

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

ATTO AZIENDALE

maniera più realistica le caratteristiche dei pazienti in

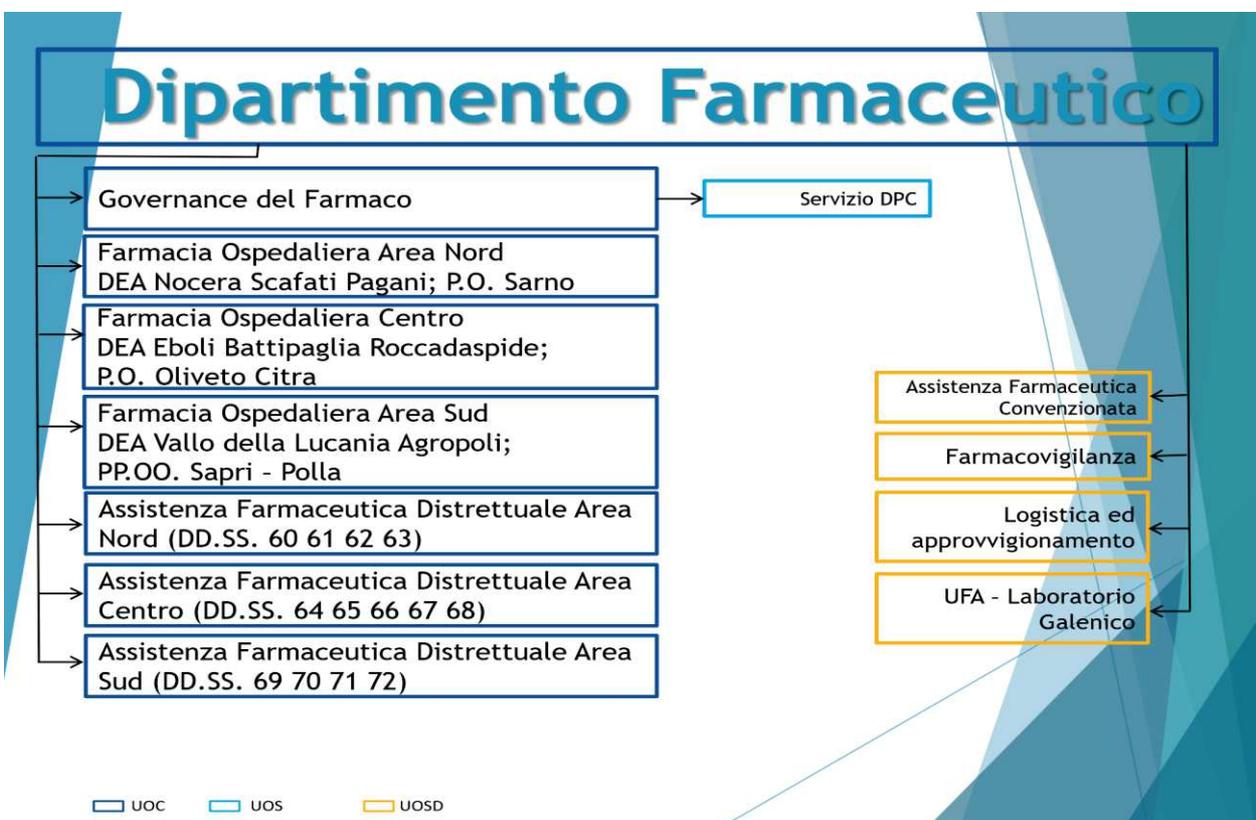
Tutte le segnalazioni di sospette reazioni avverse raccolte tramite il sistema della segnalazione sono sottoposte a costante e continuo monitoraggio al fine di identificare eventuali segnali di allarme e attuare le appropriate misure di minimizzazione del rischio.

Il processo di cui sopra, denominato Signal Management, è un processo alquanto complesso che prevede il coinvolgimento di più attori quali l'Agenzia Europea dei Medicinali, le Autorità Regolatorie degli Stati Membri (tra cui l'Agenzia Italiana del Farmaco) e i titolari di autorizzazione all'immissione in commercio (aziende farmaceutiche), che hanno l'obbligo di eseguire un continuo monitoraggio dei dati registrati nella banca dati europea delle segnalazioni di sospette reazioni avverse (Eudravigilance), cooperare nel monitoraggio dei dati e informarsi reciprocamente su eventuali nuovi rischi o se i rischi già noti sono cambiati e se il rapporto beneficio/rischio del medicinale ne risulta modificato.

Nel caso in cui siano identificati eventuali segnali di farmacovigilanza essi sono valutati collegialmente a livello europeo con il coinvolgimento del Comitato di Valutazione dei Rischi per la Farmacovigilanza (PRAC) dell'Agenzia Europea dei Medicinali responsabile della valutazione e del monitoraggio della sicurezza dei medicinali per uso umano.

Le valutazioni del PRAC si concludono con raccomandazioni regolarmente pubblicate sul sito dell'Agenzia europea dei medicinali (accesso dai link correlati)

L' AIFA si avvale della collaborazione dei Centri Regionali di Farmacovigilanza per la valutazione dei segnali secondo procedure operative definite e condivise.



Le Attività Territoriali

La riorganizzazione sistematica e qualificata della medicina del territorio, quale livello di assistenza in sintonia con le attese e i bisogni dei cittadini, prevede la realizzazione di un distretto socio-sanitario forte in grado di essere leader della cronicità, della fragilità e della non autosufficienza. Il Distretto Sanitario deve infatti rappresentare il luogo privilegiato per lo sviluppo ed il coordinamento delle reti e del lavoro integrato in team, per l'adozione di percorsi di cura ed assistenza in integrazione e continuità tra di loro (servizi sociali - servizi sociosanitari – servizi sanitari territoriali e servizi sanitari ospedalieri) nell'ottica della presa in carico globale del cittadino e della attivazione di risposte calibrate sul reale bisogno di salute, spostando l'attenzione dalla malattia alla persona e sviluppando l'approccio del prendersi cura e della personalizzazione degli interventi. Nel nuovo assetto della sanità aziendale, quindi, il presente Atto prevede che il fulcro centrale dei processi assistenziali sia rappresentato dal Distretto Sanitario che dovrà assumere un ruolo cardine nella conoscenza del reale bisogno di salute della popolazione di riferimento e nel facilitare l'integrazione e il collegamento con gli ulteriori nodi della rete, consentendo all'ospedale di perdere le attuali caratteristiche generaliste e di diventare sempre più specializzato e tecnologicamente dotato per la cura delle acuzie, delle urgenze e delle emergenze. Al fine di perseguire tale obiettivo, l'Azienda adotta a pieno il paradigma dell'iniziativa ovvero quel modello di assistenza orientato alla promozione attiva della salute e al rafforzamento delle risorse personali (il paziente diventa co-artefice del processo di cura), familiari e sociali, lasciando al solo ospedale l'adozione del paradigma dell'attesa, ovvero quel modello di assistenza ad elevata standardizzazione ed intensività che si attiva in presenza di un nuovo evento.

Appare, pertanto, necessario modulare l'offerta assistenziale territoriale sviluppando un nuovo modello organizzativo delle cure primarie che sia in grado di transitare dalla frammentarietà degli interventi alla globalità dell'approccio superando l'attuale modalità operativa individuale e autoreferenziale dei vari professionisti e ampliando l'assistenza domiciliare e la possibilità delle cure intermedie. La organizzazione, che fa capo, in sede territoriale, ai Direttori dei Distretti, prevede, in sede centrale, la dipartimentalizzazione delle funzioni, al fine di garantire, d'intesa con la Direzione strategica, omogeneità nell'applicazione e nella operatività dei nuovi sistemi che, essendo in fase innovativa, hanno bisogno di una guida specifica centralizzata.

Inoltre, la nuova programmazione dell'assistenza territoriale, in ottemperanza a quanto disposto dal DM 77/2022, prevede nuovi luoghi di cura (Case della comunità hub e/o spoke, Ospedali di comunità), nuove piattaforme erogative e servizi di coordinamento (la cd. Centrale Operativa Territoriale) e fissa anche i relativi standard.

Viene delineata, inoltre, la figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità, il quale dovrà essere impiegato nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola.

Infine, allo scopo di deflazionare la pressione ospedaliera e delle RSA, è stata prevista anche la c.d. Assistenza domiciliare integrata (ADI) per le prestazioni sia sanitarie che sociali a basso livello di intensità.

Nell'ambito delle attività territoriali, funzionalmente collegate con il Dipartimento, si provvederà alla organizzazione delle Strutture SPS, previste dal Piano delle Attività Territoriale 2016-2018 presso i Presidi Ospedalieri di Agropoli e Roccamare e presso le sedi di Buccino e S. Arsenio, la cui organizzazione e tipologia di incarico saranno oggetto di successivo provvedimento.

Tutta la organizzazione e le attività dei servizi territoriali saranno oggetto, per quanto eventualmente

ATTO AZIENDALE

difforme, di adeguamento ai principi e alle determinazioni di cui al DCA n. 99 del 22.9.2016, con il quale è stato approvato il Piano Regionale delle Attività Territoriali per il triennio 2016/2018.

Il distretto socio - sanitario

Il Distretto sociosanitario deve assumere un ruolo “trascinante” nell’ambito delle attività di tutta l’Azienda; deve infatti rappresentare il luogo fisico ed ideale presso il quale il paziente viene intercettato ed opportunamente indirizzato verso i più appropriati livelli di erogazione delle prestazioni.

Tutte le varie tipologie di prestazioni previste dalle normative vigenti in materia (Legge regionale n° 32/94, e s.m.i.) e dai Livelli Essenziali di Assistenza, dovranno essere garantite presso lo stesso, con una chiara definizione dei rapporti con le altre articolazioni aziendali, quali i Presidi Ospedalieri, i Dipartimenti e UOC Centrali;

Il Distretto Sanitario si conferma dunque come il centro del sistema dell’Assistenza Territoriale, centro di analisi del bisogno, di programmazione ed allocazione delle risorse, di individuazione dei punti di erogazione, di monitoraggio delle cure e degli esiti delle stesse, di relazioni operose con l’Ente Comune, attraverso l’Ambito di riferimento, di cooperazione con le altre macrostrutture aziendali, specie con i Dipartimenti strutturali (Attività Territoriale e Integrazione Socio Sanitaria Prevenzione, Salute Mentale, nonché quello delle Dipendenze), con tutta l’area ospedaliera (Integrazione Ospedale – territorio), con i professionisti convenzionati (MMG – PLS – Specialisti Ambulatoriali) che, entrano a pieno titolo nel sistema delle Cure Primarie. Il successo dell’organizzazione di tutta la nuova rete dell’offerta territoriale con una grande valenza di integrazione con la rete ospedaliera è individuato come obiettivo strategico dell’ASL Salerno.

La definizione di questi rapporti passa necessariamente attraverso la stesura di regolamenti che definiscono le interrelazioni organizzative, gestionali e professionali tra Distretto e Dipartimenti (strutturali e funzionali), ed UU.OO.CC. Centrali. Ma più incisive e dettagliate saranno le procedure che, nell’ambito di un processo orientato al miglioramento continuo della qualità, produrranno percorsi operativi e diagnostico-terapeutici, garanti dell’uniformità dell’assistenza territoriale. Questo risulta oltremodo necessario in un contesto dell’Asl Salerno, con caratteristiche geo-morfologiche e sociologicamente e economicamente multiforme. La gestione dell’assistenza per processi e non più per singola prestazione permetterà di uniformare gli standard di produzione, effettuare azioni di verifiche e controllo fino ad un benchmarking interno dal quale recuperare nuovi obiettivi di miglioramento.

Tutto questo sarà possibile attraverso un’azione condivisa con tutti gli attori dei processi assistenziali, e di rivalutazione culturale dell’attività distrettuale, un recupero delle leve motivazionali, costruito sulla base di una revisione critica dell’impianto organizzativo, la ricerca e il recupero del dato statistico epidemiologico finalizzato alla costruzione di una banca dati aziendale dalla quale derivare indicatori sanitari territoriali. A tal fine sarà parimenti necessario un serio processo di formazione nel quale sottolineare la normativa di riferimento, i modelli organizzativi, gli strumenti operativi per passare dal sapere, al saper fare ed infine al saper essere un operatore del territorio.

Gli obiettivi principali che questa riorganizzazione si pone sono:

- Rimodulazione delle cure primarie con promozione di una “Medicina Proattiva” di iniziativa che superi la staticità di una “Medicina d’Attesa”
- Riduzione degli accessi impropri ai Pronto Soccorso con utilizzo di filtri territoriali

ATTO AZIENDALE

- Estensione quali-quantitativa delle Cure Domiciliari
- Riduzione delle giornate di degenza nei ricoveri per acuti
- Potenziamento della integrazione Ospedale-Territorio per dimissioni protette e presa in carico di pazienti a bassa intensità assistenziale
- Rafforzamento della integrazione Socio-Sanitaria per i bisogni complessi
- Tutela della cronicità e della fragilità in area Salute Mentale
- Potenziamento e differenziazione dell'offerta pubblica di servizi:
- Implementazione di Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) e di Piani di Assistenza Individuale (PAI) per rafforzare la collaborazione tra strutture e servizi sanitari di salute mentale dell'età evolutiva e dell'età adulta nonché per definire i precorsi di transizione.
- Potenziamento dell'offerta di prestazioni psicoterapeutiche entro i servizi pubblici di salute mentale (neuropsichiatria infantile e psichiatria) per il trattamento e il contrasto alla cronicizzazione e favorire il pieno recupero funzionale della persona
- Potenziamento della presa in carico nei percorsi consultoriali materno-infantili per attività di prevenzione e cura (vaccinazioni, prevenzione delle malformazioni fetali, diagnosi prenatale precoce)
- Potenziamento valutazione e sostegno alla genitorialità, su disposizione dell'autorità giudiziaria e psicoterapia in favore di donne e minori vittime di violenza, abuso e maltrattamento.
- Sostegno alle attività di educazione sanitaria
- Educazione e promozione all'adozione corretti stili di vita
- Potenziamento delle azioni di empowerment del cittadino utente.

Nel nuovo modello di assistenza primaria previsto dal PNRR, il Distretto Sanitario rappresenta il fulcro dell'assistenza territoriale, in particolare, sarà previsto un Distretto Sanitario ogni centomila abitanti e sarà il luogo deputato all'organizzazione ed al coordinamento della rete dei servizi sanitari e sociosanitari offerti sul territorio. Attraverso le sue articolazioni territoriali come le COT, le Case di Comunità e gli Ospedali di Comunità dovrà garantire l'integrazione delle strutture, delle risorse e delle professionalità necessarie ad offrire delle prestazioni sanitarie in linea con i bisogni della popolazione.

Il Distretto Sanitario, inteso come un sistema complesso, è il luogo dove si producono risposte di salute. Il Distretto rappresenta il centro della programmazione sanitaria, integrata con quella sociale, la sede della lettura dei bisogni della popolazione, dove è possibile stabilire le vere priorità territoriali e quindi programmare, per tappe, gli interventi a misura del singolo cittadino e delle singole famiglie.). Obiettivo prioritario è quindi promuovere programmi intersettoriali realizzati congiuntamente da Enti Locali, Azienda Sanitaria e le forme associative presenti sul territorio, con particolare riguardo all'integrazione dei servizi con la rete di solidarietà formale e informale.

Sono stati considerati indispensabili l'utilizzo degli strumenti di programmazione e pianificazione quali il **Programma Attività Territoriali (PAT)** nonché la messa a regime del monitoraggio dei **LEA socio-sanitari** ed il recepimento dei decreti ministeriali sui flussi informativi residenziali, semiresidenziali e domiciliari.

ATTO AZIENDALE

Gli standard previsti per la realizzazione del Distretto Sanitario sono i seguenti:

- In media uno ogni circa cento mila abitanti;
- 1 casa della comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della comunità spoke e ambulatori di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio, al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei mmg e pls (aft e unità complesse di cure primarie – uccp) sono riprese nelle case della comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;
- 1 infermiere di famiglia e comunità ogni 3000 abitanti;
- 1 unità speciale di continuità assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;
- 1 centrale operativa territoriale ogni 10.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore;
- 1 ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti.

Le funzioni di governo del Distretto Socio-Sanitario

Nella completa visione della mission distrettuale non può mancare una funzione di governo, che si esplicita quale.

- Governo clinico;
- Governo tecnico-organizzativo;
- Governo economico-finanziario e gestionale.

Il Governo clinico

Funzione prevalente nella mission assistenziale, il Governo clinico viene garantito attraverso l'applicazione di PDTA e Linee Guida, Regolamenti e Procedure, Monitoraggi del Sistema Salute, processi di Audit.

Documenti di riferimento per la programmazione sanitaria distrettuale saranno, oltre il presente documento e l'Atto Aziendale della ASL di appartenenza, anche il Piano Nazionale Esiti per le tematiche assistenziali a valenza territoriale, nonché direttive specifiche regionali.

Nel Piano delle Attività Territoriali (PAT), annualmente il Direttore del Distretto elabora i bisogni assistenziali del territorio, secondo criteri epidemiologici e statistici, in stretta connessione con le richieste e le segnalazioni provenienti dai MMG e PLS, dai Servizi Sociali, dalla Comunità in generale, formula obiettivi annuali, identifica il budget finalizzato alle attività, lo negozia con la Direzione strategica, ne pianifica la distribuzione, ne monitorizza la realizzazione e l'efficacia.

Attraverso percorsi di verifica e confronto, di audit e di qualità, tende a migliorare servizi e prestazioni, anche in relazione alla qualità percepita dall'utenza.

La funzione di presa in carico del paziente avviene attraverso la P.U.A (Porta Unica di Accesso), la U.V.I.

ATTO AZIENDALE

(Unità di Valutazione Integrata), la U.V.B.R. (Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo), a carattere Multidisciplinare ed a composizione variabile, compresa la presenza dell'Ambito, in relazione al bisogno del paziente.

Fondamentali sono le relazioni intra-distrettuali, tra le UU.OO. Distrettuali, che si realizzano istituzionalmente all'interno dell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (art. 3-sexies, comma 2 D.lgvo 502/92 e s.m.i.) che svolge funzioni propositive e tecnico-consultive. Nell'Ufficio di Coordinamento è prevista la presenza di un MMG per le funzioni integrate con le Cure Primarie, nonché per esercitare le previste funzioni di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva, all'interno dei PDTA, Linee Guida, Regolamenti e Procedure aziendali.

L'azione di programmazione viene concretizzata attraverso l'assegnazione di Obiettivi annuali ai Responsabili delle UU.OO. e ai titolari di Posizioni Organizzative, rispetto ai quali è svolta l'azione di Valutazione della performance ad annualità conclusa.

Ciò permette che l'intero sistema Distretto proceda verso obiettivi comuni, condivisi, coerenti. Opportuni incontri periodici sono necessari per valutazioni in itinere, riposizionamento di obiettivi, correzioni di impostazioni operative, adozione di atti e decisioni, anche di tipo disciplinare.

La Clinical Governance si attua naturalmente anche nei confronti delle strutture private accreditate che rispondono agli stessi principi di equità, appropriatezza, adesione a Procedure, Linee Guida e PDTA aziendali e regionali. Verso gli erogatori accreditati sono svolte le dovute azioni di verifica amministrativa, giuridica, contabile, previste dalle norme nazionali e regionali.

L'appropriatezza nella prescrizione e nella dispensazione dei farmaci è aspetto rilevante nella Clinical Governance del territorio, sia per quanto riguarda il rispetto delle note e prescrizioni AIFA, sia per le azioni di controllo sui Centri Prescrittori, sia per il rispetto dei flussi informativi e per le modalità di erogazione.

Il Governo Clinico non può realizzarsi senza un costante processo di Formazione Continua: il Direttore di Distretto propone specifici Corsi di Formazione aziendale relativi a tematiche di nuovo impatto, a procedure di nuova introduzione, all'adozione di nuove Linee Guida e PDTA aziendali o regionali e attinge a percorsi formativi aziendali per tematiche di carattere generale. Il Servizio Formazione aziendale rileva annualmente i bisogni formativi dei Distretti e ne soddisfa le richieste nell'ambito del budget aziendale assegnato.

Integrare figure professionali diverse, aprire alla formazione aziendale il personale convenzionato, integrare professionisti di più Distretti consente una condivisione di linguaggi ed obiettivi, aumentando il livello di performance aziendale.

Il Governo Tecnico-organizzativo

Fondamentale per il buon andamento dell'assistenza è un solido governo tecnico-organizzativo, con il quale venga garantita equità di accesso alle cure, trasparenza, ridotta attesa nell'erogazione delle prestazioni, diritto alla privacy, rispetto degli impegni assunti con la Carta dei Servizi, logistica adeguata alle aspettative ed alle normative, sicurezza e gestione delle emergenze all'interno delle strutture.

Dalla gestione CUP alla gestione delle liste di attesa, dall'abbattimento delle barriere architettoniche a percorsi di facilitazione nell'accesso, dalla gestione del magazzino all'approvvigionamento di farmaci e presidi, dalla tenuta amministrativa documentale ed autorizzativa delle strutture agli adempimenti in materia di tutela del personale, il governo tecnico-organizzativo provvede a che la "macchina distretto" sia funzionale, accogliente, produttiva.

ATTO AZIENDALE

Un costante adeguamento delle risorse tecnico-diagnostiche, la garanzia di una manutenzione strutturale e tecnologica continua, il miglioramento dei percorsi di accesso, la modernizzazione dei sistemi, la garanzia del debito informativo sono altrettanti drivers su cui far procedere le attività distrettuali.

La modernizzazione dei processi, l'informatizzazione dei sistemi, la dematerializzazione e digitalizzazione degli atti saranno modalità operative per declinare con maggiore velocità gli adempimenti formali del Distretto.

In tal senso le Direzioni strategiche devono conferire ai Servizi Tecnici di supporto aziendali (o Tecnostruttura) ed ai Servizi Prevenzione e Protezione ogni strumento ed ogni risorsa per favorire adeguamenti, manutenzione, miglioramento dell'accoglienza, affiancamento al Direttore di Distretto per l'adempimento a tutti gli obblighi di legge in materia di sicurezza, tutela dei lavoratori, abbattimento delle barriere architettoniche, funzionalità dei servizi, erogazione di prestazioni a mezzo tecnologie funzionali e moderne.

I Servizi Informatici ed il Controllo di Gestione che ricevono informazioni in entrata dai Distretti hanno l'obbligo di fornire una reportistica in tempi adeguati dei processi assistenziali e dell'utilizzo delle risorse, permettendo anche l'accesso al Direttore del Distretto alle piattaforme dati aziendali, relative al suo livello di Governo, affinché ne possa valutare la corrispondenza a quanto previsto.

Il Governo economico-finanziario e gestionale

Il Direttore del Distretto riceve un budget negoziato per lo svolgimento delle attività territoriali e di integrazione.

Attraverso un supporto amministrativo-contabile provvede alla gestione dei fondi assegnati, a procedure di gara, a liquidazione fatture, alla gestione dei flussi di cassa, ad acquisti in conto economato; assegna budget condivisi alle singole UU.OO.

Governa la gestione del personale, ne determina i costi accessori, ne liquida le competenze, ne valuta l'efficienza e i risultati.

Nella configurazione di Datore di Lavoro risponde, ove previsto dal modello aziendale, per le funzioni delegate dal Direttore Generale, al governo della sicurezza sui luoghi di lavoro e tutto quanto previsto dal D.Lgs. 81/08 e s.m.i. Il Direttore Responsabile del Distretto ottiene un budget dedicato alla Sicurezza sui luoghi di lavoro, proporzionale alle dimensioni delle strutture gestite, periodicamente reintegrabile, utilizzabile in caso di emergenze. Riceve, per queste funzioni, supporto prioritario da parte dei Servizi Tecnici o Tecnostruttura aziendale e dai Servizi Amministrativi (Provveditorato, Economato, Affari Legali).

Le attribuzioni del Direttore di Distretto Socio-Sanitario

Il Direttore del distretto sociosanitario, realizza le indicazioni della Direzione Aziendale, gestisce le risorse assegnate al distretto, in modo da garantire l'accesso della popolazione alle strutture e ai servizi, l'integrazione tra i servizi e la continuità assistenziale.

Il direttore del distretto sociosanitario è delegato dalla Direzione generale nei rapporti con i sindaci del distretto nella concertazione e pianificazione dei Piani Territoriali di attività.

Il Direttori dei Distretti socio sanitari, dovranno predisporre ogni anno un'analisi di popolazione, una strategia di azione, nella declinazione del Piano Annuale delle Attività Territoriali (P.A.T.).

ATTO AZIENDALE

Il Direttore del Distretto, pur nel solco degli obiettivi generali assegnati, traduca in azioni di programmazioni specifiche gli obiettivi territoriali da raggiungere.

Il direttore di distretto sociosanitario si avvale di un Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali (UCAD), composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali. Sono membri di diritto di tale ufficio un rappresentante dei medici di medicina generale, uno dei pediatri di libera scelta ed uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto.

Il Compito del Direttore del Distretto Socio-Sanitario prevede il possesso di competenze gestionali che necessariamente devono accompagnarsi alle fasi di valutazione e di decisione.

La gestione di un Distretto Sanitario si basa fundamentalmente su principi di:

- Autonomia organizzativa;
- Responsabilità gestionali;
- Attenzione alle reali necessità, aspettative e preferenze dei cittadini.

Il Distretto Sanitario viene dotato di autonomia tecnico gestionale ed economico finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio. È, infatti, in relazione agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento che al Distretto vengono attribuite le necessarie risorse ed è in tal senso che va orientata la necessità di distinzione operativa tra competenza tecnico-professionale e competenza gestionale del distretto. Resta in merito determinato che le articolazioni aziendali territorialmente dislocate presso una macro struttura differente da quella cui afferisce in base alle determinazioni del presente atto aziendale, per datore di lavoro, in materia di sicurezza deve intendersi il direttore della macrostruttura presso cui la predetta articolazione aziendale è territorialmente dislocata.

Principali Funzioni del Direttore del Distretto sociosanitario:

- È responsabile del coordinamento organizzativo delle strutture distrettuali di competenza, nonché di tutti gli uffici e i servizi distrettuali; esercita la vigilanza e il coordinamento del personale incardinato e assegnato al distretto ed è responsabile delle funzioni organizzative del distretto;
- È responsabile della realizzazione, nell'ambito territoriale di competenza, degli indirizzi strategici della Direzione Generale nonché della gestione delle risorse attribuite e dell'attività svolta dal personale assegnato per il perseguimento di precisi obiettivi programmatici ed è responsabile della gestione, organizzazione e coordinamento delle risorse tecnico-professionali, amministrative, patrimoniali e finanziarie assegnate al Distretto attraverso la procedura di budget;
- È deputato al coordinamento, organizzazione e gestione delle risorse tecnico - professionali, amministrative, patrimoniali e finanziarie assegnate al Distretto attraverso la procedura di budget;
- Assicura l'analisi del fabbisogno di assistenza sanitaria e socio-sanitaria della popolazione, funzionale all'elaborazione della proposta del PAT, con particolare riferimento ai percorsi diagnostico-terapeutici e riabilitativi adeguati ai bisogni delle persone ed alle aree della cronicità, della fragilità, della non autosufficienza;
- Assicura il continuo adeguamento quali-quantitativo ai bisogni della popolazione e alla disponibilità delle risorse
- Esercita il governo della domanda assistenziale, attraverso la promozione e la ricerca degli strumenti più

ATTO AZIENDALE

idonei a garantire la appropriatezza delle prestazioni;

- È responsabile della concertazione e definizione di protocolli operativi con i Comuni associati in Ambito Territoriale per la gestione coordinata e integrata delle funzioni sociosanitarie e socioassistenziali;
- Garantisce il monitoraggio dei dati di organizzazione e attività e gestione dei flussi informativi;
- È deputato all'analisi dei fabbisogni formativi in coerenza con gli obiettivi aziendali al fine della definizione dei Piani Formativi da concertare con la Conferenza dei Distretti;
- Redige la relazione annuale del distretto;
- Provvede all'attivazione e la gestione dei Programmi Distrettuali per il migliore coinvolgimento dei MMG e dei PLS nella funzione assistenziale organizzando risposte semplici o complesse ai bisogni di salute, realizzando contestualmente l'appropriatezza delle cure e garantendo la continuità dell'assistenza e la collaborazione con i MMG per la gestione dell'Ospedale di Distretto se operativo.
- Promuove modelli assistenziali avanzati e sperimentali.

Le funzioni di produzione del Distretto devono essere organizzate almeno nelle seguenti attività:

- Accoglienza e presa in carico delle persone con bisogno sociosanitario, che, attraverso la PUA e la valutazione multidimensionale in UVI, garantiscono l'accesso appropriato ai servizi sociosanitari e programmano l'attivazione e l'integrazione della rete dei servizi sociali e sanitari;
- Attività assistenziale a favore della comunità di riferimento assistenza primaria, declinata anche nelle nuove forme organizzative della medicina convenzionata (A.F.T. e U.C.C.P.);
- Medicina specialistica territoriale in particolare a livello distrettuale o interdistrettuale, che a mezzo di PDTA, Linee Guida, relazioni interdisciplinari ed integrazione Ospedale-Territorio, assicura la presa in carico del paziente post-acuto e cronico, anche integrata nelle UCCP ove previste;
- Salute della donna e dell'età evolutiva, che garantisce la tutela della salute della donna e dell'infanzia-adolescenza, ponendo in stretta continuità e contiguità l'attività svolta dai pediatri di libera scelta e dai consultori familiari e partecipando, ove previsto alla funzionalità delle UCCP;
- Riabilitazione e presa in carico dell'utente disabile adulto (sopra i 18 anni), ivi compresa l'assistenza protesica che, attraverso equipe multidisciplinari, garantisce gli interventi di cura e riabilitazione, programma l'attivazione e l'integrazione della rete dei servizi sociali e sanitari, anche domiciliari;
- Assistenza domiciliare integrata, indirizzata prevalentemente a persone affette da malattie croniche, sindromi cliniche e funzionali, deficit multipli che determinano disabilità e non autosufficienza attraverso procedure che tengano conto di tale complessità, in stretto raccordo con le rispettive Unità operative di riferimento (materno-infantile, salute mentale, riabilitazione, ecc);

Relativamente al rapporto distretto/dipartimenti ospedalieri, il percorso di integrazione si declina prioritariamente attraverso la definizione di Procedure Aziendali, Linee Guida e PDTA.

In questo ambito devono essere definiti i protocolli di accesso alle strutture ambulatoriali e diagnostiche ospedaliere e le modalità di valutazione multidimensionale in sede di pre e post-dimissione, per l'avvio tempestivo del paziente verso percorsi di cura di Riabilitazione, Residenzialità e Semi-residenzialità, Hospice. Sono richieste, a tal fine, iniziative formali di integrazione attraverso la partecipazione di medici

ATTO AZIENDALE

ospedalieri ad attività distrettuali e viceversa, mediante il sistema di reti professionali e i gruppi operativi interdisciplinari.

ATTO AZIENDALE

Distretti Socio Sanitari

L'ASL Salerno, è costituita da 13 Distretti Sanitari, per complessivi 158 Comuni e una popolazione di riferimento di 1.101.763 cittadini residenti.

Distretto	Numero Comuni	Popolazione*
Distretto 60 Nocera Inferiore	4	93.716
Distretto 61 Angri/Scafati	4	97.032
Distretto 62 Sarno/Pagani	4	89.314
Distretto 63 Cava de Tirreni/Costa d'Amalfi	14	92.274
Distretto 64 Eboli/Buccino	18	101.448
Distretto 65 Battipaglia	3	71.919
Distretto 66 Salerno	2	143.957
Distretto 67 Mercato San Severino	6	70.966
Distretto 68 Giffoni Valle Piana	9	81.549
Distretto 69 Capaccio/Rocccaspide	20	56.280
Distretto 70 Vallo della Lucania/Agropoli	38	96.492
P.O: Sapri e Distretto 71 Sapri	18	44.377
P.O. Polla e Distretto 72 Sala Consilina/Polla	18	62.439
ASL Salerno	158	1.101.763

DD.SS	TOTALE	0-14 anni	15-64 anni	>65 anni	Indice di vecchiaia	Indice dipendenza anziani	Indice dipendenza strutturale
	1.101.763	143.616	716.304	241.843	168,40	33,76	53,81
DS 60	93.716	11.994	62.945	18.777	156,6	31,4	51,5
DS 61	97.032	14.151	65.845	17.036	120,4	27,2	49,8
DS 63	92.274	10.865	60.348	21.061	193,8	36,8	55,8
DS 64	101.448	13.018	67.526	20.904	160,6	32,6	52,9
DS 65	71.919	9.445	48.174	14.300	151,4	31,3	51,9
DS 66	143.957	163.10	92.143	35.504	217,7	40,7	59,4
DS 67	70.966	9.505	48.052	13.409	141,1	29,4	50,2
DS 68	81.549	11.112	55.543	14.984	134,8	28,4	49,5
DS 69	56.280	6.536	36.751	12.993	198,8	37,3	56,0
DS 70	96.492	10.864	62,485	23.143	213,0	39,1	57,4
DS 71	44.377	4.798	28.002	11.577	241,3	43,7	61,8
DS 72	62.439	7.146	40.815	14.478	202,6	37,4	55,9

ATTO AZIENDALE

Modello Organizzativo

La Direzione del Distretto Socio- Sanitario, vista la complessità della funzione di unità territoriale del governo dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria del territorio di competenza è attribuito l'incarico di struttura complessa.

Il Direttore del distretto sociosanitario supporta il Direttore sanitario aziendale nelle attività di Governo Clinico.

Sia nell'assetto dalla L. 833/78, che nel profilo disegnato D.Lgs. n. 502/92 e delle sue modificazioni nel corso di ormai quasi un trentennio, il Distretto è configurato come il fulcro dell'assistenza territoriale. Il distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie, e coordina le proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, in un programma organico delle attività territoriali.

Le azioni dei Distretti e dei Dipartimenti strutturali si realizzano attraverso le Unità Operative, a ciascuna delle quali è preposto almeno un dirigente con funzione di responsabile. I responsabili delle Unità Operative riferiscono dal punto di vista gestionale al Direttore del Distretto e funzionalmente alle UOC centrali di riferimento cui appartengono, per ciò che attiene la selezione ed il raggiungimento degli obiettivi, nonché per la assegnazione delle risorse e la contrattazione del budget all'interno del Distretto o del Dipartimento.

Le Unità Operative perseguono finalità comuni, risultando quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale nell'ambito di un unico modello organizzativo e gestionale.

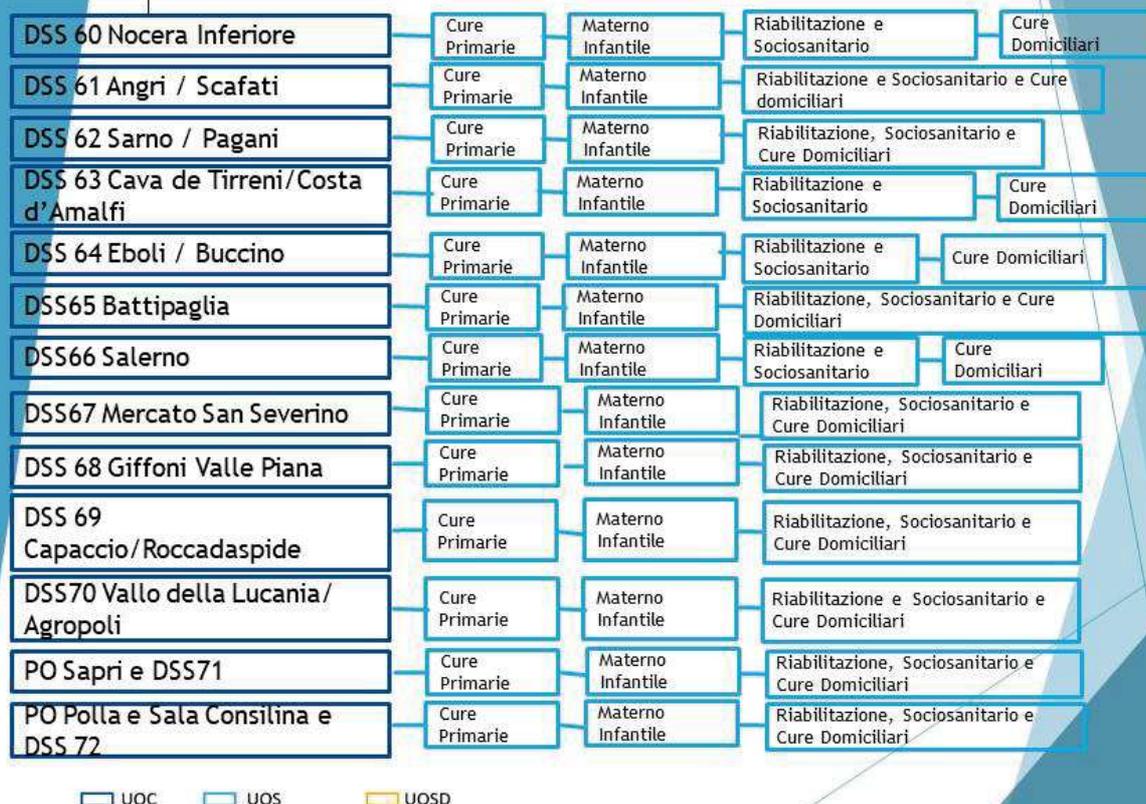
Ciascuna Unità operativa può afferire ad una o più Aree funzionali di coordinamento, partecipando in tale ambito alla definizione di PDTA e percorsi organizzativi a valenza sovra distrettuale. L'organizzazione delle Unità Operative è definita in Atto aziendale, con riferimento agli ambiti di cura e secondo le indicazioni delle Linee Guida Regionali. Nell'ambito dei Distretti, le attività assistenziali, coordinate dal Direttore Responsabile del Distretto, sono riferite alle seguenti aree di intervento, così articolate:

- Cure Primarie: a cui afferiscono l'Assistenza sanitaria di base (medicina generale, pediatria di libera scelta, - continuità assistenziale), Assistenza specialistica ambulatoriale, Assistenza termale; la Medicina legale;
- Materno-Infantile a cui afferiscono: le attività consultoriali e l'Assistenza vaccinale;
- Cure domiciliari: le attività di riferimento sono, Assistenza ad adulti e anziani non autosufficienti, Assistenza a malati terminali;
- Riabilitazione e sociosanitario: Assistenza alla disabilità e assistenza protesica,

Nella seguente tabella sono specificate le UOS Distrettuali individuate per i DD.SS.

ATTO AZIENDALE

Area di coordinamento delle Attività Distrettuali



Le UU.OO.SS. Distrettuali sono gerarchicamente dipendenti dall' UOC del Distretto Sanitario e in base agli incarichi professionali in essa afferenti, per il tramite della UOC Direttore del Distretto, funzionalmente collegate alle UU.OO.CC. Centrali ed ai Dipartimento di riferimento per le linee di attività di competenza.

Le Nuove Articolazione Organizzative del Distretto Socio - Sanitario

L'evoluzione del quadro demografico epidemiologico, l'invecchiamento della popolazione e l'enorme crescita della domanda di prestazioni sanitarie hanno determinato l'esigenza di rispondere a livello territoriale a una richiesta di presa in carico di problemi di salute complessi, e di assicurare l'appropriatezza delle prestazioni erogate attraverso il governo clinico dei percorsi assistenziali dei pazienti.

In tale contesto diventa prioritario offrire al sistema delle Cure Primarie tutti gli strumenti che gli permettano di evolvere la propria capacità di risposta all'aumento ed alla variabilità delle richieste del territorio. Risulta necessario ridefinire il ruolo della Medicina Generale e della Pediatria quale perno di una rete sociosanitaria organizzata e dinamica che si muova sui binari dell'efficacia, dell'efficienza e dell'appropriatezza, attraverso processi di integrazione organizzativa e relazionale

Il DCA 18 del 18/02/2015 ha definito l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, e i servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo

ATTO AZIENDALE

modalità operative che prevedono forme organizzative monoprofessionali, denominate Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria, con la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata (h 24), nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere”.

Aggregazione Funzionale Territoriale

La AFT rappresenta un'articolazione organizzativa del Distretto Sanitario nell'ambito della quale operano MMG o PLS coordinati in team funzionali.

Ai sensi dell'art 26 dell'ACN i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di libera Scelta partecipano obbligatoriamente alle AFT.

Ciascuna AFT funzionalmente collegata alla Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP):

- Ha carattere monoprofessionale;
- È costituita dall'insieme dei professionisti che hanno in carico il cittadino, il quale esercita la scelta nei confronti del singolo medico;
- Rappresenta, insieme alla uccp, l'unica forma di aggregazione possibile e con la sua istituzione vengono superate e sostituite tutte le forme associative della medicina convenzionata sino ad ora realizzate in Campania.

Le AFT della medicina generale in relazione alle caratteristiche demografiche, orografiche e socio-culturali del territorio hanno una popolazione di riferimento non superiore a 30.000 assistiti, fermo restando le esigenze legate alle aree ad alta densità abitativa. Le stesse vengono configurate avendo a riferimento anche gli ambiti territoriali della medicina generale.

La AFT dei MMG si impegna principalmente:

- Nell'assistere in ambulatorio e a domicilio la popolazione in carico valutandone i bisogni;
- Nell'assicurare la diagnosi precoce delle patologie croniche e relative complicanze;
- Nel partecipare ai percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (pdta) per le principali patologie croniche stabiliti dal piano (diabete – piede diabetico e ulcere cutanee - scompenso cardiaco - ipertensione – broncopneumopatia cronica ostruttiva - nefropatie croniche - sclerosi laterale amiotrofica - demenze) e agli ulteriori percorsi che la Regione Campania individua con il coinvolgimento dei medici convenzionati;
- Nell'assicurare la continuità ospedale/territorio con riferimento alle ammissioni e dimissioni protette;
- Nell'adottare la medicina di iniziativa;
- Nel partecipare all'attività di formazione funzionale al modello di riorganizzazione dell'assistenza

ATTO AZIENDALE

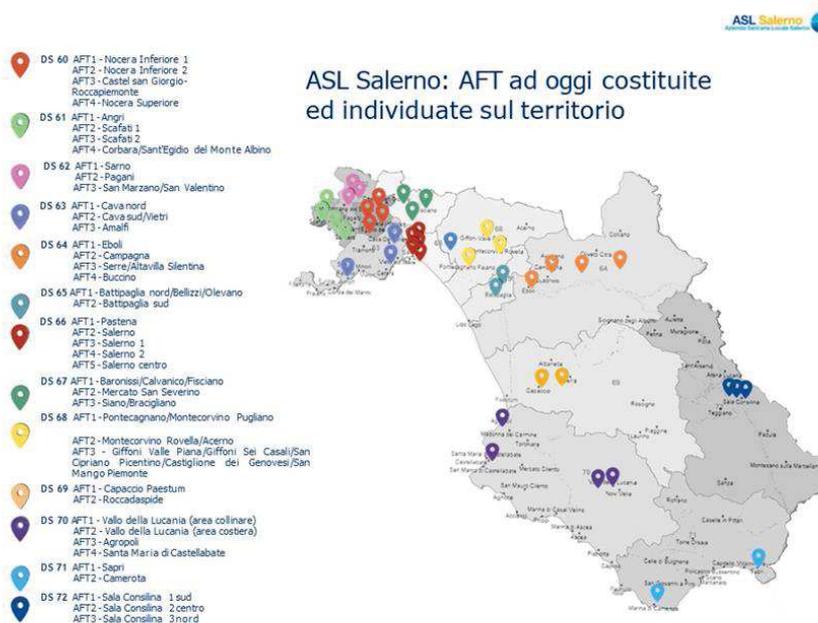
territoriale

La AFT dei PLS, si impegna principalmente:

- Nell'attività di sostegno alla genitorialità in collegamento e raccordo con il Consultorio familiare
- Nell'attività di prevenzione
- Nella diagnosi precoce e nei percorsi di gestione delle patologie croniche in età pediatrica condividendo ed implementando i PDTA e coordinandosi con le AFT della medicina generale.

Tutto ciò determinerà un nuovo modello di organizzazione delle cure primarie che ha come obiettivo quello di:

- Realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, 24 ore al giorno per 7 giorni alla settimana;
- Favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita e al proprio domicilio;
- Mantenere un'elevata qualità delle caratteristiche tipiche dell'assistenza primaria (es. La relazione interpersonale, l'assistenza basata sulla persona e non sulla malattia, la continuità ed il coordinamento dell'assistenza);
- Garantire la continuità dell'assistenza, anche attraverso l'implementazione di protocolli condivisi che garantiscano l'integrazione tra ospedale e territorio;
- Garantire la gestione integrata dei pazienti, attraverso l'implementazione di percorsi assistenziali e l'integrazione tra sociale e sanitario;
- Favorire la promozione della salute e l'implementazione di una medicina di iniziativa;
- Garantire una effettiva presa in carico dell'utente a partire in particolare dai pazienti cronici.



ATTO AZIENDALE

Stima del numero di AFT della Medicina Generale e della Pediatria nella Asl Salerno Programmate ai sensi DCA n. 99 del 22.09.2016

In virtù del rapporto fiduciario medico-paziente, la costituzione dell'AFT individua automaticamente anche il bacino di assistiti ai quali sono rivolte le relative attività dalle ore 8.00 alle ore 20.00 dei giorni feriali dal lunedì al venerdì e dalle ore 8.00 alle ore 10.00 del sabato, articolando l'apertura degli studi che ne fanno parte e secondo quanto previsto dal vigente A.C.N.

Inoltre, per garantire l'assistenza durante l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, in esecuzione dell'art. 1 della L. 189/2012, i medici a 44

La descritta articolazione degli orari di attività della AFT dovrà essere adeguata dalle ASL in caso di eventuale diversa definizione stabilita dai prossimi ACN per la medicina convenzionata e/o in presenza di specifici accordi aziendali ai sensi del co.6 dell'art.5-capo 4° del vigente AIR, anche in relazione alla istituzione del numero unico per le chiamate mediche non urgenti.

Con tale articolazione organizzativa del Distretto Sanitario viene, dunque, salvaguardata la capillare diffusione degli studi medici ed il rapporto di fiducia medico/paziente, favorendo una consistente diffusione territoriale delle sedi di erogazione al fine di garantire l'equità di accesso. In ogni caso, ciascuna AFT ha una sede di riferimento per le funzioni di coordinamento, condivisione e audit, la quale può costituire anche il luogo unificato di erogazione dei servizi della stessa AFT e dell'Azienda.

ASL Salerno	n. D.S.	Pop. >15anni	MAP a ciclo unico	n. AFT MMG	Pop. 0-14 anni	P.L.S.	UCCP PLS
	13	958.147	656	42	143.616	113	18

Compiti e funzioni

I medici della AFT (possono essere dotati di attrezzature per la diagnostica di primo livello (e)assicurano l'audit tra i componenti nonché la condivisione in forma organica di attività, obiettivi, percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità e linee guida, così come definiti dalla Regione e concordati con la ASL e il Distretto Sanitario di riferimento.

La AFT dei MMG si impegna principalmente:

- Nell'assistere in ambulatorio e a domicilio la popolazione in carico valutandone i bisogni;
- Nell'assicurare la diagnosi precoce delle patologie croniche e relative complicanze;
- Nel partecipare ai percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (pdta) per le principali patologie croniche stabiliti dal piano (diabete -piede diabetico e ulcere cutanee -scompenso cardiaco -ipertensione -bronco-pneumopatia cronica ostruttiva -nefropatie croniche -sclerosi laterale amiotrofica -demenze) e agli ulteriori percorsi che la Regione Campania individua con il coinvolgimento dei medici convenzionati;
- Nell'assicurare la continuità ospedale/territorio con riferimento alle ammissioni e dimissioni protette;
- Nell'adottare la medicina di iniziativa;
- Nel partecipare all'attività di formazione funzionale al modello di riorganizzazione dell'assistenza territoriale.

ATTO AZIENDALE

Le AFT saranno individuate per singoli Distretti Sanitari in collaborazione con le OO.SS. delle Medicina Convenzionata (MMG – PLS), a seguito di una programmazione da parte dei Comitati ex art. 23 MMG e PLS.

Successivamente sarà cura dei medici che compongono l'AFT nominare al loro interno il Medico coordinatore dell'AFT con compiti di raccordo funzionale e professionale con il Distretto e con la Direzione Sanitaria Aziendale.

Aggregazioni funzionali territoriali di specialistica ambulatoriali

La Regione Campania con i propri atti di programmazione regionale (DCA n.83 del 31.10.2019) “Piano Regionale della Rete di Assistenza sanitaria territoriale 2019-2021” ha inteso potenziare e riorganizzare l’assistenza territoriale nell’ambito della quale assume una rilevanza il ruolo e le funzioni del medico specialista ambulatoriale con l’obiettivo di sviluppare forme alternative di assistenza accessibili a tutti, allo scopo di migliorare la qualità dei servizi sanitari erogati, con l’obiettivo di portare l’assistenza il più vicino possibile ai luoghi di vita e di lavoro del cittadino, anche attraverso lo sviluppo di servizi e strutture di prossimità. Con la sottoscrizione dell’Accordo Integrativo Regionale 2020 per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriale la Regione Campania ha inteso favorire la crescita organizzativa della medicina specialistica verso un modello più adeguato alle mutate esigenze assistenziali attraverso il coordinamento e l’approccio multidisciplinare, in ambulatorio, presso il domicilio del paziente ed i presidi ospedalieri, collaborando con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta anche nell’ambito delle nuove articolazioni organizzative quali le AFT e le UCCP. Tale accordo vuole contribuire al processo di razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale (SSR), evidenziando però le opportunità che i Distretti, i Presidi aziendali e le altre Strutture potranno avere, potenziando e qualificando l’offerta di prestazioni attraverso il rilancio e il pieno utilizzo dell’attività specialistica ambulatoriale, dei medici veterinari e delle altre professionalità anche attraverso il nuovo modello assistenziale definito “Day-service/PACC” e la istituzione delle AFT e UCCP oltreché dell’integrazione territorio-ospedale.

Le AFT rappresentano, dunque, una risposta concreta ed efficace alla realizzazione di una molteplicità di obiettivi e di finalità per cui è necessario evidenziare l’importanza di una Gestione Interdisciplinare e Integrata per trattare in modo adeguato tali patologie sia dal punto di vista clinico e diagnostico, ma anche dal punto di vista gestionale e organizzativo, il tutto finalizzato a realizzare un modello di cura centrato sul paziente-persona nel suo contesto familiare e sociale (Disease Management delle patologie croniche).

Per la tipologia e il numero di Aggregazioni Funzionali Territoriali dei Medici Specialisti Ambulatoriali, da programmare questa ASL dovrà tener conto:

- della densità residenziale (alta, media, bassa) rapportata al numero dei residenti nel territorio di competenza;
- della distribuzione, della “struttura” e dell’incidenza di patologia della popolazione sul territorio medesimo;
- delle condizioni e delle caratteristiche orografiche delle zone interessate;
- dei presidi sanitari territoriali pubblici già esistenti;
- del sistema viario esistente;
- del sistema di trasporto pubblico e dei tempi di percorrenza tra zone e zone;
- delle zone disagiate esistenti sul territorio.

L'Assistenza Farmaceutica Territoriale

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 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. Il Dipartimento farmaceutico coordina le Farmacie Distrettuali che pertanto afferiscono funzionalmente al Dipartimento Farmaceutico.

Le unità operative di cure primarie distrettuali

Il modello assistenziale seguito, fino a qualche tempo fa, in Regione Campania poteva essere definito di tipo settoriale-specialistico, in cui ciascun professionista erogava prestazioni con diverso grado di complessità senza che vi fosse una reale adozione di linee guida e/o protocolli diagnostico terapeutici condivisi. Tale assetto organizzativo ha condotto ad una consistente differenziazione dell'offerta che, in assenza di integrazione e coordinamento, ha determinato la frammentazione e duplicazione degli interventi con allungamento dei tempi di attesa dei livelli assistenziali più elevati. In tale scenario non è l'organizzazione a ruotare intorno alla persona malata ma è lo stesso cittadino che cerca di ricomporre in prima persona l'offerta assistenziale presentandosi ai diversi punti di erogazione dei servizi per ricevere una risposta al proprio bisogno di salute. Inoltre, ancora oggi è alquanto carente l'azione di filtro esercitata dal territorio, per cui gli assistiti si rivolgono direttamente al pronto soccorso ospedaliero bypassando del tutto il livello delle cure primarie.

Ai sensi dell'art. 1 della L. 189 del 8.11.2012, l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria ha subito una sostanziale modifica. Essa deve promuovere l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, e con i servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedono forme organizzative monoprofessionali, denominate "aggregazioni funzionali territoriali (AFT)", che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate "unità complesse di cure primarie (UCCP)", che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. L'Azienda, in coerenza con le indicazioni e i principi regionali, intende perseguire l'organizzazione distrettuale secondo tali modelli, collegandosi anche agli interventi regionali in materia di utilizzo di idonei sistemi informatici, assicurando l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo nazionale, compresi gli aspetti relativi al sistema della tessera sanitaria, secondo quanto stabilito dall'articolo 50 del Decreto-Legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla Legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni, nonché

ATTO AZIENDALE

la partecipazione attiva all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette mediche. L'attività sarà quindi definita sulla base delle indicazioni contenute nel Patto per la Salute 2014/2016 (art. 5 co. 1), che affida alle Regioni il compito di promuovere un modello multiprofessionale ed interdisciplinare, istituendo le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) quali forme organizzative della medicina convenzionata, integrata con personale dipendente del SSN come previsto dal comma 2 dell'art. 1 della legge 189/2012, per l'erogazione delle cure primarie, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti degli ACN e definito al fine di garantire uniformità assistenziale.

Per quanto attiene al ruolo di tali articolazioni organizzative del Distretto Sanitario, il medesimo articolo 5 del Patto, al successivo comma 3, stabilisce che le AFT e le UCCP costituiscono le uniche forme di aggregazione delle cure primarie, per cui in esse confluiscono le diverse tipologie di forme associative della medicina generale e le altre tipologie di aggregazioni funzionali e/o strutturali realizzate nelle varie Regioni (di cui all'art. 54 dell'ACN 2009). In effetti già l'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la Medicina Generale quadriennio normativo 2006/2009 agli artt. 26 bis e 26 ter disciplinava le AFT e le UCCP e il successivo Accordo Integrativo Regionale (AIR) della Campania per la Medicina Generale del 2013 all'art. 11 prevedeva l'attuazione di tali forme sperimentali. Nell'anno 2015, inoltre, sono intervenuti, sulle modalità di riorganizzazione dell'assistenza territoriale, le associazioni per Pediatria di Libera Scelta (artt. 20 e 21) e l'ACN per la Specialistica Ambulatoriale (artt. 4- 5 - 6 - 7 - 8) e, da ultimo, diversi documenti integrativi dell'Atto di indirizzo per la Medicina Convenzionata, deliberato in data 12.02.2014.

Pertanto, in attuazione del DCA n. 18 del 18.2.2015, viene definito un modello organizzativo per le cure primarie che preveda la realizzazione nel territorio della continuità dell'assistenza, 24 ore al giorno per 7 giorni alla settimana e che:

- Favorisca il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita e al proprio domicilio;
- Mantenga un'elevata qualità delle caratteristiche tipiche dell'assistenza primaria (es. La relazione interpersonale, l'assistenza basata sulla persona e non sulla malattia, la continuità ed il coordinamento dell'assistenza);
- Garantisca la continuità dell'assistenza, anche attraverso l'implementazione di protocolli condivisi per l'integrazione tra ospedale e territorio;
- Garantisca la gestione integrata dei pazienti, attraverso l'implementazione di percorsi assistenziali e l'integrazione tra sociale e sanitario;
- Favorisca la promozione della salute e l'implementazione di una medicina di iniziativa;
- Garantisca una effettiva presa in carico dell'utente a partire in particolare dai pazienti cronici.

Ciò consentirà, anche, di riequilibrare il rapporto ospedale-territorio, di delineare una rete di servizi territoriali che si integra con quella ospedaliera, realizzando un continuum di snodi assistenziali ad intensità variabile, di individuare, in conformità alla L. 189/2012, al Patto per la Salute 2014/2016 e ai Programmi Operativi regionali, un modello organizzativo unitario garantisca equità di accesso e trattamento ai cittadini.

L'utilizzo appropriato dell'ospedale è strettamente connesso al riequilibrio ospedale-territorio e al riassetto dell'assistenza primaria, dell'assistenza domiciliare e di quella residenziale nelle strutture intermedie. Elementi fondamentali della riorganizzazione sono rappresentati dalla realizzazione delle reti di assistenza per intensità di cura, dal livello di integrazione raggiunto tra le diverse strutture territoriali e tra queste e le strutture ospedaliere. È ormai ampiamente riconosciuto il ruolo esercitato dalle varie tipologie di servizi e

ATTO AZIENDALE

strutture territoriali nel contenere i ricoveri ospedalieri inappropriati. Allo stesso modo, il territorio assume una forte responsabilità di controllo dei flussi in uscita dagli ospedali. Tale potere, in pratica, si estrinseca nella capacità di gestire le dimissioni protette e di assicurare la continuità assistenziale nel setting più appropriato. Il governo dell'intero sistema è affidato al Direttore di Distretto che lo esercita, anche per il tramite un Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD). Ed è attraverso la promozione della medicina di iniziativa, della gestione attiva della cronicità, della presa in carico dell'assistito, dell'integrazione professionale ed organizzativa che il territorio esercita la funzione di filtro degli accessi impropri al pronto soccorso, dei ricoveri inappropriati, dei ricoveri ripetuti e/o prolungati.

La programmazione distrettuale, che si estrinseca nel Programma delle Attività Territoriali (PAT), include, dunque, le predette forme organizzative anche al fine di evitare ogni possibile rischio di duplicazione e frammentazione dei servizi e relative attività. In particolare, per la UCCP è previsto un sistema di finanziamento a budget e nell'ambito del processo sono definiti obiettivi di salute da perseguire, indicatori, frequenza del monitoraggio, tempi di verifica intermedia e finale con possibilità di apportare modifiche in corso d'opera.

I Direttori di Distretto sono invitati, entro 60 giorni dall'approvazione del presente Atto, a proporre il PAT relativo al proprio territorio, al fine di realizzare un Piano Aziendale e definire un crono- programma operativo.

Le Unità Operative di Assistenza Materno-Infantile distrettuali

Nei giorni di chiusura degli ambulatori dei Pediatri di Libera Scelta, in assenza dell'attività di continuità assistenziale specialistica, si manifesta un ricorso inappropriato alle strutture ospedaliere per gli assistiti di età pediatrica. In pratica, viene quasi completamente bypassato il livello di assistenza territoriale al fine di ottenere risposte ad esigenze urgenti o, spesso, solo percepite come tali, nella convinzione di ricevere al pronto soccorso ospedaliero un inquadramento clinico-terapeutico migliore e in tempi brevi. In molti casi si tratta di accessi evitabili che affollano il pronto soccorso e potrebbero essere gestiti prevedendo adeguate modalità organizzative nell'ambito dell'assistenza territoriale. Saranno definite iniziative, d'intesa con la Regione e con le rappresentanze di categoria, per assicurare anche a tale fascia di assistiti, percorsi assistenziali privilegiati, extraospedalieri, per garantire la continuità assistenziale specialistica alla popolazione pediatrica per la valutazione ed il trattamento delle situazioni patologiche non differibili e che comunque non presentano i caratteri dell'urgenza (codici bianchi e verdi). Collegata agli interventi nell'area dell'infanzia, va delineata la rete materno-infantile e dei Consultori Familiari. La necessità di ricostruire tale sistema nasce da specifiche esigenze di programmazione e dalla riduzione dei "punti nascita" all'interno del territorio. È infatti evidente che l'assenza del punto nascita in un determinato territorio non comporta soltanto lo spostamento del luogo del parto, ma la perdita di riferimenti per l'assistenza al percorso nascita che viene, sostanzialmente, garantito dall'ospedale (ecografie, analisi ematochimiche, visite periodiche, ecc.). La riqualificazione e il potenziamento dei Consultori familiari, specialmente nei territori dove non insistono i punti nascita, serve, appunto, a garantire alle donne un percorso idoneo a garantire il controllo, costante e continuo, dello stato di gravidanza. Il Consultorio, però, non dovrà essere soltanto un "ambulatorio ginecologico" e un "ambulatorio pediatrico", ma, piuttosto, all'interno del Distretto, uno spazio in cui la donna, la coppia, la famiglia, possano trovare offerte integrate di assistenza medica, psicologica, legale, informativa, sociale.

Nell'ambito dei Consultori è garantita l'assistenza ai fini dell'applicazione della legge 22 maggio 1978, n. 194 in materia di Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza.

ATTO AZIENDALE

L'Azienda istituisce i Servizi di IVG presso le Unità Operative ospedaliere di Ostetricia e Ginecologia d'intesa con i Responsabili, tenuto conto di eventuali determinazioni in ordine alle obiezioni di coscienza.

I bisogni dei soggetti in età evolutiva

La peculiarità dell'età evolutiva sta nel fatto che gli esiti dell'evento lesivo interagiscono con la dinamica dello sviluppo fisico, psichico e sociale del minore, determinando una cascata di possibili effetti negativi. I campi che vengono chiamati in causa non sono infatti relativi alla sola fenomenica minorativa (dal verificarsi dell'evento lesivo fino alla situazione di svantaggio esistenziale), ma si estendono anche alle tematiche dell'istruzione (dalla scuola dell'obbligo alla formazione professionale) e hanno implicanze nel sociale. Si tratta di aspetti che, pur non avendo una valenza di tipo strettamente sanitario, sono tuttavia strettamente essenziali se si vuole che il recupero (o il suo tentativo massimale) tenda al raggiungimento delle maggiori possibilità di integrazione sociale.

Gli interventi riabilitativi devono essere erogati con particolare attenzione all'efficienza delle procedure in termini di ottimizzazione delle condizioni necessarie per raggiungere il massimo sviluppo possibile. L'Azienda, in linea con le indicazioni regionali, intende riprogrammare gli interventi e i percorsi, per una riqualificazione dell'offerta assistenziale, per una ridefinizione dei livelli assistenziali ed organizzativi degli interventi a favore delle persone con disabilità in età evolutiva con necessità di trattamenti terapeutico-riabilitativi nonché per minori affetti da disturbi dello spettro autistico e/o disturbi della sfera cognitiva e relazionale. In ogni fase del percorso di cura sarà determinante la collaborazione tra le persone e le agenzie che si occupano della salute e dell'educazione (pediatri di libera scelta, servizi di neuropsichiatria infantile ospedalieri e territoriali, strutture di riabilitazione pubbliche e private accreditate, scuola, comuni ed ambiti) con l'obiettivo di superare l'attuale frammentazione degli interventi e di realizzare un programma terapeutico individualizzato differenziato per intensità, complessità e durata. La scuola, i servizi sanitari, quelli socio-sanitari e la famiglia, sono chiamati ad operare in maniera sinergica al fine di garantire la diagnosi precoce, la tempestività, l'unitarietà e l'omogeneità dell'intervento personalizzato, con riferimento agli interventi diagnostici – terapeutici – abilitativi e riabilitativi, nonché la continuità delle cure nel setting di assistenza più appropriato, privilegiando la permanenza dell'assistito nel proprio ambiente di vita.

I bisogni di salute ricadenti nell'ambito neurologico, psichiatrico, psicologico e riabilitativo dell'età evolutiva, lungi dal rappresentare campi di intervento di specialità diverse, vanno ricondotti alla disciplina della neuropsichiatria infantile che è in grado di affrontare i molteplici aspetti che attengono all'evoluzione globale del bambino. In tale ottica, il coordinamento, l'uniformità delle procedure di accesso e l'omogeneità della presa in carico territoriale saranno assicurate da una struttura aziendale, che ha anche il compito di programmare le risorse umane, tecnologiche e finanziarie necessarie nonché quello di garantire l'attività formativa e di costituire interfaccia con la Regione. Il competente servizio della neuropsichiatria infantile territoriale, che potrà trovare organizzazione all'interno del Consultorio familiare, si integra costantemente con i restanti servizi del Dipartimento di Salute Mentale che sono pienamente coinvolti per garantire la continuità dell'assistenza nella delicata fase di passaggio dell'assistito dall'età evolutiva all'età adulta. Nel progetto di assistenza devono essere coinvolti la scuola e l'Ambito territoriale sociale che coordinano ed integrano i propri interventi con quelli dell'ASL al fine di assicurare l'unitarietà della risposta assistenziale.

Si ritiene, altresì, in adesione agli obiettivi regionali, di promuovere condizioni di benessere e di inclusione sociale delle persone minori, adolescenti e adulte affette dai disturbi dello spettro autistico, garantendo l'esercizio del diritto alla salute e la fruizione di peculiari e specifiche prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali. L'obiettivo è quello di superare l'attuale frammentazione degli interventi attraverso la realizzazione

ATTO AZIENDALE

di una rete di assistenza che integri il livello territoriale e quello ospedaliero e che assicuri la diagnosi precoce e la presa in carico globale con adeguato sostegno alla famiglia, in relazione alla caratterizzazione socioeconomica del nucleo. Pertanto, la scuola, i servizi sanitari, quelli sociosanitari e la famiglia, ovvero tutti i nodi della rete, sono chiamati ad operare in maniera sinergica al fine di garantire la diagnosi precoce, la tempestività, l'unitarietà e l'omogeneità dell'intervento personalizzato, con riferimento agli interventi diagnostici – terapeutici – abilitativi e riabilitativi, nonché la continuità delle cure nel setting di assistenza più appropriato, privilegiando la permanenza dell'assistito nel proprio ambiente di vita.

Le attività consultoriali e l'Area Materno-infantile

La legge 405 del 29 luglio 1975 istituisce i Consultori familiari che nell'ambito dell'assistenza distrettuale, rappresentano strutture ad accesso diretto che garantiscono alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche e riabilitative. Successivamente il POMI (Progetto Obiettivo Materno Infantile e le indicazioni scaturite dal Rapporto ministeriale sulle attività consultoriali 2008 hanno integrato e approfondito le indicazioni date dalla legge istitutiva. Il DPCM del 12 gennaio 2017 (Nuovi LEA) in tema di assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie precisa che nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie, le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche. È su tali principi che le ASL devono, nell'ambito della pianificazione attuativa, modellare la rete consultoriale territoriale prevedendo, inoltre, specifiche modalità di integrazione con la rete ospedaliera ed in particolare con le UU.OO. di ostetricia e ginecologia e le rispettive UU.OO. dell'area pediatrica (Punti Nascita, Terapia Intensiva, Neonatologia, Pediatria). Pertanto l'ASL Salerno intende istituire un coordinamento funzionale tra le UOMI, i centri vaccinali distrettuali ed il Dipartimento funzionale della Salute della Donna e del Bambino.

Oltre ai citati criteri, le Aziende, nella definizione della rete consultoriale territoriale devono tener conto della possibilità di realizzare consultori primari e secondari, come di seguito illustrato, prevedendo il raggiungimento dello standard di 1 consultorio ogni 20.000 abitanti per ASL:

- I **Consultori Primari**: sono quelli che garantiscono tutte le prestazioni previste dalle norme sui consultori. Dall'assistenza ginecologica, assistenza ostetrica e ginecologica alla gravidanza, al puerperio e all'allattamento, colloqui per problemi di sterilità e preconcezionali, colloqui per IVG, assistenza ai minori, adolescenti, alle coppie e alle famiglie ed educazione alla salute informazione e consulenza per l'adozione e l'affido familiare, consulenza per maltrattamenti e abuso. I consultori primari sono dotati di personale e attrezzature atti a soddisfare tutte le esigenze degli utenti.
- I **Consultori Secondari**: garantiscono le prestazioni di base ad esclusione delle consulenze specialistiche, in quanto non dotati di tutte le figure professionali e attrezzature presenti invece nei consultori primari. Per tali consultori saranno previste le figure professionali di cui all'accordo CU del 16/12/2010

Le figure professionali che compongono l'équipe del Consultorio Familiare:

- Ginecologo;

ATTO AZIENDALE

- Ostetrico;
- Infermiere;
- Infermiere pediatrico;
- Psicologo;
- Assistente Sociale;
- Operatore Sanitario;
- Amministrativi;
- Altro.

Consulenti:

- Mediatore/trice culturale;
- Neuropsichiatra infantile;
- Genetista;
- Andrologo;
- Sociologo;
- Legale;
- Altro.

In tal modo i Consultori familiari rivestiranno sempre più un importante strumento di attuazione degli interventi previsti a tutela della salute della donna più globalmente intesa e considerata nell'arco dell'intera vita, nonché a tutela della salute dell'età evolutiva, e di supporto alle relazioni di coppia e familiari.

Il consultorio familiare, in sintesi, espleta attività per:

- La tutela della salute della donna e della coppia;
- La tutela del minore, dell'adolescente e della famiglia.

Attraverso tali servizi, sono quindi attivabili i relativi programmi di tutela della maternità, di informazione e formazione.

Inoltre, i consultori familiari assumono un ruolo primario nell'area della prevenzione e della corretta informazione ed educazione dei cittadini, essendo punto focale sul territorio nei confronti di problematiche sociali rilevanti, come ad esempio la procreazione consapevole, il fenomeno di gravidanza indesiderata sia in età adolescenziale, che in età adulta, i metodi contraccettivi e i complessi problemi del nucleo familiare.

L'accesso e le prestazioni erogate all'interno del Consultorio sono gratuite e ad accesso diretto, per i cittadini italiani e per gli stranieri residenti o per coloro che soggiornano temporaneamente sul territorio italiano; per questo motivo i CF sono stati concepiti come servizi "a bassa soglia", cioè visibili e facilmente accessibili particolarmente da quei gruppi di popolazione a rischio. L'accessibilità è un concetto complesso che esprime non solo la facilità o meno da parte dell'utente di entrare in contatto con gli operatori del servizio per la risposta alla domanda di salute, ma anche la capacità del servizio di accogliere e prendere in carico in modo

ATTO AZIENDALE

completo la persona per tutto il percorso di cura. Ciò implica che il servizio sia in grado di essere flessibile e capace di entrare in relazione con le diverse tipologie di utenti (italiani, stranieri, analfabeti, istruiti, ecc.). Anche se oggi è piuttosto difficile stabilire i confini dell'attività consultoriale, non si può prescindere dallo spirito della legge istitutiva che fa riferimento alla salute della donna, contestualizzata nelle sue relazioni familiari e sociali. Al C.F. spetta un ruolo specifico nella educazione e promozione della salute, particolarmente nel campo della procreazione responsabile, della gravidanza fisiologica, della contraccezione e dell'IVG, ed un ruolo altrettanto specifico nell'educazione sessuale degli adolescenti e nel disagio familiare e dell'età evolutiva.

Diventa urgente il potenziamento dei Consulitori perché in questi anni vi è stato un disinvestimento nella prevenzione e nella promozione della salute con uno spostamento verso le "cure in ospedale", una medicalizzazione ed una privatizzazione sempre più marcate, con una pratica medica sempre meno relazionale e sempre più tecnicistica.

L'Attuale offerta dei Consulitori

L'attuale offerta assistenziale dei consulitori familiari nell'ambito della Regione Campania può essere così descritta:

- Accoglienza: In tutti i consulitori viene fornita una consulenza di indirizzo alle attività assistenziali, una mediazione culturale e la consegna di tutte le informazioni;
- Certificazioni: Gravidanza a rischio (art. 15 legge 151/2001); flessibilità (ex art. 20 L 151/2001); Astensione obbligatoria; Bonus bebè – legge bilancio 2019;
- Promozione della salute: in raccordo con l'Unità operativa Promozione della Salute, l'equipe dedicata, attraverso incontri/colloqui periodici (di gruppo o individuali) diffonde buone pratiche di salute in tema di: alimentazione, fumo, alcool, sostanze stupefacenti, ecc.;
- Percorsi di integrazione: L'utente viene indirizzato ai percorsi di supporto consultoriali e ove non sia possibile attuare il percorso nel consultorio anche presso Ambulatori ASL Presidi Ospedalieri e/o i centri specialistici convenzionati per le attività inerenti a: Percorso Nascita, Percorso Gravidanza a rischio, Percorso DPP, Percorso IVG, Percorso GOM, Percorso Ginecologico specialistico;
- Consulenza ginecologica: attività riconducibili al "Percorso Donna" con una particolare attenzione all'offerta attiva e gratuita per gli screening oncologici: Consulenza, Visita ginecologica, Visita senologica, Tampone vaginale, Screening (pap test), Ricerca HPV DNA, Colposcopia e biopsia, Ecografie, Contraccezione, Diagnosi infertilità/sterilità;
- Percorso nascita: dalla fase pre-natale al post partum ivi incluse le informazioni sulle vaccinazioni obbligatorie neonatali da eseguire- Consulenza, Visita pre-concezionale, Pap-test, Visita ostetrica, Prescrizioni acido folico, Vaccinazioni pre gravidanza, Ecografie, Inquadramento gravidanza a rischio, Esami strumentali, Individuazione precoce e sostegno nella sindrome depressiva post-partum, Supporto psicologico alla gestante e alla coppia;
- Percorso IVG: Consulenza, Colloqui sociali/psicologici, Certificazione art. 6 legge 194/78, Prenotazione e follow-up IVG;
- Consulenza psicologica: Consulenza, Colloqui sociali/psicologici individuali, di coppia e/o di gruppo. Sostegno psicologico nella sindrome depressiva post-partum, Valutazioni psicologiche per idoneità

ATTO AZIENDALE

affido o adozione, Individuazione e presa in carico dei soggetti vittime di maltrattamenti e/o abusi;

- Percorso menopausa: Visite Ginecologiche, Monitoraggio prevenzione (MOC, screening mammografico e Pap Test ecc.), Consulenza (ortopedica, cardiologica, metabolica ecc.);
- Adolescenti: Consulenza psicologica/spazio ascolto, Maltrattamento e abuso, Contraccezione, Percorso IVG dedicato alle minorenni, Educazione alla prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili, Disturbi dell'alimentazione, Disturbi dell'identità di genere;
- Area tutela salute bambino: Consulenza, Colloqui con genitori, Visite prevaccinali, Monitoraggio dei bilanci di salute effettuati dai PLS, Individuazione precoce di situazioni a rischio e/o disagio sociale, Individuazione precoce e presa in carico per abusi e maltrattamenti.

ATTO AZIENDALE

Assistenza territoriale rivolta agli stranieri

L'ASL Salerno assiste un numero di stranieri di notevole entità ma altrettanto fluido e variabile, considerata la migrazione interna di tali utenti.

I cittadini stranieri con regolare permesso di soggiorno, possono iscriversi al SSN, recandosi presso la ASL di residenza. Gli stranieri titolari di permesso di soggiorno hanno il diritto/dovere di chiedere l'iscrizione gratuita al Servizio Sanitario Nazionale presso la ASL del Comune di residenza odi dimora, per uno dei motivi individuati dalle norme vigenti.

Ai cittadini comunitari privi di copertura sanitaria sono assicurate le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva. Sono in particolare garantiti: tutela sociale della maternità e dell'Interruzione Volontaria della Gravidanza (IVG); la tutela della salute dei minori, ai sensi della Convenzione di New York sui diritti del fanciullo; le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalla Regione; gli interventi di profilassi internazionale; la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai.

- Il cittadino extracomunitario e gli apolidi che intendono iscriversi al SSN devono possedere il permesso di soggiorno valido e un'attività di lavoro subordinato o autonomo o anche solo l'iscrizione nelle liste di Collocamento;
- Gli stranieri che hanno un permesso di soggiorno per motivi di studio e per quelli collocati alla pari possono iscriversi volontariamente al SSN mediante il pagamento di un contributo annuale. I figli nati in Italia sono iscritti, già alla nascita, anche se i genitori non hanno l'iscrizione;
- Gli stranieri irregolarmente presenti possono usufruire delle cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali per malattia ed infortunio. Sono estesi anche agli stranieri i programmi di medicina preventiva per la salvaguardia della salute individuale e collettiva erogate mediante l'utilizzo del codice per Stranieri Temporaneamente Presenti (STP) senza costi a carico dei richiedenti se privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità coi cittadini italiani;
- La gestione e la organizzazione territoriale dei servizi prestati agli STP sono garantiti attraverso i distretti sanitari aziendali e le Unità di assistenza sanitaria di base che provvederanno all'applicazione delle linee guida nazionali e regionali vigenti, all'individuazione delle strutture atte all'assistenza e delle risorse umane necessarie per il corretto funzionamento del servizio;
- La ASL, a seguito dell'esibizione del passaporto o titolo equipollente, la compilazione di una dichiarazione sostitutiva di certificazione di domicilio nell'ambito del territorio regionale e di un'altra attestante l'impossibilità momentanea di iscrizione al SSR, rilascia un codice ENI (Europeo Non Iscritto) che sostituisce il codice STP (eventualmente già assegnato in precedenza) con 33.

Le Unità Speciali di Accoglienza Permanente (SUAP)

Le S.U.A.P. (speciali unità di accoglienza permanente) sono strutture residenziali ad alta intensità assistenziale finalizzate al trattamento dei pazienti in SV (stato vegetativo) e Stati di Minima Coscienza (SMC) di cui al progetto Mattone 12 identificati come R1 ed RD1 a responsabilità minimale.

In questa speciale unità di accoglienza non vengono praticate cure intensive e specifiche per ottenere il

ATTO AZIENDALE

risveglio, ma viene assicurato un trattamento volto a prevenire i decubiti, le infezioni, le deformità osteo-articolari.

Presso il P.O. di Agropoli è presente una S.U.A.P. di 11 posti letto.

Il paziente può accedere alle S.U.A.P. da:

- Reparto ospedaliero;
- Strutture residenziali territoriali;
- Cure domiciliari;

sulla base di un progetto assistenziale individuale (P.A.I.) formulato dalla U.V.I. territoriale, attivata dall'ASL di residenza.

Come da Decreto n.79 del 28/12/2017 le S.U.A.P. sono destinate ad accogliere anche malattie neurodegenerative come (Alzheimer (AD) e altre demenze; Parkinson (PD) e disturbi correlati; Morbo di Huntington (HD); Atassia spinocerebrale (SCA); Atrofia muscolare spinale (SMA); Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA).

Le attività effettuabili presso le S.U.A.P. sono cure intensive di tipo medico-infermieristico quali, ad esempio: terapia parenterale con accesso periferico e centrale; ossigeno terapia a lungo termine (> 3 h die); bronco aspirazione/ drenaggio posturale ventilato terapia; ulcere distrofiche arti; tracheotomia; ano artificiale; ureterostomia; catetere vescicale; terapia riabilitativa; elevato bisogno di assistenza tutelare/ aiuto infermieristico; dialisi peritoneale; gestione stomia; eliminazione urinaria intestinale; NAD con SNG o con PEG; monitoraggio del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali; lesioni della cute chirurgiche, oncologiche; emodialisi NPD: dialisi peritoneale notturna; trasfusione emazie concentrate; lesione da decubito ; terapia perdurale o terapia antalgica che richiede adeguamento posologia.

Ospedali di comunità

Il “Presidio sanitario di assistenza primaria a degenza breve/Ospedale di Comunità” (di seguito O.d.C.) come previsto dalla normativa vigente (DM 70/2015, Patto per la Salute 2014-2016, Piano nazionale della cronicità), svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero.

L’O.d.C. è una struttura di ricovero breve che afferisce al livello essenziale di assistenza territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che sono ricoverati in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare) e necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio. L’O.d.C. non è una duplicazione o una alternativa a forme di residenzialità già esistenti, che hanno altri destinatari; in particolare, non è ricompreso nelle strutture residenziali di cui agli articoli dal 29 al 35 del DPCM 12/01/2017 recante “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”.

L’O.d.C. è una struttura pubblica in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi che garantiscono la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonché la misurazione dei processi e degli esiti. L’O.d.C. può avere una sede propria, essere collocato in Poliambulatori di 2 livello, presso presidi ospedalieri riconvertiti. L’O.d.C. ha un numero limitato di posti letto, di norma tra 15 e 20. È possibile prevedere fino a due moduli e non oltre, ciascuno di norma con un numero di 15-20 posti letto, per garantire la coerenza rispetto alle finalità, ai destinatari e alle modalità di gestione. Possono accedere all’O.d.C. pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale o con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (15-20 giorni), provenienti dal domicilio o da altre strutture residenziali, dal Pronto soccorso o dimessi da presidi ospedalieri per acuti. I pazienti ospitati necessitano di assistenza infermieristica continuativa e assistenza medica programmata o su specifica necessità.

La gestione e l’attività nell’O.d.C. sono basate su un approccio multidisciplinare e multi-professionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze. La gestione delle attività dell’O.d.C. è riconducibile all’organizzazione distrettuale e territoriale delle aziende sanitarie. La responsabilità igienico-sanitaria dell’O.d.C. è in capo al direttore sanitario di distretto.

La responsabilità gestionale e clinico-organizzativa complessiva dell’O.d.C. è in capo ad un MMG designato dalla direzione generale dell’Azienda, che svolge anche una funzione di collegamento tra i responsabili sanitari, clinici ed assistenziali territoriali e la direzione sanitaria distrettuale ed aziendale.

La responsabilità clinica di ciascun paziente è attribuita al MMG di fiducia, anche all’interno di una forma organizzativa della medicina generale.

La responsabilità assistenziale è in capo all’infermiere secondo le proprie competenze.

L’assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica è garantita nelle 24 ore. I responsabili delle attività cliniche ed infermieristiche provvedono alla raccolta delle informazioni sanitarie per i rispettivi ambiti di competenza, utilizzando una cartella clinico - assistenziale integrata, inserita in un processo di informatizzazione.

In caso di necessità, l’infermiere attiva, durante le ore diurne, il medico responsabile clinico della struttura e si avvale, nelle ore notturne, nei giorni festivi e nelle ore prefestive non coperte dal responsabile clinico,

ATTO AZIENDALE

del Servizio di continuità assistenziale. In presenza di accordi specifici regionali, può essere attivato il responsabile clinico della struttura in turno o in reperibilità nelle ore notturne, festive o prefestive.

In caso di emergenza, potranno essere attivate le procedure di emergenza attivando il Sistema di Emergenza Urgenza territoriale.

Per l'accesso all'O.d.C. è necessario che siano soddisfatti i seguenti criteri:

- Diagnosi già definita;
- Prognosi già definita;
- Valutazione del carico assistenziale e della stabilità clinica eventualmente attraverso scale standardizzate;
- Programma di trattamento già stilato e condiviso con il paziente e/o con la famiglia (ad eccezione del pronto soccorso).

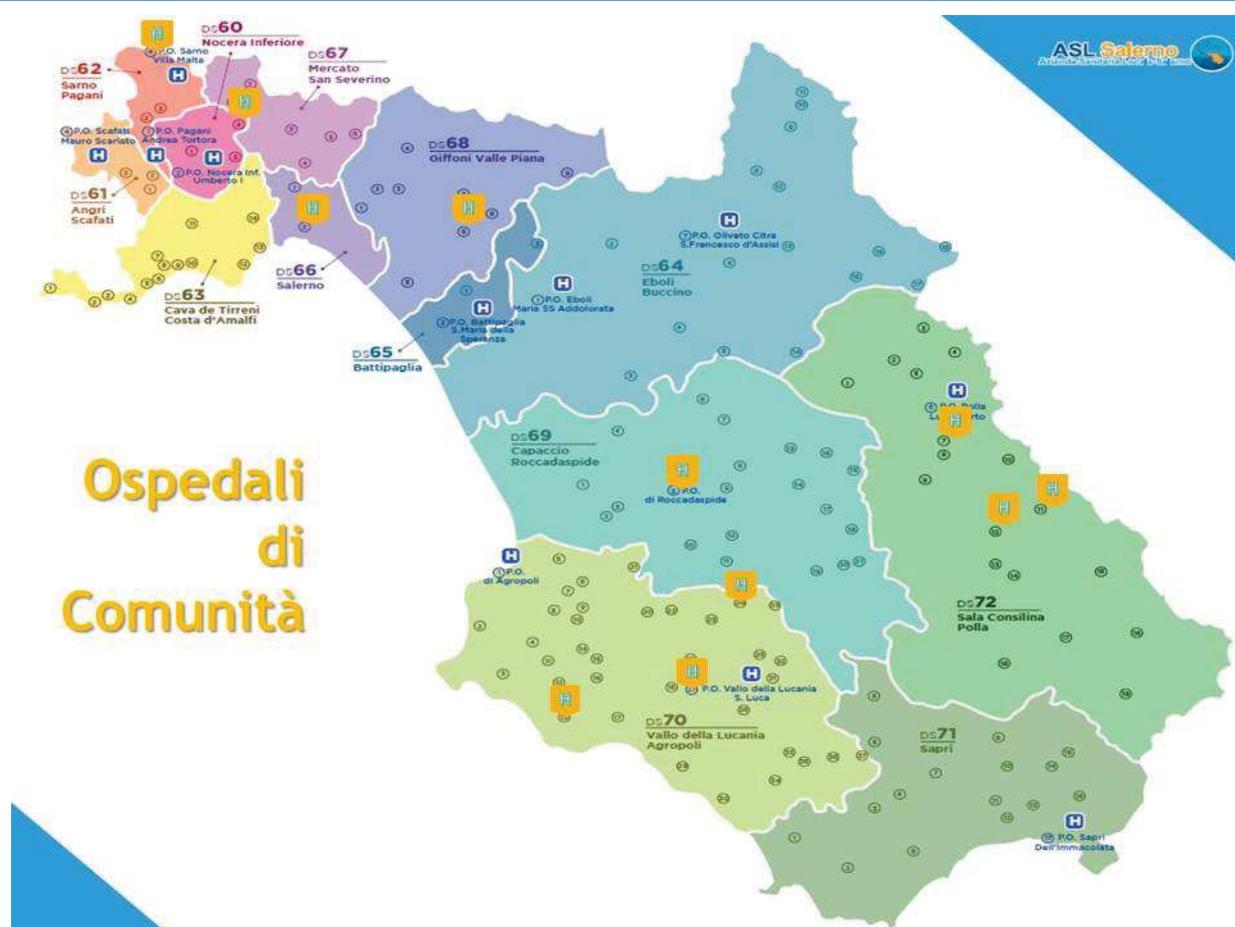
All'interno del modulo di O.d.C. è prevista un'area accoglienza con sala d'attesa ed almeno due servizi di cui uno per disabili; le camere potranno essere singole o doppie con i servizi presenti uno per camera; i letti dovranno essere accessibili da ogni lato. In ogni modulo andrà previsto uno spazio per il riposo del caregiver, eventualmente presente, che passa la notte con il malato, dotata di almeno una poltrona confort.

Devono essere previste, per le attività sanitarie, un locale per le visite e medicazioni, un locale per il coordinamento infermieristico, un locale di lavoro per il personale di assistenza, un locale per il medico responsabile del modulo e un archivio per la documentazione sanitaria. Si dovrà, altresì, prevedere uno spogliatoio del personale, nonché depositi puliti, sporchi e per ausili. Devono essere previste apposite aree per soggiorno, pranzo, socializzazione ed attività ludiche dei pazienti ospiti.

La dotazione tecnologica deve comprendere un elettrocardiografo ed un ecografo portatili, consentire saturimetria transcutanea, bronco-aspirazione e garantire esami del sangue, radiologia, riabilitazione. Se la struttura è lontana da centri di diagnosi, potrà essere dotata di strumenti diagnostici di primo livello - POCT Point of care - nonché della possibilità di svolgere in loco la diagnostica per immagini.

Di seguito gli Ospedali di Comunità previsti sul territorio dell'ASL Salerno di cui parte finanziati dal PNRR.

ATTO AZIENDALE



Gli O.d.C. sono rivolti ai pazienti che necessitano di cure a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. Dotati di norma di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti (fino ad un massimo di 40) e alla gestione di carattere prevalentemente infermieristico, gli OdC serviranno anche a facilitare la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al domicilio. In questi ospedali medici, infermieri e OSS lavoreranno alla cura di pazienti cronici utilizzando una strumentazione diagnostica di base per esami cardiologici ed ematologici, ecografie e spirometrie. L'Ospedale di Comunità è una struttura che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di:

- Evitare ricoveri ospedalieri impropri;
- Favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni socio-sanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.

Gli standard di personale per 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto: 7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico), 4-6 Operatori Sociosanitari, 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un Medico per 4-5 ore al giorno, 6 giorni su 7. L'Ospedale di Comunità è operativo 7 giorni su 7, garantisce assistenza infermieristica 24 ore su 24 e 7 giorni su 7. L'investimento previsto in ASL Salerno ha l'obiettivo di realizzare 8 Ospedale di Comunità, rivolti ai pazienti che necessitano di cure a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata.

Le Case della Comunità

Le Case di Comunità (CdC) appresentano lo strumento di coordinamento di tutti i servizi offerti sul territorio regionale e avranno il compito di garantire la presa in carico dell'assistito, in particolare quello affetto da patologie croniche. Grazie alla loro distribuzione capillare sul territorio, costituiranno un riferimento per i cittadini che potranno accedere gratuitamente alle prestazioni sanitarie erogate; sono strutture in cui verrà proposta un'offerta di servizi integrata e multidisciplinare, tra cui la presenza medica h24 per sette giorni su sette, la presenza infermieristica h12 per sette giorni su sette, punto prelievi, programmi di screening, diagnostica finalizzata al monitoraggio della cronicità anche attraverso strumenti di telemedicina, e cure ambulatoriali specialistiche per le patologie ad elevata prevalenza.

In Regione Campania è prevista la realizzazione di 172 Case della comunità, di cui 33 saranno realizzate sul territorio dell'ASL Salerno, in particolare 23 saranno realizzate attraverso la ristrutturazione o la rifunzionalizzazione di edifici già esistenti come, ad esempio, strutture ambulatoriali territoriali obsolete o reparti ospedalieri da riconvertire mentre le restanti 13 saranno invece realizzate ex novo, attraverso i fondi del PNRR sarà garantita la realizzazione di 33 strutture entro il 2026. La progettazione delle funzioni delle singole Case della Comunità dovrà tener conto, riorganizzare e ricollocare le strutture preesistenti in un'unica rete di CdC.



ATTO AZIENDALE

Si propongono, pertanto, diverse possibili vocazioni prevalenti per la Casa di Comunità che, fermo restando il rispetto degli standard dei servizi offerti in base a quanto stabilito dal DM 77/2022, rappresentano le tipologie dei servizi realizzabili e integrabili di una rete di assistenza territoriale completa ed efficace:

- Luogo di prossimità erogativo dei servizi sanitari, territoriali (come, a titolo esemplificativo, nell'area vasta della salute mentale, dell'igiene, del materno infantile, ed altro), in questa versione di Casa di Comunità si prevede anche la gestione della cronicità stabile;
- Luogo in cui vengono erogate le prestazioni dei medici di medicina generale, nonché dei pediatri di libera scelta, i quali collaboreranno in rete con l'assistenza domiciliare integrata (ADI), la continuità assistenziale (UCA) ed i servizi socioassistenziali;
- Luogo con funzioni di segnalazione, accesso (PUA), gestione delle prenotazioni e supporto amministrativo-organizzativo (backoffice) agli assistiti & case management e orientamento ai servizi;
- Luogo di valorizzazione e creazione di reti sociali & community building, di promozione della salute e sanità di iniziativa, di co-produzione e partecipazione della comunità locale (cittadini, associazioni pazienti, caregiver).

Hub e Spoke

Per rispondere alle diverse esigenze territoriali, verrà costituita una rete di assistenza territoriale formata secondo il modello "Hub" e "Spoke". Si tratta di strutture erogative caratterizzate da una diversa complessità in termini di servizi erogati, organizzati in base alle esigenze e alla densità abitativa delle aree geografiche servite.

Al fine di garantire ai cittadini equità di accesso, prossimità territoriale, completezza nella risposta di salute e qualità dell'assistenza, si stima sia necessaria una Casa della comunità Hub ogni 40/50 mila abitanti e una Casa della comunità Spoke ogni 15/25 mila abitanti.

La densità di popolazione, la conformazione del territorio e, soprattutto, la coerenza con il contesto di riferimento saranno criteri fondamentali per stabilire il corretto posizionamento e dimensionamento delle CdC, considerando le diverse esigenze tra le aree rurali e quelle metropolitane.

All'interno di queste strutture saranno presenti équipes di medici di medicina generale, pediatri, medici specialisti, infermieri e altri professionisti della salute (tecnici di laboratorio, ostetriche, psicologi, ecc.) che opereranno in sinergia ed in rete con l'Assistenza Farmaceutica Territoriale aziendale e, per il suo tramite, di raccordo con le farmacie di comunità.

In considerazione di quanto disposto nel D.M. 77, in ogni Distretto ci dovrà essere almeno una Casa di comunità Hub e un numero di CdC spoke tale da garantire capillarità dei servizi ed equità di accesso su tutto il territorio regionale.

In ciascuna CdC dovrà essere garantita un'offerta di servizi "di base" a cui affiancare altri servizi "personalizzati", tra i quali da garantire obbligatoriamente ci saranno:

- L'accesso all'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socioassistenziale in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
- La presa in carico dei pazienti cronici e fragili;

ATTO AZIENDALE

- L'assistenza domiciliare;
- I servizi infermieristici;
- Una medicina d'iniziativa e dei percorsi di cura personalizzati;
- La prevenzione e promozione della salute in coerenza con le caratteristiche dei diversi territori;
- L'assistenza farmaceutica, dispositivi medici (d.m.) e alimenti speciali, attraverso i servizi farmaceutici dei distretti sanitari di base (dsb) e le farmacie di comunità;
- La promozione e tutela della salute dei minori e della donna;
- L'orientamento e la valutazione del bisogno della persona;
- La continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali;
- Percorsi di cura multidisciplinari, attraverso l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;
- L'integrazione dei diversi attori della comunità locale per sviluppare iniziative di welfare di comunità e di community building;
- L'erogazione di prestazioni sanitarie prossimità di specifici interventi di terapia o di follow up a carattere specialistico grazie a modelli di telemedicina o a all'erogazione presso la rete della cdc di prestazioni specialistiche.

La rete delle case di comunità

Una CdC “a rete” dovrà necessariamente garantire le prestazioni obbligatorie di cui al precedente paragrafo e in aggiunta dovrà poi offrire all'utenza l'accesso a servizi e prestazioni sanitarie erogate da altre strutture come le farmacie di comunità e gli ambulatori.

In esecuzione di quanto definito nel DM 77, sarà quindi necessario organizzare il sistema “a rete” in modo da permettere a ciascuna CdC di offrire:

- Un modello di intervento integrato e multidisciplinare sia fisica (attraverso l'accesso alle strutture del network) sia virtuale (attraverso la telemedicina);
- Programmi di prevenzione e promozione della salute;
- Punto prelievi e altri servizi diagnostici (elettrocardiografo, ecografo etc);
- Servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza coerenti al profilo epidemiologico del relativo territorio (cardiologo, pneumologo, ecc) ma anche per quelle croniche ad alta complessità;
- Servizi di medicina d'iniziativa e assistenza proattiva infermieristica (api);
- Attività di erogazione di servizi e interventi di prevenzione e promozione della salute a livello di comunità, anche attraverso i consultori familiari e l'attività rivolta ai minori – ove esistenti – che si articolano per il mondo educativo e scolastico per gli specifici interventi sulla popolazione 0-18 anni (raccomandato facoltativo);
- Attività di profilassi vaccinale in particolare per alcune fasce di età o condizioni di rischio e di fragilità;

ATTO AZIENDALE

- Sistema integrato di prenotazione collegato al cup aziendale allo scopo di offrire al paziente la prenotazione contemporanea delle prestazioni prescritte;
- Servizio di assistenza domiciliare integrato con la figura dell'ifoc e degli operatori dell'uca;
- Attività di farmacia clinica e counselling farmaceutico a partire dalla ricognizione farmaceutica a supporto della riconciliazione terapeutica;
- Partecipazione della comunità e valorizzazione co-produzione, con le associazioni di cittadini, volontariato, etc.; anche per favorire processi di programmazione e valutazione condivisa.

Le CdC rappresentano, quindi, un'evoluzione delle Strutture Polifunzionali della Salute (SPS), presidi strategici dei Distretti Sanitari, forme organizzative avanzate, a complessità variabile e ad elevate flessibilità, centri attivi e dinamici in grado di accogliere la domanda di salute e di pianificare la relativa risposta attivando il setting assistenziale più appropriato, nell'ottica di perseguire una più elevata economia di scala.

L'obiettivo è quello di regolamentare i nuovi modelli di assistenza territoriale, implementando setting assistenziali già esistenti sul territorio e sui quali già sono stati registrati incoraggianti risultati.

Un modello, dunque, che segue e si integra con le forme organizzative dell'Assistenza Primaria.

Per favorire il raggiungimento del citato obiettivo va riconosciuto alle "reti" e ai "percorsi" il ruolo di strumenti organizzativi dell'integrazione e alla "presa in carico" il ruolo di strumento operativo. In tale ottica vanno sviluppate diverse reti assistenziali che rappresentano l'insieme di servizi, attività e professionisti, tra loro interdipendenti ed organizzati in nodi, che ricompongono i propri interventi calandoli sul bisogno di assistenza della persona.

La conoscenza dello stato di salute della popolazione residente nel distretto diviene infatti fondamentale per rimodulare l'offerta dei servizi e qualificare la domanda, oggi ancora impropriamente rivolta in luoghi di ricovero, che, infatti, stentano ad assumere appieno il ruolo attribuito dalla programmazione regionale. Il distretto, dunque, può essere considerato quale macrolivello assistenziale extraospedaliero, con tutte le relative attività.

Le Centrali Operative Territoriali

All'interno delle COT si svolgeranno funzioni di coordinamento della presa in carico della persona e il raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza. In ASL Salerno è prevista la realizzazione di 13 Centrali Operative Territoriali (COT). Le COT, attive 7 giorni su 7 (anche di notte), assicureranno il monitoraggio e saranno sede di attività di telemedicina, teleassistenza e teleconsulto. È prevista una Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore. Le COT prevedono tale standard di personale: 1 Coordinatore infermieristico, 3-5 infermieri, 1-2 unità di personale di supporto in coerenza con quanto previsto nella relazione tecnica di cui all'articolo 1, comma 274, della legge del 30 dicembre 2021, n. 234.

La rete dell'assistenza in ASL Salerno avrà un modello organizzativo che individua standard strutturali e tecnologici uniformi su tutto il territorio provinciale.

L'ASL Salerno sta intervenendo su tutto il territorio provinciale occupandosi di:

- Ridisegnare la rete di assistenza sanitaria territoriale con professionisti e prestazioni disponibili in modo

ATTO AZIENDALE

capillare su tutto il territorio aziendale, per una sanità che sia vicina e prossima alle persone;

- Innovare il parco tecnologico ospedaliero, digitalizzare il Servizio Sanitario Regionale, investire in ricerca e formazione degli operatori sanitari per una sanità più sicura, equa e sostenibile.

La strategia sanitaria dell'ASL Salerno, in attuazione di quanto contenuto nella missione M6C1 del PNRR, è finalizzata al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- La casa del paziente come luogo di cura sfruttando l'innovazione tecnologica;
- Assistenza integrata, multidisciplinare e multi professionale;
- Offerta dei servizi diversificata in grado di rispondere al cambiamento dei bisogni di salute della popolazione attraverso la telemedicina;
- Assistenza personalizzata della prevenzione al trattamento, tramite l'utilizzo dei big data e sistemi di intelligenza artificiale di supporto.
- Promozione dei servizi sanitari vicino al cittadino e facilmente accessibili;
- Empowerment del cittadino dentro e fuori i luoghi di cura.

Con delibera del Direttore Generale n. 1089 del 25/05/2022 è stata intrapresa un'attività di ricognizione, finalizzata all'identificazione degli interventi sugli edifici esistenti di proprietà, ritenuti idonei a svolgere la funzione di CdC, OdC, COT e, successivamente, nelle zone sprovviste, di terreni e/o strutture in titolarità dell'azienda. La Direzione Generale ha effettuato un'attività di interlocuzione con le Amministrazioni locali per l'identificazione degli edifici e/o terreni di proprietà degli Enti locali ritenuti idonei e di cui potersi servire mediante concessione con le Amministrazioni pubbliche.



ATTO AZIENDALE

Tabella. Riepilogo allocazione strutture territoriali DM 77/2022

Case della Comunità	
Acciaroli	Mercato S Severino
Agropoli	Nocera inferiore
Amalfi	Oliveto Citra
Angri	Pagani
Auletta	Pontecagnano Faiano
Baronissi	Sala Consilina
Battipaglia	Salerno
Bellizzi	Salerno – loc. Matierno
Bellosguardo	San Giovanni A Piro
Buccino	Sanza
Capaccio Paestum	Sapri
Castel San Giorgio	Sarno
Cava de' tirreni	Scafati
Centola	Teggiano
Contursi Terme	Tramonti
Eboli	Vallo della Lucania
Giffoni Sei Casali	
Centrali Operative Territoriali	
Angri	Pontecagnano Faiano
Auletta	Salerno
Bellizzi	Sanza
Capaccio-Paestum	Sarno
Castel San Giorgio	Tramonti
Eboli	Vallo della Lucania
Mercato S. Severino	
Ospedali di Comunità	
Acciaroli	Sala Consilina
Castel San Giorgio	Sarno
Cava de' Tirreni	Stio *
Eboli	Teggiano
Polla – S. Arsenio	Vallo Della Lucania
Rocccaspide *	

ATTO AZIENDALE

L'Assistenza Ospedaliera

La programmazione della Rete Ospedaliera ha come obiettivo principale quello di garantire all'utenza della Regione Campania un livello di assistenza in regime ospedaliero che sia garante del soddisfacimento dei LEA. Tale obiettivo dovrà essere raggiunto anche attraverso l'implementazione di nuovi modelli organizzativi, che prevedano:

- Equità di accesso;
- Appropriatelyzza di setting di cure;
- Appropriatelyzza clinica ed organizzativa per una gestione efficace ed efficiente delle strutture;
- Integrazione ospedale-territorio per il completamento dei percorsi di cura, sia in accesso che in dimissione dalla struttura ospedaliera;
- Procedure interne di verifica di qualità, nel rispetto dei criteri di efficienza ed economicità;
- Processi di riorganizzazione dei singoli presidi per discipline affini.

In particolare, il Piano Ospedaliero, approvato con DCA n. 33 del 17/05/2016 e aggiornato con DCA 103 del 28/12/2018 si è posto anche i seguenti obiettivi:

- Riduzione del tasso di ospedalizzazione: la Regione registra un tasso di ospedalizzazione in netto miglioramento avvicinandosi allo standard atteso pari a 160/1000 abitanti, così come la quota di ospedalizzazione in regime diurno. Su questo punto la Regione ha programmato una serie di azioni finalizzate all'adozione di provvedimenti specifici per migliorare il tasso di ospedalizzazione promuovendo misure alternative ad essa;
- Ottimizzazione dei DRG critici: riduzione della percentuale regionale dei DRG critici per i quali ci si attesta ad una percentuale del 13,7%;
- Miglioramento delle liste di attesa per interventi chirurgici, in particolare per patologie tumorali;
- Allineamento dei dati di spesa per l'assistenza farmaceutica ospedaliera a quelli nazionali; Attivazione ed implementazione di nuovi PDTA regionali compresi quelli pediatrici;
- Ulteriore accelerazione all'accREDITAMENTO istituzionale degli erogatori privati;
- Individuazione di specifici nodi delle reti tempo-dipendenti.

Con il Piano di riorganizzazione ospedaliera, la Regione Campania ha operato, quindi, per superare le criticità derivanti dalla bassa applicazione dei relativi LEA, attraverso una rimodulazione e riqualificazione della rete ospedaliera ai sensi del DM 70/2015 che ha imposto un nuovo metodo di programmazione dell'assistenza ospedaliera, nella riclassificazione della tipologia dei presidi ospedalieri e nella metodologia di calcolo della dotazione dei posti letto. È stato definito un nuovo modello di classificazione dei Presidi inseriti nella rete ospedaliera, prevedendo 3 diversi livelli di complessità, in relazione al bacino di utenza ed allo standard di discipline minime per la configurazione al relativo livello:

- **Presidi ospedalieri di base**, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, salvo le deroghe previste nella rete di emergenza urgenza, dotati di sede di Pronto Soccorso, con un numero limitato di specialità ad ampia diffusione territoriale;

ATTO AZIENDALE

- **Presidi ospedalieri di I livello**, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, sede di DEA di I livello dotati di varie specialità, con servizio di guardia attiva e/o di reperibilità oppure in rete per le patologie che la prevedono. Sono dotati, inoltre, di letti di Osservazione Breve Intensiva e di letti per la Terapia Sub-intensiva (anche a carattere multidisciplinare);
- **Presidi ospedalieri di II livello**, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, sedi di DEA di II livello, dotati di tutte le strutture previste per l'ospedale di I livello, nonché di strutture che attengono alle discipline più complesse non previste nell'ospedale di I livello.

È possibile prevedere, inoltre, presidi ospedalieri di base per zone particolarmente disagiate, distanti più di 90 minuti dai centri hub o spoke di riferimento (o 60 minuti dai presidi di pronto soccorso), superando i tempi previsti per un servizio di emergenza efficace. Per centri hub e spoke possono intendersi anche quelli di regioni confinanti sulla base di accordi interregionali da sottoscrivere secondo le indicazioni contenute nel patto per la salute 2019-2021. Tali situazioni esistono in molte regioni italiane per presidi situati in aree considerate geograficamente e meteorologicamente ostili o disagiate, tipicamente in ambiente montano o premontano con collegamenti di rete viaria complessi e conseguente dilatazione dei tempi, oppure in ambiente insulare. In tali presidi ospedalieri occorre garantire un'attività di pronto soccorso con la conseguente disponibilità dei necessari servizi di supporto, attività di medicina interna e di chirurgia generale ridotta. Sono strutture a basso volume di attività, con funzioni chirurgiche non prettamente di emergenza e con un numero di casi insufficiente per garantire la sicurezza delle prestazioni, il mantenimento delle competenze professionali e gli investimenti richiesti da una sanità moderna. Il personale deve essere assicurato a rotazione dall'ospedale hub o spoke più vicino.

A completamento della rete ospedaliera pubblica, rispondente alla classificazione sopra descritta, è stata inserita, nella programmazione regionale, l'offerta ospedaliera esistente non pubblica, costituita da IRCCS (Pascale, Maugeri); Aziende Ospedaliero-Universitarie (AOU SUN, Federico II, Salerno); AORN Santobono-Pausillipon (unica azienda ospedaliera regionale pediatrica); Privato accreditato; Ospedali classificati gestiti da Enti ecclesiastici. Sono stati, inoltre, inserite nella rete ospedaliera, nelle reti tempo-dipendenti, alcune Aziende Ospedaliere che erano uscite dai percorsi di emergenza (AO Dei Colli con i presidi Monaldi, Cotugno e CTO, Aziende Ospedaliere Universitarie, alcune strutture private accreditate); queste Aziende/strutture dovranno garantire la loro attività H24 attraverso servizi di accettazione, per le discipline delle reti di emergenza IMA, Stroke e Trauma. Le Aziende Ospedaliere Universitarie rientrano nelle reti tempo-dipendenti, per le discipline afferenti, tramite protocolli di intesa e ogni altro atto indispensabile alla legittimazione del processo clinico-assistenziale integrato. Rientrano nella rete ospedaliera alcuni stabilimenti, seppure di piccole dimensioni, che riprendono un'attività di degenza in collegamento al presidio principale di riferimento. Rilevante ai fini dell'efficacia dell'attività è la prevista soppressione di piccole Unità Operative per le quali si prevede un nuovo modello organizzativo AFO (Area Funzionalmente Omogenea) nello stesso presidio, o l'accorpamento con altra struttura in altro presidio funzionalmente collegato, nella costituzione di unica Unità Operativa, per il rispetto dello standard regionale medio pari a 17,5 posti letto per ogni Unità Operativa Complessa. In tal modo saranno garantiti criteri organizzativi volti all'efficienza ed alla razionalizzazione delle risorse. Tale modello deve essere applicato anche alle discipline senza posti letto, per i servizi diagnostici e direzionali. L'obiettivo è quello di costruire una rete ospedaliera efficiente, con ospedali che rispettino la classificazione prevista, dotati di un potenziale tecnologico avanzato ed adeguato, con un'appropriata dotazione di risorse umane qualificate. Un'adeguata programmazione della dotazione organica per il rafforzamento delle risorse umane è propedeutica alla effettiva implementazione della rete ed è già in fase di elaborazione da parte degli organismi regionali.

ATTO AZIENDALE

L'ASL Salerno offre assistenza ad una popolazione di 1.101.763 abitanti.

Per la Macro Area SALERNO, l'offerta di posti letto programmati, necessari per la definizione dei predetti obiettivi, così come definita dal DCA 103/2018 è stata così articolata:

DENOMINAZIONE STRUTTURE	TIPO STRUTTURE	SEDE	PL 2015	PL Programmati DCA 103/2018	PL Incremento
ASL Salerno	PRESIDI ASL	VARIE	1.542	1.798	256
AOU Ruggi	AOU Ruggi	VARIE	879	1.798	164
Hippocratica Villa del Sole	CDC Casa di Cura	SALERNO	80	80	0
CDC Malzoni	CDC Casa di Cura	AGROPOLI	102	102	0
CDC La Quiete*	CDC Casa di Cura	PELLEZZANO	128	68	-60
CDC Salus	CDC Casa di Cura	BATTIPAGLIA	90	90	0
Capolongo Hospital Cemfr	CDC Casa di Cura	EBOLI	260	260	0
CDC Cobellis	CDC Casa di Cura	VALLO DELLA LUCANIA	99	99	0
CDC Tortorella	CDC Casa di Cura	SALERNO	143	143	0
CDC Villa Chiarugi*	CDC Casa di Cura	NOCERA INFERIORE	160	40	-120
	DA ASSEGNARE CON SUCCESSIVO PROVVEDIMENTO COD.75				20
Villa GF Montesano	CDC Casa di Cura	ROCCAPEMONTI	70	70	0
TOTALE			3.553	3.813	260

*Struttura di riconversione ex DCA n. 94/2014

L'offerta dei posti letto programmati con il suddetto DCA, va integrata con i PL previsti dalla DGRC 378/2020 che permetterà di offrire una risposta assistenziale ospedaliera diffusa su tutta la filiera.

La rideterminazione viene di seguito indicata:

ASL SALERNO					
	ACUTI	LUNGODEGENZA e RIABILITAZIONE DCA 103/18	TOTALE DCA 103/18	DRGC 378/20 PL ACUTI	TOTALE DCA 103/18 + GC378/20
POSTI LETTO	1.603	195	1.798	13	1.811

Il Comitato Permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza ed efficacia di cui all'art. 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (Comitato LEA), ha approvato, nella seduta del 26 marzo 2012, un documento contenente i parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse del SSN, così come previsto dall'art. 12 comma 1 lettera b) del Patto per la Salute 2010-2012. Sulla base di tali parametri, la Regione Campania, con DCA 18/2013, ha articolato i parametri per la programmazione delle strutture complesse in ambito ospedaliero, in modo da tener conto del diverso ruolo

ATTO AZIENDALE

svolto dalle strutture ospedaliere nell'ambito del servizio sanitario regionale e della maggiore o minore complessità dell'articolazione interna che si determina in funzione del numero e della rilevanza delle funzioni attribuite ed in particolare delle specificità tecnico assistenziali delle Aziende ospedaliere e delle esigenze scientifiche e didattiche delle Aziende ospedaliere universitarie e dell'IRCCS di diritto pubblico. Pertanto, i parametri fissati dal Comitato LEA per l'individuazione delle strutture complesse in ambito ospedaliero in Regione Campania sono stati così articolati:

- per i Presidi ospedalieri di ASL: 1 struttura complessa ogni 22 posti letto;
- per le Aziende Ospedaliere e per l'Ospedale del Mare: 1 struttura complessa ogni 16 posti letto;
- per le Aziende Ospedaliere Universitarie e l'IRCCS di diritto pubblico: 1 una struttura complessa ogni 14 posti letto.

Per i presidi ospedalieri di ASL lo standard una struttura complessa ogni 22 posti letto è da intendersi a livello aziendale e può essere declinato dall'azienda in modo diverso da presidio a presidio, ferma restando la necessità di non superare in ogni caso la media aziendale una struttura complessa ogni 22 posti letto. Per i Presidi ospedalieri di ASL e per le Aziende Ospedaliere, le Aziende Ospedaliere Universitarie e l'IRCCS il numero di strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali identificate in base agli standard di cui sopra è comprensivo dei servizi centrali sanitari (farmacia, radiologia, laboratorio di analisi, ecc.). Per le Aziende Ospedaliere, le Aziende Ospedaliere Universitarie e l'IRCCS non è comprensivo dei servizi centrali tecnici, professionali ed amministrativi (servizio tecnico, gestione del personale, ecc.). Per le ASL, le UOC per discipline senza posti letto potranno essere attinte anche da quelle previste per le strutture territoriali (1 ogni 13.515 residenti).

Per le unità operative complesse a direzione universitaria, presenti nelle Aziende ospedaliere e nei Presidi ospedalieri di ASL, si applica il parametro fissato per le Aziende ospedaliere universitarie (14 posti letto per UOC). Il DM 70/2015 nel definire i bacini di utenza per singola disciplina assicura implicitamente il rispetto di quanto sopra descritto e quindi, viene programmata, da un lato, la corretta determinazione numerica massima delle UOC rispetto agli standard definiti dalla normativa nazionale e regionale sopra citata, dall'altro, il rispetto dei bacini di utenza minimi e massimi previsti dal DM 70/2015, con alcune eccezioni. L'Azienda, per come disposto dal DCA 103/2018, nell'ambito della riorganizzazione e con il proprio Atto Aziendale, individua e definisce la tipologia ed il numero delle unità operative per ciascuna disciplina, con e senza posti letto. In particolare, fermo restando il pieno rispetto del numero totale delle UOC a livello aziendale, così come indicate nel suddetto DCA 103/2018 l'Azienda Sanitaria Locale Salerno garantisce, nel proprio Atto Aziendale, il pieno rispetto del numero totale delle unità operative complesse, semplici e semplici dipartimentali come stabilito dal citato DCA 18/2013 e dal DM 70/2015. A tal fine la quantificazione del numero totale delle strutture complesse aziendali è stato calcolato rapportando gli standard del DCA 18/2013 al numero totale di posti letto. Per garantire, inoltre, l'adeguamento anche agli standard sui bacini minimi e massimi stabiliti dal DM 70/2015, l'Azienda, con l'Atto Aziendale, si impegna ad attivare prontamente processi di adeguamento, razionalizzazione ed efficientamento durante tutto il periodo di vigenza del Piano (2022-2024), tenendo conto anche delle indicazioni regionali in ordine alla riorganizzazione dei punti di erogazione della rete del privato accreditato e del completamento della definizione dei parametri quali-quantitativi forniti dal Programma Nazionale Esiti (PNE). In ogni caso l'adeguamento della dotazione delle strutture complesse ai bacini minimi e massimi stabiliti dal D.M. 70/2015, fermo restando il loro numero totale determinate dall'applicazione degli standard stabiliti dal DCA 18/2013, avverrà, attesa la complessità dei processi attuativi, entro la vigenza del PRO. A tal fine, la Regione

ATTO AZIENDALE

Campania ha elencato le principali direttrici di riferimento che dovranno essere seguite per raggiungere la piena conformità del numero di unità operative complesse agli standard fissati dal DM 70/2015:

- Efficientamento, accorpamento e razionalizzazione delle strutture private accreditate con meno di 60 posti letti e conclusione del processo di riconversione delle strutture private accreditate neuropsichiatriche;
- Accorpamento e riconversione delle strutture private accreditate non monospecialistiche con meno di 40 posti letto come da indicazioni ministeriali;
- Efficientamento e razionalizzazione della rete ospedaliera pubblica e privata a seguito della verifica dei parametri quali-quantitativi forniti dal programma nazionale esiti (PNE);
- Potenziamento e miglioramento delle attività di integrazione ospedale-territorio attraverso la messa in atto da parte di ogni ASL, congiuntamente alle Aziende ospedaliere di riferimento, di modelli di reti assistenziali e di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) con sviluppo del day service e dei percorsi alternativi all'assistenza prestata in costanza di ricovero.

ATTO AZIENDALE

Valutazione organizzativa Azienda Sanitaria Locale Salerno

ASL SALERNO					
	ACUTI	LUNGO DEGENZA e RIABILITAZIONE DCA 103/18	TOTALE DCA 103/18	DRGC 378/20 PL ACUTI	TOTALE DCA 103/18 + GC378/20
POSTI LETTO	1.603	195	1.798	13	1.811
UOC			81,7		82,3

Al fine del dimensionamento ottimale delle unità organizzative, secondo le indicazioni regionali, dovranno essere previste unità operative con posti letto non inferiori a 15/20 (a seconda del grado di intensità assistenziale); laddove siano previsti punti di accesso per disciplina con numero inferiore di posti letto esse sono riorganizzate nell'ambito di Aree Funzionali Omogenee di almeno 15/20 posti letto, anche attraverso la riorganizzazione degli spazi, l'aggregazione dei reparti e possibili modifiche strutturali che ne consentano una gestione efficiente. Le AFO sono individuate nelle aree: Medica, Chirurgica e di Terapia Intensiva.

Per garantire, inoltre l'adeguamento agli standard e alla organizzazione individuata, l'Azienda attiverà, processi di adeguamento, razionalizzazione ed efficientamento che dovranno portare all'applicazione completa degli standard definiti, alla conseguente organizzazione funzionale, alla riorganizzazione dei punti di erogazione della rete del privato accreditato e del completamento della definizione dei parametri qualitativi forniti dal Programma Nazionale Esiti. In ogni caso l'adeguamento della dotazione delle strutture complesse ai bacini minimi e massimi stabiliti dal D.M. 70/2015, fermo restando il loro numero totale determinato dall'applicazione degli standard stabiliti dal DCA n. 18/2013, avverrà con approvazione del presente Atto Aziendale. A tal fine, si terrà conto, per quanto applicabili, delle principali direttrici di riferimento che sono suggerite ed indicate dal Piano Ospedaliero per raggiungere la piena conformità del numero di unità operative complesse agli standard fissati dal DM 70/2015. Con l'approvazione del presente Atto Aziendale, l'Azienda provvede alla pianificazione delle discipline e dei relativi posti letto per ciascun presidio ospedaliero, nonché alla individuazione delle UOC, UOS e UOSD come previsto dal DCA 18/2013 in linea anche ai criteri di progressiva implementazione del DM 70/2015.

Le attività dei Presidi Ospedalieri sono definite secondo il modello dipartimentale, con obiettivi di:

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

Il modello del Dipartimento, nell'aggregazione operativa di Unità Operative Omogenee, affini o complementari, persegue finalità comuni e condivise, pur nell'autonomia organizzativa, gestionale e professionale delle singole Unità Operative che lo compongono. Nella determinazione ed articolazione dei servizi sanitari, sulla base delle indicazioni regionali, si terrà conto, per quanto compatibili, dei seguenti

ATTO AZIENDALE

principi:

- I servizi di Radioterapia (i cui ricoveri sono effettuati prevalentemente in oncologia medica), Radiologia interventistica, Medicina nucleare per la radioterapia metabolica, Osservazione breve, Dialisi (per i posti rene), Nido (per le culle) e Odontostomatologia sono dotati di posti letto tecnici o poltrone non rientranti negli standard dei posti letto per acuti.
- I servizi di Anestesia e Rianimazione, se comprendenti anche posti letto di Rianimazione, costituiscono una unica struttura complessa, ad eccezione dei casi in cui la numerosità delle strutture operative e la complessità delle attività rendono necessaria una diversa configurazione.
- Le unità di Angiologia di norma devono essere aggregate alle unità di Medicina interna o Cardiologia.
- La disciplina di Allergologia e Immunologia clinica è unica e svolge la propria attività a servizio delle altre unità operative, utilizzando in caso di necessità i posti letto delle U.O. di Medicina Interna.
- Le strutture di Medicina d’Emergenza e d’Urgenza sono dotate di posti letto per acuti oltre che di osservazione breve intensiva, in relazione alla qualificazione della struttura.
- L’UTIC e l’UTIN fanno capo all’unica unità operativa, rispettivamente di Cardiologia e Neonatologia/Pediatria. In rare e motivate condizioni nelle quali nelle Aziende Ospedaliere si registra una ragguardevole complessità dell’organizzazione e una rilevante attività, in termini di volumi e di esiti, è possibile prevedere un diverso assetto.
- Fino al raggiungimento a regime dello standard di 1.000 parti annui con obbligatoria presenza della Neonatologia, nei presidi dove non è prevista detta unità l’assistenza ai neonati sani e la gestione delle culle è assicurata dalle Unità Operative di Pediatria.
- Nei presidi in cui sono previsti posti letto di Neonatologia, se assente l’UTIN, le stesse unità possono essere accorpate a quelle di Pediatria.
- All’interno delle U.O. complesse di Medicina Interna e Chirurgia Generale possono essere destinati posti letto ad attività specialistiche organizzati per aree omogenee e/o complementari, definite Area Funzionalmente Omogenea (AFO), compatibili con le stesse discipline di base non presenti nel presidio, rientranti nell’attività propria della disciplina, la cui responsabilità deve essere affidata a personale medico in possesso dei requisiti specifici, ferma restando l’unica U.O., conformemente a quanto potrà essere previsto nel provvedimento attuativo;
- Nelle discipline di Pneumologia e Gastroenterologia dei DEA di II° livello sono compresi i servizi di Broncoscopia interventistica ed Endoscopia digestiva ad alta complessità.
- Nei DEA di II livello vanno garantite le guardie specialistiche H24 per le discipline di Otorinolaringoiatria ed Oculistica.
- Deve essere fortemente promossa tra le diverse unità operative la gestione comune delle risorse, incluse quelle umane. In particolare, fermo restando la responsabilità tecnica operativa di ognuna delle unità operative devono essere garantite, nell’ambito del medesimo dipartimento, azioni di riorganizzazione utilizzando modelli organizzativi ad elevata flessibilità, adattabili ai diversi contesti ospedalieri promuovendo modelli sperimentali di assistenza per intensità di cure.
- Possono essere attivati posti letto per pazienti critici in una AFO area critica a disposizione delle unità

ATTO AZIENDALE

operative afferenti al relativo dipartimento; i pazienti che occupano i posti letto indistinti sono a carico delle unità operative che hanno disposto il ricovero.

- Nei DEA di I e II livello, nonché nelle A.O. inserite quali HUB nelle reti tempo dipendenti e di specialità, possono essere costituite unità operative autonome di Medicina Fisica e Riabilitativa ad indirizzo cardiologico o respiratorio.
- Il numero dei posti rene, laddove è previsto il servizio di Emodialisi, è individuato nel relativo documento di determinazione del fabbisogno, fermo restando l'esigenza della adozione di un nuovo piano dialisi regionale. La relativa attività rientra nel setting ambulatoriale e i posti non rientrano nello standard per acuti. Comunque, laddove presente la U.O. di Nefrologia e il Servizio Dialisi, questi costituiscono un'unica Unità Operativa.
- Unità mediche e chirurgiche a solo ciclo diurno possono essere organizzate funzionalmente per area omogenea con unicità della direzione.
- La suddivisione nelle strutture pubbliche, IRCCS e A.O.U. dei posti letto fra ordinari e diurni può essere motivatamente disposta dalle aziende in relazione all'obiettivo di promozione della deospedalizzazione mediante il raggiungimento del 25% dei ricoveri totali quali ricoveri diurni e la promozione delle attività ambulatoriali, atteso che le ultime rilevazioni evidenziano un elevato tasso di ospedalizzazione per ricoveri diurni in area medica. Per tale motivo non si ritiene operare una suddivisione tra posti letto intendendosi garantire la massima flessibilità possibile.
- In coerenza con le previsioni dell'accordo Stato-Regioni del 16.12.2010 e del 25.07.2012, con riferimento alle attività di preparazione e trattamento degli emocomponenti, la relativa attività va implementata nell'ambito della Rete Trasfusionale, definita con DCA n. 42 del 2014.

Tutte le Unità Operativa devono erogare prestazioni sia in regime di ricovero che ambulatoriale (a tal fine, tenuto conto della domanda, le attività ambulatoriali sono coordinate, d'intesa con il Direttore del Distretto, per il territorio di competenza, con le attività specialistiche convenzionate interne ed esterne, al fine di governare la richiesta ed adeguare l'offerta, per un contenimento delle liste di attesa da riportare nei parametri nazionali individuati, specialmente per le azioni collegate ai LEA, valutando, nell'insieme, anche le attività in ALPI interna). Gli obiettivi da perseguire sono:

- Contenimento dei tempi di esecuzione e di risposta entro tempi utili per l'ottimale sviluppo delle politiche cliniche e assistenziali e per la conclusione tempestiva delle degenze ordinarie o a ciclo diurno;
- Assicurare la quantità e qualità delle performance in funzione del conseguimento di idonei livelli di valorizzazione del prodotto ed un'efficiente gestione delle risorse in dotazione;
- Garantire l'appropriatezza delle modalità di conduzione delle pratiche cliniche diagnostiche ed assistenziali e, per le territoriali, all'appropriatezza prescrittiva e al contenimento della spesa sia dei farmaci che dei dispositivi medici.

Al fine di assicurare la rilevanza delle funzioni ad alto contenuto tecnico-professionale, l'Azienda individua attività specialistiche per le quali conferire incarichi di natura professionale, di alta/altissima specializzazione, di consulenza, di studio e di ricerca, ai sensi del vigente CCNL.

Gli incarichi ad alta/altissima specializzazione possono riguardare anche ambiti di prestazioni non sanitarie, tesi a produrre servizi particolarmente complessi oppure a fornire attività di consulenza per materie ad

ATTO AZIENDALE

elevato contenuto tecnico professionale nonché per la realizzazione di programmi di ricerca, aggiornamento, tirocinio e formazione, in rapporto alle diverse esigenze dell'Azienda. In questa fattispecie ciò che prevale è la specifica competenza professionale, diversamente dai precedenti casi delle Strutture complesse e semplici, ove prevalgono le competenze gestionali di risorse umane, tecniche e finanziarie. L'individuazione di tali incarichi non prefigura necessariamente rapporti di sovra o sotto ordinazione con le Unità Operative Semplici, bensì la diretta dipendenza dalla Unità Operativa Complessa o dal direttore del Dipartimento qualora l'incarico professionale abbia valenza dipartimentale.

Inoltre, sono state definite le linee di attività, suddividendo i posti letto, per disciplina, tra le varie unità operative complesse; alle unità operative semplici dipartimentali che sono dotate di risorse tecniche ed umane, con conseguente responsabilità gestionale, verrà assegnato un codice di attività corrispondente a quello della disciplina principale, con un progressivo indicativo, anche ai fini della contabilità per centri di costo e per il corrispondente controllo di gestione. L'indicazione dei posti letto è, quindi, funzionale alle relative linee di attività che, espletate in più ambiti, in ragione della competenza dipartimentale, sono comunque riconducibili a funzioni specialistiche specifiche, facenti capo ad una delle unità operative complesse. L'individuazione di posti letto, in molti casi collocati fisicamente all'interno della relativa unità operativa complessa da cui provengono, è funzionale alle verifiche gestionali, tecniche, di risultato, di indagini epidemiologica, in rapporto alla loro particolarità. In altri casi godono di autonomia fisica, per peculiari ed autonome caratteristiche cliniche. Il loro livello di responsabilità deriva dalla funzione strategica svolta e dalla competenza specialistico funzionale.

Le strutture operative dell'Azienda Sanitaria sono i Presidi Ospedalieri e sono organizzati, secondo modello dipartimentale, in strutture complesse e semplici e strutture semplici dipartimentali. Le funzioni specialistiche esercitate da ciascun ospedale sono quelle previste della programmazione regionale, ad eccezioni di alcune rimodulazioni rese necessarie per una migliore redistribuzione dei posti letto su tutto il territorio provinciale.

I presidi ospedalieri rappresentano un livello di responsabilità condivisa dei livelli qualitativi e di appropriatezza delle prestazioni erogate, ovvero del miglioramento continuo della qualità e del governo clinico. Sono dotati di autonomia economico-finanziaria, con l'attribuzione di specifico budget e con contabilità analitica separata all'interno del bilancio dell'azienda. Ai presidi ospedalieri delle aziende sanitarie è preposto, previa procedura di selezione pubblica, un direttore medico di presidio quale responsabile delle funzioni igienico-organizzative. Il direttore medico di presidio ospedaliero assicura, inoltre, la funzione d'integrazione e coordinamento interni e di raccordo e di continuità operativa con la direzione strategica. Annualmente, verranno definiti gli obiettivi da assegnare ai presidi, con verifiche dei risultati attesi. Gli Ospedali aziendali avranno, quindi, la seguente conformazione che nasce dal numero dei posti letto disponibili e dal numero di strutture assegnate.

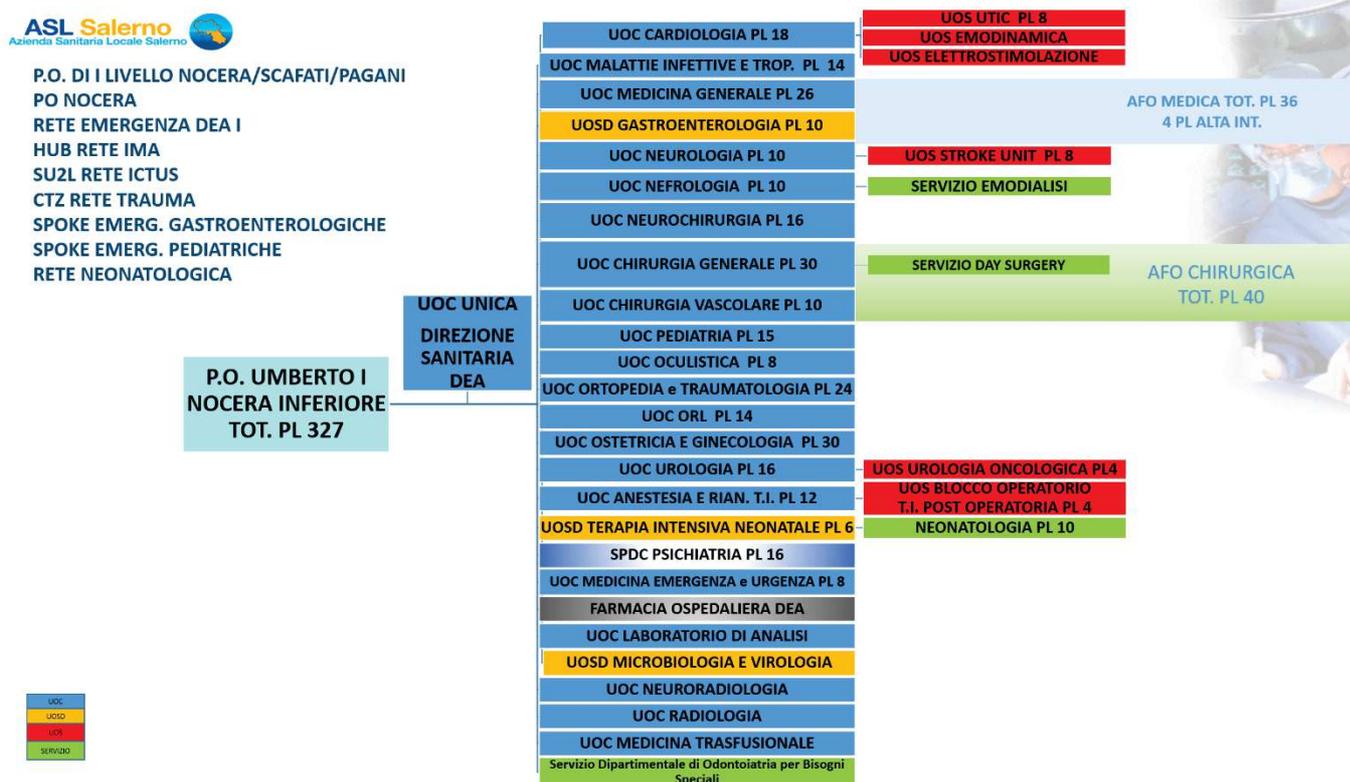
Presidio Ospedaliero di I livello Nocera/Pagani/Scafati

Presidio Ospedaliero "Umberto I" di Nocera

Presidio Ospedaliero (P.O.) di I Livello di Nocera Inferiore: SU2L nella rete dell'ictus, hub nella rete cardiologica, DEA di primo livello nella rete dell'emergenza, oltre che CTZ nella rete traumatologica, spoke

ATTO AZIENDALE

Il rete emergenze pediatriche e spoke nella rete delle emergenze digestive; I posti letto di Terapia Intensiva ricomprendono anche quelli di terapia Intensiva post-operatoria. Sono annessi i Presidi Ospedalieri “A. Tortora” di Pagani e “M.Scarlato” di Scafati.



Per il "Centro Regionale per le Malattie Infettive Pediatriche" sono previsti 2 posti letto. La UOC di Medicina TrASFusionale, ai sensi del DCA n. 42 del 4.7.2014, garantisce la gestione dell'attività trasfusionale per gli Ospedali di Nocera Inferiore, Pagani, Scafati e Sarno, individuati quali Unità di raccolta.

Sono previste 2 Aree Funzionali Omogenee:

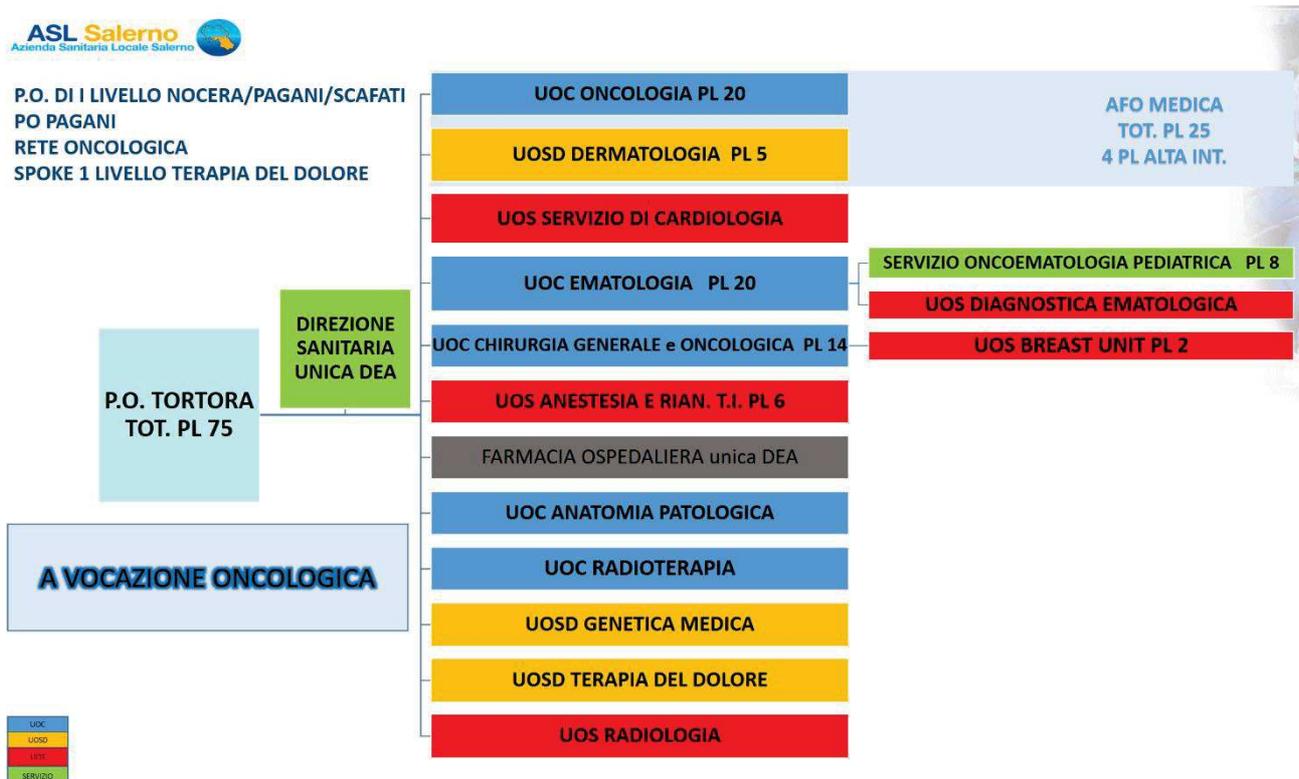
- AFO Medica con 36 PL di cui 4 ad alta intensità
- AFO Chirurgica con 40 PL letto alla quale afferisce anche un servizio di day surgery multispecialistico ed un servizio di odontoiatria sociale dedicato alle fasce deboli e bisogni speciali.

Presidio Ospedaliero "A. Tortora" di Pagani

Presidio Ospedaliero di Pagani: configurato quale presidio ospedaliero senza pronto soccorso, rappresenta il polo oncologico dell'ASL di Salerno, si caratterizza per la presenza di posti letto di ematologia, oncologia, chirurgia generale ad indirizzo oncologico, dermatologia ad indirizzo oncologico e connessa attività di fotodermatologia e rianimazione. L'attività di onco-ematologia pediatrica continuerà ad essere erogata dalla U.O. di pediatria del P.O. Umberto I di Nocera sino all'attivazione di tale attività nello stabilimento di

ATTO AZIENDALE

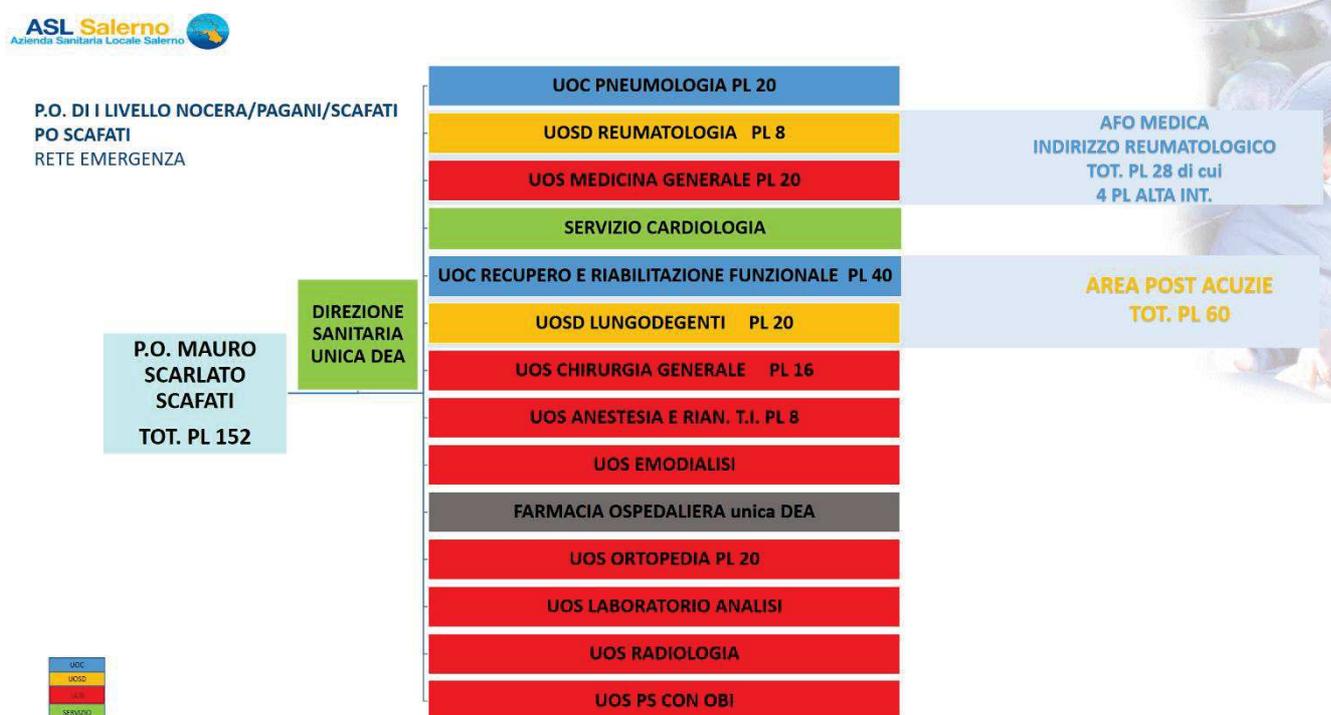
Pagani. È previsto, nel P.O. di Pagani, una UOS Servizio di cardiologia afferente alla UOC Cardiologia del P.O. di Nocera. È programmata l'attività di radioterapia. Spoke I livello nella rete terapia dolore. Annesso al Presidio Ospedaliero di I livello "Umberto I" di Nocera Inferiore. Tutte le attività del laboratorio analisi e microbiologia vengono assicurate dalle strutture esistenti nel presidio ospedaliero e dalle altre strutture presenti nel DEA. Le UU.OO.SS. di Anestesia e Rianimazione, Radiologia e il Servizio di Cardiologia sono afferenti alle rispettive UU.OO.CC. del PO di Nocera. Inoltre, la UOS di Diagnostica Ematologica assicurerà tutte le prestazioni afferenti alla disciplina dell'ematologia.



È prevista 1 AFO con 25 posti letto, di 4 ad alta intensità assistenziale ed una unità di raccolta e conservazione del sangue, in collegamento con il Servizio dell'Ospedale di Nocera Inferiore.

ATTO AZIENDALE

Presidio Ospedaliero "Mauro Scarlato" di Scafati



P.O. Scafati è configurato, nel nuovo assetto aziendale, quale presidio di base con PRONTO SOCCORSO ad indirizzo Pneumologico e Riabilitativo corredato dei servizi diagnostici finalizzati alle suddette attività. È previsto nel P.O. un Servizio di Cardiologia afferente alla UOC di Cardiologia del P.O. di Nocera. È prevista una Unità di raccolta e conservazione del sangue, in collegamento con il Servizio dell'Ospedale di Nocera Inferiore. Sono previsti 158 posti letto. Tutte le UU.OO.SS. sono afferenti alle rispettive UU.OO.CC del P.O. di Nocera.

Sono programmate 2 AFO:

- AFO medica ad indirizzo reumatologico per un totale di 28 posti letto di cui 4 ad alta intensità assistenziale;
- AFO post acuzie per un totale di 68 posti letto. È prevista una unità operativa di riabilitazione intensiva in regime di degenza caratterizzata da interventi multiprofessionali a specifica valenza riabilitativa in ambito respiratorio-cardiologico- neurologico – traumatologico.

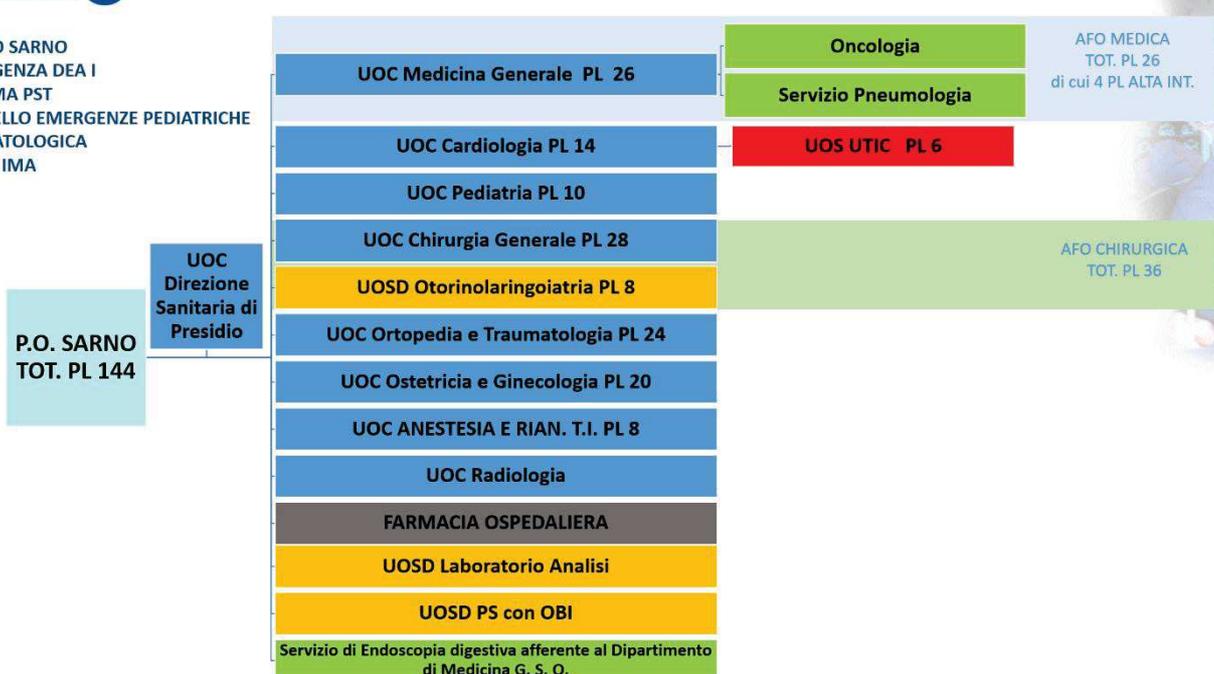
ATTO AZIENDALE

Presidio Ospedaliero "Villa Malta" di Sarno

Configurato come spoke nella rete IMA, PST nella rete Trauma e spoke di I livello nella rete emergenze pediatriche. DEA I livello nella rete dell’Emergenza. È previsto un servizio di Oncologia ed un servizio di pneumologia nell’ambito dell’AFO dell’area medica. È prevista Unità di raccolta e conservazione del sangue, in collegamento con il Servizio dell’Ospedale di Nocera Inferiore. Inoltre, il Servizio di Endoscopia digestiva assume la connotazione di Servizio dipartimentale e viene assegnata alla gestione del Direttore del Dipartimento di Medicina Generale, Specialistica ed Oncologica.



P.O I LIVELLO SARNO
RETE EMERGENZA DEA I
RETE TRAUMA PST
SPOKE I LIVELLO EMERGENZE PEDIATRICHE
RETE NEONATOLOGICA
SPOKE RETE IMA



Sono programmate 2 AFO:

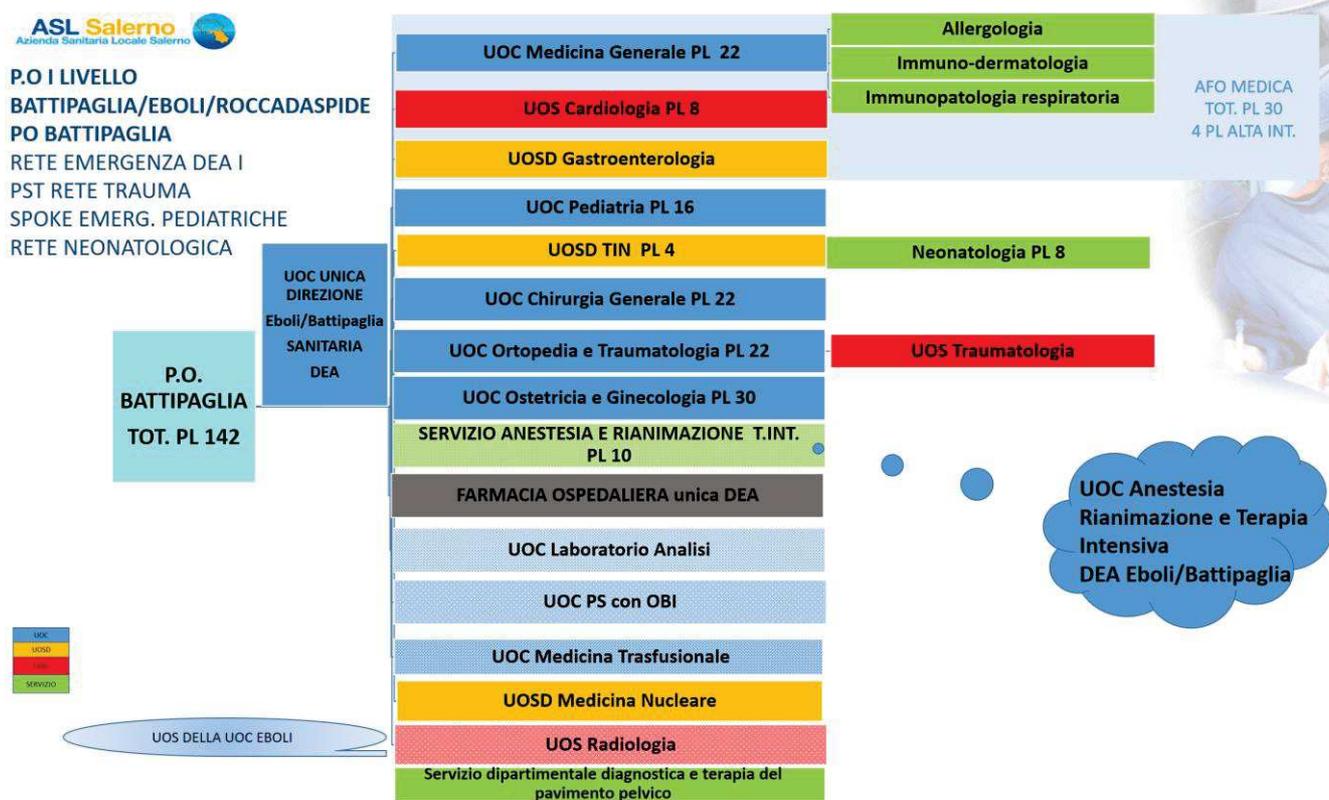
- AFO medica per un totale di 26 posti letto di cui 4 ad alta intensità assistenziale;
- AFO chirurgica per un totale di 36 posti letto.

Presidio Ospedaliero di I livello Battipaglia/Eboli/Roccardaspide

Presidio Ospedaliero "Santa Maria della Speranza" di Battipaglia

Il Presidio Ospedaliero di Battipaglia sede di pronto soccorso al servizio di un’ampia popolazione, è orientato all’area chirurgica materno-infantile. Riveste il ruolo di DEA di I livello nella rete dell’emergenza. Vengono aggregati alla terapia intensiva del servizio di anestesia e rianimazione 2 posti della pediatria, con destinazione di terapia intensiva pediatrica. Riveste il ruolo di PST nella rete Trauma ed è spoke di I livello nella rete pediatrica. Viene programmato un servizio di Endoscopia Digestiva ed un Servizio di allergologia.

ATTO AZIENDALE



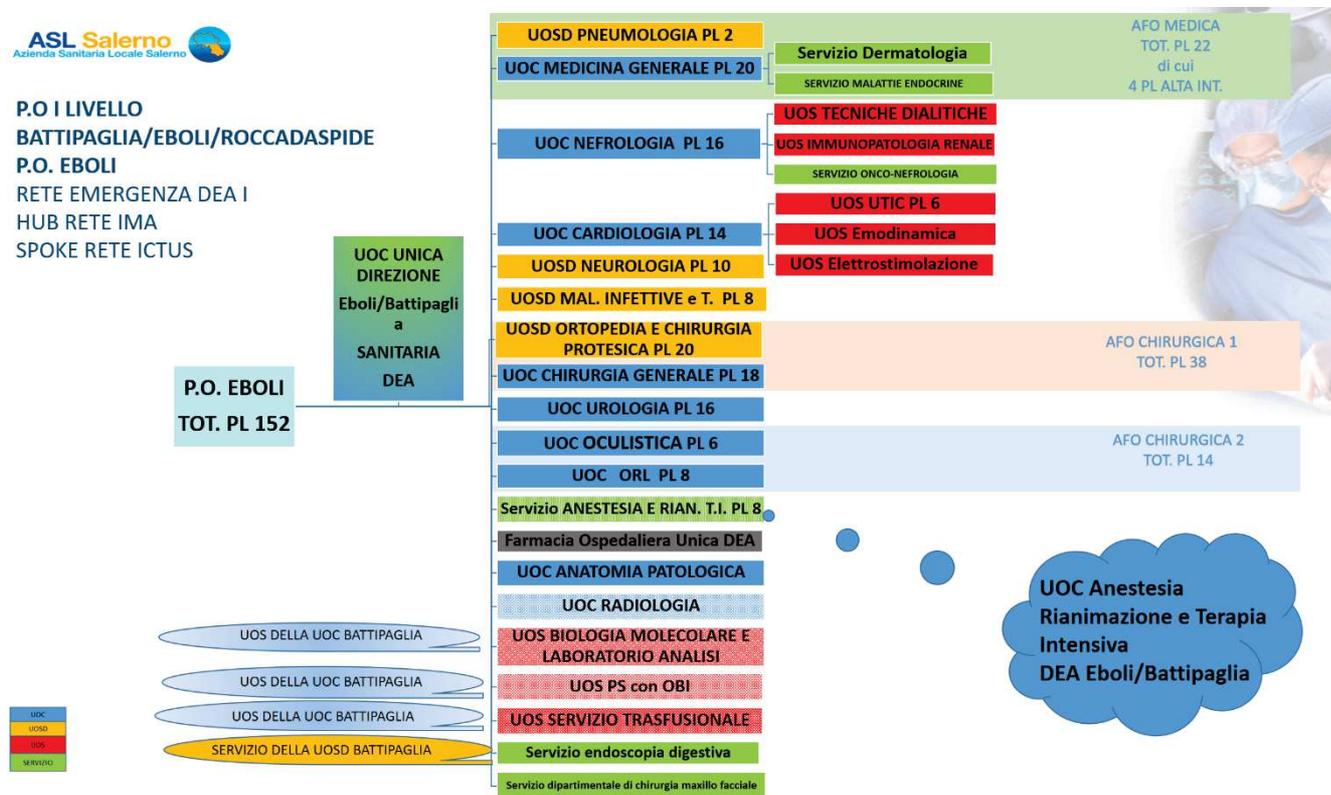
La UOC Servizio Trasfusionale, ai sensi del DCA n. 42 del 4.7.2014, garantisce la gestione dell'attività trasfusionale per i PP.OO. di Battipaglia, Eboli ed Oliveto Citra.

È prevista **1 AFO di area medica con 30 posti letto**, di cui 4 ad alta intensità assistenziale, ad indirizzo gastroenterologico ed epatobiliare, a cui afferiscono anche 8 posti letto di area cardiologica. È inoltre presente un Servizio di diagnostica e terapia del pavimento pelvico a valenza dipartimentale.

ATTO AZIENDALE

Presidio Ospedaliero "Maria Addolorata" di Eboli

Il Presidio Ospedaliero di Eboli è identificato quale presidio sede di pronto soccorso al servizio di un'ampia popolazione, orientato prevalentemente all'area cardiologica. È dotato di emodinamica, è hub di I° livello nella rete cardiologica e spoke nella rete ICTUS. Nell'ambito dell'AFO medica è programmato una UOSD di Pneumologia diagnostica ed interventistica ed un Servizio di Dermatologia. Le UU.OO.SS. di P.S. e Servizio Trasfusionale sono afferenti alle rispettive U.O.C. del P.O. di Battipaglia. All'intero del DEA viene assegnata un'unica U.O.C. di Anestesia/Rianimazione e Terapia Intensiva ed una UOSD di Ortopedia che viene individuata quale HUB Aziendale per gli interventi di chirurgia protesica. È attivo inoltre un Servizio di chirurgia maxillo facciale dipartimentale funzionalmente collegato al Dipartimento delle discipline ortopediche e cervico-facciali.



Per il "Centro Regionale per le Malattie Infettive pediatriche" sono previsti 2 posti letto. Sono programmate 3 AFO:

- AFO medica per un totale di 22 posti letto di cui 4 ad alta intensità assistenziale;
- AFO chirurgica 1, di area generalista, per un totale di 38 posti letto;
- AFO chirurgica 2, di area specialistica, per un totale di 14 posti letto.

Nell'ambito della programmazione aziendale, attesa la vicinanza dei plessi, la densità di popolazione e la necessità di assicurare un più ampio intervento, viene definita una integrazione funzionale dei due plessi, capace di dare risposta all'intera zona, con migliore utilizzo di risorse e risultati di qualità. In particolare, la

ATTO AZIENDALE

UOC di Terapia Intensiva sarà articolata secondo il seguente modello organizzativo:



Nello specifico afferiscono alla UOC di Anestesia – Rianimazione e Terapia Intensiva 2 incarichi di alta/altissima specializzazione per la gestione dei posti letto distribuiti su entrambi gli stabilimenti ospedalieri e relativi servizi di anestesia.

Inoltre, il P.O. di Battipaglia continuerà a rivestire il ruolo di PST nella rete Trauma e spoke di I livello nella rete pediatrica, con potenziamento del punto nascita. Il P.O. di Eboli continuerà ad essere hub di I° livello nella rete cardiologica e spoke nella rete ICTUS. L'integrazione funzionale e la dislocazione dei servizi tiene conto delle risorse umane disponibili. Nell'ambito della definizione integrata, si ritiene di individuare le AFO mediche ai fini di dover specializzare le unità operative di medicina generale del PO di Battipaglia nell'ambito dell'area gastroenterologica, e del PO di Eboli nell'ambito pneumologico ed endocrino-metabolico.

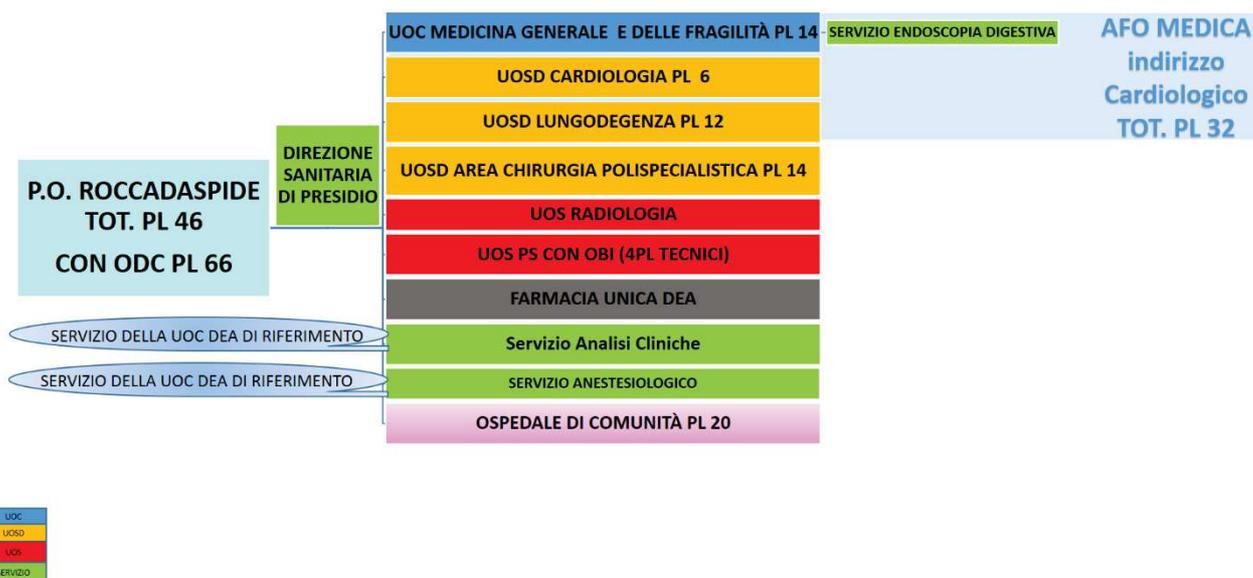
ATTO AZIENDALE

Presidio Ospedaliero di Roccadaspide

P.O. Roccadaspide: configurato quale presidio ospedaliero in zona disagiata con punto di accesso e pronto soccorso, dotato di 66 posti letto comprensivi dei 20 posti letto del programmato Ospedale di Comunità. Dotato inoltre di una unità operativa di day surgery polispecialistico, per effettuare interventi chirurgici o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive che per complessità, esecuzione e durata sono eseguibili in sicurezza nell'arco della giornata. È previsto anche un servizio di ortopedia per garantire un percorso clinico organizzativo in day surgery, per attività di chirurgia ortopedica. È presente, inoltre, una UOC di Medicina generale e delle fragilità orientata alla presa in carico dell'anziano fragile affetto da cronicità complessa e avanzata.



PO ROCCADASPIDE
AREA Disagiata
P.O. DI I LIVELLO RIFERIMENTO
BATTIPAGLIA/EBOLI/ROCCADASPIDE
RETE EMERGENZA

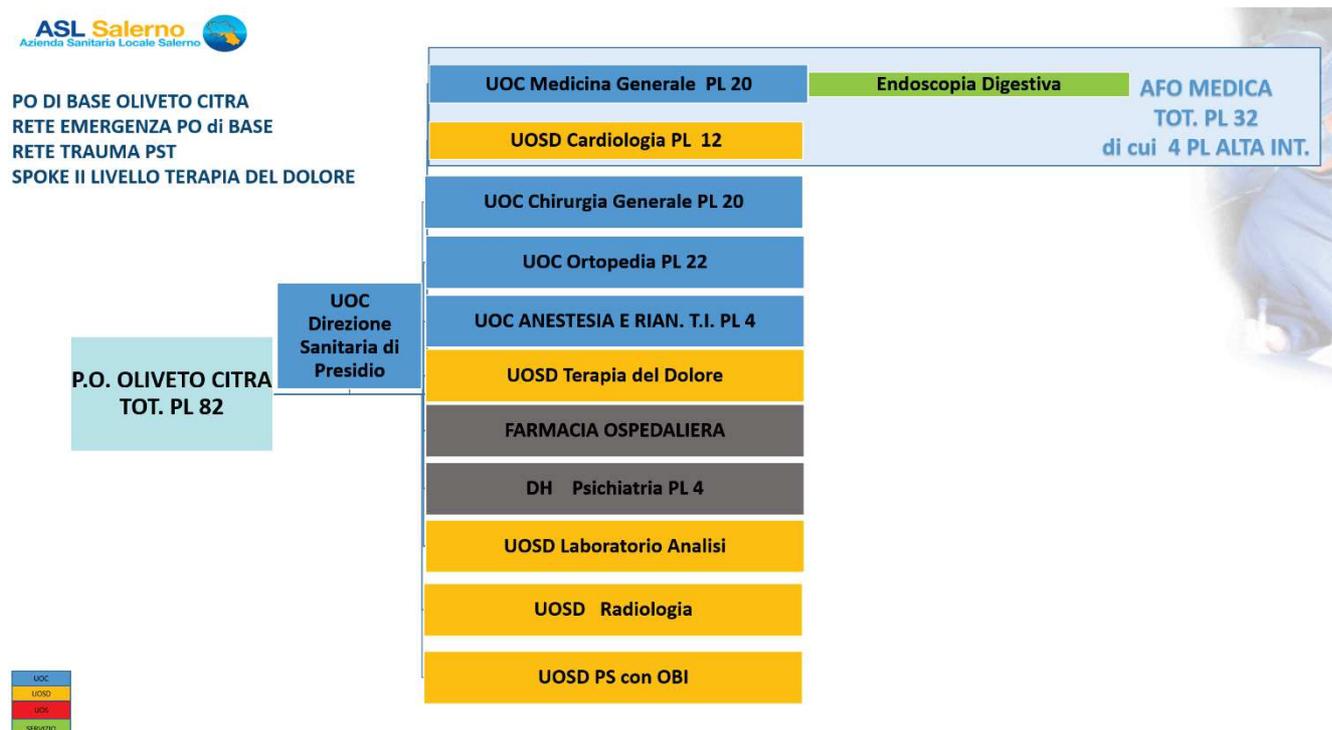


È prevista 1 AFO di area medica ad indirizzo cardiologico con 32 posti letto, a cui afferiscono 12 posti letto di lungodegenza oltre ad un servizio di assistenza anestesiologicala.

ATTO AZIENDALE

Presidio Ospedaliero Oliveto Citra

È confermato quale presidio ospedaliero di base con pronto soccorso. Ospita la psichiatria in DH gestito dal dipartimento di Salute Mentale. È programmato un servizio di endoscopia digestiva ed è prevista una unità di raccolta e conservazione del sangue, in collegamento con il Servizio dell'Ospedale di Battipaglia. All'occorrenza, la UOSD Terapia del dolore utilizza 2 PL in regime in DH della UOC di Ortopedia.



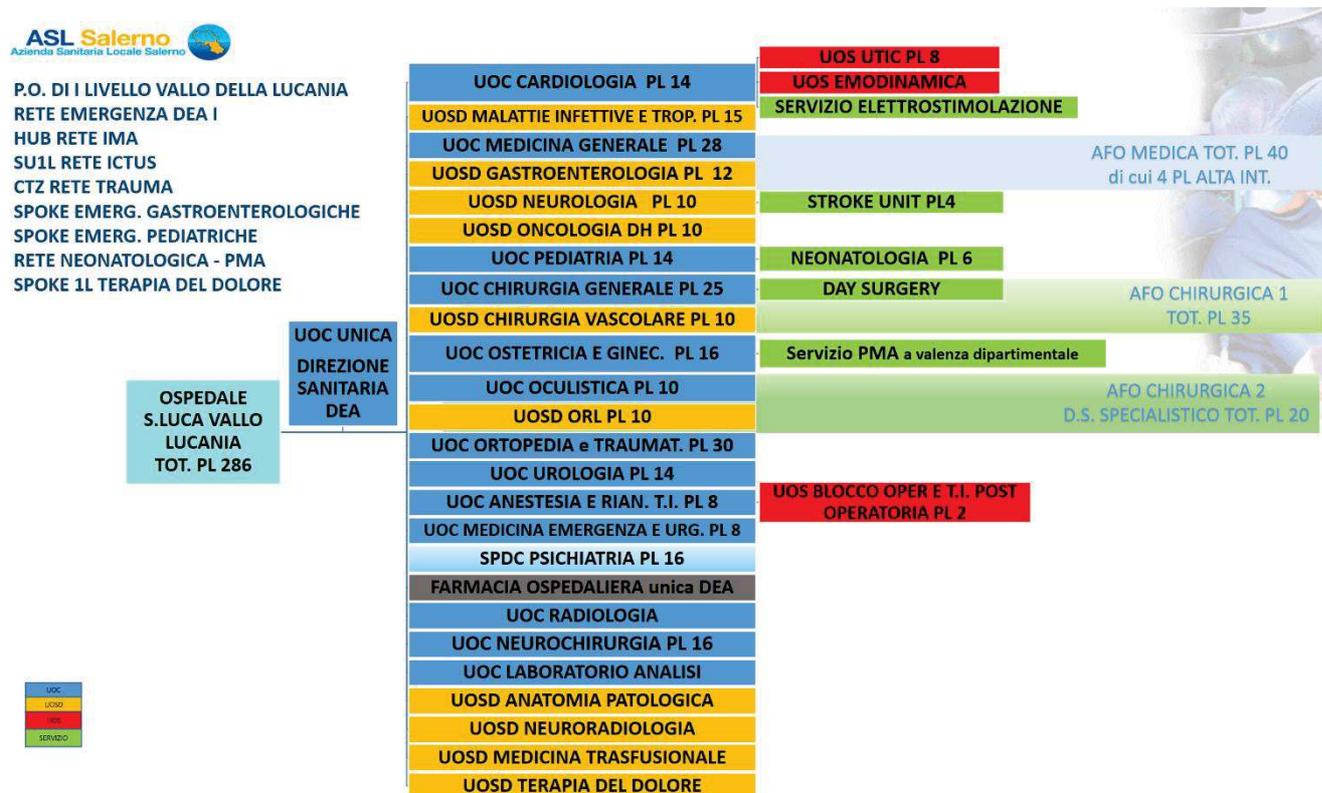
È prevista **1 AFO di area medica con 32 posti letto**, di cui 6 ad alta intensità (4 di terapia ad alta intensità cardiologica e 2 ad alta intensità di medicina generale) a cui afferiscono 12 posti letto di area cardiologica.

ATTO AZIENDALE

Presidio Ospedaliero di I Livello Vallo Della Lucania/Agropoli

Presidio Ospedaliero "San Luca" di Vallo della Lucania

Stroke Unit di 1 Livello nella rete dell'Ictus (SU1L), hub nella rete cardiologica, spoke nella rete emergenze pediatriche, spoke nella rete delle emergenze gastroenteriche, spoke nella rete del dolore, oltre che CTZ nella rete traumatologica.



Per il "Centro Regionale per le Malattie Infettive Pediatriche" sono previsti 2 posti letto presso la UO di Malattie Infettive. La UOSD Terapia del Dolore utilizzerà all'occorrenza 2 posti letto della UOC della Medicina Generale per eventuali ricoveri in regime di DH. È presente un Servizio per la PMA a valenza dipartimentale.

Sono programmate 3 AFO:

- AFO medica per un totale di 40 posti letto di cui 4 ad alta intensità assistenziale;
- AFO chirurgica 1, di area generalista, per un totale di 35 posti letto;
- AFO chirurgica 2, di area specialistica, per un totale di 20 posti letto.

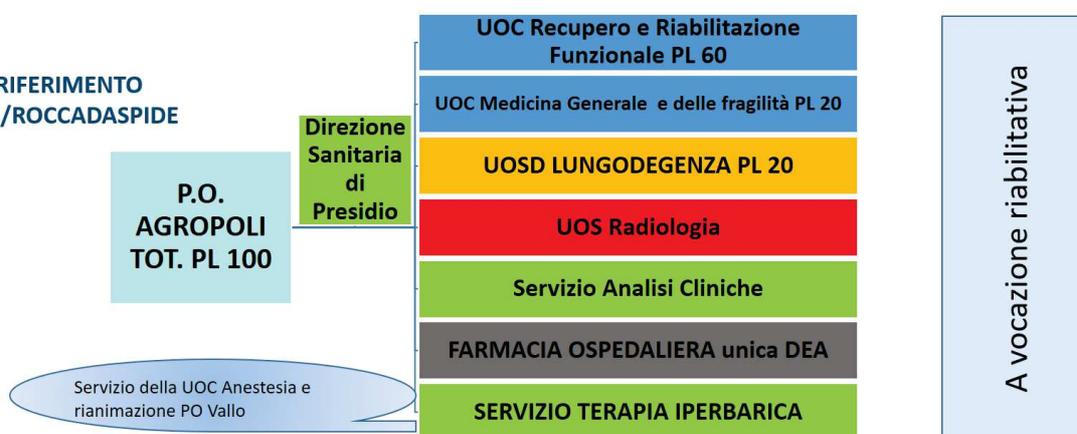
ATTO AZIENDALE

Presidio Ospedaliero di Agropoli

P.O. Agropoli: configurato quale presidio ospedaliero in zona disagiata, senza pronto soccorso. È prevista riabilitazione intensiva in regime di degenza caratterizzata da interventi multiprofessionali a specifica valenza riabilitativa in ambito respiratorio-cardiologico- neurologico – traumatologico. Si caratterizza per la presenza di posti letto di medicina orientati alla presa in carico dell’anziano fragile e a supporto del P.O. di Vallo della Lucania, con un centro ambulatoriale ad indirizzo oncologico.



PO AGROPOLI
AREA Disagiata
P.O. I LIVELLO DI RIFERIMENTO
VALLO/AGROPOLI/ROCCADASPIDE



Presso l'Ospedale di Agropoli è previsto l'ampliamento dei posti letto per il SUAP. Ospita inoltre un centro diurno territoriale per disturbi del comportamento alimentare afferente al Dipartimento di Salute mentale. È presente un servizio di terapia iperbarica afferente alla UOC Anestesia e Rianimazione del PO di Vallo della Lucania

Presidio Ospedaliero "Dell'Immacolata" di Sapri

DEA 1 livello nella rete dell'emergenza, PST nella rete trauma e spoke nella rete IMA. Inoltre, si configura quale spoke di I livello nelle emergenze pediatriche. La gestione del DH Oncologico è affidata alla UOSD Oncologia del PO di Polla e la gestione del servizio trasfusionale è affidata alla UOSD Medicina trasfusionale del PO di Vallo. Viene inoltre confermata la UOSD di Emodialisi che all'occorrenza potrà utilizzare 3 posti letto della UOC di Medicina per la diagnosi e cura di complicanze dell'emodialisi stessa o legate alla nefropatia di base da cui il paziente è affetto o da eventuali co-morbidità. L'UOS di Ginecologia ed ostetricia è funzionalmente collegata con la UOC del P.O: di Vallo della Lucania.

È prevista 1 AFO di area medica con indirizzo oncologico con 22 posti letto, a cui 2 ad alta intensità.

ATTO AZIENDALE

P.O. I LIVELLO SAPRI
RETE EMERGENZA DEA I
RETE TRAUMA PST
SPOKE RETE IMA
3SPOKE I LIVELLO EMERGENZE
PEDIATRICHE
RETE NEONATOLOGICA



P.O. SAPRI
TOT. PL 116

UOC Direzione Sanitaria di Presidio

- UOC Medicina Generale PL 20
- DH Oncologia PL 2 *
- UOC Cardiologia PL 10
- UOSD Lungodegenti PL 16
- UOC Chirurgia Generale PL 20
- UOC Ortopedia e Traumatologia PL 20
- UOS Ostetricia e Ginecologia PL 10
- UOSD Pediatria PL 8
- UOC Anestesia E Rian. T.I. PL 4
- UOSD Emodialisi
- Farmacia Ospedaliera
- UOSD Laboratorio Analisi
- UOSD PS con OBI
- UOSD Radiologia
- Servizio Trasfusionale*

Servizio Endoscopia Digestiva

AFO MEDICA
TOT. PL 22
di cui
2 PL ALTA INT.

UOS UTIC PL 6

UOC Ginecologia e Ostetricia P.O. Vallo della Lucania

* UOSD Oncologia - POLLA

SERVIZIO DELLA UOSD PO VALLO

Presidio Ospedaliero "L. Curto" di Polla

P.O. DI I LIVELLO POLLA
RETE EMERGENZA DEA I
SPOKE RETE IMA
SU1L RETE ICTUS
PST RETE TRAUMA
SPOKE EMERG. PEDIATRICHE
RETE NEONATOLOGICA

OSPEDALE PO POLLA
TOT. PL 173

UOC DIREZIONE SANITARIA

- UOC MEDICINA GENERALE PL 20
- UOSD GERIATRIA PL 14
- UOSD ONCOLOGIA PL 2 DH*
- UOSD NEUROLOGIA PL 12
- UOSD NEFROLOGIA PL 8
- UOSD GASTROENTEROLOGIA PL 4
- UOSD PNEUMOLOGIA PL 8
- UOC CARDIOLOGIA PL 14
- UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA PL 15
- UOSD PEDIATRIA PL 10
- UOC CHIRURGIA GENERALE PL 16
- UOC UROLOGIA PL 10
- UOC ORTOPEDIA PL 18
- UOSD OCULISTICA PL 4
- UOSD ORL PL 4
- UOC ANESTESIA E RIAN. T.I. PL 8
- FARMACIA OSPEDALIERA
- UOC LABORATORIO ANALISI
- UOSD PS CON OSSERVAZIONE BREVE
- UOSD RADIOLOGIA
- UOS SERVIZIO TRASFUSIONALE
- Servizio Dipartimentale Odontoiatria per bisogni speciali

STROKE UNIT

EMODIALISI

UOS UTIC PL 6

AFO MEDICA 1
TOT. PL 36
di cui 4 PL ALTA INT.

AFO MEDICA 2
Ad indirizzo specialistico
TOT. PL 20

AFO CHIRURGICA 1
T.O.T. PL 26

AFO CHIRURGICA 2
D.S. SPECIALISTICO

* UOSD Oncologia - gestione di ulteriori 2 PL PO Sapri



ATTO AZIENDALE

DEA di I livello nella rete dell'emergenza è identificato quale SUIL nella rete Ictus e spoke per la Rete IMA. Si configura PST nella rete Trauma e spoke I livello per le emergenze pediatriche. È programmata una unità operativa di Oncologia con 2 posti letto di Day Hospital.

Sono programmate 4 AFO:

- AFO medica 1 per un totale di 36 posti letto di cui 4 ad alta intensità assistenziale;
- AFO medica 2 per un totale 20 posti letto ad indirizzo specialistico;
- AFO chirurgica 1, di area generalista, per un totale di 26 posti letto a cui afferisce un servizio di odontoiatria sociale dedicato alle fasce deboli;
- AFO chirurgica 2, di area specialistica, per un totale di 8 posti letto di DH.

Le aggregazioni dipartimentali ospedaliere dell'Azienda Sanitaria Locale Salerno

Il Dipartimento è il modello di aggregazione adottato per tutte le strutture organizzative dell'Azienda, in applicazione di disposizioni regionali e nazionali. Le UU.OO. costituenti il Dipartimento sono aggregate secondo una specifica tipologia organizzativa e gestionale volta a dare risposte unitarie, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati, e a tal fine adottano regole condivise di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca, etico, medico-legale ed economico. Nei dipartimenti sono applicate le logiche di governo collegiale ed i processi di coordinamento e controllo. Le Unità Operative Complesse (U.O.C.) sono caratterizzate da un elevato grado di autonomia gestionale e da piena responsabilità nella realizzazione di processi integrati e possono contenere Unità Operative Semplici (U.O.S.). Le U.O.C. erogano prestazioni o esercitano funzioni rilevanti, per qualità e quantità, che richiedono un elevato grado di autonomia decisionale e che comportano la gestione di risorse umane, tecnologiche o finanziarie rilevanti per professionalità, entità o diversità. Le Unità Operative Semplici a valenza dipartimentale (U.O.S.D.) sono istituite in area sanitaria per far fronte a particolari processi assistenziali che richiedono un coordinamento interdisciplinare di processi assistenziali trasversali rispetto a più strutture complesse. Sono caratterizzate da autonomia operativa che comporta l'utilizzazione e/o la gestione di risorse umane, strutturali o strumentali dedicate o condivise con altre strutture. Dipendono gerarchicamente e funzionalmente dal Direttore del Dipartimento di appartenenza.

Il Direttore di Unità Operativa Complessa e il Dirigente Responsabile dell'Unità Operativa Semplice a valenza dipartimentale esercitano, oltre a quelle derivanti dalle specifiche competenze professionali, funzioni di direzione e di organizzazione dell'Unità Operativa, da attuarsi nell'ambito degli indirizzi emanati dagli organi e dalle strutture sovra ordinate.

Essi, quindi:

- Sono responsabili dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite e del rispetto della normativa nazionale, regionale e delle disposizioni della Direzione Aziendale;
- Vigilano sull'attività e sulla disciplina del personale assegnato all'unità Operativa;
- Hanno la responsabilità complessiva dei pazienti afferenti alla unità operativa che governano, affidandone di norma il trattamento clinico ai dirigenti medici assegnati alla struttura;
- Sono responsabili della regolare e tempestiva compilazione delle cartelle cliniche e delle schede di dimissione ospedaliera (S.D.O.), dei registri nosologici e della loro conservazione, fino alla consegna all'archivio centrale;
- Inoltrano, tramite la Direzione Sanitaria, le denunce di legge e assicurano la tempestiva effettuazione delle visite di consulenza richieste dai sanitari di altre Unità Operative;
- Forniscono, con tempestività e completezza, i dati e la documentazione, sia gestionale che clinica, richiesti dalle strutture della Direzione Aziendale deputate alle funzioni di controllo e ispettive.

Il Direttore di Unità Operativa Complessa e il Dirigente Responsabile di Unità Operativa Semplice a valenza dipartimentale, salva diversa determinazione del Direttore Generale, sono responsabili dei procedimenti di competenza dell'Unità medesima.

Le Unità Operative Semplici sono dotate di autonomia operativa che comporta l'utilizzazione e/o la gestione

ATTO AZIENDALE

di risorse dedicate o condivise con la U.O.C. di appartenenza. Tali strutture operano nell'ambito dei principi e delle direttive generali formulate dalla struttura complessa sovraordinata, di cui rappresentano articolazione interna. Esse dipendono funzionalmente e gerarchicamente dal Direttore della Struttura Complessa di appartenenza e partecipano, anche oltre la specificità dei compiti affidati, alla realizzazione complessiva degli obiettivi assegnati alla U.O.C. Il disegno strutturale di cui all'organigramma individuato con il presente Atto Aziendale si connota per due distinti caratteri:

- Da un lato assume valore confermativo per varie strutture già pienamente operative e consolidate in termini sia di qualificazione, sia di competenze e produzione;
- Dall'altro vi è l'individuazione di nuove strutture che rappresentano ambiti o settori che già nella precedente organizzazione erano state oggetto di considerazione, sia pur con qualificazioni diverse, o rappresentano ambiti o settori che, per l'innovatività che li connota, nella precedente organizzazione non erano state oggetto di alcuna qualificazione e di conseguenti incarichi.

Per le strutture di cui al precedente punto 1, la previsione di una diversa qualificazione non determina la rimodulazione degli incarichi pregressi; l'attivazione di tali nuove strutture può determinare pertanto la prosecuzione delle attività ad esse riferibili secondo la precedente qualificazione fino all'attribuzione del nuovo incarico; attribuzione che sarà conseguente ad ulteriori verifiche da parte della Direzione circa lo sviluppo delle attività e della produzione, nonché alla possibilità di dotare la stessa di adeguate risorse.

Per le strutture al punto 2 si evidenzia che la loro previsione nell'organigramma deriva da una visione prospettica circa la loro capacità di evolversi ed assumere la qualificazione strutturale per esse previste; pertanto, la Direzione potrà valutare che gli ambiti di attività proprie di dette strutture siano inizialmente svolti con l'attribuzione di funzioni ed incarichi specialistici anziché strutturali. Si fa presente inoltre che l'art. 40 del D.Lgs. 150/2009 ha modificato l'art. 19 del D.Lgs. 165/2001, introducendo il comma 1-ter il quale dispone quanto segue: "L'amministrazione che, in dipendenza dei processi di riorganizzazione ovvero alla scadenza, in assenza di una valutazione negativa, non intende confermare l'incarico conferito al dirigente, è tenuta a darne idonea e motivata comunicazione al dirigente stesso con un preavviso congruo, prospettando i posti disponibili per un nuovo incarico". Pertanto, stante la norma di cui innanzi si ritiene che l'adeguamento agli standard in oggetto debba essere garantito da questa ASL. Inoltre sulla base delle linee guida per l'adozione dell'Atto Aziendale (DCA 13/2013 - punto 19), che prevedono la individuazione programmatica delle strutture complesse, semplici dipartimentali e semplici sulla base di parametri e criteri indicati con lo stesso decreto, in modo da garantire l'adeguamento agli standard, sono state individuate le strutture secondo i parametri e i criteri indicati, per cui si procederà ad un adeguamento progressivo della nuova organizzazione e mantenendo, quindi, in vita la precedente strutturazione fino a scadenza dei contratti individuali, con eccezione di quelli conferiti a dirigenti il cui pensionamento è previsto entro il 31.12.2023, per i quali l'incarico sarà mantenuto fino alla data di collocamento a riposo.

Dipartimenti

Dipartimento Area Critica ed Emergenza/Urgenza Ospedaliera e Territoriale – COT 118

Il Dipartimento tende a favorire la comunicazione e la collaborazione tra le unità operative senza perdere la valenza specialistica di ciascuna, a sviluppare la trasversalità del percorso diagnostico terapeutico del malato e ad utilizzare l'esempio, il confronto e le sinergie. Fornisce h24 assistenza anestesiologicala per tutte le attività operatorie ed interventistiche di elezione e di urgenza, comprese quelle di alta complessità e garantisce la