professionale integrata, che interviene nella valutazione del bisogno multidimensionale e multidisciplinare e del bisogno riabilitativo, nella predisposizione, nell'attuazione e monitoraggio del PAI-PRI.

Il progetto individuale individua il Responsabile del caso e l'equipe di professionisti coinvolti nel caso, che ha anche la funzione di monitorare l'intero percorso assistenziale e garantire il collegamento con gli altri servizi coinvolti.

La valutazione multidimensionale è effettuata congiuntamente al Comune di residenza della persona quando è previsto l'accesso ad uno dei seguenti servizi:

- Assistenza domiciliare integrata;
- Accoglienza temporanea o definitiva in struttura residenziale sociosanitaria;
- Accesso ai servizi sociosanitari diurni.

L'accesso ai trattamenti residenziali e semiresidenziali in strutture RSA avviene attraverso le procedure di accesso ordinario (richiesta del diretto interessato, del familiare, del MMG, dei servizi sanitari o sociali) o per dimissione protetta/programmata dettagliate nel DCA 97/2018 e successive modifiche ed integrazioni, che aggiorna la normativa regionale relativa all'erogazione di trattamenti residenziali terapeutici, riabilitativi e socio-riabilitativi, per il recupero e mantenimento delle abilità residue.

• Assistenza sociosanitaria agli adulti e anziani non autosufficienti

L'area della non autosufficienza può essere definita anche area della cura a lungo termine o area della continuità assistenziale, è un'area organizzativa che mette in rete i servizi residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari per favorire la risposta tempestiva e continuativa dei bisogni delle persone non autosufficienti che necessitano di intervento assistenziali permanente e continuativo, sia nella sfera di vita individuale che di relazione.

L'accesso ai servizi per la non autosufficienza è diretto (senza necessità di prescrizione da parte del MMG, ma su una segnalazione e invio) attraverso la Porta Unica di Accesso del distretto ed avviene previa valutazione delle condizioni cliniche funzionali e del bisogno effettuato con gli strumenti di valutazione multidisciplinare e multidimensionale.

Per le persone non autosufficienti non esiste un modello univoco di servizi ma un'offerta di servizi e prestazioni che deve essere definita in relazione allo stato, al momento, alla condizione e che deve essere adeguato dei diversi momenti della patologia o dell'evoluzione delle sue condizioni.

Per la non autosufficienza, il DPCM del 12.01.2017 declina il sistema di offerta residenziale e semiresidenziale con l'articolo 30, non distinguendo l'offerta per l'età adulta da quella per gli anziani, né ponendo distinguo relativi alle patologie o cause che determinano la non autosufficienza.

Con i D.C.A. nn. 79/2017 e 97/2018 è stata ampliata la tipologia di utenza eleggibile per l'accesso, e

ATTO AZIENDALE

aggiornati e qualificati i requisiti per R1 e R3, non limitandola più ai soli stati vegetativi e ai soli anziani, bensì a tutti gli adulti non autosufficienti, con diversi livelli di bisogno assistenziale.

Per quanto attiene alla rete dei servizi per i cittadini affetti da demenza e disturbi cognitivi, nell'ambito dei Servizi aziendali per le non autosufficienze, devono trovare spazio i Centri disturbi cognitivi e demenze che a livello distrettuale o sovra distrettuale governano la rete dei servizi per le demenze e disturbi cognitivi e come definito dal DCA 52/2015 sono i referenti e responsabili della presa in carico dei soggetti affetti da tale patologia.

L'Area della Non - Autosufficienza

L'approccio integrato risponde alla complessità dei problemi di salute ed ha inizio fin dal momento della programmazione congiunta. Quest'ultima costituisce, di fatto, il momento fondamentale per la definizione di strategie e priorità d'intervento in relazione a bisogni presenti sul territorio e ai quali il sistema di offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari deve dare risposta. L'orientamento regionale e nazionale nel definire i percorsi di riqualificazione delle prestazioni erogate in regime di integrazione sociosanitaria è di favorire la domiciliarità e la semiresidenzialità, in un'ottica di valorizzazione e sostegno delle risorse familiari e della rete di relazioni sociali attivabili sul territorio. La programmazione strategica di questi interventi deve orientare la scelta futura a prevedere interventi che rispondano a questa filosofia della deospedalizzazione e della riduzione della residenzialità e a individuare soluzioni modulari e per la presa in carico dei soggetti fragili. In tale contesto è qualificante, nonché imprescindibile, la programmazione intersettoriale, poiché il sistema di offerta nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria è duplice, e la dicotomia dell'approccio settoriale al problema è superato dalla condivisione di obiettivi e priorità d'intervento sociale e al tempo stesso sanitario, in relazione ai quali destinare le risorse disponibili in capo a ciascun comparto. Pertanto tra le priorità specifiche del distretto socio-sanitario, in merito alla programmazione degli interventi e alla garanzia della continuità assistenziale, si ribadiscono in particolare: a) la priorità assistenziale della presa in carico globale, di cittadini in situazione di "non autosufficienza" (anziani e disabili); b) la riqualificazione del sistema di offerta dei servizi anche attraverso la riconversione di struttura dal sistema sanitario al sistema socio-sanitario nell'ottica dell'appropriatezza e del contenimento della spesa, c) il potenziamento dell'unità di valutazione integrata, d) la individuazione dei centri di responsabilità e di costo a livello distrettuale (budget), e) la implementazione di sistemi integrati di verifiche e monitoraggio delle prestazioni.

La rete delle RSA/CD Anziani

La rete delle RSA/CD Anziani		
RSA/CDI Anziani-Demenze	pubblico	Salerno
RSA di Massa	pubblico	Vallo della Lucania
RSA di Sant'Arsenio – RSA Anziani pubblico	pubblico	S. Arsenio

Codice Struttura	Distretto	Setting	Denominazione Breve
RSA398	65	R	Anni sereni
RSA500		R	Casa albergo Montepruno
RSA302	68	R	Colomba
RSA213	70	R	Fkt Cilento
RSA307	60	R	Isama

ATTO AZIENDALE

150403	62	RS	La filanda lars
RSA308	71	R	Maria dei Cordici
CDH402	72	RS	Progenia s.c.
RSA432	62	R	Santa Rita
RSA397	72	R	Sogni d'Angelo kosmos
150409	66	R	U.i.l.d.m.
RSA309	68	R	Valle d'argento 2
RSA207	63	R	Villa Alba
RSA001	60	R	Villa Caruso
RSA002	63	R	Villa delle Rose
RSA475	63	R	Villa Formosa (cdt)
RSAFS1	67	R	Villa Formosa
RSA206	60	R	Villa Silvia

UOC Cure domiciliari

L'attività trova, per le attività di coordinamento, articolazione di Unità Operativa Complessa nell'ambito del Dipartimento del Governo Clinico, oltre che articolazioni distrettuali.

L'aumento delle patologie croniche sta ormai assumendo le caratteristiche di una pandemia tanto da rappresentare un'emergenza che, se non adeguatamente gestita, potrà assumere aspetti destabilizzanti per il Servizio Sanitario. L'OMS, nell'ambito dei Piani d'azione 2008-2013 e 2013-2020, evidenzia l'importanza che i Governi e le Amministrazioni intervengano nella prevenzione e controllo delle malattie croniche che vengono definite problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni con chiaro riferimento ai costi, sia diretti che indiretti, da sostenere per la loro cura. In tale scenario, l'Azienda intende dare valore prioritario al contrasto alla cronicità, quale obiettivo da inserire nella programmazione aziendale, e ai piani di prevenzione.

Diventa, così, strategico:

- Assicurare la prevenzione e il controllo della cronicità promuovendo programmi intersettoriali ed azioni che privilegino l'approccio unitario e centrato sulla persona;
- Responsabilizzare tutti gli attori che intervengono lungo il percorso ivi incluso lo stesso paziente che deve partecipare in maniera proattiva all'intero processo e sottoscrivere un patto di cura con il team di assistenza;
- Superare la contrapposizione tra ospedale e territorio e ancor più quella tra medico specialista ospedaliero e medico specialista territoriale, non solo perché tale distinzione può erroneamente configurare una gradazione di competenze e professionalità, bensì perché detta differenziazione pregiudica l'auspicato continuum territorio-ospedale-territorio;
- Mantenere il più a lungo possibile la persona malata al proprio domicilio riducendo al minimo il rischio di istituzionalizzazione;
- Sviluppare un'adeguata formazione degli operatori anche al fine di definire appropriati percorsi di cura che identifichino le fasi, le sedi, i servizi e le prestazioni da erogare in base allo stadio della patologia;

ATTO AZIENDALE

- Favorire l'aderenza della persona malata al percorso di cura, ovvero contrastare il rischio di abbandono del percorso rinforzando di continuo le informazioni relative allo stato di salute dell'assistito, al fine di perseguire un buon livello di conoscenza e consapevolezza da parte paziente e dei suoi familiari.

Diventa importante promuovere e coordinare programmi intersettoriali finalizzati alla modifica degli stili di vita non salutari. Le principali patologie croniche (malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie) riconoscono specifici fattori di rischio comportamentali comuni e modificabili (abitudine al fumo di tabacco, abuso di bevande alcoliche, sedentarietà, scarso consumo alimentare di frutta e verdura) che possono generare alcuni fattori di rischio cosiddetti intermedi (ipercolesteromia, ipertensione arteriosa, sovrappeso, obesità). Oltre all'attività di promozione alla salute e all'educazione terapeutica (per la prevenzione delle complicanze, comorbidità e disabilità), le principali azioni da potenziare per raggiungere buoni livelli di contrasto alle cronicità sono rappresentate dalla pronta individuazione delle condizioni di rischio e dalla diagnosi precoce. In particolare, le azioni saranno dirette a valutare la portata e le caratteristiche di alcune patologie che determinano stati di cronicità, quali il diabete, la BCPO, lo scompenso cardiaco e l'ipertensione, le nefropatie, la SLA, le demenze, in linea con specifici indicazioni e protocolli regionali.

Un modello in rete, centrato sui bisogni e sulla stadiazione, consentirà di attivare percorsi personalizzati, all'interno di un team integrato di specialisti e con un efficace raccordo tra i diversi livelli di assistenza.

A tale scopo, saranno anche attivati canali dedicati che consentano di superare le ordinarie liste di attesa e Day Service Ambulatoriali, per l'accesso a percorsi ambulatoriali complessi e coordinati (PACC), in conformità di quanto previsto dalla DGRC n. 102/2009 e al DCA n. 17/2014. La disponibilità di un adeguato sistema informativo costituisce fondamentale presupposto per affrontare la cronicità. A tal fine questo deve necessariamente consentire di identificare il target di riferimento e di rendere le informazioni tempestivamente disponibili per tutti gli operatori coinvolti nel percorso di cura e per lo stesso assistito.

Il luogo privilegiato per presidiare i percorsi di cura delle persone affette da malattia cronica è rappresentato dal Distretto Sanitario che opera in integrazione con i servizi socio-sanitari e in continuità con i servizi ospedalieri per i casi ad alta complessità e severità. Obiettivo fondamentale è quello di mantenere il più a lungo possibile la persona malata al proprio domicilio e di evitare l'ospedalizzazione, attivando, ogni qual volta necessario e possibile (condizioni abitative e presenza del caregiver), le cure domiciliari che rappresentano il setting più appropriato per assistere la persona malata in condizione di fragilità e per promuoverne l'empowerment, sviluppando la sua capacità di autogestione consapevole dei bisogni. Spetta, infatti, alle Cure Domiciliari e Palliative il compito di pianificare e coordinare gli interventi attraverso l'adozione di una medicina di iniziativa che garantisca ai pazienti e ai loro familiari la migliore qualità di vita possibile. Tale setting, inoltre, consente di realizzare le dimissioni programmate e/o protette dai reparti ospedalieri per acuti, dalle strutture riabilitative post-acute ed estensive e dalle RSA. Si farà riferimento, in ogni caso, alle indicazioni regionali contenute nei documenti ministeriali, recepiti dalla Regione Campania, che ha elaborato un piano specifico, con il quale sono state determinate le azioni utili per il raggiungimento del target assegnato ai bisogni, valutati territorialmente in rapporto con i dati epidemiologici, sanitari, sociali ed economici di riferimento.

La presa in carico dell'assistito avviene attraverso la valutazione multiprofessionale che, in presenza di bisogni di diversa natura, è anche multidimensionale 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. Il piano di cura

ATTO AZIENDALE

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. Nei casi in cui non è possibile attivare l'ADI, per mancanza della rete socio-familiare e/o per inidoneità dell'abitazione, l'assistito viene ospitato presso le diverse tipologie di strutture semiresidenziali o residenziali pubbliche o accreditate in relazione alla specificità del bisogno presentato. Qualunque sia il setting di cura attivato è essenziale che il sistema assicuri l'equità di accesso, attraverso la Porta Unitaria di Accesso (PUA) distrettuale, la presa in carico globale e che la relazione con la persona malata e i suoi familiari sia improntata sull'accoglienza, l'ascolto attivo e l'empatia.

Si ritiene strategico costituire una rete integrata di servizi in grado di assicurare la continuità socio-assistenziale al paziente e alla sua famiglia nelle diverse fasi della malattia terminale.

La rete delle cure palliative, che prevede la partecipazione delle associazioni di volontariato, in osservanza della L. 38/2010 e delle Linee di Indirizzo regionali vigenti, è costituita da MMG o PLS, ambulatori specialistici, cure domiciliari, centri residenziali per le cure palliative (Hospice e day Hospice), ricovero ospedaliero in regime ordinario e di day-hospital. Lungo l'intero percorso viene adottato il modello della presa in carico globale al fine di combattere il dolore inutile e la sofferenza che ne deriva fornendo alla persona malata e all'intero nucleo familiare un adeguato sostegno psicologico, sociale e culturale, indispensabile nella fase di fine vita e di elaborazione del lutto. Luogo privilegiato di intervento è costituito dall'abitazione del paziente che quando non può più essere assistito presso il proprio domicilio, o nei casi in cui è necessario alleggerire temporaneamente la famiglia dal carico sostento (ricovero di sollievo), viene ospitato dal Centro residenziale per le cure palliative - Hospice - che fornisce assistenza sanitaria, tutelare ed alberghiera ed è strutturato in modo da riprodurre l'ambiente domestico e di vita: in tal senso i due setting non possono essere considerati tra loro indipendenti. Infatti, sia a domicilio che in Hospice obiettivi principali delle cure sono rappresentati dalla qualità di vita e dal rispetto della dignità della persona affetta da patologia (non solo oncologica) progressiva, in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta per la quale non sussiste più alcuna possibilità di trattamento specifico finalizzato al miglioramento dei sintomi e/o alla guarigione.

Le funzioni dell'U.O.C. sono finalizzate a garantire le cure domiciliari sul territorio e sono realizzate attraverso:

- Trasmissione di report al Ministero della Salute ed alla Regione per le cure domiciliari aziendali;
- Interazione con le strutture regionali competenti alla redazione dei percorsi e delle linee guida inerenti alle cure domiciliari e la riprogrammazione regionale delle cure domiciliari in corso nelle attività territoriali tese a garantire la loro corretta applicazione;
- Trasmissione periodica di report informatizzati ai Servizi Aziendali competenti;
- Elaborazione di percorsi di presa in carico e la successiva applicazione delle procedure e linee guida aziendali nelle cure domiciliari;
- Erogazione delle cure domiciliari integrate sul territorio aziendale;
- Individuazione delle tipologie di cure da erogare in funzione delle risorse economiche, di personale e definizione delle priorità assistenziali;

ATTO AZIENDALE

- Elaborazione di protocolli condivisi per una reale integrazione ospedale-territorio, con l'obiettivo specifico di una migliore presa in carico del paziente in dimissione protetta;
- Adeguare le procedure, i percorsi assistenziali e linee guida delle cure domiciliari in ottemperanza agli aggiornamenti ed indicazioni regionali sulle cure domiciliari;
- Implementare la modalità di verifica delle procedure e della valutazione degli indicatori di attività e di risultato, individuati nelle normative regionali, delle cure domiciliari;
- Coordinamento delle attività assistenziali, dalla presa in carico alla erogazione delle cure, per i pazienti con particolari patologie (S.L.A., C.V., stati di min. coscienza, ecc.);
- Collaborazione, con le strutture aziendali preposte, ai programmi aziendali di verifica della qualità sia erogata dall'azienda che percepita dai cittadini in cure domiciliari;
- Collaborazione all'implementazione tecnologica e telematica nella rete delle cure domiciliari.

A garanzia della continuità assistenziale, l'Azienda favorirà la possibilità che le cure domiciliari siano erogate da parte della stessa équipe che opera in Hospice. In ottemperanza a quanto previsto dal DCA n. 18/2019 afferiscono all'UOC Cure domiciliari, Assistenza Anziani, Non Autosufficienti, Cure Palliative anche i servizi di:

Assistenza sociosanitaria per le Cure Domiciliari

Le cure domiciliari sono garantite a tutte le persone, adulti e minori non autosufficienti o in condizioni di fragilità, con patologie in atto o con esiti di patologie. Sono erogate sempre a seguito di valutazione clinico funzionale e a seguito di un piano formalizzato di assistenza che preveda tutte le prestazioni.

U.O.C. Direzione delle Professioni Sanitarie (infermieristiche, ostetriche, tecnico-sanitarie, della riabilitazione e della prevenzione) – Di.P.S.a.

Struttura organizzativa autonoma dal punto di visita funzionale e gestionale preposta alla programmazione, erogazione e valutazione delle attività delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, tecnico-sanitarie, della riabilitazione e della prevenzione. La struttura soddisfa i bisogni sanitari attraverso una serie di azioni coordinate, integrate e coerenti con il piano di sviluppo e gli obiettivi aziendali.

La direzione delle professioni sanitarie garantisce adeguati livelli assistenziali attraverso un sistema di governo clinico-assistenziale inteso come il complesso di strategie, strutture, metodi e strumenti per il miglioramento continuo della qualità del servizio reso e della salvaguardia di alti standard assistenziali e tecnici. Inoltre, crea un ambiente in cui possa svilupparsi l'eccellenza clinica instaurando un complesso di azioni integrate da parte di tutte le componenti, al fine di porre i professionisti in grado di garantire i migliori esiti qualitativi possibili alle loro attività.

Afferiscono alla Direzione i professionisti sanitari di cui alla L251/2000:

- Le professioni infermieristiche: infermieri, infermieri pediatrici;
- Le professioni ostetriche: ostetriche;
- Le professioni tecnico sanitarie;

ATTO AZIENDALE

- Le professioni sanitarie della riabilitazione;
- Le professioni sanitarie della prevenzione.

L'UOC conformemente agli indirizzi della Direzione Strategica, è titolare del governo e della direzione delle risorse assegnate assicurando la qualità, l'efficacia e l'efficienza tecnico-operativa delle attività assistenziali e garantendo lo sviluppo e aggiornamento professionale e di ricerca. Ha, inoltre autonomia tecnico-professionale nonché gestionale nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuite, nonché autonomia in ordine all'organizzazione e gestione delle risorse assegnate. Svolge altresì attività di indirizzo nei confronti delle altre articolazioni aziendali (Distretti, Presidi, Dipartimenti, UU.OO. e Servizi) al fine di garantire omogeneità nella gestione nei limiti delle competenze specifiche.

L'UOC è, quindi, fondamentale orientata allo sviluppo organizzativo e professionale e persegue la sinergia con le altre direzioni aziendali, allo scopo di rimuovere vincoli e sviluppare opportunità tanto per l'Azienda, quanto per il personale.

In particolare:

- Partecipa alla definizione della dotazione organica del personale dell'area delle professioni sanitarie ed assegna risorse alle varie articolazioni aziendali sulla base delle priorità, del modello organizzativo e del rispetto degli istituti contrattuali vigenti;
- Assicura la progettazione di sistemi di personalizzazione dell'assistenza infermieristica, ostetrica, tecnica-sanitaria, riabilitativa nel rispetto delle diversità;
- Concorre alla definizione di un sistema di indicatori qualitativi per la valorizzazione della competenza e di un sistema di autovalutazione dei professionisti;
- Concorre alla definizione degli standard di risultato e di processo e concorre all'analisi dei costi in rapporto all'efficacia ed efficienza;
- Concorre alla verifica e alla valutazione delle prestazioni in relazione alle competenze degli specifici profili professionali e alla progettazione e adozione di sistemi informativi per la storicizzazione e la valutazione delle prestazioni;
- Promuove, in rapporto sinergico con le funzioni di staff, la formazione e l'aggiornamento del personale, la ricerca, la sperimentazione, lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi e favorisce l'integrazione delle attività di assistenza, didattica e ricerca, nell'ambito dei corsi di laurea;
- Partecipa all'identificazione di criteri per la mappatura delle professionalità esistenti e definisce il fabbisogno di nuove competenze e del relativo percorso di formazione in funzione dei bisogni assistenziali e dello sviluppo organizzativo, tecnologico ed innovativo;
- Partecipa alle definizioni dei criteri per l'attribuzione degli incarichi organizzativi e gestionali ed assicura consulenza professionale ai responsabili dei settori trasversali, ai responsabili dipartimentali e ai coordinatori delle unità operative, rispetto alle funzioni organizzative e gestionali;
- Definisce piani e programmi di sviluppo professionale ed organizzativo per le professioni sanitarie e valuta il raggiungimento degli obiettivi di riferimento a livello aziendale.

L'UOC Direzione delle professioni sanitarie è assegnata alla Responsabilità di un Dirigente delle professioni sanitarie. Al fine di garantire la continuità delle attività è supportata dalle seguenti unità operative semplici:

ATTO AZIENDALE

- UOS Professioni Sanitarie Attività Territoriali;
- UOS Professioni Sanitarie Attività Ospedaliere.

U.O.C. Risk Management: Sicurezza dei pazienti e gestione rischio clinico

L'Unità Operativa Complessa di Risk Management: Sicurezza dei pazienti e gestione rischio clinico nella quale operano professionisti con un percorso formativo specifico sulla sicurezza del paziente, è istituita nel rispetto delle normative vigenti. Tale modello organizzativo costituisce lo strumento attraverso il quale il Direttore Generale attua le politiche aziendali per la sicurezza del paziente.

La gestione del rischio clinico è fondamentale per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente basata sull'apprendere dall'errore, dotandosi di un sistema organizzato di gestione del rischio, basato sulla probabilità che per ogni incidente che si verifica ce ne siano molti altri che non sono accaduti (near miss), solo perché il caso o un intervento ne ha impedito il verificarsi.

L'UOC deve sviluppare le funzioni di gestione del rischio attraverso:

1. la definizione di una metodologia aziendale per la gestione del rischio in sanità;
2. l'implementazione delle attività di identificazione, misurazione, monitoraggio, riduzione e contenimento dei rischi, attraverso la realizzazione della fotografia del rischio, l'individuazione delle aree di miglioramento, l'attuazione e il controllo delle azioni di miglioramento;
3. la diffusione della cultura del rischio in ogni articolazione organizzativa aziendale;
4. la partecipazione e l'accesso aperto ai dati dell'ufficio per la gestione dei sinistri e del contenzioso;
5. formazione "sul campo" degli operatori;
6. l'implementazione dell'incident Reporting per le relative azioni di miglioramento.

Inoltre, il Risk management nelle realtà sanitarie costituisce un elemento irrinunciabile all'interno dei processi di change management in sanità, con valenza strategica anche ai fini della gestione dei sinistri. Per una piena attuazione all'art. 1, comma 6, del D.lgs. n. 229/99 in materia di appropriatezza ed economicità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali, viene prevista la figura del "**risk manager**", al fine di garantire la sicurezza della pratica medica con il compito di coordinare e monitorare la correttezza dei processi clinico assistenziali.

Il risk manager:

- Elabora il Piano Annuale Risk Management (PARM) dell'azienda per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio sanitario, comprensivo delle attività relative alla formazione, e monitoraggio, anche ai fini della reportistica e dello stato di attuazione;
- Effettua la mappatura del rischio aziendale,
- Promuove e coordina le attività del Comitato Aziendale infezioni correlate all'assistenza (CIO) e promuove le attività di antimicrobial stewardship, in collaborazione con il Dipartimento farmaceutico e i CIO presidiali,
- Partecipa ai tre Sistemi di Sorveglianza attivati dalla Regione Campania per le ICA e per l'antibiotico resistenza i cui dati confluiscono nella piattaforma Regionale Icaro Web,

ATTO AZIENDALE

- Promuove la diffusione e l'implementazione degli strumenti per la gestione del rischio (ad es. Segnalazione dell'incident reporting, SEA, RCA, FMEA/FMECA, check list, visite per la sicurezza, osservazioni dirette, ecc.);
- Partecipa al monitoraggio AGENAS per l'implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali sulla sicurezza dei pazienti,
- Assume la responsabilità diretta di tutte le iniziative aziendali relative al rischio clinico e risponde del rispetto dei debiti informativi nei confronti del Ministero della Salute.
- Partecipa al Comitato per il Buon Uso del Sangue (cobus);
- Partecipa al Comitato aziendale di Valutazione dei Sinistri (CVS), al fine di contribuire all'analisi dei sinistri nella prospettiva dell'identificazione degli ambiti di miglioramento per la sicurezza delle cure;
- Promuove a livello aziendale l'implementazione ed il monitoraggio delle raccomandazioni e delle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti;
- Promuove l'attivazione dei percorsi di audit o altre metodologie finalizzati allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione del quasi errore e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi;
- Promuove l'attuazione di percorsi di formazione specifici volti alla diffusione della cultura del rischio e degli strumenti di gestione del rischio in sinergia con la U.O.C. Formazione
- Partecipa alle attività promosse dal Centro Regionale Rischio Clinico per la sicurezza delle cure e si interfaccia con il livello regionale;
- Partecipa al Comitato Interaziendale per la sicurezza nel percorso nascita;
- Costituisce il Team Aziendale Rischio clinico.

U.O.C Coordinamento Cure Primarie

L'attività precipua dell'Unità Operativa è quella di essere deputata alla gestione del coordinamento delle attività di assistenza primaria, con la gestione dei contratti dei Medici di Medicina Generale (Medici di Assistenza Primaria, Medici di Continuità Assistenziale, Medici della Medicina dei Servizi), dei Medici Pediatri di Libera Scelta, e Medici, e Professionisti (Chimici, Psicologi, Biologi) della Specialistica Ambulatoriale Interna, nonché all'espletamento delle procedure per l'attivazione, il potenziamento e l'analisi relativa alle attività dei Medici afferenti al servizio di Emergenza Territoriale, d'intesa con le strutture di emergenza, al fine di garantire l'assistenza sanitaria di base, ai cittadini residenti e no, su tutto il territorio della Azienda Sanitaria, valutando anche, con gli altri Servizi sanitari, l'implementazione delle attività che consentono l'integrazione Ospedale- Territorio.

Nell'ambito dell'**Assistenza Primaria** i Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta rivestono un ruolo fondamentale essendo per i pazienti punto di riferimento clinico per la diagnosi ed il trattamento delle patologie più comuni e per l'Assistenza Domiciliare in caso di pazienti affetti da patologie cronico – degenerative. Rappresentano il fulcro di un processo assistenziale che tende sempre più a portare i servizi alle persone piuttosto che a portare i pazienti verso luoghi di cura.

ATTO AZIENDALE

Tutti i MMG e PLS devono essere collegati in rete con l'Asl Salerno, mediante interfacce dei propri software con le piattaforme aziendali e regionali di rilevazioni flussi. Tutti i MMG e PLS hanno attivata la ricetta elettronica e partecipano al popolamento della banca dati dei flussi informativi aziendali su piattaforma unica regionale. La Medicina Generale e la Pediatria di Libera Scelta lavorano su obiettivi regionali ed aziendali prevalentemente di tipo quantitativo. Svolgono attività di prevenzione in materia vaccinale (per gli screening oncologici i MMG, senza però far registrare finora, su questo tema di salute pubblica, un chiaro momento di svolta).

Attivano le funzioni assistenziali domiciliari, sia erogabili direttamente (ADP) sia mediante le Cure Domiciliari. Partecipano alle attività distrettuali normalmente tramite la propria rappresentanza in UCAD, partecipano alle attività formative promosse dall'Azienda correlate agli obiettivi di salute e/o alle innovazioni organizzative e prescrittive.

L'organizzazione territoriale, che passa, attraverso il nuovo Piano delle attività Territoriali (DCA n. 99/2016), prevede un nuovo ruolo per i medici convenzionati, con la istituzione di specifiche aggregazioni (AFT) e di UCCP, con la presenza dei medici di base, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali interni, chiamati ad essere il fulcro delle attività di accesso dei pazienti e garanti del processo di un'assistenza individualizzata. Il coordinamento dell'Unità Operativa, quindi, deve garantire l'avvio del percorso della nuova organizzazione, d'intesa con la direzione strategica e i direttori dei distretti. D'intesa con i Direttori dei Distretti, si provvederà a delineare, in sede periferica, le attività connesse con la presente Funzione, da definire nell'ambito dell'articolazione organizzativa distrettuale. Si dà atto che sono assegnate all'U.O.C. le definizioni relative alla istituzione presso l'Azienda del Comitato Zonale previsto dall'ACN del 17.12.2015 per gli Specialisti Ambulatoriali, anche in relazione alla disposizione n.183266 del 15.03.2016 della Direzione Generale Tutela Salute e Coordinamento SSR della Regione Campania.

Principale attività:

- Aggregazione funzionalmente di tutte le UU.OO. Di cure primarie dei Distretti Sanitari Aziendali e programmazione e coordinamento delle attività;
- Predisposizione di protocolli condivisi delle attività di competenza con i Direttori dei Distretti Sanitari;
- Attività di supporto funzionale e operativo di tutte le attività centrali e distrettuali nell'ambito degli indirizzi strategici della Direzione Aziendale in materia di integrazione Cure Primarie;
- Collaborazione con le UU.OO.CC. Del Dipartimento del Governo Clinico per il raggiungimento degli obiettivi fissati dalla Direzione Strategica;
- Collaborazione con le altre articolazioni aziendali, per la rilevazione dei bisogni sanitari;
- Coordinamento Aziendale delle Attività dei Medici di Assistenza Primaria (Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta);
- Coordinamento Aziendale delle Attività degli Specialisti Ambulatoriali;
- Analisi del fabbisogno dell'attività Specialistica Ambulatoriale;
- Predisporre, in sinergia con gli altri attori del processo, 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

ATTO AZIENDALE

patologia (self care), attraverso l'empowerment del paziente;

- Valutazione di modelli organizzativi alternativi per la gestione a breve e medio termine di pazienti con patologia cronica/degenerativa instabile e riacutizzata, che necessitano di controlli ravvicinati non effettuabili ambulatorialmente e in fase di convalescenza post – acuta o post – chirurgica;
- Analisi, con il supporto dell'UOC Formazione ed Aggiornamento Professionale, del fabbisogno formativo dei medici di assistenza primaria (MMG – PLS);
- Analisi e controllo, con il supporto dell'UOC Sistemi Informatici, della corretta gestione dei flussi informativi relativamente all' area cure primarie (Medici di Assistenza Primaria, Specialistica Ambulatoriale, Gestione Integrata Pazienti Diabetici).

Funzioni del Direttore dell'UOC Coordinamento Cure Primarie:

- Cura l'organizzazione delle attività delle Cure Primarie Distrettuali, pianificando una omogeneità di erogazione sul territorio dell'azienda;
- Coordina l'attività in maniera uniforme e omogenea nelle articolazioni distrettuali di competenza per una appropriata risposta ai bisogni assistenziali ai cittadini, nonché per facilitare l'accesso degli stessi ai servizi sul territorio dell'azienda;
- Propone in base alla normativa nazionale, regionale e alle indicazioni del Piano Strategico Aziendale, nonché collabora alla definizione dei Piani Attuativi Territoriali relativamente all' ambito di competenza;
- Predisporre (progetti, protocolli tecnici operativi ed altro) elaborati in sinergia con i Distretti Sanitari da presentare alla Direzione Aziendale per la loro approvazione;
- Coordina funzionalmente le attività distrettuali delle cure primarie al fine di omogenizzare e garantire equamente le stesse;
- Coordina le 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;
- Supporta la Direzione Strategica nel definire le strategie funzionali e nuovi modelli organizzativi della medicina generale, pediatria di libera scelta e specialistica ambulatoriale curando i rapporti con le segreterie Aziendali, le segreterie provinciali e regionali delle OO.SS. Firmatarie degli ACN, e predisponendo gli atti consequenziali;
- Coordina e verifica le Attività degli Specialisti Ambulatoriali;
- Coordina, in collaborazione con le OO.SS. (MMG e PLS) e con il' UOC Formazione del Personale Aziendale, la stesura dei programmi dei bisogni formativi obbligatori e in ECM del personale che afferisce all' all' area della medicina convenzionata ai sensi dell'art. 8 del D.lgs. 229/99;
- Individua priorità rispetto agli obiettivi da raggiungere assegnati dal Direttore del Dipartimento;
- Partecipa al coordinamento delle attività in ambito distrettuale e ospedaliero;
- Garantisce omogenei livelli assistenziali quali – quantitativi su tutto il territorio aziendale;

ATTO AZIENDALE

- Controlla e verifica la qualità e l'umanizzazione del servizio erogato;
- Sviluppa progettazione, innovazione, implementazione delle attività;
- In raccordo con il Servizio Relazione con il Pubblico della ASL svolge attività di informazione sui servizi esistenti sul territorio della ASL, sulle modalità e sui criteri di accesso nei vari livelli delle cure primarie;
- Attività didattica e, in raccordo con la UOC Formazione e Aggiornamento, promozione e programmazione delle attività di formazione e aggiornamento del personale.

Alla luce dell'intervenuto DCA n.99 del 22.09.2016 occorre prendere atto, in maniera ancora più esaustiva, della necessità di assicurare livelli di appropriatezza declinati in contesti di cura adeguati e finalizzati all'erogazione di un'assistenza di qualità, nonché della modifica del contesto culturale che pone al centro dell'assistenza la salute nella sua complessità e il cittadino-paziente. L'indispensabile rapporto di integrazione che deve continuare a realizzarsi tra il territorio e l'ospedale comporta la opportunità di individuare un riferimento centrale, in struttura di staff presso la Direzione Sanitaria Aziendale, con il compito di definire moderni modelli di organizzazione per dare risposte efficaci ad una domanda sempre più complessa e specialistica, attraverso il pieno utilizzo di tutte le risorse aziendali in una logica di integrazione funzionale delle offerte sanitarie e dei percorsi che costituiscano una interdipendenza sostanziale tra la rete di assistenza territoriale e quella dell'assistenza ospedaliera.

U.O.C. Assistenza Accreditata (Strutture di ricovero, attività di riabilitazione, attività specialistiche)

L'attività assistenziale è svolta con la collaborazione di strutture private, ambulatoriali e di ricovero, che, attraverso l'istituto dell'accreditamento, operano nell'ambito territoriale di riferimento in ausilio delle strutture pubbliche. La ratio ispiratrice della normativa dettata in tema di assistenza sanitaria pubblica e privata partiva dall'intento di pervenire ad un rapporto ottimale tra costi e qualità, raggiungibile attraverso un sistema concorrenziale tra strutture pubbliche e private e tra strutture private tra di loro. In verità, le strutture accreditate hanno finito con operare in regime di complementarità con quelle pubbliche, contribuendo a definire una rete assistenziale, altrimenti non possibile. È intenzione dell'Azienda operare un "controllo" diretto sull'erogazione delle prestazioni, non soltanto in ragione di quelli che sono i controlli istituzionali e di merito, che vanno dall'accreditamento, alla verifica del mantenimento dei requisiti, alla valutazione delle capacità operative, ai controlli di qualità, ma anche di operare sui percorsi di accesso e d'integrazione operativa con le strutture pubbliche. Le strutture accreditate non possono costituire "duplicazione" di domanda, ma devono essere ritenute alternative complementari di accesso, anche definito in ragione dei tempi di attesa, in modo da costituire "rete" assistenziale per il soddisfacimento dei bisogni.

La Unità Operativa opera, quindi, per la gestione centrale e la definizione dei principi di accreditamento, per la definizione dei volumi di attività in ragione delle capacità operative e dei tetti di spesa indicati dalla Regione, anche attraverso una continua verifica della produttività che influenza ed orienta la ripartizione delle risorse finanziarie, in quanto si traduce in un diretto beneficio per la collettività. L'interesse pubblico primario da perseguire è infatti l'elevazione dello standard qualitativo del servizio nel suo complesso, da realizzare attraverso la costruzione, complessiva, di un'accurata e valutata distribuzione territoriale delle strutture e, quindi, delle risorse. La programmazione è anzitutto una categoria logica ed organizzativa al tempo stesso, mediante la quale l'ordine delle azioni e delle attività da compiere viene in considerazione attraverso un meccanismo decisionale che si fonda su una preventiva analisi degli obiettivi e delle risorse;

ATTO AZIENDALE

dal che discendono importanti definizioni per il processo aziendale.

Occorre anche tener conto che, per integrare a pieno il settore privato nella rete ospedaliera pubblica, prevalentemente nelle reti tempo dipendenti, il piano prevede che alcune strutture, sussistendone le condizioni, sono individuate come nodi essenziali nella rete di emergenza urgenza e inserite in alcuni casi anche nelle reti tempo dipendenti. Con successivi atti di indirizzo la Regione provvederà a declinare operativamente le modalità ed i livelli di integrazione delle case di cura che partecipano attivamente alle reti suddette. Dalla integrazione della offerta pubblica e privata dovrà, quindi, derivare, nel rispetto di requisiti, controlli, tetti di spesa, qualità e trasparenza, un complessivo soddisfacimento del fabbisogno assistenziale, sia specialistico che ospedaliero. D'intesa con i Direttori dei Distretti, si provvederà a delineare, in sede periferica, le attività connesse con la presente Funzione, da definire nell'ambito dell'articolazione organizzativa distrettuale.

UOC Tutela Salute Adulti e Minori Area Penale

In applicazione del D. Lgvo 230/1999, del DPCM 1 aprile 2008 e dei successivi Accordi in Conferenza Unificata¹ e normative nazionali² e regionali³, regolanti la complessiva materia dell'assistenza sanitaria alle persone adulte e minori private della libertà ed alla implementazione delle reti sanitarie regionali dedicate, questa ASL, nel proseguire quanto iniziato con il precedente atto aziendale ed implementato⁴ in questi anni, istituisce l'UOC Tutela Salute Adulti e Minori Area Penale, caratterizzata da una direzione multispecialistica, incardinandola alle dirette dipendenze della Direzione strategica aziendale. Garantisce i LEA alle persone private della libertà del territorio di competenza della ASL Salerno; per tale tipologia di popolazione di competenza, per tutte le loro problematiche sanitarie e socio-assistenziali, per questa ASL è la primaria referenza operativa nei confronti dell'Autorità Giudiziaria, dell'Amministrazione Penitenziaria, la Regione Campania e gli Enti Locali.

L'UOC Tutela Salute Adulti e Minori Area Penale, al fine di realizzare gli obiettivi di salute della popolazione di riferimento, è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, realizza, con

¹ **a)** Rep. n. 3/cu del 22 gennaio 2015 - Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti: implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali"; **b)** Rep. Atti n. 17/CU del 26 febbraio 2015 e rep. Atti n. 188/CU del 30 novembre 2022 'Sanità penitenziaria - Collaborazione interistituzionale inerente alla gestione dei pazienti con misura di sicurezza ai sensi dell'articolo 3-ter, decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211 convertito in legge 17 febbraio 2012 n.9 come modificato dal decreto legge 31 marzo 2014 n. 52, convertito in legge 30 maggio 2014 n. 81; **c)** Rep. Atti n. 61/CU del 28 aprile 2022 e rep atti n. 184/CU del 14 settembre 2022 del tavolo permanente sulla sanità penitenziaria concernente l'istituzione di strutture comunitarie sperimentali di tipo socio-sanitario ad elevata integrazione sanitaria rivolte a minori e giovani adulti con disagio psichico e/o abuso di sostanze; **d)** Rep. Atti n. 62/CU del 28 aprile 2022 – Linee di indirizzo per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi per il reinserimento socio-lavorativo delle persone sottoposte a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria limitativi o privativi della libertà personale

² **a)** Legge 30 maggio 2014 n. 81; **b)** D. Lgs. 123 del 2 ottobre 2018, art 1

³ **a)** DCA 104 del 30/09/2014 all. B Linee guida per il funzionamento delle articolazioni per la tutela della salute mentale negli istituti penitenziari della Campania; **b)** DGRC 716/2016 – Rete regionale sanità penitenziaria La Rete dei servizi e delle strutture dell'area sanitaria penitenziaria della Regione Campania; **c)** DGRC n. 567 del 18/09/2018 Presa in carico e collocamento presso comunità terapeutiche dei minori con problematiche psicopatologiche e/o di tossicodipendenza, su disposizione dell'autorità giudiziaria.

⁴ Protocolli operativi con: **a)** Centro Giustizia Minorile (CGM); **b)** Tribunale di Sorveglianza di Salerno; **c)** UDEPE di Salerno; **d)** Tribunali e Procure di Salerno, Nocera Inferiore e Vallo della Lucania; **e)** Distretti e Dipartimenti Aziendali

ATTO AZIENDALE

le risorse (strutturali, professionali⁵, tecnologiche, strumentali ed economiche) assegnate con metodologia budgettaria e provenienti anche da fondi progettuali nazionali e regionali, finalizzati alla implementazione dell'assistenza e del reinserimento socio-lavorativo.

Garantisce alle persone private della libertà, i seguenti interventi:

- Valutazione dello stato di salute e dei bisogni, così come definiti dall'O.M.S.;
- Adozione di procedure di accoglienza che consentano di attenuare gli effetti traumatici della privazione della libertà, ed esecuzione degli interventi necessari a prevenire atti di autolesionismo e suicidari;
- Quanto previsto dall'art. 1 comma 1 del D. Lgs. 123 del 4 ottobre 2018;
 - Accertamento della situazione vaccinale, specie riguardo ai soggetti immigrati, con riferimento al quadro delle vaccinazioni obbligatorie nel nostro Paese, ed esecuzione, se del caso, delle vaccinazioni ritenute necessarie;
 - Promozione e sviluppo della cultura della prevenzione sanitaria, anche in costante collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione della Azienda Sanitaria;
 - Raccolta di tutte le informazioni sanitarie relative a ciascun soggetto, onde assicurare una appropriata presa in carico in altri Istituti o nel momento del ritorno in libertà;
 - Screening per le patologie neoplastiche ed infettive nei confronti della popolazione detenuta;
 - Prestazioni specialistiche, anche mediante l'elaborazione dei piani terapeutici per tutte le specialità e specialisti operanti all'interno degli Ambulatori dei Poli Penali;
 - Collaborazione con le farmacie aziendali dei distretti per l'approvvigionamento dei farmaci e dei presidi sanitari;
 - Raccordo con il Dipartimento delle Dipendenze e Salute Mentale per lo svolgimento delle attività specialistiche di competenza al termine della misura di sicurezza;
 - Referenza operativa primaria per l'Autorità Giudiziaria (Procure della Repubblica, i Tribunali e l'Ufficio per l'Esecuzione Penale Esterna (U.E.P.E.) insistenti nel territorio della ASL Salerno) per la singola persona indagata e/o internata al fine di dare attuazione alla legge 30 maggio 2014, n. 81, al Decreto del Commissario ad Acta della Regione Campania n. 104 del 30 settembre 2014, dalla DGRC 716/2018;
 - Programmazione annuale delle attività di formazione del personale coinvolto nell'area della sanità penitenziaria, di concerto con il responsabile della specifica area aziendale, nonché di ulteriori e specifici interventi formativi su ambiti di particolare rilevanza.

Inoltre, assicura:

- All'Autorità giudiziaria relazioni sanitarie finalizzate all'applicazione di regime detentivo diverso o a modifica di misure cautelari, ovvero a valutazioni circa la compatibilità dello stato di salute con la misura

⁵ a) Nota 0769141 del 17/12/2019 DG Tutela Salute Regione Campania: Standard minimi di personale per i servizi assistenziali della rete regionale di sanità penitenziaria ex DGRC n. 716/2016; b) DGR n. 436 del 12/10/2021 'Approvazione piano triennale di fabbisogno di personale ASL Salerno Triennio 2020-2022; c) Delibera Aziendale n. 1222/2022 'Piano dei fabbisogni di personale triennale 2021-2023'

ATTO AZIENDALE

restrittiva;

- All'Amministrazione penitenziaria visite preventive a trasferimenti (cd. Nulla Osta alla traduzione); il rilascio di certificazione in uso nel Servizio Sanitario Regionale e di certificazioni specifiche dell'ambito penitenziario.

Il Direttore dell'UOC Tutela Salute Adulti e Minori Area Penale negozia annualmente gli obiettivi con la Direzione aziendale, funge da collegamento e promuove pro-attivamente l'integrazione tra la Regione e l'Azienda di propria appartenenza. Viene scelto nell'ambito della dirigenza medica dell'ASL con dimostrata conoscenza ed esperienza nell'ambito delle attività sanitarie nei confronti delle persone private della libertà. Rappresenta l'ASL Salerno nell'Osservatorio Regionale Permanente sulla Sanità Penitenziaria e nel gruppo regionale interistituzionale per la gestione e prevenzione delle misure di sicurezza in REMS e la tutela della salute mentale in carcere.

Il Direttore dell'UOC Tutela Salute Adulti e Minori Area Penale è responsabile a livello aziendale:

- delle funzioni sanitarie, di base e specialistiche erogate nei confronti delle persone private della libertà;
- del recepimento delle indicazioni regionali e nazionali sopravvenute;
- dell'elaborazione di specifici e dettagliati strumenti operativi, utili sia ai fini dell'erogazione dell'assistenza stessa che alla sua progressiva ottimizzazione, attraverso l'acquisizione dei necessari dati epidemiologici, di bisogno, di attività e di esito.

Il Direttore dell'UOC Tutela Salute Adulti e Minori Area Penale è delegato dal Direttore Generale Aziendale all'autorizzazione al trasferimento interaziendali in ambito regionale ed extraregionale e certificazioni ex art. 1, comma 3 dell'Accordo in CU n. 3 del 22 gennaio 2015.

Il Direttore dell'UOC Tutela Salute Adulti e Minori Area Penale è responsabile a livello aziendale:

- del recepimento delle indicazioni regionali e nazionali sopravvenute;
- del compito di predisporre il piano dell'offerta dei servizi sanitari dell'area penitenziaria, che andrà periodicamente aggiornato sul sito web aziendale;
- della redazione e approvazione della carta dei servizi di medicina penitenziaria;
- dell'elaborazione di pdta specifici per la popolazione target;
- della promozione di iniziative locali nell'area della sanità penitenziaria e della predisposizione degli interventi finalizzati ad assicurare un'adeguata integrazione delle azioni dei singoli servizi aziendali coinvolti nella predetta area, prevedendo eventuali risorse aggiuntive.

L'UOC Tutela Salute Adulti e Minori Area Penale svolge le proprie attività nelle seguenti strutture:

- Ambulatorio Polo Penale via Generale Clark 7 Salerno – codice IPC 427
- Ambulatorio Polo Penale c/o Casa Circondariale di Salerno via del Tonnazzo 1–codice IPC 428
- Ambulatorio Polo Penale c/o Casa Reclusione di Eboli via Castello 10 – codice IPR429
- Ambulatorio Polo Penale c/o Casa Circondariale di Vallo della Lucania via A.R. Passaro, 39 – codice IPC430

ATTO AZIENDALE

- Articolazione Salute Mentale c/o Casa Circondariale di Salerno (D.M. Giustizia del 11/11/2014 e DCA Regione Campania n. 104 del 30/9/2014)

A supporto alla gestione delle attività clinico-assistenziali dell'UOC Tutela Salute Adulti e Minori Area Penale vi sono strumenti informatici quali: cartella clinica⁶ su piattaforma informativa open-source OpenEMR; sistema informativo regionale per il monitoraggio del superamento degli OPG ("SMOP®") della Regione Campania⁷; piattaforme regionali Sinfonia per Tamponi, Vaccini e CUP.

L'UOC Tutela Salute Adulti e Minori Area Penale nelle strutture summenzionate e nel territorio dell'ASL Salerno, ha le seguenti linee di attività:

- Assistenza Sanitaria di base e specialistica;
- Assistenza Sanitaria multiprofessionale. Inoltre coordina i processi di integrazione socio sanitaria con i P.d.Z., i servizi aziendali e le agenzie preposte della Giustizia e del Welfare nell'ambito dei Piani Sociali Regionali

Assistenza Sanitaria di base e specialistica

Ricomprende le seguenti linee di attività:

- Presidio Assistenziale presso la CC di Salerno
- Presidio Assistenziale presso la CR di Eboli
- Presidio Assistenziale presso la CC di Vallo della Lucania
- Presidio Assistenziale presso CPA di Salerno
- Articolazione Tutela Salute Mentale in Carcere (ATSM)
- Specialistica Ambulatoriale interna e Servizio di Salute Mentale in Carcere (SSMC)
- Visite domiciliari su richiesta AG

In ogni Istituto Penitenziario ed alle persone con misura di sicurezza non detentiva presenti nel territorio della ASL Salerno sono garantite prestazioni sanitarie di base (medicina di base e continuità assistenziale) e le prestazioni specialistiche. Le prestazioni sanitarie non possibili all'interno degli Istituti sono effettuate presso i servizi territoriali e/o ospedalieri presenti nella provincia di Salerno.

Assicura all'AG le visite e le susseguenti relazioni per le persone private della libertà in misura restrittiva non detentiva.

In ciascun Istituto Penitenziario, per il coordinamento, la programmazione e gestione delle complessive azioni sanitarie in esso previste, vi è un Medico Referente di Istituto (MRI), individuato dal Direttore dell'UOC Tutela Salute Adulti e Minori Area Penale e ad esso strutturalmente e gerarchicamente subordinato.

L'ATSM ed il SSMC effettuano azioni proattive congiunte con l'Amministrazione Penitenziaria, Giudiziaria ed i servizi Socio Sanitari al fine della elaborazione, applicazione e co-conduzione di PTRI e PDTA

⁶ Delibera aziendale n. 619 del 14.05.2021

⁷ DGRC n. 18 del 19.01.2021

ATTO AZIENDALE

intramurari nei confronti delle persone autrici di reato e con problemi psichici.

Assistenza sanitaria Multiprofessionale

Ricomprende le seguenti linee di attività:

Misure di Sicurezza

In applicazione delle direttive regionali, ha in carico pazienti in fase di esecuzione di una misura cautelare in carcere o diversa dalla detenzione in carcere. Opera sull'intero territorio della ASL Salerno e nei tre Istituti Penitenziari; svolge compiti di Coordinamento, condivisione e proposizione all'Autorità Giudiziaria dei Progetti terapeutico-riabilitativi individuali (PTRI), per tutti i cittadini afferenti al territorio dell'ASL Salerno e sottoposti a misura di sicurezza restrittiva della libertà; si interfaccia con i Servizi Sanitari territoriali competenti per i diversi bisogni assistenziali, anche con i Piani di Zona e l'Ufficio Esecuzione Penale Esterno (UEPE), per il necessario reinserimento nei contesti sociali di appartenenza. Garantisce tutte le attività e le relazioni necessarie per la concreta ed efficiente attuazione dei progetti terapeutico-riabilitativi individuali di dimissione dalle REMS e per la realizzazione degli interventi finalizzati sia a prevenire l'applicazione delle misure di sicurezza detentive che a favorire le misure alternative richieste dalla legge n. 81/2014, per tutte le persone con provvedimenti restrittivi della libertà residenti nella provincia di Salerno Sulla base delle necessità epidemiologiche sopravvenienti, nel quadro del doveroso monitoraggio annuale dell'adeguatezza dei servizi, è prevista, in ossequio agli accordi in atto, la possibilità di soddisfare con tempestività le richieste del Tribunale e della Procura ed adeguare opportunamente la rete sanitaria di cui alla DGRC n. 716/2016 e Decreto Ministero della salute del 14 novembre 2017.

Equipe Multiprofessionale Minori

Effettua la presa in carico dei minori/giovani adulti sottoposti a provvedimento giudiziario ed interessati da sofferenza psichica e/o abuso di sostanze inseriti CPA, IPM ed in comunità terapeutiche su disposizione dell'Autorità Giudiziaria, anche nella prospettiva di un eventuale collocamento in comunità terapeutica ed in collaborazione con il Tribunale per i Minorenni di Salerno, il Centro Giustizia Minorile (CGM), il Centro di Prima Accoglienza (CPA), l'Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni (USSM). Assicura, inoltre, in ottemperanza alle DDGR Campania n. 621/2013 e 567/2018, azioni preventive, diagnostiche e terapeutiche volte alla tutela della salute dei minori/giovani adulti autori di reato, residenti nel territorio di appartenenza dell'ASL Salerno, siano essi collocati al domicilio, in CPA, IPM o ospiti presso Comunità del Terzo Settore. Cura l'applicazione degli Accordi in CU n. 61 del 28 aprile 2022 e n. 184 del 14 settembre 2022.

Un suo componente è presente nel Gruppo Regionale Interistituzionale per i minori area penale.

Equipe Multiprofessionale Dipendenze di area penale

Opera negli Istituti Penitenziari al fine di effettuare la presa in carico dei detenuti con problematiche di dipendenza patologica. Organizza con il privato sociale corsi di auto mutuo aiuto, all'interno degli Istituti. Gestisce, con le aree trattamentali dell'Amministrazione Penitenziaria, lo "**Sportello di Comunità**" per favorire l'incontro dei detenuti con l'offerta trattamentale delle Comunità Terapeutiche accreditate con il SSN. In collaborazione con il Dipartimento delle Dipendenze e con il Tribunale di Sorveglianza di Salerno cura l'applicazione dell'art. 94 del D.P.R. 309/90. Provvede al seguimiento delle persone private della libertà inserite nelle Comunità Terapeutiche e in misure alternative domiciliari, anche per le necessarie interlocuzioni con l'A.G.

UOC CUP, ALPI e Liste di attesa

Il fenomeno delle liste di attesa è presente in tutti gli Stati dove insiste un sistema sanitario universalistico e che offra un livello di assistenza avanzato. Per il peculiare impatto che riveste sia sull'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale che sul diritto dei cittadini all'erogazione delle prestazioni definite nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza, la realizzazione di un Piano Nazionale di governo delle liste d'attesa costituisce un impegno comune del Governo e delle Regioni, con la consapevolezza che non esistono soluzioni semplici e univoche, ma vanno poste in essere azioni complesse ed articolate, considerando in particolare la promozione del principio di appropriatezza nelle sue due dimensioni clinica ed organizzativa. La gestione delle liste di attesa può trovare più facile soluzione se si individuano strumenti e modi di collaborazione di tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela del cittadino per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti e delle strutture, prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie (Chronic Care Model), attraverso l'attuazione e gestione programmata dei protocolli diagnostici. L'obiettivo della struttura è quello di promuovere la capacità dell'Azienda, attraverso i sistemi individuati (Medicina di base, PUA) di intercettare il reale bisogno di salute, di ridurre l'inappropriatezza e di rendere compatibile la domanda con la garanzia dei LEA. La soluzione del problema non può essere meramente quantitativa sul versante dell'organizzazione dell'offerta e dei volumi della produzione, ma deve coniugare il bisogno espresso con adeguate strategie di governo della domanda che tenga conto della applicazione di rigorosi criteri sia di appropriatezza che di priorità delle prestazioni. A tal fine, si conviene sulla necessità di individuare strumenti di governo clinico, ai diversi livelli del sistema, che coinvolgano direttamente tutti i professionisti prescrittori, ad integrazione degli interventi già previsti nei provvedimenti adottati a seguito del Piano Nazionale di contenimento dei tempi d'attesa. Il governo delle liste d'attesa è, altresì, fortemente connesso ad altri processi che, sia a livello centrale che periferico, si ripercuotono decisamente sulle modalità organizzative del rapporto domanda-offerta, rispetto a cui deve essere perseguita una necessaria coerenza di sistema. Nella ridefinizione di tali modalità operative, devono essere assicurati criteri per garantire l'omogeneità tra quanto già indicato nelle disposizioni nazionali e regionali, ovvero:

- Le altre iniziative in corso finalizzate all'informatizzazione del ciclo prescrizione-prenotazione-referto, con particolare attenzione alle classi di priorità, fino alla digitalizzazione dei documenti stessi;
- Gli obiettivi dei contratti e degli accordi collettivi nazionali, sia per quanto attiene le modalità prescrittive che per l'attività libero professionale intramuraria (ALPI);
- Gli indirizzi definiti in materia di accreditamento istituzionale e per la stipula dei contratti con gli erogatori, in particolare per quanto riguarda la gestione trasparente e programmata del volume e della tipologia delle prestazioni oggetto degli accordi, anche in coerenza con quanto indicato nelle linee guida nazionali - sistema CUP. D'intesa con i Direttori delle macrostrutture, si provvederà alla definizione di necessarie articolazioni periferiche.

UOS Attività Libero-Professionale Intramoenia (A.L.P.I.)

La pianificazione e la regolamentazione dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramoenia (ALPI)

ATTO AZIENDALE

dell'ASL Salerno si colloca dunque anch'essa nell'ambito delle funzioni di tutela dei cittadini, della loro centralità nel SSN, della riduzione dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni, della facilitazione del rapporto di fiducia tra cittadini e operatori aziendali. Essa è inoltre volutamente vissuta come espressione istituzionale dell'Azienda, nel percorso di accompagnamento delle persone nel SSN e di miglioramento della qualità e di umanizzazione dell'assistenza. In questo contesto essa costituisce elemento accessorio del diritto alla tutela della salute attraverso la libera scelta delle cure e del medico da parte dei cittadini all'interno di un percorso controllato e garantito di accesso a prestazioni retribuite, tale da garantire il cittadino rispetto a percorsi speculativi di qualunque genere.

UOS Governo delle Liste d'Attesa

Questa struttura semplice, all'interno della più ampia UOC Cup, ALPI e Liste d'attesa, si integra con le attività della Struttura per il governo dei processi aziendali delle liste d'attesa al fine di garantire l'accessibilità all'offerta pubblica e privata accreditata della ASL Salerno e il rispetto delle disposizioni normative nazionali e regionali sui piani delle liste d'attesa. La UOS ha come fine ultimo quello di garantire un appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, il rispetto delle Classi di priorità, la trasparenza e l'accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini sui loro diritti e doveri, così come definito dal PNGLA2019-2021 e rafforzato con il decreto Legge n.73 del 07/06/2024.

Rientrano tra i compiti della UOS:

- monitorare e fornire informazioni adeguate e periodiche sull'andamento dei tempi di attesa dell'Azienda elaborando la reportistica relativa al monitoraggio periodico delle liste di attesa, relativa ai flussi previsti dalla normativa e quelli utili per il monitoraggio delle attività;
- definire modalità organizzative appropriate per i rapporti con i cittadini in tema di liste di attesa assicurando una chiara comunicazione sulle problematiche esposte;
- garantire la diffusione e l'accesso a tali informazioni utilizzando gli strumenti di comunicazione disponibili (tra i quali il sito Web aziendale);
- suggerire modelli di gestione delle LdA, uniformemente a tutte le Macrostrutture e ai Macrocentri aziendali, fornendo protocolli relativi agli interventi da attuare per garantire il rapido scorrimento delle Liste e fronteggiare i disagi causati dalla sospensione dell'erogazione della prestazione nonché controllarne l'applicazione;
- indicare quali percorsi alternativi o azioni straordinarie da adottare per garantire i tempi massimi in condizioni di criticità.
- Contribuire all'implementazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) utili alla presa in carico globale del paziente cronico;
- Supportare, tramite la UOC d'appartenenza, la Direzione Strategica nel recepimento dei Decreti e Delibere regionali che richiedono aggiornamenti o nuove organizzazioni delle attività sanitarie.

L'attività della U.O.S Governo delle liste di attesa è, altresì, fortemente connessa ad altri processi che, sia a livello centrale che periferico, si ripercuotono sulle modalità organizzative del rapporto domanda-offerta. Pertanto collabora con il CUP e con l'Ufficio ticket, da un punto di vista amministrativo e sanitario, oltre

che funzionalmente con la U.O.S ALPI sempre all'interno della stessa U.O.C.

UOSD Analisi Monitoraggio Attività Sanitarie PDTA e LEA

La politica sanitaria attuata negli ultimi anni in molte regioni italiane ed in ragione delle determinazioni di cui al DM. 70/2015, hanno portato ad una progressiva riduzione dei posti letto negli ospedali per acuti. Questa diminuzione ha lo scopo di determinare uno spostamento di risorse verso i servizi territoriali. Tale politica ha determinato frequenti criticità organizzative ed ha evidenziato la necessità di potenziare la continuità assistenziale per le patologie croniche, per rispondere adeguatamente ai bisogni degli utenti e delle loro famiglie e ridurre il fenomeno dei ricoveri ripetuti. Tra le iniziative riguardanti questo importante tema sanitario vanno definiti i progetti sulla continuità assistenziale nell'ambito specifico delle dimissioni programmate e protette. L'obiettivo è quello di garantire la presa in carico del cittadino dall'inizio fino al completamento del suo percorso di salute, senza alcuna soluzione di continuità nel ricevere le cure dalle varie fonti erogatrici di prestazioni.

L'ipotesi riguarda uno specifico obiettivo regionale in ambito sanitario, relativo all'esplicitazione di percorsi di riorganizzazione, attraverso di tutte le sue forme gestionali pubbliche (AO e ASL e privato accreditato), la cui realizzazione preveda azioni per il completo perseguimento dei LEA in modo omogeneo sul territorio regionale, l'utilizzo appropriato ed efficiente dei servizi e delle prestazioni ed il riordino delle risposte assistenziali, ricercando il giusto equilibrio tra la domanda di assistenza, i bisogni sanitari e l'offerta, in un contesto di difficoltà della sostenibilità economica del sistema stesso.

Si rende di conseguenza necessario per le Aziende Sanitarie implementare modelli di fattiva e concreta integrazione territorio-ospedale, volti al miglioramento dell'appropriatezza sia clinica, basata su percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA), sia di livello, ottenibile attraverso interventi sui modelli organizzativi e di presa in carico dei pazienti, nel senso che alcune attività devono essere erogate in regime ambulatoriale, altre in ambiente ospedaliero, secondo priorità temporali e modalità di accesso differenziate a seconda della gravità del singolo caso. Questo processo prevede il coinvolgimento tanto del Medico di Medicina Generale, che delle strutture di eventuale ricovero (ordinario o in Day-Hospital), passando per quelle specialistiche ambulatoriali, quelle di diagnostica strumentale e di laboratorio, fino a coinvolgere le strutture dell'assistenza socio-sanitaria distrettuale, assieme a quelle dell'assistenza domiciliare e della riabilitazione. Per il funzionamento di questo percorso, si ritiene di affiancare, quale guida per un'applicazione omogenea delle indicazioni, anche di natura sperimentale, alle funzioni dirigenziali ospedaliere e distrettuali, una struttura centrale che proponga in Azienda un percorso formativo di approfondimento e confronto sul modello organizzativo di continuità assistenziale che sia per i partecipanti un laboratorio di lavoro, con la finalità di migliorare i meccanismi di comunicazione interna, migliorare la capacità di presa in carico dell'utente, costruire un linguaggio comune tra i diversi operatori e predisporre strumenti e metodologie per accrescere il livello di efficacia e di efficienza ed appropriatezza delle attività svolte.

La struttura si propone di individuare i nodi di maggiore complessità e criticità dei percorsi assistenziali in termini di continuità assistenziale e di capacità di presa in carico dei pazienti. Sulla base delle criticità emerse, faranno seguito, sulla base anche delle indicazioni regionali, progetti finalizzati e proposte di percorsi comuni di miglioramento gestionale che assicurino alla persona la continuità del percorso assistenziale (Ospedale- Territorio) attraverso l'integrazione di competenze professionali, organizzative e

ATTO AZIENDALE

relazionali. Relativamente al rapporto distretto/dipartimenti ospedalieri, l'area dell'integrazione è rappresentata prioritariamente dalla definizione dei percorsi assistenziali ai fini della continuità assistenziale e della presa in carico. In questo ambito vanno definiti, tra l'altro, i protocolli di accesso alle strutture ambulatoriali e diagnostiche ospedaliere e le modalità di valutazione multidimensionale in sede di pre e post dimissione. Sono promosse iniziative di integrazione attraverso la partecipazione di medici ospedalieri ad attività distrettuali e viceversa, mediante il sistema di reti professionali e i gruppi operativi interdisciplinari. Per quanto attiene al rapporto distretto/dipartimento di prevenzione, l'area di integrazione riguarda i programmi e le iniziative di prevenzione primaria e di promozione di stili di vita salutari; occorre, quindi, definire le modalità di coordinamento tra il dipartimento - che detiene la responsabilità tecnica delle stesse - ed il distretto che, con la sua organizzazione ed i suoi operatori — in particolare i medici di medicina generale - le deve realizzare. Relativamente al rapporto distretto/dipartimento di salute mentale e dipartimento tossicodipendenze vanno in particolare definite le modalità di integrazione professionale per quanto attiene la valutazione e la progettazione. 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. Le politiche sanitarie aziendali, ai diversi livelli di governo del sistema, devono avere come presupposto il fatto che la qualità dei servizi sanitari e delle prestazioni da essi erogate, venga 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 particolare, il monitoraggio di processi e di esiti, mediante un sistema di indicatori e lo sviluppo o l'adattamento e l'aggiornamento di procedure organizzative e di linee guida professionali, la verifica della loro applicazione, nonché l'insieme delle azioni finalizzate al controllo qualità rappresentano i determinanti di un efficace governo clinico.

L'Unità Operativa dotata di strumenti per il governo clinico, esplicitando, d'intesa con la Direzione Sanitaria Aziendale, gli aspetti organizzativi (individuazione di strutture, costituzione di gruppi di lavoro, ecc.) più direttamente finalizzati alla loro applicazione.

Obiettivo del governo clinico integrato è quello di orientare il sistema alle migliori pratiche cliniche, individuate su basi di efficacia, eliminando quelle di bassa qualità ed inefficaci, nel rispetto delle risorse disponibili, nell'ambito di risultati "integrati" che dimostrino l'effettivo coinvolgimento, ai fini della prestazione in quanto tale, della qualità della stessa, della completezza del processo, tra territorio e le altre macrostrutture aziendali. D'intesa con i Direttori dei Distretti, si provvederà a delineare, in sede periferica, le attività connesse con la presente Funzione, da definire nell'ambito dell'articolazione organizzativa distrettuale.

L'insieme di servizi e prestazioni in tema di salute il cui godimento dovrebbe essere diritto di ogni cittadino e la cui erogazione dovrebbe essere dovere del SSN e di ciascun sistema sanitario regionale è rappresentato dai LEA (Livelli essenziali di assistenza). I LEA sono stati definiti per la prima volta nel 2001 con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 29 novembre 2001 e più recentemente con il DPCM del 12 gennaio 2017. Le prestazioni e i servizi previsti nei LEA coprono le tre macro-aree della prevenzione

ATTO AZIENDALE

e della sanità pubblica, dell'assistenza distrettuale e della assistenza ospedaliera. Il monitoraggio avviene attraverso la cosiddetta verifica degli adempimenti LEA ad opera del Ministero nei confronti delle Regioni e delle ASL. Questa verifica avviene in due modi: l'utilizzo di un questionario annuale inviato alle Regioni nei primi mesi dell'anno successivo a quello oggetto di verifica e l'utilizzo di un sistema di indicatori derivato dai flussi statistici correnti di interesse sanitario.

Fino al 2019 il sistema utilizzato è stato quello della cosiddetta Griglia LEA che porta ad un punteggio complessivo che consente di determinare anche una sorta di ranking delle sanità regionali.

Dal 2020 il monitoraggio istituzionale dell'erogazione dei LEA da parte delle Regioni viene fatto col Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), su cui si trova una ricca documentazione in una pagina dedicata del Ministero della Salute. Questa volta gli indicatori salgono a 88 così distribuiti: 16 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica; 33 per l'assistenza distrettuale; 24 per l'assistenza ospedaliera; 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario; 1 indicatore di equità sociale; 10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA).

Attraverso il Monitoraggio del NSG l'Azienda verifica lo stato della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie offerte ai cittadini.

Questo è l'unico modo in cui attualmente a livello istituzionale si giudica adeguato o meno lo stato del SSN ed è interesse di tutti conoscerlo e, se possibile, migliorarlo.

A supporto delle attività di affiancamento, verifica e monitoraggio, nonché per razionalizzare l'invio della documentazione, pervenuta dalle Regioni o prodotta in fase d'istruttoria, è reso disponibile dal Ministero della Salute il sistema di gestione documentale dedicato "Si.Ve.A.S. – Gestione documenti dei Piani di rientro e del Comitato LEA".

La Griglia LEA utilizza dei set di indicatori:

- L'attività di assistenza negli ambienti di vita e di lavoro;
- L'assistenza territoriale;
- L'assistenza ospedaliera;

con cui è possibile sia individuare, per le singole realtà regionali, quelle aree di criticità in cui si ritiene compromessa un'adeguata erogazione dei LEA, sia evidenziare i punti di forza della stessa erogazione.

Il "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" ha sostituito la precedente Griglia LEA introducendo **88 indicatori**, di cui:

- 16 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- 33 per l'assistenza distrettuale;
- 24 per l'assistenza ospedaliera;
- 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario;
- 1 indicatore di equità sociale;
- 10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali.

Inoltre, come sottolineato dal Ministero della Salute, il Nuovo Sistema di Garanzia è "innovativo e rilevante"

ATTO AZIENDALE

per tre ragioni. Innanzitutto, per le finalità del sistema, che è descrittivo, di valutazione, di monitoraggio e di verifica dell'attività sanitaria erogata in tutte le Regioni. In secondo luogo, per le modalità d'integrazione con il sistema di verifica degli adempimenti cui sono tenute le Regioni per legge. Infine, per lo schema concettuale alla base del sistema degli indicatori: l'articolazione del sistema di indicatori, che associa a ciascun LEA gli attributi rilevanti dei processi di erogazione delle prestazioni, quali efficienza e appropriatezza organizzativa, efficacia e appropriatezza clinica, sicurezza delle cure.

Il Dirigente Medico individuato collabora e supporta la Direzione Sanitaria Aziendale nelle attività di governo della funzione di programmazione sanitaria.

UOSD Assistenza riabilitativa e protesica

L'attività trova coordinamento nella struttura semplice dipartimentale del Dipartimento delle Attività territoriali. In Regione Campania l'offerta di assistenza sanitaria e socio-sanitaria per disabili è attualmente articolata in:

- Attività di riabilitazione estensiva per disabilità complesse in regime residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare;
- Attività residenziale e semiresidenziale in residenze sanitarie assistenziali per disabili non autosufficienti/centri diurni integrati, che erogano prestazioni di lungo-assistenza e di mantenimento;
- Cure domiciliari;
- Assistenza domiciliare integrata/ADI.

Per diversi anni le prestazioni di riabilitazione erogate in Regione Campania, non solo hanno rappresentato una risposta a bisogni sanitari/riabilitativi della popolazione disabile, ma, con una certa frequenza hanno avuto anche una funzione di sussidiarietà rispondendo a diversi, seppur gravi, bisogni assistenziali di natura socio sanitaria. Tale funzione ha determinato poca chiarezza negli obiettivi dei diversi livelli assistenziali, delle strutture e degli stessi programmi riabilitativi. Una ulteriore criticità del sistema è rappresentata dallo scollamento esistente tra i presidi ospedalieri per acuti e i diversi setting assistenziali territoriali e, al fine di evitare la frammentazione e/o duplicazione degli interventi, risulta indispensabile perseguire il raccordo tempestivo con il distretto sanitario di residenza del paziente. Il Piano di Indirizzo per la riabilitazione, approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano in data 10.02.2011, indica, infatti, la necessità di realizzare un uniforme modello organizzativo centrato sui bisogni di salute della persona, idoneo a garantire in maniera coordinata la presa in carico riabilitativa precoce e la continuità della stessa nei vari setting di cura, ospedalieri e territoriali. La presa in carico riabilitativa coincide con il diritto dell'individuo a ricevere una valutazione diagnostico-prognostica al fine di individuare il percorso riabilitativo più idoneo ed efficiente e gli interventi più appropriati sulla base di un progetto riabilitativo individuale che tiene conto della valutazione clinica, della prognosi funzionale, del margine di modificabilità del quadro di menomazione e disabilità, del grado di stabilità clinica del paziente e della sua possibile partecipazione al programma.

Il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) rappresenta il primo strumento di continuità della presa in carico riabilitativa e di interventi integrati tra i vari setting di cura, ospedalieri e territoriali. La dimissione del paziente dall'ospedale rappresenta una fase determinante per la continuità della presa in carico riabilitativa attivata precocemente in fase acuta: essa deve garantire la realizzazione di un'attenta valutazione del bisogno riabilitativo e/o clinico-assistenziale della persona e delle operazioni necessarie, anche dal punto di vista

ATTO AZIENDALE

gestionale, organizzativo e informativo, per un appropriato trasferimento verso un altro setting di cura o al domicilio. A tal fine risulta indispensabile il raccordo tempestivo con il distretto di residenza del paziente al fine di consentire la presa in carico territoriale già in fase di ricovero ospedaliero. Le Linee Guida regionali per la riabilitazione, approvate con D.G.R. n. 482 del 25.03.2004, **individuano l'Unità di Valutazione dei Bisogni Riabilitativi (UVBR)** quale equipe multidisciplinare responsabile dell'identificazione e della quantificazione dei bisogni riabilitativi per la definizione del percorso più appropriato, da attivare presso le Aziende Sanitarie. L'Azienda è pertanto impegnata a sviluppare e garantire il percorso riabilitativo integrato realizzando l'integrazione funzionale tra i presidi per acuti e quelli di riabilitazione. Il mezzo per realizzare tale integrazione è rappresentata dall'UVBR, struttura propria dell'Azienda con il compito di valutare il singolo bisogno individuale e l'insieme dei bisogni (bisogno globale) delle persone afferenti all'Azienda Sanitaria cui appartiene. L'articolazione di tale struttura trova regolamentazione nel Piano Regionale di assistenza territoriale.

La particolare attenzione, peraltro, del Piano Nazionale e del Piano Regionale dell'assistenza, ha determinato un aumento, presso le strutture ospedaliere, di posti letto destinati alla lungodegenza e alla riabilitazione. È evidente che tali strutture si collegano, funzionalmente, all'assistenza ospedaliera, per completare un percorso che porti il cittadino a ricevere, in maniera corretta e continua, anche quella parte di assistenza connessa con il suo recupero; tuttavia, ciò è il segno dell'attenzione che viene dedicata alla terza fase dell'assistenza, rimasta, molto spesso, in balia di elementi "esterni", con dubbi risultati. Con l'adozione del DCA n. 6 del 2010, si è dato avvio alla fase di riconversione di quelle strutture che, per la tipologia di assistiti, presentano una vocazione prevalentemente socio-sanitaria. L'attività di riabilitazione funzionale, in regime residenziale e semiresidenziale, la riqualificazione di spazi per RSA per disabili, per anziani e demenze, il riordino delle strutture psichiatriche residenziali e le altre strutture per comunità di disabili, saranno oggetto di adeguamento agli standard individuati dalla Regione Campania, anche tenendo conto di spazi e strutture pubbliche dismesse o poco utilizzate.

UOSD Monitoraggio e controllo SDO

L'Unità operativa ha una funzione specifica dedicata alla verifica dell'appropriatezza utilizzando risorse professionali dedicate, allo scopo di portare a regime un sistema di reporting periodico sull'appropriatezza delle prestazioni di ricovero ospedaliero, nonché garantire la corretta compilazione delle SDO e la loro corrispondenza con le cartelle cliniche in attuazione alla normativa vigente.

La struttura dedicata in staff alla Direzione Sanitaria Aziendale al fine di dare concreta attuazione al sistema di verifica e controllo e di uniformare il relativo assetto organizzativo in tutto il territorio regionale.

Al fine di dare concreta attuazione al sistema di verifica e controllo, detta struttura, affidata ad un dirigente medico con comprovata esperienza nel settore, è specificamente deputata al coordinamento delle attività di controllo delle seguenti attività:

- gestione flusso informativo SDO dimessi dai Presidi Ospedalieri Pubblici e dalle Case di Cura accreditate dell'Asl Salerno, ai sensi del DD n.83/2017 nel rispetto della tempistica prevista.
- verifiche mensili fatturato Case di Cura accreditate Asl Salerno mediante idoneo programma informatico con rilascio relativa attestazione.
- controllo e valutazione di adeguato campione di cartelle cliniche/SDO in contraddittorio con i Sanitari

ATTO AZIENDALE

Responsabili delle cure ai pazienti, tramite accesso diretto presso i Presidi Ospedalieri Pubblici, le Case di Cura accreditate e l'AOU S. Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona, al fine di soddisfare il debito informativo Ministeriale.

- gestione autocontrollo SDO Presidi Ospedalieri Pubblici ai sensi del DD n.21/2018.
- collaborazione con la Struttura Gestione degli Affari Legali per contenzioso con le Case di Cura accreditate.
- valutazione e monitoraggio parametri/indicatori di attività Presidi Ospedalieri Pubblici e Case di Cura accreditate dell'Asl Salerno.
- rendicontazione ricoveri pazienti STP ed ENI.
- abbattimenti ricoveri oltre soglia di ammissibilità previste dalla normativa regionale vigente attribuiti ai DRG ad alto rischio di inappropriatazza di cui al Patto della Salute 2010/2012.
- gestione posti letto Presidi Ospedalieri Pubblici.

Attività di supporto Uffici SDO Presidi Ospedalieri Pubblici e Case di Cura accreditate

Il sistema dei controlli sull'attività ospedaliera ha come oggetto il complesso dell'attività erogata in regime di ricovero ordinario e diurno a favore dei cittadini che accedono alla ASL Salerno. I controlli interni hanno le seguenti finalità:

- controllo del sistema ICD9-CM delle diagnosi e degli interventi utilizzato dai clinici e del rispetto delle direttive in tema di codifica;
- controllo delle tipologie di codifica delle prestazioni sanitarie risultate più critiche a livello aziendale;
- verifica del corretto inserimento informatico del regime di erogazione delle prestazioni;
- verifica del corretto inserimento informatico della modalità di dimissione.

Il sistema dei controlli interni prevede due tipologie di controlli:

- controlli e analisi sugli archivi SDO

I controlli e l'analisi sugli archivi SDO sono finalizzati alla verifica della qualità e della completezza del tracciato SDO e al monitoraggio dell'attività a consuntivo, attraverso l'elaborazione di un set di idonei indicatori e costituiscono la base per la selezione della casistica da sottoporre al successivo controllo analitico di secondo livello, da effettuarsi sulla SDO e sulla cartella clinica o direttamente in reparto con il dirigente medico responsabile della compilazione o con il direttore dell'unità operativa.

- controlli analitici sulle cartelle cliniche e relative SDO

Il Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 10 dicembre 2009 (G.U. n. 122 del 27/05/2010) "Controlli sulle cartelle cliniche", prevede che le Regioni assicurino per ciascun soggetto erogatore:

- Un controllo analitico annuale di almeno il 10% delle cartelle cliniche, ai sensi dell'art.79 della legge 6 agosto 2008 n.133, sulla base dei protocolli esplicitati nelle presenti linee di indirizzo;

ATTO AZIENDALE

- Un controllo analitico esteso alla totalità delle cartelle cliniche per le prestazioni periodicamente individuate dalla Regione come ad alto rischio di inappropriatelyzza, in base ai parametri definiti nel decreto stesso, e che dal 2011 viene effettuato in misura aggiuntiva al 10% del punto precedente.

UOSD Coordinamento Centri Anti Diabete (CAD) e Rete Diabetologica

Con delibera di Giunta n. 330 del 6.7.2016, la Regione Campania ha approvato un piano di interventi per la prevenzione e la cura delle malattie collegate al diabete. La Regione ha, tra i propri obiettivi, quello di affrontare, in maniera concreta, sul fronte dell'assistenza, della cura e della prevenzione, una delle patologie in continuo aumento e che impatta in maniera drammatica sulla persona e sulle famiglie. Il diabete costituisce la seconda causa di insufficienza renale terminale, la causa più comune di cecità e di amputazione degli arti inferiori (circa 600 l'anno in Campania). Una riorganizzazione dell'assistenza sanitaria in tale campo risulta quindi fondamentale per il miglioramento degli obiettivi di salute, oltre che per la razionalizzazione della spesa sanitaria. L'Azienda intende operare in tale campo responsabile dell'omogeneizzazione delle attività assistenziali del territorio, il compito, attraverso l'UOSD, lo studio, l'integrazione ospedale/territorio, la predisposizione di protocolli operativi, il coordinamento delle attività diabetologiche, pubbliche e private, sul territorio.

Il diabete rappresenta una patologia cronica per la quale risulta paradigmatico progettare un modello di assistenza che si adatti a molteplici e mutevoli bisogni del paziente e che tenga in considerazione alcuni aspetti fondamentali:

- una organizzazione dell'assistenza da intendersi come un unico processo di cura e l'integrazione tra i diversi livelli assistenziali;
- il progressivo miglioramento delle possibilità di cura, dovuto ai risultati della ricerca scientifica;
- l'aumento dei costi relativi al miglioramento tecnologico e farmaceutico;
- la necessità di monitorare nel tempo i costituenti fondamentali del processo di cura: salute, costi, soddisfazione dell'utente.

La storia naturale della patologia diabetica prevede durante il decorso della malattia differenti gradi di compenso/scompenso glico-metabolico e di interessamento d'organo, dal suo esordio fino alle manifestazioni più deostruenti delle sue complicanze sia acute che croniche.

L'ASL Salerno ha costituito la Rete Diabetologica per garantire un miglioramento della qualità dei servizi offerti alle persone affette da Diabete.

Il modello organizzativo è caratterizzato da:

- **HUB (CAD dell'ASL Salerno);**
- **SPOKE (Ambulatori di Diabetologia dell'ASL Salerno).**

La Direzione Generale dell'ASL Salerno al fine di coprire l'assistenza Diabetologica di II livello in maniera capillare sul vasto territorio dell'ASL e dei suoi 13 Distretti che servono 158 comuni ha disposto la seguente organizzazione:

ATTO AZIENDALE

CAD PUBBLICI Attivi	CAD CONVENZIONATI	CAD in programmazione
CAD DS 60	Centro Diabetologico AID	CAD DS 65 pubblico
CAD DS 63	Centro Diabetologico AMILD	CAD DS 68 pubblico
CAD DS 64		CAD DS 71 pubblico
CAD DS 66 – Poliambulatorio di Pastena	Centro Medico Conti – Nefrocenter	CAD DS 61
CAD DS 66	AID Nocera – Nefrocenter	CAD DS 62
CAD DS 67	Centro Antidiabete Schiavo	CAD DS 69
CAD DS 70		
CAD DS 72		

UOSD Nutrizione Clinica (NAO e NAD)

La UOSD di Nutrizione Clinica segue i pazienti del territorio dell'ASL Salerno, affetti da patologie acute o croniche con alterazioni metabolico-nutrizionali primitive e secondarie, per essere sottoposti a terapie infusionali di diverso tipo a terapia metabolico-nutrizionale.

Il servizio di Nutrizione Artificiale Ospedaliera partecipa ai seguenti Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per la gestione di pazienti con una specifica condizione patologica o un particolare bisogno assistenziale e che richiedono un approccio multidisciplinare:

La struttura si occupa della diagnosi e cura delle **patologie della nutrizione** ed offre supporto per tutte le malattie acute o croniche che necessitano di interventi nutrizionali specifici.

Per la valutazione e il percorso di cura ci sono a disposizione strumentazioni e tecnologie

L'unità operativa è in grado di offrire **trattamenti integrati di tipo psiconutrizionale** con un'attenzione particolare alla riabilitazione psiconutrizionale e comportamentale. Tutte le figure professionali coinvolte operano in staff e collaborano a programmi terapeutici condivisi.

L'UOSD inoltre collabora con le cure domiciliari territoriali per la somministrazione della terapia a pazienti seguiti in ADI.

La nutrizione artificiale (NA), "enterale" o "parenterale", è strumento terapeutico insostituibile che consente:

- La prevenzione ed il trattamento della malnutrizione;
- Il miglioramento del decorso clinico e della prognosi di numerose patologie;
- La significativa riduzione di morbilità e mortalità;
- La sensibile riduzione della ospedalizzazione del malato e della spesa correlata.

Inoltre, poiché molto spesso la NA è un trattamento cronico "salva vita", in quanto rappresenta l'unico provvedimento terapeutico per assicurare la sopravvivenza del malato, esso può richiedere la realizzazione di un programma di Nutrizione Artificiale che si estende dall'ospedale al territorio come Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD). Pertanto, l'attività della NAD, quale attività nell'ambito della ospedalizzazione domiciliare, è inclusa nel livello essenziale di cui al punto 3 – Assistenza Ospedaliera – dell'allegato 1 del DPCM 29 novembre 2001.

ATTO AZIENDALE

La NAD rappresenta quindi una terapia extraospedaliera indispensabile per assicurare ulteriori aspetti positivi:

- Un globale reinserimento del soggetto nel proprio contesto familiare, sociale e lavorativo (de-ospedalizzazione)
- Miglioramento della qualità di vita del malato;
- Un contenimento della spesa sanitaria legata ad una potenziale re-ospedalizzazione.
- L'U.O. di Nutrizione Clinica e NAD è responsabile della gestione nutrizionale di tutto il percorso diagnostico terapeutico e collabora con il medico di medicina generale e con le altre strutture e competenze territoriali. L'U.O. di Nutrizione Clinica e NAD assicura la qualità del trattamento terapeutico con uno standard elevato secondo le procedure previste dalle linee guida già menzionate. La U.O. di Nutrizione Clinica e NAD garantisce il monitoraggio periodico del paziente al fine di prevenire, diagnosticare e trattare le eventuali complicanze. Le Regioni definiscono appropriati protocolli per assicurare la continuità assistenziale e terapeutica ospedale- territorio. La NAD deve essere realizzata secondo la prescrizione della U.O. di Nutrizione Clinica e NAD.

Le Cure Palliative Territoriali

Nel 2010 è stata emanata la Legge 15 marzo 2010, n. 38 concernente “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore” (Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010), che per la prima volta garantisce l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato, nell’ambito dei Livelli essenziali di assistenza, al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell’autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l’equità nell’accesso all’assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze.

La legge, tra le prime in Europa, tutela all’art. 1 “il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore”, e individua tre reti di assistenza dedicate:

- alle cure palliative;
- alla terapia del dolore;
- al paziente pediatrico sia per le cure palliative che per la terapia del dolore.

Per quest’ultimo, inoltre riconosce una particolare tutela e attenzione come soggetto portatore di specifici bisogni ai quali offrire risposte indirizzate e adeguate alle sue esigenze e a quella della famiglia che insieme deve affrontare il percorso della malattia.

Le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore assicureranno:

- un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia, nel rispetto dei principi fondamentali della tutela della dignità e dell’autonomia del malato, senza alcuna discriminazione;
- la tutela e promozione della qualità della vita in ogni fase della malattia, in particolare in quella terminale;
- un adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia.

La rete locale di cure palliative

Assistenza domiciliare di Cure palliative

Le cure palliative domiciliari, nell'ambito della rete di assistenza ai malati terminali, sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici a favore di persone nella fase terminale della vita affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Tale livello viene erogato dalle unità di cure palliative domiciliari, che devono garantire sia interventi di base, coordinati dal medico di medicina generale, sia interventi di équipe specialistiche, tra loro interagenti in funzione della complessità che aumenta con l'avvicinarsi della fine della vita.

Gli **interventi di base** garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia. Queste cure sono erogate da operatori sanitari con buona conoscenza di base delle cure palliative, ma per i quali esse non rappresentano il focus principale di attività. Essi richiedono interventi programmati in funzione del progetto di assistenza individuale (PAI). Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assume la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia.

Gli **interventi di équipe specialistiche multi-professionali** dedicate, sono rivolti a malati con bisogni complessi, per i quali gli interventi di base si rivelano inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, vanno garantite la continuità assistenziale, interventi programmati e articolati sui sette giorni, definiti dal progetto di assistenza individuale (PAI) nonché la pronta disponibilità medica sulle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.

Gli obiettivi specifici delle cure palliative domiciliari sono:

- Garantire ai pazienti che lo desiderano cure a casa che assicurino la migliore qualità di vita possibile;
- Realizzare un sistema integrato di risposte ai bisogni dei malati e dei loro familiari;
- Garantire continuità terapeutica e assistenziale fra ospedale e territorio;
- Attivare piani di cura e gestire percorsi assistenziali complessi anche a domicilio;
- Monitorizzare i processi assistenziali e valutarne i risultati.

Le condizioni necessarie perché possano essere erogate le cure palliative a domicilio sono:

- Consenso alle cure domiciliari;
- Indicazioni, in pazienti in fase avanzata di malattia, al trattamento di tipo palliativo finalizzato al miglioramento della qualità di vita e al controllo dei sintomi;
- Ambiente abitativo e familiare idoneo;
- Livello di complessità e intensività delle cure compatibili con l'ambiente domestico;
- Disponibilità della famiglia a collaborare.

Le cure palliative domiciliari sono attivate o per richiesta del medico di medicina generale (per un paziente

ATTO AZIENDALE

che si trova a domicilio) o per dimissione protetta da un reparto ospedaliero.

La rete delle cure palliative, in osservanza della L. 38/2010 e delle Linee di Indirizzo regionali vigenti, in particolare i DCA 4/2011 e 128/2012 che stabiliscono le modalità di accesso, i requisiti organizzativi minimi della rete di cure palliative, è una aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in Hospice, a domicilio e in altre strutture residenziali, in ambito territoriali definito a livello regionale.

Nella Rete locale di Cure Palliative è garantita la continuità delle cure attraverso l'integrazione dei diversi ambiti assistenziali (domiciliari, ambulatoriali, a ciclo diurno, di ricovero) e nei vari setting di cura, attraverso programmi individualizzati integrati.

Nel modello regionale le cure palliative domiciliari sono governate dalla UCP, unità di cure Palliative domiciliari alla quale fa capo, come definito dal DPCM del 12.01.2017 sia il livello domiciliare che l'erogazione di cure palliative per soggetti ospiti in RSA-Unità di cura residenziali extraospedaliere di cui all'art. 30 del DPCM.

Per le cure palliative domiciliari, sulla base di protocolli formalizzati nell'ambito della Rete e a seguito di valutazione multidimensionale e redazione del PAI, deve garantire unitariamente tutte le prestazioni a domicilio necessarie al paziente, che sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, di aiuto infermieristico, assistenza tutelare e sostegno spirituale, riabilitativo e psicologico, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci inclusi nel PTH e dei dispositivi medici, nonché dei preparati per nutrizione artificiale, ausili e protesi, trattamento del dolore.

Le cure palliative sono, pertanto, prestazioni sanitarie ad elevata intensità e complessità di cura nei vari setting assistenziali, ovvero in hospice e a domicilio. Quindi vengono erogate sia in età adulta sia in età pediatrica. Le cure palliative sono anche l'integrazione tempestiva precoce, nel percorso di cura di una patologia cronico-degenerativa progressiva, finalizzata a somministrare la terapia nelle prime fasi della malattia, quindi, anche nella fase attiva della malattia oncologica ovvero in corso di radioterapia e chemioterapia: *simultaneous care*.

Assistenza Residenziale in Hospice

Le cure palliative in hospice, nell'ambito della Rete locale di Cure Palliative, sono costituite da un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, oltre che a prestazioni sociali, tutelari e alberghiere, nonché di sostegno spirituale, a favore di persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita.

Esse sono erogate da équipe multidisciplinari e multi-professionali che assicurano cure e assistenza in via continuativa sulle ventiquattro ore, sette giorni su sette. Le cure in hospice sono garantite in modo omogeneo: gli hospice sono inseriti nei LEA distrettuali, anche quando sono logisticamente situati in strutture sanitarie di ricovero e cura oppure ne costituiscono articolazioni organizzative.

Le funzioni del day-hospice, come definite dall'art. 2, comma g, sono equiparabili alle prestazioni in regime di ospedalizzazione a ciclo diurno.

Nell'ambito della rete di cure palliative territoriali sono istituite due UOSD che garantiranno adeguata e qualificata assistenza e qualità della vita anche nelle fasi della patologia in cui non sia possibile la cura, al di fuori del contesto ospedaliero. Le UOSD sono così individuate:

- **Cure Palliative Area Nord e Hospice Salerno - Pagani (DD.SS. 60, 61, 62, 63, 66, 67);**
- **Cure palliative Area Sud e Hospice Eboli - Polla - S. Arsenio (64, 65, 68, 69, 70, 71, 72);**

Le UOSD di Cure Palliative e Hospice garantiscono prestazioni assistenziali di cure palliative ad altissimo livello rivolte a tutti i malati affetti da malattie inguaribili, in fase avanzata ed evolutiva. Nello specifico le cure palliative in hospice sono costituite da un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo ecc., oltre che da prestazioni sociali, tutelari ed alberghiere nonché di sostegno spirituale, a favore di persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Tali cure sono erogate da équipe multidisciplinari e multiprofessionali in via continuativa.

L'organizzazione delle Cure Palliative e Hospice si ispira ai principi di centralità della persona, appropriatezza dell'assistenza, efficienza ed equità, ponendo l'accento sull'autonomia, sui valori e la cultura del malato e dei suoi familiari, verso i quali rivolgere, in particolare, l'opera di informazione, consiglio, aiuto pratico ed educazione continua, necessari soprattutto nell'ottica del rientro a domicilio del paziente. L'obiettivo principale è garantire agli utenti il pieno rispetto dei loro diritti e, in quanto malati, la massima dignità ed informazione. Fondamentale per la trasparenza e la condivisione degli obiettivi della cura è la creazione ed il mantenimento di un rapporto tra l'équipe professionale e gli ospiti della struttura, finalizzato prevalentemente alla riduzione della sofferenza e del disagio.

Le strutture delle Cure Palliative e Hospice sono strutture residenziali territoriali a carattere sociosanitario, dotate di autonomia gestionale con valenza dipartimentale e afferiscono al Dipartimento del Governo Clinico, Sono a completo carico del SSN in quanto tale ricovero rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza e comprendono unità residenziali, ampi spazi per la socializzazione e spazi esterni attrezzati. Le strutture dispongono di ambienti relativi alle valutazioni clinico-assistenziali e alla terapia.

Le linee di indirizzo programmatico della Regione Campania prevedono che l'équipe multidisciplinare delle

ATTO AZIENDALE

Cure Palliative e Hospice sia formata da medici, infermieri, operatori socio sanitari, psicologi, fisioterapisti assistente sociale, assistente spirituale e nutrizionisti.

Con DCA 46/2015 viene sancito, inoltre, che in ragione delle caratteristiche organizzative e professionali, gli hospice e cure palliative “possono erogare annualmente prestazioni domiciliari per un numero, di prese in carico di IV livello, non superiore a 12 per ciascun posto letto attivo”.

La rete Aziendale degli Hospice da 3 Hospice attivi ed 1 in programmazione, al cui responsabile compete la responsabilità di gestione delle risorse assegnate per l’assolvimento delle funzioni attribuite e per il perseguimento degli obiettivi di attività, di natura economica e di qualità negoziati nel budget e sono oggetto di specifica assegnazione di risorse umane e materiali e si esplicita come nella tabella di seguito riportata:

Denominazione	Tipo Hospice	UO	Stato	Comune
Hospice Cure Palliative di Sant’Arsenio	Hospice Cure Palliative pubblico	UOSD	Attivo	Sant’Arsenio
Hospice Cure Palliative "Il Giardino dei Girasoli"	Hospice Cure Palliative pubblico		Attivo	Eboli
Hospice Cure Palliative La Casa di Lara	Hospice Cure Palliative pubblico	UOSD	Attivo	Salerno
Hospice Cure Palliative Pagani	Hospice Cure Palliative Pubblico		Programmazione	Pagani

UOSD Registro Tumori

Vista la legge 22 marzo 2019, n. 29, recante "Istituzione e disciplina della Rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza e del referto epidemiologico per il controllo sanitario della popolazione" che presuppone la realizzazione, presso il Ministero della salute, del registro tumori nazionale e, presso le singole regioni e province autonome, dei registri tumori regionali, ai sensi dell'articolo 12 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179 così come meglio specificato da nota del 21 aprile 2023, con la quale il Ministero della Salute ha inviato, ai fini dell'acquisizione dell'intesa da parte della Conferenza Stato Regioni, lo schema di decreto indicato in oggetto che sarà reso disponibile sul sito www.statoregioni.it con il codice 4.10/2023/40.

Considerato infine che in virtù della legge regionale istitutiva del Registro Tumori Regionale, del luglio 2012, successivamente modificata dalla legge n°9 del febbraio del 2014: «Istituzione del Registro Tumori di popolazione della Regione Campania» si prevede che la Regione Campania sia strutturata in sette Registri Tumori aziendali ed un Registro Tumori infantili.

Si rileva necessario che per le attività connesse con la sorveglianza della patologia oncologica nel territorio e l’implementazione di un efficiente Registro Tumori aziendale, anche in ragione della multidisciplinarietà degli interventi e dei percorsi connessi, debba essere istituita una UOSD, coordinata da un Dirigente Medico individuato dal Direttore del Dipartimento del Governo Clinico, cui sarà assegnata la tenuta del Registro Tumori Aziendale.

Il Registro Tumori è una struttura deputata alla raccolta, analisi e registrazione di tutti i nuovi casi (incidenza) di tumore nella popolazione residente. Il ruolo primario di un Registro Tumori è quello di costituire e gestire nel tempo un archivio delle diagnosi di tumore in modo rigoroso, continuativo, sistematico e seguendo gli standard e le classificazioni internazionali. In attesa della pubblicazione del decreto attuativo relativo al

ATTO AZIENDALE

Registro Tumori Nazionale e delle modalità con cui i Centri di Riferimento Regionali alimenteranno tale Registro, gli standard di riferimento sono quelli delle organizzazioni internazionali quali la International Agency for Research on Cancer (IARC) e lo European Network of Cancer Registries (ENCR).

Il Registro Tumori di Popolazione della Asl Salerno (RTSA) copre l'intero territorio provinciale, costituito dai 158 comuni. Rileva e codifica le diagnosi di tumore per tutte le età (da 0 a 99+anni) avvenute presso istituti di cura pubblici e privati della ASL, inoltre a causa della migrazione sanitaria sono raccolti e codificati anche le diagnosi dei residenti avvenute sia in regione o fuori regione.

Le fonti informative utilizzate dal RTSA sono le seguenti: schede di dimissione ospedaliera, cartelle cliniche, referti cito-istologici, registro nominativo delle cause di morte, esenzioni ticket per patologia neoplastica, servizi di radioterapia, referti onco-ematologici, al fine di costruire il percorso dei pazienti dalla prima diagnosi alla cura.

Per le proprie attività il Registro Tumori dovrà avvalersi di personale specializzato e formato in grado di padroneggiare ogni revisione della classificazione internazionale delle malattie per l'oncologia, terza edizione (ICD-O-3) e di gestire i flussi sanitari correnti (schede di dimissione ospedaliera, referti di anatomia patologica, registri nominativi delle cause di morte, ecc...), al quale potrà fare seguire specifici approfondimenti presso i presidi di diagnosi / cura al fine di ottenere documentazione utile a classificare i casi di tumore, lo stadio della malattia ed altri parametri di rilevanza clinica.

Il Registro Tumori (RT) è una struttura deputata alla raccolta e registrazione di tutti i tumori incidenti in un determinato territorio. Il ruolo primario di un Registro Tumori è quello di costituire e gestire nel tempo un archivio di tutti i nuovi casi di tumore diagnosticati ed assicurare che la registrazione dei dati avvenga in modo rigoroso e con carattere continuativo e sistematico.

La maggior parte dei registri italiani sono registri di popolazione ovvero, raccolgono i dati relativi alle malattie tumorali di tutti i residenti di un determinato territorio (può essere una singola città o un'intera regione, una provincia o il territorio di una ASL).

Accanto ai Registri generali di popolazione, vi sono i Registri specializzati, che raccolgono informazioni su un singolo tipo di tumore o su specifiche fasce di età o su tumori professionali.

Sono istituite, inoltre, a supporto delle attività della Direzione Sanitaria Aziendale, le seguenti aree di coordinamento:

Area di coordinamento delle Attività Distrettuali

Il coordinamento delle attività distrettuali rappresenta un modello di gestione con il compito dell'integrazione funzionale delle attività Territoriali, delle funzioni sanitarie emergenti e dei percorsi diagnostici terapeutici integrati. Garantendo una più completa presa in carico per l'intero percorso assistenziale ed una omogeneità delle attività distrettuali. Tale strumento di gestione del governo clinico si rende necessario considerati il numero di Distretti Sanitari e la vastità territoriale dell'ASL Salerno.

La governance territoriale di tipo integrato si definisce attraverso un modello teso ad evitare duplicazioni e costi aggiuntivi e nel contempo volto a definire la certezza delle linee di responsabilità,

ATTO AZIENDALE

per ciò che attiene l'attribuzione e l'utilizzo delle risorse umane, tecnologiche e strumentali.

Il coordinatore delle Attività Distrettuali è scelto tra i Direttori dei DD.SS.

Il coordinamento delle attività territoriali consentirà di superare concretamente i limiti dei modelli assistenziali organizzativi e gestionali che si sono rivelati inadeguati sia sul piano della risposta ai bisogni reali di salute del cittadino, sia sul piano economico. Infatti, l'approccio per processi non solo definisce in apposite sequenze le attività e i trattamenti rivolti ai pazienti ma collega ad essi i costi.

Tale modello organizzativo permetterà all'azienda di gestire l'intera rete dei servizi, coinvolta nella presa in carico dei cittadini con la medesima condizione di salute. Un percorso, infatti definisce l'intera gestione del problema di salute, dal primo contatto del paziente al follow-up.

L'orientamento per processi sottende una diversa impostazione strategica aziendale che si prefigge una rimodulazione del modello di assistenza che miri in primo luogo ad una concreta integrazione tra ospedale e territorio.

Area di coordinamento delle Attività Ospedaliere

Il coordinamento delle attività ospedaliere è istituito al fine di implementare il governo clinico e la sicurezza delle cure. Tutti i PP.OO. concorrono a garantire gli obiettivi assistenziali debbono operare secondo il principio della efficacia, qualità e sicurezza delle cure, dell'efficienza, della centralità del paziente e dell'umanizzazione delle cure, nel rispetto della dignità della persona. Il riequilibrio dei ruoli tra ospedale e territorio e una più adeguata attenzione alle cure graduate costituiscono oggi gli obiettivi di politica sanitaria verso cui i sistemi sanitari più avanzati si sono indirizzati per dare risposte concrete a nuovi bisogni di salute determinati dagli effetti delle tre transizioni - epidemiologica, demografica e sociale - che hanno modificato il quadro di riferimento negli ultimi decenni.

Il coordinatore delle Attività Ospedaliere è scelto tra i Direttori dei PP.OO.

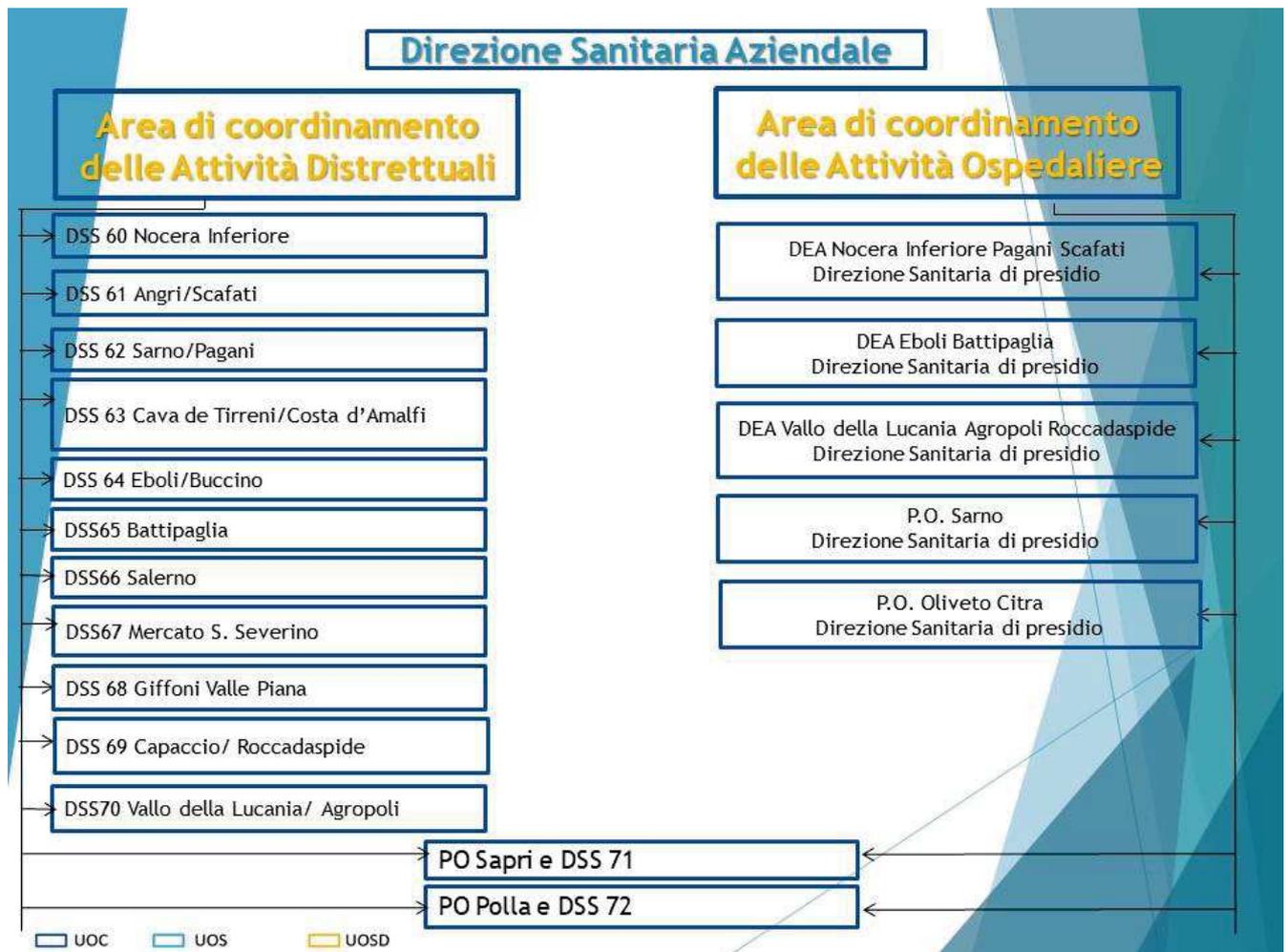
Per promuovere la qualità dell'assistenza, la sicurezza delle cure, l'uso appropriato delle risorse, implementando forme alternative al ricovero, quando le stesse rispondano più efficacemente ai bisogni di una popolazione anziana e/o non autosufficiente, gli obiettivi di razionalizzazione devono riguardare prioritariamente quei servizi e quelle prestazioni che maggiormente incidono sulla qualità dell'assistenza sia in termini di efficacia che di efficienza.

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.

Il coordinamento delle attività ospedaliere assicura la gestione del percorso diagnostico terapeutico (PDT) 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.

ATTO AZIENDALE

L'ospedale integra, inoltre, la propria funzione con gli altri servizi territoriali attraverso l'adozione ordinaria di linee guida per la gestione integrata dei PDT per le patologie complesse ed a lungo termine (in particolare quelle oncologiche e cardiovascolari) e di Protocolli di Dimissione protetta per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post acuta (in particolare per i pazienti con lesioni traumatiche e neurologiche).



Il Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è macrostruttura operativa dell'ASL Salerno, in attuazione del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., e della Legge Regionale n. 32/1994, preposta alla promozione della tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie acute e croniche e delle disabilità ed al miglioramento della qualità della vita, attraverso il recepimento e l'attuazione degli indirizzi contenuti nel Piano sanitario regionale e nel Piano Regionale di Prevenzione.

Nel Dipartimento di Prevenzione si realizza il pieno raccordo operativo e funzionale con le Strutture Regionali e con le Autorità Competenti Nazionali, che a partire dai Regolamenti Europei adeguano e rimodulano le attività di tutela e promozione della salute dei lavoratori, dei consumatori e della salvaguardia dell'Ambiente. A tal fine il dipartimento di prevenzione promuove azioni volte a sorvegliare lo stato di salute della popolazione e i suoi determinanti, individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti, con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. Partecipa alla formulazione del programma di attività, formulando proposte d'intervento nelle materie di competenza e indicazioni in ordine alla loro copertura finanziaria. Il Dipartimento di prevenzione deve inoltre: - assicurare il complesso sistema della Sanità Pubblica, a livello aziendale, garantendo sia l'esercizio delle funzioni di analisi, promozione, orientamento, assistenza e vigilanza sui problemi di salute (pertanto sui rischi negli ambienti di vita e di lavoro e sicurezza alimentare) ma anche sui fattori determinanti la salute di una collettività, privilegiando i temi caratterizzati da maggior diffusione, gravità e percezione; - ricercare in tali ambiti il miglioramento continuo della qualità degli interventi, costruendo e/o partecipando ad alleanze ed integrazioni con tutti i soggetti coinvolti. Esso è dotato di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità e come tale è dotato di una organizzazione flessibile, capace di adattarsi alle esigenze territoriali.

L'assetto organizzativo del Dipartimento di Prevenzione, le cui funzioni, dunque, sono ben individuate dalle norme nazionali e regionali, in virtù dell'evoluzione normativa derivante dalle successive modifiche del D.lgs 502/92 e s.m.i. e dalle conseguenti norme regionali è, già di fatto definito nelle sue linee essenziali. Ai sensi dell'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, il Servizio Sanitario Nazionale assicura i livelli essenziali di assistenza (L.E.A.): con l'articolo 1, comma 1, del DPCM 12.01.2017 sono stati rimodulati i livelli essenziali di assistenza e, nello specifico, alla lettera a) è previsto il livello "Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica", riferito al Dipartimento di Prevenzione.

All'articolo 2 del medesimo DPCM sono inclusi nel livello "Prevenzione Collettiva e Sanità pubblica" i seguenti LEA:

- Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- Salute animale e igiene urbana veterinaria;
- Sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
- Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i

ATTO AZIENDALE

programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale;

Il Dipartimento di Prevenzione è il nodo strategico, garante della collaborazione tra le Strutture, i Servizi e le Unità Operative, interni ed esterni all'ASL, impegnati nella promozione e nella tutela della salute dei cittadini. Esso cura sia le funzioni di erogazione diretta delle prestazioni sia l'armonizzazione trasversale di processi e interventi non erogati direttamente, costruendo e sviluppando una rete di collegamenti fra i diversi stakeholder. In tale cornice, la prevenzione collettiva è promossa secondo una logica di integrazione tra i Dipartimenti di Prevenzione, i Distretti, i Medici di famiglia, i Pediatri di libera scelta, l'Arpa e tutte le Strutture che, a diverso titolo, sono coinvolte nella tutela della salute pubblica, secondo le linee di indirizzo della programmazione regionale, declinate nel Piano Sanitario Regionale, nel Piano Regionale Prevenzione e nel Piano Regionale Integrato dei Controlli.

La Regione Campania DCA n. 156/2014 ha decretato il Piano Regionale della Prevenzione 2016/2018, successivamente prorogato con approvazione Ministeriale per l'anno 2019. A tale Piano fa riferimento la programmazione regionale per l'assistenza in area prevenzione. Le funzioni del dipartimento si articolano secondo il seguente schema:

Funzioni garantite “direttamente” dal Dipartimento di Prevenzione:

- Profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- Sanità pubblica veterinaria, che comprende sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- Farmacovigilanza veterinaria, igiene delle produzioni zootecniche, tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale;
- Tutela igienico-sanitaria degli alimenti;
- Tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- Sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- Tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
- Tutela della salute nelle attività sportive.

Funzioni che il Dipartimento contribuisce ad assicurare con gli altri Servizi, Distretti Sanitari e Dipartimenti aziendali:

- Attività di promozione della salute;
- Prevenzione delle malattie cronico - degenerative.

Il Dipartimento di Prevenzione, in adesione ai contenuti dell'articolo 7 quater del D.l.vo n. 502/1992 e s.m.i., della L.R. 32/1994 e della L. n. 189/2012, è articolato nei seguenti Servizi:

- Servizio di igiene e sanità pubblica;
- Servizio di epidemiologia;
- Servizio di prevenzione igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro e di medicina del lavoro;

ATTO AZIENDALE

- Servizio di igiene degli alimenti e della nutrizione;
- Servizio veterinario di sanità animale;
- Servizio veterinario di igiene degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- Servizio veterinario di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

I Servizi indicati, che operano con aree di coordinamento di Sanità Pubblica e di Sanità Veterinaria e di Sicurezza Alimentare, si configurano come Unità Operative dotate di autonomia tecnico-funzionale ed organizzativa nell'ambito della struttura dipartimentale, perseguendo gli obiettivi dipartimentali e aziendali, l'attuazione delle disposizioni normative e regolamentari regionali, nazionali e internazionali, nonché la gestione delle risorse economiche attribuite. È prevista l'attivazione di un Servizio Stili di Vita e Dieta Mediterranea considerato il notevole incremento dell'obesità infantile su tutto il territorio.

Inoltre, presso il Servizio di Igiene pubblica (SIP) opera il Laboratorio integrato della Prevenzione, che nasce dalle esperienze dei piani della prevenzione e dal potenziamento del PNC 5.1, supporta i processi di scelta delle priorità di intervento in sanità pubblica e per la riduzione del carico di disabilità causato dalle malattie croniche, anche sulla base della valutazione della loro efficacia e del loro impatto organizzativo ed economico. Articolato in valutazioni epidemiologiche, sociologiche, qualitative ed analitiche si pone a supporto dei diversi attori impegnati a diverso titolo a migliorare la salute dei cittadini.

Si persegue la piena integrazione tra le UU.OO. che compongono il Dipartimento, secondo i principi di flessibilità, adattabilità, revisione periodica, orientamento progettuale delle attività, tenendo conto delle peculiarità di ciascun territorio, degli insediamenti produttivi, del radicamento territoriale dei servizi, dell'entità numerica della popolazione (umana ed animale) delle caratteristiche orografiche, della viabilità, dei collegamenti nell'ambito aziendale, delle esigenze culturali dei territori nonché le loro specificità di richieste prestazionali. Al fine di garantire il miglioramento continuo delle prestazioni si procederà alla certificazione di qualità per tutti i Servizi del Dipartimento di Prevenzione.

In considerazione del fatto che il territorio della provincia di Salerno è colpito da emergenze epidemiche e non epidemiche di alta gravità, quali ad esempio la PSA (Peste Suina Africana) oltre che da frane, esondazioni, alluvioni (Emergenza Sarno, Esondazioni Sele, Sarno e Tanagro), nella linea d'attività del Dipartimento che riguarda i flussi e l'epidemiologia veterinaria, quindi, è prevista anche la gestione delle emergenze veterinarie tramite i centri integrati Regione/ASL Salerno di prevenzione e previsione per la mitigazione dei rischi e gestione delle emergenze epidemiche e non epidemiche.

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 o a specificità aziendali dettate dal contesto 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.

L'architettura organizzativa deve garantire tutte le funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica; in particolare:

- Profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- Tutela della collettività e dei singoli rischi sanitari degli ambienti di vita, anche con riferimento agli

ATTO AZIENDALE

effetti sanitari degli inquinanti ambientali e le evidenze emerse dal registro tumori;

- Tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro;
- Tutela igienico-sanitaria degli alimenti;
- Sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- Attività di prevenzione rivolta alla persona, quali coordinamento e linee guida per vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, nonché per programmi di diagnosi precoce (screening);
- Tutela della salute;
- Verifica e vigilanza igienico-sanitaria delle strutture sanitarie, anche ai fini autorizzativi;
- Medicina dello sport.

Provvede, inoltre, ad elaborare, d'intesa con gli altri Servizi e Dipartimenti Aziendali, azioni e programmi per le attività di promozione alla salute e di prevenzione delle malattie cronicodegenerative.

Per il Dipartimento di Prevenzione è prevista apposita UOSD per il coordinamento delle attività amministrative, la cui responsabilità è affidata ad un dirigente amministrativo.

Dipartimento di Prevenzione	
UOC	Igiene allevamenti e produzioni zootecniche
UOC	Igiene degli alimenti e nutrizione
UOC	Prevenzione, Igiene e Sicurezza ambienti di lavoro e di medicina del lavoro
UOC	Igiene e sicurezza degli alimenti di origine animale
UOC	Igiene Pubblica
UOC	Sanità animale
UOC	Epidemiologia e Prevenzione
UOS	Allerta rapida di controllo degli alimenti e bevande
UOS	Ambienti di Lavoro - Centro
UOS	Ambienti di Lavoro - Sud
UOS	Impiantistica
UOS	Medicina dello Sport
UOS	Stress lavoro-correlato
UOS	Valutazione impatto sanitario e gestione sostanze chimiche (HIA e REACH)
UOSD	Amministrativa Dipartimento Prevenzione
UOSD	Flussi ed epidemiologia veterinaria
UOSD	Promozione della salute
UOSD	Randagi e benessere animali da affezione – Ospedale veterinario
UOSD	Strutture Sanitarie
UOSD	Prevenzione Collettiva Area interdistrettuale n. 60 e n. 63
UOSD	Prevenzione Collettiva Area interdistrettuale n. 61 e n. 62
UOSD	Prevenzione Collettiva Area interdistrettuale n. 64 e n. 65
UOSD	Prevenzione Collettiva Area interdistrettuale n. 66 e n. 67 n.68
UOSD	Prevenzione Collettiva Area interdistrettuale n. 69 e n. 70
UOSD	Prevenzione Collettiva Area interdistrettuale n. 71 e n. 72
UOSD	Veterinaria Area interdistrettuale n. 60 e n. 63

ATTO AZIENDALE

UOSD	Veterinaria Area interdistrettuale n. 61 e n. 62
UOSD	Veterinaria Area interdistrettuale n. 64 e n. 65
UOSD	Veterinaria Area interdistrettuale n. 66 e n. 67 n.68
UOSD	Veterinaria Area interdistrettuale n. 69 e n. 70
UOSD	Veterinaria Area interdistrettuale n. 71 e n. 72

L'architettura organizzativa del dipartimento di prevenzione è di seguito specificata:



I Centri di riferimento regionali afferenti al Dipartimento di Prevenzione

I Centri di Riferimento Regionali ubicati presso l'ASL di Salerno sono tre come di seguito:

- CRiSSap Centro di Riferimento Regionale Sicurezza Sanitaria del pescato – Il centro fa da fulcro e raccordo tra Enti competenti sulla sicurezza sanitaria del pescato e sulla profilassi delle malattie delle specie ittiche attraverso un'attività di II livello;
- CRESAN - (POLO INTEGRATO) Centro di Riferimento Regionale Sanità Animale – Sviluppa

ATTO AZIENDALE

nuovi modelli e tecnologie applicate al controllo delle malattie infettive degli animali domestici fornendo supporto alle ASL;

- CeR VEnE Centro di Riferimento Regionale per la Prevenzione e Gestione delle Emergenze – Svolge attività di assistenza tecnica e scientifica nella stesura di Piani di manuali operativi in caso di Emergenze Veterinarie Epidemiche e non Epidemiche relativamente alla salute degli animali e alla sicurezza alimentare. Si interessa di programmi di formazione specifica con collegamenti al sistema di Protezione Civile.

Con Deliberazione Giunta Regionale n. 867 del 14/12/2010 è stato istituito il Polo didattico integrato (PI) attivato con protocollo di intesa tra Regione Campania e l'Università degli studi di Napoli nell'ottica di garantire prestazioni sanitarie d'elevata complessità, la didattica e la ricerca finalizzata in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria. L'operatività del PI è garantita dai centri di riferimento regionali attivati presso le AA. SS. LL e da esse gestite unitamente al Dipartimento di Medicina Veterinaria Federico II Napoli ed all'Istituto Zooprofilattico del Mezzogiorno di Portici (IZSM).

Con DGR n° 859 del 29.12.2015 è stato istituito il CRESAN presso ASL Salerno.

Con DGR n. 98 del 13/03/2015 è stato istituito il CRISSAP (Centro di Riferenza Regionale per la Sicurezza Sanitaria del Pescato) presso ASL di Salerno con sede operativa presso il Centro Agroalimentare del Comune di Salerno a via Mecio Gracco Zona Industriale.

Con Delibera di Giunta n.114 del 7 marzo 2017, la Regione Campania ha istituito il Centro Regionale di Riferimento Veterinario per le emergenze non epidemiche – CeRVEnE, che ha sede presso l'Osservatorio sul doposisma della Fondazione MIDA di Pertosa e Auletta in provincia di Salerno.

Le attività dei Centri sono a beneficio di tutte le AASSLL e sono indirizzate a creare un sistema strutturato e permanente di referenti, finalizzato a fornire assistenza tecnico-scientifica alla Regione con specifico riferimento alla sanità e al benessere animale e alla sicurezza alimentari.

La delibera dell'ASL di Salerno n° 731 del 08.06.2021 prende atto dei protocolli di intesa attuativi dei Centri di Riferimento Regionali e dei Direttori Tecnici.

Il Dipartimento di Salute Mentale

Il DSM è un'articolazione strutturale a direzione unica, dotata di autonomia tecnico-gestionale, coordina e utilizza in modo finalizzato le diverse tipologie di risorse che ad esso vengono attribuite ed è soggetta a rendicontazione analitica all'interno del bilancio aziendale.

Il Dipartimento di Salute Mentale programma e gestisce le attività di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, e di promozione della salute mentale a favore delle persone con problematiche di salute mentale in ogni fase della vita nel territorio della Azienda sanitaria Locale —Salerno.

Orienta i propri interventi e trattamenti basati sul rispetto della libertà e la promozione dei diritti (dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, Parigi 1948) e sulla promozione dei determinanti di salute (carta di Ottawa 1986, Legge 180/1978 Legge Regione Campania n 1/1983, OMS Determinanti di Salute mentale 2014, closing the gape, 2008), ricercando il consenso e la collaborazione degli interessati.

Il mandato del DSM si declina nei seguenti punti principali:

- Garantisce i Livelli Essenziali di Assistenza per tutti i cittadini ed uniformemente su tutto il territorio provinciale;
- Garantisce l'accessibilità, la presa in carico, la continuità delle cure, la personalizzazione del progetto;
- Garantisce la presa in carico delle persone con problematiche di salute mentale, attraverso percorsi a differente intensità assistenziale, in rapporto ai bisogni di cura;
- Promuove l'integrazione tra prestazioni di ambito sanitario e sociale rese da altre agenzie sanitarie o enti istituzionali;
- Assicura la unitarietà e continuità degli interventi operando in collaborazione con le altre agenzie sanitarie e sociali del territorio;
- Promuove l'esercizio dei diritti di cittadinanza delle persone con problematiche di salute mentale;
- Garantisce la tutela della salute mentale e la cura dei disturbi mentali a favore dei cittadini sottoposti a misure detentive e di restrizione della libertà;
- Promuove e coordina le attività di ricerca clinica applicata e di base e favorisce la collaborazione alle attività di ricerca con Dipartimenti universitari e Strutture di altre aziende sanitarie;
- Valorizza come risorsa dei servizi la partecipazione attiva delle Associazioni degli utenti, dei loro familiari e del volontariato;
- Promuove iniziative a favore dell'inserimento lavorativo degli utenti, in rapporto con il privato sociale ed imprenditoriale mediante l'integrazione con i Piani Sociali di Zona, contrastando l'emarginazione, lo stigma, la cronicizzazione;
- Garantisce il miglioramento della qualità dell'assistenza, il miglioramento di efficacia e appropriatezza delle prestazioni attraverso la convergenza di competenze e di esperienze scientifiche, tecniche ed assistenziali di gruppi e di singoli operatori sanitari;
- Garantisce la elaborazione di Percorsi Diagnostico/terapeutici per la gestione integrata di processi di cura;

ATTO AZIENDALE

- Garantisce la realizzazione di economie di scala e di gestione;
- Garantisce la diffusione delle conoscenze scientifiche e sviluppo delle competenze organizzative attraverso percorsi formativi diffusi e condivisi.

Il Dipartimento di Salute Mentale è una struttura di Coordinamento e di Direzione per lo svolgimento di funzioni complesse con compiti di orientamento, consulenza e supervisione per la salute mentale. Il D.S.M. è un'articolazione organizzativa a cui afferisce l'Area disciplinare della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Il Dipartimento è articolato in Unità Operative Complesse, Strutture Semplici Dipartimentali, Strutture Semplici e Incarichi Professionali, anche di Alta e Altissima Specializzazione relativi a programmi (o progetti) specifici che, per omogeneità, affinità e complementarità hanno comuni finalità.

L'organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.)

Il funzionamento del DSM è normato dal "Regolamento del Dipartimento di Salute Mentale" di cui alla delibera n.15 del 10.01.2022 (visibile nell'archivio Delibere del Portale C.E.D.)

Sono Organi del Dipartimento: il Direttore, il Comitato del Dipartimento e l'Assemblea del Dipartimento.

Il DSM adotta ed implementa i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, come stabiliti nell' Accordo della Conferenza Unificata Stato-Regioni del 13.11.2014, applicati a tutte le patologie di più frequente interesse: PDTA schizofrenia, PDTA bipolari, PDTA depressione, PDTA disturbi gravi di personalità, PDTA disturbi condotta alimentare.

I PDTA (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali) costituiscono, insieme alle Linee guida, gli strumenti del governo clinico che consentono di definire standard assistenziali e di verificare l'appropriatezza dell'assistenza erogata.

I PDTA sono costituiti da singoli processi assistenziali distinti per fasi corrispondenti ai tempi di espressione del disturbo. Essi possono essere semplici o complessi, in relazione alla quantità di risorse umane e strutturali coinvolte. Possono, inoltre, definirsi come gli strumenti di gestione clinica finalizzati a fornire ai pazienti interventi di provata efficacia attraverso una sequenza logica di azioni in un tempo ottimale.

Pazienti Autori di Reato

- Il Dipartimento di Salute Mentale, attraverso le UU.OO.SM, si interfaccia con la Struttura di Tutela della Salute Adulti e Minori dell'area Penale (SAMAP), che avrà cura dell'elaborazione dei PTRP per tutti i cittadini con problematiche di salute mentale autori di reato sottoposti a misura di sicurezza detentiva alternativa al carcere.
- La TSAMAP sarà tenuta ad informare le UU.OO.S.M. sull'evoluzione dei P.T.R.I. redatti per i pazienti autori di reato e al termine dell'iter giudiziario si interfacerà con le stesse per il necessario passaggio di consegne propedeutico alla riassunzione in carico assistenziale.

Dipartimento Salute Mentale	
UOC	N.P.I.A.
UOC	S.M. n. 1 Nocera Inferiore – Castel S. Giorgio
UOC	S.M. n. 2 Angri – Scafati
UOC	S.M. n. 3 M.S. Severino – Pagani – Sarno

ATTO AZIENDALE

UOC	S.M. n. 4 Cava – Costa d’Amalfi
UOC	S.M. n. 5 Eboli – Contursi/Polla
UOC	S.M. n. 6 Battipaglia – Pontecagnano Faiano
UOC	S.M. n. 7 Salerno
UOC	S.M. n. 8 Capaccio – Roccasaspide - Agropoli
UOC	S.M. n. 9 Vallo – Sapri
UOS	Area 1 (collagata a UOC N.P.I.A.)
UOS	Area 2 (collagata a UOC N.P.I.A.)
UOS	Area 3 (collagata a UOC N.P.I.A.)
UOS	Area 4 (collagata a UOC N.P.I.A.)
UOS	CSM (in numero di 9, un CMS per UOSM)
UOSD	Appropriatezza cure residenziali e semiresidenziali - Programmazione ed interventi sulle fragilità in salute mentale
UOSD	Esordi Psicopatologici ed età di transizione
UOSD	SPDC Nocera Inferiore
UOSD	SPDC Vallo della Lucania
UOSD	SPDC Salerno
UOSD	Disturbi della Nutrizione e dell’alimentazione (DNA)

Le Unità Operative Complesse (UU.OO.CC.)

Le Unità operative di Salute Mentale (UOSM)

Sono in numero di 10, sono dotate di autonomia operativa rispetto alla propria area territoriale:

- Realizzano la tutela della salute mentale del territorio di loro competenza;
- Realizzano consulenze, l’assunzione in cura e la presa in carico di ciascun utente con bisogni complessi mediante un progetto terapeutico personalizzato (ptp). Una quota significativa dei progetti terapeutici personalizzati viene sostenuta da budget di salute (ptrp/bds);
- Effettuano consulenza psichiatrica alle strutture ospedaliere non sede di spdc;
- Gestiscono le risorse umane ed economico finanziarie assegnate dalla direzione dipartimentale;
- Attuano la programmazione definita dagli strumenti di programmazione dipartimentale;
- Sono responsabili della produzione dei flussi informativi;
- Collaborano, per la parte di propria competenza, alla gestione dipartimentale dei programmi di sviluppo della Qualità;

A ciascuna U.O.S.M. è garantita la dotazione organica prevista dai riferimenti normativi vigenti;

Le UU.OO.S.M. possono essere articolate in diversi servizi:

- Centro di Salute Mentale (C.S.M.);
- Centro Diurno Riabilitativo (C.D.R.);
- Strutture intermedie Residenziali (S.I.R.);

ATTO AZIENDALE

- Day Hospital (D.H.) Psichiatrico territoriale ovvero Day-One-Night Hospital (DH/NH).

Tabella 1 – Elenco UU.OO.CC.

Denominazione Struttura	Distretto Sanitario	N° Comuni
n.1 - Nocera Inf./Castel S.Giorgio	60	4
n.2 - Angri/Scafati	61	4
n.3 - M.S.Severino/ Pagani/Sarno	62-67	10
n.4 - Cava/Costa d'Amalfi	63	14
n.5 - Eboli/ Contursi/Polla	64-72	36
n.6 - Battipaglia/Pontecagnano Faiano	65-68	12
n.7 - Salerno	66	2
n.8 - Capaccio/Rocccadaspide/Agropoli	69-70	32
n.9 - Vallo/Sapri	70-71	41
NPIA	60-72	158

Centro di Salute Mentale (C.S.M.)

Il Centro di Salute Mentale (C.S.M.) è il centro di primo riferimento per i cittadini con disagio psichico. Coordina nell'ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione dei cittadini che presentano patologie psichiatriche, garantendo l'organizzazione funzionale dei diversi ambulatori dislocati su tutto il territorio di competenza.

Il C.S.M. assicura i seguenti interventi:

- trattamenti psichiatrici e psicoterapie, interventi sociali, inserimenti dei pazienti in Centri diurni, Day hospital, strutture residenziali e ricoveri.
- attività diagnostiche con visite psichiatriche, colloqui psicologici per la definizione di appropriati programmi terapeutico- riabilitativi e socio-riabilitativi nell'ottica dell'approccio integrato, con interventi ambulatoriali, domiciliari, di rete e residenziali nella strategia della continuità terapeutica.
- attività di raccordo con gli stakeholder sanitari e sociali nonché con le istituzioni coinvolte nei processi di cura.

Il C.S.M. è attivo, per interventi ambulatoriali e/o domiciliari, almeno dodici (n.12) ore al giorno, per sei giorni alla settimana.

Centro Diurno Riabilitativo (C.D.R.)

Il Centro Diurno (C.D.R.) è una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-riabilitative, collocata nel contesto territoriale.

È aperto, di norma, almeno otto ore al giorno per sei giorni a settimana.

È dotato di una propria équipe, eventualmente integrata da operatori di cooperative sociali e organizzazioni di volontariato. Dispone di locali idonei adeguatamente attrezzati.

Nell'ambito di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati, consente di attuare percorsi terapeutici e di sperimentare e apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali individuali e di gruppo, anche ai fini dell'inserimento lavorativo.

ATTO AZIENDALE

Nella tabella 2 vengono dettagliati i singoli centri diurni con la U.O.C. di appartenenza ed i posti letto disponibili.

Le Strutture Intermedie Residenziali (S.I.R.)

La rete delle strutture intermedie residenziali e semiresidenziali fa riferimento a quanto previsto dal DCA della Regione Campania n.11 del 09.02.2018 e dal DCA Regione Campania n.193/2016.

In linea con tale normativa l'accesso alle strutture a gestione diretta avviene tramite redazione di Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (P.T.R.P.) a cura della equipe inviante. All'interno delle strutture vengono individuati posti letto per gli interventi di tipo intensivo (percorsi riabilitativo di durata massima di n. 18 mesi) ed estensivo (percorsi riabilitativo di durata massima di n.36 mesi).

Le strutture vengono inoltre distinte in base alla fascia di età⁸ cui sono destinate:

- Fascia 1 – 16 anni – 25 anni
- Fascia 2 – 25 anni – 45 anni
- Fascia 3 – 45 anni – 65 anni

La rete delle strutture è articolata come indicato nella tabella 3

Tabella 2 - Elenco centri diurni D.S.M.

Denominazione Struttura	Distretto	Livello assistenza	n. Posti accoglienza	Gestione	Servizio afferente
C.D.R. Nocera Inferiore	60	Estensivo	20	Diretta	UOSM 1
C.D.R. Angri	61	Estensivo	20	Diretta	UOSM 2
C.D.R. Mercato san Severino	67	Estensivo	20	Diretta	UOSM 3
C.D.R. Sarno	62	Estensivo	20	Diretta	UOSM 3
C.D.R. Pagani	62	Estensivo	20	Diretta	UOSM 3
C.D.R. Cava De Tirreni	63	Estensivo	20	Diretta	UOSM 4
C.D.R. Castiglione Ravello	63	Estensivo	20	Diretta	UOSM 4
C.D.R. Eboli	64	Estensivo	20	Diretta	UOSM 5
C.D.R. Contursi Terme	64	Estensivo	20	Diretta	UOSM 5
C.D.R. Battipaglia	65	Estensivo	20	Diretta	UOSM 6
C.D.R. Salerno	66	Estensivo	20	Diretta	UOSM 7
C.D.R. Roccaspide	69	Estensivo	20	Diretta	UOSM 8
C.D.R. Agropoli	70	Estensivo	20	Diretta	UOSM 8
C.D.R. Vallo della lucania	70	Estensivo	20	Diretta	UOSM 9
C.D.R. Sapri	71	Estensivo	20	Diretta	UOSM 9
C.D.R. Esordi psicopatologici	66	Estensivo	20	Diretta	UOSD Esordi
C.D.R. DNA Salerno	66	Estensivo	20	Diretta	UOSD DNA
C.D.R. DNA Nocera Inf,	60	Estensivo	20	Diretta	UOSD DNA
C.D.R. DNA Agropoli	70	Estensivo	20	Diretta	UOSD DNA

⁸ Modulabili a seconda delle necessità assistenziali della popolazione afferente al D.S.M.

ATTO AZIENDALE

Tabella 3 - Elenco strutture intermedie residenziali D.S.M.

Denominazione Struttura	Comune	Livello assistenza	n. Posti letto	Gestione	Fascia d'età
Monteoliveto	Nocera Inf.re	Intensivo/Estensivo	10	Pubblica	3
Rosamunda	Angri	Intensivo/Estensivo	10	Pubblica	2
Villa Agnetti	Cava dei Tirreni	Intensivo/Estensivo	10	Pubblica	2
Via Bastioni	Salerno	Intensivo/Estensivo	10	Pubblica	2
Mariconda D.N.A.	Salerno	Intensivo/Estensivo	12	Mista	1 - 2
Esordi Nocera	Nocera Inf.re	Intensivo	6	Mista	1
Esordi Salerno	Città Salerno	Intensivo	6	Mista	1
Esordi Contursi/Polla	Contursi/Polla	Intensivo	6	Mista	1
Eboli	Comune Eboli	Intensivo/Estensivo	8	Mista	2
Castel Ruggiero	Torre Orsaia	Intensivo/Estensivo	10	Mista	2
Enzo Sarli	Sant'Arsenio	Intensivo/Estensivo	10	Pubblica	3
Roccadaspide	Roccadaspide	Intensivo/Estensivo	10	Mista	3

Day Hospital Psichiatrico territoriale (D.H. e DH/NH)

Il Day Hospital psichiatrico territoriale (DH) costituisce un'area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative a breve e medio termine. Può essere collocato all'interno dell'ospedale anche se gestito in integrazione con il personale delle UU.OO.S.M., con un collegamento funzionale e gestionale con il servizio psichiatrico di diagnosi e cura. Può essere, inoltre, collocato presso strutture esterne all'ospedale in collegamento con il C.S.M. È aperto almeno otto al giorno per sei giorni a settimana. Ha la funzione di:

- Permettere accertamenti diagnostici vari e complessi
- Effettuare trattamenti farmacologici
- Prevedere periodi di osservazione breve, anche prolungata nelle 24 h (day hospital/one night hospital – dh/nh)
- Ridurre il ricorso al ricovero vero e proprio o limitarne la durata.
- L'utente vi accede in base a programmi concordati a cura del CSM di riferimento.

UOC Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (N.P.I.A.)

Quanto assunto presso l'ASL Salerno si è rivelato in linea con gli indirizzi nazionali del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore di Sanità.

Molte patologie psichiatriche hanno il loro esordio in età evolutiva, e se non adeguatamente e tempestivamente trattate possono determinare conseguenze negative significative in età adulta, sia per quanto riguarda la salute mentale che le condizioni di invalidità e non autosufficienza.

Si tratta di situazioni che richiedono una presa in carico multidisciplinare di lunga durata, con interventi complessi e coordinati di diagnosi, trattamento e riabilitazione che coinvolgano la famiglia e i contesti di vita, integrati in rete con altre istituzioni e con il territorio. Un sistema integrato e completo di servizi di

ATTO AZIENDALE

Salute Mentale per l'età evolutiva richiede la presenza di équipe multidisciplinari composte di tutte le figure professionali necessarie a garantire il Piano Terapeutico Riabilitativo Personalizzato ad ogni livello di intensità assistenziale (ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale), nel rispetto dei LEA.

Obiettivo del DSM in questa area di intervento è di migliorare e rendere più funzionale l'integrazione tra i servizi di salute mentale dell'età evolutiva e dell'età adulta, specie riguardo ai disturbi psichici adolescenziali e giovanili, con l'elaborazione di progetti che prevedano la creazione di équipe integrate dedicate alla prevenzione e un percorso di presa in carico basato operativamente sull'elemento essenziale della continuità ed integrazione di attività specifiche cliniche e riabilitative, di assistenza, di intermediazione e di coordinamento.

Vengono implementati appropriati percorsi di continuità terapeutica ed assistenziale omogenei in tutta la ASL Salerno.

In coerenza con il succitato PANSM-2013, si tende a realizzare una rete di Servizi e Strutture, che includa le Strutture Residenziali per gli Esordi, quella per i DCA, i Centri Diurni specifici (meglio individuati infra), e che interagisca con le Strutture di NPIA Aziendali, oltre che con Istituzioni extra aziendali di tipo Sociale, Giudiziarie, Scolastiche.

Tutte le U.O. N.P.I.A. gestiscono:

- Le prestazioni specialistiche per la valutazione di situazioni neuropsichiatriche o a rischio,
- La diagnosi e l'elaborazione del progetto assistenziale,
- La presa in carico per la cura;
- La presa in carico integrata con la rete esordi;
- La riabilitazione e l'integrazione dei disabili nell'ambiente di vita;
- L'organizzazione, monitoraggio e le gestioni finanziarie e strumentali assegnate, verifica le risorse umane (personale dipendente e in raccordo funzionale) e coordina tutte le attività aziendali di settore.

La U.O.C. N.P.I.A. elabora programmi ed emana direttive generali per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi di Neuropsichiatria Infanzia ed Adolescenza. Gestisce l'insieme delle risorse di budget assegnato in funzione di obiettivi annualmente definiti in sede di programmazione.

L'assetto organizzativo nell'area della U.O.C. Neuropsichiatria Infanzia e adolescenza si compone di una struttura complessa e da quattro strutture operative semplici, ovvero:

Denominazione UONPIA	Sede	Distretti di competenza
U.O.S. 1 Sarno	Via Villani 8, Mercato San Severino	DS 61 (Angrì Scafati) DS 62 (Sarno/Pagani) DS 67 (Mercato San Severino)
U.O.S. 2 Cava De Tirreni	Piazza Galdi, Località Pregiato, Cava de Tirreni	DS 60 (Nocera Inferiore) DS 63 (Cava De Tirreni)
U.O.S. 3 Salerno	Via Martin Luther King, Località Mariconda, Salerno.	DS 64 (Eboli/Contursi) DS 65 (Battipaglia) DS 66 (Salerno) DS 68 (Pontecagnano/Faiano)
U.O.S. 4 Agropoli	Ex P.O. Agropoli, Località Marrota, Agropoli.	DS 69 (Capaccio/Roccamare) DS 70 (Agropoli/Vallo della Lucania) DS 71 (Sapri/Camerota) DS 72 (Sala Consilina/Polla)

ATTO AZIENDALE

Sono rispettati, in funzione di SPOKE nuclei distrettuali coordinati dai referenti delle UONPIA come specificato dalla delibera 594 del 10.07.2019.

Gli incarichi di responsabilità di struttura sono conferiti ai dirigenti individuati con specifica Delibera (Del DG n.959 del 02.08.2021).

Nell'ambito delle UU.OO.SS. 1- 3 -4 sono presenti i tre Centri per l'individuazione precoce e trattamento dei Disturbi dello Spettro Autistico.

Le Unità Operative Semplici Dipartimentali (U.O.S.D.)

Tabella - Le Unità semplici Dipartimentali (UU.OO.SS.DD.)

Denominazione Struttura	Sede
Esordi Psicopatologici ed età di transizione	Direzione DSM
Appropriatezza Cure Residenziali e Semiresidenziali - Programmazione ed interventi sulle fragilità in salute mentale	Direzione DSM
Disturbi della Nutrizione e dell'alimentazione (DNA)	Direzione DSM
SPDC Salerno	Presso P.O.
SPDC Nocera Inferiore	Presso P.O.
SPDC Vallo della Lucania	Presso P.O.

Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SS.PP.D.C.) e (D.H.)

I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura sono programmati per soddisfare, in via prioritaria, le esigenze del territorio dell'ASL di riferimento, verificando costantemente l'appropriatezza dei ricoveri posti in essere, garantiscono le attività di consulenza e di collegamento al Pronto Soccorso, alla Terapia Intensiva e alle altre Unità Operative del P.O. sono previsti n.3 SPDC di seguito dettagliati:

- **UOSD SPDC Salerno** è situata presso l'A.O.U. "San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona" è attivo il servizio SPDC con 16 PL con afferenza diretta alla direzione del DSM;
- **UOSD SPDC presso P.O. Umberto I Nocera Inferiore** - (16 PL);
- **UOSD SPDC presso P.O. San Luca, Vallo della Lucania** - (16 PL)

In collegamento funzionale con gli SS.PP.D.C. sono attivi n.4 posti letto di Day Hospital per come di seguito indicati:

- DH/NH presso P.O. San Francesco d'Assisi, Oliveto Citra (4 PL)
- DH/NH presso P.O. Martiri di Villa Malta, Sarno (2 PL)

L'ammissione in D.H. è subordinata all'invio della UOSM territorialmente competente per la presa in carico. Il Day Hospital psichiatrico (D.H.) costituisce un'area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico riabilitative a breve e medio termine, collegato con il C.S.M, dotato di adeguati spazi, delle attrezzature e del personale necessario. È aperto almeno otto ore al giorno per sei giorni alla settimana.

Il Day Hospital ha la funzione di:

ATTO AZIENDALE

- Effettuare accertamenti diagnostici vari e complessi;
- Effettuare trattamenti farmacologici;
- Ridurre il ricorso al ricovero vero e proprio o limitarne la durata.

L'utente vi accede in base a programmi concordati tra gli operatori del D.S.M. Nell'ambito della programmazione sanitaria regionale, viene definita la collocazione ed il numero dei posti letto in D.H., considerando che un posto letto in D.H. è equivalente ad un posto letto in S.P.D.C.

Alla Direzione del Dipartimento di Salute mentale afferisce:

U.O.S.D. di Disturbi della Nutrizione e della Alimentazione e la rete dei servizi dedicata

Comprende una Struttura intermedia residenziale (Delibera n° 1152 del 14/12/2017) per la riabilitazione e la cura dei Disturbi dell'Alimentazione a valenza sovra Aziendale/Regionale (Decreto n° 11/2016), ubicata in Salerno e tre Ambulatori/ Centri Diurni di riabilitazione, nonché attività ambulatoriali di psichiatria, psicologia e psicoterapia presso le sedi di:

- Residenza di Salerno con disponibilità di n.20 P.L. (sita in via Martin Luther King, Mariconda);
- Ambulatorio/ Centro Diurno Salerno (sito in via Martin Luther King, Mariconda);
- Ambulatorio/ Centro Diurno Nocera Inferiore (sito in via Federico Ricco n.50);
- Ambulatorio/ Centro Diurno Agropoli (presso ex p.o. Agropoli, località contrada Marrota).

Tale servizio si coordina con il Centro Pilota Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare. (vedi tabella 2 strutture res.).

La Struttura per la riabilitazione nutrizionale residenziale e quelle semiresidenziali della ASL Salerno, sono ispirati alle "Linee di Indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei pazienti con disturbi dell'alimentazione".

I disturbi della nutrizione ed alimentazione e nutrizione (principalmente anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da binge-eating) sono caratterizzati da comportamenti, derivanti da un'eccessiva preoccupazione per il peso e per le forme del corpo, che alterano il sano consumo di cibo e che compromettono significativamente la salute fisica, psichica e le capacità sociali. Insorgono prevalentemente durante l'adolescenza e colpiscono soprattutto il sesso femminile.

La problematica di sanità pubblica relativa ai disturbi della nutrizione ed alimentazione negli ultimi decenni è notevolmente aumentata, con un notevole abbassamento dell'età dell'esordio, sia per l'anoressia, sia per la bulimia. Risulta prioritario cercare di rendere omogeneo, sull'intero territorio nazionale, ogni intervento terapeutico e strutturare programmi multidisciplinari, validati, efficaci ed efficienti. Per questo la Direzione Generale del Ministero della Salute per l'Igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione ha istituito, nel marzo del 2015, un Tavolo di lavoro con assetto multidisciplinare, per la stesura delle prime "Linee di Indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei pazienti con disturbi dell'alimentazione". Il documento è stato approvato in sede di Conferenza Stato Regioni a giugno 2017 e le linee di indirizzo sono pubblicate nel Quaderno del Ministero della Salute n. 29, settembre 2017, diffuso in occasione del workshop nazionale del 7 settembre 2017. Il documento contiene approfondimenti dedicati alla gestione ed all'organizzazione dei servizi anche a livello territoriale.

ATTO AZIENDALE

Gli Obiettivi Generali della riabilitazione nutrizionale, secondo i principi delle "Linee di Indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei pazienti con disturbi dell'alimentazione", sono:

- Affrontare la restrizione dietetica calorica e il sottopeso;
 - Affrontare la restrizione dietetica cognitiva;
 - Correggere le complicanze fisiche della malnutrizione per difetto;
 - Correggere le conseguenze psicosociali della malnutrizione;
 - Raggiungere una condizione di normopeso;
 - Normalizzare il comportamento alimentare;
 - Ripristinare le normali percezioni di fame e sazietà
- Tappe generali della riabilitazione nutrizionale dei pazienti sottopeso;
- Obiettivo di peso da raggiungere;
 - Introito calorico e composizione del piano alimentare;
 - Misurazione e interpretazione del peso;
 - Educazione e coinvolgimento attivo dei pazienti nel processo di recupero di peso;
 - Strategie da suggerire ai pazienti per affrontare i pasti in caso di difficoltà;
 - Affrontare il mantenimento del peso e la restrizione dietetica cognitiva residua.

Alla base del trattamento nutrizionale dei DA è fondamentale l'approccio multidimensionale, interdisciplinare e multi professionale integrato per una gestione programmata degli interventi nutrizionali, organizzata in modo da essere coordinata con le terapie mediche e psicologiche.

Tali procedure richiedono, altresì una flessibilità ed una originalità del management dei PDTA interni con un coerente riscontro negli atti gestionali ed amministrativi per l'approvvigionamento ed il supporto al governo clinico.

U.O.S.D. Esordi psicopatologici ed età di transizione

Gli esordi psicopatologici e l'età di transizione

Il Piano Nazionale Salute Mentale (2013) sostiene la necessità di dare avvio ad esperienze cliniche sperimentali dedicate alla fascia adolescenziale, ponendo particolare attenzione agli esordi di disturbi psicologici gravi e alla necessità di integrazione con i servizi di salute mentale dedicati agli adulti.

La gestione degli esordi (psicopatologici in generale e di quelli psicotici in particolare) rappresenta una priorità la cui strategia organizzativa è indispensabile per la corretta programmazione e gestione della rete dei servizi a tutela della salute mentale della popolazione. Tali servizi devono rispettare il principio della recovery e coinvolgere i contesti sociali per facilitare l'espletamento di ruolo dell'adolescente o del giovane adulto in coerenza con il proprio contesto di vita.

Le azioni che si intendono promuovere possono essere sintetizzate nel raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- Ridurre l'evoluzione del disagio mentale e lo sviluppo dei danni caratterizzati dalla cronicità dei disturbi;

ATTO AZIENDALE

- Facilitare l'integrazione dei servizi della rete esordi, a supporto delle persone alla prima esperienza di disagio con potenziale involutivo importante;
- Permettere l'erogazione delle cure in maniera omogenea su tutto il territorio;
- Favorire un raccordo sistematico tra le famiglie, il mondo della scuola, la rete della medicina di base, i servizi sociali e le unità operative di neuropsichiatria infantile e di salute mentale.

La U.O.S.D. Esordi psicopatologici ed età di transizione coordina e sovrintende in maniera trasversale a tali processi assumendo un livello di responsabilità relativamente alla adozione di modelli operativi chiari ed uniformi al fine di garantire agli utenti e alle famiglie un accompagnamento virtuoso nel percorso di cura nelle fasi della vita in cui si fa per la prima volta esperienza di un disturbo mentale (esordio).

Elabora e definisce protocolli e linee guida per la applicazione del P.D.T.A. che consentono:

- L'individuazione e valutazione di stati mentali a rischio di transizione psicotica;
- Il trattamento precoce ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale secondo metodiche validate e basate sulla evidenza attraverso la effettiva integrazione dei servizi di salute mentale per gli adulti ed i servizi N.P.I.A.

Favorisce, sovrintende e coordina la formazione degli operatori orientata alla diffusione dei modelli del "recovery" ed alla integrazione tra i servizi NPIA ed i servizi di salute mentale degli adulti.

La U.O.S.D. Esordi psicopatologici ed età di transizione sovrintende sul piano gestionale ed organizzativo, con proprie risorse di budget assegnate, alle attività della Rete Esordi del D.S.M. Asl Salerno che comprende n. 2 Strutture intermedie residenziali con sede a Salerno e Nocera Inferiore, ognuna con disponibilità di n. 12 p.l. e n.2 Centri Diurni Riabilitativi attigui alle residenze, dove di realizzano interventi terapeutico riabilitativi individualizzati a carattere intensivo negli esordi psicopatologici dell'adolescente e del giovane adulto.

U.O.S.D. Appropriatelyzza cure residenziali e semiresidenziali - Programmazione ed interventi sulle fragilità in Salute Mentale

Governa la rete di Strutture intermedie del DSM in funzione dell'appropriatezza, dei percorsi terapeutico-assistenziali, dei turn-over e della valorizzazione della rete stessa, in relazione agli specifici bisogni di cura e riabilitazione degli utenti, mediante l'interazione con le UU.OO.S.M. sede delle Strutture e con il personale dedicato.

Eroga i seguenti servizi:

- Assicurare azioni concrete per il raggiungimento di migliori livelli di appropriatezza;
- Garantire la migliore utilizzazione in modo coordinato ed integrato delle risorse attribuite;
- Favorire la personalizzazione e l'umanizzazione degli interventi;
- Elaborare in modo condiviso protocolli operativi e linee guida

Inoltre supporta la direzione e le strutture dipartimentali nella governance dei processi gestionali e professionali che sottendono all'intero sistema. La struttura organizzativa è impegnata ad aggregare tutte le attività assistenziali socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria. Svolge funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento delle attività in staff alla direzione dipartimentale, accentrando le competenze

ATTO AZIENDALE

precedentemente delegate agli uffici sociosanitari dei distretti, in relazione ai Piani di Zona.

Da tempo sono attive nel D.S.M. specifici percorsi di cura per aree di fragilità di particolare interesse per i Servizi di Salute Mentale definiti nel Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale ministeriale come aree di

Programmi speciali di integrazione

- Stranieri Temporaneamente Presenti.

Al fenomeno dell'immigrazione sono correlate le azioni poste in essere dal DSM rivolte ai migranti (titolari e/o richiedenti di protezione internazionale e minori stranieri non accompagnati) che sono sottoposti a particolari contesti di vita stressanti che danno esito a vulnerabilità.

Il D.S.M., oltre a garantire il coinvolgimento in specifici progetti aziendali, opera un'azione di monitoraggio in relazione ai dati di contatto registrati nelle strutture ad esso afferenti, ai percorsi in carico in queste attività.

Di seguito i progetti in essere:

- Pending (fondo ministeriale asilo, migrazione ed integrazione 2014-2021);
- Cross learning (Migrazione legale - ON 3 – Capacity building - lett. J);
- R.I.T.M.I (Capacity building – fondi FAMI ministero).

Mette in atto azioni per la co-progettazione, di percorsi di cura a valenza socio-sanitaria con il terzo settore, le associazioni di volontariato ed i Piani Zona, volti a favorire la permanenza degli utenti dimessi nel proprio ambiente familiare, sociale e di vita attraverso l'implementazione di PTRI finanziati con la metodologia del Budget di Salute.

La UOSD si prefigge di rendere il Budget di Salute strumento sempre più consolidato nelle pratiche del DSM, di supportare, garantire e favorire nei Servizi le iniziative progettuali abilitative mediante l'utilizzo e un'appropriata applicazione di protocolli condivisi e definiti in ambito nazionale e regionale, di valutazione multidimensionale e multiprofessionale, di strutturazione del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato, di monitoraggio dello stesso, e di predisposizione dell'accordo di attuazione del budget di salute da sottoscrivere con le parti coinvolte.

Aree dipartimentali “Bisogni primari”

Da tempo sono attive nel D.S.M. specifici percorsi di cura per aree di fragilità di particolare interesse per i Servizi di Salute Mentale definiti nel Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale ministeriale come aree di “Bisogni primari”.

Nell'Area Dipartimentale dei “Bisogni primari” si integrano e coordinano gli interventi garantendo la omogeneità dei percorsi anche attraverso la elaborazione di Linee di Indirizzo a valenza dipartimentale. Interagisce con gli stakeholders istituzionale e con le UU.OO.C. e le UU.OO.S.D. del D.S.M comprendendo le seguenti specifiche linee di intervento:

ATTO AZIENDALE

In tale Area si integrano e coordinano gli interventi garantendo la omogeneità dei percorsi anche attraverso la elaborazione di Linee di Indirizzo a valenza dipartimentale. Interagisce con gli stakeholders istituzionale e con le UU.OO.C. e le UU.OO.S.D. del D.S.M comprendendo le seguenti specifiche linee di intervento:

- **CENTRO TIME OUT**

Il Centro per il Trattamento dei comportamenti aggressivi nella violenza di genere è attivo presso la U.O.S.M. n. 6 e la U.O.S.M. n. 7.

La violenza di genere, intesa nel senso più ampio, sia femminile sia maschile, rappresenta una grave violazione dei diritti umani e della persona. Inoltre, per combattere ed arginare il fenomeno, oltre al sostegno psicofisico verso il soggetto che subisce la violenza, bisogna indirizzare l'attenzione anche verso il suo autore attraverso un programma di prevenzione e di trattamento comportamentale delle manifestazioni violente.

Il Centro "Time Out", sulla base della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica (Convenzione di Istanbul), approvata dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa il 7 aprile 2011 punta ad organizzare interventi e programmi volti ad incoraggiare gli autori delle violenze ad adottare un comportamento non violento, aiutandoli a diventare consapevoli delle loro azioni e ad assumersi le loro responsabilità. Un secondo obiettivo punta ad offrire la possibilità agli autori di violenza di seguire un programma di trattamento, non come alternativa alla sentenza di condanna, ma come misura aggiuntiva volta a prevenire futura violenza (la partecipazione a tali programmi dovrebbe essere su base volontaria). Questi obiettivi sono realizzati attraverso una cooperazione e coordinamento tra programmi di trattamento rivolti agli uomini ed a coloro che lavorano per la tutela e la protezione delle donne.

- **D.I.G.**

Il consultorio per il benessere delle persone transessuali è dedicato a quanti vivono i complessi problemi legati alla definizione della propria identità sessuale, attua interventi di sensibilizzazione, presa in carico, counseling, supporto psicologico, approfondimenti specialistici per l'inquadramento complessivo al fine di garantire il necessario sostegno alle persone transessuali, omosessuali e alle loro famiglie. L'ambulatorio è attualmente allocato presso gli spazi della U.O.S.M. n. 7.

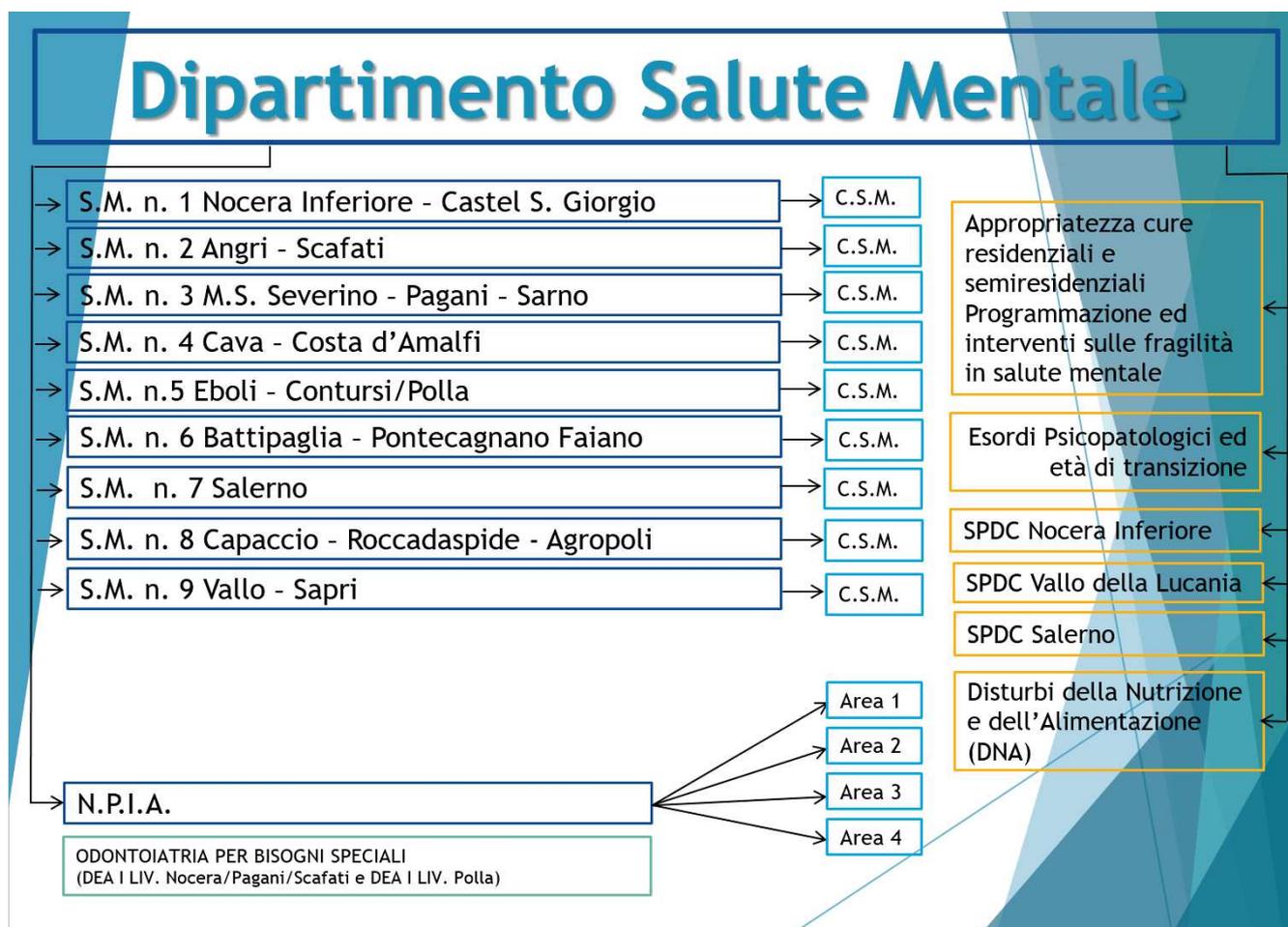
- **SERVIZIO DIPARTIMENTALE DI ODONTOIATRIA PER BISOGNI SPECIALI**

Il Servizio dipartimentale di Odontoiatria è funzionalmente integrato nel DSM. Esso è rivolto a persone con disabilità fisica, psichica, in terapia anticoagulante, a rischio biologico o in condizione di tossicodipendenza e comunque a tutti coloro che per malattie sistemiche o deficit psicofisici creano difficoltà operative all'Odontoiatra e necessitano pertanto di metodiche di approccio, di modalità di intervento ambulatoriali ospedaliero, di tempi di lavoro differenziati rispetto a quelli delle normali attività di routine. È speciale perché speciali sono le loro necessità. Tale disciplina adotta, pratica e sperimenta strategie di approccio, di prevenzione e di cura tese ad inverare anche in queste persone un reale diritto alla salute.

Tale servizio dipartimentale si articola in una rete di punti di accesso ospedalieri (DEA I Liv. Nocera/Pagani/Scafati e DEA I Liv. Polla) e territoriali (Salerno - M.S. Severino - Eboli - Agropoli) forniti con riuniti attrezzati che esercita interventi di prossimità per tutti gli utenti portatori di questi bisogni con accesso anche per terapie domiciliari con possibilità di attivazione di interventi ospedalieri

ATTO AZIENDALE

per i casi che necessitano di cure che prevedono anestesia ed interventi più complessi.



Il Dipartimento delle Dipendenze

La Legge 79/2014, di modifica di alcuni articoli del D.P.R. 309/90, Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, disciplina il cambio di denominazione da Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T.) a Servizi per le Dipendenze (Ser.D.).

Tale cambiamento, non solo terminologico, prende atto della aumentata complessità del fenomeno non più legato esclusivamente all'uso della sostanza, prevalentemente eroina, ma anche ad altri comportamenti che inducono dipendenza senza uso di sostanze (gioco d'azzardo, internet, shopping compulsivo, ecc.). Questa nuova visione dei servizi impone di conseguenza una riorganizzazione del Sistema pubblico che deve essere in grado di proporre risposte complesse a bisogni sempre più complessi e articolati. In tale contesto, occorre definire una strategia tesa a implementare e potenziare il servizio pubblico, adottando una modalità di intervento che privilegia la valutazione multidimensionale del bisogno, i percorsi terapeutici integrati, il raccordo sistematico intraaziendale e con le ulteriori realtà del territorio, nel rispetto di una logica di rete, con strutturazione di protocolli di presa in carico globale.

ATTO AZIENDALE

Attualmente, nell'Azienda, il problema è affrontato nei **SER.D.** previsti. La loro presenza consente di raggiungere una discreta capillarizzazione sull'intero ambito aziendale che deve però essere rafforzata in alcune aree nel rispetto della diversità geomorfologica dei territori.

L'Azienda istituisce un **Osservatorio aziendale sui disturbi da dipendenza comportamentale patologica**, con funzione di:

- Raccordo con l'Osservatorio regionale e sviluppo degli input ricevuti a livello di ciascuna azienda
- Coordinamento e sostegno delle attività di rete;
- Raccolta dei dati territoriali necessari per assolvere al debito informativo regionale.

Il Dipartimento delle Dipendenze garantisce, altresì, la programmazione, la gestione, la verifica e la valutazione degli interventi e delle azioni rivolte alle dipendenze patologiche nell'ambito della tutela della salute, della prevenzione, della socio-riabilitazione e della riduzione dei danni e dei rischi per le dipendenze patologiche. Costituisce nell'Azienda l'organo di indirizzo, controllo e governo del sistema integrato di servizi pubblici e del privato sociale ed è organizzata in centri di costo e di responsabilità. Il Dipartimento prevede una articolazione organizzativa aziendale e periferica di servizi centrali, (sovradistrettuali e periferici), e di tipologie (strutture ambulatoriali territoriali, strutture intermedie diurne e residenziali, unità mobili, strutture accreditate degli Enti Ausiliari) il cui insieme configura un sistema di servizi e di azioni diversificate e adeguate alle diverse realtà e caratteristiche degli utenti di riferimento (consumatori di droghe e sostanze psicoattive illegali e legali, detenuti, immigrati STP, senza dimora, alcolisti, consumatori problematici di cocaina e di alcol, policonsumatori, consumatori ricreativi, dipendenze senza sostanze (Ludopatie, internet addiction, etc). Per tali motivi saranno previsti incarichi professionali di alta specializzazione specifici per le attività di integrazione sociosanitaria e di addiction legal. In ordine al DL n. 230/99 ed al DPCM 1 aprile 2008 e successive —Linee guida per la stesura del protocollo locale per la Gestione del Servizio di Medicina Penitenziaria - D.G.R.C. n. 96/2011 -, il Dipartimento dovrà porre particolare attenzione all'organizzazione dell'assistenza ai detenuti tossicodipendenti che dovrà essere programmata in modo coerente con l'assistenza ordinaria e raccordata con il circuito dei servizi interni e di quelli accreditati, sia per garantire la continuità assistenziale che per la corretta esecuzione delle misure alternative alla detenzione. Andranno quindi definiti gli aspetti organizzativi e le modalità operative, facendo riferimento alla normativa nazionale e regionale.

Il Dipartimento delle Dipendenze è funzionalmente collegato all'UOSD Tossicologia per la condivisione del percorso di cura dei pazienti affetti da dipendenza.

Dipartimento delle Dipendenze	
UOC	SER.D. Battipaglia – Capaccio/Roccamare
UOC	SER.D. Cava de' Tirreni/ Costa d'Amalfi – Nocera Inferiore
UOC	SER.D. Salerno
UOC	SER.D. Vallo della Lucania – Agropoli – Sapri – Sala Consilina
UOSD	Disturbo Duale e New Addiction

UOSD Disturbo Duale e New Addiction

Il panorama delle dipendenze negli ultimi quindici anni ha subito una veloce e significativa trasformazione che evidenzia come, accanto alle addiction mediate dall'uso di sostanze, siano cresciute in maniera

ATTO AZIENDALE

esponenziale le addiction senza sostanza o comportamentali denominate anche New Addiction (gioco di azzardo, gaming, internet addiction, dipendenza da social media, shopping compulsivo, sex addiction, ecc.) incluse nel DSM-5.

Gli studi dell'European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) Italia mostrano che circa il 10% degli studenti ha fatto un uso problematico di Internet. Nel 2021 gli studenti che hanno avuto questo pattern di comportamento sono stati quasi il 14% del totale. La propensione al rischio diminuisce col crescere della loro età (16% fra i 15enni contro il 9,9% fra i 19enni). In generale, il trend dell'uso problematico di Internet è in aumento; si è passati dall'8,8% del 2011, al 13,9% del 2021.

In Italia nel 2018 il 36,4 per cento della popolazione maggiorenne - poco più di 20 milioni di persone- aveva dichiarato di aver giocato d'azzardo almeno una volta nei 12 mesi precedenti. Secondo uno studio dell'ISS sono un milione e mezzo i "giocatori problematici".

Per quanto riguarda il gioco patologico o Gaming la recente indagine della sorveglianza Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), condotta su un campione rappresentativo di adolescenti di 11, 13 e 15 anni, ha stimato una prevalenza di gaming disorder tra gli 11enni pari al 30,9%; tra i 13enni pari al 28,9% e tra i 15enni pari al 22,1%.

Il risultato dell'avvento delle nuove tipologie di addiction è la trasformazione della platea e del profilo delle persone con tali problemi le cui cause sono essenzialmente due:

1. La rapida ascesa tra adolescenti e giovani adulti (14-25 anni) dell'uso di sostanze ad alto impatto sulla salute psichica (alcol, cannabis, cocaina, ecstasy) e delle cosiddette new addiction con incremento dei disturbi psicopatologici, che si esplicitano nella compromissione del funzionamento sociale, familiare, scolastico o lavorativo della persona.
2. La significativa incidenza sempre nella popolazione giovanile del fenomeno della cosiddetta Doppia Diagnosi, o più correttamente Disturbo Duale (in inglese "Dual Disorder") definito come la «coesistenza nel medesimo individuo di un disturbo dovuto al consumo di sostanze psicoattive e di un altro disturbo psichiatrico» (OMS, 1995).

Le sostanze psicoattive presentano una significativa coesistenza con i seguenti disturbi psichiatrici: disturbi d'ansia, disturbo depressivo maggiore, ADHD, disturbo bipolare. Nel caso delle dipendenze comportamentali si osserva inoltre comorbidità con dipendenze da sostanze e tra diverse dipendenze comportamentali. In sintesi si rileva una crescente incidenza della comorbidità fra dipendenze comportamentali e dipendenze da sostanze e di entrambe con i disturbi psichiatrici predetti.

Secondo la letteratura scientifica internazionale e le indagini epidemiologiche sui problemi correlati all'uso di sostanze psicoattive, i disturbi correlati al consumo di alcol e droghe presentano una diversa percentuale di espressione nei pazienti affetti dalle seguenti patologie psichiche: 30% nei soggetti con disturbi depressivi; 50% nei pazienti con disturbo bipolare; 50% nei pazienti schizofrenici; 30% nei soggetti con disturbi d'ansia; 23% nei pazienti con disturbi fobici; 80% nel disturbo di personalità antisociale.

L'UOSD Disturbo Duale e New Addiction si pone come struttura aziendale di riferimento e di coordinamento per l'elaborazione e l'attuazione di protocolli e programmi innovativi basati sull'integrazione tra Dipartimento delle Dipendenze e Dipartimento di Salute Mentale nel campo della ricerca, della formazione, della prevenzione, della diagnosi e del trattamento multidimensionale delle addiction comportamentali e della comorbidità psichica.

ATTO AZIENDALE

La struttura specialistica dell'UOSD deputata ai programmi di trattamento residenziale e semiresidenziale del Disturbo Duale e delle New Addiction è il Centro di Psicopatologia delle Addiction, che è ubicata presso l'ex plesso ospedaliero SS. Annunziata in S. Arsenio e ospita la Comunità Terapeutica "Terrafutura", che svolge programmi riabilitativi di tipo intensivo-estensivo.



Il Dipartimento Farmaceutico

Le specifiche competenze in materia di Governo Clinico del Farmaco, indirizzate all'appropriatezza nell'utilizzo dei farmaci, dei dispositivi medici e degli altri beni sanitari correlati alla cura, oltre che alla valutazione economica delle tecnologie sanitarie, ricoprono una valenza strategica per l'Azienda ai fini della formulazione del budget, della selezione e gestione delle procedure di acquisto e degli approvvigionamenti, nonché delle altre funzioni caratterizzanti l'erogazione, la vigilanza, il controllo ed il monitoraggio dell'Assistenza Farmaceutica.

Le diverse esperienze già attive e realizzate a livello nazionale, per come indicato anche dalla Regione Campania, confermano l'opportunità dell'istituzione di un Dipartimento Farmaceutico al fine di consentire, in un territorio vasto e differenziato come quello della A.S.L. di Salerno, di assolvere in modo omogeneo ed organico alle molteplici attività legate all'intero processo di governo dei farmaci, dei dispositivi medici e degli altri beni a valenza terapeutica. Il Dipartimento contribuisce, così, ai processi di programmazione e gestione dei beni sanitari, con capacità propositiva e progettuale, ai fini del raggiungimento dell'obiettivo di qualificazione della spesa farmaceutica e dei relativi fabbisogni dell'area ospedaliera, dell'area territoriale e dell'assistenza farmaceutica convenzionata. Individua, inoltre, aree comuni di intervento a garanzia dell'uniformità sui criteri di gestione di tutti i beni sanitari nelle diverse articolazioni aziendali così da evitare comportamenti non omogenei.

Il Dipartimento Farmaceutico è una struttura complessa ed interdisciplinare; il suo focus di attività è rappresentato dall'approvvigionamento, dall'erogazione, dal controllo, comprese le attività di vigilanza di competenza, e dal monitoraggio dell'Assistenza Farmaceutica ospedaliera, territoriale, convenzionata, rappresentando altresì il momento di sintesi e di integrazione di tutti i percorsi intra e interaziendali in materia farmaceutica. Si connota per la forte trasversalità interna e nei confronti degli interlocutori esterni all'Azienda del contesto territoriale di riferimento (MMG e PLS, medici specialisti ospedalieri e territoriali, farmacisti ospedalieri, farmacisti convenzionati e farmacisti operanti negli esercizi commerciali convenzionati con il SSR). Si avvale di specifiche competenze in materia di Governo Clinico dei farmaci e dei dispositivi medici, indirizzate all'appropriatezza e alla vigilanza nel loro utilizzo, oltre che alla valutazione economica delle tecnologie sanitarie. Svolge, inoltre, un ruolo di formazione nell'ambito aziendale attraverso lo strumento dell'informazione indipendente e documentazione sull'uso dei farmaci e dei dispositivi medici, oltre a compiti di tutela e promozione della salute attraverso il loro uso razionale ed appropriato, garantendo l'assistenza farmaceutica diretta e convenzionata agli assistiti della ASL nel rispetto della normativa vigente.

Il Dipartimento Farmaceutico svolge anche attività autorizzativa e ispettiva sulla filiera del farmaco, gestisce le attività distributive del farmaco e dei dispositivi medici, oltre che degli altri materiali sanitari, e le loro implicazioni tecnico-amministrative e contabili, partecipa alla definizione dei capitolati per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici, con un ruolo di supporto all'Unità Operativa amministrativa individuata per gli acquisti. Al Dipartimento Farmaceutico sono anche assegnati compiti di farmacovigilanza e dispositivo-vigilanza, sia sotto il profilo organizzativo che operativo, con raccolta e inserimento delle segnalazioni nella rete ministeriale.

Il Dipartimento Farmaceutico promuove interventi finalizzati a razionalizzare l'uso delle risorse rivolte al farmaco con azioni sul momento prescrittivo ed erogativo, monitora e controlla l'impiego e la distribuzione dei farmaci attuata dagli erogatori del territorio, monitora l'andamento della spesa farmaceutica, attuando ogni iniziativa atta a correggere comportamenti prescrittivi non appropriati. Partecipa, con le altre strutture

ATTO AZIENDALE

aziendali competenti, alla formulazione dei prontuari e dei repertori aziendali, con riferimento alle indicazioni del Tavolo Tecnico regionale.

Al Direttore di Dipartimento sono assegnati compiti di organizzazione, monitoraggio/controllo e partecipazione alle attività legate all'evoluzione del ruolo svolto dall'assistenza farmaceutica, quali:

- Pianificazione e controllo della spesa (partecipazione alla redazione dei prontuari e repertori aziendali, alle attività di budget e controllo di gestione, monitoraggio, rendicontazione dei flussi informativi, etc.);
- Valutazione sistematica delle tecnologie (HTA);
- Controllo dell'appropriatezza prescrittiva ed audit;
- Rilevazione dati sulle terapie farmacologiche e sulla pharmaceutical care;
- Organizzazione e governo degli approvvigionamenti alle uu.oo. E ai servizi aziendali, della distribuzione diretta (l. 405/01 e s.m.i.) E della distribuzione per conto;
- Analisi di farmacoutilizzazione, farmacoepidemiologia, farmacoeconomia;
- Promozione di attività di formazione;
- Vigilanza sulle farmacie convenzionate, sui depositi all'ingrosso dei medicinali per uso umano, sulle parafarmacie e sugli esercizi commerciali convenzionati;
- Attività connesse al miglioramento della qualità e al controllo del rischio clinico (stesura di procedure, protocolli, istruzioni operative);
- Partecipazione a tutti i percorsi di integrazione assistenziale ospedale-territorio;
- Partecipazione ai processi delle UCAD, dei NOC e delle Unità di Valutazione integrata.

Alla realizzazione dell'HUB Centralizzato Territoriale di Logistica e Approvvigionamento del Farmaco, il Dipartimento verrà rimodulato in base alle nuove esigenze Aziendali. Nelle more della realizzazione del suddetto HUB gli incarichi attribuiti saranno assegnati in via provvisoria.

Articolazioni del Dipartimento Farmaceutico

Dipartimento Farmaceutico	
UOC	Assistenza Farmaceutica Distrettuale Area Centro (DD.SS. 64 65 66 67 68)
UOC	Assistenza Farmaceutica Distrettuale Area Nord (DD.SS. 60 61 62 63)
UOC	Assistenza Farmaceutica Distrettuale Area Sud (DD.SS. 69 70 71 72)
UOC	Farmacia Ospedaliera Area Centro (DEA Eboli Battipaglia Roccaspinosa; P.O. Oliveto Citra)
UOC	Farmacia Ospedaliera Area Nord (DEA Nocera Scafati Pagani; P.O. Sarno)
UOC	Farmacia Ospedaliera Area Sud (DEA Vallo della Lucania Agropoli; PP.OO. Sapri – Polla)
UOC	Governo del Farmaco
UOSD	Assistenza Farmaceutica Convenzionata
UOS	Servizio DPC
UOSD	Farmacovigilanza
UOSD	Logistica e approvvigionamento
UOSD	UFA - Laboratorio Galenico

ATTO AZIENDALE

Assistenza Farmaceutica Ospedaliera

All'interno del Dipartimento Farmaceutico, l'**Assistenza Farmaceutica Ospedaliera** svolge l'insieme delle funzioni che devono essere garantite nell'ambito di ogni Presidio Ospedaliero, le quali possono essere sinteticamente riassunte nelle seguenti linee di attività:

- Approvvigionamento e logistica;
- Erogazione del primo ciclo terapeutico alla dimissione da ricovero e all'esito della visita specialistica ambulatoriale;
- Contabilità per centri di costo;
- Vigilanza sugli armadi di reparto;
- Sorveglianza sulle procedure e sui protocolli adottati nella struttura;
- Galenica (preparazioni nutrizionali, galeniche e magistrali, officinali e specifiche);
- Informazione e documentazione sul farmaco e sui dispositivi medici;
- Farmacovigilanza, dispositivo-vigilanza e cosmetico-vigilanza;
- Farmacoepidemiologia ospedaliera;
- Partecipazione a commissioni tecniche aziendali e dipartimentali;
- Alimentazione dei flussi informativi farmaceutici.

Assistenza farmaceutica territoriale

L'Assistenza Farmaceutica Territoriale trova, invece, il suo ambito di attività in tutte le funzioni di interesse farmaceutico fortemente ampliate nella crescente territorializzazione dell'assistenza, finalizzata ad offrire una risposta adeguata ed attualizzata ai reali bisogni di salute. Il baricentro del SSN si va spostando, infatti, dall'ospedale al territorio, in particolare per quanto attiene alla gestione delle cronicità e delle fragilità, oltre che alle prestazioni sanitarie di base. In questo contesto, l'Assistenza Farmaceutica Territoriale deve assolvere ad un compito trasversale sul territorio di competenza per garantire l'uniformità delle procedure e l'equità dell'offerta e dell'accesso alla cura; deve, inoltre, svolgere un'attività capillare calata nelle diversità distrettuali del territorio di competenza, ricoprendo il ruolo di unità organizzativa importante e pienamente partecipe del sistema integrato e sinergico per la realizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale rappresentato dal Distretto Sanitario. Il territorio del Distretto Sanitario costituisce l'ambito strategico-istituzionale in cui realizzare, direttamente o per il tramite dei soggetti convenzionati, l'Assistenza Farmaceutica Territoriale e la gestione del rischio clinico connesso.

Le funzioni di Assistenza Farmaceutica Territoriale sono assicurate attraverso l'articolazione dei Servizi Farmaceutici insistenti nei Distretti Sanitari della A.S.L. e rivolte ai cittadini secondo disposizioni di leggi nazionali e regionali; nell'ambito del Distretto di competenza, esse si occupano dell'erogazione diretta dei farmaci e dispositivi medici in applicazione alle disposizioni nazionali e regionali (legge 648/96, legge 405/2001 e ss.mm.ii., etc.), di distribuzione di medicinali, dispositivi medici, vaccini, ausili e materiale sanitario vario alle UU.OO. territoriali, Strutture residenziali, Strutture carcerarie, Hospice, Servizi di assistenza domiciliare, oltre che del periodico controllo degli armadi di reparto delle strutture di competenza.

L'organizzazione dell'assistenza diretta territoriale, non potendo logicamente rispondere a criteri di massima

ATTO AZIENDALE

capillarità quale quella della rete delle farmacie convenzionate, deve essere improntata alla qualità dell'assistenza offerta ed alla ottimizzazione funzionale delle risorse: il paziente, pertanto, deve essere al centro dell'offerta e a lui deve essere garantito l'accesso a tutte le prestazioni in considerazione delle caratteristiche di accesso, ma indipendentemente dai vincoli territoriali.

Le attività dell'Assistenza Farmaceutica Territoriale sono, ovviamente, sempre indirizzate al paziente, sia che vengano erogate direttamente, oppure al suo domicilio, nelle strutture aziendali residenziali e semiresidenziali, sia che vadano a servire le prestazioni rese al paziente dalle UU.OO. distrettuali. Tali attività sono organizzate distinguendo le funzioni che le caratterizzano secondo la peculiarità e la complessità delle stesse, assicurando una visione unitaria ed integrata delle attività di programmazione, monitoraggio e controllo ed un'attività assistenziale, distintamente declinata nelle complesse componenti di **Assistenza Farmaceutica Convenzionata ed Assistenza Farmaceutica Territoriale**.

Tutta l'Assistenza Farmaceutica Territoriale è gestita dai Servizi Farmaceutici distrettuali, assicurando in tal modo l'accesso del paziente alla struttura ospedaliera solo per i motivi che attengono al ricovero nelle sue diverse forme ed alla dimissione, consentendo ai Servizi di Farmacia ospedaliera di svolgere appieno le funzioni correlate al core-business della struttura di appartenenza, nonché l'erogazione del primo ciclo terapeutico e la collaborazione alle diverse forme di continuità assistenziale ospedale-territorio.

I Servizi Farmaceutici distrettuali, come i Servizi di Farmacia ospedaliera, che devono comunque agire in sinergia fra di loro, in virtù del coordinamento garantito dal Dipartimento Farmaceutico, operano in applicazione agli indirizzi del Dipartimento ed in collaborazione con i Servizi distrettuali delle cure primarie e con l'Area della farmaceutica convenzionata.

U.O.C. Governance del Farmaco

All'U.O.C. sono attribuite funzioni di programmazione, sviluppo, coordinamento e controllo dell'assistenza farmaceutica interna e convenzionata.

Le principali linee di attività di questa U.O.C. possono essere così sinteticamente riassunte:

- Assistenza farmaceutica distrettuale;
- Assistenza farmaceutica convenzionata;
- Distribuzione per conto dei medicinali ed integrazione ospedale-territorio;
- Analisi e monitoraggio della spesa farmaceutica interna e convenzionata;
- Analisi di farmacoutilizzazione, farmacoepidemiologia e farmacoconomia;
- Gestione dei flussi informativi sull'assistenza farmaceutica;
- Vigilanza;
- Farmacovigilanza, dispositivo-vigilanza e cosmetico-vigilanza;
- Documentazione e informazione sul farmaco e sui dispositivi medici.

UOSD Assistenza farmaceutica convenzionata

Il Servizio Sanitario Nazionale garantisce attraverso le farmacie convenzionate la fornitura dei medicinali appartenenti alla classe a) di cui alla legge 24 dicembre 1993, n. 537 (art. 8, comma 10), ossia "farmaci

ATTO AZIENDALE

essenziali e farmaci per malattie croniche", la cui erogazione non sia affidata direttamente alle strutture sanitarie regionali.

La Farmaceutica Convenzionata in particolare è deputata:

- All'attività istruttoria e alle funzioni di vigilanza sulle farmacie convenzionate pubbliche e private, sui dispensari farmaceutici, sui depositi all'ingrosso di farmaci per uso umano e sui distributori e/o depositi di farmaci e di gas medicali, sulle parafarmacie;
- Alla predisposizione del ruolo per la liquidazione delle competenze mensili a favore delle farmacie e degli esercizi commerciali convenzionati;
- Al controllo della convenzione con le farmacie aperte al pubblico ed analisi epidemiologica della prescrizione farmaceutica;
- All'organizzazione, attivazione, gestione, monitoraggio e controllo della materia inerente alla farmacia dei servizi;
- Alla partecipazione alle commissioni aziendali di vigilanza, indennità di residenza a favore dei farmacisti rurali, commissioni distrettuali (ucad e noc) per la valutazione delle prescrizioni farmaceutiche non conformi alle limitazioni e alle condizioni stabilite dall'aifa (legge n. 425/96 e s.m.i. Ed accordo nazionale mmg e pls) e tutti gli altri adempimenti previsti dalla normativa vigente.

UOS Servizio DPC

La **Distribuzione Per Conto (DPC)**, disciplinata da indicazioni nazionali e regionali, in particolare il DCA n. 97/2016, è una modalità di distribuzione diretta di alcuni farmaci di classe A (a carico del SSN) compresi in un apposito elenco istituito dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) nel 2004 e da questa periodicamente aggiornato, denominato "PHT - Prontuario della distribuzione diretta per la presa in carico e la continuità assistenziale Ospedale-Territorio". Esso comprende farmaci che richiedono la redazione di un apposito piano terapeutico da parte di medici specialisti di Centri Prescrittori individuati dalla Regione e il follow up frequente del paziente in trattamento. I farmaci oggetto del servizio vengono acquistati dalla ASL secondo le condizioni previste per le forniture alle strutture pubbliche, depositati presso il magazzino di uno o più distributori scelti d'intesa con le farmacie convenzionate, le quali non possono avere giacenze di questi farmaci, e poi distribuiti dalle farmacie stesse su presentazione da parte del paziente di una ricetta del SSN.

UOSD Farmacovigilanza

La farmacovigilanza è l'insieme delle attività che contribuiscono alla tutela della salute pubblica. Esse infatti sono finalizzate all'identificazione, valutazione, comprensione e prevenzione degli effetti avversi o di qualsiasi altro problema correlato all'uso dei medicinali, per assicurare un rapporto beneficio/rischio favorevole per la popolazione. I dati sulla sicurezza dei farmaci possono essere ricavati da differenti fonti: segnalazioni di sospette reazioni avverse (spontanee e non), studi clinici, letteratura scientifica, rapporti inviati dalle industrie farmaceutiche, ecc.

L'Azienda promuove programmi e studi di farmacovigilanza attiva con l'obiettivo di aumentare le conoscenze sui medicinali e definire meglio la loro sicurezza d'uso, migliorare le modalità con cui vengono utilizzati, stabilire un profilo di sicurezza che meglio corrisponda alla reale pratica medica e descrivere in