



**Delibera del Consiglio dei Ministri dell'11/12/2015
per l'attuazione del piano di rientro dei disavanzi
del settore sanitario della Regione Campania**

Il Commissario ad Acta
Dr. Joseph Polimeni
Il Sub Commissario ad Acta
Dr. Claudio D'Amario

DECRETO n. 8 del 10/02/2017

OGGETTO: D.C.A. n. 33/2016 Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015. Atto aziendale A.S.L. NAPOLI 2 NORD. Approvazione.

PREMESSO:

- che la legge 30 dicembre 2004 , n. 311 recante Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005) e, in particolare, l'art. 1, comma 180, ha previsto per le regioni interessate l'obbligo di procedere, in presenza di situazioni di squilibrio economico finanziario, ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore ad un triennio;
- che la Giunta regionale della Campania con deliberazione n. 460 del 20/03/2007 *ha approvato il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004*;
- che con deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 23 luglio 2009 il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro tempore della regione Campania quale Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario ai sensi dell'art. 4, comma 2, del DL 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;
- che con deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 24 aprile 2010 il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso, secondo Programmi Operativi di cui all'art. 1, comma 88 della legge n.191 del 2009;
- che con le deliberazioni del Consiglio dei Ministri in data 15 ottobre 2009, 3 marzo 2011, 20 marzo 2012, 29 ottobre 2013 è stato disposto l'avvicendamento nelle funzioni di sub-commissario ad acta con il compito di affiancare il Commissario ad acta della Regione Campania;

VISTI

- gli esiti delle elezioni amministrative regionali dello scorso 31 maggio 2015 ;
- i commi nn.569 e 570 dell'art. 1 della legge 23 dicembre 2014, n. 190 "*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)*" con cui – in recepimento delle disposizioni di cui all'art. 12 del Patto per la Salute 2014 – 2016 – è stato previsto che "*La nomina a commissario ad acta per la predisposizione, l'adozione o l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario,*

effettuata ai sensi dell'articolo 2, commi 79, 83 e 84, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni, e' incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento”;

- la delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2015, notificata in data 8 gennaio 2016, con la quale il dott. Joseph Polimeni è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del S.S.R della Campania e con il quale il Dott. Claudio D'Amario è stato nominato Sub Commissario ad Acta;

VISTO

- l'incarico prioritario del Commissario ad acta *“di adottare ed attuare i Programmi operativi 2016 – 2018 e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente”;*

VISTO

- l'acta prioritario n. *“I”*, riportato nella citata delibera del Consiglio dei Ministri del 11.12.2015 di *“adozione ed attuazione del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in coerenza con il fabbisogno assistenziale, in attuazione del regolamento adottato con decreto del Ministero della Salute del 2 Aprile 2015 n. 70 in coerenza con le indicazioni dei Tavoli Tecnici di monitoraggio”;*

VISTO

- l'art. 3 comma 1 – bis, del D.lgs n. 502/92 e ss.mm.ii. a tenore del quale l'Atto aziendale costituisce lo strumento giuridico mediante il quale le aziende determinano la propria organizzazione ed il proprio funzionamento, e delinea gli ambiti della propria autonomia gestionale ed amministrativa, nel rispetto dei principi e dei criteri emanati dalla Regione;

VISTI:

- il decreto commissariale n. 49 del 27 settembre 2010 avente ad oggetto *“riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia”* ed il decreto commissariale n. 22 del 22 marzo 2011 di approvazione del *“Piano Sanitario Regionale 2011-2013”*, entrambi validati dai Ministeri affiancanti;
- il decreto commissariale n. 135 del 10 Ottobre 2012 con il quale sono stati forniti alle Aziende specifici indirizzi per la formulazione degli atti aziendali al fine di consentire l'adozione di un modello di organizzazione omogeneo e conforme alla Pianificazione sanitaria regionale nonché agli obiettivi economici e di razionalizzazione del SSR previsti dai Programmi Operativi;
- il decreto commissariale n. 6 del 14 Gennaio 2013 con il quale sono state assegnate alle aziende ulteriori indirizzi riguardanti i parametri standards per l'individuazione delle strutture ed alla necessità di allineare la normativa regionale alle disposizioni di cui alla legge n. 189 dell' 8 novembre 2012 di conversione del DL n. 158 del 13 settembre 2012;
- il decreto commissariale n. 18 del 18 febbraio 2013, che, al fine di procedere alla approvazione di un testo unico integrato contenente il complesso degli indirizzi forniti alle aziende ed anche in recepimento delle osservazioni ministeriali, si è proceduto alla sostituzione dell'allegato al decreto commissariale n. 6;
- il decreto commissariale n. 34 del 24 febbraio 2013 con il quale è stato previsto il differimento dell'originario termine previsto per l'invio degli atti alla struttura commissariale di 45 giorni rispetto alla data della pregressa scadenza di cui al decreto n. 6/2013 e quindi, fino al 10 giugno 2013 e si è proceduto alla nomina del gruppo di lavoro per la valutazione della conformità degli atti aziendali alle Linee di indirizzo regionali;

PREMESSO :

- che con il Decreto Commissariale n. 33 del 17 Maggio 2016 è stato approvato il documento denominato “Piano regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del DM 70/2015”, con il quale è stato recepito un nuovo metodo di programmazione dell’assistenza ospedaliera, nella riclassificazione della tipologia dei presidi ospedalieri e nella metodologia di calcolo della dotazione di posti letto
- che il modello funzionale proposto permette una migliore distribuzione delle risorse secondo criteri di efficienza organizzativa e l’assegnazione di discipline volte al miglioramento globale dell’assistenza per bacini di utenza;

CONSIDERATO :

- che alle aziende sanitarie è stato chiesto l’adeguamento del proprio atto aziendale a quanto stabilito con il citato decreto;
- che nelle more dell’approvazione dell’atto aziendale della ASL NA 2 Nord, il TAR Campania Sez. I^a con sentenza n. 5842 del 19.12.2016 ha accolto il ricorso del Comune di Procida verso il DCA n. 33/2016 nella parte in cui al Presidio Ospedaliero insistente nell’isola viene eliminato l’attuale Pronto Soccorso;
- che è stato mandato all’Avvocatura Distrettuale dello Stato di proporre ricorso alla summenzionata sentenza dinanzi al Consiglio di Stato;
- che in attesa delle risultanze del citato ricorso in appello, occorre dare esecuzione a quanto statuito;

CONSIDERATO :

- che con il Decreto Commissariale n. 99 del 22.09.2016 è stato approvato il Piano regionale di Programmazione della Rete per l’Assistenza territoriale 2016 – 2018;

VISTO :

- che l’ASL di Napoli 2 Nord ha adottato la delibera n. 128 del 27.09.2016 di approvazione dell’Atto Aziendale;
- che al fine di rendere l’atto pienamente conforme ai citati DDCCA n.18/2013 e n. 33/2016, la stessa ASL con la delibera n. 35 del 19 Gennaio 2017 ha riapprovato l’indicato provvedimento;

PRESO ATTO :

- che il Gruppo di Lavoro, istituito con DDCCAA n. 23/2016 e n. 194/2016, con nota prot. reg.le n. 0067348 del 31.01.2017, assunta al prot. comm.le in data 1.02.2017 al nr. 527/C, a seguito dell’esame della documentazione pervenuta, nel rassegnare le proprie risultanze istruttorie, ha verificato la conformità dell’atto aziendale ai DDCCAA n. 18/2013 e n. 33/2016 e, nel proporre l’approvazione, ha espresso la sottoriportata prescrizione:

- a) Completare ed allineare il modello organizzativo dell’assistenza territoriale a quanto previsto dal DCA n.99/2016 “Piano regionale di Programmazione della rete per l’assistenza territoriale 2016 – 2018” entro 60 giorni dall’adozione del Decreto di approvazione dell’Atto aziendale;

PRESO ATTO :

- che lo stesso Gruppo di Lavoro ha evidenziato che il TAR Campania Sez. I^a, con sentenza n. 5842/2016 ha accolto il ricorso del Comune di Procida nella parte del DCA n. 33/2016 in cui è prevista l’eliminazione del Pronto Soccorso nel Presidio Ospedaliero isolano;

RITENUTO, pertanto,

di poter procedere alla approvazione dell’atto aziendale dell’ A.S.L. Napoli 2 Nord che risulta adeguato ai parametri stabiliti dal D.M. 70/2015 e recepiti con il DCA n. 33/2016, comprendente la citata prescrizione, dando mandato, altresì, alla ASL NA 2 Nord, nelle more delle decisioni del Consiglio di Stato in merito al proposto appello, di includere il Pronto Soccorso nel Presidio Ospedaliero di Procida;

PRESO ATTO :

- che il 23 Gennaio 2017 è pervenuto il Verbale della Riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la Verifica degli Adempimenti regionali con Il Comitato permanente per la Verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, tenutasi il 21 Dicembre 2016, nel quale è stato fatto presente, tra l'altro, che...*”gli atti aziendali dovranno essere resi coerenti con i provvedimenti di programmazione conseguenti alle valutazioni del presente verbale(..)”*;

per tutto quanto esposto in premessa che qui si intende integralmente riportato :

DECRETA

di **PRENDERE ATTO** delle risultanze pervenute dal Gruppo di Lavoro istituito presso la Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento SSR, in merito all' esame dell'atto deliberativo n. 35 del 19.01.2017 dell' A.S.L. Napoli 2 Nord;

di **APPROVARE** l'Atto aziendale dell' A.S.L. Napoli 2 Nord, allegato alla presente, che è parte integrale e sostanziale - e che risulta adeguato ai parametri del DM 70/2015 recepiti nel DCA n. 33/2016;

di **STABILIRE** che la delibera della A.S.L. Napoli 2 Nord n. 35 del 19.01.2017 venga integrata con la prescrizione :

- a) completare ed allineare il modello organizzativo dell'assistenza territoriale a quanto previsto dal DCA n.99/2016 “Piano regionale di Programmazione della rete per l'assistenza territoriale 2016 – 2018” entro 60 giorni dall'adozione del Decreto di approvazione dell'Atto aziendale;
- b) di includere nel citato Atto Aziendale della ASL NA 2 Nord, nelle more delle decisioni del Consiglio di Stato in merito al proposto appello, il Pronto Soccorso nel Presidio Ospedaliero di Procida;

di **STABILIRE** che il presente Atto Aziendale dovrà, in futuro, essere rimodulato alla luce dell'aggiornamento dei provvedimenti di programmazione conseguenti alle valutazioni del Verbale della Riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la Verifica degli Adempimenti regionali con Il Comitato permanente per la Verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza del 21 Dicembre 2016;

Di **NOTIFICARE** il presente provvedimento alla A.S.L. NA 2 Nord, con l'obbligo di pubblicazione sul sito istituzionale aziendale - sezione atti amministrativi - che abbia accesso libero - (art. 32 della legge 18.06.2009, n.18);

Di **FARE OBBLIGO** al Direttore Generale di dare immediata attuazione all'Atto Aziendale della A.S.L. NA 2 Nord;

Di **TRASMETTERE** al Gabinetto del Presidente della Giunta regionale, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del S.S.R., a So.Re.Sa. s.p.a. ed al BURC per la pubblicazione, ai sensi degli artt. 26 e 27 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

Il Sub Commissario ad Acta
Dott. Claudio D'Amario

Il Commissario ad Acta
Dott. Joseph Polimeni

REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 2 NORD
Via Lupoli, 27
80027 FRATTAMAGGIORE - NAPOLI

Deliberazione n.ro 35 del 19/01/2017

L'anno 2017 il giorno 19 del mese GENNAIO

OGGETTO: nuovo Atto Aziendale dell'ASL Napoli 2 Nord – modifiche

IL DIRETTORE GENERALE

Nominato con Decreto della Giunta Regionale della Campania n. 164 del 19/07/2016
in esecuzione della DGRC n. 373 del 13/07/2016

IL DIRETTORE GENERALE

Premesso che:

- con Deliberazione n. 128 del 28/09/2016 quest'Azienda Sanitaria ha adottato un nuovo Atto Aziendale, abrogando la precedente deliberazione n° 528 del 4 giugno 2013 avente per oggetto "approvazione Atto Aziendale"
- il nuovo Atto Aziendale è stato realizzato in conformità ai: DCA n.135 del 10/10/2012, DCA n. 6 del 14/01/2012, DCA n.18 del 25 febbraio 2013, DCA n.33 del 17/05/2016
- che la Deliberazione Asl Napoli 2 Nord n.128 del 28/09/2016 differiva l'immediata attuazione dell'Atto Aziendale "successivamente all'approvazione da parte dei competenti organismi regionali" e che per tale necessità veniva previsto l'invio del provvedimento e dei relativi allegati "ai preposti uffici regionali, ai fini del prosieguo dell'iter di approvazione"

Considerato che:

- in data 03/01/2017 con prot. 0004654 la Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale della Campania comunicava a quest'Azienda la chiusura dell'istruttoria relativa al nuovo Atto Aziendale dell'ASL Napoli 2 Nord e trasmetteva le osservazioni e i rilievi in base ai quali si rendeva necessario effettuare le modifiche utili ad adottarlo in via definitiva
- quest'Azienda inviava con prot.2951 del 13/01/2017 la nota avente per oggetto: "riscontro nota vs prot.4654/2017 ad oggetto "Atto Aziendale ASL Napoli 2 Nord", mediante la quale si comunicavano le modifiche apportate all'Atto Aziendale

Visto che:

- con nota 37212/2017 in data 18/01/2017 la *Direzione Generale per la tutela della salute e il coordinamento del sistema sanitario regionale*, a riscontro della nota ASL di cui sopra, comunicava che il gruppo di lavoro ad uopo istituito riteneva che le modifiche proposte dal medesimo erano state accolte dall'ASL Napoli 2 Nord

Ritenuto di

- avere esperito tutte le procedure di cui al punto 11.1 del D.C.A 18/2013 e di aver dato seguito alla "regolarizzazione dei contenuti e al recepimento delle indicazioni regionali", come previsto dall'iter di approvazione dell'Atto Aziendale

Visti altresì:

- il D.Lgs 502/92, D.Lgs 229/99;
- La legge regionale 16/08:

Per i motivi di cui alla narrativa, che qui si intendono integralmente riportati, e attestato che il presente provvedimento, alla stregua dell'istruttoria compiuta e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nella premessa, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, è regolare e legittimo

nella forma e nella sostanza, ai sensi della vigente normativa e utilità per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'Art.1 della L.20/94 e successive modifiche.

IL DIRETTORE GENERALE

Ai sensi della DGRC n. 373 del 13/07/2016.

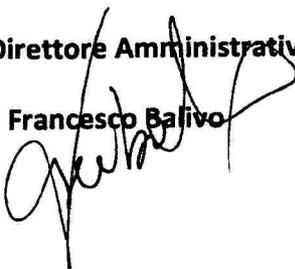
Sentiti i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

DELIBERA

1. **Di adottare** il nuovo Atto Aziendale come riportato nei documenti allegati (1. Atto Aziendale - Parte Descrittiva e 2. Atto Aziendale - Parte Organizzativa), a seguito della positiva istruttoria effettuata dal gruppo di lavoro regionale deputato e avendo acquisito le osservazioni e i rilievi da esso formulati
2. **Di inviare** tale atto e i documenti allegati agli uffici preposti della Regione Campania per i successivi adempimenti di competenza
3. **Di rinviare** a successivi atti la definizione delle scelte organizzative relative a Posizioni Organizzative e Coordinamenti
4. **Di riservarsi** la possibilità di effettuare eventuali modifiche all'Atto Aziendale, avvalendosi di quanto previsto al punto 11.1 del DCA 18/2013, stante l'invarianza delle strutture organizzative (UOC, UOS, UOSD)
5. **Di dare immediata esecutività** al presente atto

Il Direttore Amministrativo

Francesco Balivo



Il Direttore Sanitario

Maria Virginia Scafarto



Il Direttore Generale

Antonio d'Amore



RELAZIONE DI PUBBLICAZIONE

Il sottoscritto dichiara che la presente deliberazione viene affissa all'Albo Pretorio di questa Azienda per quindici giorni

consecutivi, dal 19/01/2017 al 02/02/2017 ai sensi dell'art.124, comma 1, del D.Lgs. 267/00.

Li _____

IL FUNZIONARIO

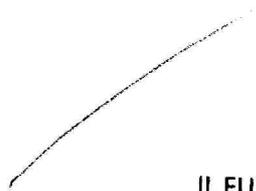


La presente deliberazione è stata-trasmessa al Comitato di Rappresentanza della Conferenza dei Sindaci con nota prot.

n. _____ del _____

li _____

IL FUNZIONARIO



La presente deliberazione è stata trasmessa al Collegio Sindacale con nota prot. n. _____ del

19/01/2017

li _____

IL FUNZIONARIO



La presente deliberazione, decorso il termine di 10 giorni dalla pubblicazione all'Albo Pretorio dell'Azienda, è divenuta esecutiva ai sensi dell'art.134, comma 3 e 4 del D.Lgs. 267/00.

Li _____

IL FUNZIONARIO

La presente deliberazione viene resa immediatamente eseguibile per l'urgenza.

Li, 19/01/2017

IL FUNZIONARIO



Stefano Salvatore Di Meo Di Meo Stefano Salvatore
Jan 19 2017 2:02 PM



Atto Aziendale

*Testo approvato con Deliberazione
ASL Napoli 2 Nord*

Sommario

Introduzione	5
La Normativa di Riferimento.....	6
Art. 1 – Denominazione, sede legale e logo	8
Art. 2 – Ambito Territoriale e Caratteristiche Epidemiologiche	9
Ambito territoriale.....	9
Quadro demografico.....	10
Il Contesto Territoriale.....	13
Il Tessuto Sociale.....	13
Il Quadro Epidemiologico	14
I Sistemi di Sorveglianza sugli Stili di Vita	17
Mortalità.....	21
Mortalità Proporzionale.....	22
Registro Tumori ASL NA2 NORD	23
Il punto sull’attività di registrazione	24
Prevenzione Secondaria: gli Screening Oncologici	25
Art.3 - Il patrimonio	31
Art.4 - La Mission	32
Art.5 - La Vision	33
Art.6 - Clinical Governance e sicurezza delle cure	34
Art.7 - Clima e benessere organizzativo	36
Art.8. Partecipazione e Tutela dei Diritti dei Cittadini	37
Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione.....	37
La Carta Dei Servizi.....	39
La Comunicazione	40
L’informazione	41
L’accesso e l’accoglienza.....	41
I Diritti dei Cittadini, degli Utenti e degli Stakeholder	41
La Conferenza dei Servizi	42
Audit Civico	42
Trasparenza e Integrità.....	43
Art.9 - Sistema di Programmazione, Valutazione e Controllo	45
Programmazione.....	45
Controllo di Gestione e Budget.....	45
Il Sistema Informativo	47
Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance	47
Controllo di Regolarità Amministrativa e Contabile	48
Art.10 - La Gestione delle Risorse Umane	49
Le Politiche per lo Sviluppo delle Risorse Umane.....	49

La Formazione.....	49
Il Volontariato.....	50
La Libera Professione Intramoenia.....	51
La Tutela della Salute e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro.....	51
Art. 11 - Relazioni Sindacali.....	53
Art. 12 - Assetto Istituzionale dell’Azienda – gli Organi.....	55
Il Direttore Generale.....	55
Il Collegio Sindacale.....	58
Art. 13 - Assetto Istituzionale, Direzione Strategica e Conferenza dei Sindaci.....	61
La Direzione Strategica.....	61
Il Direttore Sanitario.....	62
Il Direttore Amministrativo.....	64
La Conferenza dei Sindaci.....	64
Art. 14 – Organismi, Comitati Aziendali.....	66
L’Organismo Indipendente di Valutazione.....	66
Il Collegio Tecnico.....	67
Consiglio dei Sanitari.....	67
Il Comitato Etico.....	67
Commissione per Il Prontuario Terapeutico.....	68
Commissione per l’uso Appropriato del Farmaco e della Diagnostica.....	69
Comitato per il Buon Uso del Sangue.....	69
Il Comitato per il Controllo delle Infezioni Ospedaliere.....	69
Comitato per l’Ospedale e Territorio senza Dolore.....	70
Team per la Gestione del Rischio Clinico.....	70
Commissione Paritetica ALPI.....	71
Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità.....	72
Ufficio Relazioni con il Pubblico.....	72
Art. 16 - Sistema di Governance.....	76
Art. 17 – L’attività dell’Azienda per funzioni.....	79
Art. 18 – Le Strutture Organizzative.....	81
Art. 19 - Attribuzioni dei Dirigenti.....	85
Art. 20 - Criteri e parametri per costituzione, mantenimento e riconversione delle U.O. in Ambito Ospedaliero.....	90
UOC Ospedaliere	90
UOSD in Ambito Ospedaliero	92
UOS in Ambito Ospedaliero	92
Art. 21 - Criteri e Parametri per la costituzione, il mantenimento e la riconversione delle Unità Operative in Ambito Territoriale.....	93
UOC in ambito Territoriale	93
UOSD in ambito territoriale	94
UOS in ambito Territoriale	94

Art. 22 - Conferimento e Revoca degli Incarichi	95
Art. 23 - Organizzazione e Funzionamento dei Dipartimenti	101
Attività Interdipartimentali	107
Regolamento interno del Dipartimento	107
Budget del Dipartimento	108
Art. 24 – La Pianificazione Strategica	111
Art. 25 – Programmazione	112
Art. 26 – Il Controllo Interno di Regolarità Amministrativa, Contabile e Gestionale	113
Art. 27 – Controllo di Gestione	115
Art. 28 – I Sistemi di Gestione e Valutazione del Personale	118
Art. 29 – La Comunicazione nelle Aziende Sanitarie	121
Art. 30 – Controllo della Spesa	125
Gli Strumenti di Controllo	126
Art. 31 – Acquisti di Beni e Servizi	127
Art. 32 – Attrezzature: programmazione, acquisti, gestione e manutenzione	127
Art. 33 - Procedure Contabili	130
Art. 34 - Strutture di supporto alla Direzione Sanitaria	134
Art. 35 – Strutture di supporto alla Direzione Amministrativa	142
Art. 36 – Il Distretto Sanitario	154
Art. 37 - L'integrazione ospedale-territorio	166
Art. 38 - Dipartimento di Prevenzione	167
Art. 39 - Dipartimento di Salute Mentale	170
Art. 40 - Dipartimento delle Dipendenze Patologiche	173
Art. 41 - Dipartimento delle Cure Territoriali	174
Art. 42 - Dipartimento Farmaceutico	189
Art. 43 - Dipartimento Materno Infantile	191
Art. 44 - Dipartimento dell’Emergenza e dell’Area Critica	196
Art. 45 - Dipartimento di Medicina di Laboratorio	198
Art. 46 - Dipartimento di Diagnostica per Immagini	201
Art. 47 - La Rete Ospedaliera	204
Art. 48 - Il Presidio Ospedaliero	210
Art. 49 – Dotazione Posti Letto	214
PO San Giuliano – Giugliano in Campania	214
PO S. Maria delle Grazie – Pozzuoli	215
PO Anna Rizzoli – Lacco Ameno Isola d’Ischia	216
PO S. Giovanni di Dio – Frattamaggiore	217
Art.50 - La rete per la terapia del dolore	218
Art. 51 - L’offerta ospedaliera privata	219

Introduzione

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

Tale Atto, adottato ai sensi di quanto disposto dall'articolo 3, comma 1.-bis, del D.Lgs n, 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, definisce il modello organizzativo e il sistema di governance nel rispetto dei principi e dei criteri emanati dalla Regione (articolo 2, comma 2-sexies, del decreto legislativo n, 502/1992 e s.m.i. come modificato dall'art.1 del decreto legislativo n. 168/2000).

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

Nell'adozione dell'Atto Aziendale si è tenuto conto di:

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

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

La Normativa di Riferimento

La disciplina relativa all'assetto organizzativo dell' Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 Nord trova, nell'attuale contesto, il suo principale riferimento nella seguente normativa:

- D.Lgs 502/1992 e s.m.i
- Decreto legge 06.07.2012 n.95 convertito con modificazioni nella legge 07.08.2012 n.135;
- L.R. 2/94 e s.m.i.
- L.R. 32/94 e s.m.i.
- L.R. 16/2008 per la parte in vigore
- DGRC n. 460/2007 "Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale"
- Decreto del commissario ad Acta n. 49/2010 "Riassetto della rete ospedaliera e territoriale"
- Decreto del commissario ad Acta n. 55/2010 "Completamento del riassetto della rete laboratoristica"
- Patto per la salute 2010-2012
- Decreto del Commissario ad Acta n. 22/2011 "Piano Sanitario Regionale 2011-2013"
- Decreto del commissario ad Acta n.53/2012 "Approvazione Programmi operativi 2011-2012-Adeguamento per l'anno 2012"
- Decreto del Commissario ad Acta n. 55 del 30.09.2010
- DGRC 96/2011
- Decreto del Commissario ad Acta n. 135 del 10.10.2012
- Decreto del Commissario ad Acta n. 6 del 14.01.2013
- Decreto del Commissario ad Acta n. 18 del 18.2.2013
- Decreto del Commissario ad Acta n. 34 del 24.04.2013
- Decreto del Commissario ad Acta n. 33 del 17.05.2016
- Decreto del Commissario ad Acta n. 99 del 22.09.2016



Capo 1 - Gli Elementi Identificativi

Art. 1 – Denominazione, sede legale e logo

L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 Nord – di seguito detta Azienda – è stata costituita con D.G.R.C n.504 e 505 del 20 marzo 2009 ed ha l'obiettivo di organizzare ed erogare i livelli essenziali di assistenza in maniera uniforme su tutto il territorio.

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

Con DGRC 30/2014 la Giunta Regionale della Campania ha stabilito che la sede legale dell'Azienda è collocata in via Lupoli presso il Comune di Frattamaggiore.

Per ragioni di operatività l'Azienda Sanitaria con Deliberazione 195/2014 ha preso atto della DGRC 30/2014 e confermato che “nelle more del completamento dell'allestimento della sede legale definitiva presso il comune di Frattamaggiore, la sede legale provvisoria dell'ASL resta quella precedentemente individuata con DGRC n.505/2009, ovvero comune di Pozzuoli – via Corrado Alvaro n.8”.

Il Codice Fiscale dell'ASL Napoli 2 Nord è: 96024110635; la Partita IVA: il 06321661214.

Il Legale rappresentante dell'Azienda è il Direttore Generale.

L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 Nord adotta come proprio logo il seguente:



Art. 2 – Ambito Territoriale e Caratteristiche Epidemiologiche

Ambito territoriale

L'ambito territoriale dell'A.S.L. NA2 Nord è costituito dalla zona continentale nord e nord-ovest della provincia di Napoli, confinante con la provincia di Caserta, e dall'area insulare di Procida ed Ischia. Sul territorio completamente conurbato gravitano 32 comuni con una popolazione residente al 1.01.2015 di 1.052.107 abitanti, distribuiti in 411,43 Km² di superficie.



SUPERFICIE : **411,43** Km² [di cui isole : Km² **50,47 (12,3 %)**]

RESIDENTI al 01 / 01 / 2015: **1.052.107**, di cui circa lo 7.08% residenti sulle isole di Ischia e Procida

DISTRETTI SANITARI: **13** (Pozzuoli, Ischia, Giugliano, Marano, Qualiano, Mugnano, Frattamaggiore, Arzano, Casoria, Afragola, Caivano, Acerra, Casalnuovo)

PRESIDI OSPEDALIERI : **4** (S. Maria delle Grazie – Pozzuoli, San Giuliano – Giugliano, Anna Rizzoli – Lacco Ameno Isola d'Ischia, S. Giovanni di Dio - Frattamaggiore)

Quadro demografico

L'analisi demografica dell'ASL Napoli 2 Nord evidenzia la presenza di centri abitati di grandi dimensioni caratterizzati da una popolazione estremamente giovane e con tassi di natalità ben più alti di quelli della media nazionale.

COMUNI	POPOLAZIONE RESIDENTE 01/01/2014	POPOLAZIONE RESIDENTE 01/01/2015	NATI 2014	MORTI 2014	SALDO NATURALE 2014	SALDO MIGRATORIO 2014	INCREMENTO PER MILLE ANNO 2015 / 2014
ACERRA	59.436	59.578	648	372	276	-134	2,39
AFRAGOLA	65.489	65.290	690	496	194	-393	-3,04
ARZANO	34.990	35.033	345	275	70	-27	1,23
BACOLI	26.858	26.723	218	241	-23	-112	-5,03
BARANO	10.071	10.143	94	64	30	42	7,15
CAIVANO	37.914	37.865	389	264	125	-174	-1,29
CALVIZZANO	12.632	12.504	128	98	30	-158	-10,13
CARDITO	22.488	22.733	231	134	97	148	10,89
CASALNUOVO	50.114	50.046	515	295	220	-288	-1,36
CASAMICCIOLA T.	8.328	8.358	79	70	9	21	3,60
CASANDRINO	13.854	14.242	176	80	96	292	28,01
CASAVATORE	18.732	18.706	160	120	40	-66	-1,39
CASORIA	78.144	77.874	720	583	137	-407	-3,46
CRISPANO	12.385	12.359	104	87	17	-43	-2,10
FORIO	17.625	17.646	159	118	41	-20	1,19
FRATTAMAGGIORE	30.467	30.522	246	297	-51	106	1,81
FRATTAMINORE	16.258	16.193	161	95	66	-131	-4,00
GIUGLIANO	120.157	121.201	1337	678	659	385	8,69
GRUMO NEVANO	18.089	18.076	146	157	-11	-2	-0,72
ISCHIA	19.726	19.877	192	162	30	121	7,65
LACCO AMENO	4.787	4.830	49	27	22	21	8,98
MARANO	59.470	59.609	588	412	176	-37	2,34
MELITO	38.014	38.064	425	219	206	-156	1,32
MONTE DI PROCIDA	13.143	13.012	101	112	-11	-120	-9,97
MUGNANO	34.794	34.759	360	239	121	-156	-1,01
POZZUOLI	81.769	81.824	710	641	69	-14	0,67
PROCIDA	10.504	10.494	75	110	-35	25	-0,95
QUALIANO	25.429	25.513	279	178	101	-17	3,30
QUARTO	40.295	40.647	449	220	229	123	8,74
SANT' ANTIMO	34.143	34.055	330	223	107	-195	-2,58
SERRARA FONTANA	3.193	3.174	26	29	-3	-16	-5,95
VILLARICCA	31.003	31.157	312	176	136	18	4,97
ASL NA2 NORD	1.050.301	1.052.107	10.442	7.272	3.170	- 1.364	1,72

DISTRETTO N°	COMUNI	POPOLAZIONE 01/01/2015	SUPERFICIE Kmq	DENSITA' ab/kmq	NATALITA' 2014 (x 1000)	MORTALITA' 2014 (x 1000)	% POPOLAZIONE RESIDENTE SUL TOTALE ASL
35	POZZUOLI BACOLI, MONTE DI PROCIDA	121559	60,15	2021	8,46	8,17	11,55
36	PROCIDA BARANO,FORIO, CASAMICCIOLA T., ISCHIA,LACCO AMENO, SERRARA FONTANA	74522	50,47	1477	9,06	7,8	7,08
37	GIUGLIANO	121201	94,19	1287	11,08	5,62	11,52
38	MARANO, QUARTO	100256	29,62	3385	10,37	6,32	9,53
39	CALVIZZANO, QUALIANO, VILLARICCA	69174	18,02	3839	10,4	6,54	6,57
40	MELITO MUGNANO	72823	8,99	8100	10,78	6,29	6,92
41	CASANDRINO, GRUMO NEVANO, SANT'ANTIMO, FRATTAMAGGIORE, FRATTAMINORE	113088	19,32	5853	9,38	7,54	10,75
42	ARZANO, CASAVATORE	53739	6,3	8530	9,4	7,35	5,11
43	CASORIA	77874	12,03	6473	9,23	7,47	7,40
44	AFRAGOLA	65290	17,99	3629	10,55	7,59	6,21
45	CAIVANO , CARDITO, CRISPANO	72957	32,52	2243	9,94	6,66	6,93
46	ACERRA	59578	54,08	1102	10,89	6,25	5,66
47	CASALNUOVO	50046	7,75	6458	10,28	5,89	4,76
	ASL NA2 NORD	1.052.107	411,43	2557	9,93	6,92	100,00

DISTRETTO N°	COMUNI	INDICE DI VECCHIAIA	INDICE DI CARICO SOCIALE	INDICE DI DIPENDENZA GIOVANILE	INDICE DI DIPENDENZA SENILE	NUCLEO MEDIO FAMILIARE
35	POZZUOLI	112,8	47,4	22,3	25,1	2,82
	BACOLI, MONTE DI PROCIDA					
36	PROCIDA	129,0	50,4	22,0	28,4	2,34
	BARANO, FORIO CASAMICCIOLA T., ISCHIA LACCO AMENO SERRARA FONTANA					
37	GIUGLIANO	57,5	43,8	27,8	16,0	2,94
38	MARANO, QUARTO	77,7	45,1	25,4	19,7	3,06
39	QUALIANO,	69,7	43,8	25,8	18,0	3,07
	CALVIZZANO, VILLARICCA					
40	MELITO MUGNANO	61,5	43,9	27,2	16,7	3,14
41	CASANDRINO, GRUMO NEVANO, SANT'ANTIMO, FRATTAMAGGIORE, FRATTAMINORE	84,3	44,3	24,1	20,3	3,09
42	ARZANO, CASAVATORE	87,1	45,9	24,5	21,4	3,06
43	CASORIA	89,8	47,5	25,0	22,5	2,99
44	AFRAGOLA	63,2	46,1	28,2	17,9	3,13
45	CAIVANO	62,5	44,8	27,6	17,2	3,15
	CRISPANO CARDITO					
46	ACERRA	54,6	47,9	31,0	16,9	2,81
47	CASALNUOVO	60,0	43,2	27,0	16,2	3,05
	ASL NA2 NORD	77,3	45,6	25,7	19,9	2,95
INDICE DI VECCHIAIA : INCIDENZA RESIDENTI 65 ANNI E OLTRE SU OGNI 100 RESIDENTI 0 - 14 ANNI						
INDICE DI CARICO SOCIALE : INCIDENZA POPOLAZIONE NON ATTIVA RESIDENTE (0 - 14 , 65 E OLTRE ANNI) SU OGNI 100 RESIDENTI 15 - 64 ANNI						
INDICE DI DIPENDENZA GIOVANILE : INCIDENZA 0 - 14 ANNI SU OGNI 100 RESIDENTI 15 - 64 ANNI (POPOLAZIONE ATTIVA)						
INDICE DI DIPENDENZA SENILE : INCIDENZA RESIDENTI 65 ANNI E OLTRE (POPOLAZIONE ANZIANA) SU OGNI 100 RESIDENTI 15 - 64 ANNI (POPOLAZIONE ATTIVA)						

Il Contesto Territoriale

L'area continentale in cui si sviluppa il territorio dell'A.S.L. NA2 Nord ha subito, nell'ultimo cinquantennio, un tumultuoso processo di urbanizzazione, quasi sempre disgiunto da un adeguato ed armonico sviluppo di servizi ed infrastrutture. Di converso, il processo di industrializzazione ha visto registrare nell'ultimo ventennio un graduale degradamento con una forte diminuzione dei livelli occupazionali.

Di vocazione prettamente turistica e marinara il contesto territoriale insulare, che presenta consistenti nuclei residenziali stanziali in tutte le stagioni dell'anno; la domanda di assistenza nel semestre maggio-ottobre, quadruplicata per l'enorme afflusso di visitatori e turisti, mette a dura prova le strutture socio-sanitarie isolane.

La densità media di popolazione è di 2542 ab/Kmq, con valori più che triplicati nelle aree distrettuali di Arzano/Casavatore e di Melito/Mugnano, più che raddoppiati nei Distretti Sanitari di Casoria e di Casalnuovo oltre che nell'area distrettuale di Casandrino/Grumo Nevano/Sant'Antimo/Frattamaggiore/Frattaminore. Di poco superiore alla media la densità dei distretti sanitari di Afragola, di Marano/Quarto e di Calvizzano/Qualiano/Villaricca. Di poco inferiore alla media quella riferita alle aree distrettuali di Pozzuoli/Bacoli/Monte di Procida e di Caivano/Cardito/Crispano. La minore densità si registra, invece, nell'area distrettuale isolana ed in assoluto nei distretti sanitari di Acerra e di Giugliano.

Il Tessuto Sociale

Vari strati di popolazione e dell'opinione pubblica dimostrano un crescente radicamento alla realtà locale, favorita dalla tendenza al decentramento e dall'esigenza di sostituire ai classici meccanismi di delega forme più dirette di partecipazione alla vita delle organizzazioni pubbliche. Nella popolazione è maturata la volontà a prendere parte ai processi sociali orientati ad influenzare la qualità della vita e lo stato di salute delle persone.

A tal fine, a fianco dei soggetti tradizionali che entrano nel processo di partecipazione sociale del sistema di produzione e utilizzo dei servizi, quali gli Organismi Istituzionali (la Conferenza dei Sindaci, il Comitato di Rappresentanza, le Amministrazioni Comunali dei 32 Comuni, le Organizzazioni Scolastiche), le persone fisiche o giuridicamente rappresentate (il singolo cittadino/utente, le società varie, le organizzazioni sindacali, i partiti politici), l'A.S.L. NA2 Nord intende promuovere il coinvolgimento di enti, istituzioni, imprese a vocazione sociale (cooperative sociali, organizzazioni no profit), di professionisti della sanità pubblici e privati, dei media locali, delle forme d'associazionismo strutturato (tribunale dei diritti del malato, organizzazioni di volontariato).

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

Gli obiettivi di salute fissati nel piano sanitario regionale rappresenteranno la base per la

costruzione dei piani e dei patti per la salute, definiti congiuntamente attraverso accordi di programma con gli Enti Locali, e collegati anche a strumenti di concertazione di più ampio respiro come i Patti Territoriali. La valutazione dei problemi di salute della popolazione, delle criticità del sistema dei servizi, gli indirizzi ed i vincoli stabiliti dalla Regione sono gli elementi fondamentali su cui costruire il Piano Attuativo Locale (piano delle azioni triennale) ed il Piano Annuale delle Attività.

Dal punto di vista del modello organizzativo, il Distretto Sanitario si caratterizza come "un'area sistema" all'interno della quale debbono incontrarsi, con coerenza, le caratteristiche omogenee di alcune particolari condizioni della struttura dei bisogni (che costituiscono la domanda sociale) e le modalità obbligate d'intervento, garantendo efficacia ed efficienza delle prestazioni. È in questo senso che l'integrazione sociosanitaria va prioritariamente riconosciuta nella domanda e successivamente realizzata nei sistemi d'offerta, superando il tradizionale settorialismo.

Il Quadro Epidemiologico

La salute, intesa come uno *stato di completo benessere fisico, mentale e sociale*, non è solo un *diritto fondamentale di ogni essere umano*, ma è anche un valore fondamentale a livello di popolazione, tanto che l'incipit del documento del terzo Programma europeo "Health for Growth" (2014-2020) recita che *"la salute non è un solo valore di per sé ma è anche un driver per la crescita. Solo una popolazione sana può consentire il pieno potenziale economico del proprio Paese"*.

Indicatori di Sintesi

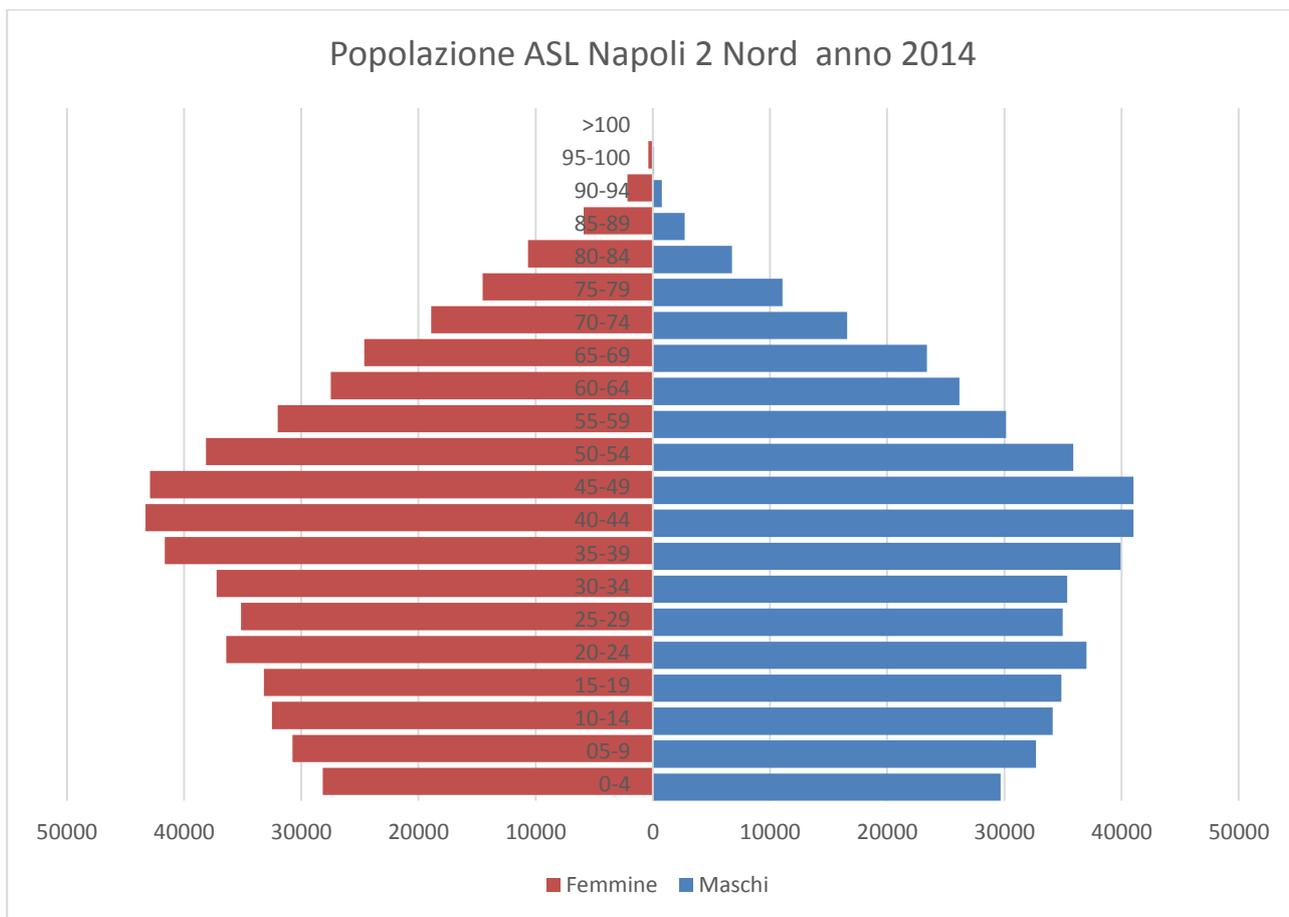
Popolazione residente: abitanti 1.052.107

- ❖ Indice di vecchiaia: 77.3%
- ❖ L'indice di carico sociale 45.6%
- ❖ L'indice di dipendenza anziani 19.9%
- ❖ Incremento annuo 1.72

Il saldo totale positivo, pari ad un incremento di 1.72 per mille, è sostenuto dal saldo naturale, mentre il saldo migratorio è negativo.

L'indice di vecchiaia, che si attesta attorno al 77.3%, è nettamente inferiore al valore italiano (151,4%), un quarto della popolazione presente è al di sotto dei venti anni.

Il grafico riportato di seguito, detto Piramide delle Età, rappresenta la distribuzione della popolazione residente nell'ASL per età, sesso e stato civile al 1° gennaio 2014.



In generale, la **forma** di questo tipo di grafico dipende dall'andamento demografico di una popolazione, con variazioni visibili in periodi di forte crescita demografica o di cali delle nascite per guerre o altri eventi.

Nel nostro territorio ha avuto la forma simile ad una **piramide** fino agli anni '60, cioè fino agli anni del boom demografico. Da notare la maggiore longevità femminile degli ultra-sessantenni.

Natalità

Nel territorio dell'ASL Napoli 2 Nord sono presenti 6 strutture di ricovero con punto nascita di cui 4 pubbliche e 2 private accreditate.

Le quattro strutture pubbliche sono:

- P.O. "S. Maria delle Grazie" - Pozzuoli
- P.O. "San Giuliano" - Giugliano in Campania
- P.O. "A. Rizzoli" – Ischia
- P.O. "S. Giovanni di Dio" - Frattamaggiore

Le due strutture private accreditate sono:

- Casa di cura "Villa Majone" - Villaricca
- Casa di cura "Villa dei Fiori" - Acerra

Nel corso dell'anno 2014 sono stati notificati, con il flusso CedAP, n. 9950 nascite, di cui n. 3699 nei punti nascita aziendali. Nei nostri punti nascita sono avvenuti 4769 parti, di cui 3699, pari al 77.5%, hanno riguardato madri residenti e il 22.4% ha riguardato madri non residenti.

L'età media al parto è 31 anni, mentre l'età media al primo figlio è di 29 anni.

I dati di attività nell'anno 2014, per tipologia di struttura e modalità del parto, indicano che la percentuale dei parti cesarei in tutti i punti nascita dell'ASL Napoli 2 nord (66.6%) supera notevolmente i livelli giudicati dall'OMS come indicatori di una buona pratica, cioè 15-20%.

Indicatori di sintesi:

- Bambini Nati: 9.950
- Bambini nati nei Punti Nascita Aziendali: 4769
- Età media al parto della madre: 31 anni
- Età media al primo figlio: 29 anni
- Percentuale di donne in gravidanza con più di 35 anni che hanno effettuato un'indagine prenatale invasiva: 22.2%

Qualità delle cure prenatali

Diverse sono le indagini e le procedure diagnostiche effettuate nel periodo della gravidanza. Per quanto riguarda le visite di controllo in gravidanza, escludendo sempre le schede con codifica errata o omessa, il 60% ha effettuato la prima visita in epoca gestazionale precoce.

L'ecografia ostetrica è la tecnica più usata nello studio del benessere fetale e nel 2014 sono state effettuate in media 6 ecografie per ogni parto, valori sovrapponibili a quelli della Regione Campania negli anni precedenti.

Nell'84% delle gravidanze si registra un numero di ecografie superiore a 3 (valore raccomandato dai protocolli di assistenza alla gravidanza del Ministero della Salute) a conferma di una eccessiva medicalizzazione dell'evento nascita.

Decorso della gravidanza e diagnosi prenatale

Il certificato di assistenza al parto fornisce poche indicazioni riguardo il decorso della gravidanza; nell'ambito delle tecniche diagnostiche prenatali invasive, l'amniocentesi è quella più usata anche se solo il 22.2% delle ultratrentaquattrenni la effettua, dato inferiore al dato regionale.

Procreazione Assistita

Nel 2014, dai CedAP pervenuti, risulta che le madri che hanno fatto ricorso alla procreazione medicalmente assistita sono 127 pari all'1.3 % del totale. Nelle gravidanze con PMA si è ricorso al taglio cesareo nel 79.5% dei casi e la percentuale dei parti plurimi è del 49.6%, sensibilmente superiore a quella registrata sul totale delle gravidanze.

Nell'anno 2015 sono stati notificati 61 casi di nati con malformazioni congenite su 4747 nati nei 6 punti nascita dell'azienda, di questi solo 40 riguardavano bambini residenti nell'ASL.

Il 30% dei casi riguarda malformazioni cardiache, il 30% le ipospadie, il 7.5% le sindattilie e le polidattilie, è stato segnalato solo un caso di aberrazione cromosomica (trisomia 18).

I Sistemi di Sorveglianza sugli Stili di Vita

La ASL NA2 Nord aderisce ai principali sistemi di sorveglianza sugli stili di vita attuati sull'intero territorio nazionale: **Okkio alla salute**, che indaga le abitudini dei bambini di 6-10 anni, **HBSC**, che riguarda i ragazzi di 11-15 anni, **PASSI**, relativa agli adulti dai 18 ai 69 anni, **PASSI d'Argento** gli ultrasessantacinquenni.

Di seguito si riportano i principali risultati ottenuti attraverso le più recenti indagini condotte.

Okkio alla salute

Nel 2014 hanno partecipato all'indagine *Okkio alla salute* il 100% dei 31 plessi scolastici ed il 100% delle 34 classi campionate in Campania.

Indicatori di Sintesi (da Okkio alla salute 2014):

- Percentuale di bambini obesi 17% superiore alla media nazionale che è di 9,8% ;
- Percentuale di bambini in sovrappeso 29,6 superiore alla media nazionale che è di 20,9%; (la Campania ha la prevalenza più alta in Italia di obesità infantile);
- Percentuale di bambini che mangia frutta 2-3 volte al giorno o più come da raccomandazioni sulla sana alimentazione: 30%;
- Percentuale di bambini che mangia verdura 2-3 volte al giorno o più: 7%;
- Percentuale di bambini che consuma bevande zuccherate meno di una volta al giorno come raccomandato: 43%;
- Percentuale di bambini che consuma bevande gassate meno di una volta al giorno come raccomandato: 82%;
- Percentuale di bambini che trascorre meno di due ore davanti alla TV/videogiochi:43%.

Nella nostra ASL si è riscontrata una riduzione della percentuale di bambini obesi (circa il 7%) ma un incremento di quelli in sovrappeso; le attività sedentarie (TV o videogiochi) sono molto diffuse, solo il 43% ottempera alle raccomandazioni (meno di 2 ore al giorno di TV o videogiochi).

HBSC

La nostra azienda ha contribuito all'indagine *HBSC per la Regione Campania* somministrando un questionario a 619 alunni delle scuole medie (I^a e III^a classi) e superiori (II^a classe).

Indicatori di Sintesi (da HBSC 2010):

- Il 69,98% dei ragazzi vive con la madre e il padre
- Il 46,69% ha un fratello/sorella
- Circa 2 adolescenti su 10 vivono in condizioni socio-economiche disagiate.
- Solo il 7% dei ragazzi dichiara di fare movimento o sport per almeno 60 minuti al giorno, come raccomandato; la proporzione di adolescenti che non svolge mai attività fisica, al di fuori dell'orario scolastico triplica tra gli 11 e i 15 anni.
- Il 30% dei ragazzi di 11 anni riferisce di essere in sovrappeso, tale percentuale si riduce al 23% nei quindicenni;
- Il 7,2% dei ragazzi di 11 anni risulta obeso, tale percentuale si riduce al 5,3 nei quindicenni;
- Circa il 40% dichiara di fare per 2/3 volte la settimana attività fisica al di fuori dell'orario scolastico;
- La proporzione di adolescenti che non svolge mai attività aumenta progressivamente a 11- 13 -15 anni;
- La proporzione di adolescenti che utilizza la TV per un tempo > 2 h/giorno, in disaccordo con quanto suggerito dalle raccomandazioni, aumenta con l'aumentare dell'età: 22%, 33% e 37% rispettivamente a 11, 13 e 15 anni.

I dati provenienti dall'indagine HBSC sull'attività fisica e sulla sedentarietà dei bambini e degli adolescenti campani sono preoccupanti, ma non dissimili da altre realtà geografiche. Essi rivelano che proprio nel passaggio dall'età pediatrica a quella adolescenziale non solo triplica la percentuale di soggetti che non pratica alcuna AF, ma, contestualmente, raddoppia la percentuale di coloro definibili come "altamente sedentari" (> 3 ore al giorno di "videoesposizione").

- Solo 1-2 adolescenti su 10 dichiara di mangiare più di una volta al giorno frutta;
- Solo il 14% dichiara di mangiare almeno una volta al giorno verdura;
- Circa 3 adolescenti su 10 consumano ≥ 1 volta al giorno dolci
- Circa 2 adolescenti su 10 consumano ≥ 1 volta al giorno bevande zuccherate;
- A 15 anni 7-8 adolescenti su 10 hanno già assunto alcol almeno una volta A 15 anni, circa 4 ragazzi su 10 dichiarano di aver fatto esperienza del binge drinking
- A 15 anni, il 6% degli adolescenti fuma quotidianamente ≥ 6 sigarette.
- Sono "consumatori abituali" di cannabis il 2% circa dei ragazzi quindicenni ;

PASSI

Nel quadriennio 2010-2014 la nostra ASL ha partecipato allo studio PASSI effettuando 130 interviste l'anno a persone di 18-69 anni selezionate con campionamento casuale semplice stratificato per sesso e classi di età dall'anagrafe sanitaria, contribuendo a fornire i dati per la rappresentatività regionale.

Indicatori di Sintesi:

- Solo il 27,5% degli intervistati è classificato come attivo secondo le linee guida, mentre ben il 45,4% è classificato sedentario e il 27,1% parzialmente attivo, con valori di sedentarietà molto più alti della media italiana che si attesta al 30%;
- Il 37,8% degli intervistati sono in sovrappeso (Indice di Massa Corporea IMC₂₅) al di sopra della media in Italia che si attesta al 31,6%; il 13% degli intervistati risulta obeso al di sopra della media nazionale che è il 10,4%.
- Si stima che il 50% della popolazione adulta presenti un eccesso ponderale.
- Solo il 6,7% degli intervistati dichiara di assumere almeno 5 porzioni al giorno di frutta o verdura come consigliato dalle linee guida (FIG. 6), inferiore al dato nazionale che è di 9,5%;
- Il 29,3% degli intervistati fuma, dato superiore a quello nazionale che si attesta al 26,9%; solo una piccola parte dei tentativi di smettere di fumare vanno a buon fine;
- Il 4,9% degli intervistati sa di essere affetto da diabete, valore più o meno sovrapponibile a quello nazionale che è di 4,3%.

PASSI d'Argento.

PASSI d'Argento indaga le condizioni di salute e la diffusione delle azioni di prevenzione nella popolazione più anziana: adulti 65 anni e più. Il livello dell'autonomia dell'anziano viene individuato utilizzando la scala delle ADL (*Activity of Daily Living* - Katz TF. A.D.L. Activities of Daily Living. Jama 1963;185:914) e la scala delle IADL (*Instrumental Activity of Daily Living* - Lawton) che indagano rispettivamente la capacità dei soggetti anziani di compiere funzioni fondamentali della vita quotidiana (mangiare, vestirsi, lavarsi, spostarsi da una stanza all'altra, essere continenti, usare i servizi per fare i propri bisogni) e funzioni fisiche più complesse (per esempio, preparare i pasti, effettuare lavori domestici, assumere farmaci, andare in giro, gestirsi economicamente, utilizzare un telefono) o che consentono a una persona di vivere da sola in maniera autonoma. Passi d'Argento definisce, in maniera arbitraria, un anziano fragile se è non autonomo in 2 o più IADL ma ha completa autonomia nello svolgimento delle attività principali della vita quotidiana - ADL.

Indicatori di Sintesi

- Dai dati raccolti nel 2012 si stima che il 21% degli ultra 64enni italiani è fragile, tra questi il 75% ha almeno una patologia cronica (vs 62% tra i non fragili).
- Dai dati di Passi d'Argento emerge che la condizione di disabilità è maggiormente diffusa tra le donne (19% vs 13% uomini), tra chi ha maggiori difficoltà economiche (14% tra chi dichiara di avere molte difficoltà economiche vs 8% tra chi ne dichiara qualche vs 4% tra chi arriva a fine mese senza difficoltà) e un basso livello di istruzione (20% vs 8% alto livello). Le percentuali di disabilità inoltre crescono al crescere dell'età, con un significativo aumento dopo gli 85 anni (6% nella classe 65-74 anni vs 19% nella classe 75-84 vs 40% dopo gli 85 anni).
- I dati raccolti dalla sorveglianza Passi d'Argento 2012/2013 mostrano che l'11% degli ultra 64enni ha dichiarato di essere caduto nei 30 giorni precedenti all'intervista. Di questi il 14% ha avuto necessità di un ricovero ospedaliero di almeno un giorno. Le cadute avvengono per lo più in casa (60%) e meno frequentemente in strada (19%), in giardino (11%) o in altro luogo (10%).
- La maggior parte delle persone ultra 64enni (57%) risulta in eccesso ponderale, il 42% risulta in sovrappeso e il 15% risulta obeso.
- L'eccesso ponderale (sovrappeso o obesità), fra gli anziani si riduce all'aumentare dell'età: fra i 65-74enni riguarda il 62% delle persone, scende al 56% fra i 75-84enni e al 44% negli ultra84enni.
- L'analisi regionale evidenzia, come accade per gli adulti, un chiaro gradiente Nord-Sud che mostra fra i residenti nelle Regioni meridionali quote più alte di anziani in sovrappeso o obesi.
- La depressione è presente tra gli anziani intervistati in misura del 21%, maggiore nelle classi d'età 75 e più rispetto ai 65-74 (25% vs 18%), con notevoli differenze per genere (uomini 14% vs donne 26%). La prevalenza di persone con sintomi depressivi è maggiore

tra chi riferisce diagnosi di patologia cronica: 36% nei casi in cui le patologie sono 3 o più, 19% tra coloro che ne riportano 1 o 2 e 11% tra coloro che dichiarano di non avere patologie croniche.

Mortalità

Gli studi di mortalità costituiscono uno dei più antichi approcci all'analisi dei fenomeni sanitari di una popolazione ed è unanimemente riconosciuto che essi forniscono importantissime indicazioni sulle patologie presenti in una popolazione. Attraverso l'utilizzo dei dati di mortalità, infatti, è possibile conoscere i problemi di salute esistenti, la loro rilevanza e le eventuali priorità e si possono ipotizzare associazioni con fattori di rischio, legati all'ambiente o a determinati stili di vita. Nell'anno 2012 sono pervenute al nostro servizio 7355 schede ISTAT modelli D4 riguardanti persone decedute nel nostro territorio; di questi 1201 sono deceduti in territori di altre ASL. Dall'analisi dei dati in nostro possesso, possiamo osservare un numero maggiore di decessi nel sesso maschile.

Il 59.3 dei decessi totali avviene nei > 74 anni.

In tutte le fasce prevale la mortalità maschile, ad eccezione della fascia 0-14anni e nella fascia > 74, in cui si osserva un aumento della mortalità femminile che è uguale al 33.8% del totale dei decessi, rispetto quella maschile che è del 25.4%. (Fig.1)

Indicatori di sintesi

Numero di morti annuo: 7355

Età media alla morte 74.5 anni

Nei dati totali le prime 5 cause di morte nell'ordine sono:

1. mal. cardiovascolari (390-459):36%
2. tumori (140-239) :31%
3. mal. app. respiratorio (460-519): 6%
4. mal. app. digerente (520-579): 5.3%
5. diabete (codice 250 nel settore (240-279): 5,1%

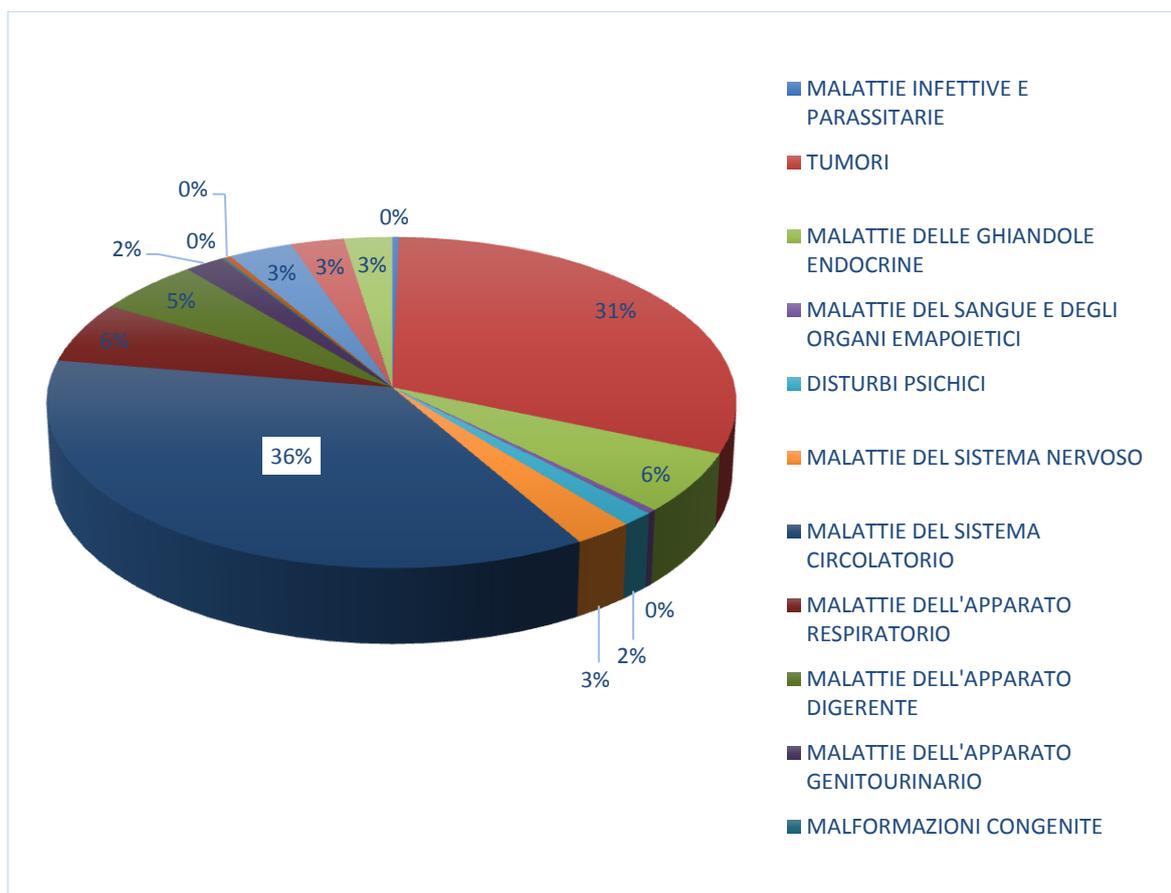
Distribuzione per causa di morte e classe d'età dei decessi dei residenti nel territorio della ASL Napoli 2 Nord nel 2012 stratificati per grandi di causa

Codici ICD-IX	Descrizione causa di morte	Decessi per classi di età			Totale
		0-14	15-64	>64	
01-138	MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	1	3	21	25
140-239	TUMORI	1	687	1596	2384
240-279	MALATTIE DELLE ghiandole ENDOCRINE	0	55	381	436
280-289	MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI	0	3	25	28
290-319	DISTURBI PSICHICI	0	6	96	102

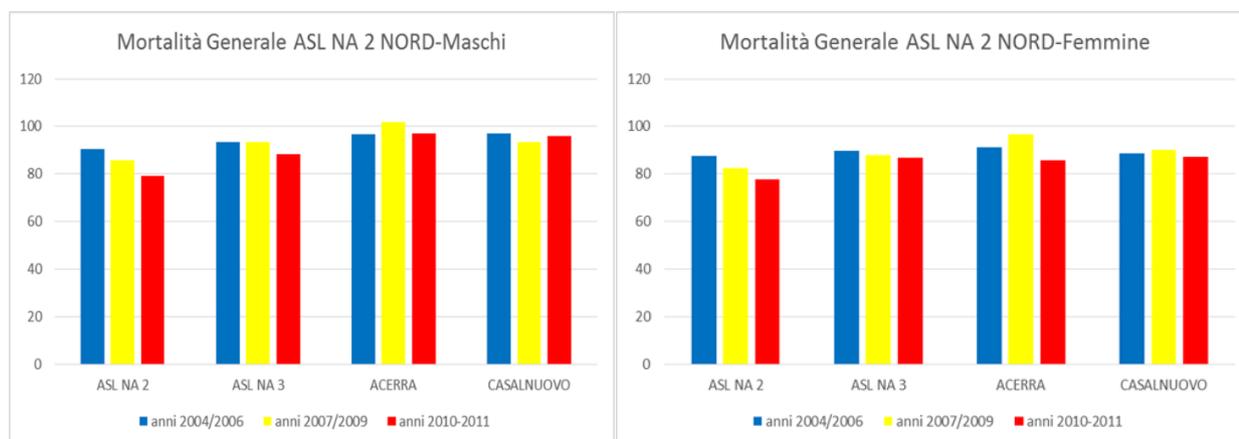
320-389	MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO	2	39	147	188
390-459	MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	1	288	2358	2628
460-519	MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	0	46	396	442
520-579	MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	1	98	294	393
580-629	MALATTIE DELL'APPARATO GENITOURINARIO	0	15	134	149
630-679	COMPL. DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO E DEL PUERPERIO	0	0	0	0
680-709	MALATTIE DELLA PELLE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO				
710-739	MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO	0	4	5	9
740-759	MALFORMAZIONI CONGENITE	8	2	2	12
740-759	ALCUNE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE	25	0	0	25
780-799	SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI	9	118	116	243
800-999	TRAUMATISMI ED AVVELENAMENTI	3	71	126	200

Mortalità Proporzionale

La mortalità proporzionale è espressa come proporzione tra le morti dovute ad una specifica causa rispetto alle morti per tutte le cause. E' stata calcolata per grandi gruppi di cause per il periodo considerato, le principali cause di morte sono rappresentate dalle malattie del sistema circolatorio (36%) e dai tumori (31%). In particolare il tumore polmonare è la neoplasia che causa più decessi ed è anche la prima causa di morte in assoluto negli uomini.



La valutazione dell'andamento della mortalità, indica che la Mortalità Generale è in continua, progressiva diminuzione, per entrambi i sessi, sebbene non uniformemente, e l'esistenza di un gradiente di mortalità che dai Comuni a nord di Napoli, si riduce verso i Comuni costieri flegrei, per toccare il livello più basso della mortalità nei Comuni dell'Isola d'Ischia, testimoniando come oltre a stili di vita e abitudini alimentari diversi, possono influire sulla mortalità anche aspetti relativi alla qualità della vita nei suoi atti quotidiani.



Registro Tumori ASL NA2 NORD

La Regione Campania attraverso propri atti, tra cui la DGR 1293 del 17/07/2007 "Misure per il monitoraggio dello stato di salute della popolazione in relazione a fattori di rischio ambientale: potenziamento OER e Registri Tumori", la Legge regionale n. 19 del 10 luglio 2012 di "Istituzione del registro tumori di popolazione della Regione Campania." e successive modifiche con la Legge regionale n. 9 del 25 Febbraio 2014, ha portato a termine il consolidamento dei Registri Tumori esistenti e la istituzione di nuovi RT di popolazione in aree di particolare criticità ambientale, quali la provincia di Caserta e l'intera provincia di Napoli, realizzando pertanto il Registro Tumori dell'intera Regione Campania.

La ASL Napoli 2 Nord, con atti deliberativi aziendali n. 651 del 04/07/2013 e n.707 del 18/07/2013 ha istituito il Registro Tumori sub-provinciale. Il Registro Tumori aziendale, è inserito organicamente all'interno del Sistema di Registrazione Oncologico Campano, al fine di realizzare la raccolta, la registrazione e l'elaborazione di dati statistici completi, provenienti da molteplici fonti di flussi informativi in campo sanitario.

I compiti e le attività previste per l'Unità Operativa Registro Tumori della ASL NA2 NORD sono

rappresentate principalmente da:

- a. Acquisizione e aggiornamento anagrafica assistiti e anagrafica comunale della propria area di riferimento;
- b. Acquisizione dei flussi informativi relativi al territorio di propria pertinenza (SDO, Referti di Anatomia patologica; Prestazioni ambulatoriali, File F(Farmaceutica));
- c. Acquisizione dal RENCAM aziendale dei dati di mortalità;
- d. Acquisizione dei dati aziendali relativi alle esenzioni ticket per patologia oncologica e per invalidità per cause oncologiche;
- e. Gestione, all'interno del software del Registro, dei flussi informativi in applicazione delle regole contenute nel manuale AIRTum "Qualità dei flussi informativi, metodologie d'integrazione e definizione automatica della casistica nei Registri Tumori";
- f. Consultazione del materiale cartaceo occorrente per la definizione dei casi di incidenza (cartelle cliniche, documentazione prodotta per l'esenzione ticket, schede cliniche prodotte dagli ambulatori di oncologia aziendali);
- g. Definizione dei casi di incidenza relativi al proprio territorio di riferimento in applicazione del "Manuale di tecniche di registrazione" dell' AIRTum;

Il punto sull'attività di registrazione

Flussi informativi:

- Anagrafi Comunali e Sanitaria dei 32 Comuni afferenti all' Asl Napoli 2 Nord: il database realizzato conta 1.500.000 (circa) nominativi di persone iscritte ai Comuni dell'area.
- Schede di Dimissione Ospedaliera: regionali ed extra-regionali, relative agli anni tra il 2000 e il 2012 per i soggetti residenti nell'area in esame, ammontano a circa 3.000.000.
- Referti di Anatomia Patologica: l'incrocio tra l'archivio regionale e la banca dati anagrafica propria del registro ha prodotto circa 450.000 referti.
- Registro Nominativo delle Cause di Morte: dal flusso informativo sanitario proprio dell'Asl Napoli 2 Nord, per il triennio di valutazione del Registro Tumori (2010-2012), sono stati estratti 21.174 decessi.

Attività di codifica: work in progress

	Tumori residenti	Tumori res incidenti
2010	6475	4924
2011	6984	4866
2012	7897	5275

Prevenzione Secondaria: gli Screening Oncologici

Nella Azienda sono attivi tre programmi organizzati di screening oncologico: per le donne, quello per i tumori della cervice uterina, quello per i tumori della mammella, e, per entrambi i sessi, quello per il tumore del colon-retto, avviato nel 2016.

Gli indicatori di processo più comunemente utilizzati sono l'adesione al programma (percentuale di persone invitate a sottoporsi allo screening/ persone che vi si sottopongono), la copertura al programma (percentuale di assistiti in età di screening che hanno effettuato un esame al di fuori del programma di screening anche in strutture private convenzionate), la percentuale di soggetti che sono risultati positivi (ossia con necessità di sottoporsi ad un esame più approfondito) e la percentuale di lesioni precancerose (quindi curabili con un intervento tempestivo) riscontrate.

***Screening per il tumore della cervice uterina**

Indicatori di Sintesi:

- N° centri prelievi attivi (consultori familiari e casa circondariale): 24
- N° Laboratori di citologia attivi: 1
- N° esami di screening di I Livello: 17.108
- N° centri di II livello attivi: 8
- N. esami di screening di II Livello effettuati: 407

*dati SIS

***Screening per il tumore della mammella**

Indicatori di Sintesi:

- N° centri mammografici attivi: 7
- N° Laboratori di citologia attivi: 1
- N° di MMG attivamente coinvolti nel programma di screening: 210
- N. esami I° round screening: 6823
- N° centri di II livello attivi: 5
- N. esami di screening di II Livello effettuati: 407

*dati SIS

Screening del Cancro del Colon-retto

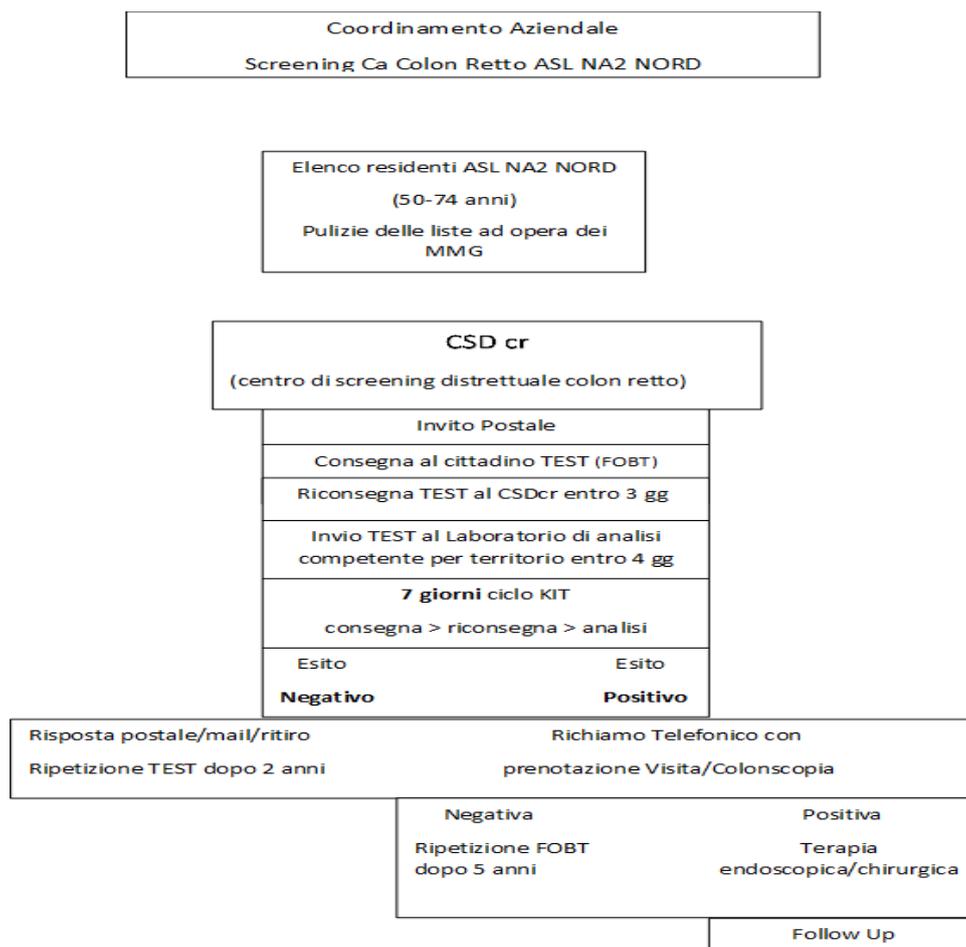
Nel panorama medico degli ultimi decenni la prevenzione ha acquistato un'importanza sempre maggiore permettendo, attraverso la diagnosi precoce, la riduzione della morbilità e della mortalità di molte malattie. In questo scenario assume grande importanza lo screening del carcinoma del colon-retto (CCR), per il grande impatto sociale che questa malattia ha sulla popolazione. La scelta di questa patologia è stata dettata dalla sua diffusione (circa 50.000 nuovi casi di carcinoma coloretale l'anno) e gravità (15.000 morti l'anno), ma soprattutto dalla

dimostrata elevatissima efficacia dei programmi di screening organizzato e degli interventi di prevenzione secondaria che rappresentano al momento l'unico strumento per ridurre non solo la mortalità, ma anche l'incidenza della neoplasia.

Descrizione sintetica del programma di Screening

- L'offerta dello screening è il test per l'esame del sangue occulto nelle feci (test immunologico - FOBT su campione unico).
- La popolazione da sottoporre allo screening è rappresentata dai cittadini residenti nell'ASL NA2 NORD di età compresa tra 50 e 74 anni.
- La popolazione bersaglio è di circa 265.848 persone (128.976 uomini e 136.8725 donne - Fonte dati: Sistema Informativo ASL NA2 NORD).
- L'intervallo di screening è biennale.

Le fasi operative dello Screening si possono riassumere nelle seguenti azioni:



Sorveglianza e controllo delle malattie infettive

La sorveglianza in Sanità Pubblica si articola sulla raccolta sistematica dei dati, sulla loro aggregazione e analisi e sul ritorno e diffusione delle informazioni.

L'utilizzazione dei dati permette di effettuare la prevenzione ed il controllo delle malattie infettive ed il monitoraggio della efficacia delle attività messe in campo nel tempo.

Le principali attività di prevenzione delle malattie infettive sono:

1. seguire l'incidenza delle malattie infettive e delle loro conseguenze (complicanze, esiti, etc.);
2. individuare e descrivere le epidemie;
3. orientare le misure di prevenzione;
4. monitorare e valutare i programmi di prevenzione;
5. seguire i fattori di rischio (alimentare, sessuale, viaggio, iatrogeno etc.)
6. sorvegliare i trattamenti (TB, farmaco-resistenze)

Malattie Infettive	
	<i>Totali ASL</i>
Blenorragia	0
Brucellosi	1
Diarrea Inf. non da Salm.	3
Epatite NANB	5
Epatite Non Specificata	0
Epatite A	49
Epatite B	7
Febbre Tifoidea	6
*Legionellosi	43
Leishmaniosi cutanea	0
Leishmaniosi viscerale	1
Leptosirosi	0
Listeriosi	0
Meningo Encef.Acuta Vir.	25
Meningite meningococcica	3
Morbillo	17
Parotite Epidemica	9
Pertosse	16
Rickettsiosi div. da tifo es.	2
Rosolia	4
Salmonellosi Non T.	21
Scarlattina	99
Sifilide	2
Tularemia	0
Varicella	576
Totali	889

Come si evince dalla tabella nell'anno 2015 sono state notificate n.889 casi di malattie infettive Classe II. Dall'analisi del dato si evince che non c'è un eccesso di incidenza di malattie acute sul nostro territorio

Sorveglianza e controllo delle malattie infettive nella popolazione immigrata

L'arrivo di un elevato numero di immigrati in tempi relativamente brevi, richiede alle autorità sanitarie un importante impegno per identificare e gestire tempestivamente gli eventi che riguardano lo stato di salute della popolazione immigrata.

A tal proposito risulta importante verificare quanti soggetti immigrati afferiscono al nostro territorio e vengono presi in carico dal Sistema Sanitario Regionale.

In relazione alla presenza di numerosi minori, deve essere valutata la necessità di somministrare le vaccinazioni previste dal calendario vaccinale regionale, in base alla certificazione del Paese di provenienza, eventualmente disponibile ed all'età dei soggetti. In ambito vaccinale, sia per i bambini che per gli adulti, particolare attenzione va posta alle vaccinazioni antitetanica ed antipolio, coerentemente alle raccomandazioni dell'OMS.

Alla UOC Epidemiologia e Prevenzione è demandata la prevenzione e la sorveglianza delle malattie infettive e/o l'immunoprofilassi; in primis si provvede ad effettuare, tramite le UU.OO.SS. territoriali, lo screening per l'infezione tubercolare latente e procede a raccogliere l'anamnesi per l'eventuale immunoprofilassi.

Sul territorio dell'ASL Napoli 2 nord risultano presenti N° 45 Centri di accoglienza che ospitano, in totale N°1367 immigrati.

Distribuzione per fasce di età

Classe età	N° soggetti
0-14	15
15-24	708
25-44	614
45-64	15
Senza indicazione età	15
Totale	1367

Coordinamento della rete di sorveglianza delle malattie rare.

Con Delibera aziendale n. 598 dell'11/12/2015 "Preso d'atto e approvazione piano operativo Linee progettuali n° 8 e n° 9 - Malattie Rare" sono state approvate le azioni per definire i percorsi di assistenza ai pazienti con malattia rara.

In particolare:

- la Linea Progettuale n. 8 prevede la "Creazione di consorzi interregionali per gruppi di malattie rare per la definizione di protocolli diagnostico-terapeutici-assistenziali condivisi";
- la Linea Progettuale n. 9 prevede "Interventi per l'implementazione della rete per le malattie rare e per la promozione della rete nazionale dei tumori rari" .

Il piano operativo allegato alla delibera contiene il dettaglio delle specifiche azioni da realizzare, alcune delle quali già da tempo predisposte grazie alla disponibilità e alla collaborazione dei Distretti Sanitari.

Questo ciclo di incontri programmato presso tutti i Distretti ed i Presidi Ospedalieri aziendali si propone di costruire in modo "partecipato" la pianificazione di dettaglio delle attività da implementare, accogliendo i suggerimenti e le indicazioni degli operatori coinvolti nella rete aziendale, sia relativamente agli aspetti organizzativi dei percorsi assistenziali che relativamente ai loro bisogni formativi.

I cittadini residenti sul territorio della ASL Napoli 2 Nord, affetti da malattie rare, attualmente registrati nella rete di sorveglianza, sono in n. 2861.

Vaccinazioni

Il piano d'azione globale vaccinazioni dell'OMS, approvato dai 194 Stati membri nel maggio 2012, è una direttiva per prevenire milioni di morti entro il 2020 attraverso l'accesso più equo ai vaccini esistenti per le persone, in tutte le comunità, in tutto il mondo. Tra gli obiettivi strategici c'è quello di aiutare individui e comunità a comprendere il valore dei vaccini e a considerare la vaccinazione come un diritto e una responsabilità. Le coperture vaccinali 2015 ASL NA 2 NORD sono di seguito riportate.

Coperture vaccinali 2015 ASL NA 2 NORD:

Regione Campania - AZIENDA SANITARIA ASL Napoli 2 Nord ANNO 2016															
Prospetto annuale di rilevazione della copertura vaccinale - dati aggiornati al 31 dicembre 2015															
ai soggetti nati nell'intervallo specificato (nella 1a colonna a sn) e residenti nel periodo in esame															
Distretti	N° nati nell'intervallo specificato	IPV	DTP	%Copertura	dT	EPATITE B	Hib	MPR	%Copertura	Pneumo 13	%Copertura	% Copertura	% Copertura	% Copertura	% Copertura
	Nati gennaio-dicembre 2013	3a dose	3a dose	Vaccinazioni *obbligatorie*		3a dose	3a dose	1a dose	MPR	3a dose	Pneumo 13	Men. C	Men. C	Varicella	
35	1.027	885	885	86,17%		886	884	677	66%	808	79%	367	35,74%	14	1,36%
36	638	561	561	87,93%		562	561	404	63%	262	41%	168	26,33%	6	0,94%
37	1.358	1.170	1.170	86,16%		1.170	1.170	902	66%	946	70%	684	50,37%	19	1,40%
38	1.014	865	865	85,31%		867	865	661	65%	723	71%	127	12,52%	24	2,37%
39	825	703	703	85,21%		708	703	555	67%	687	83%	229	27,76%	38	4,61%
40	734	592	592	80,65%		593	591	509	69%	531	72%	324	44,14%	4	0,54%
41	1.111	1.079	1.079	97,12%		1.079	1.079	873	79%	1.073	97%	445	40,05%	28	2,52%
42	512	460	460	89,84%		460	460	422	82%	450	88%	221	43,16%	3	0,59%
43	695	670	670	96,40%		670	670	565	81%	670	96%	301	43,31%	2	0,29%
44	728	647	647	88,87%		648	645	566	78%	611	84%	318	43,68%	2	0,27%
45	785	692	692	88,15%		692	692	620	79%	688	88%	540	68,79%	7	0,89%
46	694	664	664	95,68%		664	664	643	93%	634	91%	301	43,37%	21	3,03%
47	480	421	421	87,71%		421	421	410	85%	387	81%	283	58,96%	7	1,46%
ASL	10601	9409	9409	88,76%		9420	9405	7807	74%	8470	80%	4308	40,64%	175	1,65%

Coperture vaccinali a 24 mesi per ciclo base (3dosi) e 1° dose MPR.

Allegato - coperture vaccinazione antiinfluenzale anno 2015/2016							
Distretto Sanitario	Pop. >65 res al 01.01.2015	Split	MF 59	Intradermico	Totale vacc	tot. Vacc > 65	copertura pop.>65 anni %
35	20725	6509	3435	3640	13584	5794	28
36	14063	3.949	347	2.855	7151	5.114	36
37	13483	7.909	1.400	4.900	14209	7.985	59
38	13627	5.081	2.747	2.253	10081	6.648	49
39	8645	4.869	446	3.704	9019	4.326	50
40	8457	3.645	884	694	5223	2.674	32
41	15892	7.358	2.487	1.168	11013	6.909	43
42	7871	5.291	2.798	851	8940	4.938	63
43	11858	9327	0	594	9921	6.290	53
44	7979	7.819	379	447	8645	4.765	60
45	8676	5.562	2.620	999	9181	5.138	59
46	6807	4.226	1.365	1.478	7069	3.991	59
47	5656	1.907	3.851	0	5758	4.009	71
TOTALE	143.739	73.452	22.759	23.583	119.794	68.581	48

Art.3 - Il patrimonio

1. Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutti i beni mobili e immobili ad essa appartenenti in seguito al trasferimento disposto con decreto del Presidente della Giunta Regionale all'atto della sua costituzione, da quelli acquisiti nell'esercizio delle proprie attività, nonché da quelli ottenuti a seguito di atti di liberalità.
2. L'Azienda, ai sensi e per gli effetti dell'art.5 comma 2 del D.Lgvo 229/1999 e del decreto del Commissario ad Acta n.14/2009, dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, fermo restando che i beni mobili ed immobili utilizzati per il perseguimento dei fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile e pertanto non possono essere sottratti alla loro destinazione, se non nei modi stabiliti dalla legge.
3. L'Azienda riconosce la valenza strategica del proprio patrimonio quale strumento di potenziamento e di qualificazione strutturale e tecnologica e, in questa prospettiva, si riserva iniziative di investimento anche mediante processi di alienazione del patrimonio da reddito e di trasferimento di diritti reali, previa la necessaria autorizzazione regionale, ex art.5 comma 3 del D.Lgvo 229/1999.
4. Con regolamento adottato dal Direttore Generale viene disciplinata la tenuta degli inventari dei beni mobili ed immobili, la loro gestione, l'affidamento ai consegnatari responsabili, le eventuali procedure di alienazione.

Art.4 - La Mission

L'Azienda assume come propria Mission: progettare e mettere in atto - coerentemente con quanto previsto dalle Istituzioni Committenti - quanto necessario a soddisfare il bisogno di salute della propria popolazione e garantire i parametri di salubrità di ambienti e produzioni.

L'Azienda individua il riferimento costante della propria azione nella persona, unica e irripetibile, al fine di fornire servizi e risposte ai bisogni espressi. L'Azienda ha come scopo la promozione e la tutela della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente e comunque presente a qualsiasi titolo nel proprio ambito territoriale, per consentire la migliore qualità di vita possibile, garantendo i livelli essenziali di assistenza in conformità con la Programmazione Sanitaria Nazionale e Regionale e coerentemente con i seguenti principi:

- **Sostenibilità:** verifica della compatibilità economica rispetto alle risorse disponibili delle azioni pianificate e perseguibili;
- **Sussidiarietà:** partecipazione e tutela della libertà di scelta rispetto alle diverse forme di erogazione dei servizi al cittadino;
- **Qualità:** garanzia di affidabilità, appropriatezza e rispetto dell'individualità per ciascun cittadino;
- **Etica:** rispetto dei principi di eguaglianza, imparzialità, trasparenza, partecipazione, libertà di scelta e solidarietà.

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

Art.5 - La Vision

Per il raggiungimento degli obiettivi assegnati, l'ASL NA2 Nord si avvale delle proprie risorse gestite direttamente nel rispetto della programmazione pluriennale. L'Azienda riconosce la necessità di perseguire obiettivi che richiedono elasticità nella gestione del servizio, rapidità e sensibilità nel cogliere i nuovi bisogni emergenti della popolazione, con conseguente rapidità nel cambiamento delle modalità e caratteristiche dell'offerta dei servizi sanitari.

Nell'assolvere alle finalità istituzionali proprie, la Asl Na2 Nord opera nel rispetto della visione incentrata sui seguenti elementi essenziali:

- qualificare l'offerta dei servizi erogati e gli interventi di prevenzione e clinico - assistenziali, sviluppando capacità analitiche dirette alla determinazione dei bisogni di salute della popolazione, alla identificazione delle priorità, alla valutazione dell'appropriatezza e degli esiti dell'azione svolta in termini di output ed outcome;
- qualificare l'accesso a tutti i servizi offerti sul territorio, ponendo particolare attenzione alla fruibilità ed all'accessibilità mediante forme coerenti con la complessità dei servizi e delle prestazioni offerte;
- razionalizzare il sistema dell'offerta per migliorare l'efficienza dei processi produttivi e di erogazione, in modo da garantire un impiego ottimale delle risorse disponibili;
- sviluppare il sistema della continuità clinico - assistenziale, adottando soluzioni organizzative e gestionali integrate che permettano la presa in carico globale dell'assistito in tutti i momenti del percorso di cura, anche attraverso una logica improntata alla gestione per processi;
- potenziare la capacità dei servizi territoriali di rispondere ai bisogni degli individui e della collettività, migliorando le cure domiciliari e l'appropriatezza delle attività di ricovero, perseguendo una coerente riduzione del tasso di ospedalizzazione ed un idoneo trasferimento di tutto il set di prestazioni erogabili;
- implementare le attività culturali e formative, attraverso lo sviluppo di attività di insegnamento e di ricerca in ambito sia territoriale che ospedaliero, utilizzando la formazione come elemento strategico.
- perseguire l'obiettivo della valorizzazione di tutte le professionalità esistenti secondo un'ottica meritocratica e partecipativa.

Art.6 - Clinical Governance e sicurezza delle cure

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

La politica sanitaria aziendale, ai diversi livelli di governo del sistema, ha come presupposto il fatto che la qualità dei servizi sanitari e delle prestazioni erogate, viene assunta come parte integrante delle scelte operate sul piano del governo amministrativo, su quello della organizzazione dei servizi e su quello della formazione dei professionisti che vi operano.

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

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

L'Azienda provvede a potenziare la dotazione di strumenti per il governo clinico con particolare attenzione a quelli previsti nel Piano Sanitario Regionale e nel presente Atto Aziendale si esplicitano gli aspetti organizzativi (individuazione di strutture, costituzione di gruppi di lavoro ecc.) più direttamente finalizzati alla loro applicazione prevedendo il Servizio Qualità e Risk Management (afferente alla Direzione Sanitaria).

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

La predisposizione dei percorsi è un processo ad altissimo contenuto professionale, che però non può essere lasciato in mano ai soli professionisti: infatti la qualità delle linee guida per la pratica clinica prodotte da società scientifiche è ben lontana da standard metodologici accettabili. I professionisti devono essere motivati a mettere in gioco la loro professionalità per impiantare il governo clinico. Il governo clinico propone una vista processuale dell'organizzazione con la consapevolezza che il servizio è appunto il risultato di processi di lavoro intesi come sequenza di attività interconnesse e finalizzate per le quali agiscono professionisti, si utilizzano tecnologie sia hard (macchine) che soft (linee guida, procedure



assistenziali), si consumano risorse, si adottano metodologie di lavoro conseguenti.

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

Art.7 - Clima e benessere organizzativo

L'ASL Napoli 2 NORD intende realizzare e mantenere il benessere fisico e psicologico delle persone, attraverso la costruzione di ambienti e relazioni di lavoro che contribuiscono al miglioramento della qualità della vita dei lavoratori e delle prestazioni rappresentando un punto strategico per raggiungere obiettivi di efficacia e di produttività.

Le condizioni emotive dell'ambiente in cui si lavora, la sussistenza di un clima organizzativo che stimoli la creatività e l'apprendimento, l'ergonomia - oltre che la sicurezza - degli ambienti di lavoro costituiscono elementi di fondamentale importanza ai fini dello sviluppo e dell'efficienza dell'Azienda Sanitaria.

In tal senso, è importante offrire agli operatori la possibilità di lavorare in contesti organizzativi che favoriscono gli scambi, la trasparenza e la visibilità dei risultati del lavoro, in ambienti dove esiste un'adeguata attenzione agli spazi architettonici, ai rapporti tra le persone e allo sviluppo professionale. Ciò è necessario ed indispensabile per:

- valorizzare le risorse umane;
- aumentare la motivazione dei dipendenti;
- migliorare i rapporti tra i vari dipendenti dell'Azienda sanitaria;
- accrescere il senso di appartenenza e di soddisfazione per la propria Azienda;
- migliorare l'immagine interna ed esterna e la qualità dei servizi forniti;
- diffondere la cultura della partecipazione quale presupposto dell'orientamento al risultato piuttosto della cultura del mero adempimento;
- prevenire rischi psico-sociali.

Art.8. Partecipazione e Tutela dei Diritti dei Cittadini

Il presente Atto Aziendale individua le strategie e le azioni atte a sviluppare adeguati livelli di informazione, accoglienza, tutela e partecipazione dei cittadini, nonché modalità atte a consentire l'attività, all'interno delle strutture sanitarie, delle organizzazioni dei cittadini e delle associazioni non aventi fini di lucro.

A tal fine sul sito istituzionale dell'Azienda è presente, ai sensi e con le modalità di cui all'art. 32 della Legge 18 giugno 2009 n.18 e s.m.i., una specifica sezione ove vengono pubblicati, integralmente, gli atti amministrativi (delibere, determine, etc) e il loro accesso deve essere libero e garantito. Inoltre, ai sensi del Decreto Legislativo 33/2013 l'Azienda mette in atto le azioni utili a garantire la trasparenza al proprio operato.

La partecipazione, la trasparenza e la tutela dei cittadini sono garantite attraverso:

Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione

Con la l. 6 novembre 2012 n.190, entrata in vigore il 28 novembre 2012, sono state approvate le *"Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"* in attuazione dell'articolo 6 della Convenzione ONU contro la corruzione, ratificata ai sensi della legge 3 agosto 2009, n. 116, e degli articoli 20 e 21 della Convenzione penale sulla corruzione (Consiglio d'Europa), ratificata ai sensi della legge 28 giugno 2012, n. 110.

Per corruzione si intende il caso di abuso da parte del dipendente della PA del potere a lui affidato al fine di ottenere indebiti vantaggi privati. La Circolare n. 1 del 25 gennaio 2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica amplia il concetto di corruzione, ai fini dell'ambito di applicazione della legge 6 novembre 2012, n.190 chiarendo che le situazioni rilevanti sono più estese della fattispecie penalistica che, come è noto, è disciplinata negli artt. 318, 319 e 319 ter. C.P., e sono tali da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione, così come disciplinati nel Titolo II, Capo I, del Codice Penale, ma anche le situazioni in cui – a prescindere dalla rilevanza penale – venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite o dei compiti attribuiti, che possono rivestire carattere amministrativo, tecnico o sanitario.

La CiVIT ai sensi dell'articolo 5 del decreto legge 31 agosto 2013, n. 101 ha assunto la denominazione di Autorità nazionale anticorruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche (ANAC), con delibera n. 72/2013 dell'11 settembre 2013, ha approvato il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA).

La legge individua, in ambito nazionale, l'Autorità Nazionale Anticorruzione e gli altri organi incaricati di svolgere, con modalità tali da assicurare azione coordinata, attività di controllo, di prevenzione e di contrasto della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione.

I principali obiettivi nell'ambito delle strategie di prevenzione sono:

- ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione

In continuità con il PNA è stato stilato l'Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione

predisposto dall'ANAC con determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015, reso necessario in virtù degli interventi normativi che hanno fortemente inciso sul sistema di prevenzione della corruzione a livello istituzionale.

Dalle novelle normative emerge, con forza, l'intento del legislatore di concentrare l'attenzione sull'effettiva attuazione di misure in grado di incidere sui fenomeni corruttivi.

La definizione del fenomeno contenuta nel PNA 2015, non solo più ampia dello specifico reato di corruzione e del complesso dei reati contro la Pubblica Amministrazione, coincide con la "maladministration" intesa come assunzione di decisioni (di assetto, di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti rispetto alla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari.

Occorre prendere in considerazione atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse.

Considerato che l'attività di prevenzione della corruzione rappresenta un processo i cui risultati si giovano della maturazione dell'esperienza e si consolidano con il tempo, la redazione e l'adozione del Piano di Prevenzione Aziendale triennale rappresenta lo strumento attraverso il quale sono individuate e definite le strategie prioritarie per la prevenzione ed il contrasto della corruzione.

L'ASL NAPOLI 2 NORD, attraverso l'organo di indirizzo politico (come previsto espressamente dell'articolo 1, comma 7, della l. 190/2012) ha individuato il Responsabile della Prevenzione della corruzione.

Con precedente Deliberazione n.1175 del 09.12.2014, tra l'altro erano stati nominati i Referenti Aziendali per ciascuna Area di rischio corruzione.

La Circolare ANAC n.1 del 25.01.2013 applicativa della legge n.190/12 dispone, tra l'altro, l'opportunità di prevedere un apposito Gruppo di supporto con il compito di coadiuvare il Responsabile dell'Anticorruzione nell'assolvimento dei molteplici e complessi adempimenti previsti, nonché che le Amministrazioni assicurino al RPC appropriate Risorse umane.

Anche nell'aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione, approvato con Determinazione ANAC n.12 del 28.10.2015 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, si ribadisce la necessità di costituire "una struttura a supporto del RPC che, anche se non esclusivamente dedicata a tale scopo, deve essere posta effettivamente al servizio del suo operato" (anche verso questo adempimento l'ASL NA 2 Nord con formale atto deliberativo, ha esattamente adempiuto alle prescrizioni normative, dotandosi di un Gruppo di Lavoro a supporto dell'RPC).

La legge 190/2012 disciplina i contenuti dei Piani Aziendali Per la Prevenzione della Corruzione (art.1, comma 9) da adottare dagli enti pubblici con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- Individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, anche raccogliendo le proposte dei dirigenti, elaborati nell'esercizio delle competenze previste dal decreto legislativo n.165 del 30 marzo 2001.

- Previsione per le attività individuate come maggiormente a rischio di corruzione, di meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni, idonei a prevenire il rischio di corruzione.
- Previsione di obblighi di informazione nei confronti del responsabile della prevenzione della corruzione, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano.
- Monitoraggio del rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti.
- Monitoraggio dei rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione.
- Individuazione di specifici obblighi di trasparenza.

Il Piano Aziendale per la Prevenzione della corruzione dell'ASL NA 2 NORD è stato adottato in conformità alla previsione normativa ed ai principi generali in materia di trasparenza.

Il Piano non si configura come un'attività compiuta, con un termine di completamento finale, bensì come ventaglio di strumenti finalizzati alla prevenzione che vengono progressivamente affinati, modificati, perfezionati o sostituiti in relazione al feedback ottenuto dalla loro applicazione.

La Carta Dei Servizi

Nella Carta dei Servizi sono descritte finalità, modi, criteri e strutture attraverso cui il servizio viene attuato, nonché diritti e doveri, modalità e tempi di partecipazione, procedure di controllo che il Cittadino ha a sua disposizione. La Carta dei Servizi è lo strumento fondamentale con il quale si attua il principio di trasparenza. Si ispira al dettato della Carta Costituzionale, che sancisce e tutela il rispetto dei principi di uguaglianza, imparzialità, tutela della dignità della persona, vietando ogni forma di discriminazione basata sul sesso, sull'appartenenza etnica, sulle convinzioni religiose, e impegna tutti gli operatori e la struttura al rispetto di tali principi.

La Carta dei Servizi è il patto che chi eroga un determinato servizio stringe nei confronti del Cittadino ed è ispirata ai seguenti principi informativi:

- eguaglianza del diritto di accesso ai servizi;
- imparzialità nell'erogazione delle prestazioni;
- continuità delle informazioni circa l'organizzazione e le modalità strutturate per la tutela dei cittadini;
- diritto di scelta attraverso la piena informazione ai cittadini utenti sui servizi offerti e le modalità di erogazione degli stessi;

- partecipazione attraverso l'ascolto delle opinioni e dei giudizi sulla qualità del servizio, espressi dai Cittadini direttamente o tramite le associazioni che li rappresentano attraverso modalità di partecipazione e coinvolgimento;
- efficienza ed efficacia attraverso la definizione di standard e assunzione di impegni rispetto alla promozione della qualità del servizio e alla determinazione di modalità di valutazione costante della qualità stessa.

La Carta dei Servizi indica il responsabile del servizio a cui potersi rivolgere per ottenere il rispetto degli impegni dichiarati, nonché le modalità per presentare reclamo, per ricevere risposta e per conoscere cosa il cittadino/utente possa fare nel caso in cui il suo reclamo sia stato respinto.

Contiene le informazioni che permettono all'utente di conoscere quali prestazioni e servizi l'azienda si impegna a fornire, ed in che quantità, in che modo, in che tempi e con quali standard di qualità.

La Carta dei Servizi è definita nel rispetto delle indicazioni e dei contenuti previsti dal D.P.C.M. del 19/5/1995.

L'Azienda si impegna ad aggiornare annualmente la Carta dei Servizi ed a diffondere la stessa con appositi opuscoli nonché a pubblicarla sul suo portale.

La Comunicazione

Il perseguimento della Mission necessita di attività di comunicazione da realizzarsi attraverso metodologie multicanale finalizzate a garantire alle comunità e agli stakeholder la conoscenza delle attività dell'Azienda, le modalità di gestione e i servizi che vengono garantiti. Inoltre, in coerenza con quanto previsto dalla L.150/2000 e s.m.i., l'Azienda si impegna a costruire canali di comunicazione biunivoci attraverso l'URP e mediante gli uffici che gestiscono gli strumenti di comunicazione tecnologica diretti alle comunità di cittadini, soggetti no-profit, aziende, Istituzioni.

Tale funzione viene svolta anche presso i pubblici interni all'Azienda (personale dipendente, personale convenzionato, aziende accreditate, aziende fornitrici, etc.), mediante strumenti tipici della comunicazione interna.

La strategicità di tale funzione è fortemente connessa anche alla massiva fruizione da parte delle comunità servite dall'Azienda di strumenti di comunicazione di tipo "social" e digitale. In tal senso occorre che l'ASL si proponga sul canale web e sui social quale interlocutore affidabile, competente e di primo riferimento per le tematiche inerente la salute.

Tali ambizioni fanno sì che coloro che sono dedicati allo svolgimento di tali funzioni, debbano avere una buona conoscenza dei sistemi di comunicazione digitale e social.

L'URP fa capo alla Direzione Sanitaria, svolgendo un ruolo essenziale nel processo di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, promuovendo, di concerto con le strutture erogatrici, azioni di verifica della qualità delle prestazioni erogate.

Annualmente l'URP programma le proprie attività mediante la redazione del Piano di Comunicazione aziendale, come previsto da normative e disposizioni in materia.

L'informazione

L'attività di informazione consta della comunicazione agli organi di stampa e radiotelevisivi, ai siti web di informazione, ai soggetti Istituzionali con cui l'Azienda si relaziona. Tale attività è essenziale per costruire una buona reputazione all'ASL e per informare circa servizi, best practices e posizioni assunte dall'Azienda. Data la strategicità di tale funzione e data la necessità di essere coordinata con l'apice del sistema di governance aziendale, tale funzione si incardina organizzativamente nella Direzione Strategica, qualificandosi (in base a quanto previsto dalla L.150/2000) quale Ufficio Stampa.

L'Ufficio Stampa programma le proprie attività mediante un documento che individua obiettivi, tempi, contenuti e risorse e che si propone come parte integrante del Piano di Comunicazione aziendale.

L'accesso e l'accoglienza

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

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

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

Con la deliberazione n.111 del 27.05.2013 la Giunta Regionale della Campania ha recepito l'accordo del 20 dicembre 2012 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza alla popolazione straniera. In sede di regolamento verrà individuato uno specifico Settore per la corretta applicazione delle procedure richiamate.

I Diritti dei Cittadini, degli Utenti e degli Stakeholder

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

- rispetto della dignità
- riservatezza - privacy

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

La Conferenza dei Servizi

In base all'art. 14. comma 4. del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. il Direttore Generale si impegna ad indire, almeno una volta l'anno, apposita Conferenza dei Servizi, quale strumento per verificare l'andamento dei servizi e per individuare interventi tesi al miglioramento delle prestazioni.

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

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

La Conferenza si terrà con cadenza annuale su convocazione del Direttore Generale.

Audit Civico

L'audit civico è uno degli strumenti primari per la partecipazione dei cittadini alle politiche sanitarie aziendali. È, infatti, una metodologia che ha la finalità di promuovere la valutazione da parte dei cittadini, della qualità delle prestazioni delle Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere.

Il processo di Audit civico si basa sull'analisi critica e sistematica delle azioni svolte dalle Aziende, attraverso l'utilizzo di uno strumento metodologico che comporta la definizione di indicatori tramite la co-progettazione tra cittadini e referenti aziendali delle modalità di raccolta dati. I dati forniti dalla rilevazione degli indicatori verranno confrontati con le informazioni tratte da altri sistemi di monitoraggio delle strutture e dei servizi, quali, ad esempio, l'accreditamento, le segnalazioni dei cittadini, la documentazione riguardante delibere e provvedimenti aziendali, le liste di attesa, le interviste alle direzioni generali e sanitarie e la consultazione delle organizzazioni civiche.

I report prodotto dall'Audit Civico sono strumento essenziale di valutazione delle attività dell'Azienda. Pertanto, tali documenti saranno sottoposti all'attenzione della Direzione Strategica, degli organismi di valutazione aziendali, della Consulta Sanitaria, del Collegio di Direzione.

Trasparenza e Integrità

L'ASL NAPOLI 2 NORD, così come affermato nel D.Lgs. n. 150/2009 e s.m.i., attribuisce particolare rilievo al tema della trasparenza e dell'integrità, valorizzando una nuova nozione di trasparenza intesa come "accessibilità totale delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione".

La trasparenza viene intesa quale livello essenziale delle prestazioni erogate, ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione.

In tale direzione l'Azienda, formula, tramite l'UOC. Comunicazione - Marketing ed URP, il "Programma triennale per la trasparenza e l'integrità" che diviene strumento principe di attuazione della disciplina della trasparenza finalizzata a garantire sia un adeguato livello di informazione che di legalità tesa allo sviluppo della cultura dell'integrità, seguendo quanto indicato dalla Commissione indipendente per la valutazione, l'integrità e la trasparenza (Civit) che ha emanato la delibera n. 105 del 15 ottobre 2010, contenente apposite linee guida che indicano il contenuto minimo e le caratteristiche essenziali del Programma triennale, a partire dai dati che devono essere pubblicati sul sito istituzionale e relative modalità di pubblicazione.

Il Programma sarà strutturato nelle seguenti parti, a loro volta suscettibili di articolazioni più specifiche:

- Selezione dei dati da pubblicare
- Descrizione delle modalità di pubblicazione on line dei dati
- Descrizione delle iniziative
- Sezione Programmatica
- Collegamenti con il piano della performance
- Descrizione del processo di coinvolgimento dei portatori di interesse (stakeholders)
- Posta elettronica certificata
- Giornate della trasparenza

Per quanto attiene al buon andamento dei servizi pubblici e alla corretta gestione delle relative risorse, la pubblicazione on line dei dati consente a tutti i cittadini un'effettiva conoscenza dell'azione dell'ASL NAPOLI 2NORD, con il fine di agevolare la pubblicità delle informazioni alla collettività. La suddetta pubblicità, consentendo dunque un'effettiva conoscenza dell'azione dell'Azienda, costituisce il principale strumento informativo dell'andamento della performance e del raggiungimento degli obiettivi espressi nel più generale ciclo di gestione della medesima. In altri termini, si persegue la finalità di mettere a disposizione di tutti i cittadini i dati principali sull'andamento dell'Amministrazione quali: gli obiettivi, i tempi di realizzazione, i costi specifici e le relative risorse, le modalità adottate e le procedure gestionali ed amministrative.

L'Azienda è già impegnata a garantire un corretto livello di trasparenza mediante la pubblicazione sul proprio sito web istituzionale delle procedure gestionali ed amministrative,

dei dati organizzativi, anagrafici, economici, retributivi, presenza/assenza degli operatori. In quest'ottica, è stato avviato il sistema delle prenotazioni e del pagamento ticket on line, della scelta e revoca on line dei MMG e dei PLS; è stato costituito l'Albo Pretorio Digitale ed istituzionalizzato la Posta Elettronica Certificata; sono state predisposte apposite sezioni per la pubblicazione dei tempi di attesa, delle informazioni per l'utenza sull'offerta sanitaria e socio-sanitaria, della modulistica, delle news, bandi, avvisi, concorsi.

Ai sensi dell'art. 32 della Legge 18.06.2009, n. 69, al fine di favorire il processo di semplificazione delle procedure e di partecipazione dei cittadini, l'Azienda si è dotata di un Albo Pretorio Digitale in cui vengono pubblicati tutti gli atti e provvedimenti amministrativi, avente effetto di pubblicità legale.

L'Albo pretorio digitale è raggiungibile dal sito web istituzionale www.aslnapoli2nord.it nel menù "Azienda" sezione "Albo Pretorio" o mediante l'icona "Albo Pretorio On Line" posta al centro della Home.

Nell'Albo Pretorio sono pubblicati integralmente tutti gli atti amministrativi (delibere, determine, bilanci, atti di interesse generale, etc.) ed è garantito accesso libero.

Art.9 - Sistema di Programmazione, Valutazione e Controllo

Programmazione

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

La programmazione delle attività tiene conto di quanto previsto dal sistema di monitoraggio nazionale degli standard di erogazione dei servizi sanitari, nell'ambito del PNE.

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

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

Detta programmazione, inoltre, si baserà unicamente su criteri e valutazioni di efficienza ed economicità, dovendo essere prioritariamente connotata da valutazioni relative alla qualità ed appropriatezza delle prestazioni in rapporto ai bisogni di salute attesi.

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

Il Programma annuale delle attività viene adottato in primis dalla Direzione Strategica e, in un processo a cascata, viene assunto da ciascun servizio in ragione degli obiettivi assegnati e articolato in un proprio programma di lavoro annuale.

Tali processi sono connessi e monitorati dal sistema di controllo di gestione.

Controllo di Gestione e Budget

L'attività economica della Azienda Sanitaria è ispirata alla razionale gestione delle risorse attribuite ed introitate, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti, dei risultati. Il budget è costituito dall'insieme dei documenti di carattere economico, patrimoniale e finanziario, che descrivono gli obiettivi di gestione in termini di risultati da raggiungere e di risorse da impiegare, ed è distinto in budget generale, riferito all'intera azienda, e budget funzionali, riferiti alle singole strutture.

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

organizzativo.

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

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

Ai fini del potenziamento del controllo di gestione sono state definite:

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

Inoltre l'Azienda potenzierà ed utilizzerà il proprio sistema informativo-informatico e le relative banche dati in modo da consentire la realizzazione di tale processo.

L'introduzione del Controllo di Gestione nelle Aziende Sanitarie costituisce uno specifico obbligo normativo sancito dall'articolo 4 del decreto legislativo 286 del 30 luglio 1999 (riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche). L'Azienda colloca il Servizio Controllo di Gestione afferente alla direzione strategica.

Il Controllo di Gestione sarà incaricato anche del monitoraggio e del reporting dei dati relativo agli standard fissati nell'ambito del Programma Nazionale Esiti.

Il Sistema Informativo

Il sistema informativo dell'Azienda gestisce e rende misurabili attraverso metodologie e tecniche statistiche:

- le informazioni prodotte, trasformate ed utilizzate durante l'esecuzione dei processi aziendali;
- le informazioni inerenti il territorio e le comunità oggetto di assistenza

La Regione Campania ritiene strategico il ruolo del Sistema Informativo Sanitario Aziendale e Regionale (SISR) perché esso produce la conoscenza dei fenomeni e degli eventi in maniera analitica, completa, accurata, tempestiva ed omogenea.

Tale conoscenza costituisce il necessario presupposto per programmare ed organizzare un'offerta dei servizi efficace ed efficiente. I dati raccolti dall'Azienda devono consentire una lettura integrata degli eventi da essi rappresentati. La finalità sottesa a tale sforzo risiede nella possibilità di ottenere in maniera strutturata informazioni di sintesi che attengono da un lato alla domanda e all'offerta di Servizi Sanitari, da un altro allo stato di salute della popolazione e da un altro ancora alla gestione della azienda. A tal fine è previsto il potenziamento e la riorganizzazione dei Sistemi Informativi aziendali le cui linee direttrici, coerenti con lo sviluppo del NSIS e del SISR, e con gli indirizzi già contenuti nel Piano Sanitario Regionale 2010-2012, vengono definite nel presente Atto Aziendale.

Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance

In conformità a quanto disposto dal decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m.i., concernente "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", ed in applicazione del D.Lgs. 150/09 (ex art. 7) l'Azienda attiva un sistema di misurazione e valutazione delle performance di ciascuna struttura organizzativa nel suo complesso nonché la valutazione annuale dei dirigenti.

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa riguarderà:

- l'attuazione di piani e programmi, ovvero la misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse;
- la modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e la capacità di attuazione di piani e programmi;
- l'efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi;
- la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati (anche in base agli standard previsti dal Programma Nazionale Esiti);
- gli ambiti di misurazione e valutazione della performance individuale

Tali processi sono programmati, gestiti e promossi dalla Unità deputata al governo del Sistema Premiante e del Sistema di Valutazione.

Controllo di Regolarità Amministrativa e Contabile

Ai controlli di regolarità amministrativa e contabile provvedono gli organi appositamente previsti dall'art. 3 ter del D.Lvo, 502/92 e s.m.i.

Le verifiche di regolarità amministrativa e contabile devono rispettare, in quanto applicabili alla Pubblica Amministrazione, i principi del codice civile.

Il controllo di regolarità amministrativa e contabile non comprende verifiche da effettuarsi in via preventiva se non nei casi espressamente previsti dalla legge e fatto salvo, in ogni caso, il principio secondo cui le definitive determinazioni in ordine all'efficacia dell'atto sono adottate dall'organo amministrativo responsabile.

Art.10 - La Gestione delle Risorse Umane

Le Politiche per lo Sviluppo delle Risorse Umane

L'ASL NA2 Nord si impegna a prestare particolare attenzione alle politiche per lo sviluppo delle risorse umane, in quanto rappresentano per l'Azienda la risorsa strategica principale.

L'Azienda promuove le iniziative finalizzate a migliorare continuamente abilità, capacità e conoscenze professionali, nonché per mantenere elevato il senso di appartenenza all'Azienda stessa.

Nel rispetto e nella piena applicazione degli istituti contrattuali vigenti, l'ASL NA 2 Nord mira a motivare i propri dipendenti; questo affinché si sentano stimolati in un clima sereno e produttivo a tutti i livelli operativi previsti dall'organizzazione, tenendo conto anche del contributo dei singoli alla produttività.

In tale contesto si assicura la migliore collaborazione delle rappresentanze sindacali mediante prassi, procedure ed informative standardizzate e trasparenti.

La Direzione Aziendale riconosce altresì come fondamentale un rapporto di lavoro che premi le capacità e il merito, creando un ambiente che favorisca l'espressione del potenziale professionale ed umano degli operatori.

L'ASL riconosce piena e pari dignità a tutto il personale, medico, veterinario, sanitario, professionale, tecnico e amministrativo, assicurando la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne.

La valorizzazione degli operatori della sanità rappresenta uno degli obiettivi prioritari di una concreta politica sanitaria.

L'Azienda per conseguire questo obiettivo interverrà affinché:

- si predisponga un ambiente di lavoro che stimoli il miglioramento e consolidi i rapporti di collaborazione;
- si assicuri che siano ben compresi i compiti da svolgere e gli obiettivi da conseguire;
- si verifichi il livello di condivisione degli obiettivi;
- si accerti periodicamente la motivazione nel provvedere alla qualità del servizio;
- si verifichino i risultati delle iniziative di miglioramento dandone evidenza all'organizzazione
- si remunerino in modo differenziato l'impegno e le connesse responsabilità.

La Formazione

La formazione e l'aggiornamento professionale assumono un ruolo strategico nelle politiche di gestione e sviluppo delle risorse umane e nel processo di miglioramento continuo dei servizi. Infatti, perseguire l'obiettivo di aumentare le conoscenze e le abilità professionali - in modo da

essere allineate con il progresso scientifico e tecnologico – significa di fatto migliorare qualitativamente le prestazioni rese.

La formazione e l'aggiornamento professionale sono considerati (oltre che acquisizione di saperi, sviluppo di abilità e competenze relazionali) uno strumento propedeutico alla trasmissione di valori, di norme comportamentali e di innovazione, indispensabili per le politiche di gestione delle risorse umane.

L'attività formativa è pianificata a livello centrale, tenuto conto dei fabbisogni formativi individuabili ed ulteriormente rilevabili secondo processi di coinvolgimento delle articolazioni aziendali o gruppi professionali o interprofessionali.

Le iniziative formative sono pianificate preventivamente ogni anno nel rispetto delle esigenze prioritarie dell'azienda attraverso l'adozione del Piano Formativo Annuale. Per i costi del Piano Formativo viene vincolata una spesa nei limiti di quanto previsto dall'art. 6 del D.lgs 78/2010 convertito in legge 122 del 30.7.2010.

L'obiettivo principale aziendale è il progressivo avanzamento delle culture professionali, in conformità agli standard qualitativi più avanzati di riferimento, e dei comportamenti per renderli utili a renderli più coerenti alla mission aziendale ed ai valori presenti nella comunità. L'esito atteso è di conseguire il continuo miglioramento della presa in carico dei problemi di salute della popolazione, il puntuale riconoscimento dei diritti dei cittadini fin dal momento in cui si rivolgono alle strutture dell'Azienda, nonché la realizzazione di programmi aziendali di sviluppo dei servizi, degli interventi, delle tecniche gestionali, dei metodi e dei processi di lavoro.

L'ASL Napoli 2 Nord è attivamente impegnata nello sviluppo delle professionalità per mezzo della attività formativa erogata dal Polo Didattico, struttura di formazione finalizzata a formare figure nell'ambito delle "professioni sanitarie". Il Polo Didattico è strutturato per fornire una preparazione di elevato livello scientifico, pratico e professionale.

Le attività formative vengono portate avanti in convenzione con Enti Universitari e sono svolte sia da docenti di provenienza accademica che da personale impegnato quotidianamente nell'erogazione dei servizi sanitari.

Il Volontariato

Il volontariato assume un particolare valore, sia in quanto enfatizza l'elemento relazionale, sia in quanto concorre a concretizzare gli elementi valoriali che caratterizzano le strutture sanitarie: l'umanizzazione, la personalizzazione, il diritto all'informazione, l'educazione sanitaria.

Il volontariato è gestito come una risorsa basata sulla consapevolezza dei suoi valori, delle sue potenzialità e dei suoi limiti, che vanno ben oltre gli aspetti solo formali e di immagine.

Esso concentra il suo apporto su casi e situazioni sui quali il suo intervento diviene utile se non insostituibile, malati gravi soli che richiedono assistenza continua, malati terminali in appoggio all'assistenza della famiglia, immigrati che non hanno nessun familiare vicino, anche come servizio territoriale o domiciliare.

Per lo svolgimento delle attività di competenza dei volontari, si prevede una accurata attività di formazione attraverso corsi in ingresso e di aggiornamento permanente.

La formazione tratta gli aspetti psicologici della relazione di aiuto, il valore umano della sofferenza, l'importanza dell'igiene, la responsabilità etica del volontariato e la sua professionalità.

La Libera Professione Intramoenia

L'Azienda promuove e valorizza l'attività libero-professionale intramuraria resa dai propri professionisti individualmente e/o in equipe, e favorisce altresì, nei tempi tecnici più rapidi possibili la reperibilità e la disponibilità di spazi interni adeguati all'attività ambulatoriale e di ricovero.

L'Azienda intende perseguire in modo efficace il contemperamento dei legittimi interessi di cui sono portatori sia gli utenti - ai quali poter offrire un'ulteriore opzione per ottenere prestazioni sanitarie con tempi di attesa ridotti e a tariffe trasparenti rispetto a quelle del mercato privato - sia il personale dirigente e di comparto che, attraverso l'esercizio delle attività libero-professionali, ha la possibilità di ottenere un rapporto personalizzato con l'utente e una maggiore autonomia e responsabilizzazione nello svolgimento delle attività, tenuto conto, altresì, dell'interesse aziendale all'arricchimento delle capacità interne e della contestuale necessità di offrire all'utenza adeguate risposte alla domanda sanitaria.

L'Azienda vigila sull'attività libero-professionale e verifica, altresì, il corretto svolgersi dell'attività libero-professionale ed il perdurare del dovuto equilibrio fra quest'ultima e l'attività istituzionale.

Per quanto attiene alla regolamentazione aziendale dell'istituto, si rinvia al separato atto di organizzazione della libera professione.

L'Azienda individua in uno specifico Ufficio le funzioni di promozione, regolamentazione e controllo delle attività ALPI.

La Tutela della Salute e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro

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

Obiettivo strategico dell'Azienda è la promozione di tutte le azioni organizzative e gestionali che, nel breve e medio periodo, garantiscano il raggiungimento di un Servizio Sanitario sicuro sia per gli operatori che per i pazienti.

A tal fine, compatibilmente con le risorse disponibili, l'Azienda si impegna affinché:

- il Servizio Prevenzione e Protezione aziendale e le attività di Medicina del Lavoro abbiano organizzazione e risorse quali-quantitativamente adeguate per il raggiungimento degli scopi di istituto



- siano presenti competenze multidisciplinari per realizzare la complessiva gestione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro e il conseguente adempimento degli obblighi normativi.

Art. 11 - Relazioni Sindacali

L'Azienda riconosce l'importanza fondamentale del sistema delle relazioni sindacali con le Confederazioni Sindacali, con le Organizzazioni Sindacali di categoria firmatarie degli accordi e Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro e con le RSU Aziendali e assegna a tali relazioni rilievo centrale per lo sviluppo efficace delle strategie di gestione e di valorizzazione delle risorse umane.

L'Azienda assicura alle organizzazioni sindacali il pieno rispetto del principio della partecipazione, che si estrinseca con l'informazione, la consultazione, la concertazione e la contrattazione demandata in sede decentrata.

I rapporti della Direzione Aziendale con le OO.SS. e le R.S.U. aziendali sono informati al rispetto della normativa vigente. Essi saranno realizzati all'interno degli ambiti definiti dalle leggi e dai contratti nazionali, se non in contrasto con le leggi.

La correttezza delle relazioni sindacali, la reciproca autonomia e la chiara distinzione dei ruoli, ma nel contempo un'effettiva assunzione e riconoscimento delle reciproche responsabilità, la precisa individuazione dei confini fra contrattazione decentrata, concertazione, informazione e consultazione, devono sempre rappresentare aspetti ineludibili per un trasparente e proficuo espletamento delle rispettive attività con l'obiettivo di temperare l'interesse dei dipendenti ed il miglioramento delle condizioni di lavoro e di sviluppo delle professionalità con l'esigenza di incrementare l'efficienza, l'efficacia e la qualità dei servizi erogati alla collettività.

Il Regolamento delle Relazioni Sindacali, emanato dal Direttore Generale, definisce le competenze, le procedure ed i termini della informazione, consultazione, contrattazione e concertazione interna ed esterna, nonché le regole di partecipazione del personale, attraverso le loro rappresentanze, per affrontare i problemi organizzativi, per valutare il lavoro e migliorare quantitativamente e qualitativamente l'offerta dei servizi e delle prestazioni, conformemente a quanto disposto dal D.Lgs. 150/2009, come modificato ed integrato dal D.Lgs. 141/2011.



Capo II - Assetto Istituzionale, Organi e Organismi

Art. 12 - Assetto Istituzionale dell'Azienda – gli Organi

Ai sensi dell'articolo 3 del D, Lgs. n. 502/1992 come modificato dal D.lgs n.158/2012 convertito con legge n.189 del 08/11/2012, sono organi dell'azienda:

- A. il Direttore Generale
- B. il Collegio Sindacale;
- C. il Collegio di Direzione.

Il Direttore Generale

Il Direttore Generale è “organo di governo” (ai sensi del 1° comma dell’art.3 del D.Leg.vo n. 29/93 e succ. 165/2001) in quanto “definisce gli obiettivi ed i programmi da attuare e verifica la rispondenza dei risultati della gestione alle direttive generali impartite “; è anche titolare di “tutti i poteri di gestione “ nonché della rappresentanza legale dell’Azienda.

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

Il Direttore Generale svolge la funzione di Datore di Lavoro, fatte salve le attribuzioni delle responsabilità ai vari direttori di UUOCC, individuati a seguito di procedure con atti formali. Il rapporto di lavoro del Direttore Generale è a tempo pieno e di diritto privato; si instaura con contratto disciplinato dal comma 6 dell’art. 3 e dal comma 8 dell’art. 3 bis del D.Lvo 502/92 e s.m.i.

Il contratto è sottoscritto sulla base di uno schema approvato dalla Giunta Regionale. L'autonomo e pieno esercizio, da parte del Direttore Generale, delle funzioni gestionali dell'azienda è svolto nel rispetto dei poteri spettanti a:

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

Il Direttore Generale provvede, in particolare:

- alla nomina del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo;
- alla nomina del Collegio Sindacale e alla sua prima convocazione nei termini di legge;
- alla costituzione del Collegio di Direzione e del Consiglio dei Sanitari;

- alla nomina dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance ex art. 14 D. Lgs. 150/2009, dei Collegi tecnici, del Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, ex art. 57 D. Lgs. 165/2001 e s.m.i. e di qualunque altro organismo previsto dalla normativa vigente e dall'atto aziendale
- all'adozione dell'Atto Aziendale e delle sue modificazioni ed integrazioni;
- all'adozione degli atti regolamentari e di tutti quelli che si rendono necessari in attuazione di normative nazionali e regionali;
- all'adozione degli atti di organizzazione interna dei presidi ospedalieri, dei distretti, dei dipartimenti e dei servizi centrali e all'organizzazione dello Staff della Direzione Strategica, nonché alla nomina e alla revoca dei responsabili delle strutture operative dell'azienda e al conferimento degli incarichi professionali;
- all'adozione del Piano Attuativo Locale e del Programma delle Attività Territoriali;
- l'adozione dei provvedimenti conseguenti alla valutazione dei dirigenti;
- alla adozione del documento per la valutazione dei rischi e alla nomina del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione. Tale responsabile e' figura diversa dal responsabile di area tecnica preposto alla manutenzione;
- alla verifica della corretta ed economica gestione delle risorse nonché dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa;
- alla verifica qualitativa e quantitativa dei servizi erogati;
- all'adozione di tutti gli atti deliberativi relativi alla programmazione finanziaria e di bilancio, compresi quelli formulati secondo la logica budgettaria specifica di ogni dipartimento e di quella complessiva aziendale;
- all'adozione del piano attuativo locale, del programma delle attività territoriali, nonché degli altri atti programmatici con cui sono definiti gli obiettivi e le priorità per la gestione dell'azienda sanitaria e sono assegnate le risorse umane, strumentali e finanziarie;
- alla determinazione della dotazione organica aziendale;
- all'adozione di tutti gli atti deliberativi riguardanti l'assunzione di personale;
- all'adozione dei provvedimenti conseguenti alla valutazione dei dirigenti;
- all'adozione di tutti gli altri atti indicati dalla legislazione regionale vigente;
- all'assolvimento di ogni altro compito previsto dalle leggi;
- l'adozione del Piano Aziendale di Prevenzione (Piani Operativi del P.R.P.), del Modello Organizzativo Aziendale, la nomina del Coordinatore Aziendale e dei Referenti dei Piani Operativi;
- l'adozione dei regolamenti interni aziendali ivi compresi quelli per il funzionamento degli organismi collegiali (collegio di direzione, consiglio dei sanitari e comitato di dipartimento);

In relazione alle funzioni di cui sopra, al fine di mantenere distinte quelle rientranti negli atti di alta amministrazione da quelle di carattere gestionale, le funzioni attribuite al Direttore Generale

sono distinte in:

- funzioni ad esso esclusivamente riservate;
- funzioni delegabili, in tutto o in parte, ai Direttori Sanitario ed Amministrativo e agli altri dirigenti dell'Azienda.

Rimangono di esclusiva competenza del Direttore Generale le funzioni di alta amministrazione (cioè quelle più propriamente "di governo"), mentre sono delegabili ai vari livelli della dirigenza le funzioni di carattere gestionale, attraverso le quali si esplica l'autonomia funzionale delle articolazioni organizzative dell'azienda tra cui:

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

Le funzioni gestionali, esercitate dai dirigenti delle aziende ai diversi livelli, sono:

- funzioni delegate dal direttore generale con tutti i limiti, le implicazioni e le conseguenze derivanti dall'istituto della delega;
- funzioni agli stessi attribuite nel momento della sottoscrizione del contratto di lavoro o con specifico atto del Direttore Generale.

La rappresentanza in giudizio dell'Azienda spetta al legale rappresentante cioè al Direttore Generale e, in caso di assenza o impedimento, al sostituto facente funzioni.

L'adozione della delibera di conferimento incarico e la sottoscrizione della procura alla lite da parte del Direttore Generale a favore del professionista designato, interno o esterno all'Azienda, perfeziona la volontà di intentare un giudizio o di costituirsi in una controversia.

In caso di assenza o impedimento del direttore generale le relative funzioni sono svolte dal direttore amministrativo o dal direttore sanitario su delega del direttore generale, o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano. Ove l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi si procede alla sua sostituzione.

Con apposito atto da pubblicare sull'albo dell'azienda e sul sito web aziendale, vengono specificati, dettagliatamente, gli ambiti oggettivi e soggettivi delle attribuzioni dirigenziali e delle deleghe conferite ai singoli dirigenti.

Il Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale dell'Azienda è nominato dal Direttore Generale ed è composto da tre membri, ai sensi dell'art. 3 ter del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. e delle Leggi Regionali 20/12/2016, n.20 e 7.8.1996 n. 17.

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

Detto organo :

- verifica l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico;
- vigila sull'osservanza delle leggi;
- accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
- fornisce al Direttore Generale indicazioni utili alla corretta gestione aziendale e provvede ad ogni altro adempimento previsto dalla legislazione vigente e dall'atto aziendale;
- riferisce almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità;
- trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'Azienda Sanitaria Locale alla Conferenza dei Sindaci.

Il Collegio di Direzione

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

Le competenze del Collegio di Direzione sono state recentemente ridefinite dall'art. 19 bis della Legge Regionale 3 novembre 1994 n. 32 così come modificata dalla Legge Regionale 23 dicembre 2015 n. 20 (pubblicata sul BURC n. 78 del 23 dicembre 2015) con la quale sono state approvate misure per introdurre la cultura della responsabilità nell'organizzazione sanitaria nonché migliorare i servizi ai cittadini.

In particolare l'art. 19 al comma 1 definisce le seguenti competenze del Collegio di Direzione:

- concorre al governo delle attività cliniche dell'Azienda, formulando proposte ed esprimendo pareri su richiesta del Direttore Generale, la consultazione è obbligatoria in merito alle questioni attinenti il governo delle attività cliniche;
- concorre alla pianificazione delle attività dell'Azienda, inclusa la didattica e la ricerca, nonché allo sviluppo organizzativo e gestionale dell'Azienda, con particolare riferimento agli aspetti relativi all'organizzazione dei servizi, al migliore impiego delle risorse umane, alle attività di formazione continua degli operatori sanitari, alla migliore organizzazione per l'attuazione dell'attività libero professionale

intramuraria;

- partecipa alla definizione dei requisiti di appropriatezza e qualità delle prestazioni, nonché degli indicatori di risultato clinico-assistenziale e concorre alla conseguente valutazione interna dei risultati conseguiti.

Nello svolgimento dei compiti previsti dal comma 1 il Collegio esprime parere obbligatorio sui seguenti atti:

- a) Atto Aziendale per la parte relativa all'organizzazione delle attività cliniche;
- b) Piano aziendale annuale della Formazione, nel rispetto degli obiettivi formativi nazionali e regionali, nonché dei bisogni formativi espressi dalle Aree e dai Dipartimenti Aziendali e dalle categorie di operatori, ai fini della successiva approvazione da parte del Direttore Generale;
- c) Piano Aziendale annuale per la gestione del rischio clinico ai fini della successiva approvazione da parte del Direttore Generale.

La ASL Napoli 2 Nord seguendo le indicazioni del comma 5 del suddetto art. 19 bis ha definito la seguente composizione del Collegio di Direzione (Deliberazione Aziendale n. 71 del 27 gennaio 2016, Deliberazione Aziendale n. 135 del 9 febbraio 2016):

- Direttore Generale – Presidente;
- Direttore Sanitario Aziendale;
- Direttore Amministrativo Aziendale;
- Direttore UOC Affari Legali;
- Direttore UOC Controllo di Gestione e Budgeting;
- Direttore UOC Servizio Ispettivo Amministrativo;
- Direttore UOC Formazione e Aggiornamento;
- Direttore UOC Gestione Risorse Umane;
- Direttore UOC Acquisizione beni e servizi
- Direttore UOC Affari Generali;
- Direttore UOC Gestione Risorse Economico Finanziarie;
- Direttore UOC Tecnologie Informatiche e Ingegneria clinica;
- Direttore UOC Gestione Risorse Tecniche e Tecnologiche;
- Direttore UOC Accreditamento e Controllo della Spesa Sanitaria;
- Direttore UOC Qualità - Risk Management;
- Direttore UOC Prevenzione e Protezione Aziendale;

- Direttore UOC Servizio delle Professioni Sanitarie;
- Direttore UOC Integrazione Sociosanitaria;
- Direttore del Dipartimento Farmaceutico;
- Direttore del Dipartimento di Prevenzione;
- Direttore del Dipartimento di Salute Mentale;
- Direttore del Dipartimento Dipendenze Patologiche;
- Direttori dei Distretti Sanitari Aziendali;
- Direttori dei Presidi Ospedalieri Aziendali.

Con Deliberazione Aziendale n° 456 del 19 maggio 2016 è stato, inoltre, approvato il Regolamento di Organizzazione e Funzionamento del Collegio di Direzione.

Art. 13 - Assetto Istituzionale, Direzione Strategica e Conferenza dei Sindaci

La Direzione Strategica

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

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

In particolare, spetta alla Direzione Strategica;

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

In seno alla Direzione Strategica, l'Azienda coordina l'attività di vigilanza e di controllo esterno sull'assistenza erogata dalle strutture sanitarie ubicate nel territorio di competenza.

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

Il rapporto di lavoro del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario è a tempo pieno e di diritto privato e si instaura con contratto disciplinato dal comma 7 dell'art. 3 e dal comma 8 dell'art. 3 bis del D.Lvo 502/92.

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

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

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

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

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

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

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari.

E' responsabile del miglioramento continuo della Qualità e del governo clinico dell'Azienda, intesi come insieme organizzato di attività.

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

Inoltre:

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

Il Direttore Sanitario per l'esercizio delle proprie funzioni si avvale delle strutture o dei professionisti deputati alla trattazione delle seguenti linee di attività:

- analisi preordinate alla valutazione dello stato di salute della popolazione e dell'impatto sulla salute dei determinanti sanitari e non sanitari;
- sviluppo del governo clinico e della garanzia della qualità dei servizi;
- formazione;
- prevenzione del rischio clinico;
- protezione dalle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti;
- valutazione delle tecnologie ;
- coordinamento delle diverse linee di attività svolte nei distretti;
- coordinamento delle attività di ricovero;
- assistenza farmaceutica;
- medicina legale;
- valorizzazione di tutte le professioni sanitarie;
- programmazione e verifica delle liste e dei tempi di attesa;

Inoltre il Direttore Sanitario, al fine dello sviluppo del governo clinico e della promozione della conoscenza e dell'utilizzazione degli strumenti che gli sono propri, promuove e si avvale dei comitati, delle Commissioni, dei Gruppi di lavoro previsti dalle normative vigenti o ritenuti opportuni nell'ambito dell'azienda, intesi come momento di diffusione della conoscenza in

medicina e nell'assistenza, nonché come strumento di sviluppo del miglioramento della qualità e del governo clinico.

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'azienda, assicura la correttezza, completezza e trasparenza dei processi di formazione dei documenti rappresentativi delle dinamiche economiche, finanziarie e patrimoniali, la legittimità degli atti ed il corretto assolvimento delle funzioni di supporto tecnico, amministrativo, logistico. Definisce gli orientamenti operativi delle strutture assegnate al governo economico finanziario aziendale e garantisce, dal punto di vista amministrativo, lo sviluppo e l'implementazione delle reti che presidono il sistema informatico di supporto alle attività direzionali proprie dei diversi livelli di governo aziendale e promuove programmi specifici per la formazione del personale amministrativo.

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

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

La Conferenza dei Sindaci

Organismo correlato al governo strategico aziendale è la "Conferenza dei Sindaci" dei 32 Comuni serviti dall' ASL Napoli 2 Nord. È questo l'organismo rappresentativo delle Autonomie Locali cui spetta il diritto-dovere di esprimere i bisogni socio-sanitari delle comunità amministrare.

Le competenze e le funzioni della Conferenza dei Sindaci sono quelle attribuite dal D.Lgs. 502/92 e s.m.i. e dalla legislazione regionale in materia L.R.C. 32/1994 e s.m.i..

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

- provvede alla definizione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività dell'ASL NA2 Nord;

- esamina il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio di esercizio dell'Azienda, rimettendo alla Regione le relative osservazioni;
- verifica l'andamento generale dell'attività dell'Azienda segnalando al Direttore Generale ed alla Giunta Regionale valutazioni e proposte anche con la finalità di assicurare l'adeguata erogazione delle prestazioni previste dai livelli uniformi di assistenza;
- contribuisce alla definizione dei piani attuativi programmatici dell'Azienda trasmettendo al Direttore Generale ed alla Giunta Regionale valutazioni e proposte;
- designa un componente del Collegio Sindacale dell'Azienda;
- esercita ogni altra funzione riservata alla sua competenza dalle disposizioni vigenti.

La Conferenza dei Sindaci garantisce un rapporto continuo fra ASL e popolazione.

La Conferenza, in attuazione delle norme specifiche vigenti in materia (art. 3, comma 14 del D.Lgs 502/92 e s.m.i), svolge le sue funzioni tramite una rappresentanza (Comitato di Rappresentanza dei Sindaci) costituita nel suo seno da non più di cinque componenti nominati dalla stessa Conferenza, con modalità di esercizio delle funzioni dettate dalla normativa regionale, fra i quali viene nominato il Presidente.

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

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

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

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

Art. 14 – Organismi, Comitati Aziendali

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

L'Organismo Indipendente di Valutazione

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) supporta l'amministrazione sul piano metodologico e verifica la correttezza dei processi di misurazione, monitoraggio, valutazione e rendicontazione della performance organizzativa e individuale. Propone al vertice politico la valutazione dei dirigenti apicali.

Verifica che l'amministrazione realizzi nell'ambito del ciclo della performance un'integrazione sostanziale tra programmazione economico-finanziaria e pianificazione strategico-gestionale. Ai fini della valutazione della performance organizzativa, promuove l'utilizzo da parte dell'amministrazione dei risultati derivanti dalle attività di valutazione esterna delle amministrazioni e dei relativi impatti. Promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità; verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità.

L'Organismo Indipendente di Valutazione verifica il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati e, sulla base delle performance organizzative e individuali conseguite, relaziona in merito.

Nel rispetto della normativa vigente a supporto di una corretta gestione operativa e del monitoraggio dell'andamento e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati, l'Azienda si dota di un'idonea organizzazione amministrativa e contabile, nonché di adeguate procedure di controllo interno in grado di garantire affidabilità e funzionalità dei sistemi di controllo.

Nell'esercizio dell'attività valutativa l'OIV ha accesso a tutti gli atti e documenti disponibili e può richiedere ulteriori dati e informazioni.

L'OIV assolve i compiti ad esso assegnati dalle normative vigenti in materia di verifica delle performance, attività di prevenzione della corruzione e amministrazione trasparente, promuovendo l'adozione dei provvedimenti previsti nei tempi e nelle modalità previste dalla legislazione.

Il Collegio Tecnico

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

In aderenza a quanto disposto dall'art. 26 dei rispettivi CCNL di categoria 3 novembre 2005 - Area Medico-Veterinaria ed Area SPTA - procede alla valutazione:

- a. di tutti i dirigenti alla scadenza dell'incarico loro conferito in relazione alle attività professionali svolte ed ai risultati raggiunti;
- b. di tutti i dirigenti di nuova assunzione al termine del primo quinquennio di servizio;
- c. dei dirigenti medici, veterinari, biologi, fisici, chimici, psicologi e farmacisti con esperienza ultraquinquennale in relazione all'indennità di esclusività.

Il Collegio Tecnico è nominato dal Direttore Generale.

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

Consiglio dei Sanitari

Il Consiglio dei Sanitari, costituito con provvedimento del Direttore Generale, è un organismo elettivo dell'Azienda con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria. Fornisce parere obbligatorio al Direttore generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti ad essa attinenti. Si esprime, altresì, sulle attività di assistenza sanitaria.

Le modalità di funzionamento del Consiglio dei sanitari sono sancite dal relativo regolamento, che l'Azienda si impegna ad adottare.

Il Comitato Etico

Il Comitato Etico, nel rispetto della normativa vigente, svolge funzioni di valutazione, di monitoraggio e di controllo delle sperimentazioni cliniche relative a prodotti medicinali e dispositivi chirurgici impiantabili.

Esso formula il parere etico con particolare riguardo alla qualità scientifica dei Protocolli di Studio, dei metodi e dei documenti per l'informazione dei soggetti onde ottenerne il Consenso Informato, secondo le modalità ed i tempi previsti dalla norma e secondo criteri di riservatezza e di segretezza.

Il Comitato, inoltre, svolge:

- Attività consultive in relazione a questioni etiche connesse con le attività scientifiche ed assistenziali;

- Attività formativa mediante l'elaborazione e la diffusione di un rapporto annuale sull'attività svolta, con iniziative che promuovono la sensibilizzazione e l'aggiornamento in campo etico, sia nei confronti del personale della struttura aziendale sia nei confronti della popolazione afferente all'Azienda;
- Attività di promozione della partecipazione a convegni, congressi, corsi di aggiornamento opportuni per i propri Componenti.
- Garantisce lo sviluppo organico e costante degli studi, delle ricerche, della formazione, dell'educazione, delle referenze scientifiche e delle consulenze nei settori in cui opera l'Azienda.

Con proprio Atto Deliberativo n. 16 del 23/01/2014 la Giunta Regionale della Campania ha istituito il "Comitato Etico Campania Centro" competente per le attività di sperimentazione e ricerca biomedica a cui fanno riferimento l'A.S.L. Napoli 1 Centro e l'A.S.L. Napoli 2 Nord, nonché i Presidi Ospedalieri e le Case di cura del territorio di competenza"

L'ASL Napoli 2 Nord nomina i componenti di propria competenza con delibera del Direttore Generale tra coloro in possesso di professionalità e competenze corrispondenti sia a quanto previsto dal Decreto Ministero della salute 8 febbraio 2013, sia alle esigenze precipue dell'Azienda relativamente alle necessità scientifiche, metodologiche, bioetiche, tecnico-organizzative e di rappresentanza della Collettività.

I Componenti nominati restano in carica tre anni ed il mandato non può essere rinnovato consecutivamente più di una volta eccezion fatta per i componenti ex-officio. Le modalità di funzionamento del Comitato sono codificate da un apposito Regolamento.

Commissione per Il Prontuario Terapeutico

E' un organismo consultivo con la funzione di:

- aggiornare e diffondere, periodicamente, il Prontuario Terapeutico Aziendale;
- fornire suggerimenti all'Area delle Politiche del Farmaco in ordine alle procedure di controllo nella distribuzione dei farmaci;
- proporre l'inserimento dei farmaci nel Prontuario Terapeutico Regionale;
- valutare le richieste di inserimento nel Prontuario di nuovi farmaci, in base ai seguenti criteri:
 - o corrispondenza al Prontuario Terapeutico Regionale;
 - o efficacia documentata da studi clinici in modalità controllata;
 - o sicurezza ed economicità;
 - o tollerabilità e accettabilità da parte del paziente.

I componenti della Commissione per il prontuario terapeutico sono nominati dal Direttore Generale, sono scelti tra il personale dipendente, sulla base di una documentata competenza e sono rappresentativi di diverse specifiche professionalità specialistiche.

Commissione per l'uso Appropriato del Farmaco e della Diagnostica.

Provvede all'analisi periodica dei consumi dei farmaci e degli esami diagnostici nella struttura.

Valuta l'appropriatezza prescrittiva, definendo e diffondendo linee guida sul corretto utilizzo dei medicinali e degli esami diagnostici. Promuove attività di farmacovigilanza in ambito ospedaliero.

Comitato per il Buon Uso del Sangue

Il Comitato, costituito ai sensi del D.M. Sanità 1 settembre 1995, è un organismo consultivo che ha la responsabilità di:

- a. elaborare e diffondere le linee guida per l'uso razionale, sicuro e appropriato degli emoderivati;
- b. sviluppare le azioni per l'incremento delle donazioni di sangue, anche al fine del perseguimento dell'autosufficienza di sangue, emocomponenti e plasmaderivati;
- c. promuovere le pratiche dell'autotrasfusione e del predeposito di sangue per gli interventi programmati.

I componenti del Comitato per il buon uso del sangue sono nominati con atto del Direttore Generale.

Il Comitato per il Controllo delle Infezioni Ospedaliere

La ASL NA2 Nord istituisce il Comitato per il Controllo delle Infezioni Ospedaliere con la finalità di orientare e promuovere la tutela della salute degli utenti, del personale e degli ambienti dei presidi ospedalieri e territoriali (Strutture Accreditate, RSA, Case di Riposo). Esso si interfaccia costantemente con l'Unità di Risk Management, con il servizio di Epidemiologia Aziendale e con la Direzione Sanitaria Aziendale e dei Presidi Ospedalieri e non comporta oneri aggiuntivi.

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

Il Comitato coopera inoltre, con i dirigenti responsabili, all'assunzione dei provvedimenti urgenti di tutela dell'utenza e del personale, qualora si verificano episodi di patologia associata all'assistenza a carattere epidemico o comunque con frequenza diversa dagli ordinari trend di endemia.

Comitato per l'Ospedale e Territorio senza Dolore

Attraverso gli Aggregati Funzionali Territoriali (AFT), struttura organizzativa della medicina generale di base, in stretto collegamento con le sedi Spoke, il Comitato Ospedale Territorio Senza Dolore promuove l'educazione continua del personale coinvolto nel processo assistenziale sui principi di trattamento del dolore, sull'uso dei farmaci e sulle modalità di valutazione del dolore.

Promuove l'elaborazione e distribuzione di materiale informativo agli utenti relativo alla cura del dolore, promuove protocolli di trattamento dei diversi tipi di dolore.

Team per la Gestione del Rischio Clinico

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

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

Presso la Direzione Sanitaria Aziendale è istituita una infrastruttura professionale (team per la gestione del rischio clinico) coordinata dal Direttore dell'Unità di Risk management. Nel Team sono presenti, inoltre, figure professionali competenti tra cui: un medico legale, un infettivologo, un clinico di area medica, uno di area chirurgica, uno di area critica, un dirigente dell'area giuridico-amministrativa, un dirigente dell'Assistenza infermieristica, eventuali altre figure ritenute necessarie ed un referente che integra la composizione del Comitato Regionale, istituito con DPGRC n. 565/2006 per monitorare gli interventi realizzati presso le Aziende Sanitarie.

Mediante tale funzione l'Azienda intende dotarsi degli strumenti più idonei per il governo clinico in recepimento delle Linee Guida regionali per la gestione del rischio clinico ed attraverso l'istituzione di una Unità Operativa dedicata ed il Comitato di Valutazione dei sinistri, il cui obiettivo prioritario è quello della minimizzazione dell'impatto economico del sinistro nell'ambito della politica di copertura assicurativa aziendale.

L'attività del Risk Management dovrà essere riferita a:

- a. definire gli strumenti per l'individuazione e la valutazione dei momenti di rischio e

- delle situazioni incidentali;
- b. individuare le criticità più o meno latenti;
 - c. individuare strumenti ed azioni (correttive e preventive) per la riduzione dei danni al paziente, al patrimonio e per la riduzione del contenzioso legale.

Le modalità per l'espletamento delle suddette finalità sono:

- la individuazione delle strategie per migliorare i rapporti con l'utenza e l'immagine della struttura;
- il supporto all'attività dei relativi operatori sanitari e tecnici;
- la proposta e l'attuazione di piani per contenere i costi assicurativi

L'individuazione e l'assetto del Team per il Rischio Clinico e l'articolazione delle unità operative di afferenza è riportata nell'appendice "Organizzazione strutturale aziendale".

Gruppo di Lavoro Aziendale per la Tutela della Salute in Carcere

Al Gruppo di Lavoro presieduto dal Direttore della UOC Cure Primarie, spetterà prioritariamente il compito di predisporre il "Piano dell'offerta dei servizi sanitari penitenziari" che andrà recepito con Atto Aziendale.

Esso è costituito dal Direttore del Distretto Sanitario di Pozzuoli sede di Istituto Penitenziario, dal Direttore del Dipartimento di Salute Mentale, dal Direttore del Dipartimento Dipendenze Patologiche e dai Referenti del personale infermieristico e tecnico; per specifiche problematiche connesse alla medicina penitenziaria, il Gruppo di lavoro dovrà essere integrato, a richiesta del Direttore della "U.O.C. Cure Primarie" con la partecipazione dei Referenti dei Servizi Centrali e delle Aree Tematiche Aziendali competenti per altre attività.

Commissione Paritetica ALPI

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

La commissione è presieduta dal Direttore Generale o suo delegato ed è composta da:

- n. 2 dirigenti nominati dall'Azienda.
- Il responsabile dell'UOC Amministrazione del personale o suo delegato.
- Il responsabile dell'UOC Risorse Economiche e Finanziarie o suo delegato.
- n. 5 rappresentanti delle OO.SS maggiormente rappresentative di cui: due medici di area ospedaliera, un medico di area territoriale, un veterinario, un dirigente scelto fra biologi, chimici, farmacisti, fisici, psicologi.

La commissione individua eventuali punti critici e propone alla Direzione Generale gli opportuni

correttivi e/o provvedimenti da adottare ivi incluse le penalizzazioni in caso di violazione delle disposizioni vigenti, nonché le misure conseguenti ad un insoddisfacente livello di attività. I componenti della Commissione, nominati con apposito atto deliberativo, beneficiano di parte del fondo perequativo.

Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità

Ai sensi e con le modalità previste dall'art. 57 del D.L.vo 165/2001 e s.m.i., è istituito senza nuovi o maggiori oneri, il "Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni", che sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità ed i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi nazionali o da altre disposizioni.

Il Comitato unico di garanzia ha compiti propositivi, consultivi e di verifica e opera in collaborazione con la consigliera od il consigliere nazionale di parità. Contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori.

L' Azienda disciplina, con regolamento dedicato, le modalità di funzionamento del Comitato unico di garanzia in ottemperanza alle linee guida emanate ai sensi del comma 4, art. 57, del D.L.vo n. 165/2001 e s.m.i.

Ufficio Relazioni con il Pubblico

L'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (U.R.P.) assicura la funzione relativa alla comunicazione con gli utenti, sviluppando in modo esauriente l'informazione sulle prestazioni sanitarie e sulle relative modalità di accesso. L'Ufficio inoltre verifica la percezione della qualità delle prestazioni erogate individuando, per tale finalità, idonei ed adeguati strumenti.

In particolare, l'U.R.P. acquisisce le osservazioni ed i reclami presentati dai cittadini, li segnala ai dirigenti competenti e provvede a darne tempestivo riscontro agli utenti.

Lo stesso è deputato alla raccolta, alla classificazione ed alla archiviazione delle segnalazioni e degli esposti in un'apposita banca dati, nonché alla predisposizione, con cadenza trimestrale, di una relazione al Direttore generale sulle segnalazioni ed i reclami pervenuti e sull'esito degli stessi. Detta relazione deve essere accompagnata da proposte per il miglioramento degli aspetti organizzativi, logistici, relazionali e di accesso alle prestazioni, nonché per il superamento dei fattori di criticità emersi.



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

L'U.R.P. cura i rapporti con le Associazioni di Volontariato e le Associazioni di Tutela dei Cittadini e deve periodicamente trasmettere alla Regione i dati relativi al monitoraggio del grado di partecipazione e di soddisfazione dell'utenza.

L'azienda nell'atto aziendale istituisce per tale funzione una unità operativa dedicata che fa capo ad una idonea struttura organizzativa.

Art. 15 – Adozione Regolamenti Aziendali

L'Azienda si impegna ad adottare tutti i Regolamenti elencati dalle linee guida di cui al DCA 18/2013.

- modalità di funzionamento del collegio di direzione
- modalità di funzionamento del consiglio dei sanitari
- modalità di funzionamento del comitato di dipartimento
- modalità di affidamento, mutamento e revoca della direzione delle strutture e degli incarichi
- relazioni sindacali
- formazione e aggiornamento professionale
- modalità con cui l'azienda sanitaria appalta o contratta direttamente la fornitura di beni e servizi
- modalità di gestione per obiettivi e di negoziazione del budget
- modalità di funzionamento dei distretti e dei dipartimenti
- procedure di controllo interno
- modalità di funzionamento della Consulta socio-sanitaria
- modalità di funzionamento del Comitato unico di garanzia per la pari opportunità
- sistemi di protezione e sicurezza dei dati
- sistemi di misurazione e valutazione delle performance
- regolamento di contabilità
- attività libero professionale "intraoena" – Tale regolamento da adottarsi in coerenza con le norme di cui alla Legge 3 agosto 2007 n. 120 e s.m.i. dovrà contenere l'esplicito impegno dell'Azienda sanitaria ed aggiornare i contenuti per adeguarli alle linee guida regionali che saranno emanate ai sensi dell'art. 2 del D.L. 13 settembre 2012 n. 158 convertito con modificazioni dalla Legge 8 novembre 2012 n. 189.

Inoltre, l'Azienda può redigere altri regolamenti funzionali alla gestione ottimale delle attività di organismi aziendali o aree di attività per le quali ritenga necessario una specifica disciplina.

Tutti i regolamenti adottati dall'Azienda vengono pubblicati sul sito web aziendale in una specifica sezione.



Capo III – Sistema di Governance, Funzioni dell’Azienda e Strutture Organizzative

Art. 16 - Sistema di Governance

Le Aziende Sanitarie, da un punto di vista normativo sono caratterizzate da un sistema di governance fortemente incentrato sulla funzione del Direttore Generale. Tuttavia, la complessità di un'Azienda Sanitaria chiamata ad assicurare servizi ad una popolazione di oltre 1 milione di abitanti, distribuita in 32 Comuni, richiede un sistema molto più articolato di articolazione dei livelli di responsabilità.

I cardini dell'Azienda, quindi, sono rappresentati dalla Direzione Strategica e dalle Macrostrutture dotate di autonomia.

Il Direttore Generale, per l'esercizio delle funzioni si avvale di una struttura di governo collegiale (Direzione Strategica) composta dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo. Questi ultimi partecipano alla Direzione dell'Azienda, concorrendo, con la formulazione di proposte e pareri, alla formazione delle decisioni della Direzione Generale.

La Direzione Strategica è supportata tecnicamente dai servizi centrali e dai servizi di staff, afferenti sia alla Direzione Sanitaria che Amministrativa e capaci di offrire specifiche competenze sul versante della pianificazione, del controllo della valutazione, della organizzazione e verifica e della sicurezza e prevenzione-protezione, della trasmissione di informazioni, della gestione di servizi di supporto alla produzione.

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

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

Le Macrostrutture dotate di autonomia gestionale che concorrono al Governo complessivo sono costituite da aggregazioni di sottosistemi complessi dell'organizzazione e sono rappresentate dai Distretti, dai Presidi Ospedalieri, dai Dipartimenti strutturali, dalle UOC che - rispondendo a peculiari esigenze di assistenza – abbisognano di una maggiore autonomia gestionale.

Modalità e Principi per il Governo dell'Azienda

Le Macrostrutture uniformano il proprio agire a principi e modalità di lavoro condivise con la Direzione Generale, assumendo in particolare:

a) **La visione aziendale** come sistema unitario.

La visione unitaria del sistema azienda è, in definitiva, la condizione per ottenere coerenze di gestione e consenso interno ed esterno alle azioni progettuali. Tale condivisione è tanto più importante in considerazione della dimensione dell'ASL Napoli 2 Nord.

b) **La gestione del lavoro per processi.**

È la condizione per porre attenzione reale al fruitore e al risultato finale del servizio reso (esiti). Per processo aziendale si intende infatti una sequenza di azioni eseguite da più professionisti che utilizzano risorse per ottenere risultati utili a fruitori definiti. Il Programma Nazionale Esiti, introdotto dal Ministero e approvato in sede di Conferenza Stato Regioni, indica percorsi precisi da cui partire per l'introduzione in sede organizzativa di processi assistenziali capaci di garantire qualità e appropriatezza delle cure.

c) **La semplificazione delle procedure**

Nell'approccio alla gestione per processi l'Azienda opera effettuando ove possibile ogni utile intervento di semplificazione. La semplificazione si realizza in particolare attraverso:

- la riduzione del numero di adempimenti posti a carico degli utenti;
- la riduzione dei tempi di attesa;
- l'accorpamento e l'unificazione dei procedimenti;
- la realizzazione di sportelli unici;
- la revisione della modulistica.

d) **La trasparenza del proprio agire**

Garantire la trasparenza organizzativa e amministrativa significa soprattutto rivedere i propri processi in funzione di output che non siano semplicemente gli esiti delle attività, ma anche l'evidenza pubblica delle modalità mediante le quali sono stati raggiunti quei risultati.

Il Governo Economico Finanziario

L'Azienda garantisce i livelli di assistenza programmati e concordati con la Regione sia in termini di servizi e attività sia in termini economici.

Il governo economico-finanziario, quindi, consente di garantire l'equilibrio tra le risorse assegnate dalla Regione (con riferimento alle quote capitarie e a quelle introitate dall'azienda) e i livelli essenziali di assistenza garantiti dall'azienda direttamente o tramite l'acquisto di prestazioni



sanitarie dai soggetti erogatori accreditati esterni. Il governo economico è inserito nel più generale processo di programmazione e controllo in modo da collegarlo con il governo clinico. Esso è sviluppato e valorizzato sia a livello complessivo di azienda che a livello di ciascuna delle strutture operative di produzione/erogazione, presidi ospedalieri, distretti, dipartimenti.

L'Azienda persegue i suoi obiettivi con gli strumenti della pianificazione, programmazione e gestione per budget delle risorse disponibili che vengono assegnate alle varie articolazioni aziendali.

Art. 17 – L'attività dell'Azienda per funzioni

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

La funzione di committenza

La funzione di committenza, che rappresenta uno degli aspetti più innovativi introdotti nell'ambito delle funzioni aziendali, si esplica nella definizione dei servizi necessari per rispondere adeguatamente ed in modo appropriato ai bisogni di salute della popolazione (qualità e quantità delle prestazioni o attività).

L'Azienda considera la funzione di committenza strumento indispensabile per la programmazione delle attività annuali.

La funzione di committenza trae mandato dalle istanze della comunità esplicitate attraverso documenti e specifiche richieste e implicitamente mediante dati epidemiologici, studi scientifici e informazioni demografiche.

La funzione di committenza è propria dell'alta direzione aziendale e dei Direttori di Distretto e viene esercitata nei confronti di tutti i produttori di servizi sanitari, interni ed esterni all'azienda, pubblici e privati.

L'Azienda sviluppa la funzione di committenza attivando l'esercizio di più funzioni concettualmente distinte:

- a) definire i bisogni di salute della popolazione di riferimento;
- b) definire le priorità e assicurare coerenza e compatibilità economica tra gli obiettivi assegnati all'Azienda dalla Regione e il Piano Annuale delle attività aziendali;
- c) definire la tipologia quantitativa e qualitativa dei prodotti-servizi necessari ed appropriati per rispondere ai bisogni di salute della popolazione di riferimento;
- d) orientare la produzione, partecipare e presiedere alla negoziazione del budget per gli erogatori interni e alla stipula degli accordi contrattuali con gli erogatori esterni;
- e) costruire e mantenere alleanze con gli utenti, con i professionisti interni ed esterni e con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;
- f) garantire che il limite massimo di spesa sostenibile sia mantenuto nei tetti fissati dalla Regione;
- g) adottare efficaci sistemi di monitoraggio, controllo e verifica dei risultati nei confronti degli erogatori interni ed esterni, anche a garanzia della qualità delle prestazioni erogate.

L'esercizio della funzione di committenza trova concreta attuazione nel piano annuale preventivo

di cui all'art 6, comma 5, della legge 724/94, all'art. 2, comma 8, della legge 549/95, all'art. 8-quinquies del Dlgs 229/99 nonché alla specifiche disposizioni della regione.

La funzione di produzione

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

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

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

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

In quest'ottica, si prefigura un modello in cui la Direzione Strategica e i Direttori dei Distretti, col supporto delle Strutture di Staff e dei Direttori dei PO Aziendali, definiscono strategie e obiettivi ed organizzano le risorse. Successivamente si procede a negoziare con gli erogatori i livelli quali-quantitativi dell'offerta e i risultati attesi secondo criteri di qualità tecnica e organizzativa.

La funzione di programmazione

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

Art. 18 – Le Strutture Organizzative

Le Strutture

Le Strutture dell'Azienda sono:

- a) Le macrostrutture: Distretti Sanitari, Presidi Ospedalieri Aziendali, i Dipartimenti Territoriali, i Dipartimenti Ospedalieri;
- b) Le Unità Operative Complesse
- c) Le Unità Operative Semplici e Le Unità Operative Semplici Dipartimentali

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

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

- Indicazioni normative e disposizioni amministrative nazionali e regionali
- Livello di specializzazione già presente nella struttura o previsto negli atti di programmazione regionale
- Unicità e/o valenza strategica aziendale
- Complessità dell'articolazione interna e numero di posti letto
- Volumi di attività, andamento dei tassi di occupazione, case-mix, indice di complessità, peso totale e peso medio dei DRG ricoveri ripetuti, ricoveri anomali, indice operatorio
- Consistenza, tipologia e adeguatezza delle risorse strumentali e loro grado di utilizzazione
- Consistenza delle risorse umane e tecnico-professionali
- Rispondenza ai bisogni di salute della popolazione

Livelli Funzionali

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

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

- c. Il livello operativo cui compete la *missione produttiva* cioè l'erogazione delle prestazioni ai cittadini.

Strutture afferenti al livello centrale

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

I servizi del livello centrale sono impegnati nella "missione funzionale" dell'Azienda e per questo assumono un ruolo di servizio nei confronti della Direzione Generale da un lato, e dei dipartimenti e delle strutture produttive del livello operativo dall'altro, esercitando quelle funzioni strumentali o di supporto delineate dal D. Lgs. n. 29/93 (come aggiornato dal D. Lgs. n. 165/2001) da tenere distinte dalle funzioni finali che sono preordinate alla produzione dei livelli di assistenza e quindi delle prestazioni.

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

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

Le strutture del livello Centrale, come innanzi delineato, consistono di UOC afferenti alla Direzione Amministrativa ed alla Direzione Sanitaria tutte di supporto alla Direzione Strategica.

Afferiscono alla **Direzione Sanitaria** Aziendale le seguenti UOC:

U.O.C Formazione e Aggiornamento
U.O.C. Qualità – Risk Management
U.O.C. Appropriatazza clinica ed organizzativa
U.O.C. Controllo di Gestione, Budgeting
U.O.C. Comunicazione, Marketing ed URP
UOC Prevenzione e Protezione aziendale
UOC Servizio Ispettivo Sanitario
Servizio delle Professioni Sanitarie

Afferiscono alla **Direzione Amministrativa** Aziendale:

U.O.C. Gestione Risorse Umane

U.O.C. Affari Legali
U.O.C. Acquisizione beni e servizi
U.O.C. Affari Generali
U.O.C. Gestione Risorse Economiche Finanziarie
U.O.C. Sistema Premiante, Sistema Valutazione - Relazioni Sindacali - ALPI
U.O.C. Gestione Risorse Tecniche e Tecnologiche
U.O.C. Direzione Amministrativa Ospedali Area 1
U.O.C. Direzione Amministrativa Ospedali Area 2
U.O.C. Servizio Ispettivo Amministrativo
U.O.C. Tecnologie Informatiche e Ingegneria clinica

Tali uffici, nel loro complesso, costituiscono per la Direzione Strategica il primo ed essenziale strumento utile ad esercitare la propria funzione di “governo” ossia di indirizzo, programmazione e controllo sulla gestione dell’attività complessiva dell’Azienda.

Le funzioni dirigenziali relativamente a tali servizi e le relative responsabilità, sono attribuiti nei modi previsti dalla normativa vigente.

Strutture Afferenti al Livello Operativo

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

- a. Strutture aventi per missione la prevenzione. Si tratta di Unità Operative che afferiscono al **Dipartimento di Prevenzione**
- b. Strutture aventi per missione l’assistenza sanitaria territoriale. Sono:
 - Dipartimento di Salute Mentale
 - Dipartimento delle Dipendenze Patologiche
 - Dipartimento delle Cure Territoriali
 - Dipartimento Farmaceutico
 - Dipartimento Materno Infantile
 - Dipartimento dell’Emergenza e dell’Area Critica
 - Dipartimento di Medicina di Laboratorio
 - Dipartimento di Diagnostica per Immagini
 - 13 Distretti Sanitari
- c. Strutture aventi per missione l’assistenza sanitaria ospedaliera
 - Presidio Ospedaliero “Santa Maria delle Grazie” di Pozzuoli**
 - Presidio Ospedaliero “San Giovanni di Dio” di Frattamaggiore**



Presidio Ospedaliero “San Giuliano” di Giugliano in Campania
Presidio Ospedaliero “A. Rizzoli” di Lacco Ameno – Ischia

Art. 19 - Attribuzioni dei Dirigenti

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

Sono riservati al Direttore Generale le funzioni di indirizzo politico-amministrativo, la definizione degli obiettivi, le priorità, i piani, i programmi e le direttive generali per l'azione amministrativa e per la gestione. Sono di competenza propria dei dirigenti tutti i compiti di attuazione degli obiettivi e dei programmi definiti con gli atti di indirizzo adottati dal Direttore Generale.

La Dirigenza ordinata nella qualifica unica dirigenziale, è articolata secondo graduazione di responsabilità, in relazione all'incarico ricevuto.

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

I dirigenti, nell'ambito della propria sfera di autonomia decisionale, gestionale e operativa, hanno il compito di attuare l'indirizzo politico, individuando tra le possibili alternative gestionali quella più consona al raggiungimento degli obiettivi assegnati, utilizzando le risorse di cui sono dotati.

La posizione di dirigente, quale situazione funzionale legata al conferimento di un incarico a tempo determinato, presuppone la flessibilità degli incarichi e un costante controllo e selezione della dirigenza, favorendone la mobilità, sia orizzontale che verticale.

Unità Operative Complesse

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

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

Le unità operative complesse, dotate di responsabilità ed autonomia professionale, organizzativa e gestionale, sono caratterizzate dai seguenti elementi:

- a. attività di produzione di prestazioni o servizi sanitari, tecnico professionali che richieda un significativo volume di risorse;
- b. assegnazione di rilevanti dotazioni tecnico strumentali;
- c. autonomia organizzativa e alto grado di responsabilità;
- d. livelli ottimali di operatività delle risorse disponibili;
- e. assegnazione di obiettivi strategici per la programmazione aziendale;

- f. afferenza diretta e/o funzionale di rilevanti risorse e rilevanti professionalità, in termini di dotazione organica, la cui entità indichi la necessità di conferire la relativa autonomia gestionale.

I dirigenti con incarico di responsabilità delle strutture complesse, nell'ambito delle funzioni definite ai sensi del D.lgs. 165/2001 svolgono le seguenti funzioni:

- Assumono la piena ed esclusiva responsabilità che l'autonomia organizzativa esercitata dal proprio ruolo richiede;
- Formulano proposte ed esprimono pareri al Direttore Generale nelle materie di loro competenza;
- Curano l'attuazione dei piani, programmi e direttive definite dal Direttore Generale nell'ambito degli obiettivi assegnati;
- Propongono al Direttore Generale l'attribuzione degli ulteriori incarichi dirigenziali, secondo le modalità definite in contrattazione decentrata ed adottate dall'azienda, definiscono gli obiettivi che i dirigenti loro assegnati devono perseguire ed attribuiscono le conseguenti risorse umane, finanziarie e materiali;
- Concorrono alla valutazione delle attività dirigenziali dei dirigenti di struttura semplice, con esclusione delle strutture semplici dipartimentali, del personale dirigenziale e di tutto il personale assegnato in applicazione alle specifiche discipline contrattuali;
- Adottano gli atti relativi all'organizzazione delle strutture loro assegnate;
- Coordinano e controllano l'attività dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti amministrativi anche mediante l'emanazione di direttive e propongono l'adozione nei confronti dei dirigenti, delle misure previste dal D.lgs.165/2001 ;
- Svolgono l'attività di organizzazione e gestione del personale, curano i rapporti con l'esterno nelle materie di propria competenza, nello specifico ambito delle azioni necessarie a raggiungere gli obiettivi ad essi attribuiti dal Direttore Generale. Attuano tale compito impegnando l'Azienda nei confronti di terzi solo per le specifiche attività di propria competenza e nei limiti determinati dalla Direzione.

Unità Operative Semplici Dipartimentali

Le Unità Operative Semplici Dipartimentali sono dotate di responsabilità ed autonomia professionale, organizzativa e gestionale. Esse svolgono funzioni non convenientemente esercitabili da strutture complesse già esistenti con metodologie e tecniche di intervento complementari e integrative, o per attività svolte a favore di una pluralità di strutture complesse.

Sono affidate alla responsabilità di un dirigente secondo le normative contrattuali e finalizzate a massimizzare la peculiarità delle professionalità e delle attività cliniche, assistenziali e tecniche in

funzione della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate che riguardino, in via prioritaria, metodologie e tecniche di intervento complementari e integrative al funzionamento delle altre unità operative del dipartimento e solo in via secondaria, a dare soluzione a problemi organizzativi.

L'attribuzione di responsabilità di struttura semplice a valenza dipartimentale è effettuata dal Direttore Generale, su proposta del Direttore del Dipartimento.

Tale incarico ha durata da tre a cinque anni, rinnovabile, è sottoposto a verifica annuale e a termine.

I dirigenti di struttura semplice dipartimentale hanno i seguenti compiti e responsabilità:

- Formulano proposte ed esprimono pareri al Direttore di Dipartimento ed al Direttore Generale;
- Propongono al Direttore Generale l'attribuzione degli ulteriori incarichi dirigenziali per le articolazioni organizzative interne della propria struttura, se presenti, quali i settori uffici o moduli funzionali o incarichi professionali, secondo le modalità definite ed adottate in contrattazione decentrata in applicazione dei CC.NN.LL., definiscono gli obiettivi che tali dirigenti devono perseguire, ne attribuiscono le conseguenti risorse umane, finanziarie e materiali;
- Concorrono alla valutazione delle attività dirigenziali dei dirigenti e di tutto il personale assegnato in applicazione alle specifiche discipline contrattuali;
- Svolgono tutti i compiti delegati dal Direttore del Dipartimento;
- Dirigono, coordinano e controllano l'attività che si svolge nelle strutture che da esse dipendono, anche con poteri sostitutivi in caso di inerzia;
- Provvedono alla gestione del personale e delle risorse finanziarie e strumentali assegnate alla propria struttura.

Le strutture organizzative al loro interno sono ulteriormente graduabili per livelli di complessità. A tal fine l'Azienda provvederà ad adottare un preciso sistema di pesatura delle posizioni organizzative ispirato ai propri valori di riferimento.

Unità Operative Semplici

Le Unità Operative Semplici sono l'articolazione di strutture complesse (articolo 27 comma 1 CCNL 8/6/2000 e smi) che utilizzino una congrua percentuale di risorse umane, tecniche e finanziarie, tale da definire sia in base alle caratteristiche delle attività svolte che alle prestazioni erogate.

Sono finalizzate a massimizzare la peculiarità delle professionalità e delle attività cliniche, assistenziali e tecniche in funzione della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e/o, in via secondaria, che riguardino metodologie o integrazioni di tipo organizzativo.

L'attribuzione di responsabilità di struttura semplice è effettuata dal Direttore Generale, su proposta dei Dirigenti di struttura complessa secondo le modalità definite in contrattazione decentrata e adottate dall'Azienda.

Tale incarico ha durata da tre a cinque anni, rinnovabile, è sottoposto a verifica triennale ed a termine. I Dirigenti con incarico di responsabilità di strutture semplici, nell'ambito delle funzioni definite ai sensi degli artt. 16 e 17 del Dlgs. 29/93 svolgono le seguenti funzioni:

- Curano l'attuazione dei piani, programmi e direttive definite dal Direttore Generale e dal Dirigente di struttura complessa nell'ambito degli obiettivi assegnati;
- Svolgono tutti i compiti delegati dai dirigenti di struttura complessa;
- Dirigono, coordinano e controllano l'attività che si svolge nelle strutture che da essi dipendono, anche con poteri sostitutivi in caso di inerzia;
- Provvedono alla gestione del personale e delle risorse finanziarie e strumentali eventualmente assegnate alla propria struttura.

Settori, Uffici

Possono essere istituiti Settori organizzativi o Uffici quali articolazioni interne di strutture semplici. Tali articolazioni strutturali, nel contesto dell'organizzazione aziendale sono dotate di quella autonomia tecnico – funzionale propria della funzione dirigenziale, con obiettivi assegnati nell'ambito della programmazione e degli indirizzi operativi ricevuti dal dirigente della struttura sovraordinata. Quali articolazioni interne di struttura sovraordinata, si caratterizzano per la specificità e qualificazione professionale. Secondo la graduazione di responsabilità dell'incarico, si distinguono in strutture la cui funzione ha ricaduta sull'intero territorio aziendale ed in strutture aventi una ricaduta funzionale limitata ad una parte di esso.

L'incarico di responsabile di settore, modulo o ufficio è attribuito dal Direttore Generale su proposta del Dirigente sovraordinato (anche a posizione organizzativa) e si configura come incarico di articolazione interna secondo le modalità definite in contrattazione decentrata e recepite dall'azienda.

Aree Funzionali Omogenee

Le Aree Funzionali Omogenee (AFO) sono organismi organizzativi, finalizzati a garantire una gestione ottimale e trasversale delle risorse tra diversi reparti, servizi o discipline. La missione delle AFO è quella di garantire il passaggio di competenze, risorse e procedure tra diverse articolazioni (anche se collocate su diversi Presidi Ospedalieri, Distretti o Dipartimenti) così da rendere più omogeneo, snello, completo, efficiente ed efficace il percorso assistenziale. L'Azienda assegna la direzione delle AFO a Direttori di UOC o Responsabili di UOS/UOSD. La valorizzazione del ruolo della direzione dell'AFO avviene mediante la pesatura delle funzioni organizzative,

effettuata in sede di contrattazione decentrata.

Aree di Coordinamento

Le Aree di Coordinamento sono delle modulazioni organizzative che l'Azienda attua al fine di garantire una maggiore collaborazione tra strutture (UOC/UOSD/UOS) afferenti a livelli organizzativi differenti. La loro determinazione avviene in base a valutazione della Direzione Strategica, sulla base di esigenze organizzative funzionali al perseguimento della mission aziendale.

Incarichi di natura professionale

Gli incarichi di natura professionale, anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e controllo, si riferiscono alle articolazioni funzionali delle strutture complesse individuate nel modello organizzativo aziendale in quanto rappresentative di elevate competenze tecnico-professionali produttive di prestazioni quali/quantitative complesse nell'ambito della disciplina e dell'organizzazione interna della struttura cui afferiscono.

Art. 20 - Criteri e parametri per costituzione, mantenimento e riconversione delle U.O. in Ambito Ospedaliero

UOC Ospedaliere

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

La Regione Campania con DCA 18/2013 ha rimodulato tali parametri tenendo conto del diverso ruolo svolto dalle strutture complesse in ambito ospedaliero, in modo da tener conto del diverso ruolo svolto dalle strutture ospedaliere nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale e della maggiore o minore complessità dell'articolazione interna che si determina in base al numero ed alla rilevanza delle funzioni attribuite.

Pertanto, i parametri fissati dal Comitato LEA per l'individuazione delle strutture complesse nei Presidi Ospedalieri delle Aziende Sanitarie Locali è di 1 Struttura Complessa ogni 22 posti letto.

Con il DCA 33/2016 vengono assegnati e programmati per la ASL Napoli 2 Nord n° 820 posti letto che permettono di programmare n° 37 UOC in ambito Ospedaliero.

Lo stesso DCA 33/2016 precisa, inoltre, che lo standard di 1 UOC ogni 22 posti letto è da intendersi a livello aziendale e può essere declinato dall'azienda in modo diverso da presidio a presidio e che le UOC per discipline senza posti letto potranno essere attinte anche da quelle previste per le strutture territoriali.

Le UOC sono state individuate sulla base di una adeguata dotazione di risorse professionali, operative e organizzative, rispetto alla necessità di contare su una massa critica adatta qualitativamente e quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi. Inoltre si è tenuto conto (e si terrà conto in futuro) della quantità e qualità adeguate delle performance realizzate sul piano del trattamento diagnostico, terapeutico e riabilitativo dei pazienti, nonché di quelle garantite da servizi sanitari specialistici specifici che agiscono da supporto alle attività sanitarie in funzione del conseguimento di idonei livelli di valorizzazione economica del prodotto reso disponibile.

Le UOC individuate, ed analiticamente dettagliate nell'allegato al presente Atto, sono state raggruppate in due Dipartimenti quello dell'Area Medica e quello dell'Area Chirurgica per rendere uniformi ed univoche le procedure ed i trattamenti nei quattro presidi ospedalieri dell'Azienda.

Scopo dei due Dipartimenti è quello dell'accertamento della congruità delle risorse e a garanzia dell'ottimizzazione delle attività (volume e tipologia) ed è significativa l'appropriatezza delle modalità di conduzione delle pratiche cliniche e assistenziali e l'organizzazione delle risorse in dotazione.

Le UOC dovranno assicurare il mantenimento di adeguati volumi di attività tramite il

contenimento della degenza, il livello di utilizzazione delle sale operatorie, dei servizi ambulatoriali e dei laboratori di diagnostica, e la conseguente realizzazione dei medesimi livelli di outcome/output pur riducendo la quantità di risorse (posti letto, sedute operatorie, spazi ambulatoriali, strumenti diagnostici, ecc.) utilizzata.

Di norma, ogni UOC garantirà la possibile erogazione di prestazioni ambulatoriali di natura diagnostica clinica e strumentale e di natura terapeutica o riabilitativa in misura tale da:

1. contribuire al contenimento dei tempi di attesa entro i limiti stabiliti in sede aziendale sulla base delle linee di indirizzo regionale;
2. mantenere il volume di attività allineato con il criterio che prevede che le prestazioni erogate in regime libero-professionale per ciascuna tipologia non possono superare quelle erogate in regime istituzionale;
3. contribuire all'appropriatezza prescrittiva e al contenimento della spesa sia di farmaci che di dispositivi medici.

Ai fini della valutazione dell'attività in termini di complessità della casistica trattata e di efficienza operativa della struttura, si provvederà (a cura del Servizio Controllo di Gestione) alla pubblicazione, per ciascuna disciplina e per ciascuna UOC, di indicatori comparativi di performance che tengano conto tanto della complessità dei casi trattati quanto dell'efficienza operativa sulla base della lettura integrata di questi indici - confrontati con lo standard regionale e considerate le serie storiche - si definiranno i gradi di scostamento dei singoli reparti dagli standard di complessità ed efficienza.

Le UOC diagnostiche:

- erogano prestazioni a pazienti ricoverati in modo da consentire di contenere i tempi di esecuzione e di risposta entro termini concordati utili per l'ottimale sviluppo delle politiche cliniche e assistenziali, per la conclusione tempestiva delle attività svolte in regime di degenza ordinaria o a ciclo diurno, per la conservazione di margini operativi calibrati di norma sul parametro H12;
- garantiscono, per quanto concerne l'attività destinata ai pazienti ambulatoriali, l'erogazione di tipologie e quantità di prestazioni in modo tale da contribuire al contenimento dei tempi di attesa entro i limiti stabiliti in sede regionale e/o nazionale, e mantenere il volume di attività allineato con criterio che prevede che le prestazioni erogate in regime istituzionale non siano in alcun caso inferiori al 50% della somma delle prestazioni totali erogate in regime istituzionale e libero-professionale.

UOSD in Ambito Ospedaliero

Con il presente atto vengono confermate le UOSD che rispondono ai seguenti criteri:

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

L'istituzione ex novo di una UOSD potrà avvenire nel futuro nel caso in cui la Direzione Generale, sentito il parere del Direttore del Dipartimento, ne ravvisi la valenza strategica in riferimento a necessità di miglioramento della qualità dell'assistenza, a necessità di ottimizzazione dell'organizzazione, a necessità di adeguamento dell'efficienza del sistema.

UOS in Ambito Ospedaliero

Con il presente atto vengono confermate le UOS che rispondono ai seguenti criteri :

- esistenza di una struttura complessa e funzione assistenziale/diagnostica già precedentemente configurata;
- che utilizzi risorse umane, strutturali, strumentali e materiali indispensabili per realizzare gli obiettivi di cui ai successivi punti;
- che sia strategicamente rilevante per il buon funzionamento della UOC di appartenenza e, per il tramite di questa, del Dipartimento in cui essa è compresa;
- che sia caratterizzata da performance quali-quantitativamente misurabili realizzate ai fini del trattamento diagnostico, terapeutico e riabilitativo dei pazienti, in funzione del conseguimento di idonei livelli di valorizzazione economica del prodotto reso disponibile.

Le UOS e le UOSD Ospedaliere, analiticamente rappresentate nell'allegato al presente Atto (in totale di 49) sono state individuate tenendo conto dei parametri sopra descritti e di quanto stabilito dal DCA 33/2016 ovvero 1,31 UOS per ogni UOC programmata.

Art. 21 - Criteri e Parametri per la costituzione, il mantenimento e la riconversione delle Unità Operative in Ambito Territoriale

UOC in ambito Territoriale

Il DCA 18/2013 ha stabilito i criteri per la individuazione delle UOC Territoriali rispetto ai parametri della popolazione assistita, riconfermati poi anche dal DCA 33/2016, ovvero, 1 UOC ogni 13.515 residenti. Tenendo conto della popolazione al 1° gennaio 2015 di 1.052.107 sono state programmate n° 78 UOC territoriali e n° 102 UOS ed UOSD.

Nel rispetto delle linee guida regionali, le UOC garantiscono:

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

Le Unità Operative Complesse di norma sono caratterizzate da :

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

Per le attività preventive, territoriali, medico-legali, ambulatoriali diagnostiche e terapeutiche e specialistiche specifiche, di norma, ogni UOC eroga prestazioni di prevenzione, ambulatoriali di natura diagnostica clinica e strumentale, specialistiche specifiche, medico-legali e di natura terapeutica o riabilitativa in misura tale da:

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

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

UOSD in ambito territoriale

Le UOSD territoriali garantiscono:

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

UOS in ambito Territoriale

I criteri e i parametri da utilizzare per la costituzione, il mantenimento e la riconversione delle UOS in ambito territoriale sono i seguenti:

- ✓ esistenza di una struttura complessa già esistente e pienamente configurata;
- ✓ utilizzazione di risorse umane, strutturali, strumentali e materiali indispensabili per realizzare gli obiettivi di cui ai successivi punti;
- ✓ funzione strategicamente rilevante per il buon funzionamento della UOC di appartenenza e, per il tramite di questa, del Dipartimento in cui essa è compresa.

Ogni UO territoriale deve poter erogare prestazioni di prevenzione, ambulatoriali di natura diagnostica clinica e strumentale, specialistiche specifiche, medico-legali e di natura terapeutica o riabilitativa in misura tale da:

- contribuire al contenimento dei tempi di attesa entro i limiti stabiliti in sede regionale e/o nazionale;
- contribuire all'appropriatezza prescrittiva e al contenimento della spesa sia di farmaci che dispositivi medici.

Art. 22 - Conferimento e Revoca degli Incarichi

Nell'ambito del processo di riforma del pubblico impiego, di cui al D.lgs 165/2001 e s.m.i., il sistema degli incarichi dirigenziali, unitamente con le norme che ne regolano la verifica e la valutazione, riveste una notevole valenza strategica e innovativa. Tale sistema, che si basa, nel conferimento degli incarichi, sui principi di trasparenza, pubblicità, autonomia, responsabilità, misurazione, valutazione e di valorizzazione del merito è volto a garantire il corretto svolgimento della funzione dirigenziale nel quadro delle disposizioni legislative e contrattuali vigenti.

L'accesso al ruolo dirigenziale avviene nel rispetto delle procedure previste dall'art. 15 del D.lgs 502/92 e s.m.i., dai DD.PP.RR 483/97 e 484/97, e dall'art. 26 del D.lgs 165/2001.

L'Azienda assegna a ciascun Dirigente un incarico, presupposto per generare il processo valutativo. Il conferimento degli incarichi impegna l'Azienda a realizzare le seguenti innovazioni:

- a) ridefinizione delle strutture organizzative e delle funzioni dirigenziali ai sensi del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e di quanto prescritto dal Decreto Commissariale n. 6/2013 in merito ai parametri per l'individuazione delle unità operative complesse (UOC), semplici (UOS) e semplici dipartimentali (UOSD);
- b) attuazione dei principi di razionalizzazione e ottimizzazione previsti dal D.lgs.n. 165/2001 e dal D.lgs. n.150/2009 e s.m.i.

Non potranno essere previsti incarichi dirigenziali, incarichi di posizioni organizzative e di coordinamento finanziati con risorse a carico del bilancio aziendale e non a carico dei fondi contrattuali. Nel caso in cui si rilevasse che gli incarichi affidati non trovino copertura nelle risorse dedicate dei fondi contrattuali come rideterminati, dovrà essere rimodulata la graduazione degli incarichi affinché si trovi adeguata copertura, fatta salva, in alternativa, la riduzione degli incarichi.

Nel formulare i criteri per l'affidamento degli incarichi dirigenziali, l'Azienda valorizzerà quegli aspetti che consentono di connotare ciascun incarico da conferire. Per gli incarichi di struttura saranno valutate, in particolare, le componenti che caratterizzano la capacità gestionale. Per l'affidamento, invece, degli incarichi professionali, saranno valutate le componenti che caratterizzano la competenza specialistica.

Gli incarichi dirigenziali sono conferiti con apposito atto formale che definisce, tra l'altro, la tipologia dell'incarico, la durata, il mandato assegnato, gli ambiti di responsabilità ed i limiti alla stessa, gli obiettivi e le risorse assegnati, i risultati attesi, le modalità di valutazione e di revoca dell'incarico, nonché le attribuzioni del dirigente.

La revoca o il mutamento dell'incarico, fatto salvo quanto previsto nei successivi capoversi, è prevista solo se è stata effettuata la valutazione del dirigente in rapporto agli obiettivi assegnati. In caso di scadenza dei termini contrattuali al dirigente non potrà essere affidato nessun altro incarico se non sia stato sottoposto a valutazione.

Ai sensi di quanto disposto dall'articolo 9, comma 32, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78,

convertito con modificazioni dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, l'Azienda che, alla scadenza di un incarico di livello dirigenziale, anche in dipendenza dei processi di riorganizzazione, non intende, anche in assenza di una valutazione negativa, confermare l'incarico conferito al dirigente, conferisce al medesimo dirigente un altro incarico, anche di valore economico inferiore.

Inoltre, ai sensi di quanto disposto dall'art. 1, comma 18 del D.L. 138 del 2011 convertito con modifiche dall'art. 1 comma 1 della L. n.148 del 14 settembre 2011 l'Azienda si riserva la facoltà di disporre nei confronti del personale con qualifica dirigenziale "il passaggio ad altro incarico prima della data di scadenza dell'incarico ricoperto prevista dalla normativa o dal contratto. In tal caso il dipendente conserva, sino alla predetta data, il trattamento economico in godimento a condizione che, ove necessario, sia prevista la compensazione finanziaria, anche a carico del fondo per la retribuzione di posizione e di risultato o di altri fondi analoghi".

L'Azienda, mediante il conferimento degli incarichi, tende a realizzare modalità di organizzazione e di funzionamento delle proprie strutture coerenti con le linee di indirizzo della programmazione nazionale e riconducibili ai principi di sussidiarietà, unitarietà, completezza, efficienza/ efficacia, economicità, adeguatezza, qualità, centralità dell'utenza, valorizzazione e responsabilizzazione delle risorse professionali, autonomia organizzativa e gestionale.

In nessun caso l'attribuzione degli incarichi modifica le modalità di cessazione del rapporto di lavoro per compimento del limite massimo d'età.

Attribuzione e revoca degli incarichi della dirigenza sanitaria

In particolare l'Azienda, nei limiti delle risorse finanziarie ordinarie, e nei limiti del numero di strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali definito applicando gli standard di cui al precedente punto, e previste dall'atto aziendale, tenuto conto delle norme in materia stabilite dalla contrattazione collettiva, disciplinano i criteri e le procedure per il conferimento degli incarichi a dirigenti sanitari, ai sensi del D.L.13 settembre 2012 n. 158, convertito con modificazioni dalla L. 8 novembre 2012 n.189, sulla base dei seguenti principi:

a) Procedure per l'attribuzione degli incarichi di struttura complessa:

La selezione, previo avviso cui l'Azienda è tenuta a dare adeguata pubblicità, viene effettuata da una commissione composta dal Direttore Sanitario Aziendale e da tre direttori di struttura complessa nella medesima disciplina dell'incarico da conferire, individuati, tramite sorteggio, da un elenco nazionale nominativo costituito dall'insieme degli elenchi regionali dei direttori di struttura complessa appartenenti ai ruoli regionali del Servizio sanitario nazionale. Qualora fossero sorteggiati tre direttori di struttura complessa della regione Campania, non si procede alla nomina del terzo sorteggiato e si prosegue nel sorteggio fino ad individuare almeno un componente della commissione direttore di struttura complessa in regione diversa.

La commissione elegge un presidente tra i tre componenti sorteggiati; in caso di parità di voti è eletto presidente il componente più anziano. In caso di parità nelle deliberazioni della

commissione prevale il voto del presidente.

La commissione riceve dall'Azienda il profilo professionale del dirigente da incaricare. Sulla base dell'analisi comparativa dei curricula, dei titoli professionali posseduti, avuto anche riguardo alle necessarie competenze organizzative e gestionali, dei volumi di attività svolta, dell'aderenza al profilo ricercato e degli esiti del colloquio, la commissione presenta al Direttore Generale una terna di candidati idonei formata sulla base dei migliori punteggi attribuiti. Il Direttore generale individua il candidato da nominare nell'ambito della terna predisposta dalla commissione; ove intenda nominare uno dei due candidati che non hanno conseguito il migliore punteggio, deve motivare analiticamente la scelta.

L'Azienda può preventivamente stabilire che, nei due anni successivi alla data di conferimento dell'incarico, nel caso in cui il dirigente cui è stato conferito l'incarico dovesse dimettersi o decadere, si procede alla sostituzione conferendo l'incarico ad uno dei due professionisti facenti parte della terna iniziale.

Il profilo professionale del dirigente da incaricare, i curricula dei candidati, la relazione della commissione sono pubblicati sul sito internet dell'azienda prima della nomina. Sono altresì da pubblicare sul medesimo sito le motivazioni della scelta da parte del Direttore Generale qualora questa sia caduta su uno dei due candidati che non hanno conseguito il migliore punteggio.

L'incarico di direttore di struttura complessa è soggetto a conferma al termine del periodo di prova di sei mesi, prorogabile di altri sei, a decorrere dalla data di nomina a detto incarico, a seguito di valutazione.

Gli incarichi di struttura complessa hanno durata da cinque a sette anni con facoltà di rinnovo per lo stesso periodo o periodo più breve.

Per il conferimento dell'incarico di struttura complessa non possono essere utilizzati contratti a tempo determinato di cui all'art. 15-septies.

b) Procedure per l'attribuzione degli incarichi di struttura semplice e semplice dipartimentale:

L'incarico di responsabile di struttura semplice, intesa come articolazione interna di una struttura complessa, è attribuito dal Direttore Generale, su proposta del direttore di struttura complessa di afferenza, a un dirigente con una anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico. L'incarico di responsabile di struttura semplice intesa come articolazione interna di un dipartimento, è attribuito dal Direttore Generale, sentiti i direttori delle strutture complesse di afferenza al dipartimento, su proposta del direttore di dipartimento, a un dirigente con anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico.

Gli incarichi di struttura semplice e semplice dipartimentale hanno durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni, con possibilità di rinnovo.

Valutazione degli incarichi dei dirigenti

I dirigenti sono sottoposti a una verifica annuale correlata alla retribuzione di risultato che tiene conto dei principi del titolo II del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150, nonché a una valutazione al termine dell'incarico, attinente alle attività professionali, ai risultati raggiunti e al livello di partecipazione ai programmi di formazione continua, effettuata dal Collegio tecnico, nominato dal Direttore generale e presieduto dal direttore di dipartimento, con le modalità definite dalla contrattazione nazionale.

Gli strumenti per la verifica annuale dei dirigenti medici e sanitari con incarico di responsabile di struttura semplice, di direttore di struttura complessa e dei direttori di dipartimento rilevano la quantità e la qualità delle prestazioni sanitarie erogate in relazione agli obiettivi assistenziali assegnati, concordati preventivamente in sede di discussione di budget, in base alle risorse professionali, tecnologiche e finanziarie messe a disposizione, registrano gli indici di soddisfazione degli utenti e provvedono alla valutazione delle strategie adottate per il contenimento dei costi tramite l'uso appropriato delle risorse. Degli esiti positivi di tali verifiche si tiene conto nella valutazione professionale allo scadere dell'incarico.

L'esito positivo della valutazione professionale determina la conferma nell'incarico o il conferimento di altro incarico di pari rilievo, senza nuovi o maggiori oneri per l'azienda, fermo restando quanto previsto dall'art. 9, comma 32, del decreto legge 31 maggio 2010 n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 30 luglio 2010, n. 122.

La responsabilizzazione gestionale

La responsabilità gestionale è principio cardine della *governance* dell'A.S.L. NA2 Nord e condizione necessaria per il raggiungimento dei livelli di efficacia ed efficienza attesi.

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

Il decentramento funzionale, attuato mediante tali strumenti, consentirà la transizione da un modello gestionale ancora ancorato a logiche formali e fortemente accentrato ad uno snello ed efficiente basato sulla gestione per obiettivi.

L' A.S.L. NA2 Nord, per migliorare l'efficienza e l'efficacia delle attività svolte e per sviluppare un forte orientamento ai risultati, intende realizzare una responsabilizzazione diffusa che comprenda, inoltre, i comportamenti messi in atto dai singoli professionisti e dagli operatori.

L'articolazione delle responsabilità e dei poteri dei dirigenti e, per l'area del comparto, dei titolari di posizioni organizzative sarà disciplinata da appositi Regolamenti aziendali in conformità con la disciplina dei CC.CC.NN.LL. di categoria.

Le deleghe e i poteri

L'assegnazione di compiti, responsabilità e poteri decisionali ai dirigenti attraverso l'istituto della delega rappresenta lo strumento principale del decentramento amministrativo, quale mezzo per coniugare il raggiungimento degli obiettivi di efficacia ed efficienza con il rispetto dei principi di buon andamento ed imparzialità dell'azione amministrativa.

Il Direttore Generale, per le finalità sopra descritte ed ove lo ritenga opportuno, può delegare le proprie funzioni al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario, ai Direttori di Dipartimento nonché ai Direttori di struttura complessa, con riferimento ad interi ambiti di attività ovvero per l'adozione di singoli atti, anche a valenza esterna.

Agli altri Dirigenti possono essere delegate funzioni e poteri con mera valenza interna.

Non sono comunque delegabili gli atti relativi all'emanazione di regolamenti aziendali e altri atti per i quali la normativa nazionale e regionale dispone l'indelegabilità. Il soggetto delegato ha la piena responsabilità degli atti compiuti in virtù della delega conferita.

Non sono previste forme di controllo preventivo sugli atti delegati.

La delega è conferita dal Direttore Generale con apposito provvedimento scritto e motivato in cui sono indicati chiaramente i soggetti delegati, le relative competenze, le tipologie di atti ed i relativi importi. Ad esso deve darsi idonea pubblicità anche mediante pubblicazione sul sito web dell'A.S.L. NA2 Nord.

La revoca delle deleghe assegnate deve aver luogo nelle stesse forme seguite per il loro conferimento.

Il soggetto delegato ha la piena responsabilità, a qualsiasi effetto interno ed esterno, degli atti compiuti in virtù della delega conferita. Con il Regolamento di organizzazione vengono individuate modalità di controllo successivo delle attività delegate. Non è in alcun modo ammessa la subdelega.

L'esercizio delle funzioni delegate avviene:

- nel rispetto della normativa generale e specifica e delle norme del Codice Civile afferenti il mandato e la rappresentanza;
- nel rispetto degli obiettivi generali dell'Azienda;
- garantendo la trasparenza, la esaustività e la chiarezza espositiva della motivazione e della decisione degli atti adottati
- nel rispetto della compatibilità finanziaria.

In caso di inerzia del soggetto delegato, o negli altri casi in cui lo ritenga opportuno, il Direttore Generale può adottare direttamente l'atto delegato ovvero delegarne l'adozione ad altro soggetto previa comunicazione al delegato originario.

Il Direttore Generale nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento può annullare o revocare,

con atto formalmente motivato, i provvedimenti amministrativi illegittimi o inopportuni assunti dal delegato. Per gli atti di diritto privato invalidi o inopportuni il Direttore Generale provvede ai sensi di quanto stabilito dal codice civile.

La pubblicazione e la regolare tenuta dei provvedimenti dirigenziali adottati in esecuzione delle deleghe conferite è disciplinata da apposito regolamento aziendale.

Assetto degli Incarichi Professionali

Gli incarichi ad alta specializzazione possono riguardare anche ambiti di prestazione non sanitarie, tesi a produrre servizi particolarmente complessi oppure a fornire attività di consulenza per materie ad elevato contenuto tecnico-professionale nonché per la realizzazione di programmi di ricerca, aggiornamento, tirocinio e formazione, in rapporto alle esigenze didattiche dell'Azienda. In essi prevale la specifica competenza professionale. 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.

Revoca degli Incarichi Dirigenziali

Gli incarichi sono revocati con atto motivato secondo le procedure previste dall'art. 30 e 31 del CCNL 3/11/2005 della dirigenza in caso di:

- inosservanza delle direttive impartite dalla direzione generale;
- mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati accertato dagli organi di verifica e valutazione
- responsabilità grave e reiterata ed in tutti gli altri casi previsti dal contratto di lavoro

La revoca dell'incarico determina l'assegnazione ad altro incarico di valore economico inferiore di quello in godimento.

Nei casi di maggiore gravità il Direttore Generale può recedere dal rapporto di lavoro secondo la disciplina prevista dal codice civile e dai contratti collettivi di lavoro.

Disciplina per il Conferimento di Incarichi non Dirigenziali

Gli incarichi e le funzioni connesse alle "posizioni organizzative" riservate al personale non dirigente sono conferiti dal Direttore Generale sentiti i dirigenti sovraordinati. I criteri e le procedure per il conferimento, revoca, graduazione, valutazione e verifica delle funzioni svolte, sono definite con apposito regolamento adottato previa concertazione con le OO.SS.

Art. 23 - Organizzazione e Funzionamento dei Dipartimenti

Definizione

L'articolo 17 bis del D.L.vo 502/92 così come modificato ed integrato dal D.L.vo 229/99 – definisce l'organizzazione dipartimentale come il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende Sanitarie.

Il Dipartimento è una struttura di coordinamento e di direzione per lo svolgimento di funzioni complesse con compiti di orientamento, consulenza e supervisione per la funzione cui è preposto.

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

Le strutture afferenti al dipartimento mantengono la propria autonomia e responsabilità nell'ambito di un modello gestionale ed organizzativo comune volto a fornire una risposta unitaria, efficiente e completa alle richieste di prestazioni degli utenti interni ed esterni. A tal fine il dipartimento adotta codici di comportamento uniformi per quanto riguarda in particolare gli aspetti clinico assistenziali, didattici, di ricerca, etici, medico-legali, giuridici ed economico-finanziari.

L'individuazione dei Dipartimenti dovrà essere funzionale all'Azienda e tenere conto della complessità della stessa, della sua estensione sul territorio, delle caratteristiche geomorfologiche, del numero di strutture complesse presenti e degli obiettivi che queste ultime debbono conseguire.

I Dipartimenti possono essere definiti strutturali, funzionali, integrati, transmurali; comunque siano definiti rappresentano il modello operativo dell'Azienda e svolgono attività professionali e gestionali mediche, tecnico-sanitarie e tecnico-amministrative.

L'organizzazione dipartimentale è predeterminata solo nei casi specificatamente previsti dalla legge o dalle indicazioni regionali (Dipartimento di prevenzione, salute mentale, delle dipendenze ed il Dipartimento Integrato dell'Emergenza sanitaria).

Vengono inoltre aggregate ai Dipartimenti le strutture semplici dipartimentali ossia quelle strutture che svolgono funzioni non convenientemente esercitabili da strutture complesse già esistenti, o per attività svolte a favore di una pluralità di strutture complesse.

Le strutture "semplici", quali articolazioni di quelle complesse, sono già comprese nella struttura principale aggregata.

Le tipologie di Dipartimento

In rapporto alla caratterizzazione organizzativo-funzionale si distinguono:

- a) **Dipartimento Strutturale:** aggregazione organizzativa e funzionale di strutture che assume la valenza di soggetto negoziale nei rapporti con l'Azienda e con gli altri dipartimenti e/o macrostrutture organizzative secondo il regolamento Aziendale. Esso è dotato di autonomia gestionale ed è soggetto a rendicontazione analitica. Sono Dipartimenti Strutturali: il Dipartimento di Prevenzione, il Dipartimento di Salute Mentale, il Dipartimento di Dipendenze Patologiche.
- b) **Dipartimento Funzionale:** aggregazione di strutture con il compito dell'integrazione funzionale delle attività delle singole strutture componenti finalizzata al raggiungimento di specifici obiettivi. Il Dipartimento funzionale non è dotato di autonomia gestionale e non è soggetto a rendicontazione analitica. Una medesima struttura, complessa o semplice a valenza dipartimentale, può far parte di più Dipartimenti funzionali, oltre che del proprio Dipartimento strutturale. Ai Dipartimenti funzionali si applicano, per quanto compatibili, i criteri e le modalità organizzative rappresentati per i Dipartimenti strutturali.
- c) **Dipartimento Transmurale:** che stabiliscono l'interazione tra i presidi ospedalieri e/o quelli territoriali.
- d) **Dipartimento Integrato:** che stabilisce interazioni tra aziende sanitarie esclusivamente nell'ambito dell'emergenza sanitaria.

Compiti dei Dipartimenti

Tra i principali compiti dei Dipartimenti si individuano i seguenti:

- organizzare e pianificare la produzione (pianificazione operativa);
- garantire, rispetto agli obiettivi acquisiti, la produzione e i risultati ottenuti attraverso il controllo di qualità tecnica il controllo di efficienza;
- la misurazione delle performance di processo e l'analisi delle attività/del valore, di concerto con i Direttori di Distretto;
- la valutazione di efficacia;
- assicurare l'integrazione funzionale tra le unità operative interne e tra queste e quelle distrettuali e/o ospedaliere
- collaborare alla definizione del budget distrettuale - partecipare alla programmazione strategica aziendale, attraverso la condivisione:
 - o degli indirizzi strategici
 - o dell'analisi della domanda
 - o dell'individuazione degli indicatori critici di performance

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

In particolare ad essi spetta il compito di:

- tendere al miglioramento degli indicatori di performance riferiti all'efficienza, all'efficacia ed all'economicità;
- garantire la costante realizzazione di interventi appropriati dal punto di vista clinico;
- ricercare la personalizzazione e l'umanizzazione degli interventi;
- definire percorsi assistenziali o profili di cure basati sul coordinamento delle prestazioni che si rendono necessarie per elaborare, condividere ed adottare linee guida e protocolli;
- promuovere il miglioramento continuo della qualità;
- elaborare sistemi di indicatori utili alla valutazione e verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate a del livello di efficienza delle diverse UU.OO., delle diverse equipe professionali in esse rappresentate e dei singoli professionisti.

Pertanto la scelta di armonizzare le competenze tecnico/professionali al fine di evitare da un lato la frammentazione delle risposte, dall'altro la variabilità delle opzioni erogative, sostanzia la focalizzazione e il valore aggiunto del dipartimento.

I dipartimenti strutturali sono caratterizzati dalla necessità di realizzare una conduzione degli interventi fortemente unitaria e pertanto sono strutturati in modo da esercitare una forte giurisdizione sulla gestione delle risorse sulla definizione degli obiettivi e sulla realizzazione delle funzioni. Tale tipologia di dipartimento assume la valenza di soggetto negoziale per l'attribuzione del budget.

I Dipartimenti funzionali invece collaborano alla definizione del budget distrettuale e concorrono alla realizzazione degli obiettivi distrettuali.

L'assetto organizzativo del dipartimento presuppone:

- aggregazione di un numero congruo di unità operative complesse (non inferiore a tre e non superiore a 15). Le Unità Operative complesse costituenti i dipartimenti ospedalieri devono, di norma, essere afferenti a più discipline di cui all'art. 4 del D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 484 e successive modificazioni, con eccezione dei presidi ospedalieri monospecialistici;
- una rilevante consistenza, in termini di complessità gestionale e di quantità di risorse umane, tecniche e finanziarie utilizzate e di unità operative afferenti;

- presenza di contesti organizzativi tipici (sale operatorie, servizi e apparati diagnostici, ambulatori, servizi territoriali ecc.);
- dotazione di posti letto, servizi e/o attività congrua e funzionale al dimensionamento efficiente delle strutture.

L'individuazione e l'assetto dei Dipartimenti individuati dal presente Atto, con l'articolazione delle unità operative di afferenza, sono riportati nell'appendice "Organizzazione strutturale aziendale".

Aree Interdipartimentali Organizzativo-Funzionali

Le aree funzionali interdipartimentali rappresentano un possibile modello di gestione per funzioni sanitarie emergenti o per percorsi diagnostico-terapeutici integrati.

Esse si configurano come punti di coordinamento di attività omogenee per finalità di tipologia di intervento e garantiscono, in tal modo, una più completa presa in carico del paziente per l'intero percorso assistenziale.

Al loro interno vengono definiti percorsi, linee guida e protocolli, a carattere diagnostico terapeutico e/o organizzativo, finalizzati al pieno dispiegamento del Governo Clinico.

Il responsabile del coordinamento è individuato nel Direttore sanitario del presidio ospedaliero con il maggior volume di attività rispetto alla specifica tipologia di intervento ovvero in altro dirigente di struttura complessa.

Il Direttore di Dipartimento

La Direzione del Dipartimento è affidata, con specifico contratto triennale, rinnovabile, consecutivamente una sola volta, con atto deliberativo del Direttore Generale, ad uno dei direttori delle Unità Operative Complesse afferenti al Dipartimento stesso, nell'ambito di una rosa di candidati proposta dal Comitato di Dipartimento.

Il Direttore del Dipartimento, in particolare:

- propone alla direzione strategica gli obiettivi dipartimentali assistenziali e gestionali e pianifica le attività, sentito il Comitato di Dipartimento, attribuendo gli obiettivi dipartimentali alle singole unità operative componenti il dipartimento stesso;
- coordina le attività e le risorse affinché il Dipartimento assolva in modo pieno i propri compiti al fine di assicurare che ogni struttura del Dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee;
- partecipa alla negoziazione del budget secondo le modalità organizzative;
- informa il Comitato di Dipartimento delle risultanze della negoziazione;
- gestisce il budget del Dipartimento (nel caso dei dipartimenti strutturali);

- garantisce l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative secondo le modalità di governo clinico come individuate nelle presenti linee guide;
- verifica il raggiungimento degli obiettivi delle unità operative e risponde dei risultati complessivi del dipartimento in relazione agli obiettivi a lui direttamente assegnati;

L'Azienda assegna al Direttore del Dipartimento un supporto tecnico amministrativo con l'attribuzione di risorse umane e strumentali che consentano la piena realizzazione dei compiti affidati.

Il Comitato di Dipartimento

L'Azienda istituisce, ai sensi dell'articolo 17 bis del decreto legislativo n. 502/1992 e s.m.i., il Comitato di Dipartimento che è composto da componenti di diritto e da componenti di nomina elettiva.

I componenti di diritto sono:

- il direttore del dipartimento, che lo presiede;
- i direttori e/o responsabili di unità operativa con autonomia gestionale delle rispettive tre aree contrattuali;

La parte elettiva è composta da un rappresentante per ciascuna area contrattuale.

Il Comitato dura in carica 3 anni. Si riunisce, previa convocazione formale del Direttore di Dipartimento e di ogni seduta viene redatto apposito verbale, conservato in ordine cronologico presso la Direzione del Dipartimento.

Le modalità di funzionamento del Comitato di Dipartimento sono stabiliti dall'azienda con apposito regolamento.

Il Comitato di Dipartimento:

- definisce le linee di indirizzo clinico ed organizzativo del dipartimento;
- definisce linee guida utili per un più corretto indirizzo diagnostico-terapeutico;
- elabora la proposta di obiettivi gestionali ed assistenziali del dipartimento;
- adotta modelli per la verifica e la valutazione di qualità dell'assistenza erogata;
- propone l'istituzione di gruppi operativi interdipartimentali;
- propone piani di aggiornamento e riqualificazione del personale;

Il Comitato di Dipartimento si riunisce almeno una volta ogni due mesi per la verifica periodica degli obiettivi e per individuare eventuali correttivi ed interventi idonei ad ottimizzare l'utilizzo delle risorse, nonché ogni qualvolta debba esprimersi su:

- gestione ed utilizzazione, in modo coordinato ed integrato, delle risorse attribuite (umane, finanziarie e tecnologiche) per il perseguimento degli obiettivi;
- definizione degli obiettivi del dipartimento che verranno negoziati dal direttore dello stesso con la direzione strategica;
- verifica della corrispondenza dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi concordati;
- modalità organizzative del Dipartimento nell'ambito clinico, percorsi assistenziali, presa in carico, appropriatezza, ecc..

Il Comitato inoltre individua la rosa di candidati a Direttore di Dipartimento da proporre al Direttore Generale.

Compiti ed Attività Gestionali del Dipartimento

Le funzioni dei Dipartimenti comprendono in particolare:

- a) Definizione dei progetti e programmi, individuazione degli obiettivi prioritari, allocazione delle risorse e dei mezzi funzionali a supporto della Direzione Generale e nei confronti delle strutture ad esso afferenti
- b) Coordinamento e guida nei confronti del livello operativo e verifica dei risultati conseguiti, concorrenti al processo di revisione periodica delle strategie aziendali e dell'assetto organizzativo e produttivo
- c) Studio, applicazione e verifica dei sistemi quali linee guida, protocolli ed altri, per conferire la massima omogeneità alle procedure organizzative, amministrative, assistenziali e di utilizzo delle apparecchiature
- d) Contenimento dei costi di gestione del Dipartimento entro il budget assegnato con rilevazione puntuale di tutte le prestazioni svolte
- e) Gestione delle risorse finanziarie assegnate al Dipartimento, con il monitoraggio dell'andamento degli obiettivi specifici di Dipartimento in termini di attività e costi, con particolare riferimento agli indicatori di performance negoziati nell'ambito del budget per ognuna delle Unità Operative che compongono il dipartimento
- f) Attuazione dell'attività libero-professionale intra-muraria.

I Dipartimenti sanitari assistenziali oltre alle funzioni di cui al presente articolo, svolgono, in particolare, le seguenti:

- a) Utilizzazione ottimale ed integrata degli spazi assistenziali e non assistenziali, del personale e delle apparecchiature finalizzata alla migliore gestione delle risorse, alla massima efficacia delle prestazioni nonché alla razionalizzazione dei costi
- b) Coordinamento tra le attività del Dipartimento e le attività extra ospedaliere per una integrazione dei servizi del Dipartimento stesso nel territorio, e in particolare nei Distretti, nonché con i Medici di Medicina Generale e con i Pediatri di Libera Scelta al fine di realizzare

l'indispensabile raccordo tra ospedale e strutture territoriali per la definizione del piano di dimissione del paziente e gestione del successivo follow-up, garantendo la continuità assistenziale

- c) Promozione di iniziative volte ad umanizzare l'assistenza all'interno delle strutture dipartimentali
- d) Valutazione e verifica della qualità dell'assistenza fornita, adottando le opportune metodiche con particolare riguardo alle prestazioni erogate ai pazienti, alle verifiche delle procedure e dei risultati ottenuti, al miglioramento delle conoscenze e dei circuiti interni comunicativi, all'ottimizzazione delle risorse.

Attività Interdipartimentali

È funzione del Dipartimento promuovere e sviluppare il lavoro interdisciplinare all'interno del Dipartimento e tra Unità Operative ed altre articolazioni appartenenti ai Dipartimenti differenti. A tal fine possono essere costituiti Gruppi Operativi Interdipartimentali Permanenti (GOIP) o Temporanei (GOIT), in relazione a specifiche problematiche di interesse dipartimentale o aziendale.

I Dipartimenti, le Unità Operative e le altre articolazioni coinvolte nel raggiungimento degli obiettivi fissati, dovranno assegnare ai gruppi operativi le eventuali risorse necessarie.

Il Coordinatore dei gruppi operativi è indicato dai Direttori di Dipartimento delle UU. OO. coinvolte, in base alla specifica competenza, in ordine alla tematica del gruppo.

Qualora la costituzione dei gruppi operativi e l'eventuale loro assegnazione di risorse non fosse stata già definita nel Piano Annuale di attività, andrà inoltrata specifica richiesta alla Direzione Generale per la modifica del relativo budget.

Regolamento interno del Dipartimento

Ogni Dipartimento redige e propone alla Direzione Generale, per l'approvazione, un proprio Regolamento interno.

Nel Regolamento sono indicate:

- le finalità proprie;
- le funzioni specifiche;
- le attività di competenza;
- l'organizzazione interna;
- gli organi del dipartimento;
- il processo decisionale
- i criteri adottati di verifica e controllo dell'attività clinica, scientifica e di gestione.

Il Regolamento viene redatto e proposto dal Direttore di Dipartimento ed approvato dal Comitato di Dipartimento prima dell'invio alla Direzione Generale, uniformandosi ai principi generali organizzativi, gestionali e funzionali di cui al Regolamento Regionale.

Modifiche al Regolamento interno potranno essere proposte alla Direzione Generale, una volta

approvate dal Comitato di Dipartimento.

Budget del Dipartimento

Il Budget del Dipartimento è costituito in termini strutturali o funzionali sulla base di distinte voci relative ai costi delle risorse umane, tecniche e strutturali assegnate, ai consumi previsti per tutti i beni e servizi.

Il Budget del Dipartimento comprende separatamente eventuali finanziamenti per programmi e progetti dipartimentali, per attività di formazione ed aggiornamento, didattiche e di ricerca.

All'inizio di ogni anno il Direttore Generale con riferimento alla pianificazione e programmazione aziendale, concorda con i Direttori dei Dipartimenti i programmi e i progetti annuali.

Il Direttore del Dipartimento, previo parere favorevole del Comitato di Dipartimento, sulla base di quanto concordato con la Direzione Generale, assegna l'articolazione del budget attribuito, destinando specifiche risorse alle strutture individuate quali centri di responsabilità economica, dopo aver concordato con i rispettivi Responsabili i programmi ed i piani di attività che le singole strutture dovranno svolgere nell'ambito degli obiettivi programmati dal Dipartimento. L'impiego delle risorse, nel loro complesso, è verificato in termini di risultati, prodotti, obiettivi raggiunti, in relazione ai programmi dell'Azienda.

Con le stesse modalità di cui ai commi precedenti il Direttore di Dipartimento disciplina le modalità organizzative e gestionali degli eventuali programmi e/o progetti speciali affidati dal Direttore Generale, con le relative risorse economiche.

Gli atti del Direttore di Dipartimento relativi ai programmi e progetti speciali devono prevedere:

- la individuazione dei fondi specifici allo scopo destinati
- la individuazione degli obiettivi generali e specifici da raggiungere
- la individuazione nominativa del personale coinvolto con le relative risorse premianti da ripartire esclusivamente tra chi contribuisce all'attuazione dei programmi e/o progetti
- la individuazione di sistemi di valutazione relativi al grado di raggiungimento degli obiettivi fissati.

Responsabile presso il Dipartimento del Personale Infermieristico e Tecnico-Sanitario

L'incarico di Responsabile presso il Dipartimento del personale infermieristico e tecnico-sanitario, è conferito rispettivamente al Capo Sala, o al Coordinatore Infermieristico, o al Coordinatore Tecnico Sanitario di una delle Unità Operative appartenenti al Dipartimento.

L'incarico viene conferito dal Direttore Generale, sentito il direttore dell'area dei servizi delle professioni sanitarie non mediche e sentito il Direttore del Dipartimento.

La rimozione dall'incarico di Responsabile del personale infermieristico e tecnico sanitario è deliberata dal Direttore Generale su proposta del Direttore dell'Area dei servizi delle professioni sanitarie, sentito anche il Direttore del Dipartimento.

In caso di assenza o impedimento temporaneo, il responsabile può essere sostituito da altro capo sala o capo tecnico di sua nomina, per un periodo non superiore a tre mesi.

I Responsabili infermieristici e tecnici di dipartimento si rapportano, per l'espletamento delle loro competenze e funzioni, con il Responsabile di area territoriale o ospedaliera sovraordinato e, nel caso di dipartimento ospedaliero anche con l'ufficio infermieristico di presidio.

I Responsabili dipartimentali del personale infermieristico e tecnico sanitario svolgono, ognuno nei confronti del personale e delle attività di pertinenza, le seguenti funzioni, sentita la direzione sanitaria del presidio per le aree di competenza:

1. collaborano col Direttore di Dipartimento per la definizione dei provvedimenti da adottare in ordine all'organizzazione dell'assistenza all'interno del Dipartimento
2. assicurano l'omogenea organizzazione delle attività infermieristiche e tecnico sanitarie del Dipartimento nel rispetto delle linee guida ed indirizzi generali definiti dal Comitato di Dipartimento;
3. propongono al Comitato di Dipartimento i piani annuali di intervento, gli obiettivi prioritari, gli standard e gli indicatori di qualità per l'assistenza infermieristica e per le attività tecnico sanitarie;
4. collaborano col Direttore del Dipartimento alla definizione dei piani di aggiornamento, di didattica e di ricerca scientifica del personale infermieristico e tecnico sanitario;
5. rappresentano il personale infermieristico e tecnico sanitario del Dipartimento nei rapporti con il Direttore del Dipartimento e con il Comitato di Dipartimento.



Capo IV – Sistema di Programmazione, Gestione e Controllo

Art. 24 – La Pianificazione Strategica

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

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

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

Alla pianificazione strategica contribuiscono (in termini di istruttoria e supporto tecnico), in relazione alle competenze istituzionalmente prefissate, specifiche Aree funzionali:

Area	Strumenti
Programmazione e Controllo	Piano attuativo locale Programma annuale delle attività
Economico-finanziaria	Bilancio economico preventivo Bilancio pluriennale di previsione
Forniture e Logistica	Piano acquisti Piano investimenti attrezzature medicali e beni mobili
Infrastrutture e Tecnologie	Piano investimenti beni immobili Piano manutenzione straordinaria
Risorse Umane	Piano del fabbisogno delle risorse umane

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

Art. 25 – Programmazione

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

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

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

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

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

La programmazione si tradurrà, quindi, in un complesso di decisioni strategiche in grado di delineare un insieme integrato e coordinato di criteri, strumenti e procedure, finalizzati ad attuare un complesso sinergico di azioni operative, coerenti con la pianificazione strategica, i cui risultati devono essere posti a verifica circa la rispondenza all'andamento gestionale con riguardo agli obiettivi prefissati di periodo.

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

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

Art. 26 – Il Controllo Interno di Regolarità Amministrativa, Contabile e Gestionale

L'Azienda adotta un sistema di controllo orientato alla riduzione dei costi ed improntato all'analisi e alla valutazione delle attività in termini di rapporto costi-risultati e/o costi-benefici.

L'obiettivo aziendale deve essere quello di garantire, a costi sostenibili, una elevata qualità delle prestazioni assistenziali e la maggiore tutela possibile del bisogno dei cittadini utenti.

Ferma restando la competenza in materia di controllo di regolarità amministrativa e contabile sulle attività delle aziende sanitarie riservata dalla normativa ad enti ed organismi esterni ed al Collegio Sindacale, l'Azienda garantisce l'attivazione del controllo interno con il compito di consentire:

- la valutazione dell'efficacia ed efficienza della gestione al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati (controllo di gestione);
- la valutazione delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi, in termini di congruenza tra risultati conseguiti ed obiettivi predefiniti (controllo strategico).

L'Azienda applica un sistema di controllo globale e in grado di integrare pienamente il concetto di governo clinico ed economico.

La realizzazione di un controllo complessivo, avviene mediante un sistema di contabilità unico aziendale, alimentato da tutti i sistemi ed è, progressivamente, integrato da altri sistemi contabili atti ad assicurare lo sviluppo continuo delle professionalità e la gestione dei rischi.

La funzione di controllo complessivo dell'Azienda e del ciclo di miglioramento continuo è svolta dalla Direzione Aziendale che, a tale scopo, è supportata dagli uffici di staff.

Il controllo di regolarità amministrativa e contabile non comprende verifiche da effettuarsi in via preventiva se non nei casi espressamente previsti dalla legge e fatto salvo, in ogni caso, il principio secondo cui le definitive determinazioni in ordine all'efficacia dell'atto sono adottate dall'organo amministrativo responsabile.

Il controllo strategico mira a verificare, in funzione dell'esercizio dei poteri di indirizzo e programmazione da parte dei competenti organi, l'effettiva attuazione delle scelte contenute nelle direttive e altri atti di indirizzo politico.

L'attività stessa consiste nell'analisi preventiva e successiva della congruenza e/o degli eventuali scostamenti tra:

- gli obiettivi assegnati dalla norme e/o dalla programmazione nazionale e regionale;
- gli obiettivi della programmazione aziendale;
- le scelte operative effettuate;
- i risultati ottenuti

nonché nella valutazione in ordine:

- alle risorse umane, finanziarie e materiali assegnate;
- all'identificazione degli eventuali fattori ostativi;
- alle eventuali responsabilità per il mancato o parziale raggiungimento degli obiettivi;
- ai possibili correttivi.

I controlli interni riguardano l'attività degli organismi aziendali, attività che va rivista sotto il profilo quantitativo e qualitativo, nonché sotto il profilo del rapporto fra risultato e spesa. Tale azione di controllo è esercitata anche riguardo alle attività delle strutture convenzionate. Nella visione complessiva dei servizi erogati al cittadino le unità di controllo esterno attivano sistemi di verifica e controllo sulle strutture sanitarie accreditate nel territorio, nel rispetto di quanto previsto dalla vigente normativa nazionale e regionale.

I Servizi integrati nella Direzione Strategica sono quelli attraverso i quali l'Azienda monitora il costante andamento, dal punto di vista operativo, dell'attività complessiva dell'Azienda stessa e procede ad una costante riprogrammazione degli interventi e quindi delle risorse al fine di ottimizzare l'erogazione dei servizi sanitari rivolti ai cittadini. Tale attività si esplica mediante una sistematica elaborazione e un costante monitoraggio dei dati sanitari, tecnici ed amministrativi, che rappresentano altresì il supporto per il lavoro svolto dall'Organismo Indipendente di Valutazione.

All'interno dell'Area dello Staff sono allocate le funzioni integrate nel Comitato Budget Aziendale e preposte alla individuazione degli obiettivi in riferimento ai livelli operativi programmati per ciascuna linea di attività coerentemente con la Pianificazione Strategica Aziendale, le risorse disponibili e da impegnare per il loro conseguimento, al fine di concordare il budget complessivo delle singole unità operative per il conseguimento degli obiettivi negoziati con il Direttore Generale.

Le funzioni di verifica e controllo rientranti in tale area, riguardano le seguenti tipologie:

- Controllo della qualità delle prestazioni e servizi resi per migliorare l'efficacia, con particolare riferimento all'appropriatezza delle prestazioni erogate ed agli strumenti e/o iniziative finalizzate alla riduzione e semplificazione dei tempi delle liste di attesa;
- Internal Auditing che svolge attività indipendente ed obiettiva di osservazione finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza, a supporto delle attività di valutazione sui processi relativi al controllo, alla gestione dei rischi ed al governo aziendale;
- Il reporting, quale sistema di rappresentazione delle informazioni e delle performance dell'Azienda coerente con i flussi regionali per l'acquisizione e la raccolta omogenea dei dati orientati a garantire la funzioni di monitoraggio del SSR.

Art. 27 – Controllo di Gestione

L'introduzione del controllo di gestione nelle aziende sanitarie costituisce uno specifico obbligo normativo sancito dall'articolo 4 del decreto legislativo 286 del 30 luglio 1999 (riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche).

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

Al fine di garantire un costante monitoraggio dell'esercizio annuale, l'azienda definisce, implementa ed utilizza le tecniche di controllo di gestione, utilizzando un sistema di contabilità analitica coerente con i diversi livelli di responsabilità previsti dal modello organizzativo, assicurando, in particolare, l'adozione di strumenti e modalità di controllo che consentano l'utilizzazione dello strumento oltre la sfera di mera valutazione economica dell'efficienza gestionale, a supporto esclusivo della direzione generale, per evolvere invece verso una connotazione dello strumento di controllo che assuma funzioni più dinamiche ed interrelabili, di supporto metodologico ed operativo alla direzione aziendale ed ai vari livelli in cui essa si articola, nella gestione del processo di programmazione e controllo.

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

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

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

L'ASL Napoli 2 Nord istituisce per tali funzioni l'**U.O.C. Controllo di Gestione, Budgeting:**

L'U.O.C. si pone l'obiettivo di fornire alla Direzione strategica, così come all'intero albero attraverso cui trova ramificazione l'assetto aziendale, un valido strumento di supporto alle decisioni.

Il Controllo di gestione svolge attività strategiche riconducibili a tre aree di azione strategica:

1. Programmazione
2. Misurazione
3. Controllo

Riguardo al processo di programmazione, il controllo di gestione fornisce tutte le informazioni atte a stabilire i *target* obiettivo delle attività aziendali che costituiranno la base delle procedure di *budgeting*.

In termini di misurazione, costruisce il sistema di criteri atti a misurare le *performance* aziendali. Gli indicatori comparativi di solito sono stabiliti parallelamente alle grandezze da misurare.

In riferimento al momento del controllo, garantisce un articolato sistema di *reporting*, che grazie all'analisi degli scostamenti è in grado di segnalare per tempo il discostarsi degli andamenti aziendali dai percorsi che conducono al raggiungimento degli obiettivi.

Per lo svolgimento di tali azioni il Controllo di gestione si avvale dell'utilizzo di determinati strumenti quali:

- piano dei conti di contabilità analitica;
- piano dei centri di responsabilità/costo;
- piano delle performances;
- piano degli indicatori;
- budget;
- piano dei report.

Il Sistema Informativo

Il sistema informativo delle aziende sanitarie è l'insieme:

- delle informazioni prodotte, trasformate ed utilizzate durante l'esecuzione dei processi aziendali;
- delle modalità con cui esse sono gestite;
- delle risorse sia umane sia tecnologiche coinvolte.

A tal fine, l'Azienda prevede il potenziamento e la riorganizzazione del Sistema Informativo aziendale coerenti con lo sviluppo del NSIS e del SISR e con gli indirizzi già contenuti nel Piano Sanitario Regionale 2010 -2012.

Il sistema informativo nasce dall'esigenza di soddisfare il bisogno di informazioni alla base delle scelte razionali.

Il sistema dei flussi informativi istituzionali assicura la trasmissione delle informazioni atte a soddisfare il debito informativo dell'azienda verso tutti gli stake-holder aziendali.

In particolare:

- Gestisce i flussi informativi da e per gli organismi istituzionali con cui l'azienda intrattiene rapporti:
 - organismi ministeriali, regionali, provinciali e comunali;
 - ISTAT, NSIS e qualsiasi altro Ente responsabile per la rilevazione, elaborazione e trasmissione dei dati relativi all'attività svolta dal punto di vista assistenziale, di gestione delle risorse, di natura economico - finanziaria in grado di influire sullo stato di salute della popolazione di riferimento.
- Gestisce le attività di Compensazione della Mobilità Sanitaria previste dalle normative regionali, nazionali ed internazionali ;
- Gestisce l'Ufficio di Statistica (DL 322/89) del Sistema Statistico Nazionale (SISTAN) ;
- monitora le dinamiche che possono influenzare la struttura demografica della popolazione residente nel territorio dell'A.S.L. Napoli 2 Nord onde fornire un valido supporto informativo utile alle attività di:
 - progettazione organizzativa;
 - indagine epidemiologica;
 - programmazione aziendale.

Art. 28 – I Sistemi di Gestione e Valutazione del Personale

La Direzione Generale elabora le linee strategiche e di pianificazione per il governo del sistema dei servizi sanitari rientranti nell'ambito dell'ASL NA2 Nord, sulla base degli indirizzi e degli obiettivi assegnati dalla Regione e nel rispetto dei principi e degli obiettivi del Piano Sanitario Regionale e Nazionale.

Con tale procedura, l'Azienda redige annualmente il budget generale, quale documento complessivo di previsione e pianificazione che, riferendosi alle performances attese da ogni unità organizzativa, collega le attività alle risorse umane, tecnologiche, strutturali e finanziarie.

Mediante tale processo l'Azienda attiva il Ciclo di Gestione della Performance, quale sistema sviluppato in applicazione delle disposizioni contenute nel D.Lgs n.150/09, ai fini della pianificazione e della misurazione e valutazione delle performance organizzative ed individuali.

Il Direttore Generale, nell'attivazione di tale percorso, si avvale del supporto della **UOC Sistema Premiante, Sistema di Valutazione e Relazioni Sindacali** e del Collegio di Direzione, al quale propone le linee annuali da perseguire ed individua i principali percorsi da attivare per il raggiungimento degli obiettivi proposti dalle Strutture Operative.

Secondo tali linee, ogni Responsabile di Unità Operativa è tenuto annualmente a pianificare l'offerta partendo dai servizi/attività di pertinenza e a proporre il proprio piano annuale delle attività. A sua volta, ogni Unità Operativa, sulla base degli obiettivi negoziati nella trattativa di budget con la Direzione Generale, negozia gli obiettivi specifici con i responsabili di CdR ad essa afferenti. Tali obiettivi sono sostanzialmente relativi ai volumi di attività, al controllo dei fattori produttivi ed a interventi organizzativi interni.

L'Azienda definisce sistemi di valutazione del personale dirigenziale e del comparto capaci di incidere realmente sui risultati e di orientare i comportamenti.

Il sistema di valutazione è sviluppato a partire da quanto previsto nei CCNL di lavoro, dai principi espressi dal D.Lgs. 150 del 2009 e dalle linee guida regionali in materia.

Per rendere l'azione dei collegi tecnici e il sistema di valutazione dei dirigenti più efficace, l'Azienda s'impegna a sviluppare sistemi informativi capaci di raccogliere, rendere fruibili e comparabili, tra gli altri:

- dati quali-quantitativi sull'attività professionale individuale e d'equipe;
- informazioni sull'adozione di linee guida, protocolli e raccomandazioni diagnostiche terapeutiche aziendali;
- informazioni sulle attività di ricerca clinica applicata, sulle sperimentazioni, sulle attività di tutoraggio formativo;
- dati relativi all'appropriatezza clinica, ivi compresa quella prescrittiva.

Per il personale del Comparto sarà sviluppato un sistema di valutazione individuale e permanente che garantisca la misurazione e la valorizzazione del contributo fornito dal singolo in termini di comportamenti organizzativi espressi e di risultati raggiunti in relazione con gli obiettivi di budget della struttura.

Tale sistema sarà integrato con i vari istituti contrattuali legati alla valutazione (in particolare la produttività collettiva e la progressione economica orizzontale) e dovrà assicurare la selettività della valorizzazione distinguendo le prestazioni meritevoli da quelle insufficienti e negative ed evitando la tipica "distribuzione a pioggia" dei riconoscimenti economici legati ad istituti retributivi variabili.

Nell'ambito di tale UOC è istituita la UOS Definizione e monitoraggio obiettivi strategici, avente quale missione l'attribuzione alle strutture aziendali degli obiettivi di mandato della Direzione Generale e la successiva verifica.

Relazioni Sindacali

Il sistema delle relazioni sindacali è finalizzato a contemperare l'interesse al miglioramento delle condizioni di lavoro e alla crescita professionale dei dipendenti con l'esigenza dell'Azienda ad incrementare e mantenere elevata l'efficacia e l'efficienza dei servizi erogati alla collettività e per offrire una risposta efficace alla domanda di salute delle persone.

Le relazioni sindacali sono previste e disciplinate dai CC.NN.LL. del Comparto, della Dirigenza Medica e Veterinaria nonché della Dirigenza Tecnica, Amministrativa, Professionale e Sanitaria non medica che disciplinano la materia.

In ottemperanza ai contratti sono stabilite le seguenti modalità operative che regolamentano lo svolgimento degli incontri con le OO.SS. per la contrattazione, concertazione e consultazione, a livello aziendale, distrettuale e di presidio.

La delegazione trattante di parte sindacale è composta dalle sigle o confederazioni che sono firmatarie dei singoli contratti; per l'area contrattuale del Comparto è prevista anche la presenza delle RSU (Rappresentanze Sindacali Unitarie).

Gli incontri richiesti da uno o più organismi sindacali, a qualunque titolo o livello di contrattazione, vengono automaticamente estesi a tutti i soggetti che compongono la delegazione trattante di parte sindacale. Le convocazioni vengono fissate sempre con note scritte, inviate alle OO.SS. via fax e/o tramite posta elettronica con un anticipo di norma non inferiore a cinque giorni. Le date degli incontri sono fissate dall'Azienda; per eventuali richieste di incontro, avanzate dagli organismi sindacali, l'Azienda si impegna ad effettuare le convocazioni di regola entro il termine di 15 giorni. Le convocazioni contengono la data, l'ora e il luogo dell'incontro nonché gli argomenti

iscritti all'ordine del giorno. In corso di riunione potranno essere trattati anche ulteriori argomenti non previsti, ove le parti lo convengano.

Gli incontri tra le delegazioni trattanti hanno regolare e piena validità quando gli Organismi Sindacali presenti raggiungono il 50% + 1 di rappresentanza sindacale aziendale. Le bozze di proposte relative agli argomenti all'ordine del giorno vengono discusse e consegnate in contrattazione alla controparte sindacale. Nei casi in cui le bozze di proposte necessitino di studi particolari da parte sindacale, vengono inviate almeno 20 giorni prima della riunione con nota scritta. Per ogni incontro viene redatto un verbale da parte di un funzionario verbalizzante, nel quale viene iscritta la sintesi delle posizioni finali assunte dalle parti presenti alla seduta su ciascun argomento all'ordine del giorno. Il funzionario verbalizzante, al termine di ogni incontro, legge la sintesi delle determinazioni finali espresse dalle parti e provvede a far sottoscrivere ai presenti il verbale.

Ogni proposta di modifica delle strutture organizzative dell'Azienda e delle sue articolazioni (definizione di nuove strutture complesse, variazioni di numero etc.) sarà sottoposta preventivamente alle OO. SS.

Art. 29 – La Comunicazione nelle Aziende Sanitarie

La comunicazione istituzionale rappresenta uno dei terreni su cui si gioca la sfida del cambiamento. Attraverso le attività di informazione e comunicazione l'ASL Napoli 2 Nord, da una parte, risponde ai doveri di trasparenza, imparzialità e parità di accesso che le leggi assicurano a tutti i cittadini e, dall'altra, svolge il proprio mandato istituzionale con un maggiore livello di coerenza rispetto ai bisogni dei cittadini.

I mutamenti nella struttura sociale hanno portato a nuove configurazioni nei rapporti interni alla società che attivano una domanda di relazione più personalizzata e richiedono alle istituzioni la capacità di fornire risposte sempre più complesse, estese e differenziate. Nel contempo una più diffusa consapevolezza dei diritti di cittadinanza modifica la relazione tra cittadini e amministrazioni.

L'Asl Na 2 Nord istituisce per tali funzioni l'**U.O.C. Comunicazione, Marketing ed URP**.

Comunicare con i cittadini in maniera studiata, meditata ed integrata stimola la percezione e trasmette l'idea di una struttura amministrativa che funziona e che agisce in maniera coordinata.

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

Al fine di raggiungere tali obiettivi strategici, sono stati adottati sistemi di comunicazione interna ed esterna convergenti ed idonei al risultato.

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

La comunicazione interna si pone come complementare e funzionale alla comunicazione esterna, dalla quale si distingue perché veicolo principale per condividere qualsiasi tipo di messaggio, sia informativo che funzionale, da parte del pubblico interno all'azienda stessa. La circolazione del flusso di informazioni è convogliata in una rete strutturata di canali di divulgazione, in modo che sia facilmente fruibile e riconoscibile, sia per essere consultata che per essere alimentata.

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

Ciò è possibile attivando tipologie di comunicazione interna basate su processi di condivisione delle conoscenze e rispondenti a logiche differenti, che vanno ad incidere sul ruolo di appartenenza:

- strategia dell'informazione per guidare il personale dipendente (informare per guidare);
- strategia dell'informazione per motivare il personale dipendente (informare per motivare);
- strategia della comunicazione per cambiare l'organizzazione (comunicare per cambiare).

Al fine di garantire livelli di comunicazioni uniformi l'ASL Napoli 2 Nord predispone annualmente il piano di comunicazione.

Tale Piano di comunicazione è uno degli strumenti in grado di coniugare strategie, obiettivi, destinatari, azioni e strumenti di comunicazione secondo un disegno organico e razionale.

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

Esso è, quindi, uno strumento che consente di programmare e gestire le azioni di comunicazione per il raggiungimento di specifici obiettivi strategici e di comunicazione dell'ASL Napoli 2 Nord. Pertanto, è finalizzato al perseguimento di tre obiettivi:

- in primo luogo, quello strategico, in quanto può aiutare l'organizzazione nell'implementazione delle proprie politiche;
- in secondo luogo, la facilitazione della convergenza tra le logiche della comunicazione interna e quelle della comunicazione esterna dell'azienda, favorendo quella che si può definire come comunicazione integrata;
- in terzo luogo, quello di incentivare la costruzione di relazioni bidirezionali tra l'organizzazione e i suoi pubblici di riferimento. Si tratta di relazioni consapevoli e costanti nel tempo, non casuali o episodiche, finalizzate alla coproduzione di senso e significati nello scambio comunicativo tra l'azienda e i suoi destinatari.

La costruzione del piano di comunicazione è un processo organizzativo che si articola nelle seguenti fasi:

- ✓ pianificazione e redazione, fase in cui si arriva alla stesura del piano e che prevede l'analisi del contesto sia interno che esterno e la definizione di alcune variabili fondamentali quali:
 - a. la segmentazione dei pubblici di riferimento l'individuazione dei target delle proprie azioni comunicative, in modo tale da renderle efficaci e adeguate calibrandole sulle caratteristiche del pubblico esterno e degli attori interni a cui si rivolgono;
 - b. la definizione degli stakeholder: ovvero dei soggetti qualificabili come "portatori di interesse della comunità" (ad es. enti locali territoriali, associazioni, ecc.);

- ✓ implementazione, fase della gestione e della concreta realizzazione dello stesso che viene affidata, in primo luogo, a chi detiene la responsabilità formale della comunicazione, ovvero alle strutture che si occupano della comunicazione e delle relazioni esterne, agli Uffici Relazioni con il pubblico, agli uffici stampa o agli uffici di informatica e web, coerentemente con il ruolo svolto nella fase di pianificazione, ed, in secondo luogo, si coniuga con il coinvolgimento e la partecipazione di altri soggetti appartenenti alla struttura;
- ✓ valutazione, fase di verifica dei risultati ottenuti, dell'impatto e degli effetti generati sul contesto interno ed esterno all'ente e delle eventuali discrepanze tra questi e gli obiettivi prefissati.

Intendere il piano di comunicazione nella sua dimensione processuale significa non ridurlo a semplice documento che elenca le azioni comunicative dell'azienda, ma pensarlo come un processo che attraversa l'azienda stessa, che la coinvolge interamente e la modifica nelle sue modalità organizzative.

Pertanto, il metodo di redazione del piano di comunicazione contiene:

- l'analisi dello scenario;
- l'individuazione degli obiettivi di comunicazione;
- l'individuazione dei soggetti di riferimento;
- le scelte strategiche e di contenuto;
- l'individuazione delle azioni e degli strumenti di comunicazione;
- la misurazione dei risultati.

Altro aspetto da evidenziare fortemente è quello relativo agli strumenti di ICT - Tecnologie dell'informazione e della comunicazione. La diffusione dei supporti tecnologici, con un riferimento particolare alle tecnologie informatiche, ha aumentato di gran lunga le potenzialità offerte dalla comunicazione in termini di capillarità di velocità di diffusione del messaggio.

Pertanto, nel Piano di Comunicazione sono previsti lo sviluppo di varie soluzioni tecnologiche per scambiare informazioni e attivare relazioni sia all'interno dell'Azienda che con i cittadini.



Capo V – Acquisti di Beni e Servizi, Programmazione e Gestione delle Attrezzature, Procedure Contabili

Art. 30 – Controllo della Spesa

L'obiettivo del S.S.R. è quello di mirare a :

- l'equilibrio finanziario strutturale tra entrate ed uscite
- l'esclusivo e pieno utilizzo delle risorse disponibili ai fini della realizzazione degli obiettivi del PSR.

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

- Eliminare duplicazioni o ridondanze strutturali ed organizzative nell'area dei servizi e delle attività di supporto
- Dimensionare la propria capacità produttiva in funzione dell'effettivo livello di domanda prevedibile, a seguito della definizione del piano delle prestazioni
- Eliminare fenomeni di autodomanda sia nella area delle attività assistenziali sia in quella delle attività connesse all'esercizio di funzioni a rilevanza pubblicistica.
- Individuare, con obbligo di rendicontazione separata e verifica di risultato, le risorse da destinare alla realizzazione di interventi ritenuti idonei a migliorare il livello qualitativo della assistenza sanitaria erogata dai presidi a gestione diretta, al fine di permettere una sana competizione tra pubblico/privato.
- Vigilare sull'utilizzo sistematico del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR) come strumento di riferimento per la programmazione e la razionalizzazione della quota di spesa ospedaliera finalizzata all'acquisto di prodotti farmaceutici.

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

- L'autorizzazione all'apertura ed all'esercizio dell'attività di nuove strutture sanitarie in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale;
- l'accreditamento;
- il Piano delle prestazioni;
- la contrattazione delle quote di domanda con i soggetti privati;
- la politica delle tariffe per le prestazioni assistenziali di ricovero ospedaliero e specialistica ambulatoriale.

- I tetti di spesa ed i relativi contratti.

Gli Strumenti di Controllo

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

- a) garantire la legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa (controllo di regolarità amministrativa e contabile);
- b) verificare efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati (controllo di gestione);
- c) valutare le prestazioni del personale con qualifica dirigenziale (valutazione della dirigenza);
- d) valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi e altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico, in termini di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti (valutazione e controllo strategico).

La progettazione d'insieme del Controllo interno rispetta i seguenti principi generali:

- a) l'attività di valutazione e controllo strategico fornisce il supporto alle attività di programmazione strategica e di indirizzo politico-amministrativo proprie della Direzione Generale. Essa è affidata a strutture che rispondono direttamente al Direttore Generale e che svolgono, di norma, anche l'attività di valutazione dei dirigenti direttamente destinatari delle direttive emanate dagli organi di indirizzo politico-amministrativo, in particolare dalla Direzione Generale;
- b) il controllo di gestione e l'attività di valutazione dei dirigenti, fermo restando quanto previsto dai vigenti CC. NN. LL. per i dirigenti con incarico professionale, sono svolte da strutture e soggetti che rispondono direttamente al Direttore Generale e che, nello svolgimento del compito affidato, forniscono tutti gli elementi, in proprio possesso, ai dirigenti posti al vertice della struttura interessata e al collegio tecnico previsto dal comma 5, articolo 15 del novellato D. Lgs. 502/92, ai fini della valutazione ivi prevista;
- c) l'attività di valutazione dei dirigenti utilizza anche i risultati del controllo di gestione, ma è svolta da strutture o soggetti diversi da quelli cui è demandato il controllo di gestione medesimo;
- d) le funzioni di cui alle precedenti lettere sono esercitate in modo integrato;
- e) è fatto divieto di affidare verifiche di regolarità amministrativa e contabile a strutture addette al controllo di gestione, alla valutazione dei dirigenti, al controllo strategico.

L'accesso ai documenti amministrativi afferenti alle attività di valutazione e controllo strategico è differito sino all'esito del procedimento cui si riferiscono.

Gli addetti alle strutture che effettuano il controllo di gestione, la valutazione dei dirigenti e il controllo strategico riferiscono sui risultati dell'attività svolta al Direttore Generale.

Art. 31 – Acquisti di Beni e Servizi

L'ASL Napoli 2 Nord, in osservanza delle disposizioni nazionali, con particolare riguardo alle disposizioni di cui all'art. 15 del D.L. 6 luglio 2012 n. 95 convertito con modificazione nella Legge 7 agosto 2012 n. 135, nonché delle disposizioni regionali, effettua, ove previsto, i propri acquisti tramite il MEPA, la CONSIP e la Centrale Acquisti della Regione (SORESA).

L'Azienda, inoltre, disciplina, con proprio regolamento gli acquisti di beni e servizi in economia e predispone un regolamento nel rispetto delle previsioni di cui all'art. 256 del decreto legislativo 12 aprile 2006 n. 163 e s.m.i..

Art. 32 – Attrezzature: programmazione, acquisti, gestione e manutenzione

L'Azienda in ottemperanza al Decreto Commissariale n. 6 del 14.01.2013 ha adottato i seguenti documenti programmatici:

a) Programmazione e gestione delle attrezzature

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

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

b) Programmazione degli acquisti di attrezzature

L'acquisizione delle attrezzature avviene con il metodo della pianificazione in modo documentato. Il programma di acquisto delle attrezzature, in particolare delle attrezzature biomediche e dei dispositivi medici, deve tenere conto in particolare per quanto riguarda le attrezzature biomediche:

- dell'evoluzione della tipologia dei servizi;
- dell'obsolescenza delle attrezzature;
- dell'adeguamento alle norme tecniche;
- della eventuale disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria.

c) Inventario delle attrezzature

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

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

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

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

d) Manutenzione delle attrezzature

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

Il piano per la manutenzione delle apparecchiature deve tenere conto:

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

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

e) Manutenzione preventiva

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

Il piano di manutenzione prevede, se richiesto dalla tipologia delle attrezzature, le attività relative alla manutenzione preventiva che, per le attrezzature biomediche deve:

- identificare tutte le attrezzature che possono influire sulla qualità del servizio offerto, controllarle e metterle a punto ad intervalli prefissati o prima dell'uso, a fronte di campioni certificati riconosciuti nazionali. In mancanza di tali campioni il criterio di controllo deve essere definito e documentato;
- definire il processo da utilizzare per la manutenzione preventiva, compresi i dettagli relativi al tipo di apparecchiatura biomedica, identificazione univoca, ubicazione, frequenza delle verifiche, metodo di verifica, criteri di accettazione e provvedimenti da adottare qualora i risultati non fossero soddisfacenti;
- definire il processo da utilizzare per i controlli di funzionalità e sicurezza delle apparecchiature biomediche, compresi i dettagli relativi al tipo di apparecchiatura biomedica, identificazione univoca, ubicazione, frequenza delle verifiche, metodo di verifica, criteri di accettazione e provvedimenti da adottare qualora i risultati non fossero soddisfacenti;
- identificare le apparecchiature biomediche mediante contrassegno appropriato o documenti approvati di identificazione per evidenziare lo stato di controllo;
- conservare le registrazioni relative alle manutenzioni preventive e ai controlli delle apparecchiature biomediche;
- assicurare che le condizioni ambientali siano adatte alle operazioni di manutenzione preventiva e controllo;
- assicurare che la manipolazione, la custodia e la conservazione delle apparecchiature biomediche siano adatte a mantenere l'accuratezza e l'idoneità richiesta;
- evitare che le apparecchiature biomediche subiscano interventi che possano pregiudicare il controllo funzionale e di sicurezza.

Alle disposizioni contenute nel presente Capo si atterranno, per quanto di competenza e nella ricorrenza delle previsioni, l'U.O.C. Tecnologie Informatiche ed Ingegneria Clinica, l'U.O.C. Acquisizione beni e servizi e l'UOC Gestione Risorse Tecniche e Tecnologiche.

Art. 33 - Procedure Contabili

La gestione economica, finanziaria, patrimoniale e di economato dell'Azienda è informata ai principi del Codice Civile in materia di contabilità e bilancio di cui agli artt. 2423 e segg., come integrata dalle decretazioni e normazioni statuali, ministeriali e regionali in campo sanitario e di contabilità pubblica, e di cui ai principi contabili nazionali ed internazionali (OIC, IPAS, IAS/IFRS) nel rispetto delle scadenze previste; come peraltro riepilogate nei Decreti del Commissario ad Acta n. 14/2009 e n.60/2011 cui si rimanda.

Fanno parte del sistema di contabilità generale dell'Azienda i seguenti registri e scritture contabili obbligatori in base alle norme civilistiche e fiscali:

- a) il libro delle deliberazioni del Direttore generale e il libro delle adunanze e dei verbali del Collegio sindacale;
- b) il libro giornale;
- c) il libro degli inventari;
- d) il libro mastro;
- e) registro della contabilità di magazzino;
- f) partitari dei debitori e dei creditori;
- g) libro dei cespiti ammortizzabili;
- h) registri per la gestione IVA.

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

L'Azienda adotta altresì, con appositi atti del Direttore generale, i seguenti Regolamenti:

- a) Regolamento degli acquisti effettuati in economia ed a mezzo cassa economale;
- b) Regolamento dell'attività di riscossione delle casse aziendali;
- c) Regolamento relativo ai rapporti con l'istituto Cassiere.

L'Azienda, tramite l'azione dell'**U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie**, è impegnata ad assicurare che tutte le procedure contabili garantiscano e realizzino il rispetto dei principi, delle procedure e delle azioni intraprese dalla Regione, e siano indirizzate alla corretta applicazione di quanto previsto nei decreti/delibere regionali (*delibera di Giunta regionale n. 460 del 20 marzo 2007 di approvazione del relativo Piano di rientro, ed all'Accordo tra Stato e Regione Campania, ai sensi dell'art. 1, comma 180, legge 311/2004; Decreto Commissariale n. 14 del 30 novembre 2009; Decreto del Commissario ad Acta n. 11 del 14/02/2011, così come modificato dal Decreto n.*

60/2011.)

Il supporto alla gestione aziendale si esprime nell'attuare le giuste pratiche atte a registrare ogni atto e/o fatto aziendale capace di generare flussi economici e/o finanziari.

Per il perseguimento delle proprie azioni strategiche, sono stati adottati tutti gli atti utili al recepimento delle normative regionali inerenti la materia, ed in particolare:

- Il Manuale dei principi contabili;
- Le Linee - guida per la predisposizione del Regolamento di Amministrazione e Contabilità delle Aziende Sanitarie della Campania;
- Il Piano dei conti di contabilità generale unico regionale (aggiornato da D. n.11/2001);
- Le Linee Guida per la definizione del Piano dei Centri di Costo e dei Centri di Responsabilità corredate dal "Piano dei Centri di Costo e dei Centri di Responsabilità", dal "Piano dei Fattori Produttivi" e dalle "Schede di Budget" che definiscono i principi per la tenuta della Contabilità Analitica, atti a garantire l'omogeneità dei sistemi di rilevazione delle singole aziende e la confrontabilità dei dati a livello regionale;
- Il Modello di Nota Integrativa
- Il Manuale dei principi di consolidamento e delle relative procedure.

Le principali attività assicurate dall'U.O.C. G.R.E.F. consistono:

- nella predisposizione del Bilancio Economico di Previsione e del Bilancio d'Esercizio;
- nella rendicontazione economica trimestrale;
- nella tenuta della contabilità generale;
- nell'attuazione degli adempimenti fiscali e contributivi;
- nell'emissione di tutti i mandati di pagamento e delle reversali di incasso.

In maniera analitica detta U.O.C. cura:

- Contabilizzazione delle fatture passive;
- Verifica di cassa trimestrale, emissione ordinativi di pagamento e di incasso nei rapporti con l'Istituto Tesoriere;
- Gestione c/correnti postali;
- Registrazione cessioni di credito e procure;
- Emissione di mandati di pagamento per rimborsi ad assistiti;
- Emissione di fatture attive;
- Contabilizzazione e definizione degli incassi derivanti dai corrispettivi, dalle sperimentazioni, dalle donazioni ed elargizioni e dall'attività libero professionale, dalla medicina legale e dalla medicina fiscale;
- Contabilizzazione dei contributi in conto esercizio ed in conto capitale e rendicontazione dei finanziamenti ministeriali e regionali a destinazione vincolata;

- Gestione adempimenti Personale dipendente e convenzionato: emissione dei mandati per le competenze mensili, per i contributi previdenziali ed assistenziali, per gli assegni al nucleo familiare, per la gestione del quinto, per gli alimenti, pignoramenti, per le quote CRAL, elaborazione ed emissione mandati premio INAIL acconto e saldo personale dipendente;
- Analisi e studio delle problematiche aziendali in tema di IVA, IRPEF, IRES, IRAP, ICI, IMU, INAIL e INPS e relazione con gli Uffici Istituzionalmente predisposti alle varie imposte;
- Predisposizione e invio delle dichiarazioni previste dalla normativa fiscale per ogni singola imposizione;
- Predisposizione dei relativi versamenti mensili contributivi e fiscali;
- Tenuta della Contabilità Separata per l'Attività Commerciale ai fini fiscali;
- Tenuta della Contabilità Separata per l'Attività Libero Professionale Intramoenia;
- Adempimenti come sostituto d'imposta ed invio del relativo modello 770 semplificato aziendale;
- Adempimenti UNICO Enti non Commerciali A.S.L.;
- Adempimenti UNICO Enti non Commerciali Gestioni Liquidatorie e Stralcio ex UU.SS.LL. 21, 22, 23, 24, 25 e 26;
- Predisposizione Conto Economico di Previsione annuale e pluriennale;
- Monitoraggio trimestrale costi e ricavi: redazione del conto economico di periodo con rilevazioni esplicative di dettaglio;
- Redazione del Bilancio d'esercizio e relativi allegati con predisposizione delle scritture di assestamento e di chiusura;
- Compilazione e tenuta libri contabili obbligatori;
- Contabilità inerente le Gestioni Liquidatorie e Stralcio ex UU.SS.LL. 21, 22, 23, 24, 25 e 26;
- Predisposizione dei Flussi Informativi Regionali e Ministeriali: Modello CE Trimestrale, Modello CE Preventivo, Modelli CE e SP Consuntivi;
- Gestione contabile del patrimonio aziendale e dei cespiti;
- Supporto all'U.O. Affari Legali circa la verifica delle posizioni creditorie attivate giudizialmente.



Capo VI – Strutture di Direzione Strategica

Art. 34 - Strutture di supporto alla Direzione Sanitaria

Fanno Parte dello Staff di Direzione Sanitaria:

- UOC Prevenzione e Protezione Aziendale
- UOC Servizio Ispettivo Sanitario
- UOC Formazione e Aggiornamento
- UOC Qualità – Risk Management
- UOC Tecnologie Informatiche e Ingegneria Clinica
- UOC Project Management e Fundraising
- UOC Appropriatazza clinica e organizzativa
- UOC Controllo di Gestione, Budgeting
- UOC Comunicazione, Marketing ed URP
- Servizio delle professioni sanitarie

UOC Prevenzione e Protezione Aziendale

Ai sensi dell'articolo 31 comma 6 del D. Lgs. 81/08 è istituito il Servizio di Prevenzione e Protezione della ASL Napoli 2 Nord. Il Servizio di Prevenzione e Protezione di quest'Azienda dipende direttamente dal Direttore Generale in quanto Datore di Lavoro; la designazione del suo Responsabile e dei suoi componenti è effettuata ai sensi degli articoli 17 e 32 del D.Lgs. 81/08.

Il Servizio di Prevenzione e Protezione così come definito dal D. Lgs. 81/08 all'art. 2 lett. I) costituisce "...l'insieme delle persone, sistemi e mezzi interni all'azienda, finalizzati all'attività di prevenzione e protezione dai rischi professionali per i lavoratori...". La normativa attribuisce al SPP la natura di organo di consulenza tecnico-scientifica per il Datore di Lavoro riguardo tutto ciò che attiene alla promozione e alla tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori e delle lavoratrici e di quanti accedono legittimamente agli ambienti aziendali.

Promuove la cultura della sicurezza e della salute in azienda e le condizioni che garantiscono il più alto grado possibile di qualità della vita lavorativa all'interno dell'azienda, di protezione della salute dei lavoratori e di prevenzione di malattie e infortuni professionali, attraverso l'individuazione delle fonti potenziali di pericolo presenti negli ambienti lavorativi, la valutazione dei rischi, l'individuazione delle misure per garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza. Costituisce l'organo tecnico consultivo della Direzione Generale per l'attuazione delle politiche di sicurezza e salute sul lavoro con il coinvolgimento degli operatori aziendali, secondo l'articolazione delle responsabilità previste dalla legge.

Il Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP) si avvale della collaborazione degli altri Servizi Aziendali per l'individuazione e l'eventuale riduzione dei diversi fattori di rischio lavorativo e partecipano alla riunione annuale per discutere delle varie problematiche inerenti la sicurezza del lavoro.

Il SPP svolge i compiti individuati dall'articolo 33 del D.Lgs. 81/08, che in sintesi possono essere riassunti nei seguenti punti:

- Individua i fattori di rischio presenti negli ambienti di lavoro e conseguente valutazione e identificazione delle misure di prevenzione e bonifica, comprese quelle relative alla radioprotezione;
- elabora le misure preventive e protettive anche dal punto di vista igienistico ed i sistemi di controllo di tali misure;
- elabora le procedure di sicurezza per le varie attività aziendali attraverso il coordinamento e la partecipazione ai gruppi di lavoro e/o tavoli tecnici aziendali per la Sicurezza con la UOC Gestione Risorse Tecniche, con le Direzioni Sanitarie anche a supporto del Comitato Infezioni Ospedaliere e partecipazione a tavoli di coordinamento per il Rischio Clinico con la UOC Risk Management;
- redige ed aggiorna il Documento di Valutazione dei Rischi (DVR) e di tutti i documenti specifici per ciascun presidio ad attività continua (valutazione dei rischi, piani di emergenza, anti-incendio, cartellonistica) e richiede la collaborazione con l'Esperto Qualificato in applicazione delle norme dettate dal D.Lgs. 203/95;
- partecipa, sotto il profilo tecnico, alla scelta dei dispositivi di protezione individuali, da utilizzare nelle attività lavorative;
- partecipa alle consultazioni in materia di tutela della salute e sicurezza sul lavoro con gli organi competenti e fornire ai lavoratori le informazioni previste dalla normativa in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro e proporre i programmi di informazione e formazione dei lavoratori di cui all'art.36 del D.Lgs. 81/08.
- partecipa alle consultazioni in materia di tutela della salute e sicurezza sul lavoro, nonché alla riunione periodica di cui all'art. 35 del D. lgs n. 81/2008.
- fornisce ai lavoratori le informazioni previste dalla normativa in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro. redazione del Piano di Miglioramento Aziendale (documento programmatico che riassume tutte gli interventi ritenuti necessari per la risoluzione delle criticità riscontrate);
- gestione del Modello Organizzativo della Sicurezza (S.G.S.S.L.) secondo le norme UNI INAIL 2001 anche integrato nel modello organizzativo per la gestione del paziente.

UOC Servizio Ispettivo Sanitario

Il Servizio Ispettivo Sanitario svolge la propria attività istituzionale procedendo a verifiche richieste dalla Direzione Strategica. Opera nelle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, sia pubbliche che private, nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate e nelle farmacie pubbliche e private.

Le verifiche sono disposte ed effettuate periodicamente secondo un programma di attività nei vari settori e sono calendarizzate dal Direttore della UOC, salvo casi di urgenza o per specifiche esigenze.

Oltre alle funzioni di verifica su atti e circostanze in materia sanitaria e socio-sanitaria, verifica la qualità dei servizi erogati e il grado di soddisfazione dell'utenza al fine di valutare l'esatta applicazione delle normative nazionali e regionali in materia di assistenza sanitaria e socio-sanitaria per garantire un reale avvicinamento alle istituzioni deputate alla tutela della salute, e dei diritti dei cittadini .

UOC Formazione e Aggiornamento

L'Unità Operativa Complessa Formazione e Aggiornamento è da considerare come "nucleo centrale organizzativo e gestionale di coordinamento e realizzazione di tutte le attività corsuali, seminariali, congressuali, di informazione, aggiornamento, riqualificazione e formazione del personale dipendente e convenzionato".

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

L'U.O. collocata in Staff alla Direzione Sanitaria, si avvale di apposito regolamento e svolge, in particolare, le seguenti funzioni:

- realizzare l'analisi dei fabbisogni formativi, finalizzata alla predisposizione di un Piano Annuale della Formazione, in diretta relazione agli obiettivi strategici dell'Azienda;
- elaborare e proporre alla Direzione Generale il piano annuale per la formazione;
- partecipare alla pianificazione, programmazione, progettazione, organizzazione, attuazione delle singole iniziative formative, finalizzate al mantenimento e allo sviluppo delle conoscenze, competenze ed abilità dei dipendenti e convenzionati delle varie aree contrattuali;
- definire, organizzare e gestire le iniziative formative collettive, contenute nel piano annuale, quelle da attivarsi per disposizioni di legge, regolamenti o convenzioni, ovvero per l'esecuzione di progetti per obiettivi specifici;
- accreditare il PFA nel sistema ECM Regionale, custodirne il database dei crediti formativi di dipendenti e convenzionati e valutare i risultati della formazione e delle performances dei discenti;
- curare la didattica ed il tutoraggio di tutte le attività formative, concordando con i Responsabili Scientifici e i Docenti, i contenuti, la metodologia didattica, i supporti formativi da utilizzare, i criteri di valutazione, la predisposizione e la distribuzione del materiale didattico;
- gestire e controllare l'attuazione dei percorsi formativi, sia quando richiedono lo svolgimento in ambito residenziale, sia quando prevedono l'utilizzo di tecnologie informatiche (quali l'e-learning) e vengono sviluppati con le metodologie della Formazione a Distanza (FAD), sia quando rivestano la caratteristica di formazione sul campo (FSC);
- pianificare e realizzare attività di verifica e validazione dei progetti formativi;

- provvedere alla gestione dei fondi economici assegnati annualmente alla formazione aziendale per le varie aree contrattuali della dipendenza (sanitaria, amministrativa e tecnica) e dei medici convenzionati;
- valutare preventivamente le richieste di patrocinio aziendale e le richieste di convenzione con le Scuole di Specializzazione e con le Università per le attività di tirocinio e autorizzare le richieste di dipendenti a poter svolgere attività di didattica e di formazione al di fuori dell'Azienda ai sensi delle leggi vigenti;
- gestire la formazione di base demandata all'Azienda, la formazione manageriale e promuovere i progetti di formazione interaziendali;
- pianificare e realizzare attività di progettazione di percorsi formativi per dipendenti e convenzionati, anche attraverso la collaborazione con soggetti esterni alla funzione;
- collaborare ai piani di sviluppo, avviamento ed inserimento del personale;
- coordinare lo sviluppo, la verifica, il mantenimento e il miglioramento continuo di un Sistema di gestione per la Qualità nell'ambito della U.O.C. Formazione;
- coordinare le richieste d'uso dei locali per incontri, seminari, etc.;
- curare e gestire la formazione post base;
- curare la tenuta dei vari archivi per la formazione;
- contribuire a gestire il portale aziendale dedicato all'area della formazione e la piattaforma FAD anche con il supporto di soggetti esterni alla funzione;
- curare e gestire l'attività formativa conto terzi dell'Azienda, autofinanziata e finanziata con fondi Europei, nazionali o regionali;
- coordinare il comitato scientifico aziendale per l'accreditamento dei progetti ECM;
- presiedere e coordinare le commissioni aziendali per la formazione delle varie aree contrattuali;
- curare e gestire nell'Azienda, in collaborazione con i Servizi interessati, le attività della Rete Specialistica Universitaria Regionale e dei Poli Didattici Aziendali;
- attuare i progetti di ricerca finalizzati in ambito Aziendale;
- curare i rapporti con le varie istituzioni regionali e nazionali dedicate all'istruzione didattica e formazione;
- Referente dell'Università per le attività Didattiche delle sedi non universitarie (Poli Didattici Universitari) su delega del Direttore Generale.

L'Unità Operativa Complessa Formazione ed Aggiornamento rivolge la sua attività prevalentemente a tutti i dipendenti e convenzionati della ASL Napoli 2 Nord e predispone progetti ed eventi formativi rivolti a terzi istituzionali e non, collaborando con Università, Enti di Formazione Accreditati per la realizzazione di Master e/o attività professionalizzanti espletate nelle strutture aziendali.

La U.O.C. Formazione persegue i seguenti obiettivi strategici annuali contenuti nel Documento di Budget e concordati con la Direzione Strategica Aziendale:

- Realizzazione del Piano Formativo Aziendale finalizzato al perseguimento di obiettivi di formazione a supporto della programmazione aziendale per tutte le Aree Contrattuali in attuazione ART. 14 D.lvo 229/99-ATTIVITA' DI EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA;
- Applicazione delle linee guida regionali in materia di ECM e Rendicontazione attività formative espletate in qualità di Provider regionale ECM;
- Implementazione di procedure univoche, omogenee ed uniformi sul territorio aziendale e riassetto dell'organizzazione strutturale e funzionale della UOC Formazione e Aggiornamento al fine del contenimento della spesa:
 - Implementazione della Rete Specialistica Universitaria e della Rete Tirocini pre e post Laurea.
 - Gestione dei Poli Didattici Universitari.

Inoltre, l'U.O.C. Formazione e Aggiornamento è sede del Corso Regionale Specifico per Medici di Medicina Generale di cui il Direttore U.O.C. è Referente Aziendale Regionale e del Corso Medical Care di cui il Dirigente è Direttore. Ambedue i corsi sono attivati su indicazione del Ministero della Salute.

Le attività del Piano Formativo Aziendale sono realizzate nei Poli Didattici aziendali oltre che nelle sedi dei Distretti Sanitari dell'Azienda dotati di spazi e attrezzature didattiche dedicate. Le attività dei Poli Didattici Universitari sono espletate nelle strutture individuate di Pozzuoli e Frattaminore.

L'U.O.C. Formazione è Referente, per l'Azienda Napoli 2 Nord, della Rete Specialistica Universitaria e dei Tirocini in attuazione del protocollo di intesa Università-Regione.

UOC Qualità – Risk Management

La qualità e la sicurezza delle cure costituiscono una componente strutturale dei Livelli Essenziali di assistenza (LEA). La sicurezza dei pazienti è uno dei fattori determinanti la qualità delle cure e, pertanto, è uno degli obiettivi prioritari del Servizio Sanitario Nazionale: ricevere cure sicure è un diritto del paziente.

Il Consiglio d'Europa ha riaffermato la centralità del paziente fissando i principi di base dei diritti del paziente: accesso alle cure, tutela di consenso e privacy, diritto all'informazione.

Questi principi sono stati tradotti in standard di sicurezza delle cure per promuovere una cultura "positiva" della sicurezza ed ha determinato lo sviluppo di una costante attenzione al "governo clinico", ed a come gestire il rischio clinico, mediante un approccio sistemico, per identificare ed esaminare i fattori che influenzano la pratica clinica in ogni suo stadio fornendo indicazioni per appropriati interventi di prevenzione/riduzione del rischio e finalizzato al miglioramento assistenziale in termini di appropriatezza e di sicurezza delle cure.

Tra gli aspetti della sicurezza del paziente a cui il Consiglio d'Europa rivolge da tempo la propria attenzione, rientra la prevenzione ed il controllo delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), in particolare circa la notevole diffusione in ambito ospedaliero degli organismi multiresistenti agli antibiotici.

La UOC Qualità – Risk Management ha tra i suoi compiti:

- Graduale implementazione di un Sistema di Gestione della Qualità;
- Promozione di buone pratiche mediante attività di auditing con offerta di supporto tecnico e metodologico a tutte le strutture cliniche ed organizzative per l'introduzione e l'implementazione di percorsi, procedure e istruzioni operative finalizzati al miglioramento delle cure, della prevenzione e del sostegno all'utente/paziente ed ai suoi cari;
- Informazione e formazione permanente del personale in tema di cultura della qualità e sicurezza delle cure;
- Analisi attraverso un collaudato percorso reattivo di Risk Management degli incidenti occorsi in ambito Aziendale con elaborazione delle misure per prevenirne la reiterazione;
- Individuazione, attraverso l'analisi periodica dei dati provenienti dal Programma Nazionale Esiti, dal Comitato Valutazione e Gestione Sinistri Aziendale, dai Reclami dell'Utenza e dalle segnalazioni spontanee, di aree che necessitano di interventi a sostegno della sicurezza, dell'efficienza ed efficacia dell'attività;
- Implementazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute che traggono origine dalla raccolta ed analisi dei dati relativi ad Eventi Sentinella - Sistema SIMES nazionale;
- Implementazione di Percorsi, Raccomandazioni e Buone Pratiche anche su impulso della Regione Campania;
- Implementazione e revisione di procedure e protocolli che le esperienze locali gli audit e le inchieste sul campo hanno dimostrato essere utili e/o necessari;
- Assolvimento dei debiti informativi nei confronti degli Enti sovraordinati compreso quanto richiesto dal Sistema SIMES e dall'Agenas;
- Partecipazione attiva ai progetti locali e nazionali inerenti le tematiche di qualità e sicurezza delle cure;
- Redazione periodica di un Documento dei Controlli di Qualità Aziendale finalizzato al monitoraggio dell'applicazione di quanto implementato in Azienda in tema di Qualità e Sicurezza delle Cure attraverso indicatori appositamente costruiti e audit;
- Redazione periodica di un documento di Mappatura dei Rischi risultante dall'elaborazione dei dati ricercati direttamente dal personale della U.O. attraverso l'elaborazione di indicatori ed audit e di quanto pervenuto dalle altre articolazioni Aziendali
- Raccolta dei fabbisogni formativi delle singole strutture sugli specifici protocolli e procedure di Qualità e Sicurezza delle cure e partecipazione alla redazione e realizzazione di eventi formativi specifici di concerto con le linee di produzione e le articolazioni aziendali preposte.

Servizio delle professioni sanitarie

Al fine di dare compimento a quanto previsto dalle indicazioni della legge del 10 agosto 2000 n. 251 e dalla Legge Regionale del 10 aprile 2001 n. 4, e per valorizzare tutte le professioni sanitarie, l'Azienda costituisce il Servizio delle professioni sanitarie. Tale servizio che espleta le funzioni individuate dalla normativa di riferimento e, utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi, ha il compito di assicurare un'adeguata risposta ai bisogni di salute dei singoli e della collettività mediante l'ottimizzazione, il coordinamento e il controllo della qualità delle prestazioni delle professioni sanitarie (professioni infermieristiche e ostetriche, professioni della riabilitazione, professioni tecnico sanitarie, professioni di tecnico della prevenzione e del Servizio Sociale Professionale).

Il compito del responsabile del servizio, per gli aspetti di competenza, è quello di concorrere all'individuazione e realizzazione degli obiettivi individuati dalla Direzione Generale e Strategica per la programmazione, organizzazione, gestione, verifica e controllo dell'erogazione delle prestazioni proprie della specifica area professionale legate alla promozione della salute, prevenzione, cura e riabilitazione, rispettando quanto specificatamente contenuto nel regolamento di attuazione della Legge Regione Campania in premessa richiamata e cioè il D.G.R.C. n. 336/2003.

Il servizio delle professioni sanitarie è collegato con i Servizi Infermieristici e delle altre Professioni Sanitarie e Sociali a livello Ospedaliero, Distrettuale, Dipartimentale e di Unità Operativa o Servizio – Servizi cui è preposto personale anche con incarichi di posizione organizzativa, di coordinamento complesso e semplice.

Per ragioni di carattere organizzativo, funzionale e gestionale, tali funzioni, sono collocate in staff alla direzione aziendale e in stretto rapporto con le altre strutture organizzative centrali.

UOC Appropriatelyzza clinica ed organizzativa

La ricerca dell'appropriatezza delle cure e delle organizzazioni in sanità in ragione degli obiettivi fissati ha assunto un rilievo crescente nelle Organizzazioni sanitarie. Ciò è accaduto perché garantire l'appropriatezza significa ad un tempo assicurare una risposta efficace al bisogno di salute della popolazione ed una corretta allocazione delle risorse umane e tecnologiche disponibili. Tuttavia, il perseguimento dell'appropriatezza richiede un continuo aggiornamento delle procedure, delle tecnologie e delle organizzazioni, in funzione delle evoluzioni che bisogni competenze e strumenti mettono in campo. L'UOC Appropriatelyzza clinica ed organizzativa assume quale compito essenziale il monitorare, promuovere e perseguire iniziative volte a migliorare l'appropriatezza. In tale azione è data priorità a quelle attività che sono finalizzate al raggiungimento degli obiettivi assegnati all'Azienda e a quanto previsto dal Programma Nazionale Esiti.



UOC Comunicazione, Marketing ed URP

L'UOC promuove la cultura dell'Umanizzazione della Privacy, della Comunicazione, del Clima e del Benessere Organizzativo e della partecipazione anche attraverso il Comitato Unico di Garanzia.

Cura i rapporti con le Associazioni di Volontariato, le Associazioni di tutela dei Cittadini e la Commissione Mista e Partecipativa, elabora la carta dei Servizi e il Piano di Comunicazione.

Gestisce il Portale e i Social Media Aziendale. Utilizza gli strumenti e le tecniche del Marketing per i fini istituzionali.

Art. 35 – Strutture di supporto alla Direzione Amministrativa

Fanno parte dello Staff di Direzione Amministrativa:

- UOC Servizio Ispettivo Amministrativo
- UOC Affari Legali
- UOC Gestione Risorse Umane
- UOC Affari Generali
- UOC Acquisizione Beni e Servizi
- UOC Gestione Risorse Economico Finanziarie
- UOC Sistema Premiante, Sistema di Valutazione e Relazioni Sindacali
- UOC Gestione Risorse Tecniche e Tecnologiche
- UOC Direzione Amministrativa Ospedali Area 1
- UOC Direzione Amministrativa Ospedali Area 2

Di alcune Strutture si sono definiti i compiti e gli obiettivi già in altri articoli del presente Atto.

UOC Servizio Ispettivo Amministrativo

Ai sensi dell'art. 1, 62° c. della Legge 23.12.1996 n. 662, nell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 Nord, costituita con delibera della G.R.C. n. 505 del 20.03.2009, è istituito il Servizio Ispettivo Amministrativo, Unità Operativa Complessa le cui attività sono disciplinate con apposito Regolamento.

L'attività del Servizio Ispettivo Amministrativo in via ordinaria è finalizzata all'accertamento dell'osservanza delle vigenti disposizioni in materia d'incompatibilità per i dipendenti tutti e di incompatibilità di rapporto di lavoro a tempo pieno o a tempo parziale e di svolgimento di libera attività professionale intra ed extra muraria per il personale medico e veterinario, di consulenze e di consulti, nonché cumulo di impieghi e incarichi di cui all'art.1, commi 5, da 56 a 60 e 123 della legge 23.12.1996 n. 662, successive disposizioni attuative di cui all'art. 3 e 6 del DM Sanità 31.07.1997, oltre all'art. 58 del D. Lgs del 3.2.1993 n.29 e s.m.i.

Ai sensi, altresì, dell'art.17 dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e dell'art.17 dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, nonché dell'art.25 dell'Accordo Collettivo Nazionale del 17.12.2015 per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali, il S.I.A. procede, inoltre, ad accertare la sussistenza sia delle situazioni di incompatibilità che a verificare la correttezza amministrativa dell'esercizio dell'attività professionale in capo ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta ed ai medici specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali, titolari di rapporto convenzionale nell'ambito dell'ASL Napoli 2 Nord.

Le attività di controllo effettuate dal S.I.A si svolgono secondo verifiche a campione, con cadenza

annuale, su tutti i dipendenti e sul personale convenzionato e sono finalizzate sia all'accertamento dell'osservanza delle disposizioni normative sia in materia di incompatibilità che relativamente alla correttezza amministrativa nell'esercizio delle attività professionali. Il campione dei soggetti, da sottoporre alla verifica, è determinato dal S.I.A., mediante sorteggio tra i numeri di matricola e/o lettere alfabetiche del personale dipendente dei diversi ruoli, nel limite del 5 % dei dipendenti di ciascun ruolo e del personale Convenzionato.

In via Straordinaria il S.I.A. procede a disporre accertamenti specifici delle posizioni di singoli soggetti di cui all'art. 1 del presente Regolamento, qualora sia formalmente richiesto da: a) Direzione Generale dell'Azienda, b) Direzione Generale di altre AA.SS.LL. o AA.OO. o Enti di cui all'art.3 del Decreto Ministero della Sanità del 31.7.1997, per i dipendenti di dette strutture, come previsto dall'art. 6, 2° c. del D.M. citato. Il S.I.A. può disporre, sempre in via stra-ordinaria, ulteriori accertamenti previo parere favorevole della Direzione Generale sulla base di segnalazioni esterne o su richiesta del Direttore Generale. Il S.I.A., altresì, procede previo parere favorevole del Direttore Generale ai controlli nei confronti dei singoli servizi ed unità operative aziendali a seguito di segnalazioni, di denunce giunte al SIA o su richiesta del Direttore Generale.

Il S.I.A. svolge, inoltre, ogni altra funzione di accertamento e controllo sulle attività amministrative poste in essere da tutte le strutture aziendali siano esse centrali che periferiche ad esso demandata dalle leggi, dal suo regolamento e dalla Direzione Generale; svolge altresì su espresse disposizioni del D.G. attività ispettivo/amministrativa su tutte le strutture esterne accreditate cliniche comprese.

UOC Affari Legali

L'UOC Affari Legali provvede alla tutela legale dei diritti e degli interessi dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 Nord. È organizzata in struttura autonoma.

Nell'ambito delle proprie competenze l'attività della UOC è uniformata ai principi di indipendenza di giudizio, intellettuale e tecnica, nonché di autonomia dalle altre strutture previste in organico, dalle quali non può subire condizionamenti. Gli avvocati esercitano le funzioni loro proprie, con sostanziale estraneità all'apparato amministrativo aziendale, e agli stessi non possono essere affidate attività di mera gestione amministrativa.

La UOC assicura e provvede alla gestione del contenzioso, sia attivo che passivo, mediante la rappresentanza, assistenza e difesa della ASL Napoli 2 Nord nei giudizi in cui essa è parte, innanzi alle Autorità Giurisdizionali, ovvero innanzi agli organismi di mediazione obbligatoria, nelle materie previste dall'art. 5 del DLgt 28/2010 e smi.

La costituzione in giudizio dell'azienda avviene previo conferimento di *procura ad litem* del Direttore Generale, in favore del singolo avvocato assegnatario della gestione della controversia. Laddove, ad insindacabile valutazione dell'Avvocatura Aziendale, per motivi inerenti all'organizzazione del lavoro, la costituzione venga predisposta a mezzo di una pluralità di Avvocati difensori, la relativa procura sarà rilasciata in forma congiunta e, per quanto *infra*, anche disgiunta. La UOC provvede altresì ad assicurare la funzione consultiva, mediante la stesura di pareri tecnico-legali, nonché mediante il supporto consulenziale inerente a problematiche di particolare complessità giuridica in ambito istituzionale.

UOC Tecnologie Informatiche e Ingegneria clinica

La UOC Tecnologie Informatiche e Ingegneria Clinica è l'Unita Operativa preposta al governo ed allo sviluppo del sistema informativo aziendale. I compiti e gli obiettivi della UOC comprendono:

- Governance, definizione delle strategie e sviluppo IT per un allineamento continuo rispetto alle necessità dell'Azienda nell'ambito delle risorse disponibili
- Selezione ed adozione delle più efficaci ed efficienti soluzioni ICT per la realizzazione delle strategie dell'Azienda
- Garantire il continuo funzionamento nonché l'appropriata evoluzione e costante miglioramento delle performance e della sicurezza dell'infrastruttura IT
- Supporto all'utenza interna per il miglior uso degli applicativi aziendali
- Disegno, sviluppo (in caso di soluzioni built-in), attivazione e gestione degli applicativi software
- Formazione ed affiancamento del personale interno nelle fasi di change management ed early life support conseguenti all'adozione di nuove soluzioni IT
- Gestione dei processi di acquisto e gestione dei contratti per beni e servizi in area IT
- Collaborazione ed indirizzo delle altre U.O. aziendali relativamente all'adozione ed integrazione di soluzioni IT per il raggiungimento degli obiettivi preposti.

La UOC attraverso lo sviluppo e la gestione delle Tecnologie Informatiche svolge i seguenti compiti:

- Partecipazione e supporto alla fase di definizione tecnica degli investimenti per l'area dei sistemi di elaborazione e comunicazione dati.
- Monitoraggio, manutenzione e gestione guasti dei sistemi centrali aziendali
- Integrazione, gestione e manutenzione dei database aziendali.
- Installazione diretta o tramite società esterne di sistemi informatici/informativi aziendali
- Conduzione diretta o tramite società esterne sistemi informatici/informativi aziendali
- Aggiornamento e manutenzione diretta o tramite società esterne di sistemi informatici/informativi aziendali.
- Integrazione di sistemi e procedure informatiche di terze parti e/o proprietarie
- Implementazione e gestione di politiche di sicurezza per la continuità del servizio ed il disaster recovery
- Definizione ed esecuzione di politiche di backup, conservazione e restore finalizzate alla salvaguardia dei dati
- Gestione degli aspetti tecnologici dei portali aziendali aziendale
- Definizione, implementazione e gestione dei servizi aziendali di accesso ad Internet
- Coordinamento delle attività di Operation management per l'area di competenza

- Definizione , implementazione e monitoraggio delle soluzioni di security a tutela dei sistemi e dei dati aziendali
- Gestione tecnologie per videoconferenza
- MDM (Mobile Device Management)
- Valutazione e supporto delle soluzioni di integrazione tra i sistemi informatici aziendali
- Coordinamento dell'attività del personale interno assegnato ai settori di competenza od esterno per progetti afferenti a tali aree

In merito alla gestione delle postazioni di lavoro provvede ad effettuare:

- Installazione e manutenzione SW posti di lavoro
- Coordinamento dell'attività del personale interno od esterno assegnato a compiti del settore di competenza
- Analisi e soluzione, anche tramite l'utilizzo di società esterne, di problemi tecnici legati al singolo PdL
- Gestione guasti e segnalazioni su hardware di sistemi periferici
- Gestione, tracking e monitoraggio guasti, segnalazioni e richieste su hardware e software di base su sistemi periferici
- Gestione database asset informatici e CMS
- Monitoraggio stato delle PdL

Infine, fornisce supporto alla predisposizione studi di fattibilità per l'introduzione o evoluzione di soluzioni applicative in ambito clinico ed in ambito gestionale.

L'ingegneria clinica è un ramo dell'ingegneria biomedica che si occupa della gestione sicura, appropriata ed economica delle tecnologie e delle apparecchiature in ambito clinico. Con questo si intende la valutazione, l'installazione, la manutenzione, l'adeguamento della strumentazione e delle attrezzature in uso nei servizi sanitari e la collaborazione con gli operatori sanitari nell'utilizzo di metodologie ingegneristiche per la soluzione di problemi clinici e gestionali.

L'HTA - HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT è un approccio multidimensionale e multidisciplinare per l'analisi delle implicazioni medico-cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali di una tecnologia (apparecchiature biomedicali, dispositivi medici, farmaci, procedure cliniche, modelli organizzativi, programmi di prevenzione e promozione della salute), attraverso la valutazione di più dimensioni quali l'efficacia, la sicurezza, i costi, l'impatto sociale e organizzativo.

La UOC Tecnologie Informatiche e Ingegneria clinica ha, quindi, anche il compito di organizzare i processi relativi alla gestione delle tecnologie biomediche.

Le sue principali attività sono:

- Implementazione di un processo manageriale, sicuro, economico ed appropriato per l'acquisizione e il mantenimento del parco tecnologico dell'ASL.

- Promozione e sviluppo delle funzioni di valutazione delle tecnologie sanitarie secondo i criteri dell'Health Technology Assessment (HTA);
- Attivazione di processi di gestione e manutenzione correlati alle tecnologie sanitarie, nonché gli aspetti di sicurezza e gestione del rischio legati all'utilizzo delle stesse;
- Programmazione degli acquisti di tecnologie biomediche, informatiche e delle attrezzature tecnico-economiche;
- Approvvigionamento dei suddetti beni, dallo sviluppo dei capitolati tecnici di gara, alla valutazione tecnica, fino al collaudo e presa in carico delle attrezzature a qualsiasi titolo acquisite (acquisto, donazione, noleggio, comodato, ecc.) nonché degli accessori sanitari e non sanitari;
- Approvvigionamento dei servizi manutentivi necessari al mantenimento in efficienza del patrimonio mobile dell'ASL;
- Manutenzione preventiva e correttiva delle apparecchiature ed attrezzature, le verifiche di sicurezza fondamentale, i controlli di qualità;
- Assistenza specialistica al personale sanitario, sia in termini di addestramento all'uso che di supporto alla soluzione di problemi di carattere tecnico;
- Gestione dei beni patrimoniali (inventariazione e dismissione, conto visione, comodato, service, noleggio);
- Acquisizione e gestione dei servizi economici appaltati e non;
- Programmazione dei fabbisogni aziendali di beni sanitari e di beni economici;
- Gestione degli approvvigionamenti dei beni per i singoli centri utilizzatori nel rispetto delle richieste effettuate, dei vincoli contrattuali, del budget assegnato e del ruolo assegnato al Dipartimento Servizi Condivisi;
- Gestione dei rapporti con i fornitori dei beni al fine di ottimizzare i costi, la qualità, i tempi ed il servizio;
- Monitoraggio delle consegne, la ricezione della merce, lo stoccaggio a magazzino e la distribuzione dei beni di competenza.

L'Health Technology Assessment (HTA) nasce circa 40 anni fa, in risposta all'incontrollata diffusione di costose tecnologie sanitarie, come un processo multidisciplinare di valutazione, il cui intento era quello di affermarsi come strumento di supporto alle decisioni relative all'allocazione delle risorse economiche.

L'HTA ha come obiettivo quello di valutare gli effetti reali e/o potenziali della tecnologia, sia a priori che durante l'intero ciclo di vita, nonché le conseguenze che l'introduzione o l'esclusione di un intervento ha per il sistema sanitario, l'economia e la società. E' quindi una branca della ricerca sanitaria che si prefigge l'obiettivo di informare i decisori sull'opportunità e sulle modalità di adozione delle tecnologie sanitarie.

L'HTA si sviluppa come risposta all'esigenza di trovare percorsi che permettano di basare le scelte di politica sanitaria e sanità pubblica, ai vari livelli, sulle migliori evidenze, e si pone come strumento volto a creare un ponte tra mondo della ricerca e mondo della politica (Batista R.,

2006). Le fasi non puramente scientifiche sono state organizzate nei vari Paesi in cui l'HTA ha avuto un livello di formalizzazione e istituzionalizzazione alto e possono venire gestite con modalità differenti (e con gradi diversi di trasparenza) a seconda dei Paesi e dei livelli in cui si attua la valutazione. In Italia l'Age.na.s. sta attivando procedure di coinvolgimento degli stakeholder nelle attività valutative che è chiamata a svolgere direttamente, ispirandosi a principi di trasparenza e partecipazione. Questa iniziativa, insieme alla promozione degli scambi di dati ed esperienze tra le strutture regionali, mira allo sviluppo e alla condivisione generalizzate delle attività valutative a supporto dei diversi livelli decisionali. Al tempo stesso, la stessa Agenzia, partecipa ai network delle agenzie internazionali e della Comunità Europea che conducono HTA allo scopo di condividere informazioni e strategie volte al potenziamento delle capacità di innovazione e di governo delle tecnologie del nostro Servizio sanitario.

Il focus dell'HTA si concentra sugli effetti clinici, sulla sicurezza, sulle performance tecniche e di efficacia, sui costi e sul rapporto costo-efficacia, sulle ripercussioni organizzative, etiche, sociali e culturali delle diverse tecnologie destinate alla salute.

In questo contesto emerge l'esigenza di ricercare il ruolo che i pazienti ed i cittadini possono avere nei processi di valutazione.

E' quindi l'unico strumento multidisciplinare ed efficace in grado di contribuire, per i sistemi sanitari, a raggiungere un obiettivo comune, salvaguardare e migliorare la salute della popolazione, fornendo ai decisori politici la conoscenza delle potenzialità, i vantaggi e gli svantaggi dell'utilizzo delle diverse tecnologie sanitarie, al fine di poter valutare il beneficio effettivo derivante dalla loro utilizzazione.

L'HTA è una forma di ricerca che esamina le conseguenze a breve e lungo termine dell'uso di una tecnologia di assistenza sanitaria, in grado di generare le informazioni qualora i dati siano assenti. L'HTA è visto come strumento di gestione e di supporto alla realizzazione della clinical-governance. Il Piano sanitario Nazionale 2006-2008 riconosce il ruolo dell'HTA nel supporto ai diversi livelli decisionali del Sistema sanitario nazionale e attribuisce un ruolo di coordinamento delle attività di valutazione agli organi tecnici centrali del SSN (ISS e Agenas).

La Legge Finanziaria del 2007 ha previsto che il Ministero della Salute, avvalendosi della Commissione Unica sui Dispositivi Medici (CUD) e della collaborazione istituzionale dell'ISS e dell'Agenas, promuova la realizzazione di studi sull'appropriatezza dell'impiego di specifiche tipologie di dispositivi medici, anche mediante comparazione dei costi rispetto ad ipotesi alternative.

L'importanza dell'HTA sui dispositivi medici è quindi quella di mettere in evidenza e dare "informazioni sull'utilizzo" delle tecnologie e migliorare la loro gestione.

UOC Project management e fundraising

L'innovazione tecnologica, la ricerca di soluzioni organizzative capaci di adeguarsi a bisogni e la possibilità di accedere a risorse esterne mediante la risposta a bandi e call rendono strategica la funzione di un'Unità di Project management e fundraising. Tale struttura assolve una funzione di staff, promuovendo soluzioni organizzative innovative all'interno dell'Azienda e supportando i servizi aziendali, su incarico della Direzione, nel project management. È compito di tale unità anche supportare le Direzioni nell'attribuire alle strutture aziendali gli obiettivi del Direttore Generale, monitorandone il perseguimento. Tale Unità assolve alle attività di fundraising mediante il monitoraggio delle opportunità progettuali messe a disposizione di Enti italiani e internazionali e promuovendo partnership con soggetti esterni, così da sviluppare efficaci sinergie nel promuovere innovazioni utili al perseguimento della mission aziendale.

UOC Affari Generali

La UOC Affari Generali intrattiene le relazioni con gli organi e gli organismi aziendali ed inter-aziendali, in particolare:

- ✓ coordina i rapporti tra la direzione e le articolazioni interne, assicurando l'operatività delle decisioni dell'alta direzione;
- ✓ supporta la direzione nella predisposizione dei progetti, dei documenti strategici e degli atti amministrativi non attribuiti ad altro livello organizzativo interno;
- ✓ effettua monitoraggi e controlli formali e di legittimità sui provvedimenti adottati dalla dirigenza, assicurando la congruenza e l'unitarietà del processo, ferma restando la responsabilità civile, penale e patrimoniale del soggetto che adotta l'atto;
- ✓ si fa carico di tutti gli aspetti relativi alla contrattualistica aziendale non di competenza di altre strutture operative, relazionandosi con l'esterno e con l'interno dell'organizzazione;
- ✓ dirige l'attività del personale assegnato e coordina e gestisce i servizi generali trasversali all'organizzazione;
- ✓ collabora all'attività di risk management e coordina lo sviluppo del sistema etico aziendale;
- ✓ supporta le politiche aziendali in tema di privacy;
- ✓ raccoglie e divulga le disposizioni normative ed elabora regolamenti operativi in collaborazione con i responsabili delle diverse articolazioni aziendali;
- ✓ supporta l'attività del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci e delle Assemblee distrettuali in materia di integrazione sanitaria e socio-sanitaria.

La UOC Affari Generali ha al proprio interno la UOS Coordinamento Segreteria di Direzione, tale struttura ha il compito di sovrintendere all'attività delle strutture di supporto alla Direzione Strategica Aziendale.

UOC Sistema Premiante, Sistema valutazione, Relazioni Sindacali ed ALPI

La UOC partecipa attivamente alle politiche di valorizzazione del personale attraverso:

- predisposizione Ciclo delle Performance in applicazione del Decreto Brunetta 150/2009 e delibere CIVIT ;
- predisposizione e gestione procedura negoziazione degli obiettivi aziendali individuati nel Ciclo delle Performance in sinergia con la Direzione strategica;
- predisposizione ed adozione regolamento del sistema premiante in base al quale sono definite le procedure del percorso valutativo sia per l'area della dirigenza che per il comparto;
- predisposizione e gestione del sistema di verifica dei risultati legato al raggiungimento degli obiettivi (supporto tecnico al Nucleo di Valutazione aziendale)
- attività diretta a sostegno delle procedure ai fini dei corretti adempimenti da parte del Nucleo di Valutazione ai sensi del Piano della Trasparenza e Anticorruzione;
- attività amministrative e contabili relative alla erogazione della retribuzione di risultato e della produttività collettiva.

Il sistema di valorizzazione delle prestazioni è così di seguito programmato:

- la pesatura degli obiettivi che ne individui la strategicità e la complessità;
- la valorizzazione dell'apporto del singolo operatore nel raggiungimento dell'obiettivo;
- l'attribuzione chiara ai singoli dipendenti dell'aspettativa di risultato.

Per i processi di valutazione della dirigenza e del comparto la UOC provvederà ad effettuare:

- attività di supporto tecnico ed amministrativo al Nucleo di valutazione relativamente alla procedura della verifica del raggiungimento degli obiettivi assegnati ai dirigenti ai fini dell'erogazione della retribuzione di risultato;
- monitoraggio data base dirigenza ed attività di supporto tecnico ed operativo ai Collegi tecnici per corretta applicazione degli artt. 4 e 5 del CCNL 98/2001 e successivi e rinnovo e / revoca incarichi di struttura (indennità di esclusività ed equiparazione);
- attività di supporto tecnico ai dirigenti nei processi di valutazione;
- corretta applicazione regolamento sistema premiante al fine dell'erogazione della produttività collettiva;
- attività e procedure per valutazione del personale del comparto;

Infine per il sistema delle Relazioni sindacali la UOC fornirà:

- supporto alla Direzione Strategica Aziendale nella definizione di modalità applicative delle disposizioni contrattuali di leggi e regolamenti relative al personale;
- monitoraggio dello stato delle relazioni sindacali nel rispetto dell'applicazione degli accordi stipulati;
- attività inerenti alle riunioni sindacali - agenda incontri – data base verbali -

- inserimento sulla piattaforma regionale SISAC delle deleghe sindacali area dirigenza e comparto;
- corretta gestione delle relazioni sindacali.

L'Azienda, attraverso questa UOC, promuove e valorizza l'attività libero-professionale intramuraria resa dai propri professionisti individualmente e/o in equipe, e favorisce altresì, nei tempi tecnici più rapidi possibili la reperibilità e la disponibilità di spazi interni adeguati all'attività ambulatoriale e di ricovero.

L'Azienda intende perseguire in modo efficace il contemperamento dei legittimi interessi di cui sono portatori sia gli utenti - ai quali poter offrire un'ulteriore opzione per ottenere prestazioni sanitarie con tempi di attesa ridotti e a tariffe trasparenti rispetto a quelle del mercato privato - sia il personale dirigente e di comparto che, attraverso l'esercizio delle attività libero-professionali, ha la possibilità di ottenere un rapporto personalizzato con l'utente e una maggiore autonomia e responsabilizzazione nello svolgimento delle attività, tenuto conto, altresì, dell'interesse aziendale all'arricchimento delle capacità interne e della contestuale necessità di offrire all'utenza adeguate risposte alla domanda sanitaria.

L'Azienda vigila sull'attività libero-professionale e verifica, altresì, il corretto svolgersi dell'attività libero-professionale ed il perdurare del dovuto equilibrio fra quest'ultima e l'attività istituzionale.

Per quanto attiene alla regolamentazione aziendale dell'istituto, si rinvia al separato atto di organizzazione della libera professione.

L'esercizio dell'ALPI non è in contrasto con le finalità e le attività istituzionali dell'Azienda, ma concorre ad aumentare la disponibilità e a migliorare la qualità complessiva dei servizi resi all'utenza, integrandosi con quella istituzionale, pertanto lo svolgimento della stessa deve essere organizzato in modo tale da garantire l'integrale assolvimento dei compiti d'istituto che restano prioritari rispetto all'attività libero professionale.

Condizione necessaria ed indispensabile per l'esercizio dell'ALPI è l'esplicita espressione da parte dell'utente della sua volontà di affidarsi alle prestazioni di uno o più dirigenti sanitari di sua fiducia, nominativamente prescelti tra quanti operano nell'Azienda.

La libera-professione intramuraria si esercita ordinariamente, al di fuori dell'orario di lavoro e degli impegni di servizio.

L'Azienda, dopo aver esperito le procedure per orientare la retribuzione di risultato al fine della riduzione delle liste di attesa o per far fronte a carenze di organico, può far ricorso, per particolari esigenze istituzionali in accordo con i propri professionisti e le equipe, in via eccezionale e temporanea, alla richiesta di prestazioni istituzionali aggiuntive sia in regime ambulatoriale e di diagnostica strumentale/laboratorio sia di ricovero. Tale attività viene collocata tra le tipologie di libera professione, pur non essendo derivante da proventi di utenza pagante.

L'Azienda istituisce, organizza ed attiva, un apposito ufficio denominato Ufficio ALPI, con compiti di verifica della corrispondenza dell'esercizio dell'ALPI, così come disciplinata dal Regolamento

Aziendale e dalla normativa nazionale e regionale di merito, e garante del controllo degli obiettivi di efficienza/efficacia/qualità relativi all'espletamento della stessa, anche nel quadro di valutazioni etiche e deontologiche nei riflessi dell'utenza e dell'Azienda.

Il suddetto Ufficio si avvale della collaborazione di personale specificatamente formato, ad esso assegnato o cooptato come attività aggiuntiva al proprio compito istituzionale e remunerato come attività progettuale connessa ai Fondi ALPI.

L'ufficio ALPI:

- opera in collaborazione con i competenti Servizi e Settori coinvolti delle strutture Centrali e Periferiche;
- vigila sulla corretta applicazione delle norme regolamentari, suggerendo eventuali modifiche che si renderebbero necessarie nel corso dell'espletamento della stessa attività ALPI;
- istruisce le istanze dei professionisti che svolgono attività intramoenia e le relative pratiche amministrative;
- detiene e pubblicizza l'elenco dei professionisti che svolgono l'attività intramoenia, le specifiche discipline, onorari ed orari delle prestazioni e ne trasmette copia al CUP Aziendale per il seguito di competenza;
- fornisce indicazioni sulle attività di informazione all'utenza per il tramite dell'URP;
- detiene ed aggiorna la complessiva contabilità relativa all'attività espletata da tutti i dirigenti in intramoenia;
- accoglie le richieste di convenzionamento per attività di consulenza, istruendo le relative pratiche amministrative;
- predispone la raccolta di dati utili al monitoraggio periodico dell'attività libero-professionale;
- vigila sul corretto bilanciamento dei volumi di prestazioni erogate in regime libero professionale ed in regime istituzionale;
- propone soluzioni organizzative in collaborazione con le Unità Operative interessate;
- vigila sull'adeguatezza tra quantità di spazi richiesti e concessi ai singoli professionisti ed il reale utilizzo degli stessi;
- predispone la modulistica d'uso.

UOC Acquisizione Beni e Servizi

La U.O.C. assolve alle seguenti attività:

- Supporto alla Direzione Strategica nella redazione del piano annuale e pluriennale di acquisizione di beni e servizi;
- Raccolta dei fabbisogni rilevati dalle singole Strutture proponenti e loro aggregazione al fine di provvedere alla soddisfazione degli stessi secondo caratteristiche simili;
- Comunicazione alla So.Re.SA spa dei fabbisogni per le gare regionali centralizzate per l'affidamento di forniture e di servizi;
- Pianificazione ed espletamento delle gare d'appalto ad evidenza pubblica nelle varie fasi (istruttoria con predisposizione di bandi e disciplinari-pubblicazione-collaborazione con la

- Commissione di Gara per le sedute pubbliche e riservate-aggiudicazione-fase precontrattuale-gestione giuridica contratti per quanto di competenza);
- Acquisti su MEPA;
 - Adesione alle convenzioni Consip spa;
 - Adesione alle convenzioni So.Re.SA spa;
 - Collaborazione con la U.O.C. Affari Legali per la gestione del contenzioso;
 - Attivazione procedure sotto soglia comunitaria in attuazione delle regolamentazione aziendale;
 - Gestione del Budget assegnato dalla Direzione Aziendale;
 - Attuazione delle deleghe formulate dalla Direzione Strategica;
 - Procedimenti di accesso agli atti per la parte di competenza;
 - Economato: attuazione del Regolamento Aziendale;
 - Inventario/Magazzino: attuazione del Regolamento Aziendale;
 - Gestione del Parco Auto;
 - Liquidazione ditte fornitrici.



Capo VII – L'Assistenza Territoriale

Art. 36 – Il Distretto Sanitario

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

Si passa dunque negli anni da un Distretto Sanitario, con le sue Unità Operative stabilite e codificate da specifici compiti e mansioni, nel loro standard di personale normato dalla Legge Regionale n. 32 del 1994, che lavoravano sotto lo stesso tetto senza incontrarsi quasi mai, anzi frammentando e talvolta duplicando ruoli, funzioni e prestazioni, lasciando al cittadino con scarso empowerment, l'abilità di ricomporre a suo vantaggio il puzzle dell'assistenza, ad un Distretto che coglie nei processi di integrazione e condivisione la sua forza e la sua essenza, aprendosi, da un lato verso le Istituzioni sociali ed i suoi raccordi operativi (ambito territoriale, che non a caso si è fatto nel tempo coincidere con l'estensione geografica del Distretto di appartenenza, PUA, Piano di Zona), dall'altro verso le articolazioni aziendali di assistenza per acuti e verso il filone delle cure primarie e domiciliari che rappresentano, in un contesto di scarse risorse economiche, la migliore declinazione di una appropriatezza assistenziale che, ben condotta, trova anche ampia soddisfazione nel paziente e nella famiglia.

Il modello di Distretto Sanitario che l'Azienda Sanitaria Napoli 2 Nord intende realizzare è un modello organizzativo rivolto alla salute, alla sua promozione in ogni senso, alla prevenzione, principalmente primaria e secondaria attraverso l'analisi dei bisogni di salute della popolazione di riferimento, all'analisi del contesto socio-economico-ambientale che necessariamente deve essere individualizzato quale risultato di studi integrati, un modello organizzativo chiaro ma flessibile, che tiene conto nei suoi paradigmi strutturali delle continue modifiche sociali, culturali, ambientali, che abbia occhi aperti sul territorio attraverso le sue Unità Operative e nel contempo utilizzando a piene mani le risorse sociali, culturali, istituzionali, di volontariato e terzo settore, da cui emergono segnalazioni, bisogni, aspettative.

Il Distretto Sanitario della Azienda Sanitaria Napoli 2 Nord dirigerà la sua operatività secondo 3 direttrici di sviluppo (Piano Sanitario Regionale 2011-2013):

1. La logica di sistema per la tutela complessiva della salute – il Distretto Sanitario, nell'ambito della sua autonomia organizzativa e nel solco degli obiettivi aziendali e regionali che di volta in volta saranno assegnati, dovrà necessariamente improntare la sua organizzazione e l'articolazione delle sue attività, sulla base di una piattaforma

programmatica in cui i detentori delle responsabilità sociali e gli stakeholders territoriali possano agire quali apportatori di bisogni e collaboratori operosi nell'esercizio fondamentale della costruzione e poi della modifica continua dei bisogni di salute della popolazione. Solo una corretta, approfondita e continuamente aggiornata analisi del bisogno potrà condurre alla programmazione e pianificazione di azioni e servizi soddisfacenti, sia sotto il profilo squisitamente sanitario che dell'equità e dell'accessibilità.

2. La logica della integrazione delle risposte – su questa logica di sistema fondamentale che avrà condotto ad una condivisa ed esaustiva verifica del bisogno di salute reale della popolazione, seguirà inevitabilmente o sarà comunque perseguita, una altrettanto sistematica integrazione delle risposte al bisogno di salute espresso. Al Direttore del Distretto spetta il compito di produrre l'analisi del bisogno territoriale, da cui partire per la organizzazione interna dei servizi e delle strutture e per creare ponti d'intesa operativa con i Comuni, anche congiuntamente con l'Unità Operativa Complessa Socio-Sanitaria, collocata in sede centrale. Il Piano delle Attività Territoriali (PAT) dovrà necessariamente trarre origine dal contesto sociale ed economico e dovrà altrettanto necessariamente raccordarsi con l'aspetto delle risorse comunali e territoriali in senso lato, attraverso il Piano di Zona di riferimento, per progettare una mappa delle risorse globali e stabilire aree prioritarie di intervento sanitario e socio-sanitario, a loro volta rimodellabili al cambio delle variabili determinanti. Nonostante le differenze fondamentali di ruolo tra Istituzioni e Azienda Sanitaria, la mission ultima di tutti è il benessere del cittadino e ad esso bisogna tendere, ciascuno per il proprio ruolo, ma con azioni sinergiche che, se da un lato migliorano e amplificano la potenzialità positiva di una risposta dall'altro permettono, il più delle volte, che dall'unione delle forze possa derivarne un miglior risultato a più basso costo. Le leggi vigenti infine ci impongono una collaborazione opportuna e obbligata nell'ambito delle problematiche socio-sanitarie e la richiesta del cittadino-utente di veder analizzata e affrontata in maniera unitaria la propria richiesta è sempre più pressante e consapevole
3. La logica aziendale nella gestione delle risorse – la risposta al bisogno socio-sanitario prodotta in una logica di sistema e nel confronto con le autonomie locali, come sopra illustrata, condurrà a superare gli interventi settoriali. Essi dovranno trovare tuttavia un modello erogativo che dovrà seguire modalità d'azioni strutturate, percorsi e procedure regolamentate e condivise, per sfrondate l'operatività dalla singola interpretazione e dalla autoreferenzialità, condizioni che condurrebbero ad una diseguità e disomogeneità di risposte. L'Azienda Sanitaria agirà con percorsi e procedure codificate, con PDTA e linee guida, formalmente adottate e pubblicamente dichiarate, nell'intento ulteriore di amplificare la trasparenza dell'azione sanitaria anche nella sua componente tecnico-amministrativa, nonché per tracciare percorsi di riferimento che integrino macrostrutture diverse in azioni trasversali e complementari, legandole a vincoli di risultato in termini di

efficacia, efficienza, economicità, in ultimo di appropriatezza. Il Direttore di Distretto, nell'ambito della gestione del budget, dovrà commisurare l'entità delle azioni sanitarie programmate alle risorse economiche affidategli, nella garanzia dei LEA e nella necessaria integrazione sia con le altre strutture aziendali sia con i Comuni di riferimento, e con questi ultimi sia per la parte professionale che per la prevista compartecipazione economica alle azioni socio-sanitarie integrate per arrivare ad un modello di welfare community. In questo quadro di logica aziendale non restano men che meno fuori i MMG e PLS. Il loro ruolo di protagonisti della salute del cittadino è per il distretto "una telecamera" esplorativa sul mondo salute e quali committenti interni manifestano la domanda della loro popolazione, diventando a loro volta produttori di salute per la competenza tecnico-professionale che esprimono. Il mondo della Medicina di Base troverà una sua ulteriore valorizzazione nel contesto delle Cure Primarie, delle Cure Domiciliari e Riabilitative, ai cui paragrafi si rinvia per ulteriore approfondimento. Resta forte il legame con il Direttore del Distretto, sia attraverso i consessi istituzionali che, si auspica, mediante un discorso continuo di costruzione della visione della salute in cui, all'aspetto puramente scientifico si affianchino momenti formativi di tipo gestionale ed organizzativo.

La rete dei Distretti

Nella ASL Napoli 2 Nord sono istituiti 13 Distretti Sanitari.

Nelle tabelle che seguono sono indicati i comuni di afferenza dei singoli Distretti con la popolazione residente al 1 gennaio 2015 e le sedi :

Distretto	Comuni	Popolazione al 01/01/2015
35	Pozzuoli, Bacoli, Monte di Procida	121.559
36	Ischia, Barano d'Ischia, Forio, Lacco Ameno, Casamicciola, Serrara Fontana, Procida	74.522
37	Giugliano	121.201
38	Marano, Quarto	100.256
39	Villaricca, Qualiano, Calvizzano	69.174
40	Mugnano, Melito	72.823
41	Frattamaggiore, Frattaminore, Casandrino, Grumo Nevano, Sant'Antimo	113.088
42	Arzano, Casavatore	53.739
43	Casoria	77.874
44	Afragola	65.290
45	Caivano, Cardito, Crispano	72.957
46	Acerra	59.578
47	Casalnuovo	50.046

Distretto	Comuni	Sede
35	Pozzuoli, Bacoli, Monte di Procida	C.so Nicola Terracciano, 21 80078 - Pozzuoli
36	Ischia, Barano d'Ischia, Forio, Lacco Ameno, Casamicciola, Serrara Fontana, Procida	Via Alfredo De Luca, 20 80077 - Ischia
37	Giugliano	C.so Campano, 316 80014 – Giugliano in Campania
38	Marano, Quarto	Via Mario Musella 80016 – Marano di Napoli
39	Villaricca, Qualiano, Calvizzano	Corso Italia 80010 - Villaricca
40	Mugnano, Melito	Via Aldo Moro, 8 80018 - Mugnano di Napoli
41	Frattamaggiore, Frattaminore, Casandrino, Grumo Nevano, Sant'Antimo	Via Padre Mario Vergara 228 80027 – Frattamaggiore
42	Arzano, Casavatore	Via Antonio Cardarelli, 1 80022 – Arzano
43	Casoria	Via Alcide De Gasperi 43 80026 - Casoria
44	Afragola	Via Alcide De Gasperi n. 1 80026 - Afragola
45	Caivano, Cardito, Crispano	Via Santa Chiara 80023 - Caivano
46	Acerra	Via Flavio Gioia, 2 80011 - Acerra
47	Casalnuovo	Via Ravello, 47 Parco Meteora 80013 - Casalnuovo

Modello organizzativo

Il Distretto si configura quale principale punto di accesso alla rete generale dei servizi sanitari e socio-sanitari.

Il Distretto Sanitario rappresenta un tassello importante soprattutto nell'ottica del completamento del processo di aziendalizzazione, attraverso la diffusione dei principi di:

- autonomia organizzativa;
- responsabilità gestionale;
- attenzione alle reali necessità, aspettative e preferenze dei cittadini.

Il Distretto è contiguo alla domanda e va considerato quale momento chiave dell'organizzazione sanitaria per il governo della salute e per il controllo dell'efficacia delle prestazioni e della spesa.

Per ottenere un reale decentramento delle attività sanitarie sul territorio, si impone un forte ripensamento delle logiche programmatiche, al fine di poter definire - in specifica normativa - il ruolo nodale del Distretto Sanitario nell'ambito delle politiche sanitarie.

In più parti del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. viene - infatti - sottolineata l'importanza strategica delle

funzioni distrettuali anche in termini di vere e proprie “unità di misura e di controllo” ove rilevare sia la domanda di salute che la qualità e quantità di servizi offerti.

In altri termini, il Distretto “unità di misura e di controllo”, che ha come obiettivo primario la soddisfazione dei bisogni di salute della popolazione del proprio territorio, deve avere la corretta conoscenza degli stessi, diversificandoli da una mera domanda di prestazioni, indotta e non reale. In tal modo potranno essere individuate la tipologia e la quantità dei servizi necessari per la loro soddisfazione. 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. Pertanto affinché ciò accada, occorre che il Distretto socio-sanitario sia dotato di autonomia tecnico gestionale ed economico finanziaria, con contabilità separata all’interno del bilancio. E’, 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.

Il riconoscimento al Distretto di una specifica responsabilità all’interno della Azienda, per la integrazione delle attività di assistenza territoriale tra loro e con l’assistenza sociale, costituisce - pertanto - uno degli obiettivi di fondo per una programmazione sanitaria attualizzata al contesto normativo vigente. A tal fine nel Distretto è individuato un Ufficio Socio Sanitario che, in staff alla direzione distrettuale e funzionalmente collegato al Coordinamento Socio Sanitario aziendale, in stretto rapporto con i servizi distrettuali, supporta la direzione distrettuale nella programmazione e realizzazione dell’integrazione tra le attività di assistenza territoriale e con l’assistenza sociale e sovrintende ai processi delle attività di accoglienza e prima valutazione (PUA) nonché a quelli della valutazione funzionale Multidimensionale e della definizione di Progetti Assistenziali Individuali, restando, la gestione di questi ultimi, di competenza dei servizi distrettuali.

Il distretto è il luogo ottimale di esercizio delle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie e delle disabilità. Esso rappresenta altresì la sede più idonea per il confronto con le autonomie locali e per la gestione dei rapporti con la popolazione e, quale garante della salute del territorio, assicura l’espletamento delle attività e dei servizi nonché delle attività organizzative e di coordinamento del percorso sanitario.

Al distretto competono, in primo luogo, l’analisi del bisogno di salute e la promozione di corretti stili di vita della popolazione, e l’erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione e di integrazione sociosanitaria, secondo quanto previsto dai livelli uniformi di assistenza.

Il distretto si identifica con l’area territoriale dove sono presenti tutti i punti di erogazione delle prestazioni socio sanitarie sia pubbliche che private accreditate.

Esso deve sviluppare soluzioni che vadano verso l'integrazione delle risposte assistenziali erogate in ambito sanitario con le risposte assistenziali erogate in ambito sociale o da soggetti terzi.

Esso è strutturato sul modello della "presa in carico". Con tale termine si intende l'operatività attraverso la quale si instaura un rapporto continuo con la Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta che presidia sia la funzione di accoglienza e prima valutazione (PUA) sia la valutazione funzionale Multidimensionale e la definizione di Progetti Assistenziali Individuali.

Il Distretto si configura pertanto quale principale punto d'accesso, non solo ai servizi distrettuali ma alla rete generale dei servizi sanitari e sociosanitari. Tale soluzione si sostanzia, operativamente, nell'organizzazione di punti di accesso territoriali, governati logicamente dalla PUA distrettuale.

La PUA (Porta Unica di Accesso) è una modalità organizzativa che può prevedere specifici spazi ma deve essere intesa soprattutto come modello e funzione di integrazione e raccordo stabile dei diversi punti e nodi di accesso sanitari e sociali a cui il cittadino si rivolge, eliminando duplicazioni e sovrapposizioni. Ad essa compete:

- la funzione di accoglienza e informazione
- la funzione di valutazione di primo livello, finalizzata ad avviare un percorso di accesso al sistema dei servizi che, a seconda dell'intensità delle situazioni problematiche espresse, semplici o complesse, possa prevedere:
 - o l'invio ai servizi sanitari o sociali
 - o l'attivazione della valutazione multidimensionale finalizzata ad una presa in carico integrata
 - o la attivazione di tutte le risposte necessarie a soddisfare la richiesta ed il bisogno del cittadino in relazione alle risorse disponibili.

Gli attori della Porta Unitaria di Accesso dovranno discriminare il bisogno espresso dal cittadino ed avviare un percorso di accesso al sistema dei servizi che, a seconda dell'intensità delle situazioni problematiche espresse, semplici o complesse, possa prevedere l'invio ai servizi sanitari o sociali o l'attivazione della valutazione multidimensionale finalizzata ad una presa in carico integrata.

Altro strumento fondamentale a disposizione del Distretto e delle varie UOC impegnate nella erogazione assistenziale territoriale è rappresentato dai Progetti Terapeutico-Riabilitativi sostenuti da budget di salute (PTRI).

I PTRI sostenuti da Budget di Salute sono una modalità di erogazione di prestazioni sociosanitarie nel macro-livello "Assistenza territoriale, ambulatoriale e domiciliare" per i micro-livelli: a) Assistenza programmata a domicilio b) Attività sanitaria e sociosanitaria a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie c) Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di tossicodipendenti e/o delle famiglie d) Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali così come disciplinati dall'articolo 46 della

legge regionale 27 gennaio 2012, n. 1.e dall'articolo 7, comma 5, della legge regionale n. 7 del 16 aprile 2012, nelle modalità operative indicate dalla DGR 483 del 21/09/2012.

Attraverso il modello del PTRI è possibile:

- promuovere effettivi percorsi abilitativi individuali nelle aree (corrispondenti al tempo stesso ai principali determinanti sociali della salute e a diritti di cittadinanza costituzionalmente garantiti): apprendimento/socialità/affettività, formazione/lavoro;
- assicurare interventi di inclusione sociale per cittadini in condizioni di fragilità e/o non autosufficienza concomitante o conseguente a patologie psichiche o fisiche a decorso protratto e potenzialmente ingravescente (malattie croniche e/o cronico degenerative e disabilità sociale) o a stati di grave rischio e vulnerabilità per la prognosi che richiedono progetti individuali caratterizzati dalla inscindibilità degli interventi sanitari e sociali, a partenza da bisogni con prevalenza sanitaria ad espressività sociale;
- garantire interventi di inclusione sociale valutati, gestiti e monitorati in maniera integrata e concordata tra operatori sanitari, sociali e del privato, insieme agli utenti ed ai familiari, mediante le Unità di Valutazione Integrate, ovvero attraverso l'intreccio tra iniziativa pubblica e risorse comunitarie, per quanto concerne i metodi e le opportunità di cura e riabilitazione.

Tra i principali compiti del distretto si individuano:

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

Il Distretto, nel ruolo di garanzia dei livelli essenziali di assistenza territoriale, rappresenta l'ambito organizzativo per il governo per la programmazione, l'erogazione e la gestione del budget relativo ai servizi territoriali.

È quindi responsabilità del distretto il monitoraggio delle prestazioni e della relativa spesa. Tale funzione viene assolta anche per le strutture esterne che erogano per conto dell'Azienda servizi sanitari (centro fisiokinesiterapia, laboratori di analisi cliniche, case di cura etc.) Per attuare tale

funzione, anche al fine di garantire standard omogenei sull'intera Azienda, per il governo e il monitoraggio di tale segmento di produzione e/o acquisto di prestazioni è necessario il confronto con le articolazioni aziendali deputate all'analisi del dato complessivo aziendale.

Il distretto, quindi, partecipa alla negoziazione, necessaria ad assicurare i livelli di attività ritenuti necessari ed appropriati per soddisfare reali bisogni di salute della popolazione, così come evidenziato nella fase di analisi dei bisogni e della programmazione territoriale, in coerenza con gli obiettivi strategici ed il budget assegnato a livello aziendale.

I processi di negoziazione sono sia interni, come quelli con le strutture produttive aziendali, sia esterni, nei quali la direzione del distretto coadiuva la direzione strategica, insieme alle Strutture centrali, come la Programmazione ed il Controllo di gestione, nei rapporti con i fornitori dei servizi sanitari e socio-sanitari esterni all'azienda e operanti in regime di accreditamento con il S.S.R.

Il processo di negoziazione comporta l'assegnazione alle suddette strutture di obiettivi stabiliti in linea con le strategie aziendali e regionali riguardanti:

- 1- la produzione delle attività (tipologia, volumi e qualità di prestazioni);
- 2- l'equità e omogeneità nell'erogazione del servizio nell'ambito territoriale di competenza;
- 3- monitoraggio continuo del processo di erogazione delle attività e controllo dei processi; organizzativi finalizzato a garantire la trasversalità e l'interrelazione nella rete dei servizi;
- 4- monitoraggio e valutazione qualitativa dell'attività e dei relativi costi indotti da MMG/PDLS, con particolare riferimento al controllo dell'appropriatezza prescrittiva;
- 5- mantenere un monitoraggio costante degli assetti erogativi in relazione alle risorse assegnate
- 5- garantire la produzione di un sistema di reporting delle attività territoriali che supporti l'attività gestionale delle strutture centrali deputate al monitoraggio aziendale dei dati di produzione e di costo.

Il Direttore del Distretto Sanitario

Al distretto è preposto un Direttore. L'incarico, a tempo determinato, viene attribuito dal Direttore generale dell'azienda, come previsto dalla normativa vigente.

Il Direttore di Distretto è responsabile del funzionamento di tutti i servizi sul territorio. Egli si configura come il "garante" del complesso delle attività sanitarie e amministrative connesse al percorso terapeutico del paziente. E' responsabile, in particolare, delle attività del distretto, della gestione delle risorse umane, strumentali e finanziarie assegnate per il perseguimento degli specifici obiettivi, nonché della programmazione e valutazione delle attività territoriali sanitarie e sociosanitarie e risponde al Direttore generale della suddetta gestione e dei risultati raggiunti.

Al Direttore del distretto sono attribuite le risorse definite in rapporto alle funzioni assegnate ed agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento definiti nel Programma delle attività territoriali distrettuali approvato dal Direttore generale.

Il budget di distretto rappresenta il contenitore logico di tale assunto organizzativo di cui

rappresenta il coerente strumento gestionale. La Direzione del distretto è individuata come Centro di Responsabilità (CdR) che contratta il budget con la Direzione Strategica. Il distretto pertanto è una struttura operativa dell'azienda dotata di autonomia economico-finanziaria e gestionale, con l'attribuzione di specifico budget e con contabilità separata all'interno del bilancio dell'azienda.

Il direttore di distretto, con il Responsabile del Coordinamento socio-sanitario, supporta inoltre la direzione strategica nei rapporti con i sindaci del distretto nonché con gli altri soggetti di cui all'art. 1 della Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali dell'8 novembre 2000 n. 328.

Il Direttore del Distretto è responsabile dello svolgimento delle seguenti funzioni:

- analisi del fabbisogno e della domanda di assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione al fine di garantire percorsi diagnostico-terapeutici con tempi adeguati alle necessità dell'utenza, nell'ambito della programmazione distrettuale;
- gestione, organizzazione e coordinamento delle risorse tecnico-professionali, amministrative, patrimoniali e finanziarie assegnate al distretto;
- definizione dei criteri, in rapporto alle esigenze dei servizi, per l'impiego, la destinazione, i turni ed i congedi del personale, con la relativa allocazione delle risorse attribuite fra le strutture distrettuali;
- organizzazione e coordinamento della rete di servizi distrettuali;
- coordinamento e concertazione con i Responsabili dei Dipartimenti e del Polo Ospedaliero in merito alla programmazione dell'offerta dei servizi sanitari;
- elaborazione della proposta relativa al programma delle attività territoriali distrettuali (PAT);
- monitoraggio dei dati di attività e dei risultati conseguiti in termini qualitativi e quantitativi, in attuazione del programma delle attività territoriali distrettuali;
- coordinamento e verifica del corretto rispetto dei flussi informativi, rispetto alla tempistica e alla qualità/completezza dei dati;
- controllo della regolarità delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie e dell'applicazione delle corrispondenti tariffe, ove previste;
- liquidazione di prestazioni e presidi erogati da fornitori esterni accreditati presenti sul territorio di competenza. Successivi organismi aziendali utilizzano i dati relativi alle liquidazioni effettuate per monitorare l'andamento dei costi e delle prestazioni effettuate.
- promozione e coordinamento delle iniziative nel campo della medicina preventiva e riabilitativa, della medicina sociale e dell'educazione sanitaria, raccordando l'attività con le altre strutture dell'Azienda;
- gestione e smaltimento dei rifiuti prodotti nelle strutture sanitarie afferenti il Distretto;

- attuazione, per delega del Direttore Generale, degli adempimenti di sicurezza per gli ambienti di lavoro previsti dal D.L.vo 81/08 e s.m .

Supporto Amministrativo-Contabile del Distretto Sanitario

Presso ciascuna Direzione di Distretto Sanitario è istituita una funzione di supporto amministrativo-contabile con un referente.

Tale figura supporta la Direzione del Distretto nella gestione del personale, nella gestione degli acquisti in conto economale, per il budget assegnato e nella gestione delle procedure di liquidazione dei servizi affidati al distretto.

Collabora, altresì alla:

1. gestione, monitoraggio e liquidazione delle indennità stipendiali del personale
2. imputazione informatica delle presenze e assenze del personale
3. gestione dei fondi economali assegnati secondo il regolamento aziendale, gestione economale fondi sicurezza, gestione cassa
4. emissione degli ordini di acquisto sulle gare centralizzate e sulle procedure direttamente gestite e relative liquidazioni. Per le procedure direttamente gestite si fa riferimento al regolamento degli acquisti.
5. liquidazione dei servizi appaltati del presidio
6. per le attività di manutenzione e degli uffici tecnici si rinvia ai relativi regolamenti
7. provvede alla definizione di tutte le procedure di gara ed amministrative delle UU.OO. distrettuali.

Attività del Distretto

Le funzioni di produzione del distretto sono organizzate nelle seguenti attività:

- 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;
- tutela della salute mentale, cura e sostegno al benessere psicologico e riabilitazione dell'età evolutiva, che esercita funzioni di prevenzione, tutela, diagnosi, cura, riabilitazione, inserimento scolastico e sociale dei soggetti in età evolutiva (0-18 anni) che presentano disabilità, disturbi e patologie di tipo neurologico, neuropsicologico, psichiatrico, psicologico e dello sviluppo, nonché situazioni di disagio psico-sociale e relazionale;
- assistenza primaria, che garantisce l'attività assistenziale a favore della comunità di riferimento e innanzitutto la continuità assistenziale;
- medicina specialistica territoriale in particolare a livello distrettuale o interdistrettuale per la presa in carico del paziente cronico;

- 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, e programma l'attivazione e l'integrazione della rete dei servizi sociali e sanitari;
- accoglienza e presa in carico delle persone con bisogno sociosanitario, che, attraverso la PUA e la valutazione multidimensionale in UVI, garantisce l'accesso appropriato ai servizi sociosanitari e programma l'attivazione e l'integrazione della rete dei servizi sociali e sanitari. L'Unità di Valutazione Integrata (UVI) è un'equipe socio-sanitaria multidisciplinare integrata, composta da personale dei Distretti e dei Comuni. La specifica organizzazione dell'UVI sarà oggetto di specifici regolamenti aziendali.

Il Distretto Sanitario assume un ruolo centrale nella riorganizzazione delle cure primarie, promuovendo l'attuazione delle normative inerenti l'istituzione delle AFT (Aggregazione Funzionale Territoriale) e delle UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie).

Infatti, in tale contesto è necessario adottare un approccio di sanità di iniziativa basata sull'epidemiologia della popolazione, sulla stratificazione del rischio e su differenti livelli di intensità assistenziale. Tale approccio permette di garantire le situazioni di cronicità, complessità, fragilità e non autosufficienza la presa in carico dei bisogni e la continuità assistenziale, assicurata dai professionisti riuniti in Team mono o multiprofessionali mentre si riaffermano come valori imprescindibili l'approccio olistico alla persona proprio della Medicina di famiglia, l'univocità del rapporto di fiducia medico-paziente, la utilità di mantenere anche la capillare diffusione sul territorio degli studi dei MMG e dei PLS e la modalità ordinaria "on demand" (medicina di attesa) di organizzazione del lavoro per dare risposte al cittadino quando esprime il suo bisogno di salute.

Comitato dei Sindaci di Distretto

L'efficace esercizio della funzione del Distretto quale centro di riferimento sanitario della comunità locale, presuppone una completa e costante valorizzazione del ruolo delle autonomie locali.

In tale ottica, il Comitato dei Sindaci di Distretto previsto dall'art. 3-quater, comma 4 del decreto legislativo 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, esplica funzioni consultive e propositive sulla programmazione distrettuale delle attività.

In particolare, il citato art. 3-quater del decreto D.Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni stabilisce che compete al Comitato dei Sindaci di Distretto, quale organismo rappresentativo di tutte le amministrazioni comunali presenti nell'ambito territoriale del Distretto, l'espressione del parere sulla proposta, formulata dal Direttore del distretto, relativa al Programma delle attività territoriali-distrettuali.

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

Ai fini dell'espressione dei pareri previsti dalla legge, il Comitato dei Sindaci è da intendersi come



rappresentativo degli indirizzi relativi alle politiche sociali propri di ciascun Comune e dell'Ente gestore delle funzioni socio-assistenziali esistenti nell'ambito territoriale del Distretto, dei quali ciascun Sindaco fa parte in qualità di membro dell'organo di indirizzo politico (Assemblea consortile, Assemblea dei Comuni associati e Assemblea Comunità Montana).

Il Comitato è presieduto da un Presidente eletto nel suo seno a maggioranza assoluta dei componenti a scrutinio segreto.

Fino alla nomina del Presidente, le sedute del Comitato sono presiedute dal Sindaco del Comune sede di Distretto.

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

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

Art. 37 - L'integrazione ospedale-territorio

L'Azienda persegue prioritariamente l'obiettivo della continuità dei percorsi di cura intesa come presa in carico globale dell'assistito e integrazione di tutti i momenti del percorso.

A questo fine l'Azienda promuove l'integrazione tra:

- le attività del servizio di continuità assistenziale e la medicina generale;
- la medicina generale e l'assistenza domiciliare;
- i percorsi facilitati di accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- le cure primarie e l'assistenza ospedaliera;
- le diverse attività erogate nell'ambito dell'assistenza ospedaliera.

L'Azienda garantisce e sviluppa la continuità dei percorsi di cura attraverso la rete integrata dei servizi dei Distretti e della rete ospedaliera regionale complessiva, pubblica e privata accreditata.

L'Azienda promuove lo sviluppo di strumenti operativi e modalità assistenziali in grado di assicurare la continuità dei percorsi di cura sul territorio. A questo fine favorisce ogni forma di associazionismo tra i medici di medicina generale, in grado di garantire percorsi di cura autonomi e completi e di realizzare la continuità tra i momenti ordinari di assistenza ambulatoriale e domiciliare e quelli straordinari del servizio di continuità assistenziale.

La continuità dei percorsi di cura nel quadro dell'assistenza ospedaliera è realizzata attraverso il coordinamento svolto dalla Direzione Sanitaria Aziendale. Attraverso questa attività di coordinamento e la sua integrazione con i distretti territoriali l'Azienda promuove processi di assistenza e cura finalizzati a diminuire progressivamente la necessità dello spostamento dei pazienti fra le strutture. L'integrazione della rete ospedaliera con quella territoriale è finalizzata, altresì, ad assicurare la multidisciplinarietà delle diverse fasi del percorso clinico-assistenziale e riabilitativo, il trattamento della cronicità e delle patologie a lungo decorso, la personalizzazione dell'assistenza primaria, farmaceutica e specialistica, nonché la continuità assistenziale.

L'integrazione deve partire dal potenziamento dell'offerta sanitaria territoriale e dall'individuazione di strategie e strumenti per ridurre l'ospedalizzazione inappropriata e migliorare l'omogeneità di offerta.

Proprio al fine di garantire una maggiore e più efficace integrazione dei servizi territoriali con quelli ospedalieri, l'Azienda ha strutturato diversi Dipartimenti Assistenziali contemperandovi sia strutture territoriali che ospedaliero.

Tale modello organizzativo è finalizzato a promuovere una presa in carico complessiva del paziente, promuovendo percorsi terapeutici continui, differenziati per intensità di cure e per tipologia di erogazione.

Art. 38 - Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è una macro struttura operativa dell'Azienda Sanitaria Locale che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie acute e croniche e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita, attraverso il recepimento e l'attuazione degli indirizzi contenuti nel Piano sanitario regionale e nel Piano sanitario di prevenzione.

A tal fine il Dipartimento di Prevenzione promuove azioni volte a sorvegliare lo stato di salute della popolazione e i suoi determinanti, individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti, con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline.

Partecipa alla formulazione del programma di attività, formulando proposte d'intervento nelle materie di competenza e indicazioni in ordine alla loro copertura finanziaria.

Il Dipartimento di Prevenzione deve inoltre:

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

Esso è dotato di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità e come tale è dotato di una organizzazione flessibile, capace di adattarsi alle esigenze territoriali.

L'assetto organizzativo del Dipartimento di Prevenzione, le cui funzioni, dunque, sono ben individuate dalle norme nazionali e regionali, in virtù dell'evoluzione normativa derivante dalle successive modifiche del D.lgs 502/92 e s.m.i. e dalle conseguenti norme regionali è, già di fatto definito nelle sue linee essenziali.

In particolare, a norma della D.L. 13 settembre 2012 n. 158 convertito con modificazioni nella Legge 8 novembre 2012 n. 189, le strutture organizzative dell'area di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare devono operare quali centri di responsabilità dotati di autonomia tecnico funzionale e organizzativa nell'ambito della struttura dipartimentale e rispondono del perseguimento degli obiettivi dipartimentali aziendali, dell'attuazione delle disposizioni normative e regolamentali regionali, nazionali ed internazionali, nonché della gestione delle risorse economiche attribuite.

L'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione è modulata, superando la frammentarietà delle funzioni e garantendo la piena integrazione tra le UU.OO. che lo compongono, secondo i principi

di flessibilità, adattabilità, revisione periodica, orientamento progettuale delle attività, tenendo conto delle peculiarità di ciascun territorio, degli insediamenti produttivi, del radicamento territoriale dei servizi, dell'entità numerica della popolazione (umana ed animale) delle caratteristiche orografiche, della viabilità, dei collegamenti nell'ambito aziendale, delle esigenze culturali dei territori nonché le loro specificità di richieste prestazionali.

Nell'ASL NA2 Nord, il cui territorio aziendale è particolarmente vasto, al fine di meglio governare i bisogni prestazionali e, nel contempo, garantire l'unitarietà delle funzioni e l'unicità delle interlocuzioni può essere individuata un'area di coordinamento delle attività veterinarie ed un'area di coordinamento delle attività igienico-sanitarie. Allo stesso tempo e per le dette ragioni sono individuate aree territoriali all'interno delle quali operano le unità operative complesse e semplici del dipartimento, tramite un'organizzazione su due livelli:

- un livello centrale costituito da una tecnostruttura investita da una cosiddetta "*mission funzionale*" e cioè di Direzione tecnico-organizzativa e gestionale complessiva, sovrintendendo alla programmazione generale delle attività, alla verifica dell'efficienza, dell'efficacia e della qualità degli interventi, del rispetto dei livelli minimi di assistenza.
- un livello territoriale costituito da Unità organizzative cui sarà affidata la cosiddetta "*mission produttiva*" al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza (LEA). Questo livello operativo, come detto, si realizza attraverso l'individuazione di aree territoriali all'interno delle quali si individuano le strutture complesse e le semplici di riferimento che opereranno in ambiti territoriali definiti tali da presidiare l'intero territorio.

Nell'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione e delle U.O. che lo compongono, ivi comprese le funzioni tecnico – sanitarie, la funzione di vigilanza, pur esercitata in maniera coordinata in ambito dipartimentale, va considerata come strumento specialistico nell'ambito di ciascuna U.O., a fianco alla informazione, formazione e assistenza e a tutte le possibili attività di promozione della prevenzione stessa.

Il Dipartimento di Prevenzione garantisce le seguenti funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica:

- a) la profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- b) la tutela della collettività e dei singoli dai rischi sanitari degli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- c) la tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
- d) la sanità pubblica veterinaria, che comprende la sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e la profilassi delle malattie infettive e parassitarie, la farmacovigilanza animale, l'igiene delle produzioni zootecniche, la tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale;
- e) la tutela igienico-sanitaria degli alimenti;

- f) la sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- g) le attività di prevenzione rivolte alla persona, quali vaccinazioni obbligatorie e raccomandate nonché programmi di diagnosi precoce;
- h) la tutela della salute;
- i) verifica e vigilanza igienico-sanitaria delle strutture sanitarie, anche ai fini autorizzativi.
- j) tutela della salute nelle Attività Sportive (Art. 7 ter 502/92).

Il Dipartimento di Prevenzione contribuisce inoltre alle attività di promozione della salute e delle malattie cronico-degenerative, curando in particolare l'attuazione del Piano regionale di Prevenzione, in collaborazione con gli altri servizi e dipartimenti aziendali, secondo il regolamento che verrà definito con apposito atto.

L'assetto del Dipartimento di Prevenzione, con l'articolazione delle unità operative di afferenza, è riportato nell'appendice "Organizzazione strutturale aziendale".

Art. 39 - Dipartimento di Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale è una struttura operativa dell'Azienda, deputata a garantire la salute mentale della popolazione attraverso attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento socio-lavorativo dei pazienti con disagio e malattia psichica oltre ad attività di sostegno alle loro famiglie, in base a quanto previsto dalle normative nazionali e dai Progetti Obiettivo Salute Mentale. Il DSM è un Dipartimento Strutturale dotato di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità gerarchicamente dipendenti dal Direttore del Dipartimento.

La struttura organizzativa aziendale (DSM) e periferica (UOSM) tiene conto di quanto previsto dalla DGRC n. 7262 del 27/12/2001 concernente Linee Guida per l'organizzazione ed il funzionamento dei Dipartimenti di Salute Mentale e dal Programma Obiettivo Regionale per la Salute Mentale in Campania ex DGRC n. 2132 del 20/06/2003. Nel delineare la struttura organizzativa l'Azienda ha anche tenuto in debito conto le Linee di Indirizzo Nazionali, recepite con DGRC n. 1680/09 che pongono particolare attenzione al sostegno abitativo, residenzialità e domiciliarità, sistema informativo nazionale per la Salute Mentale, alla formazione e ricerca.

Nella definizione degli aspetti organizzativi e delle modalità operative, fissati con apposito regolamento, saranno identificati idonei strumenti di governo clinico e manageriale e disegnando servizi integrati e multidisciplinari strutturalmente coesi, attenti alle innovazioni organizzative.

Il DSM assicura il trattamento ospedaliero in situazione di acuzie, in cui si riscontri la necessità di un ricovero, e avvia progetti terapeutico-riabilitativi in regime ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale e domiciliare rivolti a soggetti che presentano disturbi o patologie psichiatriche. Il DSM, al fine di garantire una continuità nell'assistenza e la costruzione di articolati percorsi assistenziali, collabora con il Distretto Sanitario e le altre strutture aziendali e stipula protocolli d'intesa o operativi atti a regolamentare le attività.

Il Dipartimento di Salute Mentale garantisce le seguenti funzioni:

- controlla i ricoveri degli utenti, di competenza territoriale, attraverso la Unità Valutativa Multidimensionale;
- garantisce la consulenza psichiatrica e/o psicologica e la presa in carico dei pazienti con disagio e patologie psichiche;
- attua il trattamento sanitario volontario o obbligatorio, ove necessario;
- favorisce il reingresso nella società attraverso attività educative, di apprendimento sociale e di sviluppo delle capacità cognitive;
- favorisce l'inserimento residenziale valutando le specifiche problematiche soggettive, familiari e sociali in atto;

- promuove il sostegno alla vita domiciliare, l'aiuto alla gestione di alloggi comunitari, la gestione di attività socializzanti e di inserimento lavorativo;
- collabora alla formulazione di percorsi di inserimento lavorativo attraverso la stipula di specifici protocolli con agenzie pubbliche, private e del privato sociale;
- opera in modo integrato con le strutture sociosanitarie, per la elaborazione di specifici progetti, in riferimento alla presa in carico e alla valutazione di pazienti in situazioni multiproblematiche;
- formula di concerto con le associazioni di volontari e di familiari attività di collaborazione per specifiche aree di bisogno (reinserimento sociale, attività formative etc.) e ne promuove la formazione verso forme di mutualità;
- promuove progetti di Formazione e aggiornamento del personale onde garantire a livello generale, un accrescimento della professionalità e consentire, in particolare, un più efficace perseguimento degli obiettivi fissati.

Presso il DSM è costituita la Consulta della Salute Mentale, che coadiuva il Direttore del Dipartimento, a cui partecipano i rappresentanti di Associazioni di familiari, di utenti e di volontari che operano in partnership con i servizi.

In ordine al DL n. 230/99 ed al DPCM 1 aprile 2008 e successive “Linee guida per la stesura del protocollo locale per la Gestione del Servizio di Medicina Penitenziaria” - D.G.R.C. n. 96/2011 - il Dipartimento dovrà porre particolare attenzione all’organizzazione dell’assistenza ai detenuti psichiatrici, che dovrà essere programmata in modo coerente con l’assistenza ordinaria e raccordata con il circuito dei servizi dipartimentali e di quelli accreditati, nonché con la UOC Tutela della Salute Adulti e Minori di Area Penale, sia per garantire la continuità assistenziale che per la corretta esecuzione delle misure alternative alla detenzione.

Il Piano Ospedaliero Regionale approvato con DCA 33/2016 stabilisce l’afferenza al Dipartimento di Salute Mentale dei **Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura** (SPDC).

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), istituito ai sensi degli artt. nn.33-34-35 della legge n. 833 del 23 dicembre 1978 e dalle successive leggi emanate dalla Regione Campania, in particolare la LRC 9 giugno 1980 n. 57 “Norme per la costituzione e il funzionamento delle Unità Sanitarie Locali in attuazione della legge 23 dicembre 1978 n. 833”, la LRC 3 gennaio 1983 n. 1 “Istituzione in ciascuna USL del servizio per la tutela della salute mentale”, e secondo quanto previsto dal DPR 10 novembre 1999 “Progetto obiettivo tutela salute mentale 1998-2000”, è l’ esclusivo servizio ospedaliero deputato al ricovero breve per disturbi psichiatrici, di norma volontario (TSV) ovvero per Trattamento sanitario obbligatorio (TSO) da realizzarsi in degenza ospedaliera, qualora sia ritenuta clinicamente necessaria tale modalità.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura è parte integrante del Dipartimento strutturale di Salute Mentale. Esso è ubicato presso Presidi Ospedalieri delle Aziende Sanitarie Locali ovvero presso Aziende Ospedaliere. Per la ASL Napoli 2 Nord sono previsti due SPDC; uno afferente al PO di

Pozzuoli e l'altro al PO di Frattamaggiore, entrambe con una dotazione di n. 18 posti letto di cui 16 pl di ricoveri ordinari e 2 pl di ricovero in DH.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura deve garantire:

- la tempestiva e adeguata modalità di accoglienza;
- la formulazione/riformulazione della diagnosi;
- l'impostazione di strategie terapeutiche immediate;
- la riduzione/superamento della condizione clinica critica;
- l'effettuazione coordinata di accertamenti vari e complessi;
- l'osservazione e monitoraggio clinico;
- la riconnessione dei rapporti di rete familiare.
- le connessioni con l'Unità Operativa di Salute Mentale del territorio di pertinenza del paziente al fine di garantire concretamente la continuità terapeutica.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura non si configura come un Pronto Soccorso psichiatrico, ma garantisce le attività di consulenza e di collegamento al Pronto Soccorso, alla Terapia Intensiva ed alle altre Unità Operative del P.O. di appartenenza.

La consulenza psichiatrica ai presidi ospedalieri non sede di SPDC, PO di Giugliano e PO di Ischia, è assicurata da personale delle Unità Operative di salute Mentale competenti per territorio.

L'assetto del Dipartimento di Salute Mentale, con l'articolazione delle unità operative di afferenza, è riportato nell'appendice "Organizzazione strutturale aziendale".

Art. 40 - Dipartimento delle Dipendenze Patologiche

Il Dipartimento delle Dipendenze è la struttura operativa dell'Azienda che garantisce la programmazione, la gestione, la verifica e la valutazione degli interventi e delle azioni rivolte alle dipendenze patologiche nell'ambito della tutela della salute, della prevenzione, della socio-riabilitazione e della riduzione dei danni e dei rischi per le dipendenze patologiche.

Costituisce l'organo di indirizzo, controllo e governo del sistema integrato di servizi pubblici e del privato sociale; è un Dipartimento Strutturale dotato di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità gerarchicamente dipendenti dal Direttore del Dipartimento.

Il Dipartimento delle Dipendenze prevede una articolazione organizzativa aziendale e periferica di servizi centrali, (sovradistrettuali e periferici), e di tipologie (strutture ambulatoriali territoriali -UO SerT, strutture intermedie diurne e residenziali, unità mobili, strutture accreditate degli Enti Ausiliari) il cui insieme configura un sistema di servizi e di azioni diversificate e adeguate alle diverse realtà e caratteristiche degli utenti di riferimento (consumatori di droghe e sostanze psicoattive illegali e legali, detenuti, immigrati STP, senza dimora, alcolisti, consumatori problematici di cocaina e di alcol, policonsumatori, consumatori ricreativi, dipendenze senza sostanze, gambling, ludopatie, internet addiction, etc).

In ordine al DL n. 230/99 ed al DPCM 1 aprile 2008 e successive "Linee guida per la stesura del protocollo locale per la Gestione del Servizio di Medicina Penitenziaria" - D.G.R.C. n. 96/2011 - il Dipartimento dovrà porre particolare attenzione all'organizzazione dell'assistenza ai detenuti tossicodipendenti che dovrà essere programmata in modo coerente con l'assistenza ordinaria e raccordata con il circuito dei servizi dipartimentali e di quelli accreditati, nonché con la UOC Tutela della Salute Adulti e Minori di Area Penale, sia per garantire la continuità assistenziale che per la corretta esecuzione delle misure alternative alla detenzione.

Il Dipartimento individuerà il modello di management adeguato alla logica di rete e capace di garantire efficacia ed efficienza delle singole prestazioni articolate sia per obiettivi che per tipologie di servizi.

Con apposito regolamento andranno quindi definiti gli aspetti organizzativi e le modalità operative, facendo riferimento alla normativa nazionale (DPR 3099/90, Accordo Stato - Regioni 21 gennaio 1999 e Legge n. 49 del 21/02/06, DM n. 444/90 e D.M. 14 giugno 2002) ed agli indirizzi regionali (D.G.R.C. n. 5743/00, D.G.R.C. n. 2136/03, D.G.R.C. n. 1910/05. PSR 2011 – 2013).

Il Dipartimento garantirà tali logiche di sistema integrato curando particolarmente il sistema informativo e la valutazione così come previsto dal D.M. 11 giugno 2011 (Istituzione del Sistema informativo Nazionale) e D.G.R.C. n. 514/05 e D.G.R.C. n. 2107/08.

L'assetto del Dipartimento delle Dipendenze, con l'articolazione delle unità operative di afferenza, è riportato nell'appendice "Organizzazione strutturale aziendale".

Art. 41 - Dipartimento delle Cure Territoriali

Il Dipartimento Integrato delle Cure Territoriali è di natura gestionale ed è l'espressione delle funzioni di programmazione, acquisti, controllo e liquidazione delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie dell'Azienda.

Il Dipartimento collabora con la Direzione Strategica nell'individuazione delle funzioni di diretta produzione di servizi sanitari rispetto alle funzioni di coordinamento e promozione di governo della domanda, in stretto raccordo e sulle linee dettate dalla Direzione Sanitaria Aziendale. Per tale ragione esso si configura come un sistema di controllo direzionale interno, funzionale all'esigenza di ricondurre ad unità quel complesso di processi decisionali di valenza strategica per il buon funzionamento organizzativo, svolti fino ad ora in modo indipendente.

Il Dipartimento, governando le attività finalizzate alla programmazione, all'acquisto, al controllo e alla liquidazione delle prestazioni previste dai LEA, consente:

- una programmazione integrata con i soggetti partecipi del sistema;
- lo sviluppo della modalità di "contrattazione/acquisto" dei servizi e delle prestazioni, come strumento di governo e di regolazione del sistema;
- l'espletamento di tutte le azioni di tutela e garanzia del cittadino tramite l'identificazione di strumenti di controllo della qualità con l'obiettivo di valutare l'adeguatezza dei servizi e di verificare l'efficacia e l'appropriatezza degli interventi erogati.

Le funzioni principali del Dipartimento sono:

- sostenere, attraverso la produzione di analisi dei dati relativi ai consumi sanitari e socio sanitari, la Direzione Aziendale nelle decisioni in merito alla programmazione sanitaria e socio sanitaria dell'Azienda;
- realizzare le linee di programmazione indicate dalla Direzione Aziendale attraverso la contrattazione, l'acquisto, il controllo e la liquidazione delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie;
- governare e controllare il sistema dell'autorizzazione e dell'accreditamento delle Strutture sanitarie e socio sanitarie in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione;
- controllare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle Strutture sanitarie e socio sanitarie, in collaborazione con le unità operative complesse cure primarie, qualità e con il dipartimento farmaceutico;
- realizzare l'integrazione e il coordinamento tra i servizi, attraverso, anche, la definizione di procedure e regolamenti comuni, per le attività di analisi, contrattazione, acquisto e controllo delle Strutture erogatrici e delle prestazioni acquistate;
- sviluppare progetti di intervento integrati tramite la U.O.C. Cure Primarie e con la U.O.C. Accreditamento e Controllo della Spesa al fine di agevolare la Direzione Aziendale nella definizione di politiche integrate di contenimento della spesa sanitaria e di governo della domanda.

Il Dipartimento è costituito da unità operative omogenee, affini e complementari sotto il profilo delle attività e delle risorse umane e tecnologiche impiegate e/o delle procedure operative adottate ed ha l'obiettivo di razionalizzare, sia in termini di efficienza che di economicità, l'impiego delle risorse umane, tecniche e strutturali rispettivamente assegnate.

L'assetto del Dipartimento, con l'articolazione delle unità operative di afferenza, è riportato nell'appendice "Organizzazione strutturale aziendale".

UOC Integrazione socio sanitaria

All'interno del Dipartimento è istituita la U.O.C. Integrazione Socio Sanitaria.

L'integrazione sociosanitaria costituisce una finalità prioritaria della programmazione strategica aziendale, sia sociale che sanitaria, perché essa è condizione indispensabile per riuscire a dare risposta ai bisogni complessi di assistenza, in quanto dipendenti da disturbi, patologie o problemi legati alla componente psicologica, sociale, familiare, relazionale e lavorativa, agli stili di vita e ai fattori ambientali.

Di fronte al disagio multifattoriale è necessario considerare l'unicità e la globalità della persona in tutte le sue dimensioni, superando prassi settoriali ed integrando competenze e servizi diversi, in una prospettiva di prevenzione e sostegno, specie delle persone più deboli.

Le prestazioni e i livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria di competenza del SSN sono agevolmente individuabili in base alla Tabella allegata al *DPCM 14.02.2001* ed all'allegato 1C del *DPCM 29.11.2001*.

Al governo di tale funzione è preposto il direttore della struttura quale responsabile del coordinamento sociosanitario, che supporta la direzione e le strutture dipartimentali e distrettuali nella governance dei processi gestionali e professionali che sottendono all'intero sistema sociosanitario.

Gli strumenti dell'integrazione socio-sanitaria sono individuati nel Piano di Zona dell'Ambito Sociale, nel Programma delle Attività Territoriali del Distretto e nel Piano Attuativo Locale.

Alla integrazione istituzionale deve necessariamente affiancarsi una integrazione professionale e gestionale dei processi e delle prestazioni, che in maniera sinergica consenta di:

- migliorare l'accesso e l'appropriatezza dell'utilizzo dei servizi;
- garantire la continuità dell'assistenza al momento della dimissione ospedaliera e nella fase post – acuta;
- garantire la continuità rispetto alla cronicità con periodiche valutazioni del caso e gestione integrata delle fragilità;

- rilevare costantemente le informazioni relative allo stato di salute mediante strumenti condivisi per favorire la comunicazione tra gli operatori e guidare le fasi di passaggio tra il livello di base e quello specialistico.

Sono strumentali all'integrazione socio – sanitaria:

- l'implementazione ed il potenziamento dell'erogazione dell'assistenza domiciliare e domiciliare integrata;
- Punti Unici di Accesso (PUA);
- Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

Di seguito si evidenziano le forme organizzative e le tematiche finalizzate a consentire una governance:

- delle diverse aree socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria;
- delle aree socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria ed i servizi centrali dell'azienda, tra i distretti e gli ospedali;
- dell'azienda e dei Comuni, in particolare all'interno del Coordinamento istituzionale e dell'Ufficio di piano;
- delle attività socio-sanitarie di competenza della ASL e quelle di competenza dell'Ente Locale.

Essa deve:

- aggregare tutte le attività assistenziali socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, individuate dal DLgs 229/99, dal DPCM 14.02.01 e dal DPCM 29.11.01, e costituenti nel loro insieme l'Area Socio-Sanitaria ad Elevata Integrazione Sanitaria (materno-infantile, anziani, disabili fisici, psichici e sensoriali, salute mentale, dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per: infezione da HIV, patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative, assistenza ai detenuti affetti da dipendenza o disturbi mentali). Ciò anche al fine di promuovere una integrazione operativa tra le stesse, una cultura e una metodologia del lavoro integrata;
- partecipare alla formulazione dei protocolli relativi alla "dimissione sociosanitaria protetta", e partecipare a quelli relativi all'ADI;
- svolgere funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento delle attività sociosanitarie ad elevata integrazione (con particolare riferimento ai LEA sociosanitari) e delle attività socio-sanitarie in favore di immigrati e senza fissa dimora;
- concorrere, in collaborazione con le altre articolazione aziendali e comunali, all'analisi dei bisogni socio-sanitari (e, in particolare, delle disuguaglianze sociali nell'accesso ai servizi), al monitoraggio delle attività socio-sanitarie, alla costruzione di un Sistema Informativo Socio-Sanitario Integrato;

- curare in particolare il livello organizzativo, gestionale ed operativo della integrazione socio-sanitaria territoriale, avvalendosi degli Uffici Socio-Sanitari distrettuali meglio descritti nel sistema di organizzazione distrettuale;
- partecipare ai Tavoli di Coordinamento Istituzionali quale delegato della Direzione Aziendale;
- partecipare all'Ufficio di Piano, dove rappresenta il livello centrale aziendale, unitamente con i direttori dei distretti che sottoscrivono il PDZ per la parte afferente al proprio distretto.

E' indispensabile infine un collegamento organico (informatico, cartaceo, operativo) tra gli ospedali e la rete dei servizi sociosanitari territoriali, anche attraverso l'istituzione dei protocolli della "dimissione socio-sanitaria protetta":

- allorquando un paziente con determinate caratteristiche viene dimesso dall'ospedale vi è la necessità della preparazione tra ospedale e rete dei servizi territoriali di un piano personalizzato congiunto di assistenza territoriale.

La Consulta Socio-Sanitaria

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

Detto organismo si riunisce su convocazione del Direttore Sanitario che lo presiede.

La Consulta socio-sanitaria è costituita da:

- il Direttore Sanitario aziendale;
- un rappresentante dei Direttori dei Distretti Sanitari;
- un rappresentante dei Direttori dei Dipartimenti strutturali;
- un rappresentante dei Direttori dei Presidi Ospedalieri;
- un rappresentante del Comitato di rappresentanza dei sindaci;
- due rappresentanti degli organismi di volontariato maggiormente rappresentativi nell'azienda;
- due rappresentanti della Cooperazione sociale senza scopi di lucro maggiormente presenti sul territorio aziendale;
- due rappresentanti degli organismi di tutela dei diritti dei cittadini maggiormente rappresentativi nell'azienda;
- due rappresentanti di Cooperative che gestiscono beni confiscati alla criminalità organizzata;
- il responsabile dell'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico;
- il responsabile del Coordinamento Sociosanitario;
- un rappresentante dei MMG
- un rappresentante dei PLS.

I componenti rappresentanti gli organismi di volontariato, della cooperazione sociale, degli organismi di tutela dei diritti dei cittadini e delle Cooperative che gestiscono beni confiscati saranno individuati dal Direttore Generale dagli Albi regionali.

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

UOC Cure Primarie

La **UOC Cure Primarie** ha il compito specifico di presidiare la governance dell'Area delle Cure Primarie ed i Servizi che concorrono all'assistenza sanitaria globale al Cittadino sul territorio.

In tale ambito, si configura come organismo di indirizzo delle attività distrettuali e di coordinamento tra Distretti e Direzione Generale e Sanitaria ed ha lo scopo di garantire livelli uniformi di assistenza sanitaria, perseguendo il miglioramento della qualità delle prestazioni ed il controllo della spesa sanitaria correlata.

Il suo mandato, per la materia di competenza relativa all'Area delle Cure Primarie, si estrinseca in: individuazione di obiettivi strategici; elaborazione di programmi e Progetti; definizione di procedure e linee guida; sostegno metodologico ai Distretti; promozione dell'appropriatezza e della qualità degli interventi e delle prestazioni di diagnosi e cura espletate dai Medici convenzionati e dai Prescrittori; coordinamento della realizzazione degli obiettivi assegnati dalla Regione e dalla Direzione Generale e Sanitaria dell'ASL.

Collabora al presidio, a livello territoriale, del "controllo della domanda" secondo le indicazioni strategiche della Direzione Generale. Supporta, per l'Area delle Cure Primarie la Direzione Generale e Sanitaria nei rapporti: con la Regione; le Organizzazioni Sindacali dei Medici di Medicina Generale (MMG), dei Pediatri di Libera Scelta (PLS), degli Specialisti Ambulatoriali Convenzionati Interni; le Società Scientifiche della MG, dei PLS e degli Specialisti; la popolazione.

Le competenze proprie della UOC Cure Primarie sono:

- rilevazione dei bisogni di salute e della domanda a livello territoriale, tramite i Distretti ed i Dipartimenti/Uffici competenti;
- coordinamento funzionale dei Medici di Assistenza Primaria e dei Pediatri di Libera Scelta;
- gestione dei Contratti Nazionali, degli Accordi Integrativi Regionali ed Aziendali per la MAP e PLS;
- programmazione e istruttoria delle proposte da portare ai Comitati Aziendali MG/PLS;
- relazioni con le OO.SS.;
- monitoraggio delle azioni e valutazione delle proposte formulate dai Comitati Distrettuali;
- gestione delle parti variabili di Contratto, con particolare evidenza ai Progetti e Accordi Regionali ed Aziendali;
- programmazione e gestione dei progetti innovativi da realizzare con il concorso dei MAP previsti dal Piano Sanitario Regionale e dagli obiettivi regionali ed aziendali;
- elaborazione, di concerto con la Direzione Sanitaria e Generale, di politiche per il governo clinico della domanda;

- indirizzo e coordinamento delle attività distrettuali nell'area delle Cure Primarie e nella promozione di rapporti tra Distretti e MAP/PLS, anche tramite i Comitati Distrettuali, finalizzati alla acquisizione da parte dei Medici di Cure Primarie di un ruolo crescente di regolatori della domanda e di erogatori di Cure Primarie, quali funzioni strategiche per la razionalizzazione del Sistema e la garanzia di tutela della salute del cittadino;
- promozione ed implementazione dell'informatizzazione dei MAS/PLS e lo sviluppo del Sistema Informativo;
- atti di indirizzo per la valorizzazione delle Forme Associative della MG e PLS, delle relative Carte dei Servizi, della parte variabile della loro retribuzione;
- progettazione, diffusione, implementazione e monitoraggio dell'adozione da parte dei MAP/PLS delle linee-guida per la buona pratica clinica e di PDTA condivisi tra Territorio e Strutture Specialistiche;
- rilevazione degli indicatori correlati alle linee-guida ed ai PDTA per la gestione delle patologie croniche e per la prevenzione da parte dei MAP e PLS, anche per la valutazione della ricaduta in termini di salute e di controllo della spesa, in sinergia con le altre Strutture Aziendali ad esse correlate;
- progettazione e sperimentazione di percorsi di Miglioramento della Qualità e di Accreditamento per MAP e PLS;
- atti di indirizzo per i Distretti per la gestione degli esposti nell'Area delle Cure Primarie e degli eventuali provvedimenti disciplinari o di relazione con l'Autorità Giudiziaria secondo quanto previsto dallo specifico regolamento;
- impostazione delle procedure e modalità di controllo dei MCP e delle relative procedure di recupero economico sulle indennità dei MMG/PLS impropriamente erogate;
- partecipazione alla definizione di atti di indirizzo relativi alle esenzioni ticket per patologia, anche finalizzati all'adozione di linee-guida ed alla valutazione del conseguente consumo di risorse;
- promozione e partecipazione, d'intesa con la Direzione Sanitaria, i Dipartimenti e gli Uffici dell'ASL e, se del caso, con gli Ordini Professionali dei Medici Chirurghi, le Società Scientifiche e gli Istituti di ricerca a interventi di ricerca scientifica, di Educazione alla Salute e di informazione indipendente;
- programmazione della Continuità Assistenziale (CA) e della Continuità Assistenziale Turistica;
- coordinamento della Continuità Assistenziale: aspetti metodologici, coordinamento con ADI, con MAP, PLS, Strutture Accreditate, UOC 118;
- gestione dei Contratti Nazionali, degli Accordi e Progetti Regionali ed Aziendali per la CA;
- gestione delle parti variabili di Contratto per i Medici di CA (MCA);
- controlli e relative procedure di recupero economico sulle indennità dei MCA;
- rilevazione a livello territoriale, tramite i Distretti ed i Dipartimenti/Uffici competenti, dei bisogni di salute e della domanda di prestazioni specialistiche;

- partecipazione alla definizione ed implementazione di L-G basate sulle evidenze scientifiche e di PDTA concertati tra prescrittori ed erogatori;
- monitoraggio dell'adozione da parte dei MAP/PDL e Specialisti dei PDTA condivisi tra Territorio e Strutture Specialistiche, finalizzati alla continuità assistenziale dei pazienti, anche attraverso la rilevazione degli indicatori correlati e la valutazione della ricaduta in termini di salute e di controllo della spesa;
- promozione del disease management come metodo operativo dei Medici di Cure Primarie mediante lettura, analisi e valutazione dei processi assistenziali (prestazioni, relazioni tra i professionisti, dimensioni della qualità) per individuare aree critiche ed obiettivi di miglioramento da parte di Gruppi di Lavoro Tecnici;
- attuazione di interventi mirati alla semplificazione del percorso Territorio - Ospedale nell'accesso ai processi di diagnosi e cura da parte dei pazienti;
- promozione della realizzazione di un sistema integrato di risposte ai bisogni che privilegi la centralità del cittadino-paziente e la personalizzazione del processo assistenziale;
- partecipazione alla definizione di atti di indirizzo relativi alle esenzioni dal pagamento del ticket per patologia e malattie rare ed alla valutazione del conseguente consumo di risorse;
- mantenimento dei flussi informativi per Ministero e Regione nell'Area di competenza;
- atti di indirizzo e riferimento con la Regione in materia di esenzione dal pagamento del ticket per patologia e malattie rare;
- coordinamento del CUP Aziendale e del sistema TS ed Anagrafe Assistiti.

Ai sensi della normativa nazionale e regionale di merito l'Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 Nord, sul cui territorio insiste la Casa Circondariale Femminile di Pozzuoli, attraverso la UOC Cure Primarie, intende attuare i seguenti interventi specifici in relazione alla condizione di detenzione dell'utenza:

- valutazione dello stato di salute e dei bisogni, così come definiti dall'O.M.S., di tutti i nuovi ingressi, da effettuarsi, se del caso, in più momenti temporali e per congrui periodi di osservazione: i dati rilevati sono raccolti nella cartella clinica; tale valutazione è fatta in collaborazione con l'équipe multidisciplinare e con il supporto degli accertamenti specialistici del caso;
- adozione di procedure di accoglienza che consentano di attenuare gli effetti traumatici della privazione della libertà, ed esecuzione degli interventi necessari a prevenire atti di autolesionismo e suicidari;
- visite mediche dei detenuti ai sensi dell'art. 11 commi 5 e 6 L. 354/75, attuazione di programmi di diagnosi precoce delle principali malattie a carattere cronico e/o degenerativo;
- accertamento della situazione vaccinale, specie riguardo ai soggetti immigrati, con riferimento al quadro delle vaccinazioni obbligatorie nel nostro Paese, ed esecuzione, se del caso, delle vaccinazioni ritenute necessarie;

- promozione e sviluppo della cultura della prevenzione sanitaria, anche in costante collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione delle Aziende Sanitarie, che dovrà tra l'altro garantire le necessarie attività di vigilanza, attraverso propri operatori, componenti essenziali, insieme al responsabile del servizio aziendale per la tutela della salute in carcere, della Commissione istituita dall'Azienda per l'esercizio, all'interno degli Istituti, delle funzioni ispettive di cui all'art. 11 della legge 354/75 e s.m. e i.;
- raccolta di tutte le informazioni sanitarie relative a ciascun soggetto, onde assicurare una appropriata presa in carico in altri istituti o nel momento del ritorno in libertà.

La UOC Cure Primarie, inoltre, assicura:

- la presenza degli operatori sanitari negli organismi collegiali previsti dall'Ordinamento Penitenziario (es. Consigli di disciplina, Gruppo di Osservazione e Trattamento, gruppi di lavoro in genere, ecc. ex art 29, 33, 78 R.E. D.P.R., ecc.),
- l'adozione di particolari provvedimenti previsti dall'Ordinamento Penitenziario (es.: rilascio certificazione prevista dall'art. 39 O.P.),
- le relazioni sanitarie finalizzate all'applicazione di regime detentivo diverso o a modifica di misure cautelari, ovvero a valutazioni circa la compatibilità dello stato di salute con la misura restrittiva,
- le relazioni o pareri su richiesta dell'Autorità Amministrativa: ad esempio visite preventive a trasferimenti (cd. Nulla Osta alla traduzione), la prescrizione di isolamento sanitario;
- le prescrizioni per detenuti infermi e seminfermi di mente ai sensi dell'art. 20 DPR.230/2000;
- i controlli nel caso di uso legittimo della forza ex art.41 e durante l'esecuzione di sanzioni disciplinari,
- la gestione delle risorse umane localmente presenti e/o destinate;
- la gestione delle risorse tecnologiche e strumentali: attrezzature ed arredi trasferiti ex art.4 del D.P.C.M. del 01.04.08 e altre in aggiunta a loro assegnate;
- le relazioni con la Direzione dell'Istituto Penitenziario per quanto concerne la collaborazione, a livello locale, con le Aree della Sicurezza e del Trattamento;
- il rilascio di certificazione in uso nel Servizio Sanitario Regionale e di certificazioni specifiche dell'ambito penitenziario.

La UOC, avvalendosi delle risorse territoriali ed ospedaliere aziendali, garantirà le prestazioni sanitarie di base (assistenza primaria; continuità assistenziale; prestazioni specialistiche) e la programmazione delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione per i cittadini di area penale.

Il Direttore della UOC individua, presso il Presidio Sanitario della Casa Circondariale Femminile di Pozzuoli, la funzione di Medico Referente d'Istituto (M.R.I.). Al predetto M.R.I., strutturalmente e gerarchicamente subordinato al Direttore della UOC, saranno da quest'ultimo assegnati specifici

compiti e/o funzioni. Il M.R.I., se già medico incaricato dell'istituto, conserverà tutte le attribuzioni previste dalla disciplina della Legge 740/70.

La UOC, per le finalità della tutela della salute mentale e per le attività di prevenzione cura e riabilitazione nelle aree delle dipendenze patologiche, opererà in sinergia con il Dipartimento di Salute Mentale, il Dipartimento Dipendenze Patologiche ed il Dipartimento Materno Infantile attraverso la messa a disposizione comune di risorse umane e materiali.

UOC Cure Domiciliari

La nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare ha ridefinito le cure domiciliari, distinguendo, in dettaglio, gli interventi basati su prestazioni - che non necessitano di integrazione e valutazioni multidimensionali - dalle Cure Domiciliari Integrate, definite come una modalità di assistenza integrata - sanitaria e sociale erogata al domicilio dell'Assistito, in modo continuo ed integrato, in relazione alla natura ed alla complessità dei bisogni a cui si rivolge.

Le Cure Domiciliari sono il settore strategico delle attività territoriali del SSN – SSR che si è sviluppato negli ultimi anni, raccogliendo il testimone delle attività dell'Assistenza agli Anziani, in quanto sia per la crisi finanziaria che ha investito l'economia italiana, sia per l'aumento della cronicità dovuto all'innalzamento della vita media e l'incremento delle patologie neoplastiche, vi è stata la necessità di una razionalizzazione delle risorse, per cui si riducono le competenze dell'ospedale, aumentando quelle del territorio, che hanno un costo inferiore. All'ospedale spetta rispondere agli eventi acuti e di emergenza, mentre la cronicità è demandata al territorio.

Afferisce al Dipartimento Cure Territoriali la UOC Cure Domiciliari che ha gli obiettivi specifici di seguito indicati:

- fornire adeguata assistenza a persone che presentano problematiche di tipo sanitario e sociale suscettibili di trattamento domiciliare, evitando i ricoveri ospedalieri impropri e l'ingresso in residenza;
- favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti, perseguendo il recupero o la conservazione delle residue capacità di autonomia e relazionali;
- rendere possibili dimissioni ospedaliere tempestive ed assicurare la continuità assistenziale mediante lo strumento della "dimissione protetta";
- supportare i "caregiver" e trasmettere loro delle competenze che possano tradursi in autonomia di intervento;
- migliorare in ultima analisi la qualità della vita di persone non autosufficienti o a rischio di perdita dell'autosufficienza, favorendo il mantenimento delle capacità residue.

La UOC è l'organismo di indirizzo e di governo di tutte le cure domiciliari e dei programmi assistenziali e terapeutici a domicilio dei pazienti, come richiamato dalla DGRC n. 41/2011, inoltre ha compiti di pianificazione strategica e di direzione scientifica delle attività, in linea con le direttive della Direzione Strategica Aziendale. Essa garantisce la continuità delle cure per i pazienti

dimessi dagli ospedali o che si fa carico di pazienti cronici con riacutizzazione dei quadri clinici, tramite l'erogazione coordinata e continuativa di una somma di prestazioni tra loro integrate, sia sanitarie (medico, medico – specialistica, infermieristica, riabilitativa) sia socio-assistenziali (cura della persona, fornitura dei pasti, cure domestiche) al domicilio, da parte di diverse figure professionali (medici, infermieri, fisioterapisti, nutrizionisti, psicologi, ecc.).

Oltre alla fornitura dei servizi qui intesi come intervento del personale infermieristico, di riabilitazione, servizio ambulanze e tra poco il servizio trasfusionale, le UU.OO. Cure Domiciliari forniscono tramite il Coordinamento Aziendale Cure Domiciliari anche i farmaci che non sono erogabili con la prescrizione dei medici di Medicina Generale/PLS, come i farmaci di fascia “H” e fascia “C”, oltre a ciò si garantisce la fornitura di alcuni presidi sanitari e dei devices.

Per la immissione nel percorso in Cure Domiciliari, dal momento della segnalazione, il paziente andrà preso in carico entro 72 ore lavorative. Al paziente si garantirà un piano assistenziale provvisorio indicato dal medico di medicina generale, in alternativa dal medico specialista interno o del reparto ospedaliero, nell'attesa della valutazione multidimensionale, che dovrà avvenire entro e non oltre venti (20) giorni. Nel caso in cui vi è necessità di intervento di OSS o di sostegno sociale, sarà cura della U.O Cure Domiciliari distrettuale concordare con l'Ufficio Socio Sanitario distrettuale, la convocazione dell'UVI.

Per i pazienti in dimissione protetta da parte degli Ospedali, la presa in carico sarà effettuata previ accordi con i reparti ospedalieri, che provvederanno a segnalare il caso al Distretto di riferimento (con funzione di Punto di Accesso del Sistema PUA) in tempo utile per approntare quanto necessita al paziente al proprio domicilio ed indicando il piano assistenziale provvisorio, suggerendo la tipologia degli interventi, le terapie da somministrare, i “devices” da gestire. Alla riunione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale/UVI si potrà invitare anche il personale medico del reparto di cura del paziente, se da esso richiesto o si reputa necessaria la loro presenza per un migliore inquadramento, per la gestione post dimissione.

Facendo seguito la definizione del percorso per la presa in carico dei pazienti in Cure Domiciliari, nel rispetto della delibera della giunta regionale n. 41/2011 e del Decreto del Commissario ad Acta n. 1 del 07/01/2013 già citati, si precisa che:

- La proposta di presa in carico è di esclusiva competenza del medico di Medicina Generale/PLS con invio di scheda SVaMa “A” (nelle quale sia riportato il bisogno di accesso alle Cure Domiciliari), al Distretto di riferimento (con funzione di Punto di Accesso del Sistema PUA).
- La valutazione multidimensionale è realizzata dal Responsabile distrettuale, dal medico di Medicina Generale, dal medico Specialista Ambulatoriale Geriatra per i pazienti di età pari o superiore ai 65 anni e per particolari condizioni cliniche, da altro medico specialista.
- Per pazienti di età inferiore ai 65 anni la valutazione è effettuata dal Responsabile distrettuale, dal medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta e dal medico Specialista della patologia preminente che sarà tenuto a redigere la scheda SVAMA B.

- Qualora vi sia la necessità di intervento di OSS o di sostegno sociale, sarà cura della U.O.C. Cure Domiciliari concordare con l'Ufficio Socio-Sanitario distrettuale la convocazione dell'UVI.
- Per la valutazione multidimensionale/UVI è d'obbligo applicare le Tabelle 1 e 2 del Decreto del Commissario ad Acta n. 1 del 07/01/2013.

Alla UOC Cure domiciliari afferisce la UOS Cure Palliative/NAD. Le cure palliative, infatti, prevedono un livello operativo (territoriale e ospedaliero) e un livello centrale, rappresentato dalla U.O.S. Cure Palliative/NAD incardinata nella U.O.C. Cure Domiciliari/Dipartimento Cure Territoriali, con compiti di indirizzo, coordinamento funzionale e controllo del livello operativo. La scelta di far afferire il suddetto livello centrale alla U.O.C. Cure Domiciliari è dettata dalla consapevolezza che il setting domiciliare delle cure palliative è la modalità di intervento preferenziale in termini di efficacia, efficienza e qualità della vita del paziente.

UOC Strutture Residenziali e Semiresidenziali Territoriali

La condizione anziana in Italia, e anche nella nostra regione, è oggi ad un punto di svolta, sia a causa della situazione sociale, politica, ed economica, sia in ragione di una rinnovata coscienza collettiva.

Ciò che la renderà più accettabile, sarà la qualità dei processi assistenziali e sanitari, e dei sistemi istituzionali ed interpersonali in essa coltivati. Ne deriva la necessità di un rinnovato impegno progettuale, a cui deve seguire con costanza, intelligenza ed apertura, l'organizzazione e la conduzione quotidiana dell'accoglienza e del sostegno.

Centralità della persona, promozione della vita, costruzione di relazioni significative, accompagnamento della persona anziana, sono le polarità entro cui si svolge un rapporto intenso e giustamente articolato, capace di dare serenità e fiducia a soggetti spesso soli ed in difficoltà.

La UOC coordinerà gli interventi residenziali e semiresidenziali rivolti essenzialmente a tali pazienti attraverso l'unificazione dei percorsi e l'integrazione delle RSA ed Hospice.

Le **residenze sanitarie assistenziali**, che vengono identificate con l'acronimo RSA, introdotte in Italia a metà degli anni novanta, sono strutture non ospedaliere, ma comunque a impronta sanitaria, che ospitano per un periodo variabile da poche settimane al tempo indeterminato persone non autosufficienti, che non possono essere assistite in casa e che necessitano di specifiche cure mediche di più specialisti e di una articolata assistenza sanitaria.

Si distinguono dagli ospedali e dalle case di cura, rivolti ai pazienti sofferenti di una patologia "acuta", e dalle case di riposo, destinate agli anziani almeno parzialmente autosufficienti.

Le RSA sono gestite da enti pubblici o privati che offrono ospitalità, prestazioni sanitarie e assistenziali, aiuto nel recupero funzionale e nell'inserimento sociale e prevenzione delle principali patologie croniche. Tipicamente, in una RSA vengono garantite: l'assistenza medica e infermieristica, l'assistenza riabilitativa, l'aiuto per lo svolgimento delle attività quotidiane, l'attività di animazione e socializzazione, le prestazioni alberghiere, di ristorante, di lavanderia, di pulizia.

Per richiederne l'accesso, è necessario rivolgersi al Distretto territorialmente competente o al Servizio sociale del Comune di residenza, per avere riconosciuta la condizione di non autosufficienza.

Le spese, stabilite dagli enti che gestiscono le residenze sanitarie assistenziali in accordi con il Comune, sono in parte a carico del Servizio sanitario nazionale, in parte a carico del Comune e in parte a carico dell'utente e, in base alla normativa di alcune Regioni, anche del coniuge e dei parenti in linea retta entro il primo grado, laddove l'utente non sia in grado di provvedere al pagamento.

Le RSA sono strutture che offrono anche servizi di animazione e coinvolgimento delle persone presenti.

Attualmente nel territorio della ASL Napoli 2 Nord sono strutturate tre RSA con sede ad Ischia, Pozzuoli, e Cardito. Si tratta di strutture a valenza essenzialmente sanitaria per persone anziane non autosufficienti, che richiedono un livello medio di assistenza sanitaria (medica, infermieristica e riabilitativa) integrato da un livello elevato di assistenza tutelare ed alberghiera.

La necessità di un elevato e continuato sostegno viene soddisfatta con personale qualificato di assistenza alla persona, che assicura supporti umani ottimali al fine di consentire a tutti i soggetti non autosufficienti di trovare un equilibrio psicofisico.

Le équipes sono composte in genera da: geriatra, psicologo, infermieri, OSS, animatori, fisioterapisti, assistente sociale.

I trattamenti riabilitativi sono prevalentemente quelli di conservazione dello stato di equilibrio raggiunto a seguito della riabilitazione effettuata, nelle fasi acute e post acute, a livello di presidio ospedaliero. L'obiettivo del trattamento riabilitativo nella Rsa cerca di prevenire aggravamenti e il decadimento funzionale, compatibilmente con l'eventuale menomazione rimasta. Le attività svolte pongono in primo piano la persona attraverso l'elaborazione di progetti individualizzati, l'integrazione e/o il coordinamento nell'operatività delle varie figure professionali sul singolo caso e, soprattutto, la flessibilità operativa.

Particolare attenzione, nell'elaborare il progetto individualizzato, viene posta alle esigenze di tipo relazionale dei cittadini.

Viene garantito alle persone inserite nelle strutture il rispetto dei loro diritti, la loro riservatezza, il rispetto della loro personalità, anche mediante la personalizzazione degli ambienti, la valorizzazione della persona attraverso la cura dell'aspetto fisico, nonché la promozione del patrimonio culturale, politico e religioso di ciascuno.

Globalmente si persegue la qualità delle risposte assistenziali fornite, affinché le attività si conformino il più possibile ai ritmi ed alle abitudini delle persone, compatibilmente con le esigenze di una collettività, anche attraverso l'osservanza di protocolli operativi rispettosi della dignità della persona.

L'organizzazione attuale è frutto di una evoluzione storica durata diversi anni, che ci ha portato ad individuare e scegliere la metodologia del lavoro di equipe in modo che sia multidisciplinare la capacità di attenzione, osservazione e risposta ai ritmi, bisogni e desideri di ogni ospite e che l'ambiente di vita dell'ospite diventi casa.

I nostri punti di forza pertanto sono:

- la valorizzazione del lavoro di equipe;
- i piani di assistenza individualizzata, frutto delle riunioni d'equipe per la valutazione e la verifica dei piani in essere;
- la collaborazione e l'integrazione con gli altri servizi, in particolare con il Servizi del Distretto, dei Comuni, gli ospedali, ma anche con i Medici di Medicina Generale;
- il coinvolgimento dei familiari.

Il termine *Hospice* è una parola importata dall'inglese per definire i centri residenziali per le Cure Palliative. L'hospice è un luogo di sollievo, aiuto e solidarietà. E' un'area di lavoro nella quale vengono accolti, anche temporaneamente, i malati inguaribili che necessitano di cure palliative, quando l'assistenza domiciliare diventa difficile o quando, nelle situazioni più complesse, la famiglia necessita un periodo di sollievo. Il ricovero in hospice garantisce la disponibilità di un'assistenza specializzata 24 ore su 24 in un ambiente il più simile a quello domestico, infatti grande attenzione è posta all'organizzazione degli spazi, che prevede l'accoglienza dei familiari e la loro collaborazione alle cure del malato. L'équipe multidisciplinare dell'hospice è in contatto continuo con quella di cure palliative domiciliari integrandone l'attività e assicurando la continuità dell'assistenza ai malati e ai loro familiari, anche nell'eventualità di successive dimissioni.

L'Hospice - Polo del Sollievo per la Vita - è un Centro Residenziale della ASL Napoli 2 Nord per persone con malattie cronico-degenerative in fase avanzata o la cui malattia di base, caratterizzata da una inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici. Ad accogliere questi pazienti, ad offrire loro e alle loro famiglie risposte ai bisogni assistenziali e a proporre un ambiente dove costruire insieme la migliore qualità di vita possibile per la persona ammalata, provvede una equipe multidisciplinare, ad altissima umanizzazione e con competenze specifiche nell'ambito delle Cure Palliative, composta da: medico, psicologo, nutrizionista, fisioterapista, sociologo, assistente sociale, infermiere, ed operatore socio-sanitario.

L'Hospice, in conformità a quanto dettato dalla legge 38/2010, che garantisce a tutti l'accesso alle Cure Palliative e alla Terapia del Dolore, offre un adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale alla persona malata e alla famiglia, nel rispetto della persona e della sua dignità. E' allocato in una struttura indipendente che si sviluppa su tre livelli, circondata da verde attrezzato; dispone di 12 posti letto in camere singole, che possono accogliere un familiare o un caregiver; è dotato di aree comuni interne ed esterne, per favorire le relazioni interpersonali e realizzare attività ricreative.

Il ricovero avviene su richiesta di un familiare o del medico curante, è gratuito per il cittadino e totalmente a carico del SSN. Il ricovero in hospice, qualora sia utile o necessario, può essere richiesto dal medico dell'assistenza domiciliare, dal medico di medicina generale, oppure direttamente dai familiari e dal malato. L'hospice è parte integrante della rete di cure palliative.

Con Decreto n. 46 del 15.05.2013 ad oggetto: Recepimento schema di accordo tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane su

"Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e de/l'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (DPS), con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico", il Commissario ad acta della Regione Campania per la prosecuzione del piano di rientro del settore sanitario ha tra l'altro recepito, per la parte di competenza sanitaria, lo schema di accordo tra Governo, regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano sulle linee guida di indirizzo sui disturbi dello spettro autistico", approvato nella seduta del 22/11/2012, repertorio atti n. 132, della Conferenza Unificata permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane.

Tali linee guida hanno tra l'altro focalizzato l'attenzione sulla questione che i disturbi pervasivi dello sviluppo, e in particolare le sindromi dello spettro autistico, rappresentano una patologia dello sviluppo psicologico altamente invalidante che, nella quasi totalità dei casi, persiste anche in età adulta. L'autismo è un problema che riguarda l'intero ciclo della vita e che vi è quindi una esigenza di presa in carico che si muova su tutto l'arco della vita di tali soggetti, dall'infanzia all'età adulta ed anziana, favorendo l'integrazione tra le neuropsichiatrie infantili con i servizi di psichiatria del DSM.

La situazione delle persone adulte affette da autismo è fortemente condizionata dalla grave carenza di servizi, di progettualità e programmazione per il futuro che produce troppo spesso un carico esorbitante per le famiglie con il rischio di perdita di autonomie e abilità faticosamente raggiunte, di abusi di interventi farmacologici per sopperire alla mancanza di idonei interventi psicoeducativi o di adeguata organizzazione dei contesti e degli spazi vitali.

La complessità del fenomeno dell'autismo, con tutte le sue implicazioni sulla tenuta del tessuto familiare e le ricadute di ordine sociale, richiede un impegno urgente e la Asl Napoli 2 Nord sente la necessità di costruire quella che le associazioni chiamano realisticamente "**prospettiva dopo di noi**", per chi, anche da adulto, non potrà essere autonomo. Tale struttura avrà il compito di coordinare ed implementare quei percorsi assistenziali (territoriali, residenziali e semiresidenziali) capaci di dare una risposta adeguata alle esigenze terapeutiche dei pazienti e dei bisogni delle loro famiglie.

UOC Medicina Legale

La UOC Medicina Legale svolge attività di programmazione, coordinamento e integrazione funzionale delle strutture distrettuali afferenti, fornendo modelli operativi tesi a semplificare ed uniformare le prestazioni medico-legali erogate sul territorio cittadino.

Afferiscono all'attività di coordinamento tecnico, scientifico, funzionale, le seguenti prestazioni medico legali:

- Accertamenti medico legali collegiali in ambito di inabilità dipendenti pubblici;
- Valutazioni di seconda istanza avverso il giudizio medico legale espresso in forma monocratica nelle sedi distrettuali (idoneità uso delle armi, esonero dall'indossare le cinture di sicurezza, rilascio dello speciale contrassegno di sosta e circolazione);
- Indicazioni sul carattere di salvavita delle terapie per grave patologie ai sensi dei C.C.N.L.;
- Coordinamento tecnico-scientifico delle articolazioni medico-legali distrettuali in materia di invalidità civile, handicap, disabilità, cecità e sordità civile;
- Coordinamento delle attività di medicina necroscopica e consulenza tecnica specialistica nel settore della medicina necroscopica per il comparto sanitario territoriale ed ospedaliero;
- Gestione dell'istruttoria delle richieste di indennizzo per danni e/o complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati (L. 210/92 e s.m.i.);
- Consulenza tecnica specialistica nella gestione del rischio correlato alle attività sanitarie e nella gestione del contenzioso stragiudiziale e giudiziale per le strutture afferenti al Sistema sanitario regionale;
- Consulenza tecnica specialistica per le problematiche a valenza medico-legale ed etico-deontologica per le articolazioni territoriali e ospedaliere afferenti al Sistema sanitario regionale (es. consenso all'atto medico, obblighi giuridici del personale sanitario, tutela del segreto, prelievi e trapianti d'organo ecc.);
- Consulenza per gli organismi di tutela degli utenti (es. Ufficio di Pubblica Tutela, Tribunale dei diritti del malato ecc.) per le problematiche a valenza medico-legale ed etico-deontologica, finalizzata alla tutela del diritto alla salute ed alla prevenzione dei conflitti;
- Consulenza a richiesta dell'Autorità Giudiziaria, di Enti pubblici e/o privati e privati cittadini, relativamente a problematiche di responsabilità sanitaria o altre tematiche a valenza medico legale;
- Pareri in ordine a contenziosi in materia previdenziale su richiesta della Corte dei Conti.

UOC Accreditamento e Controllo della spesa

La UOC Accreditamento e Controllo della spesa, attraverso la produzione di analisi dei dati relativi ai consumi sanitari e socio sanitari, sostiene la Direzione Aziendale nelle decisioni in merito alla programmazione sanitaria e socio sanitaria dell'Azienda. In particolare ha tra i propri compiti:

- realizzare le linee di programmazione indicate dalla Direzione Aziendale e dai Distretti Sanitari attraverso la contrattazione, l'acquisto, il controllo e la liquidazione delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie;
- governare e controllare il sistema dell'autorizzazione e dell'accreditamento delle Strutture sanitarie e socio sanitarie in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione;
- controllare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle Strutture sanitarie e socio sanitarie, collaborando di volta in volta in base alle competenze con: i Distretti

Sanitari, l'UOC Cure Primarie, l'UOC Qualità e Risk Management, il Dipartimento Farmaceutico, l'UOC Integrazione Socio Sanitaria, il Dipartimento di Salute Mentale e il Dipartimento di Dipendenze Patologiche;

- promuovere l'integrazione e il coordinamento tra i servizi, attraverso la definizione di procedure e regolamenti comuni, per le attività di analisi, contrattazione, acquisto e controllo delle Strutture erogatrici e delle prestazioni acquistate;
- sviluppare progetti di intervento integrati con altri servizi al fine di agevolare la Direzione Aziendale nella definizione di politiche integrate di contenimento della spesa sanitaria e di governo della domanda.

Art. 42 - Dipartimento Farmaceutico

Il Dipartimento Farmaceutico dell'ASL Napoli 2 Nord è articolato in due aree: area territoriale, area ospedaliera.

L'area territoriale

In quest'area sono ricondotte le seguenti UU.OO.CC.:

- Farmacoeconomia, Farmacovigilanza, Appropriatelyzza e Monitoraggio della Spesa Farmaceutica
- Farmaceutica Territoriale e Logistica del Farmaco

La farmaceutica territoriale comprende una serie di attività volte ad assicurare, ai pazienti non ospedalizzati, l'assistenza farmaceutica distrettuale ed entra a far parte di quei processi individuati per la definizione dei percorsi terapeutico-assistenziali ai fini della continuità ospedale-territorio.

Garantisce, altresì, l'assistenza farmaceutica diretta (erogazione di farmaci, inclusi quelli esteri e orfani, e materiale sanitario a pazienti affetti da fibrosi cistica, malattie rare, talassemia, HIV, patologie oncologiche) per come prevista dai Livelli Essenziali di Assistenza ed estrapola i report necessari alla produzione dei flussi informativi.

Assicura, inoltre, tutte le attività relative alla Farmaceutica Convenzionata (contabilità farmaceutica, controlli e vigilanza sulle farmacie convenzionate) ed assolve a tutte le iniziative messe in atto a livello nazionale, regionale ed aziendale per il contenimento della spesa farmaceutica territoriale (distribuzione diretta di farmaci PHT, ossigeno liquido e presidi per diabetici oltre che la Distribuzione Per Conto).

Tramite la UOC Farmacovigilanza, Farmacoeconomia, Appropriatelyzza e Monitoraggio della spesa Farmaceutica verranno, infine, assicurate tutte le attività relative alla farmacovigilanza (raccolta ed invio delle schede di segnalazione di sospetta reazione avversa, promozione di iniziative volte a

promuovere un aumento delle segnalazioni spontanee), farmaco-epidemiologia (elaborazione dei dati relativi al consumo dei farmaci al fine di valutarne i rischi e l'efficacia nella popolazione dell'ASL) e farmaco-economia intesa come razionalizzazione dell'impiego di risorse, nonché una corretta informazione, ai pazienti ed agli operatori sanitari, circa l'erogazione e le modalità di somministrazione dei farmaci.

L'area ospedaliera

In quest'area sono ricondotte le seguenti UU.OO.:

- UOC Farmacia Ospedaliera PO Pozzuoli
- UOC Farmacia Ospedaliera e Distrettuale di Ischia
- UOSD Farmacia Ospedaliera PO di Giugliano
- UOSD Farmacia Ospedaliera PO di Frattamaggiore

La farmaceutica ospedaliera, con strutture presenti in ogni presidio ospedaliero, comprende una serie di attività volte ad assicurare l'assistenza farmaceutica ai pazienti in regime di ricovero ordinario, DH, DS o in visita ambulatoriale.

La Struttura garantisce la gestione quotidiana dei farmaci, delle sostanze stupefacenti e ad azione psicotropa soggette al DPR 309/90 e s.m.i., delle preparazioni magistrali oncologiche e del materiale sanitario con estrapolazione dei report necessari alla produzione dei flussi informativi. Garantisce, pure, la gestione dei farmaci dispensati per le sperimentazioni cliniche autorizzate dal Comitato Etico con relativa compilazione delle schede.

Assicura, inoltre, la distribuzione diretta dei farmaci del 1° ciclo di terapia dopo la dimissione ospedaliera (ricovero ordinario o DH) o dopo visita specialistica ambulatoriale (ad ogni paziente in dimissione dalla struttura ASL vengono consegnati i farmaci necessari per continuare a domicilio il trattamento farmacologico già avviato nella struttura ospedaliera per un periodo che va da un minimo di 10 ad un massimo di 30 giorni, per coprire il periodo intercorrente tra le dimissioni e la prima visita di controllo e, comunque, prima del passaggio in cura al m.m.g.).

La UOC Farmacia Ospedaliera di Pozzuoli provvede, inoltre, all'approvvigionamento dei farmaci e dei prodotti di consumo all'Area Sanitaria della Casa Circondariale di Pozzuoli.

Verranno, infine, assicurate tutte le attività relative alla farmacovigilanza e vigilanza sui prodotti sanitari attraverso regolari visite ispettive degli armadi farmaceutici di Reparto, l'elaborazione dei dati di consumo dei farmaci a fini epidemiologici ed in termini di farmaco economia con eventuali analisi di scostamento dai dati di consumo.

L'assetto del Dipartimento Farmaceutico, con l'articolazione delle unità operative di afferenza, è riportato nell'appendice "Organizzazione strutturale aziendale".

Art. 43 - Dipartimento Materno Infantile

*“La tutela della salute in ambito materno infantile costituisce un impegno di valenza strategica dei sistemi socio-sanitari per il riflesso che gli interventi di promozione della salute, di cura e riabilitazione in tale ambito hanno sulla qualità del benessere psicofisico nella popolazione .
Persegue gli obiettivi di salute che garantiscano l’unitarietà degli interventi di tipo preventivo, curativo e riabilitativo, secondo una “logica di percorso” (Progetto Obiettivo Materno Infantile: D.M. 24 aprile 2000).*

A tale orientamento è ispirata la costituzione del Dipartimento Materno Infantile cui afferiscono strutture territoriali ed ospedaliere:

- UOC Tutela della Salute della donna e dell’infanzia
- UOC Patologie Neuropsichiatriche dell’età evolutiva e dell’adolescenza
- UOC Ostetricia e Ginecologia PO Pozzuoli
- UOC Ostetricia e Ginecologia PO Giugliano
- UOC Ostetricia e Ginecologia PO Frattamaggiore
- UOC Ostetricia e Ginecologia PO Ischia
- UOC Pediatria PO Pozzuoli
- UOC Pediatria PO Giugliano
- UOC Pediatria PO Frattamaggiore
- UOC Pediatria PO Ischia

Tale scelta organizzativa è finalizzata a garantire una presa in carico complessiva del bambino e della donna da parte dei servizi aziendali, a prescindere dalla loro collocazione in strutture ospedaliere o territoriali.

L’attività di programmazione della **U.O.C. Tutela della salute della donna e dell’infanzia** ha funzione di indirizzo e supporto tecnico alle Aree Materno Infantile distrettuali, individuando il Distretto come luogo privilegiato di offerta di interventi integrati e di governo dell’appropriatezza della domanda, assicurando in modo uniforme ed omogeneo livelli essenziali ed appropriati di assistenza e garantendo l’interdisciplinarietà e la continuità dei percorsi di salute.

Alla U.O.C. Tutela della salute della donna e dell’infanzia è affidata la missione di promozione e tutela della salute in ambito materno infantile, in sintonia con quanto dettato dalla L.R. 32/94, in particolare:

- promozione e potenziamento della rete consultoriale;
- sostegno alla gravidanza, parto e puerperio, d’intesa con i punti nascita, tutelando il rispetto della fisiologia dell’evento nascita e curando l’efficacia e l’appropriatezza degli interventi offerti;

- tutela della salute psico-fisica dell'infanzia-adolescenza, la prevenzione, cura e riabilitazione delle disabilità, in stretta collaborazione con le altre strutture aziendali, la pediatria di libera scelta, la comunità scolastica, gli Enti Locali ed il mondo della giustizia minorile (DGR460/1999);
- la tutela della salute della donna in tutte le fasi della vita, con particolare riferimento alla procreazione cosciente e responsabile, alla prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza, all'età post-fertile (DGR n. 1746/2007);
- organizzazione e gestione dei programmi di offerta attiva degli screening dei tumori della sfera genitale femminile, in stretta collaborazione con i MMG, i Distretti ed i Presidi Ospedalieri
- perseguimento degli obiettivi e la realizzazione delle linee progettuali prioritarie del PSN - intesa Stato-regioni, indicando alla direzione strategica, di concerto con gli altri soggetti aziendali coinvolti, i criteri di utilizzo dei fondi vincolati alla realizzazione dei progetti di competenza materno infantile.

Una attenzione particolare è rivolta alla implementazione di un modello organizzativo condiviso per l'assistenza integrata alla gravidanza/parto/puerperio, mediante la attivazione di gruppi per accompagnamento alla nascita, la preparazione al parto, il sostegno all'allattamento materno.

Mediante l'integrazione Territorio/Ospedale e la conseguente rete di interventi trasversali vanno perseguiti tali obiettivi, così come descritti anche nella DGR n. 860/2015 relativa ai Piani Regionali di Prevenzione 2016 – 2018, per poter offrire all'utenza continuità, appropriatezza delle cure e attenzione all'equità.

Elementi fondamentali di tale percorso sono:

- 1) promozione della fisiologia dell'assistenza alla gravidanza e parto al fine di diminuire il tasso di tagli cesarei;
- 2) promozione e sostegno all'allattamento materno nei punti nascita e nel territorio (consultori familiari);
- 3) promozione e sviluppo delle capacità genitoriali delle giovani famiglie relativamente ai determinanti di salute del bambino 0-3 anni attraverso l'implementazione del Programma *GenitoriPiù* e la promozione dell'*Early Child Development*, specialmente nelle classi socio-economiche più svantaggiate, ai fini dello sviluppo di una buona salute fisica, mentale, cognitiva, emotiva e sociale per tutta la vita del bambino.

Patologie Neuropsichiatriche dell'età evolutiva e dell'adolescenza

Nei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva il processo diagnostico, l'impostazione delle terapie e/o dei progetti riabilitativi, l'elaborazione degli interventi educativi e sociali, sono necessariamente il frutto di una valutazione multiprofessionale: la competenza specialistica non è

espressa da un singolo professionista ma dal lavoro di una unità operativa stabile e specificamente formata che, spesso, deve operare con modalità tali da garantire continuità tra uno specifico spazio ospedaliero e uno specifico spazio territoriale, entrambi necessari per assicurare appropriatezza e completezza nella diagnosi, precisione e adeguatezza del progetto terapeutico, coerenza e continuità degli interventi di cura, verifica degli esiti nel corso del tempo.

Affrontare i disturbi neuropsichici dell'età evolutiva richiede quindi un modello assistenziale integrato tra ospedale e territorio ed interaziendale, nell'ambito di una rete specialistica dedicata, in grado di erogare interventi complessi e la messa in campo di una quota elevata di attività indirette indispensabili ed a supporto della presa in carico (in assenza dell'utente) quali riunioni di equipe, scoring ed interpretazioni dei test.

Inoltre per attuare un intervento efficace nel campo dei disturbi neuropsichici in infanzia ed adolescenza, è necessaria un'azione convergente sul piano sanitario e su quello sociale, che tenga conto delle peculiarità e specificità dei bisogni in questa fase della vita che possono essere così sintetizzati:

a) necessità di tener conto della reciproca interazione delle varie aree di sviluppo (motoria, cognitiva, linguistica, psico-affettiva e relazionale);

b) necessità di specifica attenzione (utilizzo di strumenti e metodi idonei) alle diverse fasce d'età (prima e seconda infanzia, età di latenza e preadolescenza, prima e seconda adolescenza), considerando l'adolescenza come un punto d'arrivo di un continuum evolutivo di sviluppo;

c) necessità di considerare gli altissimi indici di comorbidità tra i vari disturbi, in diverse e successive fasce d'età;

d) necessità di collaborare a un intervento complessivo che comprenda la prevenzione e l'educazione alla salute, in considerazione della stretta interdipendenza tra sviluppo e contesto relazionale e di vita, che richiede un intervento allargato alla famiglia ed all'ambiente educativo-scolastico e sociale.

La maggior parte degli utenti entrano dunque in un percorso di presa in carico, che può però essere caratterizzato da diverse intensità assistenziali a seconda dei disturbi, dei contesti e delle fasi evolutive, e non solo in base a complessità e gravità.

Gli obiettivi generali della UOC sono definiti in base alle normative e indicazioni nazionali e regionali esistenti; essi riguardano la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi neurologici, psicopatologici e neuropsicologici dell'infanzia e dell'adolescenza, che devono essere garantite in maniera coordinata, appropriata ed equa in tutto il territorio della ASL Napoli 2 Nord. Assorbendo dunque le funzioni e le attività del Centro Unico Aziendale di Salute Mentale dell'Età Evolutiva già istituito.

La UOC assolverà le seguenti funzioni:

- Avviare Attività di Prevenzione del rischio di disagio psicologico e dei disturbi dello sviluppo in età evolutiva;
- Garantire i Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria e sociosanitaria per i soggetti in età evolutiva da 0 a 18 anni con disturbi del neurosviluppo e patologie neuropsichiatriche

- Prendere in carico precocemente il bambino con disabilità neuromotorie, psichiche e problematiche familiari e collaborare con le competenze specialistiche fisiatriche e riabilitative
- Garantire Coordinamento, uniformità delle procedure di accesso e omogeneità della presa in carico dei soggetti con disturbo dello spettro autistico, con compito di interfaccia con la regione
- Programmare percorsi abilitativi e riabilitativi neuropsicomotori, del linguaggio e della comunicazione, in collaborazione con personale tecnico specificamente formato
- Garantire procedure uniformi di accesso ai servizi e alle prestazioni di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza
- Garantire le Attività delle equipe multidisciplinari territoriali distrettuali coordinate dal neuropsichiatra infantile, con la definizione di procedure e modelli condivisi per la elaborazione della diagnosi clinica e funzionale, del progetto personalizzato di intervento e del suo monitoraggio e delle attività necessarie al migliore inserimento scolastico dell'alunno con disabilità
- Collaborare con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione degli alunni con disabilità nelle scuole di ogni ordine e grado (legge n. 104/92 e D.P.R. 24/2/94)
- Superamento della parcellizzazione dell'intervento del NPI attraverso la creazione di una connessione trasversale tra neuropsichiatri dell'infanzia e dell'adolescenza e operatori delle Unità Operative delle aree di confine (prevenzione, riabilitazione, salute mentale, dipendenze, materno-infantile, integrazione socio-sanitaria etc.)
- Elaborazione di protocolli con i Servizi di psichiatria per il passaggio del soggetto con disturbi psichici dell'età evolutiva a quella adulta
- Integrazione con SPDC del Polo Ospedaliero di Santa Maria delle Grazie per la presa in carico delle Psicopatologie dell'adolescenza caratterizzate da una condizione di emergenza/urgenza attraverso l'elaborazione di Protocolli e Procedure condivise
- Collaborazione con gli Ambiti territoriali per l'elaborazione ed il monitoraggio del progetto personalizzato di intervento
- Collaborazione con l'Autorità Giudiziaria minorile ed Enti Locali per quei minori con patologia neuropsichiatrica, soggetti a misure cautelari o penali e per minori sottoposti a tutela e protezione attraverso l'elaborazione di protocolli e procedure condivise.
- Collaborare con gli Enti Locali e gli altri servizi aziendali preposti, nella rete degli interventi di tutela e cura dei minori abusati e deprivati
- Elaborazione di una modulistica unica e di una cartella clinica unificata
- Formazione continua permanente del personale, da attuarsi in forma trasversale sia con altre articolazioni aziendali che con altre agenzie presenti sul territorio
- Epidemiologia Clinica: individuazione modelli di raccolta dati relativi alla prevalenza ed incidenza delle patologie in età evolutiva, ed individuazione di indicatori di processo e di esito

La UOC mantiene stretti legami funzionali e operativi con: area materno-infantile, dipartimento di salute mentale, area integrazione socio-sanitaria, area riabilitazione, i rappresentanti dei pediatri

di libera scelta e dei medici di medicina generale, le strutture di pediatria ospedaliera, i servizi consultoriali, la UOC Tutela della Salute adulti e minori di Area Penale, i servizi sociali d'Ambito e dei Comuni, l'istituzione scolastica, i servizi sanitari per la riabilitazione in età evolutiva accreditati, terzo settore, il volontariato, le Associazioni delle famiglie. Ad essa fanno capo la UOS Disturbi dello Spettro Autistico ed i Nuclei Operativi Distrettuali di Neuropsichiatria Infantile, strutture specialistiche territoriali composte da equipe multiprofessionali cui affidare il compito di:

- Attività diagnostica-valutativa
- Diagnosi Clinica e Funzionale
- Elaborazione di un progetto personalizzato di intervento che contenga tutti i necessari e possibili interventi di cura e assistenziali: abilitativi e riabilitativi. Terapeutici e psicoterapeutici, farmacologici, collocamento in strutture residenziali o semiresidenziali, sanitarie e sociosanitarie, anche relativi agli apprendimenti, al contesto familiare e alle azioni di risocializzazione e di rete per l'inclusione scolastica e/o socio lavorativa, e in raccordo con gli Ambiti Territoriali Sociali per gli interventi sociosanitari
- Monitoraggio del progetto personalizzato di intervento, per gli adeguamenti e le modifiche necessarie all'evoluzione del quadro clinico, di sviluppo, sociale e familiare
- Interventi valutativi o di sostegno per soggetti in età evolutiva richiesti dalla Magistratura o derivanti da provvedimenti emanati dalla stessa in collegamento con le U.O.M.I ed i servizi sociali del territorio.

Art. 44 - Dipartimento dell’Emergenza e dell’Area Critica

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

L’area di intervento sanitario relativa all’emergenza-urgenza è vasta e complessa in quanto lo scenario delle patologie ad essa connesse comprende sia problematiche acute o complicanze di situazioni croniche sia vari eventi di carattere traumatologico ed infortunistico.

La risposta adeguata ed appropriata ad una domanda di tale rilevanza e criticità, oltre ad essere innanzitutto un obbligo sociale, riguarda un ben preciso ambito di “responsabilità” di carattere giuridico, medico-legale, etico e deontologico per tutto il personale sanitario e richiede la razionalizzazione dell’intervento. Quest’ultima consiste nella individuazione, nella promozione, nella strutturazione e nella periodica revisione di un sistema dell’emergenza-urgenza.

E’ un sistema organico d’intervento, strutturato in diversi moduli logistici ed operativi attrezzati e flessibili e basato sull’integrazione dei servizi, articolati sul territorio e preposti a garantire prestazioni di emergenza, tale da configurare un’organizzazione di tipo dipartimentale che provvede al riconoscimento e al recupero di tutte le situazioni di emergenza-urgenza, con un collegamento a rete degli ospedali.

Nelle more dell’applicazione del DCA 33 del 17/05/2016 ai sensi del DM 70/2015 della Regione Campania e consequenzialmente alle azioni da intraprendere per l’equilibrio da raggiungere nel triennio 2016-2018 l’ASL Napoli 2 Nord costituisce il Dipartimento dell’Emergenza e dell’Area Critica essendo l’articolazione aziendale, transmurale e integrata tra Ospedali e Territorio, deputata al governo e alla gestione dei settori aziendali operanti in modo prevalente nell’ambito dell’emergenza e urgenza, delle cure al paziente critico e della continuità assistenziale e terapeutica. Tale organismo è, inoltre, preposto alla gestione delle maxi emergenze. Aree di competenza affidate alla gestione del Dipartimento sono:

- Primo soccorso territoriale
- Punti di primo intervento
- Servizio 118 ed emergenza territoriale
- Trasporto infermi
- Gestione del servizio ambulanze ed automezzi sanitari
- Pronto soccorso ospedaliero ed osservazione breve nei PO di Giugliano, Frattamaggiore, Ischia
- Pronto soccorso ospedaliero, osservazione breve e medicina d’urgenza PO di Pozzuoli
- Attività anestesilogiche, rianimatorie e cure intensive generali e specialistiche
- Buon uso del sangue e gestione del centro trasfusionale previsto

- Formazione del personale afferente al Dipartimento e relativa organizzazione della didattica.

I descritti settori afferiscono al Dipartimento come UO o Sevizi. I Settori non identificati come specifiche UO sono affidati alla responsabilità diretta della Direzione del Dipartimento.

Il Dipartimento, avvalendosi delle proprie componenti integrate e ripartendo tra di esse i compiti previsti, deve:

- garantire la necessaria mobilità del personale (per adeguamento alle necessità d'intervento) e l'opportuna sua rotazione sulle varie articolazioni del servizio (al fine di ridurre il rischio di burn out e riproporzionare i carichi di lavoro);
- garantire la realizzazione di percorsi territorio/ospedale per le patologie a più alta incidenza di morbilità e mortalità (cardiovascolari, neurologiche, traumatiche, ecc.);
- garantire gli standard strutturali, operativi e clinici definiti dall'Assessorato alla Sanità;
- garantire la corretta gestione dei flussi informativi istituzionali;
- applicare le linee guida diagnostico/terapeutiche sui percorsi del paziente;
- effettuare le valutazioni qualitative dell'attività svolta;
- attuare i programmi di formazione e miglioramento della qualità definiti dall'Assessorato alla Sanità;
- verificare il possesso ed il mantenimento dei requisiti e degli standard organizzativo/clinici degli Enti ed Associazioni che collaborano nell'attività di emergenza;
- approntare piani di gestione delle emergenze intra ed extra-ospedaliere;
- eseguire esercitazioni di gestione delle emergenze intra ed extra-ospedaliere.

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

L'assetto del Dipartimento, con l'articolazione delle unità operative di afferenza, è riportato nell'appendice "Organizzazione strutturale aziendale".

Art. 45 - Dipartimento di Medicina di Laboratorio

In attuazione del Decreto del Commissario ad Acta n. 55 del 30/09/2010, la strutturazione della Medicina di Laboratorio è stata improntata al fondamentale criterio della maggiore integrazione e sinergia possibile, raggruppando le attività nel Dipartimento di Medicina di Laboratorio, essendo presenti le condizioni e i requisiti per tale istituzione.

La dipartimentalizzazione realizza una forte integrazione della funzione ospedaliera – che deve garantire l'emergenza – con la funzione distrettuale – che viene svolta ricevendo, ogni giorno, i prelievi che si effettuano nei distretti e nelle diverse articolazioni territoriali dell'Azienda.

L'integrazione ospedale-territorio e l'adozione del sistema informatico di "Laboratorio Unico Dipartimentale", di fatto, consentono la massima razionalizzazione delle attività specialistiche centralizzando tutto il processo che appare essere oggi il modo più efficiente e efficace per gestire la diagnostica sanitaria.

La nuova organizzazione

Le scelte organizzative di adeguamento ai nuovi standard hanno comportato una rideterminazione delle unità operative esistenti che risultano così definite:

- **UOC** Laboratorio di Patologia Clinica di Frattamaggiore
 - **UOS** Tossicologia
- **UOC** Laboratorio di Patologia Clinica di Giugliano
 - **UOS** Citogenetica
- **UOC** Laboratorio di Patologia Clinica di Ischia
- **UOC** Laboratorio di Patologia Clinica di Pozzuoli-Procida

- **UOSD** Anatomia Patologica
- **UOSD** Medicina Trasfusionale

Questo modello garantisce vantaggi sia in termini di management che di efficienza economica, presidiando altresì la fase pre-analitica e post-analitica di un lavoro strettamente integrato tra competenze cliniche e di laboratorio.

Si è così organizzata una rete territoriale di tipo Hub-Spoke costituita da 24 Centri Prelievo e 4 laboratori di analisi:

- I. **Laboratori di Frattamaggiore, Giugliano, Ischia e Pozzuoli** (posti al centro di tre vaste zone territoriali e un'isola) ricevono tutti i campioni prelevati nei vari Servizi aziendali (Distretti, Dipartimenti e le diverse articolazioni aziendali) dislocati nel raggio di 8 chilometri. Il trasporto è effettuato con uno schema a raggiera prestabilito ed è

realizzato con modalità e tempi adeguati, garantendo inoltre, il collegamento funzionale dei quattro Laboratori.

- II. **Centri Prelievo** (ai quali sono assegnati funzioni e risorse adeguate) eseguono i prelievi di liquidi biologici ai cittadini utenti del SSN e delle strutture aziendali.

Di seguito viene riportato lo schema dei servizi attivi presso ciascuno dei Laboratori presenti nell'ASL Napoli 2 Nord.

ORGANIZZAZIONE	Pozzuoli	Giugliano	Frattamaggiore	Ischia
Struttura Complessa	si	si	si	si
Emergenza	h 24	h 24	h 24	h 24
Guardia attiva tecnici	si	si	si	si
Guardia attiva sanitari	si	no	si	no
Centri Prelievo distrettuali	si	si	si	no
Centri Prelievo ospedalieri	si	no	no	si
Centri Prelievo territoriali	si	si	si	si

Compiti

Tra i principali compiti del Dipartimento si individuano i seguenti:

- organizzare e pianificare l'attività;
- assicurare l'integrazione funzionale tra le unità operative interne e tra queste e quelle distrettuali e/o ospedaliere;
- collaborare alla definizione del budget;
- partecipare alla programmazione strategia aziendale attraverso la condivisione degli indirizzi strategici, dell'analisi della domanda e dell'individuazione degli indicatori critici di performance.

In particolare il Dipartimento di Medicina di Laboratorio deve:

- adottare linee guida e percorsi diagnostici improntati alla massima appropriatezza e funzionali al continuo miglioramento delle performance aziendali;
- promuovere il miglioramento continuo della qualità;
- garantire uno standard tecnologico elevato attraverso acquisizioni razionali;
- assicurare la formazione del personale tecnico e dirigente per la valorizzazione della professionalità specialistica e perseguire l'appropriatezza e l'efficacia clinica del dato di laboratorio;

Informatizzazione

Nel programma di riorganizzazione particolare attenzione è posta allo sviluppo dell'informatizzazione, sia hardware che software, nella consapevolezza della centralità di tale tecnologia nei moderni servizi diagnostici. In particolare, considerata la trasversalità e strategicità della Medicina di Laboratorio in una azienda sanitaria territoriale particolarmente articolata, l'attivazione di un sistema informativo dipartimentale flessibile, potente, scalabile e tecnologicamente avanzato, dovrà assicurare la completa tracciabilità dei percorsi dei pazienti durante i processi di cura. Sarà, pertanto, possibile disporre di dati on-line ed evitare la duplicazione delle trascrizioni dei dati; esplicitare un'elevata funzionalità realizzando:

- disponibilità di dati clinici e gestionali per la rendicontazione delle attività ai fini istituzionali (Azienda, Regione, Ministeri) e per elaborazioni ed analisi complesse di tipo epidemiologico e di tipo valutativo e/o di controllo del processo assistenziale, delle prescrizioni degli interventi effettuati e delle risorse finanziarie, tecnologiche, e umane;
- registrazione e gestione dei dati rilevanti del Sistema Qualità: Reclami, Non Conformità, Azioni preventive e correttive, ecc;
- adozione di una politica di risk management;
- introduzione di meccanismi di condivisione dei contenuti (documenti, referti, immagini) digitali.

La dipartimentalizzazione della Medicina di Laboratorio porterà a conclusione la fase progettuale di istituzione del servizio di Anatomia Patologica e di un servizio di Medicina Trasfusionale con l'attivazione di due Unità Operative Semplici Dipartimentali (ubicate presso il P.O. di Pozzuoli) e l'impiego di risorse strutturali, economiche e umane funzionali ed adeguate ad un incremento delle attività sempre maggiore sia in termini numerici che di autonomia.

Art. 46 - Dipartimento di Diagnostica per Immagini

Per Diagnostica per Immagini si intende un insieme di indagini strumentali in grado di valutare l'anatomia normale e patologica di una struttura, organo o sistema, con lo scopo di identificare la presenza o meno di una patologia e la sua natura. Le indicazioni alla Diagnostica per Immagini sono numerose e l'ausilio della tecnologia, in continua evoluzione, ci permette una diagnosi sempre più veloce ed accurata.

Il Dipartimento di Diagnostica per Immagini della ASL Napoli 2 Nord offre modalità diagnostiche e terapeutiche sofisticate: infatti possiede tutte le apparecchiature tecnologicamente più avanzate come la TC spirale Multistrato, l'Ecotomografia ad alta risoluzione, la Risonanza Magnetica (per studi morfologici e funzionali), la Mammografia analogica e digitale, la Radiologia Digitale.

Il percorso di ciascun paziente viene personalizzato in relazione alle problematiche del singolo. L'esecuzione di esami di primo livello viene integrata, quando necessario, con ulteriori approfondimenti strumentali fino alla diagnosi definitiva. Il Medico Radiologo può diventare il fautore, oltre che della diagnosi, anche del trattamento di alcune patologie con la Radiologia Interventistica che utilizza aghi, guide, cateteri, palloncini, stent ecc. per effettuare procedure spesso alternative alla chirurgia, utilizzando come guida le apparecchiature di Diagnostica per Immagini. Queste procedure, catalogabili come vascolari e non vascolari (ad esempio decompressione e drenaggio dei dotti biliari), saranno eseguite in ambienti adatti, simil chirurgici (sale radio-chirurgiche) e saranno spesso effettuabili anche in Pazienti ricoverati in solo regime di Day Hospital. Molte patologie un tempo trattate chirurgicamente, ora verranno curate direttamente dal Radiologo Interventista con minore mortalità e breve soggiorno ospedaliero come ad esempio il posizionamento di endoprotesi aortiche nel trattamento della patologia aneurismatica.

Il Dipartimento si avvale di un sistema informatico di tipo integrato che permette l'archiviazione per ogni paziente sia dei dati anagrafici che delle immagini utilizzando il Radiology Information System e il Picture Archiving Communication System (RIS-PACS).

I valori fondanti del Dipartimento di Diagnostica per Immagini si ispirano ai valori descritti nell'atto aziendale dell'ASL Napoli 2 Nord, in particolare:

- Centralità del cittadino
- Affidabilità
- Efficacia
- Equità
- Flessibilità
- Trasparenza

Le Unità Operative (UU.OO.), le Strutture Semplici e Complesse del Dipartimento hanno come obiettivo:

- prestare una particolare attenzione al razionale utilizzo delle risorse ed al rapporto costo/beneficio nell'ambito delle proprie attività per contribuire, in accordo con le direttive aziendali, al conseguimento degli obiettivi previsti;
- garantire la corretta presa in carico del paziente in relazione alle necessità di cura e alle caratteristiche dell'U.O. di Radiologia, destinata alla sua accoglienza nel rispetto dei livelli di assistenza individuati e condivisi all'interno del Dipartimento;
- coinvolgere le strutture ospedaliere e territoriali per la condivisione di protocolli diagnostici e terapeutici concordati e per garantire continuità e regolarità dell'assistenza;
- mettere a punto strumenti di comunicazione atti a garantire il passaggio delle informazioni, utili sia alla gestione del paziente che alla conoscenza e diffusione delle strategie aziendali;
- garantire gli standard professionali e i livelli di prestazione clinici e tecnico-assistenziali concordati in sede di negoziazione di budget;
- garantire la qualità delle attività svolte da tutti i servizi in esso operanti e, a tal fine, perseguire l'accreditamento e lo sviluppo della qualità di sistema, con il supporto di staff aziendali;
- verificare attraverso il processo di budget il raggiungimento degli obiettivi e ricercare le motivazioni/cause relative al mancato raggiungimento con piani alternativi/correttivi che consentano comunque la realizzazione dei progetti.



Capo VII – L'Assistenza Ospedaliera

Art. 47 - La Rete Ospedaliera

La rete Ospedaliera dell'ASL Napoli 2 Nord è stata completamente ridisegnata con il DCA n° 33 del 17 maggio 2016 ad oggetto: "Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015".

Il Piano Ospedaliero Regionale persegue, tra gli altri, i seguenti obiettivi:

1. Riduzione del tasso di ospedalizzazione
2. Ottimizzazione dei DRG "critici"
3. Miglioramento delle liste di attesa per interventi chirurgici in particolare per le patologie tumorali
4. Allineamento dei dati di spesa per l'assistenza farmaceutica ospedaliera a quelli nazionali.

Il DM 70/15 definisce un nuovo modello di classificazione dei Presidi inseriti nella rete ospedaliera, prevedendone 3 diversi livelli di complessità, in relazione al bacino di utenza e ad uno 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 la presenza di un numero limitato di specialità ad ampia diffusione territoriale: Medicina interna, Chirurgia Generale, Ortopedia, Rianimazione e servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità H24 di Radiologia, Laboratorio, Emoteca, nonché di letti di "Osservazione Breve Intensiva";

- Presidi ospedalieri di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, sede di DEA di I livello dotati delle seguenti specialità: Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (se prevista per n. di parti/anno), Pediatria, Cardiologia con U.T.I.C., Neurologia, Psichiatria, Oncologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, con servizio di guardia attiva e/o di reperibilità oppure in rete per le patologie che la prevedono;

- 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 (Cardiologia con emodinamica interventistica H24, Neurochirurgia, Cardiochirurgia e terapia intensiva cardiocirurgica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Chirurgia Maxillo-facciale, Chirurgia plastica, Endoscopia digestiva ad elevata complessità, Broncoscopia interventistica, Rianimazione pediatrica e neonatale, Medicina Nucleare e altre eventuali discipline di alta specialità). E' prevista la presenza H24 dei Servizi di Radiologia con almeno T.A.C ed Ecografia (con presenza medica), Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale.

Oltre alla configurazione per livelli di complessità secondo i criteri dell'emergenza-urgenza il Piano Ospedaliero Regionale prevede la costruzione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post-acuti con l'attività territoriale.

Le reti, costruite secondo il modello hub e spoke previsto su due o tre livelli, sono:

- La rete IMA
- La rete Stroke
- La rete traumatologica
- La rete delle emergenze pediatriche
- La rete delle emergenze digestive
- La rete neonatologica con i punti nascita.

I Presidi Ospedalieri per acuti previsti per la Macro-Area della ASL Napoli 2 Nord sono:

- S. Maria delle Grazie – Pozzuoli
- San Giuliano – Giugliano in Campania
- Anna Rizzoli – Lacco Ameno Isola d'Ischia
- S. Giovanni di Dio – Frattamaggiore

Il Presidio Ospedaliero della ASL Napoli 2 Nord classificabile come DEA di I° livello è attualmente solo il Presidio di Pozzuoli. Il Piano Regionale ne configura coerentemente l'assetto attraverso una dotazione di posti letto e discipline, come da Decreto 70/15, nella consapevolezza della necessità di azioni strutturali di potenziamento, attraverso interventi di edilizia sanitaria in programmazione. L'Ospedale di Pozzuoli è anche individuato quale spoke nella rete Ictus e hub di I° livello nella rete cardiologica, PST nella rete trauma, spoke II nella rete del dolore, spoke nella rete delle emergenze digestive, spoke di II livello rete emergenze pediatriche. Riceve l'incremento delle discipline di Chirurgia Vascolare, Pneumologia, Neurologia, Ematologia con annesso Servizio di Oncologia, Riabilitazione (cod.56) e Lungodegenza (cod. 60).

Il PO San Giuliano viene classificato quale Presidio Ospedaliero di base con Pronto Soccorso e sede di spoke nella rete ictus e IMA, PST rete trauma, hub nella terapia del dolore. E' prevista l'istituzione della disciplina Oncologia, anche con potenziamento della dotazione tecnologica e con investimenti strutturali per l'acquisizione di spazi e/o strutture.

IL PO San Giovanni di Dio di Frattamaggiore viene classificato come Presidio Ospedaliero di base e riconfigurato come presidio con Pronto Soccorso con l'istituzione delle discipline di Terapia Intensiva, Riabilitazione (cod. 56) e Lungodegenza (cod. 60) e potenziamento globale delle altre discipline. È PST nella rete trauma, spoke per IMA, spoke II per terapia del dolore, spoke I livello per la rete emergenze pediatriche.

Il PO Anna Rizzoli di Ischia, dove risiede una popolazione di circa 60.000 abitanti, ma con una notevole ospitalità stagionale da aprile a novembre tale da far rilevare oltre 20.000 accessi annui al Pronto Soccorso, viene configurato come Presidio Ospedaliero di base con Pronto Soccorso in deroga rispetto al bacino di utenza. L'ospedale funge da PST per rete Trauma, spoke I livello rete emergenze pediatriche, spoke I rete terapia del dolore.

Il Presidio Ospedaliero precedentemente previsto sull'Isola di Procida viene rimodulato quale Punto di Primo Intervento, Attività di chirurgia elettiva in regime ambulatoriale ed un Ospedale di Comunità con assistenza infermieristica, gestito dai medici di Medicina Generale.

L'Ospedale di Comunità costituisce un presidio di degenza residenziale delle cure primarie con un numero limitato di posti letto (15-20 PL), gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai Medici di Medicina Generale e dai Pediatri di Libera Scelta che gestiscono l'intero percorso sanitario del paziente assumendosene la responsabilità clinica, mentre, la responsabilità igienico organizzativa e gestionale fa capo al Direttore di Distretto che garantisce anche le necessarie consulenze specialistiche. L'Azienda individua un MMG che assume la funzione di coordinare l'Ospedale di Comunità rappresentando l'interfaccia professionale tra la gestione clinica e la direzione distrettuale.

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

I pazienti ricoverati presso l'Ospedale di Comunità potranno provenire:

- da una Unità Operativa di Presidio o Azienda Ospedaliera in quanto necessitano di prolungare la permanenza in un ambiente protetto al fine di:
 - o raggiungere la completa stabilizzazione delle proprie condizioni cliniche prima del rientro a domicilio;
 - o consolidare i risultati ottenuti durante il ricovero in reparto per acuti con recupero dell'autonomia prima del rientro a domicilio, nei casi non sia possibile attivare l'ADI.
- dal proprio Domicilio, anche se in ADI o ADP, in quanto necessitano di:
 - o ricovero in OC in mancanza di idoneità, strutturale o familiare, dell'abitazione;
 - o assistenza/sorveglianza infermieristica continuativa;
 - o approfondimenti per un corretto inquadramento diagnostico;
 - o intraprendere una terapia in ambiente protetto.

I ricoveri in Ospedale di Comunità sono sempre programmati, per casi non complessi e di breve durata (degenza max 20 giorni). Gli scopi che si pone la realizzazione dell'Ospedale di Comunità sono di due tipi:

- preventivi, ovvero evitare l'ospedalizzazione;
- riabilitativi, ovvero supportare la dimissione e favorire il rientro a domicilio.

L'ammissione nella struttura avviene su proposta del Medico ospedaliero sentito il MMG, se il paziente proviene da un ospedale, o dello stesso MMG, che ha la responsabilità clinica del proprio assistito, se proviene dal domicilio; la possibilità di ricovero è prevista anche per i pazienti provenienti direttamente dal Pronto Soccorso sulla base di protocolli operativi stilati e condivisi dal Direttore Medico di Presidio e dal Direttore di Distretto.

Il ricovero in Ospedale di Comunità prevede la valutazione multidimensionale e la definizione del piano assistenziale individuale condiviso con il paziente e/o il relativo caregiver

A regime l'ASL Na2 Nord potrà contare su un aumento dei posti letto ospedalieri rispetto alla dotazione attuale di 215 unità.

Con deliberazione della Giunta Regionale n.532 del 29.10.2011 la Regione Campania ha recepito l'Accordo in conferenza unificata sul documento concernente le linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della quantità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo.

In tale accordo si è convenuto di procedere alla razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita con numero di parti inferiore a 1.000 / anno.

Per la ASL Napoli 2 Nord il DCA 33/2016 ha programmato i punti nascita nei 4 Presidii Ospedalieri con una deroga per il PO di Ischia che viene mantenuto, dato il disagio dell'insularità e tenuto conto dei numeri di parto registratisi negli anni scorsi. Le UOC Ginecologia ed Ostetricia dei quattro Presidii Ospedalieri sono state aggregate nel Dipartimento Materno Infantile allo scopo di uniformare il percorso assistenziale sia durante la gravidanza sia al momento della presa in carico del bambino da parte dei servizi territoriali. Obiettivi primari del Dipartimento Materno Infantile saranno la riduzione dei tassi di taglio cesareo e la preparazione ad una maternità consapevole e la promozione dell'allattamento materno.

L'allattamento al seno può essere considerato il proseguimento naturale della gravidanza durante la quale la madre ha protetto e nutrito il suo bambino.

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) raccomanda l'allattamento al seno in maniera esclusiva fino al compimento del 6° mese di vita. E' importante inoltre che il latte materno rimanga la scelta prioritaria anche dopo l'introduzione di alimenti complementari, fino ai due anni di vita ed oltre, e comunque finché mamma e bambino lo desiderino.

Gli operatori del Dipartimento Materno Infantile della ASL Napoli 2 Nord svolgeranno un ruolo cruciale nel proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento materno e dovranno:

- promuovere con il maggior impegno possibile l'allattamento al seno esclusivo
- assicurare alla donna la migliore informazione possibile, già in epoca prenatale, in modo che possa decidere in maniera libera e consapevole riguardo all'alimentazione del proprio bambino
- dare appoggio e consigli pratici alle donne che allattano e attivarsi per acquisire le necessarie conoscenze, competenze e abilità di counseling
- fare in modo di rimuovere gli ostacoli che possono rendere difficoltoso l'allattamento materno esclusivo
- evitare pratiche che possano scoraggiare l'allattamento al seno

- promuovere l'allattamento al seno come una attività normale della vita di tutti i giorni, incoraggiando anche il supporto sociale e familiare
- favorire la creazione di gruppi di supporto ai quali indirizzare le famiglie.

La ASL Napoli 2 Nord per ottimizzare le risorse all'interno della rete ospedaliera si è dotata di un modello organizzativo dipartimentale; in particolare ha aggregato tutte le UOC Ospedaliere nel Dipartimento di Area Medica e nel Dipartimento di Area Chirurgica.

L'assetto dei Presidi Ospedalieri, secondo i modelli dipartimentali, con l'articolazione delle unità operative di afferenza, è riportato nell'appendice "Organizzazione strutturale aziendale".

Il dipartimento ospedaliero

Il dipartimento di tipo ospedaliero ha come obiettivi principali garantire:

- 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.

L'assetto dei Presidi Ospedalieri, secondo i modelli dipartimentali, con l'articolazione delle unità operative di afferenza, è riportato nell'appendice "Organizzazione strutturale aziendale".

Particolare attenzione è stata riservata alla gestione delle Liste di attesa che rappresentano un momento particolarmente critico della percezione che i cittadini hanno della qualità del Sistema sanitario nazionale (SSN). Infatti le liste di attesa hanno a che fare con alcuni valori e principi fondamentali quali l'efficacia, l'efficienza, l'appropriatezza delle prestazioni, l'equità geografica e tra gruppi sociali rispetto ai livelli assistenziali ed ai diritti di cittadinanza, nonché la cultura del servizio cioè l'atteggiamento di trasparenza ed attenzione verso l'utenza che fa del problema del cittadino un problema proprio dei servizi.

L'ASL Napoli 2 Nord avendo attivato il CUP in tutti i distretti e nei PP.OO. ed il Call Center e per perseguire la riduzione dei tempi di attesa ha predisposto una attività di monitoraggio sulle prestazioni c.d. "critiche", individuate nella D.G.R. n. 4061 del 7/9/2001, per:

- garantire al cittadino il diritto ad informazione certe;

- assicurare la trasparenza delle procedure di gestione;
- ridurre i tempi di attesa per alcune prestazioni prioritarie e critiche in ragione della frequenza e dell'impatto sullo stato di salute e dell'appropriatezza, che non riguarda solo l'appropriata indicazione di una prestazione, ma anche l'appropriato livello assistenziale in cui una prestazione deve essere erogata;
- ridurre la disomogeneità tra attività istituzionale e libera professione per evitare situazioni di forte disagio per l'utenza e l'impressione di una gestione di tipo privatistico delle risorse pubbliche;
- aumentare l'accessibilità attraverso sistemi informatici e CUP;
- assicurare il rispetto dei tempi stabiliti e attuare misure di recupero in caso che questo non avvenga;
- aumentare l'appropriatezza della domanda.

Art. 48 - Il Presidio Ospedaliero

Il presidio ospedaliero è una struttura operativa dell'Azienda Sanitaria ed è organizzato in strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali.

Le funzioni specialistiche esercitate da ciascun ospedale sono quelle previste della programmazione regionale.

L'ospedale rappresenta il presidio sanitario la cui missione fondamentale è rappresentata dalla diagnosi e cura di patologie tali da richiedere prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative ad alta integrazione e concentrazione nel tempo e nello spazio di risorse umane e tecnologiche.

E' preposto al trattamento di pazienti in urgenza o portatori di patologie acute, che comprendono la riabilitazione e la gestione del paziente post acuto che, per complessità e/o intensità delle cure rappresenta un livello di responsabilità condivisa dei livelli qualitativi e di appropriatezza delle prestazioni erogate, ovvero del miglioramento continuo della qualità e del governo clinico.

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

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

Il Direttore Sanitario dell'Ospedale assicura la funzione di integrazione e coordinamento interni e di raccordo e di continuità operativa con la direzione strategica.

Il dirigente medico e quello amministrativo concorrono secondo le rispettive competenze al conseguimento degli obiettivi assegnati.

Il Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero

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

- a) è corresponsabile, con il Dirigente Amministrativo, del budget complessivo del Presidio.
- b) coordina, con il supporto tecnico-amministrativo del Dirigente Amministrativo, l'attività programmatica e di budget dei dipartimenti attraverso strumenti di concertazione interna con i direttori di dipartimento ;
- c) svolge con il supporto tecnico amministrativo del Dirigente Amministrativo, funzioni di negoziazione delle proposte programmatiche formulate dai direttori di dipartimento rispetto alla programmazione aziendale e distrettuale

Adempie alle seguenti funzioni :

- curare l'organizzazione operativa del presidio e governare la globalità delle relazioni tra UU. OO. ;
- coordinare le attività ospedaliere al fine di perseguire il livello di efficienza, efficacia e gradimento dell'utenza;
- adottare le misure necessarie per rimuovere i disservizi che incidono sulla qualità dell'assistenza;
- concorrere con il Dirigente Amministrativo, alla definizione dei criteri di allocazione delle risorse;
- adottare modalità di gestione per l'equa ripartizione dei carichi di lavoro, la motivazione del personale e per la sua valorizzazione e qualificazione professionale, propone eventuali provvedimenti disciplinari;
- vigilare sull'attività inerente l'area delle emergenze sanitarie;
- fornire al Direttore Sanitario dell'Azienda parere per la fornitura di apparecchiature mediche e su opere di ristrutturazione di competenza;
- curare la tutela della salute dei lavoratori e dei pazienti dal rischio infettivo;
- curare la tutela dell'igiene ambientale e sorveglianza igienica sui servizi alberghieri e di ristorazione collettiva;
- curare la gestione delle attività inerenti i rifiuti ospedalieri, l'attività di pulizia, disinfezione e sterilizzazione;
- adottare i provvedimenti di polizia mortuaria;
- attuare le procedure relative alla donazione e trapianto d'organi;
- vigilare sulla conservazione della cartella clinica e di ogni altra documentazione sanitaria dei ricoverati, sulla completezza delle informazioni delle SDO, rilasciare copia della cartella clinica ed ogni altra documentazione sanitaria;
- inoltrare ai competenti organi le denunce obbligatorie;
- vigilare sui principi etici e deontologici ed in particolare sulla manifestazione del consenso ai trattamenti sanitari;
- vigilare sul rispetto delle norme in materia di sperimentazione clinica e sulla riservatezza dei dati sanitari, coordinare l'attività di formazione ed aggiornamento del personale delle UU. OO. interne al presidio ospedaliero;
- vigilare sull'ammissione e sull'attività del personale volontario;
- curare le metodologie necessarie alla verifica e revisione della qualità dei servizi e delle

prestazioni sanitarie;

- vigilare sulla corretta gestione delle liste d'attesa;
- vigilare sulla applicazione dei provvedimenti regolamentari adottati dalla Direzione aziendale;
- predisporre le condizioni opportune per l'integrazione e la collaborazione con i medici delle cure primarie;
- è responsabile del rispetto dei requisiti previsti per l'accreditamento delle strutture e dei professionisti che operano negli ospedali, nonché delle condizioni relative alla sicurezza.

Il Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero partecipa di diritto al Collegio di Direzione strategica dove formula la proposta programmatica coordinata di produttività del Presidio ospedaliero nell'ambito della programmazione aziendale.

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

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

Il Direttore/Dirigente amministrativo del Presidio Ospedaliero

La ASL Napoli 2 Nord, al fine di ottimizzare le risorse e di uniformare le procedure amministrative all'interno dei diversi presidi ospedalieri aziendali ha costituito la UOC Direzione Amministrativa Ospedali Area 1 con competenza sul presidio di Pozzuoli e di Ischia e la UOC Direzione Amministrativa Ospedali Area 2 con competenza per il presidio di Frattamaggiore e Giugliano. Entrambe le UOC sono incardinate nello Staff della Direzione Amministrativa Aziendale.

Il Direttore di UOC Direzione Amministrativa Ospedali:

- individua un referente, per ciascun presidio di competenza, che collabora con il Servizio centrale del Controllo di Gestione, nel monitoraggio delle attività e dei costi diretti del presidio;
- concorre per la parte di competenza alla definizione delle attività e del budget assegnato alla Struttura per il conseguimento dei fini istituzionali e relativi obiettivi del Presidio, attraverso strumenti di concertazione interna con i Direttori di Dipartimento;
- concorre, per la parte di competenza, con il Direttore Sanitario nella funzione di negoziazione delle proposte programmate, formulate dai Direttori dei Dipartimenti, rispetto alla programmazione aziendale e distrettuale;

- concorre alla definizione dei criteri di riparto delle risorse economiche;
- concorre alla definizione dei criteri di allocazione delle risorse organiche in rapporto ai profili e posizioni funzionali del personale previsto nella relativa Pianta Organica;
- attiva, su proposta del Direttore Sanitario per la parte di competenza, le procedure per i provvedimenti disciplinari;
- su segnalazione della Direzione Sanitaria, istruisce le denunce da inoltrare ai competenti organi e segnalare fatti per eventuali provvedimenti assicurativi;
- provvede alla gestione, monitoraggio e liquidazione delle indennità stipendiali del personale sulla base dei dati rilevati dai cartellini marcatempo, con relativa imputazione informatica, rapportati ai turni di servizio rimessi dalla Direzione Sanitaria;
- provvede alla gestione dei fondi economici assegnati secondo il regolamento aziendale;
- provvede alla emissione degli ordini di acquisto sulle gare centralizzate e sulle procedure direttamente gestite e relative liquidazioni. Per le procedure direttamente gestite si fa riferimento a quanto stabilito dagli articoli successivi. Qualora non vi sia un albo fornitori "a monte" del bene o dei beni da acquistare, il direttore amm. vo deve porre in essere procedura atta al perseguimento della trasparenza amministrativa;
- provvede al controllo e liquidazione dei servizi appaltati del presidio;
- provvede alle attività di manutenzione e degli uffici tecnici dei PP. OO. sulla base di regolamenti aziendali.

Art. 49 – Dotazione Posti Letto

PO San Giuliano – Giugliano in Campania

Il Decreto 33/2016 disegna un nuovo assetto organizzativo per il PO di Giugliano, da completare entro il 31 dicembre 2018, con la assegnazione di n° 150 posti letto, così come di seguito indicato:

Discipline con Posti Letto per acuti	PL
Cardiologia	10
Chirurgia Generale	26
Medicina Generale	32
Neurologia	10
Oncologia	6
Ortopedia e Traumatologia	20
Ostetricia e Ginecologia	20
Pediatria	12
Terapia Intensiva	8
Unità Coronarica	6

PO S. Maria delle Grazie – Pozzuoli

Il Decreto 33/2016 disegna un nuovo assetto organizzativo per il PO di Pozzuoli, da completare entro il 31 dicembre 2018, con la assegnazione di n° 364 posti letto, così come di seguito indicato:

Discipline con Posti Letto per acuti	PL
Cardiologia	14
Chirurgia Generale	28
Chirurgia vascolare	4
Ematologia	10
Gastroenterologia	7
Geriatrics	16
Medicina e Chirurgia di accettazione e di urgenza	10
Medicina Generale	26
Neonatologia	8
Neurochirurgia	20
Neurologia	18
Oculistica	6
Oncologia	6
Ortopedia e Traumatologia	26
Ostetricia e Ginecologia	24
Otorinolaringoiatria	12
Pediatria	18
Pneumologia	6
Psichiatria	18
Reumatologia	5
Terapia Intensiva	8
Unità Coronarica	8
Urologia	12

Discipline con Posti Letto per Lungodegenza	PL
Recupero e Riabilitazione Funzionale	30
Lungodegenti	24

PO Anna Rizzoli – Lacco Ameno Isola d’Ischia

Il Decreto 33/2016 disegna un nuovo assetto organizzativo per il PO di Ischia, da completare entro il 31 dicembre 2018, con la assegnazione di n° 114 posti letto, così come di seguito indicato:

Discipline con Posti Letto per acuti	PL
Cardiologia	8
Chirurgia Generale	18
Medicina Generale	18
Oncologia	4
Ortopedia e Traumatologia	14
Ostetricia e Ginecologia	10
Pediatria	10
Terapia Intensiva	6

Discipline con Posti Letto per Lungodegenza	PL
Recupero e Riabilitazione Funzionale	26

PO S. Giovanni di Dio – Frattamaggiore

Il Decreto 33/2016 disegna un nuovo assetto organizzativo per il PO di Frattamaggiore, da completare entro il 31 dicembre 2018, con la assegnazione di n° 192 posti letto, così come di seguito indicato:

Discipline con Posti Letto per acuti	PL
Cardiologia	12
Chirurgia Generale	24
Medicina Generale	24
Oncologia	16
Ortopedia e Traumatologia	20
Ostetricia e Ginecologia	16
Pediatria	14
Psichiatria	18
Terapia Intensiva	6
Unità Coronarica	6

Discipline con Posti Letto per Lungodegenza	PL
Recupero e Riabilitazione Funzionale	20
Lungodegenti	16

Art.50 - La rete per la terapia del dolore

Per rete di Terapia del dolore si intende una aggregazione funzionale ed integrata delle attività di terapia del dolore erogate nei diversi setting assistenziali, che ha l'obiettivo di migliorare la qualità della vita delle persone adulte affette da dolore indipendentemente dalla sua eziopatogenesi, riducendone il grado di disabilità e favorendone la reintegrazione nel contesto sociale e lavorativo. L'UOSD Terapia del dolore, collocata presso il PO San Giuliano, è l'Unità organizzativa cui è deputato il funzionamento del centro HUB della rete del dolore cui afferisce il territorio dell'ASL Napoli 2 nord, della ASL di Caserta e di Benevento. In termini organizzativi tale struttura deve costruire punti di collegamento con i centri spoke di II e I livello dei territori di competenza e deve operare attraverso protocolli finalizzati a condividere percorsi capaci di orientare i pazienti verso progetti di cura rispondenti alle esigenze emergenti.

I nodi della rete sono le strutture declinate, come da accordo sancito dalla Conferenza Stato Regioni 16 dicembre 2010, nelle Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali Legge 15 marzo 2010 n. 38, Art.3:

- ambulatori dei Medici di Medicina Generale/Pediatri di libera scelta, forme di
- aggregazione funzionale previste dagli accordi collettivi con la Medicina Generale-AFT-UCCP;
- centri SPOKE/centri ambulatoriali di terapia del dolore;
- centro di Terapia del dolore HUB/centro ospedaliero di terapia del dolore.

La rete include tutte le attività specialistiche orientate alla diagnosi, terapia, riabilitazione di patologie dolorose specifiche (compresa fisiatria, geriatria, neurologia, oncologia, radioterapia) e unifica il trattamento del dolore oncologico e non oncologico.

Il DCA 22/2015 stabilisce standard e fabbisogni e definisce la rete della ASL Napoli 2 Nord come segue:

Centro Hub:

- P.O. San Giuliano (territori Na2, CE, BN)

Centri Spoke di II livello:

- Hospice Casavatore
- Ambulatorio Medicina del dolore P.O. Pozzuoli
- Ambulatorio Medicina del dolore P.O. Frattamaggiore
- Ambulatorio Medicina del dolore – Distretto di Acerra

Centri Spoke di I livello

- PO Rizzoli Ischia
- Ambulatorio Afragola
- Ambulatorio S. Antimo

Art. 51 - L'offerta ospedaliera privata

La precedente programmazione non aveva contemplato nelle reti di specialità il settore privato, fatta salva la presenza di due strutture dotate di pronto soccorso. Il Decreto 33/2016 prevede che alcune strutture, sussistendone le condizioni, sono individuate come nodi essenziali nella rete di emergenza urgenza e inserite in alcuni casi anche nelle reti tempo dipendenti.

Nella ASL Napoli 2 Nord la programmazione dei posti letto, come risulta dai decreti di accreditamento, risulta essere di n. 399 pl per le Case di Cura e n. 115 pl per gli Ospedali Religiosi.

Il Piano Ospedaliero Regionale prevede le seguenti integrazioni private accreditate nella rete dell'emergenza e delle reti tempo-dipendenti aziendali:

- Pronto Soccorso, Casa di Cura Villa dei Fiori di Acerra
- HUB I nella rete IMA, Casa di Cura Villa dei Fiori di Acerra
- Posti letto di neonatologia (n° 8), Casa di Cura Villa dei Fiori di Acerra.



Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 Nord

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA

	STRUTTURE COMPLESSE	STRUTTURE SEMPLICI	STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI
Strutture di supporto alla Direzione Sanitaria	U.O.C Formazione e Aggiornamento	U.O.S. Rete Specialistica Universitaria U.O.S. Gestione della Formazione Personale Dipendente	
	U.O.C. Prevenzione e Protezione Aziendale	U.O.S. Sorveglianza Sanitaria e Malattie Professionali U.O.S. Fisica Sanitaria e Radioprotezione	
	U.O.C. Servizio Ispettivo Sanitario		
	U.O.C. Qualità – Risk Management <i>14 del 20 Febbraio 2017</i>	Attuari Atti della Regione	
	U.O.C. Appropriatazza clinica ed organizzativa	U.O.S. Programmazione e Verifica P.N.E.	
	U.O.C. Controllo di Gestione, Budgeting	U.O.S. Flussi Informativi	
	Servizio delle Professioni Sanitarie		
	U.O.C. Direzione Sanitaria PO Pozzuoli	U.O.S. Controllo Aziendale Ricoveri e LEA	
	U.O.C. Direzione Sanitaria PO Ischia		
	U.O.C. Direzione Sanitaria PO Giugliano		
	U.O.C. Direzione Sanitaria PO Frattamaggiore		
	U.O.C. Comunicazione, Marketing ed URP	U.O.S. Rilevazione e Verifica Qualità dei Servizi Aziendali	
Strutture di supporto alla Direzione Amministrativa	U.O.C. Gestione Risorse Umane	UOS Interfaccia e controllo settori	
	U.O.C. Servizio Ispettivo Amministrativo		
	U.O.C. Affari Legali	U.O.S. Area Contenzioso Amministrativo e del Lavoro U.O.S. Area Contenzioso Civile Penale	
	U.O.C. Acquisizione beni e servizi	U.O.S. Economato	
	U.O.C. Affari Generali	U.O.S. Interfaccia settori e Coordinamento Segreterie di Direzione	
	U.O.C. Gestione Risorse Economiche Finanziarie	U.O.S. Fiscalità e Gestione delle Entrate	
	U.O.C. Sistema Premiante, Sistema Valutazione - Relazioni Sindacali - ALPI	U.O.S. Gestione Piano delle Performance	
	U.O.C. Gestione Risorse Tecniche e Tecnologiche	U.O.S. Manutenzione	
	U.O.C. Tecnologie Informatiche e Ingegneria clinica	UOS Sviluppo Interno e Coordinamento dei Sistemi	
	U.O.C. Project management e Fundraising	U.O.S. Definizione e monitoraggio obiettivi strategici	
	U.O.C. Direzione Amministrativa Ospedali Area 1		
	U.O.C. Direzione Amministrativa Ospedali Area 2		

Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 Nord

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA

	STRUTTURE COMPLESSE	STRUTTURE SEMPLICI	STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI
Dipartimento di Prevenzione	U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica	U.O.S. Igiene Ambientale	
	U.O.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	U.O.S. Sicurezza degli Alimenti	
	U.O.C. Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro e Medicina del Lavoro	U.O.S. Amianto	
	U.O.C. Sanità Animale <i>n. 14 del 20 Febbraio 2017</i>	UOS Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro e Medicina del Lavoro Ischia e Procida	
		U.O.S. Zoosanitaria	
		Att. della Regione Randagismo	
	U.O.C. Igiene della Produzione, Trasformazione, Commercializzazione, Conservazione e Trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati	U.O.S. Filiera della Trasformazione degli Alimenti	
	U.O.C. Igiene degli Allevamenti e delle produzioni zootecniche		
U.O.C. Epidemiologia e Prevenzione	U.O.S. Registro Tumori e Screening Oncologici		
	U.O.S. Educazione Sanitaria		
		U.O.S.D. Prevenzione Collettiva isole di Ischia e Procida	
		U.O.S.D. Medicina dello Sport	
		U.O.S.D. Programmazione e monitoraggio delle attività veterinarie	
		U.O.S.D. Gestione Amministrativa e Flussi informativi	
Dipartimento di Salute Mentale	U.O.C. Salute Mentale Pozzuoli (Pozzuoli, Bacoli, Monte di Procida)	U.O.S. SPDC P.O. di Pozzuoli	
	U.O.C. Salute Mentale Giugliano (Giugliano, Qualiano, Villaricca, Calvizzano)		
	U.O.C. Salute Mentale Frattamaggiore (Frattamaggiore, Frattaminore, Sant'Antimo, Grumo Nevano, Casandrino)	U.O.S. SPDC P.O. di Frattamaggiore	
	U.O.C. Salute Mentale Afragola (Acerra, Afragola, Caivano, Casalnuovo)		
	U.O.C. Salute Mentale Ischia e Procida		
	U.O.C. Salute Mentale Mugnano (Mugnano, Melito, Marano, Quarto)		
	U.O.C. Salute Mentale Casoria (Arzano, Casoria, Casavatore, Crispano, Cardito)		
			U.O.S.D. Gestione SIR
		U.O.S.D. Psicologia Clinica	
		U.O.S.D. Comorbilità Psichiatrica	
		U.O.S.D. Gestione Amministrativa e Flussi informativi	

Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 Nord

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA

	STRUTTURE COMPLESSE	STRUTTURE SEMPLICI	STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI
Distretti Sanitari	U.O.C. Distretto 35	U.O.S. Cure Primarie	
		U.O.S. Materno Infantile e Area del Disagio	
	U.O.C. Distretto 36	U.O.S. Cure Primarie Isola di Procida	
		U.O.S. Cure Primarie Isola di Ischia	
		U.O.S. Materno Infantile e Area del Disagio	
	U.O.C. Distretto 37	U.O.S. Cure Primarie	
		U.O.S. Materno Infantile e Area del Disagio	
	U.O.C. Distretto 38	U.O.S. Cure Primarie	
		U.O.S. Materno Infantile e Area del Disagio	
		Att. della Regione	
	U.O.C. Distretto 39	U.O.S. Cure Primarie	
		U.O.S. Materno Infantile e Area del Disagio	
	U.O.C. Distretto 40	U.O.S. Cure Primarie	
		U.O.S. Materno Infantile e Area del Disagio	
	U.O.C. Distretto 41	U.O.S. Cure Primarie	
		U.O.S. Materno Infantile e Area del Disagio	
	U.O.C. Distretto 42	U.O.S. Cure Primarie	
		U.O.S. Materno Infantile e Area del Disagio	
	U.O.C. Distretto 43	U.O.S. Cure Primarie	
		U.O.S. Materno Infantile e Area del Disagio	
	U.O.C. Distretto 44	U.O.S. Cure Primarie	
		U.O.S. Materno Infantile e Area del Disagio	
	U.O.C. Distretto 45	U.O.S. Cure Primarie	
		U.O.S. Materno Infantile e Area del Disagio	
	U.O.C. Distretto 46	U.O.S. Cure Primarie	
		U.O.S. Materno Infantile e Area del Disagio	
	U.O.C. Distretto 47	U.O.S. Cure Primarie	
	U.O.S. Materno Infantile e Area del Disagio		
Dipartimento delle Dipendenze Patologiche	U.O.C. SerT Pozzuoli - Ischia	U.O.S. Disturbi Comportamentali	
	U.O.C. SerT Giugliano e Sant'Antimo		
	U.O.C. SerT Casavatore e Acerra		
			U.O.S.D. Gestione Amministrativa e flussi informativi
			U.O.S.D. Alcologia

Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 Nord

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA

	STRUTTURE COMPLESSE	STRUTTURE SEMPLICI	STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI
Dipartimento Cure Territoriali	U.O.C. Cure Primarie	U.O.S. Medicina Penitenziaria	
		U.O.S. Assistenza primaria e PLS	
		U.O.S. Assistenza specialistica	
	U.O.C. Integrazione Sociosanitaria	U.O.S. Migranti senza fissa dimora	
	U.O.C. Accreditamento e Controllo della Spesa <i>n. 14 del 20 Febbraio 2017</i>	U.O.S. Assistenza Riabilitativa e Protesica Atti della Regione	
		U.O.S. Ospedalità privata accreditata	
		U.O.S. Assistenza specialistica esterna	
	U.O.C. Cure Domiciliari	U.O.S. Assistenza Anziani e Demenze	
		U.O.S. Cure Palliative / NAD	
	U.O.C. Strutture Residenziali e Semiresidenziali Territoriali	U.O.S. RSA	
	U.O.S. Hospice		
	U.O.S. "Dopo di noi"		
U.O.C. Medicina Legale	U.O.S. Accertamenti Medico Legali		
		U.O.S.D. Medicina Pubblica Valutativa e Medicina Necroscopica	
		U.O.S.D. Cura della Patologia Diabetica	
	STRUTTURE COMPLESSE	STRUTTURE SEMPLICI	STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI
Dipartimento Farmaceutico	U.O.C. Farmaceutica Territoriale e Logistica del Farmaco	U.O.S. Farmacie Convenzionate	
		U.O.S. Procedure di acquisto, approvvigionamento e magazzino	
	U.O.C. Farmacoeconomia, Farmacovigilanza, Appropriatelyzza e Monitoraggio Spesa Farmaceutica	U.O.S. Monitoraggio Farmaci Registro AIFA - Risk Sharing	
		U.O.S. Gestione Budget prescrizioni farmaceutiche	
	U.O.C. Farmacia P.O. di Pozzuoli	U.O.S. Dispositivi, Vigilanza e Flussi Informativi	
	U.O.C. Farmacia Ospedaliera e Distrettuale di Ischia	U.O.S. Preparazione Farmaci Oncologici	
		U.O.S.D. Farmacia P.O. di Giugliano	
		U.O.S.D. Farmacia P.O. di Frattamaggiore	

Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 Nord

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA

Materno-
ile

	STRUTTURE COMPLESSE	STRUTTURE SEMPLICI	STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI
Materno- ile	U.O.C. Tutela della salute della donna e dell'infanzia		
	U.O.C. Ostetricia e Ginecologia P.O. di Giugliano		
	U.O.C. Ostetricia e Ginecologia P.O. di Pozzuoli	U.O.S. Procreazione Medicalmente Assistita	
	U.O.C. Ostetricia e Ginecologia P.O. di Frattamaggiore		
	U.O.C. Ostetricia e Ginecologia P.O. di Ischia		
	U.O.C. Pediatria P.O. di Giugliano		
	U.O.C. Pediatria P.O. di Pozzuoli	U.O.S. Urgenze Pediatriche	
	U.O.C. Pediatria P.O. di Frattamaggiore		
	U.O.C. Pediatria P.O. di Ischia	U.O.S. Urgenze Pediatriche	
	U.O.C. Patologie Neuropsichiatriche dell'età evolutiva e dell'adolescenza	U.O.S. Disturbi dello spettro autistico	
			U.O.S.D Patologia Diabetica Pediatrica
			U.O.S.D. Interruzione Volontaria di Gravitanza
			U.O.S.D. Valutazione delle Attività Integrate Ospedale-Territorio e Coordinamento Consultori Familiari
Dipartimento dell'Emergenza e dell'Area Critica	STRUTTURE COMPLESSE	STRUTTURE SEMPLICI	STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI
	U.O.C. Medicina P.O. di Ischia	U.O.S. Pronto Soccorso P.O. di Ischia	
	U.O.C. Medicina P.O. di Giugliano	U.O.S. Neurologia	
		U.O.S. Pronto Soccorso P.O. di Giugliano	
		U.O.S. Nefrologia e dialisi di urgenza PO Giugliano	
	U.O.C. Medicina P.O. di Frattamaggiore	U.O.S. Pronto Soccorso P.O. di Frattamaggiore	
	U.O.C. Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza P.O. di Pozzuoli	U.O.S. Pronto Soccorso / OBI P.O. di Pozzuoli	
	U.O.C. Anestesia e Rianimazione P.O. di Pozzuoli	U.O.S. Neuroranimazione	
		U.O.S. Ottimizzazione dei percorsi operatori	
	U.O.C. Anestesia e Rianimazione P.O. di Giugliano		
	U.O.C. Anestesia e Rianimazione P.O. di Ischia		
	U.O.C. Anestesia e Rianimazione P.O. di Frattamaggiore		
	U.O.C. Centrale Operativa ed Emergenza Territoriale 118	U.O.S. Trasporti Secondari	
U.O.S. Primo Intervento ed Emergenze Isola di Procida			
		U.O.S.D. Terapia del Dolore	

Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 Nord

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA

	STRUTTURE COMPLESSE	STRUTTURE SEMPLICI	STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI
Dipartimento Ospedaliero di Area Medica	U.O.C. Gastroenterologia P.O. di Pozzuoli	U.O.S. Endoscopia digestiva/ERCP P.O. di Giugliano U.O.S. Endoscopia digestiva d'urgenza	
	U.O.C. Oncologia P.O. di Frattamaggiore	U.O.S. DH Oncologico	
	U.O.C. Oncologia P.O. di Pozzuoli e P.O. di Ischia	U.O.S. DH Oncologico P.O. Ischia	
	U.O.C. Neurologia P.O. di Pozzuoli	U.O.S. Stroke Unit	
	U.O.C. Emodialisi P.O. di Ischia		
	U.O.C. Recupero, Riabilitazione e Lungodegenza P.O. di Pozzuoli	U.O.S. Recupero, Riabilitazione e Lungodegenza PO Ischia U.O.S. Recupero, Riabilitazione e Lungodegenza PO Frattamaggiore	
	U.O.C. AFO Medica P.O. di Pozzuoli	U.O.S. Geriatria U.O.S. Reumatologia U.O.S. Pneumologia U.O.S. Nefrologia	
	U.O.C. Cardiologia- UTIC P.O. di Pozzuoli	U.O.S. Diagnostica Cardiologica non invasiva U.O.S. Cardiologia Interventistica, Emodinamica U.O.S. Elettrostimolazione ed Elettrofisiologia	
	U.O.C. Cardiologia-UTIC P.O. di Ischia		
	U.O.C. Cardiologia-UTIC P.O. di Giugliano	U.O.S. Diagnostica Cardiologica non invasiva U.O.S. D.H. Cardiologico	
	U.O.C. Cardiologia-UTIC P.O. di Frattamaggiore	U.O.S. Elettrostimolazione ed Elettrofisiologia	
			U.O.S.D. Oncologia P.O. di Giugliano
			U.O.S.D. Ematologia

	STRUTTURE COMPLESSE	STRUTTURE SEMPLICI	STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI
Dipartimento Ospedaliero di Area Chirurgica	U.O.C. Chirurgia Generale P.O. di Pozzuoli	U.O.S. Day Surgery U.O.S. Chirurgia Maxillo Facciale	
	U.O.C. Urologia P.O. di Pozzuoli		
	U.O.C. Chirurgia Generale P.O. di Giugliano	U.O.S. Day Surgery	
	U.O.C. Chirurgia Generale P.O. di Frattamaggiore	U.O.S. Day Surgery	
	U.O.C. Chirurgia Generale P.O. di Ischia	U.O.S. Day Surgery	
	U.O.C. Otorinolaringoiatria P.O. Pozzuoli	U.O.S. Chirurgia Laringea	
	U.O.C. Ortopedia e Traumatologia P.O. di Pozzuoli	U.O.S. Artroscopia	
	U.O.C. Ortopedia e Traumatologia P.O. di Giugliano	U.O.S. Chirurgia dell'anca	
	U.O.C. Ortopedia e Traumatologia P.O. di Ischia		
	U.O.C. Ortopedia e Traumatologia P.O. di Frattamaggiore	U.O.S. Artroscopia	
	U.O.C. Neurochirurgia P.O. di Pozzuoli	U.O.S. Neurotraumatologia	
			U.O.S.D. Oculistica P.O. Pozzuoli
			U.O.S.D. Breast Unit P.O. Pozzuoli
		U.O.S.D. Chirurgia vascolare P.O. Pozzuoli	
Dipartimento di Medicina di Laboratorio	U.O.C. Laboratorio di Analisi P.O. di Giugliano	U.O.S. Laboratorio di Citogenetica	
	U.O.C. Laboratorio di Analisi P.O. di Frattamaggiore	U.O.S. Tossicologia	
	U.O.C. Laboratorio di Analisi P.O. di Ischia		
	U.O.C. Laboratorio di Analisi P.O. Pozzuoli		
			U.O.S.D. Medicina Trasfusionale P.O. di Pozzuoli
		U.O.S.D. Anatomia Patologica P.O. di Pozzuoli	
Dipartimento di Diagnostica per Immagini	U.O.C. Radiologia e Diagnostica per Immagini P.O. di Giugliano	U.O.S. Diagnostica di Secondo Livello	
	U.O.C. Radiologia e Diagnostica per Immagini P.O. di Frattamaggiore	U.O.S. Diagnostica di Secondo Livello	
	U.O.C. Radiologia e Diagnostica per Immagini P.O. di Ischia		
	U.O.C. Radiologia e Diagnostica per Immagini P.O. Pozzuoli	U.O.S. Radiologia Interventistica U.O.S. Diagnostica di Pronto Soccorso	
	U.O.C. Radiologia Territoriale		
			U.O.S.D. Percorsi diagnostici Patologia Mammaria