



Regione Campania

***Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)***

DECRETO N. 40 DEL 25/09/2017

OGGETTO: : D.C.A. n. 33/2016- Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015. Atto aziendale Azienda Sanitaria Locale AVELLINO. Approvazione.

VISTA 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, che 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;

VISTA l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che, in attuazione della richiamata normativa, pone a carico delle regioni l'obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi di indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo per l'anno di riferimento, nonché la stipula di un apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale della Campania n. 460 del 20/03/2007 *“Approvazione del 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”*;

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 con la quale 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;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2015 con la quale sono stati nominati quale Commissario *ad acta* il dott. Joseph Polimeni e quale sub Commissario *ad acta* il dott. Claudio D'Amario;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 Luglio 2017 con la quale, all'esito delle dimissioni del dott. Polimeni dall'incarico commissariale, il Presidente della Giunta Regionale è stato nominato Commissario *ad acta* per l'attuazione del vigente piano di rientro dal disavanzo del SSR campano, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e ss.mm.ii.;

VISTA la richiamata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 Luglio 2017, che:

- assegna *“al Commissario ad acta l’incarico prioritario di 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”*;
- individua, nell’ambito del più generale mandato sopra specificato, alcune azioni ed interventi come acta ai quali dare corso prioritariamente e, segnatamente, al punto xvii *“approvazione degli atti aziendali adottati dagli enti del Servizio sanitario regionale, in coerenza con la normativa vigente, ivi compreso il rispetto dei parametri standard per l’individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché in coerenza con quanto previsto dal punto i completamento 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 ed 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;

VISTO il decreto commissariale n. 18 del 18 febbraio 2013 che approva il complesso degli indirizzi forniti alle aziende per l’adozione dell’atto aziendale;

CONSIDERATO 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;

CONSIDERATO che alle Aziende Sanitarie è stato chiesto l’adeguamento del proprio atto aziendale a quanto stabilito con il citato decreto;

VISTO che l’Azienda Sanitaria Locale Avellino ha adottato la delibera n. 1154 del 13.09.2017 avente come oggetto “Adozione Atto Aziendale ASL Avellino”;

PRESO ATTO che il Direttore Generale per la Tutela della Salute con nota 618622 del 20.09.2017 ha comunicato le risultanze dell’istruttoria del Gruppo di Lavoro istituito con Decreti dirigenziali n. 23/2016, n. 194/2016, e n. 226/2016 che ha verificato la conformità dell’atto aziendale ai DDCCAA n. 18/2013 e n. 33/2016 e, nel proporre l’approvazione, ha espresso la prescrizione: “completare ed allineare il modello organizzativo dell’assistenza territoriale a quanto previsto dal DCA 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”;

RITENUTO, pertanto, di poter procedere alla approvazione dell’atto aziendale dell’ Azienda Sanitaria Locale Avellino adottato con la delibera n. 1154 del 13.09.2017, che risulta conforme a quanto stabilito dal DCA 18/2013 e dal DCA 33/2016;

PRESO ATTO che nel verbale del 25 luglio 2017 il Tavolo di Verifica degli Adempimenti regionali ha evidenziato che tutti gli Atti aziendali dovranno essere rimodulati e resi coerenti con il provvedimento di aggiornamento della riorganizzazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70 2015 che dovrà essere adottato dalla Struttura Commissariale al fine di recepire le indicazioni fornite dai Tavoli di Verifica ministeriale;

DECRETA

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

di **PRENDERE ATTO** della comunicazione del Direttore Generale per la Tutela della Salute prot. n. 0618622 del 20.09.2017 concernente le risultanze dell'istruttoria svolta dal Gruppo di Lavoro in merito all' esame dell'atto deliberativo n. 1154 del 13.09.2017 della ASL di Avellino avente come oggetto "Adozione Atto Aziendale";

di **APPROVARE**, per l'effetto, l'Atto Aziendale dell'Azienda Sanitaria Locale Avellino allegato al presente decreto quale parte integrante e sostanziale, con la seguente prescrizione "completare ed allineare il modello organizzativo dell'assistenza territoriale a quanto previsto dal DCA 99/2016 – Piano regionale di programmazione della rete per l'assistenza territoriale 2016/2018 - entro 60 giorni dall'adozione del presente decreto;

di **FARE** obbligo al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale di Avellino della sua immediata attuazione;

di **DISPORRE** che l' Atto Aziendale dovrà essere rimodulato in coerenza con il provvedimento di aggiornamento della riorganizzazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70 2015, da adottarsi dalla Struttura Commissariale al fine di recepire le indicazioni fornite dai Tavoli di Verifica ministeriale;

di **NOTIFICARE** il presente provvedimento all'Azienda Sanitaria Locale Avellino con l'obbligo di pubblicazione sul sito istituzionale aziendale;

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

*Per la Direzione Generale per la
Tutela della Salute ed il
Coordinamento del SSR
Avv. Antonio Postiglione*

*Per condivisione
Il Sub Commissario ad Acta
Dott. Claudio D'Amario*

DE LUCA



ORIGINALE ☐

COPIA ☐

IL DIRETTORE GENERALE

Deliberazione n. 1154 del 13-09-2017

PUBBLICAZIONE

Dichiarazione di conformità del trattamento dei dati ex D.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii.

Premesso che il D.l.vo 196/2003 e ss.mm.ii. contiene principi e prescrizioni per il trattamento dei dati personali, anche con riferimento alla loro "diffusione", il Proponente la presente deliberazione dichiara di aver valutato la rispondenza del testo, compreso degli eventuali allegati, destinato alla diffusione per il mezzo dell'Albo Pretorio alle suddette prescrizioni e ne dispone la pubblicazione nei modi di legge.

(Firma del proponente)

DIREZIONE GENERALE

ATTESTATO PUBBLICAZIONE

Si attesta che la presente deliberazione è stata affissa all'Albo Pretorio il giorno:

13 SET. 2017

ai sensi dell'art.124 c.1 L.vo 267/2000, per giorni 15

**Il Responsabile Ufficio
Delibere e Determine**

[Firma]

DICHIARAZIONE DI REGOLARITÀ CONTABILE:

il presente atto trova capienza di spesa all'autorizzazione :

n. del
n. del
n. del

In presenza di fattura di importo superiore a € 10.000,00 prima dell'emissione del relativo mandato di pagamento l'UOC Contabilità Generale effettuerà il controllo "Equitalia

Il Direttore U.O.C Contabilità Generale

**OGGETTO: Adozione Atto Aziendale
ASL Avellino.**

☒ Il presente provvedimento è reso
immediatamente esecutivo.

IL DIRETTORE GENERALE

Dr.ssa Maria Morgante

[Firma]

Premesso

- Che con nota prot. n. 3076 del 02.02.2017 ad oggetto: “Richiesta di rettifica DCA n. 33 del 17.05.2016”, il Direttore Generale della ASL di Avellino comunicava al Commissario ad Acta ed al Sub Commissario ad Acta che, in riferimento a quanto indicato nella tabella 32 “Strutture di ricovero programmate nella Macro-Area Avellino-Benevento”, del succitato Decreto n. 33 del 17.05.2016 “Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015”, occorreva riposizionare l'Istituto Don Gnocchi e la dotazione di 111 posti letto, tra i presidi della ASL di Avellino, e conseguentemente chiedeva di rinviare la trasmissione dell'Atto Aziendale ad un momento successivo alla rettifica del DCA n. 33 del 17.05.2016, nei termini richiesti ed alla eventuale comunicazione a questa ASL;
- Che con nota prot. n. 224473 del 27.03.2017 la Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale ribadiva al Direttore Generale della ASL di Avellino la necessità di provvedere con sollecitudine alla trasmissione dell'atto aziendale per consentire al gruppo di lavoro di completare l'istruttoria e trasmetterla al Commissario ad Acta per l'adozione del decreto di approvazione;
- Che con successiva nota prot. n. 8111 del 31.03.2017 il Direttore Generale della ASL di Avellino comunicava alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale di aver chiesto con la nota 3076 del 02.02.2017 la rettifica del Decreto n. 33/2016 e contestualmente di poter rinviare la trasmissione dell'atto aziendale ad un momento successivo alla suddetta rettifica ed alla avvenuta comunicazione a questa ASL;
- Che, pertanto, a seguito di confronti per le vie brevi con la Struttura Commissariale, dai quali è risultata **non manifestamente infondata** la richiesta avanzata dall'ASL (di rettifica del DCA n.33/2016, relativamente agli aspetti sopra esposti) e nelle more dell'adozione dei necessari provvedimenti atti a dare riscontro formale alla cennata richiesta, con deliberazione n. 659 del 04.05.2017 è stato riadottato l'Atto Aziendale della ASL Avellino e trasmesso, con nota prot.10781 dell'8/5/2017, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale ed al Sub Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario: ciò anche al fine di dare il necessario riscontro ai solleciti di cui alla nota prot. n. 224473 del 27.03.2017 della Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale e di sottoporre agli Organismi Regionali l'assetto definitivo dell'ASL Avellino che, relativamente alla riorganizzazione dei PP.OO. contempla anche i 111 posti letto di riabilitazione ospedaliera di S. Angelo dei Lombardi, per un totale complessivo di n.436 posti letto;

Considerato:

- Che, la non manifesta infondatezza della richiesta di riattribuzione all'ASL Avellino dei n.111 posti letto innanzi citati (oggetto della nota ASL prot. n. 3076 del 02.02.2017), ha trovato riscontro:
 - ✓ nella nota prot. n. 507725 del 24.07.2017 rimessa, dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale al Sub Commissario ad Acta, Dott. Claudio D'Amario, con cui, in merito alla richiesta dell'ASL Avellino, citata in premessa, si deduce che *“nelle more della opportuna rettifica del DCA 33/2016, all'adozione dell'atto aziendale integrato e modificato a seguito delle osservazioni emerse dall'istruttoria compiuta dal gruppo di lavoro all'uopo istituito, l'azienda potrà definire il numero di UOC e UOS/UOSD applicando lo standard di cui al DCA 18/2013 al numero di posti letto così incrementato”*;
 - ✓ nel successivo nulla osta, a firma del Sub Commissario ad Acta, Dott. Claudio D'Amario, apposto in calce alla nota richiamata al punto precedente;

Considerato altresì:

- Che, sempre a seguito dei confronti avutisi, presso la Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, con i componenti della Commissione di Valutazione Regionale appositamente istituita per la valutazione degli atti aziendali, è emersa la necessità di fornire alcune precisazioni/specificazioni (così come riportate nell'allegato 1 e nell'allegato 2 alla presente delibera) per una più puntuale aderenza al dettato normativo nonché l'opportunità di alcune riallocazioni di strutture in diverso dipartimento: il tutto, senza alterare né il numero né la tipologia delle strutture rispetto a quanto cristallizzato nella delibera n.659 del 4/5/2017, già oggetto di informativa alle OO.SS. e agli altri Organismi Istituzionali;
- Che, in virtù di quanto sopra e alla luce dei 436 posti letto riassegnati, della popolazione di 430.214 residenti di riferimento e dei parametri applicativi per definire le UOC (n. p.l./22 e popolazione residente di riferimento/13.515) e per definire le UOS/UOSD (n. UOC x 1,31), l'Atto Aziendale allegato alla presente delibera prevede:
 - N. 52 Unità Operative Complesse
 - N. 68 Unità Operative Semplici e Semplici Dipartimentali
- Che resta confermato il numero delle posizioni organizzative già previste con la delibera n.659 del 4/5/2017;

Dato atto:

- Che con note prot. 0020073 dell'11/09/2017 e prot. n. 0020166 del 12.09.2017, è stata data informativa alle OO.SS. ed ai 118 Sindaci della Provincia di Avellino; il Collegio di Direzione appositamente convocato nelle giornate dell'11.09.2017 e del 12.09.2017 ha espresso parere favorevole come risulta dai relativi verbali e dagli "allegati 1 e 2" allegati al presente provvedimento e sottoscritti da ciascun componente dello stesso Collegio;

Ribadito:

- Che, ai sensi dell'art. 3 comma 1bis del D. Lgs. N. 502/92 e ss.mm.ii. l'Atto Aziendale della ASL di Avellino, redatto secondo il testo allegato al presente provvedimento, è conforme alle linee di indirizzo ed agli standard di cui al DCA 18/2013, al DCA 33/2016 e alla richiesta di rettifica nota prot. ASL n. 3076 del 02/02/2017;
- Che, l'affidamento delle UOS e UOSD avverrà con procedura selettiva da definirsi con regolamento, in uno alla loro graduazione, sentite le OO.SS.;
- Che l'affidamento delle Posizioni Organizzative avverrà con specifica procedura selettiva da definirsi con regolamento, in uno alla loro graduazione, sentite le OO.SS. ed RSU;
- Che la graduazione e l'affidamento delle Posizioni Organizzative della Direzione Strategica, saranno definiti con provvedimento della Direzione Generale, su proposta dei Direttori Sanitario e Amministrativo;

Dato atto:

- Che l'Atto Aziendale allegato alla presente delibera, si compone di:
 - Elaborato descrittivo dell'Atto Aziendale;
 - Allegato A – Organigramma;
 - Allegato B – Posizioni Organizzative;

Visti:

- il D. Lgs. N. 502/92 e ss.mm.ii.
- il DCA n. 18/2013;
- il DCA n. 33/2016;
- il DCA n. 99/2016;
- la nota prot. n. 507725 del 24.07.2017 - Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale;
- la delibera dell'ASL Avellino n.659 del 4/5/2017;

breve reso dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo con la
sottoscrizione del presente provvedimento

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dr. Ferdinando Mamoli

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott.ssa Emilia Anna Vozzella

DELIBERA

Per i motivi in premessa e narrativa esplicitati che qui si intendono integralmente trascritti e riportati:

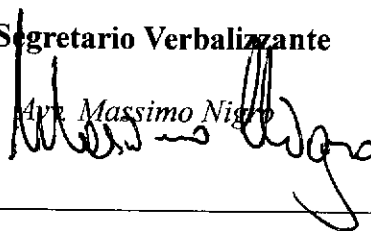
- Di dare atto che, per effetto di tutto quanto innanzi specificato, si rende necessario procedere ad una nuova adozione dell'atto aziendale (e annessi allegati) già contemplato dalla deliberazione n.659 del 4/5/2017 e integrato con le precisazioni/specificazioni riportate nell'allegato 1 e nell'allegato 2 alla presente delibera;
- Di adottare, per l'effetto, l'Atto Aziendale dell'ASL Avellino comprensivo di
 - Elaborato descrittivo dell'Atto Aziendale;
 - Allegato A – Organigramma;
 - Allegato B – Posizioni Organizzativetutti allegati alla presente deliberazione e di cui formano parte integrante;
- Di dare atto che le precisazioni/specificazioni nonché la riallocazione di alcune strutture in diverso dipartimento (così come riportate nell'allegato 1 e nell'allegato 2 alla presente delibera), resesi necessarie a seguito dei confronti avutisi, presso la Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, con i componenti della Commissione di Valutazione Regionale appositamente istituita per la valutazione degli atti aziendali, si prospettano più aderenti al dettato normativo e non alterano né il numero né la tipologia delle strutture rispetto a quanto cristallizzato nella delibera n.659 del 4/5/2017, già oggetto di informativa alle OO.SS. e agli altri Organismi Istituzionali;
- Di ribadire, quindi, in virtù di quanto esposto e alla luce dei 436 posti letto riassegnati, della popolazione di 430.214 residenti di riferimento e dei parametri applicativi per definire le UOC (n. p.l./22 e popolazione residente di riferimento/13.515) e per definire le UOS/UOSD (n. UOC x 1,31), l'Atto Aziendale allegato alla presente delibera prevede:
 - N. 52 Unità Operative Complesse
 - N. 68 Unità Operative Semplici e Semplici DipartimentaliResta fermo il numero delle posizioni organizzative già previste con la delibera n.659 del 4/5/2017;
- Di dare atto, inoltre, che con note prot. 0020073 dell'11/09/2017 e prot. n. 0020166 del 12/09/2017, è stata data informativa alle OO.SS. ed ai 118 Sindaci della Provincia di Avellino; il Collegio di Direzione appositamente convocato nelle giornate dell'11/09/2017 e del 12/09/2017 ha espresso parere favorevole come risulta dai relativi verbali e dagli "allegati 1 e 2" allegati al presente provvedimento e sottoscritti da ciascun componente dello stesso Collegio;
- Di stabilire che il presente Atto Aziendale, in uno agli allegati, sostituisce integralmente il precedente, di cui alla deliberazione 659 del 04.05.2017, con i suoi allegati, nonché ogni altro provvedimento in contrasto con lo stesso;
- Di trasmettere il presente provvedimento corredato dell'elaborato descrittivo dell'Atto Aziendale e di n. 2 Allegati ovvero Allegato A Organigramma e Allegato B Posizioni Organizzative per la verifica e approvazione a:
 - Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario;
 - Sub Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario;
 - Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale;
- Di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale.

Il Direttore Generale

Dott.ssa Maria Morgante

Il Segretario Verbalizzante

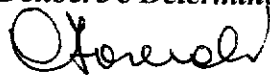
Avv. Massimo Nigro



INVIO AL COLLEGIO SINDACALE

Prot. n. 1869 del 13 SET. 2017

**Il Responsabile Ufficio
Delibere e Determine**





AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO

Atto Aziendale

DIRETTORE GENERALE
Dr.ssa Maria MORGANTE

<i>1. Premessa</i>	7
<i>2. Procedure per l'adozione dell'Atto Aziendale</i>	10
<i>3. Regolamenti</i>	10
<i>4. Normativa di riferimento</i>	11
<i>5. Missione – Visione e principi generali – Trasparenza e integrità</i>	12
<i>Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</i>	17
<i>5.1 Qualità e sicurezza delle cure e sistema premiante</i>	18
<i>5.2 Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini</i>	19
<i>5.2.1 La Carta dei Servizi</i>	21
<i>5.2.2 La Conferenza dei Servizi</i>	22
<i>5.2.3 La Consulta Socio Sanitaria</i>	22
<i>5.2.4 Audit Civico e il Comitato di Partecipazione</i>	23
<i>5.3 Relazioni Sindacali</i>	24
<i>5.4 La Comunicazione istituzionale</i>	25
<i>5.5. Le modalità di rapporto e di collaborazione dell'Azienda con le altre Aziende Sanitarie nonché con enti ed organismi, di cui all'articolo 4, comma 3, del D. Lgs 502/1992 s.m.i.</i>	27
<i>5.6. I rapporti con gli Enti Locali</i>	28
<i>5.7 Le modalità con cui dare attuazione alle disposizioni di cui al D. Lgs. n. 28/2010 che detta la nuova disciplina sulla mediazione finalizzata alla conciliazione nelle controversie civili e commerciali</i>	28

CAPO I – GLI ELEMENTI IDENTIFICATIVI

<i>1, L'Azienda Sanitaria Locale Avellino</i>	30
<i>1.1 Sede legale</i>	30
<i>1.2 Logo Aziendale</i>	30
<i>1.3 Sito Internet</i>	30
<i>1.4 Orografia e cenni demografici</i>	30
<i>1.4.1 I dati demografici</i>	35
<i>1.5 Cenni epidemiologici- Mortalità e morbosità</i>	43

<i>OKKio alla Salute</i>	44
<i>Sistema di Sorveglianza Passi e gli screening</i>	46
<i>Mappa Geografica ASL Avellino</i>	52
<i>1.6 Personale dipendente</i>	54
<i>1.7 Personale non Strutturato</i>	57
<i>1.8 Perché i Percorsi nella Sanità?</i>	61
<i>1. 9 Patrimonio Aziendale</i>	62

CAPO II – L' ASSETTO ISTITUZIONALE DELL' AZIENDA: ORGANI ED ORGANISMI

<i>1. Principi e Criteri di Organizzazione e Funzionamento</i>	67
<i>1.1 Governo Aziendale</i>	68
<i>1.2 Il Governo Clinico</i>	69
<i>1.3 Il Governo Economico Finanziario</i>	70
<i>2. Organi Aziendali</i>	71
<i>2.1 Il Direttore Generale</i>	71
<i>2.2 Il Collegio Sindacale</i>	74
<i>2.3 Il Collegio di Direzione</i>	74
<i>3. Organismi dell'Azienda</i>	75
<i>3.1 Il Consiglio dei Sanitari</i>	75
<i>4. Comitati e Commissioni Aziendali</i>	76
<i>4.1 Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni</i>	79
<i>4.2 La Commissione per l'Attività Libero Professionale Intramoenia</i>	80
<i>Ufficio ALPI, Liste di Attesa e CUP</i>	80

CAPO III – IL GOVERNO STRATEGICO AZIENDALE

<i>1. Il governo strategico</i>	82
<i>1.1 La Direzione strategica</i>	82
<i>1.2 Il Direttore Sanitario</i>	83
<i>1.3 Il Direttore Amministrativo</i>	84

<i>1.4 Il Dipartimento dei Servizi Strategici</i>	85
<i> Coordinamento Professioni Sanitarie</i>	87
<i> UOSD Rapporti con Organi e Organismi Aziendali</i>	88
<i>1.5 Le strutture centrali delle Aree di Coordinamento Amministrative Tecnico –</i>	
<i> Economica e Tecnico- Giuridica</i>	89
<i>1.6 Nuclei Operativi di Controllo</i>	89
<i>1.7 Servizio Ispettivo</i>	90
<i>CAPO IV – L’ ORGANIZZAZIONE AZIENDALE</i>	
<i>1.Criteri Generali</i>	91
<i>2.Le strutture operative</i>	91
<i> 2.1 Il Presidio Ospedaliero</i>	92
<i> 2.1.1 Direzione Medica di Presidio</i>	94
<i> 2.1.2 Aree interdipartimentali organizzativo – funzionali</i>	96
<i> 2.2 Il Distretto Sanitario</i>	96
<i> Ufficio Socio Sanitario distrettuale</i>	98
<i> 2.2.1 Il Direttore del Distretto Sanitario</i>	99
<i> 2.2.2 Funzioni di produzione e di committenza del Distretto</i>	100
<i> 2.2.3 Comitato dei Sindaci di Distretto</i>	106
<i> 2.2.4 Struttura Polifunzionale per la Salute (SPS) Bisaccia</i>	107
<i> 2.2.5 L’ Hospice di Solofra</i>	108
<i> 2.2.6 Il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale (MMG),</i>	
<i> dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) e degli Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI)</i>	108
<i> 2.2.7 I Centri di Assistenza Diabetologica (CAD)</i>	110
<i> 2.2.8 I “Centri Antiviolenza”</i>	110
<i>2.3 I Dipartimenti Strutturali</i>	111
<i> 2.3.1 Direttore del Dipartimento Strutturale</i>	112
<i> 2.3.2 Il Dipartimento di Prevenzione</i>	113
<i> 2.3.3 Il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze</i>	116

<i>2.3.4 Dipartimento della Fragilità</i>	<i>119</i>
<i>2.4 I Dipartimenti Funzionali</i>	<i>124</i>
<i>2.4.1 Il Direttore del Dipartimento Funzionale</i>	<i>126</i>
<i>2.4.2 Dipartimento dei Servizi Strategici</i>	<i>126</i>
<i>2.4.3 Dipartimento Medico</i>	<i>126</i>
<i>2.4.4 Dipartimento Chirurgico</i>	<i>127</i>
<i>2.4.5 Dipartimento dei Servizi</i>	<i>128</i>
<i>2.4.6 Dipartimento Materno Infantile</i>	<i>130</i>
<i>2.5 Comitato di Dipartimento</i>	<i>132</i>
<i>2.6 Assemblea di Dipartimento</i>	<i>133</i>
<i>2.7 Le Unità Operative Complesse</i>	<i>133</i>
<i>2.8 Le Unità Operative Semplici Dipartimentali</i>	<i>134</i>
<i>2.9 Le Unità Operative Semplici</i>	<i>134</i>
<i>2.10 Gli incarichi professionali</i>	<i>135</i>
<i>2.11 Le Posizioni Organizzative e Coordinamenti</i>	<i>136</i>
 <i>CAPO V – I PROCESSI AZIENDALI</i>	
<i>1. Politiche per la gestione e valorizzazione delle risorse umane</i>	<i>137</i>
<i>1.1 Clima e benessere organizzativo</i>	<i>137</i>
<i>1.2 Formazione continua e Formazione Universitaria</i>	<i>138</i>
<i>1.3 Project Management e Analisi/Monitoraggio Adempimenti LEA e Obiettivi</i>	
<i>Strategici</i>	<i>139</i>
<i>1.4 Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro – Prevenzione e Protezione</i>	
<i>Medico Competente</i>	<i>140</i>
<i>2. Affidamento e revoca degli incarichi – Valutazione dei Dirigenti</i>	<i>141</i>
<i>2.1 Sistema di misurazione e valutazione delle performances</i>	<i>143</i>
<i>3. Sistema di programmazione, misurazione e controllo</i>	<i>143</i>
<i>3.1 Budget e controllo di gestione</i>	<i>145</i>
<i>3.2 Controllo di regolarità amministrativa e contabile</i>	<i>146</i>
<i>4. Il sistema informativo e le nuove tecnologie della informazione e comunicazione</i>	<i>147</i>

<i>5. Le rilevazioni contabili</i>	<i>148</i>
<i>6. Acquisti di beni e servizi</i>	<i>151</i>
<i>7. Sanità Penitenziaria</i>	<i>152</i>

CAPO VI – NORME FINALI

<i>1. Rinvii agli allegati</i>	<i>153</i>
<i>2. Adozione dei Regolamenti Interni</i>	<i>153</i>
<i>3. Modalità e tempi di attuazione dell'Atto Aziendale</i>	<i>153</i>
<i>4. L'Assistenza Ospedaliera – DCA 33/2016</i>	<i>154</i>
<i>5. La riorganizzazione della Rete Territoriale Emergenza Urgenza</i>	<i>159</i>
<i>6. Le Reti Tempo Dipendenti nell'Area AV/BN</i>	<i>160</i>
<i>7. Ulteriori aspetti programmatici dell'assistenza territoriale previsti dal DCA n. 99/2016</i>	<i>160</i>

ALLEGATI: A) ORGANIGRAMMA

<i>B) POSIZIONI ORGANIZZATIVE</i>	<i>170</i>
-----------------------------------	------------

1. Premessa

L'Atto Aziendale, da adottarsi ai sensi di quanto disposto dall'articolo 3, comma 1 – bis, del D. Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, costituisce lo strumento giuridico mediante il quale l'Azienda Sanitaria determina la propria organizzazione ed il proprio funzionamento, delineando gli ambiti della propria autonomia gestionale ed organizzativa, nel rispetto dei principi e dei criteri emanati dalla Regione (articolo 2, comma 2 – sexies, del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. come modificato dall'art. 1 del D. Lgs. 168/2000). L'Atto Aziendale tiene conto delle ulteriori modifiche apportate dal D. L. n. 158/2012, convertito in L. n. 189/2012, avente in oggetto "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute" e di quanto disposto dalla Legge regionale 23 dicembre 2015, n. 20, ad oggetto: "Misure per introdurre la cultura della responsabilità nell'organizzazione sanitaria nonché migliorare i servizi ai cittadini. – Modifiche alla legge regionale 3 novembre 1994, n. 32. (Decreto legislativo 30/12/1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, riordino del servizio sanitario regionale)".

Le modalità di redazione dell'Atto Aziendale ed i parametri per la individuazione delle strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali sono definite dal Decreto Commissariale n. 18 del 18/02/2013, avente ad oggetto "Approvazione atto di indirizzo per l'adozione dell'Atto Aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Campania", che tiene conto di quanto disposto dall'art 15 del D.L. 6 Luglio 2012 n° 95 convertito con modificazioni dalla L. 7 agosto 2012 n. 135 e dal D.L. n. 158/2012, convertito in L. n. 189/2012. Con successivo Decreto del Commissario ad Acta della Regione Campania, n. 33 del 17.05.2016, si approva il Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015. Con il Decreto n. 99 del 22.09.2016 si approva il "Piano regionale di Programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale 2016 – 2018".

L' Atto Aziendale va inteso come il principale documento di programmazione dell'Azienda e come tale soggetto ad aggiornamento e/o modifiche nel rispetto delle procedure previste.

Alla luce delle suddette premesse i criteri per l'individuazione delle Unità Operative per le AA. SS.LL. sono i seguenti:

- UOC in ambito ospedaliero:

1 struttura complessa ogni 22 posti letto;

- UOC in ambito territoriale:

1 struttura complessa ogni 13.515 residenti;

- UOSD e UOS in ambito ospedaliero e territoriale:

1,31 strutture semplici o semplici dipartimentali per ogni struttura complessa.

Il DCA 33/2016 stabilisce anche che "per i presidi ospedalieri di ASL lo standard una struttura complessa ogni 22 posti letto è da intendersi a livello aziendale e può essere declinato dall'azienda in modo diverso da presidio a presidio ferma restando la necessità di non superare in ogni caso la media aziendale una struttura complessa ogni 22 posti letto... il numero di strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali identificate in base agli standard di cui sopra è comprensivo dei servizi centrali sanitari (farmacia, radiologia, laboratorio di analisi, ecc.)... per le ASL, le UOC per

discipline senza posti letto potranno essere attinte anche da quelle previste per le strutture territoriali (1 ogni 13.515 residenti)...”.

L'Azienda provvede, nell'ambito dell'adozione dell'Atto Aziendale, alla individuazione delle strutture complesse, semplici dipartimentali e semplici sulla base dei parametri e dei criteri stabiliti dal DCA n. 18/2013 e dal DCA n. 33/2016, garantendo il progressivo adeguamento agli standard. **I posti letto ospedalieri individuati dal DCA 33/2016 sono complessivamente pari a 307 p.l. + 111 p.l. (Riabilitazione P.O. S. Angelo dei Lombardi - nota GRC prot. 507725 del 24.07.2017) + 18 p.l. SPDC, per un totale posti letto di 436 per i presidi ospedalieri della ASL Avellino. La popolazione che v  presa a riferimento per il rispetto degli standard DM 70/2015   pari a 430.214. Totale fra UOC Ospedaliere e Territoriali 52; le UOS/UOSD, conseguentemente, sono 68.** La strutturazione del presente Atto   tesa a coniugare il ruolo dell'autonomia imprenditoriale dell'Azienda Sanitaria, mediante forme e strumenti di intervento tipici del “diritto privato” e dunque del Codice Civile ma rispettosa degli indirizzi regionali calibrati coerentemente verso il controllo dell'appropriatezza e della massima produttivit  delle strutture pubbliche. Pertanto, la ASL Avellino si caratterizza per una strutturazione orientata in senso produttivo, organizzata in funzione del prodotto (i livelli di assistenza), si dota di strumenti idonei a sviluppare la progettualit , l'efficienza, l'efficacia, compresi quelli che consentono di misurare e valutare la performance e i risultati conseguiti. Ci  nella consapevolezza che l'Azienda Sanitaria deve soddisfare le aspettative dei portatori di interessi (stakeholder) esterni ossia del cittadino paziente/utente, delle associazioni di categoria, dei consumatori, etc., rispettando i vincoli economico finanziari disposti dalla Regione Campania. Lo scenario nel quale si va a collocare la scelta del legislatore circa la necessit  dell'adozione di un atto cos  significativo e fondante per l'attivit  dell'Azienda Sanitaria, risponde alla logica di delineare un perimetro di operativit  che mantenga sempre al centro la finalit  sostanziale ed istituzionale tesa sempre e comunque al miglioramento dello stato di salute della popolazione, pur sempre nel rispetto dei vincoli dell'equilibrio economico e della natura pubblicistica del servizio complessivamente reso ed inteso. Il presente Atto Aziendale delinea la distinzione tra le funzioni di alta amministrazione e programmazione e di indirizzo politico-amministrativo di competenza della Direzione Generale e quelle di gestione manageriale esercitate dai dirigenti. Ci  si realizza tramite la dipartimentalizzazione attraverso l'aggregazione di strutture per aree omogenee, ovvero il potenziamento del processo di distrettualizzazione delle attivit  attraverso lo sviluppo di articolazioni territoriali finalizzate ad assicurare un accesso diretto ai servizi ed alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie. Attraverso la valorizzazione delle funzioni del distretto orientato al governo della domanda, si persegue la ricomposizione dell'offerta e il controllo dell'appropriatezza, in una ottica complessiva che vede in tendenziale riequilibrio gli obiettivi di salute perseguibili nel territorio. Nel documento si affermano principi importanti quali la valorizzazione delle risorse umane e professionali, la pari opportunit  in ordine all'accesso all'impiego, ai percorsi formativi e la scelta di valorizzare la responsabilit  di gestione esercitata dai dirigenti. I contenuti del presente atto rappresentano la complessit  aziendale declinando puntualmente tutte le caratteristiche strutturali in termini di:

Organizzazione e
funzionamento

**I contenuti minimi
dell'A.A.**

- sede legale e logo aziendale;
- dati demografici e cenni epidemiologici;
- mappa geografica che descrive l'ambito territoriale dell'Azienda;
- individuazione, tramite uno specifico allegato, dei dipartimenti strutturali distinti da quelli funzionali, delle aree di coordinamento amministrative, delle unità operative complesse, semplici dipartimentali e semplici, nonché delle posizioni organizzative; la descrizione delle loro relazioni è riportata attraverso uno specifico organigramma;
- numero del personale dipendente;
- organi e organismi aziendali;
- funzioni attribuite al Direttore Sanitario e al Direttore Amministrativo e ai dirigenti di struttura con responsabilità gestionali, nonché le modalità per il conferimento di eventuali deleghe e gli ambiti delle stesse;
- sistemi di valutazione e controllo;
- modalità di rapporto e collaborazione con le altre aziende sanitarie, enti locali ed altri organismi;
- modalità di informazione e di tutela dei diritti dei cittadini;
- modalità con cui dare attuazione alle disposizioni di cui al D. Lgs n. 28/2010 che detta la nuova disciplina sulla mediazione finalizzata alla conciliazione nelle controversie civili e commerciali.

In ogni deliberazione o altro provvedimento aziendale successivo, che riguardi anche indirettamente l'assetto organizzativo dell'azienda, è competenza esclusiva del Direttore Generale l'attestazione che la statuizione è conforme alle previsioni del presente Atto Aziendale. Il presente Atto Aziendale è stato rivisitato una prima volta a seguito della nota R.C. n. 2733/C del 13.6.2014, successivamente a seguito del Decreto n. 33 del 17.05.2016 di approvazione del Piano Regionale di Programmazione della rete ospedaliera ai sensi del DM 70/2015, poi a seguito delle osservazioni e rilievi pervenuti dalla Regione Campania con nota prot. n. 843878 del 29.12.2016 ed infine a seguito della nota della GRC prot. n. 507725 del 24.07.2017 con la quale il Sub Commissario ad Acta esprime parere favorevole alla rettifica del DCA 33/2016 riguardante i 111 posti letto di riabilitazione del Presidio Ospedaliero di Sant'Angelo dei Lombardi.

2. Procedure per l'adozione dell' Atto Aziendale

L'Atto Aziendale è adottato dal Direttore Generale con proprio provvedimento, informati preventivamente e sentiti il Comitato di Rappresentanza dei Sindaci e le OO. SS., nonché i Dirigenti/operatori nell'ambito degli organismi collegiali costituiti (Collegio di Direzione). Esso è trasmesso sia in forma cartacea che su supporto informatico, alla Giunta Regionale della Campania – Assessorato alla Sanità.

Il Commissario ad Acta per il Piano di Rientro effettua, per il tramite degli uffici Regionali all'uopo preposti, la verifica della conformità dell'Atto Aziendale all' Atto di Indirizzo - DCA 18/2013 - e alle Linee di Programmazione Regionale dettate dal DCA 33/2016. Qualora si rilevi la mancanza di conformità, il Commissario ad Acta rinvia l'Atto medesimo al Direttore Generale per i necessari adeguamenti, l'Azienda provvede entro i successivi 15 giorni al recepimento delle indicazioni Regionali. L' Atto Aziendale approvato dal Commissario ad Acta viene pubblicato sul BURC, l'Azienda quindi provvede alla pubblicazione sul proprio Sito.

3. Regolamenti

Il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria, entro **90 giorni dall'approvazione dell'Atto Aziendale da parte degli organismi regionali competenti**, ai fini di una sua corretta e completa applicazione, procede all'adozione di regolamenti interni nelle seguenti materie:

- Modalità di funzionamento degli organismi collegiali (Collegio di Direzione, Consiglio dei Sanitari, Comitato di Dipartimento);
- Modalità di affidamento, mutamento e revoca degli incarichi;
- Modalità di valutazione degli incarichi e graduazione delle funzioni;
- Relazioni sindacali;
- Modalità con cui l'Azienda Sanitaria appalta o contratta direttamente la fornitura di beni, servizi e lavori nel rispetto del D. Lgs. 18 aprile 2016, n. 50 (c.d. Codice degli Appalti);
- Contabilità e bilancio;
- Cessione dei crediti;
- Attività libero professionale "intra-moenia";
- Pronta disponibilità;
- Part-time;
- Conferimento incarico di posizione organizzativa;
- Mobilità;
- Missione e trasferte;
- Procedure passaggi interni;
- Telefonia fissa e mobile;
- Formazione e aggiornamento professionale;
- Sistema di misurazione e valutazione delle performance, nonché collegamento con il sistema premiante;

**Regolamenti di
organizzazione e
funzionamento**

- Procedure di controllo interno;
- Modalità di funzionamento del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, ex art. 57 del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i.;
- Funzionamento della Consulta Sanitaria;
- Sistemi di protezione e sicurezza dei dati;
- Trasparenza;
- Accertamenti medico legali;
- Funzionamento dei Distretti e dei Dipartimenti.

Potranno, altresì, essere adottati altri regolamenti interni per definire il funzionamento di altri organismi istituiti con l'Atto Aziendale e per l'organizzazione di altri settori di attività, nonché i regolamenti che eventualmente si rendessero necessari in attuazione di normative Nazionali e Regionali.

Tutti i regolamenti adottati verranno pubblicati sul sito web istituzionale dell'azienda.

4. Normativa di riferimento

La disciplina relativa all'assetto organizzativo delle Aziende Sanitarie della Campania trova, nell'attuale contesto, il suo principale riferimento nella seguente normativa:

- D. Lgs. 502/1992 e s.m.i.;
- L. R. 32/94 e s.m.i.;
- L. R. 2/94 e s.m.i.;
- L. R. 24/2006;
- L.R. n. 20 del 23 dicembre 2015;
- DGRC n. 460/2007 "Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale";
- L. R. 16/2008 per la parte in vigore;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 49/2010 s.m.i. "Riassetto della rete ospedaliera e territoriale e s.m.i.";
- Decreto del Commissario ad Acta n. 55/2010 s.m.i. "Completamento del riassetto della rete laboratoristica";
- Patto per la salute 2010 – 2012 e successivi;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 22/2011 "Piano Sanitario Regionale 2011 – 2013";
- Decreto del Commissario ad Acta n. 32 del 16 maggio 2011: "Decreto Commissariale n. 49 del 27 settembre 2010 - riassetto della rete ospedaliera e territoriale". Approvazione del Piano Attuativo dell'Azienda Sanitaria Locale Avellino con prescrizioni;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 45/2011 "Approvazione Programmi operativi 2011 – 2012" e successivi;

**Norme di
riferimento
principali**

- Decreto del Commissario ad Acta n°29 del 14.03.2012 “Riassetto rete ospedaliera della provincia di Avellino. Determinazioni”;
- Decreto del Commissario ad Acta n°57 del 14.06.2012 “Programma Operativo 2011-2012 – Approvazione intervento 3.1. – Riqualificazione Rete Emergenza Urgenza” s.m.i.;
- D.L. 6 Luglio 2012 n° 95 convertito con modificazioni dalla L. 7 agosto 2012 n°135 avente ad oggetto “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario”;
- D. L. n. 158 del 13/09/2012 “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute” convertito in L. n. 189/2012;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 53/2012 “Approvazione Programmi Operativi 2011-2012 – Adeguamento per l’anno 2012” e successivi;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 135 del 10.10.2012 “Approvazione atto di indirizzo per l’adozione dell’Atto Aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Campania”;
- Linee guida per l’accesso alle cure palliative;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 6 del 14/01/2013 “Approvazione atto di indirizzo per l’adozione dell’Atto Aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Campania”;
- DCA n. 18 del 18/02/2013 “Approvazione atto di indirizzo per l’adozione dell’Atto Aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Campania – Ulteriori integrazioni”;
- DCA n. 44 del 14/05/2013: “Atto di indirizzo per l’organizzazione dell’assistenza per l’ictus cerebrale (stroke unit). Determinazioni”;
- DCA n. 42 del 04.07.2014;
- Legge 28 dicembre 2015, n. 208 – legge di stabilità 2016.
- DCA n. 33 del 17.05.2016 “Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015”.
- DCA n. 99 del 22.09.2016 “Piano regionale di Programmazione della Rete per l’Assistenza Territoriale 2016 – 2018”.

5. Missione - Visione e Principi generali – Trasparenza e Integrità

La **missione** dell’azienda è **“promuovere e tutelare la salute dei cittadini dell’ambito territoriale di pertinenza; assicurando processi sanitari e socio sanitari che, con approccio integrato, rispettino i criteri di appropriatezza d’uso delle risorse ed i principi del miglioramento continuo della qualità e sicurezza delle cure, nel rispetto dei vincoli di bilancio”**. Tra gli interventi fondamentali per promuovere e tutelare la salute dei cittadini, l’Azienda ritiene vi siano l’educazione sanitaria della popolazione residente, la prevenzione soprattutto primaria e secondaria, quindi la diagnosi precoce e l’assistenza domiciliare e territoriale, la partecipazione dei Presidi Ospedalieri alla rete dell’emergenza ed alle reti tempo dipendenti, mezzi indispensabili per contenere anche la spesa

sanitaria. Per procedere in tal senso è necessario un approccio integrato tra tutti i soggetti che direttamente o indirettamente sono coinvolti nel bene salute.

La **visione** dell'Azienda consiste nel voler essere parte di un sistema diffusamente orientato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza per soddisfare bisogni sempre più complessi dei cittadini, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze. **Promozione e tutela della salute**

I mutamenti intervenuti nel quadro demografico e socioeconomico della provincia di Avellino, l'identificazione di nuovi rischi, la valutazione del loro impatto sulla salute, la pianificazione e la gestione di iniziative di prevenzione tempestive, efficaci e sostenibili, il nuovo quadro epidemiologico definito ed aggiornato, richiedono una significativa capacità di adattamento delle politiche sanitarie poiché i bisogni, sempre più articolati e complessi, i nuovi e vecchi determinanti di salute – da ricercare nelle condizioni sociali, economiche, culturali e comportamentali di una popolazione – non consentono più le vecchie risposte settoriali. La ASL Avellino tende ad assicurare risposte unitarie che considerino la persona nella sua globalità, che tengano conto delle prospettive fisiche, economiche, sociali, culturali e di genere della popolazione, delle disuguaglianze nella salute e sappiano garantire assistenza senza soluzione di continuità. Il progresso culturale e scientifico della medicina e delle scienze sanitarie, associati ad una rilevante evoluzione tecnologica, hanno profondamente ridefinito gli spazi e le possibilità di intervento dei servizi sanitari e reso sempre più evidente che l'obiettivo del sistema deve essere tradotto nel raggiungimento di importanti “guadagni di salute”. Tutto ciò mentre sempre più pressante diventa la necessità di gestire in maniera condivisa, efficace ed efficiente le risorse disponibili.

Necessario è quindi considerare la natura multifattoriale e multidimensionale della salute, oggi intesa come esito di fattori – i determinanti di salute – in parte modificabili come l'ambiente, le produzioni alimentari, i fattori socio-culturali, l'accesso ai servizi, lo stile di vita. Determinanti di salute che, unitamente alla organizzazione sanitaria e alla erogazione delle prestazioni, costituiscono nell'insieme il welfare nella sua accezione più complessiva (fattori ecologici, etologici, ambientali, comportamentali, socio-culturali, etc.). Pertanto occorre un sempre maggiore impegno nel progettare ed organizzare modalità di erogazione delle cure e dell'assistenza che siano basate sull'appropriatezza delle prestazioni erogate, sulla continuità delle cure, sulla multi professionalità, sull'interazione dei professionisti e sull'integrazione dei processi, oltre che sulla sistematicità dei rapporti con i cittadini e con le loro aspettative, con gli enti locali e con quanti direttamente o indirettamente contribuiscono alla salvaguardia del bene salute. Parimenti è necessario tenere nel dovuto conto il vincolo dell'equilibrio economico-finanziario della ASL che si pone quale condizione ineludibile per la sostenibilità dell'intero Sistema Sanitario Regionale. Il processo organizzativo da mettere in atto si colloca nel quadro istituzionale che vede la Regione Campania impegnata con il Piano di Rientro dal disavanzo; la ASL Avellino pertanto deve garantire la coerenza con le proprie linee di azione e le scelte strategiche previste nei programmi operativi regionali. **I determinanti della salute**

L'Atto Aziendale definisce l'assetto organizzativo e i principi e le regole generali di funzionamento delle strutture in grado di garantire:

- 1) accentramento dei poteri di programmazione e di indirizzo in capo al Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo aziendale in rapporto fiduciario;
- 2) decentramento dei poteri gestionali attraverso un organico sistema di deleghe ai dirigenti preposti alle strutture organizzative individuate come centri di responsabilità;
- 3) dipartimentalizzazione di aree funzionali omogenee, nelle quali confluiscono, trasformandosi, le funzioni dei servizi afferenti, con l'assunzione, da parte dei dipartimenti, del coordinamento tecnico, della individuazione delle priorità rispetto agli obiettivi da raggiungere, delle metodologie e degli strumenti tecnici da utilizzare, anche attraverso la verifica dei risultati conseguiti;
- 4) adeguati livelli di qualificazione e economicità dell'attività;
- 5) flessibilità organizzativa e procedurale;
- 6) integrazione trasversale delle competenze e dei servizi;
- 7) legittimità, imparzialità, trasparenza dell'azione amministrativa;
- 8) umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza;
- 9) promozione delle attività valutative e di miglioramento continuo della qualità.

I valori fondanti del presente Atto Aziendale rappresentano i criteri che nella ASL Avellino orientano gli scopi, le intenzioni e le azioni di tutte le persone che lavorano nell'Azienda e che contribuiscono alla copertura della sua missione; costituiscono il comune punto di riferimento per la definizione dell'interesse generale dell'organizzazione aziendale.

Affidabilità

L'Azienda nell'insieme delle sue componenti agisce adeguando con continuità e costanza le azioni, i comportamenti e il servizio prodotto alla necessità della popolazione di riferimento, alle priorità e agli obiettivi a tal fine fissati. Gli impegni vengono assunti limitatamente alle aree nelle quali si è in grado di assicurare, mantenere e sviluppare i livelli di competenza.

**Affidabilità e
centralità dei
cittadini**

Più nello specifico significa:

1. Dichiarare a priori ciò che si può e si vuole fare;
2. Mantenere la parola data nei confronti dell'esterno e dell'interno;
3. Rispettare i tempi stabiliti;
4. Risolvere problemi e situazioni estemporanee di emergenza;
5. Assicurare la coerenza delle azioni e dei risultati agli impegni assunti;
6. Assicurare efficienza e tempestività nell'assolvimento degli impegni assunti senza necessità di solleciti;
7. Ricercare con tenacia le soluzioni dei problemi complessi, soprattutto quando attengono alla parte di popolazione più debole.

Centralità del cittadino.

Il sistema dei servizi dovrà concentrare l'attenzione, l'impegno e la pratica professionale sulla ricerca della soddisfazione del cittadino sviluppando rapporti di fiducia e comprensione. Deve anche rendere facilmente disponibili e accessibili le informazioni necessarie all'utente per il proprio orientamento, la scelta e l'accesso alle prestazioni di cui necessita. Deve impegnarsi nel miglioramento continuo della

qualità dei servizi. A tal fine è necessario che le persone che prestano la propria attività in nome e per conto dell'Azienda operino per:

1. Ricercare le ragioni e gli obiettivi che sottendono alle posizioni degli interlocutori;
2. Rendere sistematicamente disponibili informazioni e notizie utili alla scelta consapevole delle prestazioni e dei servizi, delle sedi e delle modalità di erogazione degli stessi, stimolando suggerimenti sui servizi ricevuti per migliorarne la qualità;
3. Adeguare l'organizzazione dei servizi alle necessità dei target assistenziali ed evitare prestazioni non appropriate;
4. Privilegiare prestazioni che, a parità di efficacia ed efficienza, siano meno invasive, rispettando l'integrità della persona ed il suo mantenimento nel contesto sociale;
5. Accompagnare, quando necessario, l'utente attraverso la complessità dell'articolazione dei servizi aziendali sino a completa soddisfazione del bisogno (presa in carico, percorsi diagnostico - terapeutici e profili di assistenza).

L'ASL Avellino si impegna a redigere il primo bilancio sociale, in modo da sottolineare gli esiti dell'azione direzionale confrontandoli con gli obiettivi dichiarati, enfatizzando inoltre il ruolo degli stakeholder e di tutti coloro che hanno un diritto riconosciuto, o un interesse generale, a conoscere con quali modalità l'ASL Avellino porta avanti la sua mission nei confronti dei cittadini. Il Bilancio Sociale è lo strumento con il quale si presenta agli interlocutori della ASL (Ente Regione, Enti Locali, società civile, cittadini ...), nel modo più sintetico e fruibile, il resoconto delle attività svolte dall'Azienda e la loro rilevanza socio – economica, oltre che sanitaria.

Efficacia e risultati del processo decisionale

Il processo decisionale seleziona le azioni basate su prove di evidenza nella capacità di raggiungere gli obiettivi assistenziali ed organizzativi perseguibili.

Più specificamente si orienta a:

- Rispettare ed applicare le regole di funzionamento dell'Azienda e del suo sistema di riferimento;
- Motivare e supportare il processo di allocazione delle risorse privilegiando la soluzione di problemi prioritari;
- Esplicitare e motivare i comportamenti e le decisioni rendendoli comprensibili agli interlocutori;
- Esplicitare i criteri di scelta;
- Fissare a priori gli strumenti e i criteri di verifica dei risultati e delle competenze.

Equità

L'Azienda deve garantire, a parità di bisogno e di competenza, pari e tempestiva opportunità di accesso alle prestazioni, ai servizi, alle facility e agli strumenti messi a disposizione dal SSN per assicurare alla popolazione di riferimento livelli di assistenza uniformi nell'intero ambito territoriale aziendale ed adeguati nella loro appropriatezza e qualità nonché economicamente sostenibili.

Flessibilità

L'Azienda deve incentivare tutti gli attori al massimo rendimento, stimolando la capacità di adeguare il comportamento e l'uso delle risorse ai cambiamenti interni ed esterni all'Azienda stessa, rendendo

sensibile e specifica l'azione e l'intervento al bisogno assistenziale o organizzativo a cui s'intende dare risposta, sviluppando la capacità di operare in condizioni non standard senza condizionare la realizzazione di un compito alla sua esclusiva coerenza con il ruolo ricoperto; *lavorare per progetti, obiettivi e risultati, non solo per compiti e mansioni.*

Trasparenza ed integrità

La ASL garantisce la libera circolazione delle idee e delle informazioni sulle procedure, sulle risorse e sui risultati, la visibilità e la comprensibilità del processo decisionale internamente ed esternamente all'Azienda. In particolare significa:

1. Definire regole esplicite nell'acquisizione e nella cessione dei servizi o prestazioni e diffonderne la conoscenza;
2. Informare costantemente sullo stato di avanzamento verso gli obiettivi e sul grado del loro raggiungimento;
3. Stimolare con tutti i possibili strumenti la distribuzione ed il ricevimento di informazioni utili al miglioramento organizzativo;
4. Esplicitare i diversi livelli di autonomia e di responsabilità decisionale;
5. Dichiarare esplicitamente obiettivi, attese e impegni;
6. Valorizzare il capitale umano e professionale;
7. Valorizzare l'apporto individuale di gruppo ai risultati positivi per la persona che usa i servizi, per l'efficacia, l'efficienza e il clima dell'organizzazione aziendale;
8. Rendere disponibili le informazioni possedute sul contesto, sui processi, sugli obiettivi e sulle prospettive di carriera;
9. Rendere prioritariamente disponibili ai professionisti interni, in possesso di titoli accademici e professionali coerenti, le prospettive di carriera nell'ambito dell'ordinamento e dell'organizzazione aziendale, ricorrendo al reclutamento esterno in caso di evidente valore aggiunto di autorevolezza e competenza professionale;
10. Supportare il miglioramento professionale e organizzativo con adeguati percorsi formativi;
11. Adeguare i sistemi premianti all'importanza del ruolo assolto e al risultato prodotto;
12. Favorire la partecipazione dei cittadini nella definizione delle prestazioni sanitarie e nella fruizione dei servizi.

Trasparenza e Prevenzione della Corruzione**Operazione
Trasparenza**

L'Azienda in linea con quanto dettato dal D. Lgs. n. 150 del 2009 s.m.i., dal Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33 e dalle delibere ANAC di riferimento, attribuisce particolare rilievo al tema della trasparenza e prevenzione della corruzione 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". Il nuovo concetto di trasparenza viene inteso quale livello essenziale delle prestazioni erogate, ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione. In tale direzione il "Programma triennale per la trasparenza e l'integrità" 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. Con riferimento a tale Programma, la Commissione indipendente per la valutazione, l'integrità e la trasparenza (ex Civit, ora A.N.A.C.) ha emanato la delibera n. 105 del 15 ottobre 2010 e successive, contenenti 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 è strutturato nelle seguenti parti, a loro volta suscettibili di articolazioni più specifiche:

- 1) Selezione dei dati da pubblicare;
- 2) Descrizione delle modalità di pubblicazione on line dei dati;
- 3) Descrizione delle iniziative;
- 4) Sezione programmatica;
- 5) Collegamenti con il piano della performance;
- 6) Descrizione del processo di coinvolgimento dei portatori di interesse (stakeholder);
- 7) Posta elettronica certificata (PEC);
- 8) 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 delle pubbliche amministrazioni, con il fine di agevolare la pubblicità delle informazioni alla collettività. La suddetta pubblicità, consentendo dunque una effettiva conoscenza dell'azione delle Amministrazioni, 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 ha adottato il Piano triennale per la prevenzione della corruzione ed il programma triennale della trasparenza 2017 – 2019, ritenendo lo stesso elemento strategico fondamentale nell'azione di rinnovamento intrapresa.

L' Azienda individua una specifica funzione dedicata alla trasparenza ed alla prevenzione della corruzione.

5.1 Qualità e sicurezza delle cure e sistema premiante

L'Azienda Sanitaria Locale Avellino considera il Governo Clinico quale scelta di un approccio integrato al problema della qualità dell'assistenza, riconoscendo che non si tratta di intervenire sulle singole decisioni cliniche per orientarle verso una migliore appropriatezza, ma di fare in modo che i sistemi assistenziali nel loro insieme siano orientati verso tale obiettivo.

**Approccio integrato
alla sicurezza**

In questi ultimi anni, a partire dal D. Lgs 229/99 fino all'ultimo PSN, la pianificazione e la programmazione nazionale e regionale, hanno posto grande interesse sull'efficacia clinica delle prestazioni e nell'appropriatezza delle stesse, in un'ottica di costante sviluppo della qualità e della sicurezza dell'assistenza. Il Governo Clinico, sinteticamente, ha l'obiettivo di modificare le azioni del sistema dei servizi al fine di rendere le prestazioni appropriate, accessibili, rilevanti per il cittadino – utente, con il miglior rapporto costo-efficacia. In tale contesto una particolare attenzione la ASL pone alla Gestione del Rischio Clinico, uno dei pilastri della Clinical Governance; tale scelta impone l'implementazione di metodologie che, mediante un approccio sistemico, si prefiggano di esaminare i fattori che influenzano la pratica clinica in ogni suo stadio; la Direzione si fa carico delle indicazioni più consone ad attivare interventi e piani di riduzione degli eventi avversi, facendo leva su un maggior coinvolgimento e responsabilizzazione degli operatori ed una migliore comunicazione e relazione fra professionisti e cittadini, con un approccio integrato fra i servizi dell'Azienda che si occupano delle varie tipologie di rischio, nel rispetto di quanto indicato dall'art. 1 commi 538, 539 e 540 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208 – legge di stabilità 2016 e della legge 8 marzo 2017 n. 24 recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”.

Rischio clinico

Anche al fine di dare piena attuazione all'art. 1, comma 6, del D. Lgs. n. 299/99 in materia di appropriatezza ed economicità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali, è prevista la figura del “Risk manager”, al fine di garantire la sicurezza della pratica medica. Il “Risk Manager” assume la responsabilità diretta delle iniziative aziendali sull'argomento; risponde inoltre del rispetto dei debiti informativi nei confronti del Ministero della Salute.

Il controllo del rischio clinico, sia con riferimento agli eventi sentinella che alle infezioni ospedaliere che ad ogni altro fattore comunque connesso, costituisce, unitamente al contenzioso conseguente, elemento di valutazione delle performance del Direttore generale e, ove incidente sulla funzione esercitata, deve essere considerato elemento di valutazione dei dirigenti aziendali. Le funzioni di clinical “Risk Manager” vengono contemplate all'interno della UOC Qualità e Accreditamento – Rischio Clinico, con il supporto di un dirigente con incarico professionale di alta specialità. L'Azienda, tramite la struttura dedicata, si dota degli strumenti più idonei per il Governo Clinico con particolare attenzione a quanto previsto nel Piano Sanitario Regionale 2011 – 2013: la

Risk-manager

Root Cause Analysis, l'Audit Clinico, le Raccomandazioni Ministeriali, l'Evidence Based Medicine, le Linee Guida e SNLG, la Promozione dell'Efficacia delle Prestazioni Sanitarie, la Valutazione Comparativa degli Esiti, la Comunicazione, il Consenso Informato, che assieme alla formazione, alla gestione dei progetti ed alla costruzione dei percorsi di cura e assistenza, rappresentano i pilastri fondamentali della Clinical Governance. La struttura UOC Qualità e Accredimento – Rischio Clinico si occupa anche di implementare i sistemi premianti, collegati ai processi di valutazione annuale dei dirigenti e alle attività proprie dell'OIV. L'assetto organizzativo dell'Azienda Avellino, definito nel presente atto, si concretizza ricorrendo al modello Dipartimentale e Distrettuale. **Da un punto di vista metodologico – organizzativo, la Direzione Aziendale, coadiuvata dal Dipartimento dei Servizi Strategici, assume il ruolo di orientamento tecnico e coordinamento generale del Governo Clinico aziendale.** Alla Direzione Generale spetta il compito di verificare l'applicazione del miglioramento e del raggiungimento dell'efficacia delle prestazioni, con particolare riferimento alla qualità, sicurezza ed appropriatezza delle stesse.

5.2 Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini

L'Azienda riconosce la funzione delle organizzazioni sociali private non aventi scopo di lucro impegnate nella tutela del diritto alla salute come espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo, ne promuove lo sviluppo e ne favorisce l'apporto originale quando la facilitano nell'esercizio delle proprie competenze.

**Approccio
assistenziale**

**Centralità dei
cittadini**

L'iscrizione all'elenco, di cui all'art. 1 comma 18 del D. Lgs: 502/1992, s.m.i., istituito presso la Regione, costituisce presupposto per il concorso delle formazioni sociali private alla programmazione sanitaria regionale.

Il protocollo d'intesa e gli accordi rappresentano gli strumenti attraverso i quali l'Azienda, le associazioni di volontariato e di tutela (iscritte all'Elenco di cui all'art. 2 comma 2 septies del D.lgs. 229/1999 s.m.i.) e le associazioni dei consumatori stipulano modalità di confronto permanente sulle tematiche della qualità dei servizi e della partecipazione degli utenti, definendo, altresì, l'eventuale concessione in uso dei locali e le modalità di esercizio del diritto di accesso e di informazione. Il Direttore Generale può, altresì, stipulare accordi specifici per la semplificazione di alcuni procedimenti amministrativi anche su proposta degli organismi di rappresentanza dell'utenza. La partecipazione delle organizzazioni dei cittadini e del volontariato accreditato, impegnato nella tutela del diritto alla salute, è un importante mezzo di cambiamento per l'Azienda in quanto rappresenta, con gli strumenti previsti dalla normativa vigente (Indicatori di Qualità dell'Assistenza Sanitaria, Conferenza dei Servizi almeno una volta all'anno, Conferenza dei Sindaci di Distretto, Carta dei Servizi Sanitari, Consulta Sanitaria, Audit Civico), una occasione di miglioramento gestionale.

L'Azienda, in applicazione di quanto dettato dalla normativa nazionale e regionale, è impegnata a coinvolgere i pazienti e le relative organizzazioni nella progettazione ed erogazione dei servizi sanitari in modo da rispondere ai bisogni ed alle preferenze del paziente, in maniera appropriata e secondo il

criterio costo - efficacia, con riferimento all'obiettivo di contenimento della spesa, della limitazione della mobilità passiva verso altre aziende e/o verso soggetti privati.

La ASL Avellino assume i seguenti principi: rispetto, scelta, empowerment, coinvolgimento dei pazienti, facilitazione all'accesso e sostegno, informazione. Molti sono gli studi che sostengono infatti il ruolo del paziente come esperto nella propria situazione e quindi in grado di fornire un essenziale contributo alla equipe assistenziale; la partecipazione aumenta la soddisfazione, e l'accettazione delle decisioni prese e del trattamento, riduce eventuali conflitti al verificarsi di eventi avversi.

La partnership tra cittadini e Azienda consente di assicurare un uso più appropriato dei servizi, livelli più elevati di efficacia, efficienza ed uso parsimonioso delle risorse pubbliche. L'Azienda è impegnata ad utilizzare metodi e strumenti che favoriscono il processo di empowerment. In particolare saranno fornite conoscenze sulla salute ed i suoi determinanti ed istruzioni per favorire un ruolo attivo nella prevenzione dei rischi.

Durante i processi di cura si dovranno promuovere l'approccio della "decisione condivisa" tra clinico e cittadino paziente/utente ed il coinvolgimento nel piano di cura, nella gestione del rischio clinico e nella dimissione attiva, affinché il paziente acquisisca conoscenze e strumenti per la gestione della propria situazione al rientro nel suo ambiente di vita.

La qualità percepita va considerata una dimensione produttiva della qualità e pertanto sarà pianificata, in modo integrato, nel piano aziendale della qualità, implementata e valutata sistematicamente.

Le organizzazioni dei cittadini e le associazioni del volontariato accreditate verranno coinvolte, nel rispetto dei reciproci ruoli e responsabilità, nelle attività di progettazione, organizzazione e valutazione delle attività per la qualità percepita, nei piani e programmi per il governo clinico, nella costruzione ed implementazione di linee guida, nella diffusione della cultura della qualità, della prevenzione del rischio clinico e dell'uso appropriato dei servizi.

Sul sito istituzionale dell'Azienda è prevista, ai sensi e con le modalità di cui all'art. 32 della L. 18/06/2009 n. 18 e s.m.i., una specifica sezione ove vengono pubblicati, integralmente, gli atti amministrativi (delibere, determine, etc.) e il loro accesso è libero e garantito.

La partecipazione e la tutela dei cittadini sono garantite anche attraverso la Carta dei Servizi ed il programma di gestione della trasparenza e dell'integrità di cui al D. Lgs. 150/2009 s.m.i.

5.2.1 La Carta dei Servizi

La Carta dei Servizi Partecipata

L'Azienda predispone e pubblicizza la Carta dei Servizi in conformità al D.P.C.M. 19/5/95 ed alla DGRC n. 369 del 23 marzo 2010, s.m.i. Essa offre alla organizzazione l'opportunità di rivedere e gestire i propri processi in termini di efficienza, focalizzandoli sulla soddisfazione dell'utente, partendo dalla definizione della domanda del servizio da erogare. La Carta è redatta in maniera partecipata con la consultazione delle categorie professionali e delle associazioni di tutela e di volontariato rappresentative del collettivo dell'utenza. La Carta dei Servizi sanitari è il patto tra l'Azienda ed i cittadini, secondo i seguenti principi informatori:

- Imparzialità nell'erogazione delle prestazioni e uguaglianza del diritto all'accesso ai servizi;
- Piena informazione dei cittadini utenti sui servizi offerti e le modalità di erogazione degli stessi;
- Definizione di standard e assunzione di impegni da parte dell'Azienda rispetto alla promozione della qualità del servizio e alla determinazione di modalità di valutazione costante della qualità stessa;
- Organizzazione di modalità strutturate per la tutela dei diritti dei cittadini;
- Ascolto delle opinioni e dei giudizi, sulla qualità del servizio, espressi dai cittadini direttamente o tramite le Associazioni che li rappresentano attraverso modalità e strumenti di partecipazione e coinvolgimento.

Gli standard di qualità delle cure

La Carta dei Servizi inoltre 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/paziente/utente possa fare nel caso in cui il suo reclamo sia stato respinto. I destinatari della Carta dei Servizi sanitari sono pertanto tutti coloro che intendono utilizzare i servizi ed usufruire delle prestazioni che l'Azienda eroga. Deve, quindi, essere scritta in modo comprensibile a tutti e contenere le informazioni che permettano all'utente di conoscere quali prestazioni e servizi l'Azienda stessa si impegna a fornire, ma anche in che quantità, in che modo, in che tempi e con quali standard di qualità.

La Carta dei Servizi recepisce gli obiettivi di qualità espressi dalla struttura e riporta in modo chiaro e comprensibile:

- a) La descrizione dell'Azienda sanitaria e i principi fondamentali;
- b) Le informazioni sulle strutture e sui servizi forniti;
- c) Gli standard di qualità, gli impegni e i programmi;
- d) I meccanismi di tutela e di verifica;
- e) Le indicazioni contenute nel Piano Regionale di contenimento delle liste di attesa.

La Carta dei Servizi sanitari viene pubblicata sul sito internet aziendale, aggiornata annualmente e diffusa mediante idonei strumenti di informazione/comunicazione.

5.2.2 La Conferenza dei Servizi

L'art. 14, comma 4, del D. Lgs n. 502/92 e s.m.i. dispone che il Direttore Generale indice, 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, 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. L'Azienda si impegna all'indizione della Conferenza dei Servizi, nel rispetto della normativa vigente.

**La rendicontazione
sociale**

5.2.3 La Consulta Socio Sanitaria

Presso la Azienda Sanitaria è istituita la Consulta Socio Sanitaria quale organismo per la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini nel rispetto di quanto previsto dall'art. 14, comma 2 del D. Lgs 502/92 e s.m.i.

**La partecipazione
degli utenti**

La Consulta Socio Sanitaria, in particolare:

1. Fornisce contributi per la programmazione sanitaria e socio sanitaria;
 2. Elabora proposte finalizzate al miglioramento della qualità e dell'umanizzazione dei servizi;
 3. Favorisce la partecipazione consapevole degli utenti e delle forze sociali attraverso dibattiti ed altri mezzi adeguati;
 4. Promuove programmi di educazione sanitaria e collabora per favorire la corretta utilizzazione, da parte dell'utenza, dei servizi e delle prestazioni sanitarie;
 5. Promuove iniziative volte all'attivazione di sistemi di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe e sulle modalità di accesso;
 6. Promuove progetti di indagine di gradimento, nonché programmi di ricerca sugli eventi avversi e sulle criticità nell'erogazione dei servizi;
 7. Partecipa alla Conferenza dei Servizi di cui all'articolo 14, comma 4, del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i.
- Detto organismo si riunisce almeno ogni quattro mesi su convocazione del Direttore Generale o suo delegato che lo presiede.

La Consulta Socio Sanitaria è costituita da:

- il Direttore Sanitario;
- i Direttori di Distretto;
- i Direttori di Dipartimento;
- il Comitato di rappresentanza dei Sindaci;
- due rappresentanti degli organismi di volontariato maggiormente rappresentativi nell'azienda;
- due rappresentanti degli organismi di tutela dei diritti dei cittadini maggiormente rappresentativi nell'azienda;
- il responsabile dell'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico;

- Il responsabile del Coordinamento Socio Sanitario.

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, che l'Azienda si impegna ad adottare. 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.

5.2.4 Audit Civico e il Comitato di Partecipazione

L'Audit Civico rappresenta un altro degli strumenti che garantisce la partecipazione, da parte dei cittadini e delle associazioni di volontariato e tutela, alle politiche sanitarie aziendali. E', infatti, una metodologia che ha la finalità di promuovere la valutazione, da parte dei cittadini, della qualità delle prestazioni dell'Azienda Sanitaria Locale. Il Comitato di Partecipazione è un organismo composto da rappresentanti delle associazioni di volontariato e tutela sotto il coordinamento dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

La ASL Avellino, che ha aderito volontariamente per la prima volta nel 2007 al Progetto Audit Civico realizzato con Cittadinanza Attiva e finalizzato alla messa a punto di procedure volte a sostenere azioni di miglioramento delle politiche sanitarie, intende adottare l'Audit Civico come strumento di partecipazione dei cittadini al processo valutativo della qualità delle prestazioni, dell'appropriatezza dei percorsi di cura, dell'adeguatezza dell'offerta dei servizi. Di fatto, l'analisi critica e sistematica dell'azione dell'Azienda che ha, come protagonisti, i cittadini e, come quadro di azione, la collaborazione tra le organizzazioni civiche e l'Azienda stessa, consente di integrare, qualificandolo ulteriormente, l'impianto complessivo del monitoraggio delle strutture e dei servizi, così da poter disporre di elementi conoscitivi e contributi informativi altrimenti non noti.

A tal fine l'Azienda si impegna a promuovere, secondo un programma definito annualmente con le organizzazioni civiche locali ed in relazione alle iniziative che saranno assunte a livello regionale, attività strutturate di Audit Civico, mettendo in connessione la fase di valutazione ad esso riferita con la successiva fase decisionale della Direzione, attraverso un percorso innovativo che è possibile definire di programmazione partecipata e che mira, fondamentalmente, ad introdurre l'orientamento al cittadino nell'organizzazione e nella gestione dei servizi sanitari e socio sanitari.

5.3 Relazioni Sindacali

Il processo di programmazione aziendale deve prevedere la costanza di rapporti con tutte le parti interessate, in particolare quelle rappresentative di interessi collettivi come le OO. SS. e le rappresentanze sindacali unitarie dei lavoratori. In base a quanto previsto dai contratti collettivi nazionali, viene affermato il principio della correttezza delle relazioni sindacali, della reciproca autonomia e della 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, che diventano aspetti ineludibili per un trasparente e proficuo espletamento delle rispettive attività con l'obiettivo di contemperare 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. L'Azienda favorisce lo sviluppo di relazioni sindacali improntate ad una serena partecipazione dei dipendenti e delle organizzazioni sindacali rappresentative nei limiti delle rispettive competenze e secondo quanto previsto in sede di contrattazione nazionale (CCNL) e dalle leggi vigenti. Il sistema delle relazioni sindacali, nel rispetto della distinzione dei ruoli e delle responsabilità delle parti è strutturato in modo coerente con l'obiettivo di contemperare l'interesse dei lavoratori al miglioramento delle condizioni di lavoro e allo sviluppo professionale con l'esigenza di incrementare e mantenere elevate l'efficacia e l'efficienza dell'attività amministrativa e dei servizi erogati alla collettività, in relazione al perseguimento dei fini pubblici ai quali l'azienda è preordinata. I rapporti si sostanziano fondamentalmente nei seguenti modelli relazionali, così come indicati dai rispettivi CC. NN. LL. e dal D. Lgs 27/10/2009 n. 150 s.m.i.:

- a) contrattazione collettiva e integrativa tra i soggetti e sulle materie, i tempi e le modalità indicate nelle normative succitate;
- b) informazione;
- c) concertazione;
- d) consultazione.

I suddetti rapporti vengono meglio precisati con apposito regolamento aziendale. Il regolamento dovrà prevedere la garanzia dell'effettiva fruizione delle prerogative e diritti per l'esercizio delle attività sindacali e dovrà tener conto, nella sua formulazione, delle prerogative sindacali stabilite dai CCNL, conformemente a quanto disposto dal D. Lgs. 150/2009 s.m.i., come modificato ed integrato dal D. Lgs. 141/2011 s.m.i. L'Azienda intende istituire un **ufficio per le relazioni sindacali** che fa capo alla Direzione Strategica Aziendale.

5.4 La comunicazione istituzionale

La comunicazione istituzionale rappresenta uno dei terreni su cui si gioca la sfida del cambiamento. Attraverso le attività di informazione e comunicazione l'Azienda può rispondere da una parte ai doveri di trasparenza, imparzialità e parità di accesso che le leggi assicurano a tutti i cittadini, dall'altra si organizza per svolgere il proprio mandato istituzionale con un maggiore livello di coerenza rispetto ai bisogni dei cittadini. **Comunicare con i cittadini**

I mutamenti nella struttura sociale hanno portato a nuove configurazioni nei rapporti interni alla società che attivano una domanda di relazione più personalizzata ed efficace. Essi richiedono all'Azienda 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 amministrazione. Comunicare con i cittadini in maniera studiata, meditata, efficace, imparziale ed integrata stimola la percezione e trasmette l'idea di una struttura amministrativa e di una organizzazione 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 sia di carattere sanitario che amministrativo. L'Azienda persegue i propri obiettivi strategici adottando sistemi di comunicazione interna ed esterna convergenti ed idonei al risultato, utilizzando sia strumenti tradizionali che nuove tecnologie di comunicazione. In questa concezione la comunicazione interna è intesa dalla ASL come messa in comune e costruzione di esperienze, valori, responsabilità, come creazione di identità e di condivisione dei processi organizzativi. Al pari della comunicazione esterna, essa rappresenta il motore dello sviluppo e quindi la leva organizzativa e 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 dell'utente interno all'Azienda stessa. La circolazione del flusso di informazioni, in una Azienda a vasta estensione territoriale come quella di Avellino 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 dell'Azienda, di individuare il senso del proprio ruolo e di costruire e mantenere la propria identità aziendale e professionale. Perciò la comunicazione interna è impiegata a rendere espliciti, nell'organizzazione, i diversi apporti ma, soprattutto, ne deve valorizzare 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.

L'Azienda è tenuta a predisporre annualmente il Piano di Comunicazione, che è uno degli strumenti in grado di coniugare strategie, obiettivi, destinatari, azioni e strumenti di comunicazione secondo un disegno organico e razionale. 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), ed indica con quali strumenti e con quali risorse si deve effettuare.

Nel Piano di Comunicazione aziendale la ASL Avellino comprende la definizione degli strumenti di ICT – Tecnologie dell'Informazione e della comunicazione. La diffusione dei supporti tecnologici, con un riferimento particolare alle tecnologie informatiche, aumenta di gran lunga le potenzialità offerte dalla comunicazione in termini di capillarità di velocità di diffusione del messaggio. Nel Piano di Comunicazione devono essere previsti lo sviluppo di varie soluzioni tecnologiche per scambiare informazioni e attivare relazioni, sia all'interno dell'Azienda, sia con i cittadini.

La comunicazione istituzionale, oltre che essere una attività di ciascun operatore dell'Azienda, che può essere esercitata previa autorizzazione del Direttore Generale, è affidata per aspetti specifici ed innovativi e comunque sempre previa autorizzazione del Direttore Generale, ad un insieme di strutture quali la UOC Sistemi Informativi e Informatici, la UOC Qualità' e Accreditamento/Rischio Clinico, la UOS Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) ed altre strutture aziendali appositamente individuate dal Direttore Generale, con il supporto di un dipendente/dirigente giornalista/pubblicista professionista; in assenza di tale professionalità aziendale si farà riferimento a quanto previsto dalla legge 150/2000, s.m.i.

Fermo restando la molteplicità di soggetti che in una ottica di integrazione curano i vari aspetti della comunicazione interna ed esterna al fine di migliorare l'immagine dell'Azienda, in ottemperanza alle norme esistenti ed in particolare alla già citata Legge 7 giugno 2000, n. 150, s.m.i., ad oggetto: "Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni", la responsabilità delle attività di informazione resta in capo al portavoce ed all'addetto stampa e la responsabilità della comunicazione all'ufficio per le relazioni con il pubblico. Il Direttore Generale può essere coadiuvato da un portavoce, anche esterno all'amministrazione, con compiti di diretta collaborazione ai fini dei rapporti di carattere politico-istituzionale con gli organi di informazione. Il portavoce, incaricato dal Direttore Generale, non può, per tutta la durata del relativo incarico, esercitare attività nei settori radiotelevisivo, del giornalismo, della stampa e delle relazioni pubbliche. L'Ufficio per le relazioni con il pubblico ha, tra l'altro, la responsabilità di attuare, mediante l'ascolto dei cittadini e la comunicazione interna, i processi di verifica del gradimento dei servizi da parte dei cittadini e degli utenti. L'attività dell'addetto stampa è in via prioritaria indirizzata ai mezzi di informazione di massa. Il campo di interesse prevalente della UOC Qualità e Accreditamento –

Rischio Clinico resta quello della Comunicazione quale uno dei pilastri del Governo Clinico e quale strumento di riduzione dei rischi clinici, in tal senso saranno attivati specifici percorsi formativi. L'UOC Sistemi Informativi e Informatici dovrà sviluppare ed attuare le nuove tecnologie informatiche della informazione e della comunicazione. Il portavoce, qualora individuato dall'Azienda e l'addetto stampa, incaricati secondo quanto dispone la citata Legge 150/2000, s.m.i., fermo restando la loro autonomia dirigenziale, fanno riferimento alla Direzione Strategica Aziendale. L'URP, l'Addetto Stampa ed i Sistemi Informativi redigono il Piano di Comunicazione, ognuno per la parte di competenza; il Piano viene sottoposto alla approvazione del Direttore Generale.

5. 5 Le modalità di rapporto e di collaborazione dell'Azienda con le altre aziende sanitarie nonché con enti ed organismi, di cui all'articolo 4, comma 3, del D. Lgs n. 502/1992 e s.m.i.

L'Azienda riconosce come centrale il rapporto con altri soggetti, in primis l'Azienda Ospedaliera di Avellino, ma poi le Aziende Sanitarie limitrofe come quella di Benevento, l'Istituto Pascale di Napoli, l'Istituto Zooprofilattico di Portici, il CNR, ecc., con le quali intende ricercare forme di collaborazione in termini di programmazione, di coordinamento di progetti e di sviluppo di standard qualitativi di servizio per ricercare modalità confrontabili di offerta e per creare le condizioni di qualificazione della stessa.

Tale collaborazione si può sostanziare attraverso atti che prevedano:

- La definizione e stesura di protocolli di collaborazione in particolare accordi di confine della rete dell'emergenza/urgenza 118, con la costituenda Centrale Unica (COT AV/BN) e la prossima ARUEC Azienda Regionale Urgenza Emergenza Campania previste dal DCA 33/2016;
- Ipotesi e proposte di definizione di Area Vasta tra le Aziende di Avellino e Benevento, quale luogo di integrazione per l'esercizio congiunto di funzioni specifiche e strumento organizzativo per consolidare e sviluppare le prerogative di autonomia funzionale delle Aziende stesse;
- La creazione di strutture interaziendali, con personale operante nelle Aziende interessate;
- La creazione di Dipartimenti Interaziendali mediante l'aggregazione di strutture delle Aziende interessate;
- Lo strumento della delega ad altra Azienda per la gestione di attività che non è conveniente sviluppare autonomamente per problemi funzionali (come la carenza di specifiche professionalità o dimensione delle attività che non giustificano l'acquisizione diretta di tali professionalità) o economici.

**Accordi di
cooperazione**

L'Azienda si impegna a perseguire, attraverso un continuo e sistematico confronto con le altre Aziende Sanitarie, Università e I.R.C.C.S., la definizione di accordi di cooperazione che sanciscono le linee di collaborazione operative attuabili.

Analogo impegno è rivolto alla individuazione di collaborazioni con Società Scientifiche e Centri di Ricerca, con organizzazioni no profit operanti in ambito sanitario e socio-assistenziale, con volontariato accreditato, con le altre strutture private accreditate, gli enti locali, le scuole.

5.6 I rapporti con gli Enti Locali

L'Azienda ritiene di prioritaria importanza stabilire contatti con le Amministrazioni Locali che risultano essere i principali interlocutori e facilitatori per fornire ai cittadini corretti strumenti di informazione che consentono di evitare rischi, di attuare comportamenti salutari e di conoscere e saper individuare adeguatamente ed in tempo utile i possibili segnali di malattia. In quest'ottica è auspicabile individuare una sede utile per una riflessione, non episodica, sulla programmazione della sanità provinciale partendo dall'analisi della situazione esistente, anche alla luce dei grandi mutamenti presenti ed ancora più in itinere della realtà regionale in sanità. I rapporti di collaborazione con gli Enti Locali vedono la loro piena attuazione sia nell'ambito della Conferenza dei Sindaci e della loro rappresentanza con compiti di vigilanza generale sull'Azienda e sull'operato del Direttore Generale, sia nel Comitato dei Sindaci di Distretto che esplica funzioni consultive e propositive sulla programmazione distrettuale delle attività. Ulteriori rapporti di collaborazione si realizzano con i Comuni in un processo di programmazione congiunta nell'ambito dei progetti pilota, in questa ottica è infine auspicabile una forma di collaborazione sempre più intensa, sia in termini di programmazione come già detto, sia di coordinamento di progetti e di sviluppo di standard qualitativi di servizio per ricercare modalità ottimali di offerta e per creare le condizioni di qualificazione della stessa.

5.7 Le modalità con cui dare attuazione alle disposizioni di cui al D. Lgs n. 28/2010 che detta la nuova disciplina sulla mediazione finalizzata alla conciliazione nelle controversie civili e commerciali.

Con l'approvazione del decreto legislativo n. 28/2010 che attua quanto disposto dall'art. 60 della Legge 69/2009 in materia di "Mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali" con l'obiettivo di smaltire nei tempi rapidi il crescente numero di denunce civili, il legislatore ha introdotto un sistema organico sulla mediazione. L'art. 5 comma 1 prevede l'obbligo di esperire preventivamente il procedimento di mediazione per chi intenderà rivolgersi al giudice per una controversia sorta in una serie di materie, tra le quali: diritti reali, risarcimento del danno derivante da responsabilità medica, contratti assicurativi, etc.

**L'organismo di
mediazione**

L'Azienda, in ottemperanza al summenzionato decreto legislativo, individua gli "organismi di mediazione" e, di conseguenza i mediatori che abbiano i requisiti previsti dalla norma.

Capo I – Gli Elementi Identificativi

1. L'Azienda Sanitaria Locale Avellino

L'Azienda Sanitaria Locale Avellino, di seguito denominata **Azienda o ASL**, è costituita in Azienda, con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 comma 1 bis del D. Lgs. 229/99, con **D. G. R. C. n. 505 del 20/03/2009** ed è contraddistinta da autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. Essa, ai sensi e per gli effetti dell'art. 2 della L. R. n.16 del 28 novembre 2008, è costituita dall'unificazione degli ambiti territoriali delle preesistenti Aziende Sanitarie Locali Avellino 1 ed Avellino 2, che, conseguentemente sono state dichiarate estinte.

1.1 Sede Legale

L'Azienda ha sede legale in Via degli Imbimbo 10/12 – 83100, Avellino.

CF e P. IVA 02600160648.

Centralino Tel.: 0825/29.11.11

1.2 Logo Aziendale

Il logo dell'Azienda è il seguente:



1.3 Sito Internet

Il sito Internet dell'Azienda è all'indirizzo web: www.aslavellino.it

1.4 Orografia e cenni demografici

L'Irpinia confina a [nord](#) con il [Sannio](#), ad [ovest](#) con l'[agro nolano](#) e l'[agro nocerino sarnese](#), a [sud](#) con la [provincia di Salerno](#) e il [Vulture](#) e ad [est](#) con la [Daunia](#). Si estende sulla parte centro-orientale della [Campania](#), non ha uno sbocco al mare e presenta un territorio prevalentemente montuoso. I suoi limiti naturali sono il [Sub Appennino Dauno](#) ad [est](#), il corso del fiume [Ofanto](#) ed i [Monti Picentini](#) a [sud](#), il massiccio del [Partenio](#) ad [ovest](#), la [Valle Caudina](#), il corso del fiume [Ufita](#) e la valle del [Miscano](#) a [nord](#). Il clima si presenta rigido d'inverno, quando non mancano le precipitazioni a carattere nevoso, ma relativamente mite d'estate. Nel corso dell'anno le precipitazioni sono molto abbondanti nella parte occidentale dove superano i 1.220 mm, meno in quella orientale dove a mala pena si arriva a 600 mm. Il territorio si presenta come un intrigo di valli ed alture, tra le quali si inerpicano numerosi fiumi e torrenti. Tra questi si possono annoverare il [Calore Irpino](#), l'[Ofanto](#) ed il [Sele](#). Il [Calore](#) attraversa il territorio trasversalmente in direzione sud-nord per circa 44 km (sugli 80 km totali del suo corso),

dalle sorgenti, che si trovano a [Montella](#) ad una quota superiore ai 1600 m [s.l.m.](#), fino ad arrivare nel [Beneventano](#) dove confluisce nel [Volturno](#). L'[Ofanto](#) nasce, invece, in “Alta Irpinia” nei pressi di Nusco e percorre la parte orientale della regione per 68 km, prima in direzione ovest-est, formando il lago di [Conza](#), per poi procedere verso nord nei pressi della confluenza con l'[Atella](#), marcando il confine con la [Basilicata](#). Il [Sele](#), il più importante fiume della [Campania](#), nasce a Caposele dal monte Paflagone contrafforte del Monte Cervialto, ad una quota poco superiore ai 400 m [s.l.m.](#), ma percorre l'Irpinia per soli 12 km prima di sfociare nel golfo [di Salerno](#), a Paestum. Altri corsi di rilievo sono il [Sabato](#) e l'[Ufita](#), entrambi affluenti del Calore che nascono rispettivamente dai monti [Accellica](#) e Formicoso. Seguono, poi, il [Cervaro](#), torrente [pugliese](#) che attraversa l'estremo lembo orientale della regione per 34 km ca., dando il nome all'omonima valle, ed il Calaggio, che dalle sue sorgenti, in agro di Vallata, attraversa l'Alta Irpinia per 28 km ca. prima di rientrare in territorio [pugliese](#). I fiumi ed i torrenti testimoniano l'abbondanza di risorse idriche nel territorio, le quali vengono sfruttate per "dissetare" le regioni circostanti attraverso opere di canalizzazione. È questo il caso, infatti, delle sorgenti del [Sele](#) e dell'invaso di [Conza della Campania](#), in parte utilizzati dall'[Acquedotto Pugliese](#) o del "Canale di [Serino](#)" utilizzato già in epoca [romana](#) per portare l'acqua nella piana [campana](#). Per quanto riguarda l'orografia del territorio, le cime più imponenti si ergono nella zona sud-orientale. È qui, infatti, che si trovano i monti Cervialto, nel Comune di Bagnoli Irpino e [Terminio](#) in quello di Montella, massicci di origine [carsica](#) rispettivamente di 1809 e 1786 m. Nell'area occidentale, invece, la conformazione è di origine argillosa. Per tale ragione i rilievi raggiungono altezze inferiori. Di questo territorio fanno parte la dorsale dell'[Appennino](#) dalla [Sella di Ariano](#) alle sorgenti del [Sele](#), passando per i rilievi della Baronia di Vico. La parte sud-occidentale della dorsale prende il nome di “Altopiano del Formicoso” ed ha un'altitudine media di circa 800 m s.l.m. Quest'area viene comunemente designata con il nome di “Alta Irpinia”. Altri complessi montuosi di rilievo sono i [Monti Picentini](#) ed il [Partenio](#).

Tabella 1- Rilievi della Provincia

Nome del monte	(<u>>1500 m s.l.m.</u>)	Comuni compresi
Cervialto	1.810	Calabritto , Bagnoli Irpino .
Polveracchio	1.790	Acerno , Campagna , Senerchia .
Terminio	1.786	Montella , Volturara Irpina , Serino .
Sierro dei Cuoppi	1.683	Senerchia .
Accellica	1.660	Acerno , Giffoni Valle Piana , Montella .
Raiamagra	1.646	Bagnoli Irpino .
Cervarulo	1.632	Calabritto .
Raia della Volpe	1.631	Senerchia .
Mai	1.607	Calvanico .
Calvello	1.579	Caposele , Lioni , Calabritto , Bagnoli Irpino .
Boschetiello	1.574	Senerchia .
Sierro della Pica	1.536	Senerchia .
Monte Croce	1.533	Senerchia .

Il vasto territorio della Azienda Sanitaria Locale Avellino (**2.831,66 Km^q**) si compone di due comprensori con caratteristiche diverse. Il territorio che si estende ad est della provincia, di circa 1968 Km^q, a confine con le Regioni Puglia e Basilicata, a cavallo dell'Appennino Campano, sul quale insistono n. 54 piccoli Comuni, è per la quasi totalità collinare e montuoso (ben tre comunità montane), penalizzato da una insufficiente dinamica dei collegamenti interni che ha indotto un forte senso di appartenenza territoriale. Esistono almeno 3 realtà territoriali ancora scarsamente integrate fra loro (Arianese; Valle del Calore; Alta Irpinia). Questo comprensorio è caratterizzato inoltre da un ridotto numero di abitanti con densità abitativa di circa 85 abitanti/Km^q. (si va da un massimo di circa 140,19 ab/Km^q nella Valle del Calore ad un minimo di circa 60,27 ab/Km^q nel comprensorio territoriale dell'Alta Irpinia) ; da una popolazione con notevole presenza di anziani con prevalenza degli over 65 sugli under 15 (25.000 abitanti circa); da una difficile viabilità interna con segregazione di fatto di alcune zone rispetto ad altre. E' costante il calo demografico dovuto all'invecchiamento della popolazione e alla ripresa del fenomeno dell'emigrazione per motivi di lavoro. L'altra parte di territorio, ad ovest della provincia, di circa 863 Km^q, ha una densità di popolazione notevolmente superiore alla precedente, pari a 318,89 abitanti per Km^q e si estende nello spazio geografico definito la "Conca" di Avellino, un'ampia ed irregolare depressione posta tra le masse rilevate dell'Appennino e dell'Anti Appennino campani. Il massiccio del Partenio a ovest e i monti di Lauro a sud chiudono e dividono la Conca rispetto al Beneventano e alla piana campana. Il massiccio del Terminio la separa ad est e a sud-est dalla piana di Salerno e rilievi minori ne orlano il lato nord-est delineando il passaggio verso la Puglia. I Comuni serviti in questa parte del territorio sono 64.

La distribuzione della popolazione per classi di età è alquanto disomogenea, la percentuale di soggetti con età > 65 anni oscilla tra circa il 25% della zona dell'Alta Irpinia (20,87 del Presidio di Montella ed il 28,96 di Calitri.) sino a circa il 15% della zona di Avellino (17,2% del Distretto di Avellino ed il 13 % del Montorese).

Il rapporto Prometeo evidenzia come l'ASL sia tra quelle con rapporto anziani/giovani (indice di vecchiaia: 125,0) spostato verso la popolazione anziana, lievemente superiore rispetto alla media nazionale (indice di vecchiaia: 118) e praticamente ribaltato rispetto alla media campana (indice di vecchiaia: 64).

Il tasso di natalità è di 10 per 1000 abitanti, inferiore a quello regionale che è di 11,3 per 1000 abitanti (da 9,23 per mille del Distretto di Atripalda a 8,5 per mille del Baianese).

I tempi di percorrenza con l'utilizzo della rete stradale sono relativamente lunghi ad eccezione dei paesi che si trovano nelle vicinanze delle tre grandi arterie che attraversano il territorio ad est della provincia:

L'autostrada NAPOLI - BARI che da ovest verso est tocca i Comuni di Mirabella, Grottaminarda, Vallata e Lacedonia.

La statale Ofantina bis (Contursi - Avellino) che tocca i Comuni di Calabritto, Caposele, Lioni, Nusco, Montella.

La statale Ofantina che partendo dai confini della Puglia si svolge lungo il letto del fiume Ofanto e tocca i comuni di Calitri e Monteverde, per poi ricongiungersi all'altezza di Lioni con la precedente arteria.

Le comunicazioni attraverso la rete ferroviaria sono praticamente inesistenti. Il collegamento con autolinee regionali è assicurato in gran parte dei Comuni, con una frequenza di corse talvolta ridotta, per cui per i collegamenti fra i diversi paesi e quindi con le strutture sanitarie ospedaliere e territoriali bisogna ricorrere all'uso di mezzi privati.

Distanze chilometriche e tempi di percorrenza (il più rapido) tra i Comuni sedi di Presidio Ospedaliero e di SPS ed il Comune capoluogo sede della A.O. Moscati (sito internet Michelin)

Tabella 2 - Distanze chilometriche tra i vari Presidi della ASL Avellino

Comuni da ... a ...	Distanza	Tempo
Solofra - Avellino	14Km	00h18minuti
Solofra - Ariano	61Km	00h58minuti
Solofra - S. Angelo dei Lombardi	53Km	1h03minuti
Solofra - Bisaccia	89Km	1h19minuti
Ariano - Avellino	55Km	00h54minuti
Ariano - S. Angelo dei Lombardi	35Km	00h51minuti
Ariano - Bisaccia	44Km	00h59minuti
S. Angelo dei Lombardi - Bisaccia	25Km	00h35minuti
S. Angelo dei Lombardi - Avellino	47Km	00h59minuti
Bisaccia - Avellino	84Km	1h19minuti

Ad est l'attività più praticata, nonostante diversi insediamenti industriali, rimane l'agricoltura, peraltro condizionata dall'eccessivo frazionamento agricolo. Scarsa presenza di "poli industriali manifatturieri". Sopravvive il terziario. L'attività produttiva principale della popolazione residente ad ovest dell'Irpinia rimane quella agricola, essendo molto estese le campagne e le superfici coltivabili, date le caratteristiche territoriali, ma vi sono attività terziarie di varia tipologia e finalità.

Esistono inoltre alcuni importanti insediamenti industriali quali quello di Solofra, prevalentemente rappresentato dalle concerie, quello di Avellino, in cui si concentrano maggiormente le attività di tipo meccanico e manifatturiere e quello di Ariano/ S. Angelo dei Lombardi in cui sono presenti impianti di macellazione ad alta capacità ed attività di depurazione/commercializzazione dei prodotti della pesca. Diversi i “prodotti tipici locali”, quali nocciole, castagne, funghi, tartufi, vini, derivati del latte e di origine animale, che ben si prestano ad una maggiore valorizzazione sia in ambito nazionale che internazionale.



1.4.1 I dati demografici

L'ambito territoriale dell'Azienda coincide con il territorio della Provincia di Avellino e comprende **118 comuni** per una superficie totale di **2.831,66 Kmq.** ed una popolazione complessiva di **425.325 abitanti** di cui **208.124 maschi (48,93%)** e **217.201 femmine (51,06%). Rapporto maschi/femmine = 0,96%. (Dati ISTAT al 01.01.2016).**

Tabella 3 - Comuni afferenti all'ASL Avellino e popolazione per distretto (dati ISTAT al 01.01.2016). DGRC n. 320 del 03/07/2012; Delibere aziendali n. 1758 del 24/12/2012 e n. 45 del 10/01/2013.

Distretto 01 Ariano Irpino

COMUNE	0 - 14	15 - 64	> 65	TOTALE	Ind. Vecchiaia	Ind. Dip. Anziani	Ind. Dip. Strutturale
Ariano Irpino	2.762	14.746	5.192	22.700	188,0%	35,2%	53,90%
Bonito	287	1.618	543	2.448	189,2%	33,6%	51,3%
Carife	140	860	408	1.408	291,4%	47,4%	63,7%
Casalbore	182	1.173	445	1.800	244,5%	37,9%	53,5%
Castel Baronia	122	768	239	1.129	195,9%	31,1%	47,0%
Flumeri	310	1.937	716	2.963	231,0%	37,0%	53,0%
Fontanarosa	325	2.049	796	3.170	244,9%	38,8%	54,7%
Frigento	408	2.505	867	3.780	212,5%	34,6%	50,9%
Gesualdo	406	2.288	822	3.516	202,5%	35,9%	53,7%
Greci	53	378	260	691	490,6%	68,8%	82,8%
Grottaminarda	1.083	5.424	1.630	8.137	150,5%	30,1%	50,0%
Luogosano	155	785	247	1.187	159,4%	31,5%	51,2%
Melito Irpino	242	1.239	439	1.920	181,4%	35,4%	55,0%
Mirabella Eclano	804	4.897	1.983	7.684	246,6%	40,5%	56,9%
Montaguto	48	232	143	423	297,90%	61,6%	82,3%
Montecalvo Irpino	454	2.263	1.008	3.725	222,0%	44,5%	64,6%
Paternopoli	245	1.511	628	2.384	256,3%	41,6%	57,8%
San Nicola Baronia	89	519	163	771	183,1%	31,4%	48,6%
San Sossio Baronia	193	1.045	405	1.643	209,8%	38,8%	57,2%
Sant'Angelo all'Esca	73	511	217	801	297,3%	42,5%	56,8%
Savignano Irpino	123	685	332	1.140	269,9%	48,5%	66,4%
Scampitella	105	758	371	1.234	353,3%	48,9%	62,8%
Sturmo	388	1.960	732	3.080	188,7%	37,3%	57,1%
Taurasi	281	1.538	558	2.377	198,6%	36,3%	54,6%
Trevico	90	629	274	993	304,4%	43,6%	57,9%
Vallata	323	1.712	679	2.714	210,2%	39,7%	58,5%
Vallesaccarda	194	868	324	1.386	167,0%	37,3%	59,7%
Villanova del Battista	193	1.035	462	1.690	239,4%	44,6%	63,3%
Zungoli	101	693	305	1.099	302,0%	44,0%	58,6%
	10.179	56.626	21.188	87.993	208,2%	37,4%	55,4%

Distretto 02 Monteforte Irpino

COMUNE	0 - 14	15 - 64	> 65	TOTALE	Ind. Vecchiaia	Ind. Dip. Anziani	Ind. Dip. Strutturale
Monteforte Irpino	1.818	7.944	1.705	11.467	93,8%	21,5%	44,3%
Contrada	433	2.123	497	3.053	114,8%	23,4%	43,8%
Forino	804	3.667	913	5.384	113,6%	24,9%	46,8%
Mercogliano	1.718	8.400	2.149	12.267	125,1%	25,6%	46,0%
Ospedaletto d'Alpinolo	311	1.475	359	2.145	115,4%	24,3%	45,4%
Sant'Angelo a Scala	82	470	178	730	217,1%	37,9%	55,3%
Summonte	184	1.102	297	1.583	161,4%	27,0%	43,6%
	5.350	25.181	6.098	36.629	114,0%	24,2%	45,5%

Distretto 03 Sant'Angelo dei Lombardi

COMUNE	0 - 14	15 - 64	> 65	TOTALE	Ind. Vecchiaia	Ind. Dip. Anziani	Ind. Dip. Strutturale
Sant'Angelo dei Lombardi	449	2.824	977	4.250	217,6%	34,6%	50,5%
Andretta	186	1.195	546	1.927	293,5%	45,7%	61,3%
Aquilonia	159	1.135	445	1.739	279,9%	39,2%	53,2%
Bagnoli Irpino	317	2.211	689	3.217	217,4%	31,2%	45,5%
Bisaccia	461	2.432	938	3.831	203,5%	38,6%	57,5%
Cairano	24	188	114	326	475,0%	60,6%	73,4%
Calabritto	212	1.532	647	2.391	305,2%	42,2%	56,1%
Calitri	412	2.938	1.316	4.666	319,4%	44,8%	58,8%
Caposele	418	2.301	764	3.483	182,8%	33,2%	51,4%
Cassano irpino	117	683	182	982	155,6%	26,6%	43,8%
Castelfranci	238	1.287	516	2.041	216,8%	40,1%	58,6%
Conza della Campania	140	852	381	1.373	272,1%	44,7%	61,2%
Guardia Lombardi	153	1.042	523	1.718	341,8%	50,2%	64,9%
Lacedonia	227	1.488	625	2.340	275,3%	42,0%	57,3%
Lioni	799	4.098	1.304	6.201	163,2%	31,8%	51,3%
Montella	981	5.103	1.696	7.780	172,9%	33,2%	52,5%
Monteverde	85	494	205	784	241,2%	41,5%	58,7%
Morra De Sanctis	145	726	426	1.297	293,8%	58,7%	78,7%
Nusco	472	2.742	989	4.203	209,5%	36,1%	53,3%
Rocca San Felice	94	536	221	851	235,1%	41,2%	58,8%
Sant'Andrea di Conza	125	969	445	1.539	356,0%	45,9%	58,8%
Senerchia	72	578	192	842	266,7%	33,2%	45,7%
Teora	148	948	441	1.537	298,0%	46,5%	62,1%
Torella dei Lombardi	266	1.351	527	2.144	198,1%	39,0%	58,7%
Villamaina	123	635	237	995	192,7%	37,3%	56,7%
	6.823	40.288	15.346	62.457	224,9%	38,1%	55,0%

Distretto 04 Avellino

COMUNE	0 - 14	15 - 64	> 65	TOTALE	Ind. Vecchiaia	Ind. Dip. Anziani	Ind. Dip. Strutturale
Avellino	6.912	35.542	12.403	54.857	179,4%	34,9%	54,3%
Altavilla Irpina	573	2.750	873	4.196	152,4%	31,7%	52,6%
Capriglia Irpina	344	1.601	453	2.398	131,7%	28,3%	49,8%
Cervinara	1.242	6.535	1.881	9.658	151,4%	28,8%	47,8%
Chianche	30	332	113	475	376,7%	34,0%	43,1%
Grottolella	217	1.288	364	1.869	167,7%	28,3%	45,1%
Montefredane	296	1.504	497	2.297	167,9%	33,0%	52,7%
Petraro Irpino	35	205	109	349	311,4%	53,2%	70,2%
Pietrastornina	173	995	385	1.553	222,5%	38,7%	56,1%
Prata di Principato Ultra	382	2.029	533	2.944	139,5%	26,3%	45,1%
Pratola Serra	595	2.469	700	3.764	117,6%	28,4%	52,5%
Rocbascerana	288	1.583	483	2.354	167,7%	30,5%	48,7%
Rotondi	514	2.423	654	3.591	127,2%	27,0%	48,2%
San Martino Valle Caudina	656	3.223	1.005	4.884	153,2%	31,2%	51,5%
Torriani	46	357	146	549	317,4%	40,9%	53,8%
Tufo	93	553	243	889	261,3%	43,9%	60,8%
	12.396	63.389	20.842	96.627	168,1%	32,9%	52,4%

Distretto 05 Atripalda

COMUNE	0 - 14	15 - 64	> 65	TOTALE	Ind. Vecchiaia	Ind. Dip. Anziani	Ind. Dip. Strutturale
Atripalda	1.492	7.420	2.108	11.020	141,3%	28,4%	48,5%
Aiello del Sabato	625	2.695	638	3.958	102,1%	23,7%	46,9%
Candida	173	762	212	1.147	122,5%	27,8%	50,5%
Castel Vetere Sul Calore	193	1.018	404	1.615	209,3%	39,7%	58,6%
Cesinali	389	1.800	395	2.584	101,5%	21,9%	43,6%
Chiusano di S. Domenico	261	1.481	535	2.277	205,0%	36,1%	53,7%
Lapio	191	1.020	361	1.572	189,0%	35,4%	54,1%
Manocalzati	422	2.157	581	3.160	137,7%	26,9%	46,5%
Montefalcione	461	2.180	718	3.359	155,7%	32,9%	54,1%
Montefusco	147	861	330	1.338	224,5%	38,3%	55,4%
Montemarano	277	1.775	799	2.851	288,4%	45,0%	60,6%
Montemiletto	616	3.535	1.162	5.313	188,6%	32,9%	50,3%
Montoro	3.314	13.569	2.788	19.671	84,1%	20,5%	45,0%
Parolise	77	427	159	663	206,5%	37,2%	55,3%
Pietradefusi	252	1.515	581	2.348	230,6%	38,3%	55,0%
Salza Irpina	82	527	163	772	198,8%	30,9%	46,5%
San Mango Sul Calore	123	751	311	1.185	252,8%	41,4%	57,8%
San Michele di Serino	368	1.711	451	2.530	122,6%	26,4%	47,9%
San Potito Ultra	200	1.031	327	1.558	163,5%	31,7%	51,1%
Santa Lucia di Serino	183	939	280	1.402	153,0%	29,8%	49,3%
Santa Paolina	119	811	326	1.256	273,9%	40,2%	54,9%
Santo Stefano del Sole	293	1.498	417	2.208	142,3%	27,8%	47,4%
Serino	941	4.653	1.440	7.034	153,0%	30,9%	51,2%

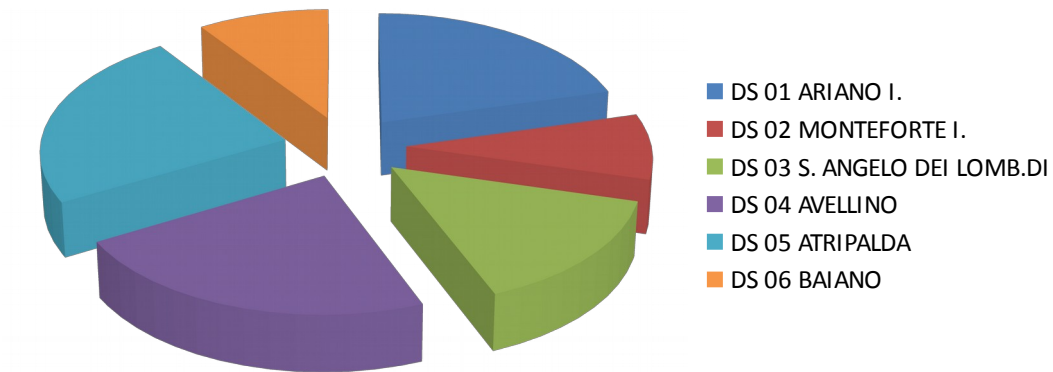
Solofra	1.875	8.759	1.861	12.495	99,3%	21,2%	42,7%
Sorbo Serpico	76	387	120	583	157,9%	31,0%	50,6%
Torre le Nocelle	146	879	299	1.324	204,8%	34,0%	50,6%
Venticano	328	1.654	555	2.537	169,2%	33,6%	53,4%
Volturara Irpina	414	2.061	814	3.289	196,6%	39,5%	59,6%
	14.038	67.876	19.135	101.049	136,3%	28,2%	48,9%

Distretto 06 Baiano

COMUNE	0 - 14	15 - 64	> 65	TOTALE	Ind. Vecchiaia	Ind. Dip. Anziani	Ind. Dip. Strutturale
Baiano	606	3.173	939	4.718	155,0%	29,6%	48,7%
Avella	1.200	5.494	1.196	7.890	99,7%	21,8%	43,6%
Domicella	281	1.253	328	1.862	116,7%	26,2%	48,6%
Lauro	437	2.319	753	3.509	172,3%	32,5%	51,3%
Marzano di Nola	271	1.149	307	1.727	113,3%	26,7%	50,3%
Moschiano	242	1.137	294	1.673	121,5%	25,9%	47,1%
Mugnano del Cardinale	759	3.647	967	5.373	127,4%	26,5%	47,3%
Pago del Vallo di Lauro	273	1.264	293	1.830	107,3%	23,2%	44,8%
Quadrelle	273	1.315	277	1.865	101,5%	21,1%	41,8%
Quindici	225	1.315	398	1.938	176,9%	30,3%	47,4%
Sirignano	491	2.061	381	2.933	77,6%	18,5%	42,3%
Sperone	533	2.618	555	3.706	104,1%	21,2%	41,6%
Taurano	205	1.040	301	1.546	146,8%	28,9%	48,7%
	5.796	27.785	6.989	40.570	120,6%	25,2%	46,0%

	0 - 14	15 - 64	> 65	Totale	Ind. Vecchiaia	Ind. Dip. Anziani	Ind. Dip. Strutturale
ASL Avellino							
	54.582	281.145	89.598	425.325	164,2%	31,9%	51,3%

ASL AVELLINO POPOLAZIONE DISTRETTUALE



Popolazione totale 425.325 abitanti

DS01	popolazione	87.993
	percentuale	21 %
DS02	popolazione	36.629
	percentuale	9%
DS03	popolazione	62.457
	percentuale	15 %
DS04	popolazione	96.627
	percentuale	23 %
DS05	popolazione	101.049
	percentuale	24 %
DS06	popolazione	40.570
	percentuale	9 %

Tabella 4- Denominazione Distretti, Presidi Distrettuali, Comuni compresi e popolazione residente.

(Fonte Istat 2016)

DENOMINAZIONE DISTRETTO	Presidio distrettuale	Comuni Compresi	Popolazione residente
DISTRETTO 01 Ariano I.	MIRABELLA VALLATA GROTTAMINAR DA	Ariano Irpino, Carife, Casalbore, Castel Baronia, Flumeri, Greci, Melito Irpino, Montaguto, Montecalvo Irpino, San Nicola Baronia, San Sossio Baronia, Savignano Irpino, Scampitella, Trevico, Vallata, Vallesaccarda, Villanova del Battista, Zungoli, Bonito, Fontanarosa, Frigento, Gesualdo, Grottaminarda, Luogosano, Mirabella Eclano, Paternopoli, Sant'Angelo all'Esca, Sturmo, Taurasi	87.993
DISTRETTO 02 Monteforte I.		Forino, Contrada, Mercogliano, Monteforte Irpino, Ospedaletto d'Alpinolo, S. Angelo a Scala, Summonte.	36.629
DISTRETTO 03 S. Angelo dei Lombardi	MONTELLA CALITRI	Calabritto, Caposele, Guardia dei Lombardi, Lioni, Morra De Sanctis, Rocca S. Felice, Sant'Angelo dei Lombardi, Senerchia, Teora, Torella dei Lombardi, Villamaina. Bagnoli Irpino, Cassano Irpino, Castelfranci, Montella, Nusco. Andretta, Aquilonia, Bisaccia, Cairano, Calitri, Conza della Campania, Lacedonia, Monteverde, Sant'Andrea di Conza.	62.457
DISTRETTO 04 Avellino	ALTAVILLA IRPINA CERVINARA	Avellino, Prata di Principato Ultra, Pratola Serra, Montefredane, Capriglia Irpina, Pietrastornina, Altavilla Irpina, Grottolella, Chianche, Torrioni, Tufo, Petruro Irpino. Cervinara, Rotondi, Roccabascerana, S. Martino Valle Caudina.	96.627
DISTRETTO 05 Atripalda	MONTEMILETTO MONTORO	Atripalda, S. Potito Ultra, Manocalzati, Aiello del Sabato, Candida, Parolise, S. Michele di Serino, Cesinali, Volturara Irpina, Sorbo Serpico, Salza Irpina, Chiusano S. Domenico, Castelvete sul Calore, Lapio, Montemarano, S. Mango sul Calore, S. Stefano del Sole. Montemiletto, S. Paolina, Montefusco, Montefalcione, Venticano, Pietradefusi, Torre Le Nocelle. Montoro, Solofra, Serino, S. Lucia di Serino.	101.049

DISTRETTO 06 Baiano	LAURO	Baiano, Quadrelle, Avella, Mugnano del Cardinale, Sirignano, Sperone. Lauro, Taurano, Quindici, Marzano di Nola, Moschiano, Domicella, Pago del Vallo di Lauro.	40.570
		TOTALE	425.325

- **Popolazione da 65 a 100 e più aa 89.598 (21,06% sul totale):**

di cui 39.225 maschi e 50.373 femmine

- **Popolazione da 0 – 14 aa 54.582 (12,83% sul totale):**

di cui 28.023 maschi e 26.559 femmine

- **Popolazione straniera residente 12.449** di cui 4.972 maschi e 7.477 femmine

(Dati Istat 2016) – **TOTALE POPOLAZIONE: 425.325** (di cui 208.124 maschi e 217.201 femmine) + **12.449** popolazione straniera (di cui 4.972 maschi e 7.477 femmine) = **437.774**

Tabella 5

Popolazione assistibile per classi di età e per genere (dal Mod. FLS 11)

(Dati piattaforma NSIS – situazione all' 01/01/2016 Fonte dei dati UO SIA)

Popolazione	Maschi	Femmine	Totale
0 – 13 anni	23.591	22.382	45.973
14 – 64 anni	137.992	138.046	276.038
65 – 74 anni	18.827	19.858	38.685
75 e oltre	20.552	31.051	51.603
TOTALE POPOLAZIONE	200962	211337	412299

Tabella 6

- Ambiti Sociali e Distretti Sanitari ASL di AVELLINO

Ambito Sociale	Distretto San.	Sede di distretto	Comuni n.	Pop. 0-14 a.	Pop. 15-64 a.	Pop. > 65 a.	Pop. Totale
Ambito A01	Distretto 01	Ariano Irpino	29	10.179	56.626	21.188	87.993
Ambito A02	Distretto 02	Monteforte Irpino	7	5.350	25.181	6.098	36.629
Ambito A03	Distretto 03	S. Angelo dei Lombardi	25	6.823	40.288	15.346	62.457
Ambito A04	Distretto 04	Avellino	16	12.396	63.389	20.842	96.627
Ambito A05	Distretto 05	Atripalda	28	14.038	67.876	19.135	101.049
Ambito A06	Distretto 06	Baiano	13	5.796	27.785	6.989	40.570
TOTALE			118	54.582	281.145	89.598	425.325

Fonti dati ISTAT 2016

Tabella 7 - Indicatori Demografici ASL Avellino/Regione Campania

Principali indicatori	ASL Avellino	Regione Campania
<u>Indice di anzianità</u>	<u>19,60</u>	<u>15,8</u>
<u>Indice di vecchiaia</u>	<u>139,20</u>	<u>94,8</u>
<u>Indice di carico sociale</u>	<u>50,99</u>	<u>48,37</u>
<u>Indice di dipendenza della popolazione anziana</u>	<u>29,67</u>	<u>23,55</u>
<u>Indice di dipendenza della popolazione giovanile</u>	<u>21,31</u>	<u>24,82</u>

Tabella 8 - Valore dei principali indicatori economici Avellino, Campania, Italia (anno 2008)

INDICATORI	AVELLINO	CAMPANIA	ITALIA
<u>PIL Pro – capite (€.)</u>	<u>17.755,90</u>	<u>16.340,70</u>	<u>25.263,40</u>
<u>Imprese registrate ogni 100 ab.</u>	<u>10,3</u>	<u>9,5</u>	<u>10,1</u>
<u>Propensione all’export (%)</u>	<u>11,4</u>	<u>9,3</u>	<u>21,2</u>
<u>Grado di apertura al commercio estero (%)</u>	<u>27,4</u>	<u>19,1</u>	<u>42,7</u>
<u>Impieghi bancari pro - capite (€.)</u>	<u>9.372</u>	<u>10.949</u>	<u>26.667</u>
<u>Sofferenze bancarie su impieghi (€.)</u>	<u>6,8</u>	<u>5,7</u>	<u>3,4</u>
<u>Tasso di occupazione (%)</u>	<u>49,5</u>	<u>40,8</u>	<u>57,6</u>
<u>Tasso di occupazione femminile (%)</u>	<u>34,8</u>	<u>26,3</u>	<u>46,4</u>
<u>Tasso di disoccupazione (%)</u>	<u>8,1</u>	<u>12,9</u>	<u>7,8</u>
<u>Tasso di attività (%)</u>	<u>53,9</u>	<u>46,9</u>	<u>62,4</u>
<u>Laureati (%) popolazione di 15 aa e oltre)</u>	<u>8,6</u>	<u>9</u>	<u>10,7</u>
<u>Dotazione infrastrutturale (n. indice)</u>	<u>68,8</u>	<u>104,3</u>	<u>100</u>

1.5 Cenni epidemiologici - Mortalità e morbosità

Come nel resto dell'Italia e in campo internazionale le principali cause di morte nell'ASL AV sono i tumori e le malattie cardiovascolari.

La mortalità per tutte le forme tumorali è più frequente nei maschi rispetto alle femmine.

I tumori che provocano la più alta mortalità negli uomini sono: tumore del polmone, seguiti poi dai tumori del fegato, prostata, colon e stomaco; nelle donne, invece, si conferma essere il tumore della mammella la principale causa di morte, seguito poi dal tumore del polmone, dai tumori dell'apparato digerente e dai tumori dell'apparato genitale femminile.

Paragonando i tassi standardizzati nei due sessi si nota che la mortalità per il tumore della vescica è 12 volte maggiore nel sesso maschile rispetto al femminile. Un'altra importante differenza è legata al tumore del fegato che risulta essere 3 volte maggiore nel sesso maschile. Il tumore della mammella nelle donne rispecchia i dati nazionali ed internazionali che definiscono questo tumore il primo come causa di morte nel sesso femminile; ma qui i tassi sono più alti.

Passando alle malattie cardiovascolari, il trend è in discesa, riguardo alla cardiopatia ischemica e all'infarto acuto del miocardio, si nota un trend discendente in entrambi i sessi.

Per quanto riguarda gli stati morbosi mal definiti, si nota una percentuale maggiore rispetto all'Italia. Il fenomeno è sicuramente dovuto in parte alle cause aspecifiche indicate nella scheda di morte dai medici certificatori.

Dai dati di morbosità rilevati, in ambito distrettuale dai libretti di esenzione ticket per patologia, le patologie prevalenti risultano il diabete e l'ipertensione; seguono in ordine decrescente neoplasie, disfunzioni della tiroide, malattie cardiovascolari, malattie dell'apparato muscolo scheletrico, glaucoma, asma, epatite cronica, etc.

OKkio alla SALUTE

Indagine ASL Avellino

OKkio alla SALUTE è un sistema di sorveglianza sul sovrappeso e l'obesità nei bambini delle scuole primarie (6-10 anni) e i fattori di rischio correlati. L'obiettivo principale è descrivere la variabilità geografica e l'evoluzione nel tempo dello stato ponderale, delle abitudini alimentari, dei livelli di attività fisica svolta dai bambini e delle attività scolastiche favorevoli la sana nutrizione e l'esercizio fisico, al fine di orientare la realizzazione di iniziative utili ed efficaci per il miglioramento delle condizioni di vita e di salute dei bambini delle scuole primarie. Nel 2014 nella Asl Avellino hanno partecipato all'indagine il 100% delle scuole ed il 100% delle classi sui 30 plessi scolastici e sulle 30 classi rispettivamente campionate

Risultati

Al termine della rilevazione dei dati raccolti nell'anno 2014 riscontriamo che, tra i bambini della nostra Asl il 6,7% risulta in condizioni di obesità severa, il 13,5% risulta obeso, il 25,7% sovrappeso, il 53,4% normopeso e lo 0,6% sottopeso.

Complessivamente il 46% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità.

Rispetto al 2008, al 2010 e al 2012, in questa quarta rilevazione non si sono riscontrati cambiamenti degni di nota. Permane, pertanto, il problema dell'eccesso di peso nella popolazione infantile. Tuttavia, il confronto con i valori di riferimento internazionali evidenzia la dimensione molto grave del fenomeno. Anche rispetto alla media nazionale, i bambini della Asl Avellino mostrano un **IMC** sensibilmente superiore. (Nel 2017 di 18,6).

Le abitudini alimentari dei bambini

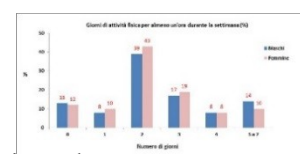
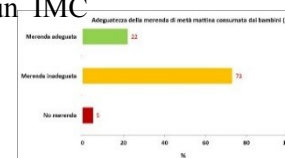
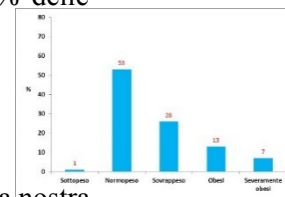
E' dimostrata l'associazione tra stili alimentari errati e sovrappeso ed obesità. Nella nostra Asl con la quarta raccolta dei dati, si conferma la grande diffusione fra i bambini di abitudini alimentari che non favoriscono una crescita armonica e sono fortemente predisponenti all'aumento di peso.

Infatti possiamo notare che nella nostra Asl, solo il 36,4% dei bambini consuma la **frutta** 2-3 volte al giorno; il 24,2% una sola porzione al giorno, il 37,4% dei bambini mangia frutta meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana; che solo il 9% dei bambini consuma **verdura** 2-3 volte al giorno; il 27% una sola porzione al giorno e il 62,8% dei bambini consuma verdura meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana.

Questo rischio per i bambini può essere limitato grazie alla modifica delle abitudini familiari e tramite il sostegno della scuola ai bambini e alle loro famiglie

L'uso del tempo dei bambini; l'attività fisica

I dati raccolti hanno evidenziato che i bambini della nostra Asl fanno poca attività fisica. Si stima che 1 bambino su 10 risulta fisicamente inattivo, maggiormente le femmine rispetto ai maschi. Appena



poco più di 1 bambino su 10 ha un livello di attività fisica raccomandato per la sua età, anche per ragioni legate al recarsi a scuola con mezzi motorizzati, giocare poco all'aperto e non fare sufficienti attività sportive strutturate.

Rispetto agli anni precedenti, anche se si osserva una diminuzione dei bambini fisicamente non attivi, si è ridotta la quota di bambini che ha un livello di attività fisica raccomandato per la sua età. Le scuole e le famiglie devono collaborare nella realizzazione di condizioni e di iniziative che incrementino la naturale predisposizione dei bambini all'attività fisica.

L'uso del tempo dei bambini: le attività sedentarie

Nella nostra Asl sono molto diffuse, tra i bambini, le attività sedentarie, come il trascorrere molto tempo a guardare la televisione e giocare con i videogiochi.

Rispetto alle raccomandazioni, molti bambini eccedono ampiamente nell'uso della TV e dei videogiochi, in particolare nel pomeriggio, quando potrebbero dedicarsi ad altre attività più salutari, come i giochi di movimento o lo sport o attività relazionali con i coetanei.

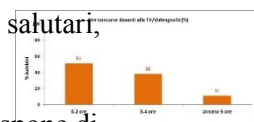
Queste attività sedentarie sono sicuramente favorite dal fatto che più della metà dei bambini dispone di un televisore in camera propria. Tutti questi fattori fanno sì che solo 1 bambino su 2 di fatto ottemperi alle raccomandazioni sul tempo da dedicare alla televisione o ai videogiochi (meno di 2 ore al giorno di TV o videogiochi).

Rispetto al 2008, al 2010 e al 2012, in questa quarta rilevazione non si sono riscontrati cambiamenti degni di nota, anche se i valori della Asl si discostano dalla media nazionale.

L' ambiente scolastico e il suo ruolo nella promozione di una sana alimentazione e dell'attività fisica

La letteratura indica che gli interventi di prevenzione, per essere efficaci, devono prevedere il coinvolgimento della scuola e della famiglia attraverso programmi integrati, che coinvolgano cioè diversi settori e ambiti sociali, e multi-componenti, che mirino ad aspetti diversi della salute del bambino, quali alimentazione, attività fisica, prevenzione di fattori di rischio legati all'età, con l'obiettivo generale di promuovere l'adozione di stili di vita più sani. Le caratteristiche degli ambienti scolastici, soprattutto sotto il profilo delle condizioni favorevoli o meno la sana alimentazione ed il movimento, sono poco conosciute. I dati raccolti con OKkio alla SALUTE hanno permesso di saperne di più colmando questa lacuna e di mettere le basi per un monitoraggio nel tempo del miglioramento di quelle condizioni che devono permettere alla scuola di svolgere il ruolo di promozione della salute dei bambini e delle loro famiglie.

Rispetto ai valori regionali quelli della Asl si mostrano più bassi per tutte le attività. Tali constatazioni fanno emergere con forza la necessità di promuovere e diffondere interventi di comprovata efficacia che coinvolgono la scuola e la famiglia in programmi integrati.



SISTEMA DI SORVEGLIANZA “PASSI” e gli Screening

INDAGINE ASL 2008 – 2013

Gli stili di vita svolgono un ruolo importante nella genesi delle malattie croniche, responsabili di una grossa quota della mortalità e morbosità in Europa ed in Italia. L'obiettivo è monitorare alcuni aspetti della salute della popolazione di età compresa fra i 18 e i 69 anni in rapporto ad interventi di programmi specifici (in atto o in via di realizzazione) relativi ai principali fattori di rischio comportamentali e all'adozione di misure preventive previste. Il monitoraggio avviene grazie ad un campione di residenti di 18-69 anni, rappresentativo della popolazione, estratto con metodo casuale semplice stratificato dagli elenchi delle anagrafi sanitarie. Si effettuano mensilmente interviste telefoniche con un questionario standardizzato. I dati vengono poi trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale. Così facendo si ottiene una fotografia aggiornata e continua degli stili di vita della popolazione interessata.

L'importanza di PASSI

Il sistema Passi permette alla nostra Asl di raccogliere informazioni proprio su quei comportamenti che possono essere dannosi per la salute della persona e che spesso sono poco conosciuti.

I vantaggi di Passi

Il Sistema PASSI consente di aggiungere la dimensione temporale all'indagine e quindi di cogliere fenomeni altrimenti non percepibili, quali linee di tendenza o cambiamenti anche rapidi di alcune variabili permettendo interventi di sanità pubblica mirati alla prevenzione delle malattie croniche e alla promozione di uno stile di vita. Argomenti oggetto dell'indagine sono attività fisica, fumo, alimentazione, consumo di alcol, sicurezza stradale, prevenzione del tumore della mammella, del collo dell'utero e del colon retto.

Campione aziendale

La popolazione in studio è costituita dai residenti, di età compresa tra i 18 e i 69 anni, nella provincia di Avellino negli anni dal 2008 al 2013. Sono state intervistate 2.102 persone, selezionate dalle anagrafi sanitarie composto per il 50,2% da uomini e per il 49,8% da donne; l'età media complessiva è circa di 43 anni. Le interviste effettuate su campionamento distrettuale ci permette di avere informazioni su comportamenti, abitudini e stili di vita dei nostri cittadini anche per distretto sanitario di residenza.

Per gli stranieri fornisce informazioni solo su quelli più integrati o da più tempo nel nostro paese. Gli stranieri rappresentano solo l'1% degli intervistati della ASL Avellino.

RISULTATI

Attività fisica

L'attività fisica praticata regolarmente svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione e obesità. Uno stile di vita sedentario contribuisce, invece, allo sviluppo di diverse malattie croniche, in particolare quelle cardiovascolari: per le cardiopatie ischemiche, ad esempio, si stima che l'eccesso di rischio attribuibile alla sedentarietà e i conseguenti costi sociali siano maggiori di quelli singolarmente attribuibili a fumo, ipertensione e obesità.

Esiste ormai un ampio consenso circa il livello dell'attività fisica da raccomandare nella popolazione adulta: 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.

Nella ASL Avellino si stima che circa una persona adulta su tre (40,3%) pratichi l'attività fisica raccomandata, mentre il 27,9% può essere considerato completamente sedentario.

È presente una percezione distorta dell'attività fisica praticata: il 16,6% dei sedentari ritiene di praticare sufficiente movimento.

Lo sviluppo di strategie per accrescere la diffusione dell'attività fisica (attraverso l'attivazione di interventi di dimostrata efficacia) è un importante obiettivo che può essere raggiunto solo con l'applicazione di strategie intersettoriali, intervenendo sugli aspetti ambientali, sociali ed economici che influenzano l'adozione di uno stile di vita attivo (ad es. politica di trasporti, ambiente favorente il movimento, ecc.).

L'abitudine al fumo

Nella ASL Avellino, nel periodo 2008-13 si stima che circa una persona su tre sia classificabile come fumatore; in particolare le prevalenze più alte e preoccupanti si riscontrano nella fascia 25-49 anni. Meno della metà dei fumatori (39,7%) ha riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un accettabile livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari, anche se migliorabile. Quasi il totale degli ex fumatori ha dichiarato di aver smesso di fumare da solo; un numero veramente esiguo ha smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, gruppi di aiuto ed operatori sanitari. Questa situazione sottolinea la necessità di un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti, per valorizzare al meglio l'offerta di opportunità di smettere di fumare presente a livello della ASL.

L'esposizione al fumo passivo in abitazioni, luoghi pubblici e di lavoro rimane un aspetto rilevante da mantenere monitorato nel tempo.

Consumo di alcol

Circa la metà della popolazione della ASL Avellino non beve alcol (49,8%). Tuttavia, si stima che quasi due adulti su 10 abbia abitudini di consumo considerate a maggior rischio per quantità o modalità di assunzione. Tra gli uomini, i consumatori a rischio sono 24% e tra i più giovani il 28%.

A differenza di molti altri fattori di rischio comportamentali, il consumo di alcol a maggior rischio è più diffuso nelle persone con nessuna difficoltà economica e più alti livelli di istruzione (diploma e laurea).

Secondo i dati Passi, solo una minoranza dei medici e degli altri operatori sanitari si informa riguardo al consumo di alcol dei propri assistiti; percentuale, però, in aumento negli anni. Inoltre, solo poche persone con consumi a maggior rischio riferiscono di aver ricevuto dal proprio medico il consiglio di moderare il consumo. Questa, quindi, rappresenta un'area di intervento per cercare di portare grandi miglioramenti.

Per ridurre i danni causati dall'alcol, è dimostrata l'efficacia di politiche e normative che intervengono su prezzo, reperibilità e accessibilità degli alcolici, affiancando a tali interventi l'eliminazione della pubblicità di bevande alcoliche e campagne di informazione e programmi di educazione alla salute che favoriscano la riduzione del consumo.

Screening Colon Retto

Secondo i registri tumori, oltre 328.000 cittadini italiani (di 0-84 anni) vivono con una pregressa diagnosi di cancro colo rettale, un tumore caratterizzato da un'elevata incidenza e una discreta sopravvivenza. Il tumore del colon-retto rappresenta, infatti, la seconda causa più frequente di decesso per neoplasie, seconda solo al tumore del polmone fra gli uomini e al tumore della mammella fra le donne, facendo registrare nel 2010 circa 30.900 nuovi casi l'anno negli uomini e 20.300 nelle donne.

Il programma di screening organizzato rappresenta un'efficace strumento per ridurre non solo la mortalità, ma anche l'incidenza della neoplasia colo rettale. Gli esami di screening, infatti, sono in grado di diagnosticare più del 50% di tumore negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione.

Nella maggioranza dei casi i test utilizzati per lo screening colo rettale sono il test per la ricerca di sangue occulto nelle feci (Sof) rivolto alle persone di 50-69 anni con periodicità biennale e la colonscopia. Per quest'ultimo esame, la cadenza consigliabile non è definibile in modo univoco: in alcune categorie a maggior rischio, l'intervallo minimo suggerito è di cinque anni.

Attualmente, il programma di screening colo rettale più diffuso sul territorio nazionale è quello a due stadi, costituito da ricerca di sangue occulto nelle feci e successiva colonscopia per i positivi; mentre in un numero limitato di Asl si utilizza la rettosigmoidoscopia eseguita a partire dai 58 anni, una volta nella vita.

Al 2008, il coinvolgimento della popolazione residente campana di 50-70 anni, era del 6,6%, con un'adesione all'invito del 54% circa.

Nella ASL Avellino circa il 22,7% delle persone intervistate nella fascia di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori colo retali, in accordo con le linee guida (sangue occulto ogni due anni o colonscopia ogni cinque anni). In particolare, si registrano bassi valori di adesione al test sia nell'ambito dello screening organizzato (13,7%) che su iniziativa individuale (7,7%). In base ai risultati, quindi, è necessario estendere l'offerta dello screening e incrementare la copertura nella popolazione, essendoci un ampio margine di migliorabilità: infatti, circa il 78% delle

persone nella fascia 50-69 anni non si è sottoposta alla ricerca del sangue occulto o ad una colonscopia a scopo preventivo nei tempi raccomandati.

L'unico dato positivo è che dal 2008 al 2013 si registra un incremento della percentuale di persone che ha eseguito un esame per la diagnosi precoce dei tumori colo rettali in accordo con le linee guida.

Inoltre è di particolare interesse analizzare le ragioni della mancata esecuzione del test SOF che possono riflettere la mancanza di conoscenze sulla diagnosi precoce, la sottovalutazione del rischio di cancro colo rettale o infine un'insufficiente opera di orientamento da parte degli operatori sanitari.

I risultati per la nostra Asl evidenziano la bassa consapevolezza dell'importanza dello screening, infatti, più della metà dichiarano di non averne bisogno e il mancato consiglio ricevuto dai sanitari

Screening Mammella

Il cancro della mammella occupa tra le donne il primo posto in termini di frequenza: in Italia rappresenta il 29% di tutte le nuove diagnosi tumorali; nel nostro Paese ogni anno sono diagnosticati oltre 47.000 casi di tumore della mammella, con un'incidenza pari a 150 nuovi casi ogni 100.000 donne (dati AIRTUM).

La neoplasia mammaria rappresenta la principale causa di morte oncologica (circa il 17% di tutti i decessi per cancro) in ogni fascia d'età. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è elevata (circa l'85%) e in aumento nell'ultimo decennio.

Per la diagnosi precoce delle neoplasie mammarie è raccomandata l'esecuzione di una mammografia ogni 2 anni nelle donne nella fascia d'età 50-69 anni. Lo screening mammografico consente interventi meno invasivi e riduce del 25% la mortalità da tumore mammario (*beneficio a livello di comunità*) ; a livello individuale, la riduzione di mortalità nelle donne che hanno eseguito lo screening mammografico è intorno al 45% (Progetto IMPATTO, 2008).

Dai dati del sistema di sorveglianza Passi 2008-2013, solo il 38,6% delle donne intervistate di 50-69 anni riferisce di aver effettuato una mammografia a scopo preventivo nel corso dei due anni precedenti l'intervista, secondo quanto raccomandato dalle linee guida.

Il sistema PASSI informa sulla copertura al test di screening complessiva della popolazione in esame, comprensiva sia della quota di donne che ha eseguito la mammografia all'interno del programma di screening organizzato (17,2%), sia della quota di adesione spontanea (21,2%), in questo screening meno rilevante rispetto a quella presente nello screening della cervice uterina.

Non trascurabile è la quota delle donne che non pratica affatto la prevenzione del tumore della mammella o lo fa in modo non ottimale: il 38% si è sottoposta a mammografia preventiva più di due anni prima l'intervista e il 23,4% riferisce di non averlo mai fatto.

Diverse le motivazioni fornite per la mancata esecuzione del test di screening. La risposta più frequente (72,9%) è: «penso di non averne bisogno», che potrebbe essere interpretata come una errata percezione del rischio.

Nel 2008-2013 la maggior parte (82%) delle donne 50-69enni intervistate è stata raggiunta da almeno un intervento di promozione dello screening mammografico.

L'efficacia della promozione dello screening cresce all'aumentare del numero di input ricevuti (lettera della Asl, consiglio, campagna informativa), infatti il 55% delle donne 50-69enni che ha visto una campagna informativa associata al consiglio di un operatore sanitario si è sottoposta a screening mammografico, contro il 13% di quelle non raggiunte da alcun intervento.

Screening Collo dell'Utero

La neoplasia del collo dell'utero rappresenta ancora, a livello mondiale, il secondo tumore maligno della donna, con circa 500.000 nuovi casi stimati all'anno, l'80% dei quali nei Paesi in via di sviluppo. In Europa e in Italia, grazie ai programmi di screening, si è assistito negli ultimi decenni a una diminuzione del 50% della mortalità dei tumori dell'utero e del 20% dell'incidenza.

In Italia il cancro della cervice uterina rappresenta circa il 2% dei nuovi casi di tumore della donna, con 3.400 nuovi casi all'anno (tasso di incidenza di 8 casi ogni 100.000 donne) e circa 1.000 decessi; tra le donne giovani la neoplasia cervicale è al 4° posto per frequenza e rappresenta il 5% dei tumori. La sopravvivenza stimata a 5 anni dalla diagnosi è pari al 71%.

Per la diagnosi precoce delle neoplasie della cervice uterina è raccomandata l'esecuzione di un Pap test ogni 3 anni nelle donne nella fascia d'età 25-64 anni. In Italia i programmi organizzati, basati sull'invito attivo da parte del SSN e su un percorso di approfondimento definito e gratuito, nel 2010 sono risultati estesi al 68% della popolazione target, in aumento rispetto al 51% del 2004 (dati ONS).

Nel corso del 2010 sono stati avviati in diverse ASL progetti pilota, coinvolgenti circa 150.000 donne, al fine di valutare l'utilizzo del test del papilloma virus (HPV) come test di screening primario: esistono infatti prove scientifiche sufficienti per affermare che il test per l'HPV è più sensibile del Pap test e presenta rischi comparabili (*HTA Report Ricerca del DNA di papilloma virus umano come test primario per lo screening dei precursori del cancro del collo uterino in Epidemiologia e Prevenzione, 2012*).

Nella Regione Campania il programma di screening organizzato non è ancora a regime nelle diverse ASL, nonostante sia stato avviato tra il 1996 ed il 1999, coinvolgendo circa 1.200.000 donne.

Nella ASL Avellino, la copertura al test di screening non raggiunge livelli di copertura "accettabili: il 62% delle donne intervistate di età compresa tra i 25 e i 64 anni ha riferito di aver eseguito un pap-test o hpv test nel corso degli ultimi tre anni.

Il sistema PASSI informa sulla copertura al test di screening complessiva, ossia comprensiva sia della quota di donne che ha eseguito l'esame all'interno del programma di screening organizzato (20%), sia della quota rilevante di adesione spontanea (41,8%).

I programmi organizzati si confermano correlati ad una maggior adesione; lettera di invito, consiglio dell'operatore sanitario e campagne informative (ancor più se associati come avviene all'interno dei programmi di screening) sono gli strumenti più efficaci: nelle donne raggiunte da questi interventi la percentuale di esecuzione dell'esame cresce significativamente.

Circa il 27% delle donne ha riferito di aver eseguito il test nel corso dell'ultimo anno, esiste pertanto una quota di donne che effettua l'esame con frequenza maggiore a quanto raccomandato.

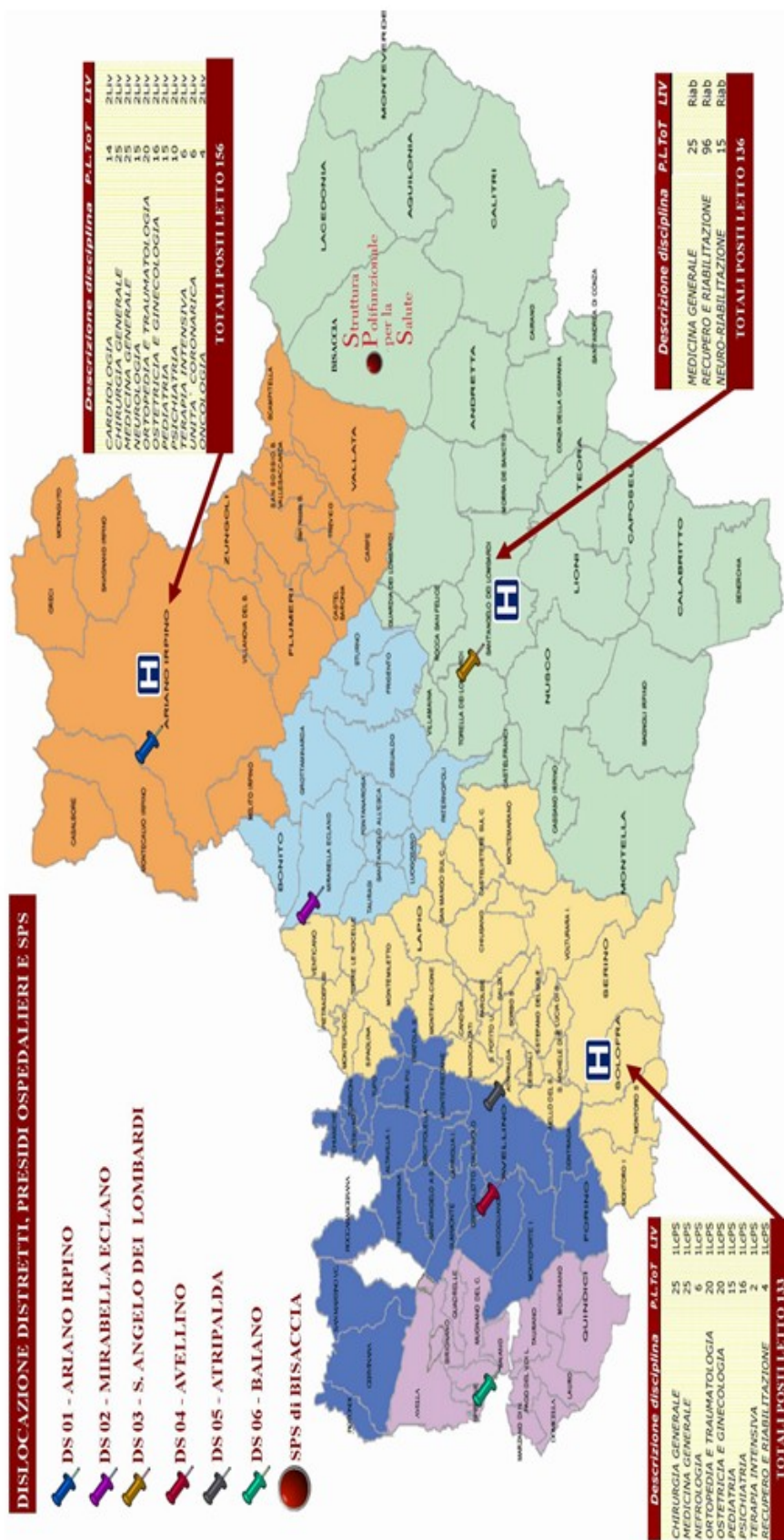
Tra i tre programmi di screening, questo è quello in cui più rilevanti possono essere le disuguaglianze rispetto alla partecipazione all'invito: più bassa la partecipazione per basso titolo di studio e difficoltà economiche. Una particolare attenzione va posta nel mantenere le iniziative specifiche per favorire l'adesione nei diversi gruppi etnici.

La non effettuazione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui la non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo determinante.

Con la delibera aziendale n. 1046 del 05.09.2016 "Direttiva ed obiettivi strategici della ASL Avellino ai sensi della DGRC n. 427 del 27.07.2016 e della delibera aziendale n. 954 del 08.08.2016", si attribuiscono ai dirigenti aziendali e con meccanismo a cascata, gli obiettivi assegnati al Direttore Generale della ASL Avellino con l'atto di nomina. Nello specifico degli screening, vengono coinvolti, nel raggiungimento degli obiettivi assegnati, più soggetti: Direttori di Distretto, Direttori Sanitari dei Presidi Ospedalieri e Direttore della UOC Materno Infantile per lo screening della cervice uterina, Direttore della UOC Diagnostica per Immagini per lo screening della mammella e Direttori UOC Chirurgia e UOC Gastroenterologia per lo screening del colon retto.

L'introduzione di questi obiettivi nelle schede utilizzate per la valutazione annuale dei dirigenti è stata utile al fine di ottenere migliori risultati dagli screening rispetto a quanto emerso dallo studio Passi 2008 – 2013.

La mappa geografica di seguito riprodotta descrive l'ambito territoriale dell'Azienda, prima delle modifiche apportate con DGRC n. 320 del 03/07/2012; con l'individuazione e la dislocazione dei Distretti (con specificazione della sede) e con i Presidi Ospedalieri ed i relativi posti letto distinti per specialità (secondo quanto previsto nella precedente pianificazione attuativa di cui al Decreto Commissariale 49/2010 s.m.i.):



fonte: <http://burc.regione.campania.it>

1.6 Personale Dipendente - dotazione organica al 31/12/2016 Fonte dei dati UOC GVRU

	Ruolo sanitario		
dirigenti medici	Incarico struttura complessa	(di cui 2 in aspettativa)	45
dirigenti medici	Incarico struttura semplice dipartimentale	(di cui 1 in aspettativa)	10
dirigenti medici	Incarico struttura semplice		35
dirigenti medici	Incarico professionale alta special.ne		5
dirigenti medici	Incarico professionale	(1 tempo deter.to e 5 medicina penitenziaria)	368
dirigenti medici	Ex condotti		7
dirigenti veterinari	Incarico struttura complessa		2
dirigenti veterinari	Incarico struttura semplice dipartimentale		1
dirigenti veterinari	Incarico struttura semplice		5
dirigenti veterinari	Incarico professionale alta special.ne		1
dirigenti veterinari	Incarico professionale	(di cui 1 in aspettativa)	56
dirigenti farmacisti	Incarico struttura complessa		2
dirigenti farmacisti	Incarico professionale		7
dirigenti biologi	Incarico struttura semplice		1
dirigenti biologi	Incarico professionale		8
dirigenti chimici	Incarico professionale		1
dirigenti psicologi	Incarico struttura semplice		1
dirigenti psicologi	Incarico professionale		13
cps assistente sanitario			2
cps ass.te sanit. esperto			2
cps fisioterapista			26
cps fisioterapista esperto			2
cps infermiere			538
cps infermiere esperto			35
cps infermiere pediatrico			27
cps inf.re ped.co esperto			1
vigilatrice-educatrice			3
cps logopedista			4
cps logopedista esperto			1
cps odontotecnico			2
cps ortottista			1
cps ostetrica			25
cps ostetrica esp.			3

cps tecnico prevenzione			20
cps tec.prev.ne esperto			7
cps tecnico laboratorio			28
cps tecnico lab. Esperto			1
cps tecnico neurofisiopatologia			1
cps tec. neuropsicomotricità			4
cps tecnico radiologia			31
cps tecnico radiologia esperto			1
educatore professionale			2
educatore professionale esp.to			1
infermiere generico			12
puericultrice			12
Totale			1361

<i>Ruolo amministrativo</i>			
dirigenti amministrativi	Incarico struttura complessa		10
dirigenti amministrativi	Incarico struttura semplice		0
dirigenti amministrativi	Incarico professionale		1
assistente amministrativo			120
coadiutore amministrativo			51
coadiutore amm.vo esperto			18
collaboratore amministrativo			41
collaboratore amm.vo esperto			41
commesso			12
Totale			294

<i>Ruolo tecnico</i>			
dirigenti sociologi	Incarico struttura complessa	(di cui 2 in aspettativa)	6
dirigenti sociologi	Incarico struttura semplice		2
dirigenti sociologi	Incarico struttura semplice dipartimentale		1
dirigenti sociologi	Incarico professionale		7
dirigenti analisti	Incarico professionale	(di cui 1 in aspettativa)	1
dirigenti analisti	Incarico struttura complessa		1
dirigenti analisti informatici	Incarico professionale		1
dirigenti statistici	Incarico struttura complessa	(di cui 1 in aspettativa)	2
assistente sociale			33
assistente sociale esperto			4
assistente tecnico			5
ausiliario specializzato			14
autista			7

centralinista			5
collaboratore tecnico			11
coll.re tecnico profes. esperto			2
guardia zoofila			3
magazziniere			4
o.s.s.			69
o.t.a.			8
operatore c.e.d.			3
operatore tecnico			32
operatore tecnico spec.			14
operatore tecnico spec. esperto			38
Totale			273

<i>Ruolo professionale</i>			
dirigenti avvocato	Incarico struttura complessa		2
dirigenti avvocato			1
dirigenti ingegnere	Incarico struttura complessa		2
dirigenti ingegnere		(di cui 1 tempo det.to)	1
assistente religioso			2
Totale			8
TOTALE GENERALE DIPENDENTI			1936

1.7 Personale non strutturato

Tabella 9 - Specialistica ambulatoriale - distribuzione ore settimanali per Distretto.

(Fonte dei dati: Distretti Sanitari Gennaio 2017)

	Arian o	S. Angelo dei Lombardi	Atripalda	Avellino	Baiano	Monteforte
BRANCA	ORE SETTIMANALI					
ALLERGOLOGIA			6	24,30	7,30	
CARDIOLOGIA	12	10,30	16	40	13,30	2
CHIRURGIA		4	10 - sospese	24	4	4
DERMATOLOGIA	11	11	21,5	65,30	6	3
DIABETOLOGIA	5	8	21	44	11	2
DIABETOLOGIA INF.				38		
DIETOLOGIA				23		
ENDOCRINOLOGIA	16	5	16,5	34,30	10	2
FISIATRIA/REUMATO L.	5	15	22	23	12	
FONIATRIA				10		
GERIATRIA		6	5	20	28	8
GINECOLOGIA	41	32	15	44	10	8
IGIENE						
MEDICINA DELLO SPORT						
MEDICINA LEGALE				12		12
NEUROLOGIA		4	6	28		
NEUROPSICHIATRIA INF	6	6,30		34	6	
NUTRIZIONISTA/DIET OLOGIA			6			
OCULISTICA	23	5	36,5	59,30	6	6
ODONTOIATRIA	22			51		
ORTOPEDIA		7	16	26	7	13
OTORINOLARINGOIA TRA	18	3	12	29	9,30	
PATOLOGIA CLINICA						
PEDIATRIA	10	39	18	9		
PNEUMOLOGIA				17		
PSICHIATRIA				20		

PSICOLOGIA		38		12		
RADIOLOGIA			14,5	30,30		
REUMATOLOGIA	18					
UROLOGIA	15		5	10	7	

Dati Generali Distretti Sanitari (Fonte dei dati: Distretti Sanitari – Gennaio 2017)

DATI PER DISTRETTO	Ariano	S. Angelo dei Lombard i	Atripald a	Avellino	Baian o	Montefort e
MMG	99	55	73	71	30	28
PLS	9	6	11	12	3	3
C.A. TITOLARI	26	54	50	23	8	13
C.A. SUPPLEMENTI	25	16		11	4	
AMBULATORIO VACCINALE	4	5	5	4	2	1
CONSULTORI	4	5	2	3		1
STRUTTURE ACCREDITATE	16	12	8	34	8	8

SEDI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
ARIANO IRPINO
GRECI
MONTECALVO IRPINO
MONTAGUTO
VILLANOVA DEL BATTISTA
S.NICOLA BARONIA
FONTANAROSA
GESUALDO
MIRABELLA ECLANO
CALABRITTO
GUARDIA DEI LOMBARDI
LIONI
TEORA
ANDRETTA
AQUILONIA

BISACCIA
S. ANDREA DI CONZA
LACEDONIA
NUSCO
ALTAVILLA IRPINA
ATRIPALDA
AVELLINO
BAIANO
FORINO
LAURO
MERCOGLIANO
MONTEFALCIONE
MONTEMARANO
MONTEMILETTO
MONTORO
PRATOLA SERRA
S.MANGO SUL CALORE
S.MARTINO VALLE CAUDINA
SERINO
VOLTURARA IRPINA
MATERDOMINI (turistica solo sabato e domenica)
MONTEVERDE (solo fine settimana)

<i>PRESIDI COPERTI DA MEDICI CON PROGETTO OBIETTIVO</i>
<i>GROTTAMINARDA</i>
<i>VALLATA</i>
<i>SANT'ANGELO DEI LOMBARDI</i>
<i>MONTELLA</i>
<i>CALITRI</i>

Medici dell'emergenza territoriale: 98 di cui 81 dipendenti e 17 convenzionati, così dislocati:

Tabella 10 - Dislocazione medici dell'emergenza territoriale (fonte dei dati UOC Emergenza Territoriale Gennaio 2017)

<u>Postazioni SAUT territoriali</u>	<u>Dipendenti</u>	<u>Convenzionati</u>
<u>Ariano irpino</u>	<u>5</u>	<u>1</u>
<u>Atripalda</u>	<u>5</u>	<u>1</u>
<u>Avella</u>	<u>5</u>	<u>1</u>
<u>Avellino</u>	<u>9</u>	<u>4</u>
<u>Calitri</u>	<u>4</u>	<u>2</u>
<u>Cervinara</u>	<u>5</u>	<u>1</u>
<u>Grottaminarda</u>	<u>5</u>	<u>1</u>
<u>Lauro</u>	<u>5</u>	<u>1</u>
<u>Montella</u>	<u>5</u>	<u>1</u>
<u>Montemiletto</u>	<u>6</u>	<u>/</u>
<u>Sant'Angelo dei L.</u>	<u>6</u>	<u>/</u>
<u>Solofra</u>	<u>6</u>	<u>/</u>
<u>Vallata</u>	<u>5</u>	<u>1</u>
<u>Bisaccia</u>	<u>10</u>	<u>3</u>

Tabella 11 - Case di Cura (Fonte dei dati NOC Centrale Gennaio 2017)

Denominazione struttura	Regime di erogazione	Attività/Discipline	N° P.L. accreditati
VILLA MARIA gestita dalla società <u>Villa Julie s.r.l.</u>	Accreditata	Chirurgia Generale/ Oculistica/Urologia/ Ortopedia e Traumatologia	40
CASA DI CURA PRIVATA " VILLA DEI PINI" S.p.A.	p.a.	Indirizzo Neuropsichiatria	150
CASA DI CURA PRIVATA MONTEVERGINE S.p.A.	Accreditata	Cardiologia/ pneumologia/ Cardiochirurgia/ Unità Coronarica/ Terapia Intensiva	116
CASA DI CURA PRIVATA MALZONI VILLA DEI PLATANI S.p.A.	p.a.	Ostetricia e Ginecologia/ Ortopedia e Traumatologia/ Chirurgia Generale/ Nefrologia/ Urologia /Anestesia	150
CASA DI CURA S. RITA S.p.A.	Accreditata	Medicina generale/ Cardiologia/ Ortopedia/ Urologia/ Otorino/ Ginecologia/Chirurgia generale	105
CASA DI CURA VILLA MARIA S.r.l.	Accreditata	Chirurgia Generale	20
CASA DI CURA PRIVATA VILLA ESTHER s.r.l.	Accreditata	Chirurgia Generale/ Ortopedia e traumatologia/ Ginecologia/ Urologia	49

LE STRUTTURE DI RICOVERO (mod. HSP11 tab F)

N. 03 Presidi Ospedalieri a gestione diretta (P.O. Ariano Irpino; P.O. S. Angelo dei Lombardi; P.O. Solofra).

N. 07 Case di cura private: Casa di Cura Villa Esther , Casa di Cura Malzoni , Casa di Cura Villa Maria – Baiano

Casa di Cura Villa Maria gestita dalla società Villa Julie S.r.l. – Mirabella Eclano, Casa di Cura Montevergine,

Casa di Cura Santa Rita

Casa di Cura Villa dei Pini (ai sensi del Decreto 193 del 29/12/2016, a partire dal 01/03/2017, sarà convertita a Residenza Psichiatrica Territoriale di competenza del dipartimento di salute Mentale)

DISTRIBUZIONE DELLE PRESTAZIONI EFFETTUATE DALL'AZIENDA PER CITTADINI RESIDENTI IN ALTRE REGIONI E PER STRANIERI

Tipo di prestazione	Provenienza			
	Italia		Esteri	
	Importo	Numero	Importo	Numero
Diabetologia	1.001,96	56	12,91	1
Branche a visita	7.812,01	563	231,64	9
Cardiologia	11.498,89	363	83,93	3
Dialisi	606,86	26		
FKT	1.678,93	161	61,98	3
Laboratorio	8.545,59	2.902	210,80	117
Medicina Nucleare				
Radiologia	22.052,96	474	728,78	15
Ricoveri Ospedalieri	978.843,39	378	295.620,87	84
Ricoveri Case di cura	5.604.901,44	1.334	143.960,64	29

1. 8 Perché i percorsi nella Sanità?

Il Sistema Sanitario è un insieme di risorse umane, spesso non comunicanti tra di loro, tanto da rendere particolarmente complicato al cittadino seguire il percorso migliore. Bisogna rendere fruibili i percorsi in sanità conducendo il cittadino dentro questo labirinto, riunendo ed integrando le varie parti del sistema. E' un problema non solo economico (sprechi, duplicazioni, etc.) ma anche etico in quanto la forbice delle disuguaglianze aumenta perché solo chi ha conoscenze opportune sa muoversi in questi sistemi. I percorsi in sanità ed in particolare il percorso unico dell'anziano nel sistema sanitario e sociale, così per tutte le

patologie cronico degenerative per la rilevanza ampiamente riconosciuta dai dati di letteratura e confermati dai dati locali, sono gli unici sistemi in grado di legare assieme i vari pezzi attraverso una migliore organizzazione e con evidenze di risultati favorevoli sia in termini di riduzione della estrema variabilità in sanità, sia di minori sprechi, minore ridondanza, maggiore appropriatezza e sicurezza; liberano risorse dall'ospedale, riducono la mobilità passiva.

L'Azienda intende implementare un modello organizzativo a rete con la massima integrazione delle strutture presenti sul territorio, così per la rete dell'emergenza cardiologica basata su collegamenti veloci tra territorio, centri periferici (spoke) e centri di riferimento (hub); per la rete dell'ictus cerebrale acuto: Stroke Unit; per la rete Materno-Infantile, per la rete delle Cure Riabilitative e di Lungodegenza e per la rete delle cure palliative e di terapia del dolore.

1.9 Patrimonio aziendale

Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti secondo le risultanze dello Stato Patrimoniale allegato al Bilancio di Esercizio nonché da tutti i beni a qualsiasi titolo acquisiti. L'Azienda riconosce la valenza strategica del patrimonio quale strumento di potenziamento e di qualificazione strutturale e tecnologica dell'offerta di servizio e, in questa prospettiva, si riserva iniziative di disinvestimento e d'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 2 del decreto legislativo n. 229/1999 s.m.i.

La riprogettazione delle funzioni aziendali richiede la necessità di definire nuovi spazi funzionali strutturati in maniera tale da poter accogliere le infrastrutture necessarie a realizzare quel cambiamento che si ripercuote, in maniera positiva, nei confronti della cittadinanza. Le strutture amministrative centrali sono state ripensate ed articolate non più per funzioni verticali, ma organizzate secondo un modello orizzontale, trasversale, non più frammentate nella loro modalità di offerta, ma tenendo conto dei processi intesi quale flussi coordinati di attività correlate attraverso il coinvolgimento diretto/indiretto delle varie UU.OO. ed all'utilizzo di risorse finalizzate al raggiungimento di obiettivi/risultati caratterizzati da elementi di continuità e/o ciclicità. L'aggregazione dei diversi servizi sarà riprogettata ed organizzata tenendo conto dei flussi di lavoro e delle interazioni necessarie fra le varie strutture per raggiungere l'obiettivo. Nel contempo si potrà procedere anche alla vendita di alcuni immobili di proprietà di questa Azienda, non più funzionali. Contemporaneamente si è proceduto e si continuerà a procedere alla ristrutturazione delle

strutture aziendali da riconvertire come, ad esempio la struttura di Bisaccia in Struttura Polifunzionale per la Salute.

Tabella 12 - Il patrimonio immobiliare dell'Azienda

ELENCO FABBRICATI

Cod.	ANAGRAFICA				DATI CATASTALI							PROPRIETA'	
	Sede / Denominazione	Comune	Indirizzo	N. Civ.	CAP	Tipo	Foglio	Part.	Sub.	Sup. (mq)	Cub. (mc)	Proprietà / Detenzione	Proprietà / Detenzione
P R O P R I E T A	Continuità assistenziale	Altavilla Irpina (AV)	Via S. Francesco	snc	83011	Fabbricati	7	91		266,00	798,00	in proprietà	in proprietà
	Continuità Assistenziale	Aquilonia (AV)	via principe di piemonte	snc	83041	Fabbricati	29	1352			211,00	in proprietà	in proprietà
	Deposito	Ariano Irpino (AV)	via castello	snc	83031	Fabbricati	57	431		66,00	198,00	in proprietà	in proprietà
	P.O. "San Ottone Frazzionate"	Ariano Irpino (AV)	corso vittorio emanuele	snc	83031	Fabbricati	57	432		27.342,00	96.712,00	in proprietà	in proprietà
	Deposito	Ariano Irpino (AV)	Via Spada	28	83031	Fabbricati	79	4272	9	50,00	150,00	in proprietà	in proprietà
	Distretto sanitario	Ariano Irpino (AV)	Via Mazzini	snc	83031	Fabbricati	58	1425	2	2.342,60	7.027,80	in proprietà	in proprietà
	Medicina Legale	Avellino (AV)	corso europa	12	83100	Fabbricati	37	418	1,2		1.246,00	in proprietà	in proprietà
	SERT - ALZAIMER	Avellino (AV)	traversa C.so Europa	snc	83100	Fabbricati	37	326			3.687,00	in proprietà	in proprietà
	Sede Centrale, D.S.	Avellino (AV)	via degli imbinio	10,12	83100	Fabbricati	34	52		5.778,00	21.151,00	in proprietà	in proprietà
	Dip. Prev. - SAUT - Inv. Civili	Avellino (AV)	via circunvallazione	snc	83100	Fabbricati	34	209	1,2,3	1.580,86	4.742,58	in proprietà	in proprietà
	Centro Riabilitazione	Avellino (AV)	c.da Amoretta	snc	83100	Fabbricati	14	852			5.919,00	in proprietà	in proprietà
	Poliambulatorio	Bagnoli Irpino (AV)	via antonio gramsci	snc	83043	Fabbricati	10	886			900,00	in proprietà	in proprietà
	P.O. "G. Di Guglielmo"	Bisaccia (AV)	via piano regolatore	snc	83044	Fabbricati	44	1370		11.584,00	39.860,00	in proprietà	in proprietà
	Presidio Sanitario	Calitri (AV)	via pascone	snc	83045	Fabbricati	50	1237		682,00	2.046,00	in proprietà	in proprietà
	Distretto Sanitario	Mirabella Eclano (AV)	via calcazano	snc	83036	Fabbricati	24	1054	5		4.900,00	in proprietà	in proprietà
	Poliambulatorio	Montoro (AV)	P.zza Incoronata	snc	83025	Fabbricati	14	761			3.066,00	in proprietà	in proprietà
		Moschiano (AV)	via avellino	snc	83020	Fabbricati	4	422	2	4.650,00	14.925,00	in proprietà	in proprietà
	Poliambulatorio	Nusco (AV)	via fontanelle	snc	83051	Fabbricati	20	867		320,00	1.200,00	in proprietà	in proprietà
	R.S.A.	Nusco (AV)	contrada piano	snc	83051	Fabbricati	13	905	1		12.818,00	in proprietà	in proprietà
	REMS	San Nicola Baronia (AV)	via vittorio veneto	snc	83050	Fabbricati	5	661		2.076,00	6.070,00	in proprietà	in proprietà
	P.O. "G Criscuoli"	S. Angelo dei Lombardi (AV)	località quadrivio	snc	83054	Fabbricati	27				148.817,00	in proprietà	in proprietà
P R O P R I E T A	Distretto Sanitario	S. Angelo dei Lombardi (AV)	via bartolomei	snc	83054	Fabbricati	32	2002		961,00	2.460,00	in proprietà	in proprietà
	Consultorio Familiare / Veterinari	S. Angelo dei Lombardi (AV)	via cimitero / via bartolomei	snc	83054	Fabbricati	32				1.600,00	in proprietà	in proprietà
	P.O. "A. Landolfi"	Solofra (AV)	via melito iangano	snc	83029	Fabbricati	3	772	1		82.506,00	in proprietà	in proprietà
	Hospice	Solofra (AV)	via melito iangano	snc	83029	Fabbricati	3	772	1		18.000,00	in proprietà	in proprietà
	ex DSM	Solofra (AV)	via agostino iandolfini	37,39	83029	Fabbricati	9	291			6.031,00	in proprietà	in proprietà
		Solofra (AV)	Via Fratte	snc	83029	Fabbricati				2.802,00	8.406,00	in proprietà	in proprietà
		Solofra (AV)	via masserie	snc	83029	Fabbricati	2	2411	1,2	124,00	372,00	in proprietà	in proprietà
		Solofra (AV)	via afflitta	snc	83029	Fabbricati	9	1144	1	285,00	855,00	in proprietà	in proprietà
	Continuità Assistenziale	Teora (AV)	vico giardino	snc	83056	Fabbricati	14	789		128,00	384,00	in proprietà	in proprietà
	Presidio Sanitario	Vallata (AV)	via sandro pertini	snc	83059	Fabbricati	18	1016	1		2.552,00	in proprietà	in proprietà
P R O P R I E T A	Consultorio Familiare	Vallata (AV)	via matteotti	snc	83059	Fabbricati	9	758		650,00	2.164,00	in proprietà	in proprietà

lino

TOTALE [mc] - IMMOBILI DI PROPRIETÀ											501.774,38
Continuità assistenziale	Andretta (AV)	corso vittorio veneto	snc	83040	Fabbricati					40,00	Altra Amministrazione
SAUT - 118	Atripalda (AV)	via pianodardine	snc	83042	Fabbricati	1	861			200,00	Altra Amministrazione
Consulorio familiare	Avellino (AV)	via fontanetetta	snc	83100	Fabbricati					100,00	Altra Amministrazione
Punto vaccinale	Calabritto (AV)	piazza giacomo matteotti	snc	83040	Fabbricati					150,00	Altra Amministrazione
Servizi veterinari	Calitri (AV)	via macello	snc	83045	Fabbricati					250,00	Altra Amministrazione
Continuità Assistenziale	Fontanarosa (AV)	via armando diaz	snc	83040	Fabbricati	12	86	3		54,00	Altra Amministrazione
Continuità Assistenziale	Forino (AV)	p.zza municipio	snc	83020	Fabbricati	11	421			100,00	Altra Amministrazione
Continuità Assistenziale	Gesualdo (AV)	Via Cappuccini	snc	83040	Fabbricati					100,00	Altra Amministrazione
Continuità Assistenziale	Greci (AV)	p.zza purgatorio	snc		Fabbricati					100,00	Altra Amministrazione
Presidio Sanitario	Grottaferrata (AV)	Via Carpiniano	snc	83035	Fabbricati						3.600,00
SERT	Grottaferrata (AV)	Via Condotta	snc	83035	Fabbricati						1.500,00
Continuità Assistenziale	Guardia Lombardi (AV)	via beverì	snc	83040	Fabbricati					100,00	Altra Amministrazione
Continuità Assistenziale	Lacedonia (AV)	corso augustale	snc	83046	Fabbricati					60,00	Altra Amministrazione
Presidio Sanitario	Lauro (AV)	via madonnella	17	83023	Fabbricati	6	370	1,2;3		420,00	Altra Amministrazione
Continuità Assistenziale	Lioni (AV)	v.le del Parco								200,00	Altra Amministrazione
Continuità Assistenziale	Mercogliano (AV)	via capocastello	snc	83013	Fabbricati	9	901			100,00	Altra Amministrazione
Continuità Assistenziale	Montecalvo Irpino (AV)	via palombaro	snc	83037	Fabbricati	25	1262	2		75,00	Altra Amministrazione
Continuità assistenziale	Montefalcione (AV)	piazza guglielmo marconi	44	83030	Fabbricati	11	583	2,5		66,00	Altra Amministrazione
Continuità Assistenziale	Montefalcione (AV)	piazza guglielmo marconi	40	83030	Fabbricati	11	352	1		24,00	Altra Amministrazione
Distretto Sanitario	Monteforte Irpino (AV)	via legniti	snc	83024	Fabbricati					4.580,00	Altra Amministrazione
Presidio Sanitario	Montella (AV)	via Ippolita Panico	snc	83048	Fabbricati					1.000,00	Altra Amministrazione
Continuità Assistenziale	Monteverde (AV)	viale michelangelo	snc	83049	Fabbricati	12	168			100,00	Altra Amministrazione
Continuità Assistenziale	Pratola Serra (AV)	via gustavo picardi	44	83039	Fabbricati	7	189	2		54,00	Altra Amministrazione
Continuità Assistenziale	San Mango sul Calore (AV)	contrada s. stefano	snc	83050	Fabbricati	8	1029	3		90,00	Altra Amministrazione
Continuità Assistenziale	S. Martino Valle Caudina (AV)	via crocevia	snc	83018	Fabbricati					100,00	Altra Amministrazione
Continuità Assistenziale	San Nicola Baronia (AV)	via gramsci	3	83050	Fabbricati	6	565				800,00
Continuità Assistenziale	Sant'Andrea di Conza (AV)	via del municipio	snc	83053	Fabbricati	5	929			100,00	Altra Amministrazione
Continuità Assistenziale	S. Angelo dei Lombardi (AV)	via dietro le mura	snc	83058	Fabbricati					100,00	Altra Amministrazione
Continuità Assistenziale	Serino (AV)	piazza cicarelli	snc	83028	Fabbricati	17	922			100,00	Altra Amministrazione
Punto vaccinale	Torella dei Lombardi (AV)	via C. Ruspaioli	4	83057	Fabbricati	10	321	7		100,00	Altra Amministrazione
Continuità Assistenziale	Villanova del Battista (AV)	C.so V. Emanuele III	snc		Fabbricati					100,00	Altra Amministrazione
Continuità assistenziale	Volturno Irpino (AV)	via benedetto croce	snc	83050	Fabbricati					158,60	Altra Amministrazione

C O M U N I T A' D I A T T I V I T A' S O

TOTALE [mc] - IMMOBILI IN COMODATO D'USO													32.064,80
L O C A Z I O N E	Presidio Sanitario	Altavilla Irpina (AV)	Largo Angelo Caruso				Fabbricati	3	2065	1	287,00	861,00	Locazione / Altra amministrazione
	Distretto Sanitario	Atripalda (AV)					Fabbricati				3.819,28	11.457,84	Locazione / Privato
	Deposito	Ariano Irpino (AV)					Fabbricati				43,61	130,83	Locazione / Altra Amministrazione
	Uffici	Avellino (AV)	Via Circumvallazione				Fabbricati				359,00	1.077,00	Locazione / Privato
	Uffici	Avellino (AV)	Via Iannaccone				Fabbricati				1.400,00	4.200,00	Locazione / Privato
	Distretto Sanitario	Baiano (AV)					Fabbricati				779,37	2.338,11	Locazione / Privato
	Distretto Sanitario	Baiano (AV)					Fabbricati				1.130,80	3.392,40	Locazione / Privato
	Presidio Sanitario	Cervinara (av)	ex Via dei Monti				Fabbricati	12	1322	1	1.974,00	5.922,00	Locazione / Altra Amministrazione
	Salute Mentale	Cervinara (AV)	Via Ciriaco				Fabbricati	12	1205	2	301,32	903,96	Locazione / Altra amministrazione
	Continuità Assistenziale	Montemarano (AV)					Fabbricati				111,73	335,19	Locazione / Privato
	Continuità Assistenziale	Montoro (AV)					Fabbricati				120,00	360,00	Locazione / Altra Amministrazione
	Continuità Assistenziale	S. Mango Sul Calore (AV)					Fabbricati				62,08	186,24	Locazione / Altra Amministrazione

TOTALE [mc] - IMMOBILI IN LOCAZIONE			31.164,57
TOTALE [mc]			565.003,75

CAPO II - L'assetto istituzionale dell'Azienda: Organi ed Organismi

1. Principi e Criteri di Organizzazione e Funzionamento

L'Azienda Sanitaria Locale Avellino dà attuazione al principio di cui al D. L. vo 29/93 e s.m.i., di esplicita ed adeguata distinzione fra le funzioni di programmazione, indirizzo, controllo da un lato, e le funzioni di organizzazione e gestione dall'altro, in un quadro di chiara determinazione di competenze e di responsabilità della Direzione Generale e quelle della Dirigenza e dei vari livelli operativi dell'Azienda, nella logica della responsabilizzazione a cascata e della massima valorizzazione della dirigenza e di tutte le risorse professionali. L'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda Sanitaria Locale vengono disciplinati con il presente Atto Aziendale, nonché con regolamenti aziendali attuativi in conformità alla legislazione statale e regionale ed ai correlati livelli di pianificazione, nel rispetto degli ambiti di autonomia e responsabilità nella gestione tecnico-professionale, amministrativa e finanziaria del settore operativo di competenza, implicanti anche il potere di adottare atti aventi rilevanza esterna. Il Direttore Generale può delegare le proprie funzioni con riferimento ad ambiti settoriali di attività o all'adozione di singoli atti, secondo principi e modalità che fanno riferimento sia al principio dell'attribuzione sia a quello della delega, secondo modalità esplicite. Sono funzioni delegabili esclusivamente le funzioni di gestione e quelle non specificamente indicate come funzioni di governo, che sono di esclusiva pertinenza del Direttore Generale. Negli atti di delega, opportunamente motivati, sono individuati:

- Destinatari;
- Contenuti;
- Durata temporale;
- Principi e criteri che dovranno garantire l'esercizio rispetto ad obiettivi prefissati e i controlli sull'esercizio;
- La valutazione dell'incarico e la previsione di revoca nei casi di inadempienza accertata.

Il Direttore Generale può disporre la revoca delle funzioni di delega con apposito atto motivato, nel caso di mancato rispetto dei contenuti della delega stessa. Il soggetto delegato ha la piena responsabilità, a qualsiasi effetto degli atti compiuti in via di delega. L'organizzazione e le attività aziendali sono improntate a criteri di efficacia, efficienza ed economicità, e sono rivolte ad assicurare, nel rispetto degli obiettivi posti dagli atti di pianificazione nazionale e regionale, nonché dal Piano di rientro, l'erogazione delle

prestazioni essenziali ed appropriate, lo sviluppo del Sistema Qualità dell'Azienda, la massima accessibilità ai servizi per i cittadini, l'equità delle prestazioni erogate, il raccordo istituzionale con gli Enti Locali per il tramite della Conferenza dei Sindaci e della Conferenza dei Sindaci di Distretto ed il positivo collegamento con le altre organizzazioni sanitarie e del volontariato.

L'Azienda informa la propria gestione ai principi della programmazione e del controllo, individuando nel sistema budgetario lo strumento fondamentale di governo della propria organizzazione secondo livelli di responsabilità prestabiliti.

L'Azienda persegue le finalità di cui sopra utilizzando gli spazi di autonomia consentiti dalle norme vigenti di diritto privato, salvo quanto la legge espressamente le attribuisce poteri pubblicistici da esercitare nelle forme tipiche del procedimento amministrativo ai sensi della legge n.241/1990 s. m. i.

1.1 Governo Aziendale

I principi cui si ispira il governo aziendale sono i seguenti:

1. L'azienda è concepita come sistema unitario
2. L'Azienda definisce di prioritaria importanza un'efficace gestione delle proprie risorse e pertanto intende promuovere la formazione e la partecipazione degli operatori ai processi aziendali;
3. le risorse umane costituiscono il patrimonio di professionalità necessario al raggiungimento degli obiettivi aziendali: come tali l'Azienda nel rispetto dei contratti di lavoro, assicura l'impiego, ove necessario, in tutto il territorio aziendale;
4. L'Azienda orienta la sua programmazione, la sua gestione e l'erogazione dei suoi servizi all'utenza, con particolare attenzione alla garanzia di tutte le forme e dimensioni della qualità;
5. L'Azienda si dota di adeguate infrastrutture organizzative per realizzare la sua missione, favorendo un'organizzazione per processi orientata ai bisogni dei fruitori e ai migliori risultati possibili;
6. L'Azienda è impegnata a realizzare le sue finalità, mediante una gestione attenta dell'impiego delle sue risorse economiche;
7. L'Azienda si avvale di un sistema informativo e statistico unitario, idoneo alla rilevazione di grandezze quantitative di diverso carattere, basato su banche dati delle informazioni integrabili e sulla predisposizione periodica di report, prospetti e analisi, ed organizzato in modo da costituire una struttura di servizio per tutte le articolazioni organizzative dell'Azienda, nonché per l'assolvimento del debito informativo esterno.

Il governo aziendale assicura prestazioni sanitarie, socio-sanitarie ed educative/ formative, mediante l'impiego efficiente delle risorse disponibili.

Le funzioni di governo aziendale si dividono sostanzialmente in:

- Governo clinico
- Governo economico-finanziario

1.2 Il Governo Clinico

Per dare attuazione alla clinical governance e sicurezza delle cure, l'Azienda intende dare continuità alla costruzione di un Sistema Qualità Aziendale, quale metodo ordinario di programmazione, pianificazione strategica e coinvolgimento dei centri di responsabilità tramite il processo di budget.

Gli obiettivi fondamentali da perseguire sono definiti nel Piano Triennale della Performance che viene aggiornato annualmente secondo quanto definito nello specifico regolamento di budget.

Gli strumenti principali del processo di budget si possono così riassumere:

- Definizione di obiettivi specifici e misurabili; essi sono definiti in modo da risultare realistici ma ambiziosi, tali da richiedere cambiamenti importanti coerenti con i principi con cui si attiva il sistema premiante. Tale sistema sarà finalizzato all'aumento/mantenimento della produttività, al contenimento dei costi e all'aumento della qualità percepita, tecnico/professionale ed organizzativa;
- Costituzione di alcuni comitati permanenti previsti per il miglioramento ed in particolare sull'uso dei farmaci o del sangue e sulle infezioni in ambiente sanitario, comitato budget, team per la gestione del rischio clinico, etc.;
- Costituzione di gruppi di miglioramento e di una rete di referenti per la qualità e possibilmente per l'EBM, per i profili di assistenza ed i percorsi diagnostico terapeutici (PDTA);
- Disponibilità di collegamento con banche dati della letteratura medica e sanitaria e di competenze sul loro utilizzo;
- Formazione nei principi e nelle pratiche della valutazione e del miglioramento e della Medicina basata sulle Evidenze;
- Attenzione alle innovazioni con particolare riferimento alla medicina di iniziativa;
- Gestione di parte delle strutture ex ospedaliere per il trattamento dei pazienti cronici e post-acuzie.

1.3 Il Governo Economico Finanziario

L'Azienda si impegna a garantire i livelli di assistenza sanitaria programmati sia in termini di servizi ed attività, che in termini di impiego efficiente delle risorse economiche.

Il governo economico finanziario garantisce il rispetto delle relative normative nazionali e regionali nella gestione delle diverse attività dell'Azienda.

La sua funzione risulta essenziale all'interno del processo di programmazione e controllo per la correlazione tra risorse disponibili e risultati di attività. In tal modo, risulta logicamente collegato con il governo clinico.

Il Governo economico-finanziario utilizza come strumenti indispensabili:

- La contabilità generale;
- Il sistema di budgeting e di reporting;
- La contabilità analitica;
- Il bilancio economico preventivo;
- Il bilancio d'esercizio;
- Le procedure definite dal Percorso Attuativo per la Certificabilità del Bilancio.
- La dotazione organica.

Rientra nelle funzioni del governo economico:

- Emanare direttive volte alla piena applicazione della contabilità economico - patrimoniale, e all'individuazione di criteri uniformi relativi alle rilevazioni dei dati contabili ed alla struttura del bilancio d'esercizio;
- Garantire omogeneità e controllabilità degli atti di gestione in aderenza al nuovo sistema di contabilità generale;
- Individuare macro centri di responsabilità essenzialmente nelle strutture dipartimentali quali aggregazioni di almeno tre articolazioni complesse. Sono rimesse alla stessa Direzione Generale le decisioni relative all'attivazione di ulteriori macro centri di responsabilità.

Il Direttore Generale attribuisce l'autonomia finanziaria della gestione budgetaria ai centri di responsabilità, prevedendone la definizione all'interno del Piano della Performance, per conseguire la funzionalità e l'efficienza della gestione.

Individua inoltre il responsabile di ciascun centro di responsabilità, dopo aver proceduto all'affidamento degli incarichi dirigenziali, che risponde dell'attività e dei servizi svolti nonché dei relativi risultati, del budget attribuito e della relativa gestione, nonché della tenuta dei beni inventariati assegnati.

Il Direttore Generale definisce l'elenco dei centri di costo che possono far capo a ciascun centro di responsabilità e nomina i relativi responsabili. Per la piena realizzazione di un

concreto sistema di Controllo di Gestione, l'Azienda assicura il necessario impulso alle attività formative, informative ed informatiche rivolte ai dirigenti e ai "quadri" del comparto. La Direzione Amministrativa assume il ruolo di orientamento tecnico - metodologico e coordinamento generale del governo economico - finanziario. A tal fine si avvale del sistema generale di controllo della spesa indiretta.

All'interno dell'Azienda l'allocazione delle risorse avviene in base ai programmi annuali di attività, formulati in funzione degli obiettivi di salute, definiti in ambito distrettuale, dipartimentale, ospedaliero. Le risorse a disposizione dei presidi ospedalieri, dei distretti, del dipartimento di prevenzione, del dipartimento di salute mentale e delle altre strutture dipartimentali/macro articolazioni, sono negoziate nell'ambito di accordi che vengono definiti dalla committenza nella forma di contratti di fornitura esterni ed interni e dalle Direzioni di questi, congiuntamente ai direttori dei relativi dipartimenti, sulla scorta dei Piani attuativi territoriali redatti da ciascun distretto. I budget relativi sono stabiliti in base alle tariffe per prestazione e/o ai costi predeterminati per funzioni assistenziali e per i programmi di attività, con le modalità descritte nel D. Lgs. 229/99 e s. m. i.

2. Organi Aziendali

Sono organi dell'Azienda, ai sensi dell'art. 3 del Decreto Legislativo 502/92 e s.m.i. introdotte dal decreto legge n. 158/2012, convertito in legge n. 189/2012, il Direttore Generale, il Collegio Sindacale e il Collegio di Direzione.

2.1 Il Direttore Generale

Il Direttore Generale dell'Azienda è il titolare della rappresentanza legale e di 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 assegnati all'atto di nomina nell'ambito degli atti strategici e di programmazione regionale.

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. Lgs 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) Alla Regione che ne indirizza l'attività ed esercita il controllo sul suo operato;
- b) Alla 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, tramite un comitato di rappresentanza, costituito nel suo seno da cinque componenti, nominati dalla stessa conferenza, così come definito dall'art 20 comma 3 della L.R. n° 32 del 1994 e con le modalità di cui alla L. R. 31/07/2012 n. 23;
- c) Al Collegio Sindacale cui sono affidati compiti di vigilanza sull'osservanza delle leggi e dei regolamenti e la verifica sull'attività contabile dell'Azienda.

Spetta in particolare al Direttore Generale:

- a) la rappresentanza dell'Azienda;
- b) la nomina e, con provvedimento motivato, la sospensione o decadenza del Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario;
- c) la nomina del Collegio Sindacale, del Collegio di Direzione e del Consiglio dei Sanitari;
- d) la nomina di ulteriori collegi, organismi e comitati previsti dalle norme, l'adozione di atti regolamentari ed organizzativi interni, le verifiche che gli competono;
- e) l'affidamento e la revoca secondo la legislazione vigente delle direzioni delle strutture del Distretto, del Dipartimento di Prevenzione e dell'Ospedale;
- f) l'adozione degli atti fondamentali della programmazione aziendale quali:
 - i piani programmatici
 - il bilancio economico preventivo
 - il bilancio di esercizio
 - il piano della performance e i documenti di budget
 - il piano attuativo locale
 - il piano delle assunzioni
 - il piano degli investimenti
 - il piano dei fabbisogni
 - il piano annuale della formazione
 - i piani per la realizzazione di opere e lavori pubblici
 - il recepimento del piano di zona dei servizi sociali
 - il piano della trasparenza
 - il piano della prevenzione della corruzione
- g) l'adozione dei provvedimenti interni per l'organizzazione, la gestione e il funzionamento dell'Azienda, ed in particolare:

- la nomina e la revoca dei Dirigenti di struttura complessa e di struttura semplice, il conferimento degli incarichi di natura professionale di alta specializzazione, di consulenza, di studio, di ricerca, di funzioni ispettive, di verifica e di controllo, di coordinamento, nonché il conferimento degli incarichi ex art.15 septies, comma 1 e 2, e art. 15 octies del D. Lgs. 502/92 e s.m.i.;
- la delega di competenze ai Dirigenti per l'assunzione di provvedimenti.

Al Direttore Generale spettano inoltre tutti i provvedimenti che la normativa gli attribuisce in quanto titolare della funzione di governo dell'Azienda, nonché tutte le competenze gestionali, non riconducibili alle competenze di governo, che in ragione della loro specifica attinenza ai procedimenti di attuazione tecnica, organizzativa ed operativa sono connesse e conseguenti all'esercizio delle attività di governo e comunque necessarie al funzionamento dell'Azienda per il conseguimento dei risultati programmati. Il Direttore Generale in virtù dell'autonomia imprenditoriale e del potere gestionale che gli sono propri ai sensi della normativa vigente e delle indicazioni fornite dalla Regione Campania, si riserva di integrare e/o modificare l'organigramma aziendale, allegato all'atto aziendale. Le funzioni di "governo complessivo" dell'Azienda sono di competenza esclusiva del Direttore Generale che può delegarle, in caso di assenza o impedimento, al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario o, in mancanza di delega, al direttore più anziano per età, ai sensi dell'art.3, comma 6, del D.lgs. 502/92 e s.m.i. L'Azienda applica il principio di distinzione tra le funzioni di programmazione, indirizzo, controllo, da un lato, e le funzioni di organizzazione e gestione dall'altro, determinando, ai sensi della normativa vigente, le competenze della Direzione generale, della dirigenza e dei vari livelli operativi dell'Azienda al fine di responsabilizzare e valorizzare tutte le risorse professionali disponibili. A tal fine, il Direttore Generale delega ai Direttori di Dipartimento e/o ai Responsabili di struttura complessa, l'esercizio di poteri di gestione con autonomia di organizzazione delle risorse umane - Delibera n. 970 del 18/08/2016 - nei limiti del budget economico-finanziario (ove previsto), poteri di spesa con responsabilità personale e diretta di tutti gli atti che impegnano l'amministrazione verso l'esterno. La programmazione delle attività dipartimentali, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate con la partecipazione attiva degli altri Dirigenti e degli Operatori assegnati al Dipartimento. Tali deleghe rafforzano il sistema di responsabilità propria dei dirigenti previste espressamente dal D.lgs. n.165/01 e successive disposizioni normative e contrattuali in materia.

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

2.2 Il Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale è nominato dal Direttore Generale ed è composto, ai sensi dell'art. 3 ter del D.lgs. 502/92 e s.m.i. e della Legge Regionale 7/8/1996 n. 17 e s.m.i., da tre membri di cui uno designato dal Presidente della Giunta Regionale, uno designato dal Ministro dell'Economia e Finanze e uno dal Ministro della Salute.

Il Collegio Sindacale, nella prima seduta convocata dal Direttore Generale entro cinque giorni dal provvedimento di nomina, elegge il Presidente secondo le modalità previste dalle norme.

I compiti del Collegio sono:

- a) Verifica l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico;
- b) Vigila sull'osservanza della legge;
- c) 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;
- d) 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;
- e) Trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'Azienda alla Conferenza dei Sindaci.

La composizione del Collegio Sindacale può essere modificata dalla Regione secondo le norme vigenti.

2.3 Il Collegio di Direzione

In attuazione del Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158, Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute, convertito con modificazioni dalla L. 8 novembre 2012, n. 189, è prevista l'istituzione del Collegio di Direzione quale organo dell'Azienda.

La sua composizione, le competenze e i criteri di funzionamento, nonché le relazioni con gli altri organi aziendali sono definite con la Legge regionale n. 20 del 23 dicembre 2015 e nell'apposito regolamento che lo disciplina.

Ferme le competenze del Direttore generale e degli altri Organi delle Aziende, il Collegio di direzione:

- Concorre al governo delle attività cliniche;
- Concorre alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione;

- Partecipa alla definizione dei requisiti di appropriatezza e qualità delle prestazioni, nonché degli indicatori di risultato clinico assistenziale e concorre alla conseguente valutazione interna dei risultati conseguiti, secondo modalità che saranno stabilite con atto di indirizzo della Giunta.

Nello svolgimento dei compiti suddetti, 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;
- c) Piano aziendale annuale per la gestione del rischio clinico.

Il Collegio di Direzione, in base alle norme succitate, è composto da: i dirigenti delle aree amministrative e professionali; il dirigente responsabile dell'Unità gestione del rischio clinico; il responsabile dell'Unità prevenzione e protezione del rischio; un delegato dei dirigenti delle professioni sanitarie; un Direttore di Dipartimento strutturale per ciascuna area; il Direttore del Dipartimento di Prevenzione, Salute Mentale e delle dipendenze patologiche; il Direttore del Dipartimento di Riabilitazione; i Direttori dei Distretti socio – sanitari; i Direttori degli ospedali a gestione diretta della ASL; il MMG ed il PLS responsabili dell'Ufficio di coordinamento aziendale delle cure primarie e delle cure primarie pediatriche rispettivamente; lo specialista di medicina ambulatoriale interna che ricopre il ruolo di Coordinatore dei responsabili di branca specialistica ambulatoriale o equivalenti. Il Collegio di direzione è nominato con deliberazione del Direttore generale, che ne è il presidente e dura in carica tre anni.

Ai componenti del predetto collegio non è corrisposto alcun emolumento, compenso, indennità o rimborso spese.

Il Direttore Generale può prevedere la partecipazione al Collegio di Direzione di altri incaricati, a seconda della materia da trattare.

Il Collegio di direzione adotta il proprio Regolamento di funzionamento nel rispetto dei principi di funzionamento indicati dalla Legge regionale n. 20 del 23 dicembre 2015.

Organismi dell'Azienda

3.1 Il Consiglio dei Sanitari

Il Consiglio dei Sanitari, costituito con provvedimento del Direttore Generale, è un organismo elettivo dell'Azienda avente le seguenti caratteristiche:

- a) Esso 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;

b) Di norma il Consiglio dei Sanitari si riunisce su convocazione formulata dal Direttore Sanitario Aziendale, almeno una volta all'anno;

c) Il parere si intende espresso favorevolmente se il Consiglio dei Sanitari non si pronuncia entro dieci giorni dalla richiesta; in casi urgenti e motivati i pareri vanno formulati entro i più brevi termini indicati nella richiesta.

Il Consiglio dei Sanitari è presieduto dal Direttore Sanitario.

La rappresentanza è composta da:

- n. 8 dirigenti medici, di cui 4 ospedalieri, 1 medico territoriale, 1 veterinario e 2 medici convenzionati con il SSN;
- n. 3 operatori sanitari laureati non medici;
- n. 2 unità del personale infermieristico, di cui 1 ospedaliero;
- n. 2 unità del personale tecnico sanitario, di cui 1 ospedaliero.
- n. 2 unità di personale proveniente dalle professioni tecnico-riabilitative di cui 1 ospedaliero.

Le modalità e i termini di elezione del Consiglio dei Sanitari, nonché le funzioni ad esso attribuite sono disciplinate con regolamento adottato dal Direttore Generale nel rispetto dell'art. 25 della Legge Regionale 3.11.1994 n. 32 e s.m.i.

4. Comitati e Commissioni Aziendali

L'Atto Aziendale prevede la costituzione almeno dei seguenti comitati:

- Il comitato etico;
- Il comitato per il buon uso del sangue;
- Il comitato per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza;
- Il comitato per l'ospedale senza dolore;
- Il comitato/team per la gestione del rischio clinico.
- Il Comitato per il prontuario terapeutico
- La Commissione per l'attività libero professionale intramoenia
- Il Nucleo Operativo di Controllo
- Comitati Aziendali Pediatria – Medici di Assistenza Primaria – Comitato zonale specialistica – Comitato Appropriatezza Aziendale (DCA n. 87/2013).

Tali organismi promuovono la diffusione e l'applicazione delle conoscenze relative alle migliori pratiche cliniche ed assistenziali in funzione della risoluzione di problemi da risolvere nella concretezza e nella specificità della realtà organizzativa e professionale

dell'Azienda, utilizzando metodologie di autoapprendimento organizzativo. L'Azienda prevede per ciascuno dei comitati un regolamento di organizzazione e funzionamento. Vedi allegato Organigramma, Tabella Comitati/Organismi, dove sono indicati anche ulteriori Comitati Aziendali.

Il Comitato etico

Il Comitato Etico è un organismo indipendente e consultivo, a supporto delle decisioni sanitarie e socio assistenziali in relazione ai profili etici delle problematiche connesse, i cui pareri non hanno carattere vincolante. Su richiesta dei soggetti interessati, il Comitato si pronuncia sugli aspetti etici delle pratiche cliniche ed assistenziali attuate dalle Aziende nel rispetto della dignità della persona e per la sua valorizzazione. L'organizzazione ed il funzionamento vengono disciplinati da apposito regolamento.

Il Comitato per il Prontuario Terapeutico

Costituito con provvedimento del Direttore Generale è un organismo consultivo con la funzione di:

- Aggiornare e diffondere, periodicamente, il Prontuario Terapeutico Aziendale;
- Valutare le richieste di inserimento nel Prontuario di nuovi farmaci;
- Fornire suggerimenti in ordine alle procedure di controllo nella distribuzione dei farmaci;
- Proporre l'inserimento dei farmaci nel Prontuario Terapeutico Regionale.
- I componenti della Commissione per il prontuario terapeutico sono nominati dal Direttore Generale.

Il comitato per il buon uso del sangue

Costituito ai sensi del D.M. Sanità 1 settembre 1995, è un organismo consultivo che ha la responsabilità di elaborare e diffondere le linee guida per:

- L'uso razionale, sicuro e appropriato degli emoderivati;
- Sviluppare le azioni per l'incremento delle donazioni di sangue, anche al fine del perseguimento dell'autosufficienza di sangue, emocomponenti e plasma derivati;
- Promuovere le pratiche dell'autotrasfusione e del predeposito di sangue per gli interventi programmati.

I componenti del Comitato sono nominati con atto del Direttore Generale.

Il comitato per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza

Costituito ai sensi delle Circolari del Ministero della Sanità n. 52/85 e n. 8/88 e dell'art. 2, n. 2, punto b) del D.M. Sanità 13 settembre 1988, è un organismo consultivo con la funzione di elaborare e diffondere:

- Le linee guida sugli interventi di contenimento della diffusione delle infezioni nosocomiali;
- Organizzare il sistema di monitoraggio e sorveglianza mediante indagini di prevalenza ed incidenza;
- Definire le misure di prevenzione da adottare, in particolare nelle aree a rischio e per le procedure assistenziali che possono comportare un rischio di complicità infettiva;
- Verificare la corretta e puntuale applicazione dei programmi di sorveglianza;
- Promuovere la formazione del personale, fornire report sui risultati ottenuti.

Il comitato per l'ospedale senza dolore

E' costituito ai sensi delle linee guida sul Progetto "Ospedale senza dolore", emanate dal Ministero della Sanità e pubblicate sulla G.U. del 29 giugno 2001. Svolge funzioni di indirizzo e compiti operativi al fine di coordinare l'azione delle differenti equipe e la formazione del personale coinvolto nel processo assistenziale sui principi di trattamento del dolore, sull'uso dei farmaci e sulle modalità di valutazione del dolore; promuovere protocolli di trattamento dei diversi tipi di dolore; promuovere gli interventi idonei ad assicurare la disponibilità di farmaci analgesici, in particolare oppiacei.

Il comitato/team per la gestione del rischio clinico

Il Comitato Rischio Clinico definisce il programma di gestione del rischio clinico, identifica le circostanze che sono causa di rischio, definisce le modalità di monitoraggio degli eventi avversi, valuta periodicamente le informazioni provenienti dal monitoraggio, analizza i risultati delle valutazioni approfondite eseguite sugli eventi sentinella e raccomanda le azioni di miglioramento tese a minimizzare i rischi e/o ad evitare il ripetersi degli incidenti. I componenti del Comitato Rischio Clinico sono nominati dal Direttore Generale.

Comitato di Coordinamento Aziendale per l'Accreditamento

Nell'anno 2012 è stato costituito il nuovo Comitato di Coordinamento Aziendale per l'Accreditamento, in ottemperanza di quanto previsto dalle L.R. n. 4/2011 e 23/2011 e s.m.i.

nonché dai Decreti Commissariali nn. 90 e 91/2012, con delibera n. 1238/2012 e successiva delibera di rettifica n. 1407/2012. Il suo funzionamento è regolato dal “Disciplinare di funzionamento del CCAA e dei NUVA” adottato con delibera n. 1437/2012 e successiva delibera di integrazione n. 1570 del 22.11.2012.

4.1 Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni

L'Azienda, ai sensi e con le modalità previste dall'art. 57 del D.L.vo 165/2001 e s.m.i., costituisce al proprio interno, senza nuovi o maggiori oneri per i bilanci, 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 e 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 per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni ha composizione paritetica ed è formato da un componente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello di amministrazione e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione in modo da assicurare, nel complesso, la presenza paritaria di entrambi i generi. Il presidente del Comitato unico di garanzia è designato dall'Azienda. 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. Al fine di garantire pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro, l'Azienda Sanitaria:

- Riserva alle donne, salva motivata impossibilità, almeno un terzo dei posti di componente delle commissioni di concorso, fermo restando il principio di cui all'art. 35, comma 3, lettera e) del D. L. vo 165/2001 e s.m.i.;
- Adotta propri atti regolamentari per assicurare pari opportunità fra uomini e donne sul lavoro, conformemente alle direttive impartite dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della funzione pubblica;
- Garantisce la partecipazione delle proprie dipendenti ai corsi di formazione e di aggiornamento professionale in rapporto proporzionale alla loro presenza nelle strutture

interessate ai corsi medesimi, adottando modalità organizzative atte a favorirne la partecipazione, consentendo la conciliazione fra vita professionale e vita familiare;

- Può finanziare programmi di azioni positive e l'attività del Comitato, nell'ambito delle proprie disponibilità di bilancio.

L'Azienda adotta tutte le misure per attuare le normative vigenti in materia di pari opportunità, contrasto alle discriminazioni ed alla violenza morale o psichica.

4.2 La Commissione per l'Attività Libero Professionale Intramoenia.

Al fine di assicurare l'attività libero professionale, l'Azienda istituisce una commissione paritetica (definita Commissione ALPI) costituita da Dirigenti sanitari che vengono indicati dalle OO.SS. maggiormente rappresentative della Dirigenza medica, veterinaria e sanitaria e degli Specialisti ambulatoriali e da Dirigenti nominati dall'Azienda e presieduta dal Direttore Sanitario o da suo delegato, alla quale sono affidati compiti di organizzazione, promozione, verifica e modifiche del regolamento a farsi e di osservatorio sulla ALPI. La Commissione opera sia in veste consultiva relativamente alle varie problematiche sottoposte alla sua attenzione, sia in veste propositiva, tenendo costantemente informata in merito la Direzione Strategica. E' inoltre un Osservatorio di approfondimento, di studio, di promozione e verifica, di regolamentazione e non ultimo di progettazione e ricerca per le attività inerenti la libera professione; è riferimento per tutti i Dirigenti dell'Azienda e supporto per la Direzione Generale. Obiettivi della Commissione A.L.P.I. sono:

1. Regolamentazione, sviluppo ed implementazione dell'attività libero professionale internamente all'Azienda;
2. Attività di informazione, pubblicizzazione e diffusione di tutte le iniziative in merito alla dirigenza sanitaria aziendale nel suo complesso.

Ufficio A.L.P.I., liste di attesa, CUP.

L'Azienda, per il medesimo fine, istituisce, organizza ed attiva, un apposito Ufficio denominato "Ufficio Libera Professione" con compiti di indirizzo e coordinamento amministrativo e contabile dell'attività prestata in regime di libera professione intramuraria in tutte le strutture aziendali. Il suddetto Ufficio è strutturato nell'ambito degli Uffici della Direzione Strategica. Organizzazione e funzionamento saranno disciplinate con apposito regolamento. Il regolamento dovrà contenere l'impegno da parte dell'Azienda, a gestire, con integrale responsabilità, l'attività libero professionale intramuraria, al fine di garantirne il corretto esercizio e dovrà essere adottato in coerenza con le norme di cui alla Legge 3 agosto 2007 n. 120 e tenendo conto delle modifiche e integrazioni apportate dal

D.L. 13 settembre 2012 n. 158 convertito con modificazioni dalla Legge 8 novembre 2012 n. 189, s.m.i. Il Collegio di Direzione concorre alla formulazione delle proposte riferite alle soluzioni organizzative per l'effettuazione dell'attività libero-professionale intramuraria.

All'interno dell'ufficio, al fine di contribuire a completare l'organizzazione aziendale in tema di sistema informativo, sono incardinate le attività di Monitoraggio di Liste e Tempi di Attesa e di analisi e monitoraggio delle prenotazioni effettuate dal CUP Aziendale. La conduzione dell'Ufficio verrà affidata ad un dirigente con incarico professionale di alta specializzazione.

Capo III – Il governo strategico aziendale

1. Il governo strategico

Il governo strategico aziendale è esercitato dalla Direzione Strategica, composta dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, avvalendosi del Collegio di Direzione.

1.1 La Direzione strategica

La direzione strategica definisce, sulla base delle indicazioni della programmazione regionale, le strategie e i programmi aziendali dei quali ne controlla la realizzazione.

Funzione prioritaria della direzione strategica dell'ASL di Avellino è rappresentata dal coordinamento delle principali attività sanitarie ed amministrative aziendali in attuazione delle strategie e dei programmi definiti, in particolare:

- a) 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;
- b) L'organizzazione aziendale, la programmazione delle attività e della qualità delle prestazioni;
- c) La pianificazione delle risorse e degli investimenti;
- d) Le relazioni interne ed esterne;
- e) La garanzia della sicurezza e la prevenzione;
- f) Il controllo di gestione.

In seno alla direzione strategica, l'Azienda coordina l'attività di vigilanza e di controllo esterno sulla assistenza erogata dalle strutture sanitarie private accreditate, ubicate nel territorio di competenza, supportata per tale funzione dalla specifica struttura centrale individuata nell'ambito del Dipartimento dei Servizi Strategici e dai nuclei operativi di controllo periferici.

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 Direttore Generale sottoscrive con gli stessi un contratto di prestazione d'opera intellettuale, con rapporto di lavoro a tempo pieno ed esclusivo ai sensi dell'art. 3 comma 7 e dell'art. 3 bis comma 8 del D.lgs. n.502/92 e s.m.i.

Il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo fanno parte della direzione strategica

e 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 pareri sugli atti del Direttore Generale per quanto di propria competenza ed inoltre:

- Esprimono parere su ogni questione che venga loro sottoposta;
- Svolgono le funzioni e adottano gli atti ad essi delegati e attribuiti dal Direttore Generale;
- Formulano, per le parti 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;
- Esercitano, eventualmente, i poteri di spesa nell'ambito delle deleghe ricevute dal Direttore Generale e per gli importi determinati dallo stesso;
- 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 o 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.

1.2 Il Direttore Sanitario

Il Direttore Sanitario assolve la funzione di indirizzo e supervisione dei servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari.

E' responsabile nei confronti del Direttore Generale 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 tra la Direzione Strategica e le Strutture Operative dell'Azienda e tra i professionisti al loro interno operanti, attraverso il coordinamento unitario di tali strutture 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.

In particolare il Direttore Sanitario nell'assolvimento delle proprie funzioni è chiamato a:

- Partecipare con il Direttore Amministrativo, unitamente al Direttore Generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'Azienda;
- Dirigere 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;
- Assumere diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza;
- Concorrere, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni del Direttore Generale;
- Assicurare il coordinamento delle diverse linee di attività svolte nei distretti;
- Svolgere 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;
- Presiedere il Consiglio dei Sanitari.

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. Egli presiede e/o coordina gli stessi e/o vi partecipa secondo quanto previsto dalle normative vigenti e dagli atti regolamentari aziendali.

1.3 Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'Azienda in conformità agli indirizzi generali di programmazione e alle disposizioni del Direttore Generale, 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. Il Direttore Amministrativo definisce gli orientamenti operativi delle strutture assegnate al

governo economico finanziario aziendale e garantisce, dal punto di vista amministrativo, lo sviluppo e l'implementazione delle reti che presiedono al sistema informatico di supporto alle attività direzionali proprie dei diversi livelli di governo aziendale e promuove programmi specifici per la formazione del personale amministrativo. Sovrintende al Percorso Attuativo di Certificabilità dei Bilanci.

1.4 Il Dipartimento dei Servizi Strategici

Il Dipartimento dei Servizi Strategici assolve alle funzioni di supporto dei processi deputati alla gestione dei principali meccanismi operativi aziendali, al fine di coadiuvare la Direzione Strategica e tutte le strutture interne di produzione nell'esercizio delle loro attività e nel perseguimento degli obiettivi. Le unità operative esercitano la propria funzione in una logica di supporto alla Direzione per i relativi processi decisionali, per i processi di integrazione e coordinamento, per i processi di allocazione delle risorse, di miglioramento e razionalizzazione delle attività, nell'ambito di un modello organizzativo le cui direttrici devono essere quelle di un modello Dipartimentale. Tali strutture agevolano altresì la funzione di collegamento tra la direzione e le rispettive strutture operative e supportano la Direzione strategica aziendale e le strutture sanitarie e socio sanitarie di produzione nella standardizzazione dei metodi di lavoro, in relazione a specifici processi tecnico assistenziali e/o a specifiche professionalità, nell'assicurare quel necessario ponte di collegamento fra attività gestionali ed attività cliniche.

Le strutture centrali del Dipartimento dei Servizi Strategici

Le unità operative facenti parte del succitato Dipartimento, come illustrato nell'organigramma allegato, sono:

UOC Qualità e Accreditamento/Rischio Clinico - UOS URP
UOSD Formazione ed Aggiornamento del Personale/Formazione Universitaria
UOC Controllo di Gestione
UOSD Strutture Private Accreditate
UOSD Affari Generali
UOSD Prevenzione e Protezione
UOC Cure Primarie (MMG – PLS – C.A. e Specialisti Ambulatoriali).-UOS Assistenza Sanitaria di Base e Migranti
UOSD Project Management Aziendale e Analisi/Monitoraggio Adempimenti LEA e Obiettivi Strategici
UOSD Rapporti con Organi e Organismi Aziendali
UOC Direzione Sanitaria P.O. Ariano Irpino
UOSD Direzione Sanitaria P.O. Solofra
UOSD Direzione Sanitaria P.O. S. Angelo dei Lombardi
UOSD Farmacia Ospedaliera P.O. Solofra
UOSD Farmacia Ospedaliera P.O. S. Angelo dei Lombardi
UOC Farmacia Ospedaliera P.O. Ariano I.
UOSD Farmaceutica territoriale, convenzionata e farmacovigilanza – Flussi Informativi
UOC Emergenza Territoriale e Centrale Operativa

*La UOC Farmacia Ospedaliera del P.O. di Ariano, la UOSD Farmacia Ospedaliera del P.O. di S. Angelo dei Lombardi e la UOSD Farmacia Ospedaliera del P.O. di Solofra continuano a svolgere anche attività farmaceutica territoriale nell'ambito del distretto di appartenenza, in attesa che si realizzi quanto previsto dai DCA 99/2016 e 67/2016. La UOSD Farmaceutica Territoriale, Convenzionata e Farmacovigilanza - Flussi Informativi, sino alla realizzazione di quanto previsto dai succitati Decreti ed in considerazione della estensione del territorio, della carenza di risorse umane specialistiche e della necessità di assicurare una uniformità di procedure sull'intero territorio aziendale, si avvale della collaborazione delle tre farmacie Ospedaliere per garantire l'attività farmaceutica territoriale; questa stessa UOSD assicura i corretti flussi informativi di propria competenza. Al fine di assicurare lo svolgimento delle funzioni in modo omogeneo e coordinato per tutta l'Azienda, viene affidata la organizzazione funzionale dell'intera area farmaceutica alla Direzione Sanitaria Aziendale, da concretizzarsi in un Regolamento di Organizzazione e Funzionamento da predisporre entro i 90 giorni successivi alla approvazione dell'Atto da parte degli Organismi Regionali.

UOC Qualità e Accreditamento/Rischio Clinico: L'Azienda istituisce la UOC Qualità e Accreditamento- Rischio Clinico, il cui responsabile svolge di fatto il ruolo di "Risk Manager", al fine di garantire la sicurezza della pratica medica, con la collaborazione di un dirigente dedicato al quale sarà conferito un incarico professionale di alta specializzazione. La struttura, oltre che supporto tecnico all'OIV, promuove la qualità dell'assistenza attraverso lo sviluppo o l'adattamento e l'aggiornamento di procedure organizzative e di linee guida professionali e la verifica della loro applicazione con particolare riferimento alle tre dimensioni della qualità: tecnico-professionale, gestionale e percepita.

UOC Cure Primarie (MMG – PLS – C.A. e Specialisti Ambulatoriali): La UOC Cure Primarie gestisce l'assistenza sanitaria primaria e la continuità delle cure sul territorio aziendale. La riorganizzazione dell'assistenza Territoriale, con il nuovo Piano delle attività Territoriali (DCA 99/2016), deve transitare attraverso una revisione che interessi intensamente l'area delle Cure Primarie, fondamentale trait d'union tra il cittadino e il SSR, recuperando la propria mission di prossimità, di fiducia, di presa in carico. L'attività precipua dell'Unità Operativa è quella di essere deputata alla gestione del coordinamento delle attività di assistenza primaria, con la gestione dei contratti dei Medici di Medicina Generale (Medici di Assistenza Primaria, Medici di Continuità Assistenziale, Medici della Medicina dei Servizi), dei Medici Pediatri di Libera Scelta e Medici, Chimici, Psicologi, Biologi della Specialistica Ambulatoriale Interna, nonché all'espletamento delle procedure per l'attivazione, il potenziamento e l'analisi relativa alle attività dei Medici afferenti al

servizio di Emergenza Territoriale, d'intesa con la struttura di emergenza, al fine di garantire l'assistenza sanitaria di base, ai cittadini residenti e non, su tutto il territorio della Azienda Sanitaria, valutando anche, con gli altri Servizi sanitari, l'implementazione delle attività che consentono l'integrazione Ospedale – Territorio. Nell'ambito delle Cure Primarie i Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta rivestono un ruolo fondamentale essendo per i pazienti punto di riferimento clinico per la diagnosi ed il trattamento delle patologie più comuni e per l'Assistenza Domiciliare in caso di pazienti affetti da patologie cronico-degenerative. Rappresentano il fulcro di un processo assistenziale che tende sempre più a portare i servizi alle persone piuttosto che a portare i pazienti verso luoghi di cura. (Vedi anche paragrafo 2.2.6). Sono assegnate alla UOC le definizioni relative alla istituzione presso l'Azienda del Comitato Zonale previsto dall'ACN del 17.12.2015 per gli Specialisti Ambulatoriali, come da disposizioni regionali.

UOSD Strutture Private Accreditate

La struttura si occupa dei rapporti con i fornitori privati di prestazioni sanitarie, del settore sanitario e socio sanitario, che operano in regime di accreditamento, con essi vengono stipulati i contratti definendo tipologia e quantità delle prestazioni offerte, sulla base dei bisogni di cura rilevati e finanziati dalla Regione Campania. La struttura esercita inoltre una attività di raccordo centrale con gli altri Comitati/Commissioni (CCAA, CTM, COM, NOC) deputati al controllo sulla erogazione delle prestazioni dei privati accreditati, non soltanto in ragione di quelli che sono i controlli istituzionali e di merito, che vanno dall'appropriatezza, alla verifica del mantenimento dei requisiti minimi organizzativi, alla valutazione delle capacità operative, ai controlli di qualità, ma anche di operare sui percorsi di accesso e di integrazione operativa con le strutture pubbliche. La Unità Operativa opera quindi per il coordinamento centrale e la definizione dei volumi di attività in ragione delle capacità operative e dei tetti di spesa indicati dalla Regione, anche attraverso una continua verifica della produttività che influenza ed orienta la ripartizione delle risorse finanziarie, in quanto si traduce in un diretto beneficio per la collettività. L'interesse primario da perseguire è l'elevazione dello standard qualitativo del servizio nel suo complesso.

Le strutture accreditate costituiscono una “rete” assistenziale per il soddisfacimento dei bisogni che si va' ad integrare con le strutture aziendali anche in ragione dei tempi di attesa..

UOSD Coordinamento delle Professioni Sanitarie

Servizi delle professioni sanitarie infermieristiche e ostetriche, della riabilitazione e delle altre professioni tecnico sanitarie.

Al fine di dare compimento a quanto previsto dalle indicazioni della legge del 10 agosto n. 251 e dalla Legge Regionale del 10 aprile 2001 n. 4, e per valorizzare tutte le professioni sanitarie, l'azienda provvede alla costituzione dei Servizi delle professioni infermieristiche e

ostetriche, delle professioni della riabilitazione, delle professioni tecnico sanitarie e delle professioni di tecnico della prevenzione, tenendo conto di quanto previsto dal CCNL dirigenza SPTA del SSN del 17/10/2008 art. 8 comma 2, s.m.i..

Tali servizi devono espletare le funzioni individuate dai regolamenti regionali e dalle altre norme in materia e devono utilizzare metodologie di pianificazione per obiettivi al fine di assicurare una adeguata risposta ai bisogni di salute dei singoli e della collettività mediante l'ottimizzazione, il coordinamento ed il controllo della qualità delle prestazioni delle professioni. L'Azienda "integra i predetti servizi nei dipartimenti previsti dall'atto aziendale, avuto riguardo alla omogeneità di competenza e di intervento, e delle aree disciplinari di riferimento e/o ne determina il collegamento funzionale con tali dipartimenti". L'Azienda attiva in fase iniziale i 4 Servizi delle Professioni Sanitarie, ossia il Servizio delle professioni infermieristiche e ostetriche, il Servizio delle professioni della riabilitazione, il Servizio delle professioni tecnico sanitarie, il Servizio delle professioni di tecnico della prevenzione, affidando incarico professionale ad un dirigente per ciascuna delle suddette professioni ed una struttura semplice dipartimentale con funzioni di coordinamento, che, allocate nel Dipartimento dei Servizi Strategici, faranno riferimento alla Direzione Strategica Aziendale. Con successivo regolamento verranno disciplinate le modalità di organizzazione e funzionamento dei Servizi delle professioni sanitarie infermieristiche e ostetriche, della riabilitazione e delle altre professioni tecnico-sanitarie. I compiti dei dirigenti dei servizi di cui sopra, prevedono il concorso, per gli aspetti di competenza, 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, per questi si richiama integralmente quanto specificamente contenuto nel regolamento di attuazione della Legge Regione Campania precedentemente richiamata e cioè la D.G.R.C. n. 336/2003. I servizi centrali delle professioni sanitarie sono a loro volta collegati in LINE con i Servizi Infermieristici e delle altre Professioni Sanitarie e Sociali a livello Ospedaliero, Distrettuale, Dipartimentale e di Unità Operativa o Servizio cui è preposto personale anche con incarichi di posizione organizzativa o di coordinamento. Gli incarichi ai dirigenti dei servizi delle professioni sanitarie sono conferiti attraverso le procedure concorsuali di cui al DPCM del 25/01/2008 pubblicato nella G.U. – Serie Generale n. 48 del 26/02/2008, s.m.i.

UOSD Rapporti con Organi e Organismi Aziendali

L'Obiettivo di questa Unità Operativa è garantire l'andamento di tutte le attività di segreteria della Direzione Generale, della Direzione Sanitaria, della Direzione Amministrativa, del

Collegio di Direzione, del Collegio Sindacale e degli altri Organismi aziendali. Il dirigente preposto svolgerà una delle funzioni più delicate, in ragione sia della quantità dei processi che attraversano l'attività di tali uffici, sia per la complessità e la particolarità delle decisioni. L'Unità Operativa cura la verbalizzazione delle sedute degli Organi collegiali dell'Azienda e ne assicura la relativa custodia e archiviazione, garantendo il corretto e tempestivo esercizio degli adempimenti connessi. Cura, inoltre, gli adempimenti connessi alle interpellanze, interrogazioni e notizie richieste da Organi istituzionali esterni, d'intesa con il Direttore Sanitario e Amministrativo secondo le rispettive competenze, assicura gli adempimenti connessi alla corrispondenza, alla segreteria telefonica e alla gestione degli appuntamenti, nonché le problematiche connesse alla privacy.

1.5 Le strutture centrali delle Aree di Coordinamento Amministrative Tecnico – Economica e Tecnico – Giuridica.

Le unità operative afferenti all' Area di Coordinamento Tecnico - Economica, come illustrato nell' organigramma allegato, sono:

- UOC Contabilità Generale - UOS Bilancio e Fiscale
- UOC Tecnico Patrimoniale - UOS Patrimonio Immobiliare
- UOC Provveditorato - UOS Economato

Nell'ambito della UOC Tecnico Patrimoniale viene individuato l'Energy Manager, una figura professionale che vede tra i propri compiti principali l'analisi, il monitoraggio e l'ottimizzazione dell'uso dell'energia delle imprese e degli enti pubblici o privati, consentendo così di conseguire benefici economici, energetici, ambientali e legati alla produzione di beni e servizi. (Legge 9 gennaio 1991, n. 10 art. 19), s.m.i.

Le unità operative afferenti all'Area di Coordinamento Tecnico – Giuridica, sono:

- UOC Gestione Risorse Umane - UOS Gestione Economica e Previdenziale
- UOC Assistenza Giuridico Legale - UOS Ufficio Sinistri – Gestione Flussi
- UOC Sistemi Informativi e Informatici

L' Azienda intende favorire i processi di integrazione tra i servizi amministrativi centrali e le funzioni amministrative territoriali/ospedaliere attraverso organiche connessioni funzionali.

Le aree di coordinamento non presuppongono la individuazione di un incarico. **Nell'ambito della UOC Tecnico Patrimoniale sarà attivato anche un Servizio di Ingegneria Biomedica.**

1.6 Nuclei Operativi di Controllo

Sono già istituiti presso l'Azienda, ai sensi della normativa Regionale, D.G.R.C. n. 499 del 25/11/2013, i Nuclei Operativi di controllo, cui compete il Piano dei Controlli sulle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, in particolare per quanto riguarda i controlli in ambito ospedaliero:

- Verifica dell'eventualità di aumenti artificiosi delle prestazioni erogate;
- Verifica dell'anomala selezione della casistica trattata (difforme rappresentazione delle prestazioni effettivamente erogate attraverso l'inesatta compilazione della cartella clinica, della scheda di dimissione ospedaliera e/o della documentazione attestante l'erogazione delle prestazioni);
- Verifica della ingiustificata frequenza, nella casistica trattata, degli episodi di ricovero classificati come anomali, in base ai criteri di cui alla vigente normativa;
- Ogni altro comportamento che non corrisponda ad un impiego ritenuto adeguato del sistema di remunerazione a prestazione.

1.7 Servizio Ispettivo

Il servizio svolge compiti ispettivi effettuati su disposizione del Direttore Generale e non declinati nel presente atto. Il Nucleo Ispettivo, già istituito presso l'Azienda, rappresenta l'organismo attraverso il quale l'Azienda svolge attività ispettiva su atti e fatti di gestione, attraverso verifiche e sopralluoghi nei confronti di strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private, facendo capo, funzionalmente, alla Direzione Generale. **Il Servizio, sempre su disposizione del Direttore Generale, provvede agli accertamenti ed alle relative verifiche su tutti gli aspetti della ASL, sia sanitari che amministrativi, che presentino elementi di scostamento dalle vigenti disposizioni normative in materia.**

Capo IV – L’Organizzazione Aziendale

1. Criteri Generali

La Asl di Avellino opera mediante un assetto organizzativo che garantisce il rispetto dei principi di governo sia clinico che economico. Le soluzioni organizzative adottate nel presente Atto Aziendale si ispirano a criteri di efficienza, efficacia ed economicità, tenuto conto dei livelli intrinseci di complessità sia dimensionale (per le strutture operative presenti al proprio interno) sia di estensione territoriale del bacino di utenza provinciale.

A questo scopo è stato impostato un assetto organizzativo “a matrice” dove, con una chiara delineazione dei diversi livelli di responsabilità, si ricerca la massimizzazione dell’efficacia gestionale e clinico - professionale.

Le Strutture Operative sono di tipo prevalentemente gestionale; alcune sono integrate a livello di macro articolazioni trasversali che si configurano come dipartimenti funzionali a cui è riservato il ruolo di promotore nell’adozione di modelli operativi omogenei e coordinati mirati al miglioramento continuo delle prestazioni.

L’Atto Aziendale è caratterizzato da una consistente razionalizzazione del numero delle unità operative attraverso la quale si intende rafforzare il ruolo della figura del dirigente responsabile di struttura mettendolo nelle condizioni di avere una reale ed importante autonomia organizzativa e gestionale; al suo interno si valorizzano gli incarichi dirigenziali professionali, secondo quanto previsto dai CC. NN. LL.

2. Le Strutture Operative

Le Strutture Operative aziendali sono articolate nel rispetto della logica dipartimentale e di macrostruttura; ad esse fanno capo unità operative complesse e che gestiscono, in funzione dei programmi aziendali e degli obiettivi assegnati, le attività sanitarie e/o amministrative assicurando la massima efficacia ed efficienza nell’impiego delle risorse umane, tecniche e finanziarie attribuite a seguito di negoziazione con la Direzione Aziendale. Esse sono declinate attraverso il processo di budget ovvero con la condivisione di obiettivi predeterminati che ogni struttura aziendale persegue con propria autonomia gestionale.

Le procedure e i processi aziendali sono monitorati attraverso il controllo di gestione.

Ogni Macrostruttura Aziendale si può articolare in più unità operative complesse, unità operative semplici e semplici dipartimentali i cui requisiti sono:

1. La presenza obbligatoria di un solo responsabile;
2. La rilevanza quantitativa e strategica delle attività svolte;
3. L'attribuzione di un budget (obiettivi e risorse).

Le Macrostrutture Aziendali sono:

- i presidi ospedalieri;
- i distretti sanitari;
- i dipartimenti strutturali
- i dipartimenti funzionali

Ogni Macrostruttura aziendale si configura come un centro di responsabilità di secondo livello le cui articolazioni interne sono centri di responsabilità di primo livello.

2.1 Il Presidio Ospedaliero

I presidi ospedalieri dell'Azienda sono organizzati secondo il modello dipartimentale, per aggregazione delle strutture complesse e semplici e strutture semplici dipartimentali che lo compongono, come descritto nell'allegato organigramma.

I presidi ospedalieri dell'Azienda sono:

- Il Presidio Ospedaliero "S. Ottone Frangipane" di Ariano Irpino;
- Il Presidio Ospedaliero "A. Landolfi" di Solofra;
- Il Presidio Ospedaliero "Criscuoli" di Sant'Angelo dei Lombardi.

Dal Piano Regionale di Programmazione della rete ospedaliera ai sensi del DM 70/2015. DCA 33/2016:

"PO S. Angelo dei Lombardi: è presidio ospedaliero con Pronto Soccorso – sede di SPDC a valenza diurna, confermato come struttura di riabilitazione in quanto all'interno del presidio opera la Fondazione Don Gnocchi che gestisce l'attività di riabilitazione intensiva già con destinazione di 15 posti letto all'alta specialità neuro-riabilitativa codice 75.

PO Ariano Irpino: è Pronto Soccorso, configurato come hub di I livello nella rete cardiologica e spoke nella rete ictus. Viene riconfermata per la posizione geografica anche la deroga per il punto nascita.

PO Solofra: è Pronto Soccorso e PST nella rete trauma – mantiene il punto nascita e la Pediatria – spoke di I livello nella rete emergenza pediatrica considerato che è previsto un incremento a seguito della disattivazione del punto nascita del PO di Mercato S. Severino.

Lo stabilimento di Bisaccia, già convertito in struttura territoriale, viene integrato con Ospedale di Comunità, secondo le indicazioni del DM 70/2015, nonché di uno o più moduli di RSA, è confermato l'Hospice”.

I tre Presidi Ospedalieri di Ariano Irpino, di S. Angelo dei L. e di Solofra concorrono a garantire le prestazioni sanitarie necessarie dando vita, insieme, al concetto di ospedale unico che, pur diversificato nelle prestazioni, ne assicura il range più vasto possibile.

L'Azienda intende caratterizzare ciascuno dei tre plessi ospedalieri con la differenziazione di prestazioni in funzione, soprattutto, dei dati epidemiologici e dei bisogni emergenti, con particolare considerazione, segnatamente al territorio dell'Alta Irpinia, per quelli riferibili alle patologie proprie della terza età atteso che, come già in precedenza evidenziato, ci si trova in presenza di una popolazione con una grossa percentuale di over 65.

Si vuole altresì realizzare un “sistema ospedaliero aziendale” in grado di utilizzare al meglio sia le più recenti tecnologie informatiche e di comunicazione (tele radiologia, tele cardiologia, telemedicina), sia le innovative forme di organizzazione assistenziale (preospedalizzazione, DH, DS, dimissione protetta, Assistenza Domiciliare: ADI – ADO); un ospedale aziendale unico, insomma, che si faccia carico della diagnosi e cura del cittadino malato ovunque egli si trovi e che garantisca l'assistenza di tipo ospedaliero più appropriata alla severità della patologia. Tale sistema si pone l'obiettivo di fornire al cittadino della provincia di Avellino la migliore assistenza praticabile con possibile ricaduta positiva anche sulla mobilità sanitaria passiva.

Gli obiettivi si possono riassumere nel:

1. costruire una “rete” coerente con i problemi da affrontare;
2. perseguire la massima integrazione territorio-ospedale, ASL/A.O.;
3. coinvolgere tutti i punti di offerta sanitaria (pubblici e privati) con opportuni protocolli;
4. sviluppare la fase territoriale;
5. creare, se possibile, punti di attrattiva sanitaria.

Implementando la caratterizzazione dei tre PP. OO. ed attuando l'integrazione in rete delle rispettive specifiche attività con la costituzione di dipartimenti orizzontali intraospedalieri (area medica, area chirurgica ed area dei servizi) di dipartimenti misti Ospedale/territorio (materno infantile), è possibile coniugare la necessità della razionalizzazione dei PP. OO. derivante dalla applicazione del recente piano di programmazione regionale con la garanzia di offrire prestazioni di qualità e sicure ai cittadini della provincia.

I Dipartimenti ospedalieri sono:

- Dipartimento funzionale chirurgico
- Dipartimento funzionale medico
- Dipartimento dei servizi (con estensione territoriale)
- Dipartimento materno infantile (con estensione territoriale)

Le funzioni specialistiche esercitate da ciascun Presidio Ospedaliero sono quelle previste dalla programmazione regionale, sulla base delle disposizioni contenute nel DCA n.33 del 17 maggio 2016.

La missione fondamentale del Presidio Ospedaliero 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.

L'ospedale è preposto al trattamento di pazienti in urgenza o portatori di patologie acute, che ove programmate comprendono la riabilitazione e la gestione del paziente post acuto che, per complessità e/o intensità delle cure, non può essere preso in carico dai servizi territoriali.

L'ospedale 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.

Il Presidio ospedaliero, in quanto struttura operativa, è dotato di autonomia gestionale, con l'attribuzione di specifico budget.

La funzione di direzione è garantita da una UOC Direzione Sanitaria, che ha sede presso il P.O. di Ariano I. e che, assieme a due UOSD Direzione Sanitaria del P.O. di S. Angelo dei Lombardi e del P.O. di Solofra, assicurano le funzioni sui tre presidi della ASL di Avellino.

Presso il P.O. di S. Angelo dei Lombardi sarà attivato a breve termine il Servizio di Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD) che consente di trattare a domicilio pazienti, in condizioni di stabilità clinica, che altrimenti avrebbero necessità di ricovero ospedaliero per ricevere il solo trattamento nutrizionale. Il Servizio NAD consente di realizzare la deospedalizzazione di pazienti altrimenti destinati a lunghe degenze ospedaliere, mentre per il paziente e la famiglia può avere una valenza riabilitativa, consentendo il reinserimento del paziente nel tessuto sociale.

2.1.1. Direzione Medica di Presidio

Nei presidi ospedalieri della ASL di Avellino è istituita 1 U. O. C. Direzione Sanitaria, nel Presidio Ospedaliero di Ariano Irpino, mentre nei Presidi di Sant'Angelo dei Lombardi e di Solofra sono istituite due UOSD Direzione Sanitaria.

Il Direttore della U.O. C. Direzione Sanitaria ed i Responsabili delle UOSD Direzione Sanitaria del P.O. di S. Angelo e del P.O. di Solofra concorrono alla realizzazione della mission dell'Azienda attraverso l'esercizio di funzioni di direzione ed organizzazione dei rispettivi presidi ospedalieri, nell'ambito di una omogeneità di indirizzi.

Il Responsabile della Direzione Medica di Presidio assicura la funzione di integrazione e coordinamento interni, il coordinamento delle attività comuni e delle funzioni integrate tra i vari dipartimenti e la funzione di raccordo e di continuità operativa e programmatica con la direzione strategica.

In particolare, il Responsabile della Direzione Medica di Presidio:

1. Costituisce l'interfaccia fra la Direzione Aziendale e le Unità Operative ospedaliere e/o i Dipartimenti in merito alla qualità delle prestazioni e dei servizi erogati dal presidio e fra il Direttore del Distretto e gli stessi Dipartimenti per il perseguimento dell'obiettivo della continuità del trattamento;
2. Promuove e presidia il rapporto tra le Unità Operative ospedaliere e più in generale l'integrazione tra i soggetti che agiscono nelle diverse fasi del percorso assistenziale, interne all'ambito ospedaliero e nelle fasi di accesso e di dimissione al fine di garantire la corretta organizzazione ed esecuzione dei programmi assistenziali che devono essere orientati alla presa in carico ed alla risposta globale al bisogno;
3. Orienta il continuo adeguamento dei servizi offerti alla committenza, proponendo innovative forme di organizzazione dei servizi, di erogazione delle prestazioni secondo modalità atte a massimizzare efficacia, efficienza e qualità del processo assistenziale;
4. È promotore di un clima organizzativo positivo all'interno dei Presidi, orientato al rispetto dei valori di attenzione all'utente, umanizzazione, equità, appropriatezza, trasparenza, accessibilità ed accoglienza;
5. Ha la responsabilità complessiva degli aspetti igienico-sanitari dei Presidi;
6. Ha la responsabilità complessiva degli spazi e del loro utilizzo all'interno dei presidi;
7. Ha la responsabilità della sicurezza e della gestione dei rischi per i Presidi che dirige;
8. Ha la responsabilità ai fini della sussistenza, del mantenimento e dell'implementazione dei requisiti di carattere igienico - strutturale previsti dal processo di autorizzazione ed accreditamento del presidio ospedaliero;
9. Concorre alla definizione delle politiche aziendali in materia di libera professione ed ha la responsabilità dell'esercizio libero-professionale all'interno del Presidio Ospedaliero;
10. Organizza le attività dei Pronto Soccorsi presenti nei presidi ospedalieri in collaborazione con i responsabili delle UU. OO. SS. DD. Pronto Soccorso e Osservazione Breve;

11. Garantisce il rispetto del debito informativo relativo alle attività di pronto soccorso, ambulatoriale e di ricovero effettuate nei Presidi;
12. Propone alla Direzione Strategica gli obiettivi assistenziali e gestionali e di pianificazione delle attività;
13. Negozia il budget con la Direzione Strategica secondo le modalità organizzative previste dal regolamento di budget aziendale;
14. Risponde dei risultati complessivi in relazione agli obiettivi assegnati;
15. Propone iniziative di formazione e di studio;
16. Può delegare su autorizzazione espressa da parte della Direzione Generale parte dei compiti su descritti.

Le Direzioni Mediche di Presidio, individuate come UOC Direzione Sanitaria del P.O. Ariano I. e UOSD Direzione Sanitaria del P.O. di Solofra e UOSD Direzione Sanitaria del P.O. di S. Angelo dei Lombardi, afferiscono al Dipartimento dei Servizi Strategici.

Ciascuna Direzione Medica di Presidio sarà affiancata da un dirigente amministrativo a cui sarà affidato un incarico di natura professionale.

2.1.2 Aree interdipartimentali organizzativo – funzionali

Esse si configurano come punti di coordinamento di attività omogenee per finalità di tipologia di intervento e garantiscono 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. Le aree funzionali interdipartimentali potranno essere attivate nei casi in cui la tipologia di intervento prevede il coinvolgimento di almeno tre dipartimenti. Il responsabile del coordinamento va individuato nel Direttore della UOC Direzione Sanitaria ovvero in altro dirigente di struttura complessa non necessariamente ospedaliero, afferente alla Direzione Strategica Aziendale. Tali aree potranno essere attivate dall'Azienda per specifici percorsi assistenziali.

2.2 Il Distretto Sanitario

L'Azienda Sanitaria Locale è articolata in Distretti Sanitari, i quali sono macrostrutture dotate di autonomia economico-finanziaria e gestionale, con l'attribuzione di specifico budget. Il suo direttore assume da una parte il ruolo di tutela della salute nel proprio territorio e, dall'altra, il ruolo di diretto erogatore per alcune tipologie di servizi e prestazioni.

In coerenza con le indicazioni regionali, e tenuto conto della complessità organizzativa e di estensione territoriale caratterizzata da notevoli peculiarità, la Direzione Generale attribuisce un notevole peso e forza alla dimensione territoriale dell'assistenza sanitaria, muovendo passi importanti verso un auspicato riequilibrio tra ospedale e territorio.

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, diagnosi, e cura, nonché il soddisfacimento di tutti i bisogni burocratici ed amministrativi legati alla erogazione dei servizi sanitari territoriali secondo quanto previsto dai livelli uniformi di assistenza.

Il bacino del Distretto Sanitario si identifica con l'area territoriale dove sono presenti i punti di erogazione delle prestazioni socio sanitarie sia pubbliche che private accreditate. Esso adotta 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, i Pediatri di Libera Scelta e gli Specialisti Ambulatoriali che presidiano sia la funzione di accoglienza e prima valutazione (PUA) sia la valutazione funzionale Multidimensionale e la definizione di Progetti Assistenziali Individuali. I Distretti di cui sopra operano in raccordo con il Dipartimento della Fragilità, per le specifiche competenze ad esso attribuite.

Al fine di garantire il corretto assolvimento dei servizi distrettuali integrati nella rete dei servizi sanitari e sociosanitari, si conferisce un ruolo cruciale all'organizzazione di Punti di Accesso territoriali, i quali sono strategicamente allocati sul territorio per meglio rappresentare l'interfaccia diretta per il cittadino-utente con l'obiettivo di eliminare duplicazioni e sovrapposizioni. A tal fine usufruiscono dei servizi erogati direttamente dal rispettivo Distretto Sanitario e dal Dipartimento della Fragilità.

Mediante la Porta Unica di Accesso e l'Ufficio Socio Sanitario si garantisce:

- La funzione di accoglienza e informazione;
- La funzione di valutazione di primo livello;
- Lo smistamento dell'utenza ai servizi sanitari o sociali;
- L'attivazione della valutazione multidimensionale finalizzata ad una presa in carico integrata;
- L' attivazione di tutte le risposte necessarie a soddisfare la richiesta ed il bisogno del cittadino in relazione alle risorse disponibili.

Ufficio Socio Sanitario distrettuale.

Nel Distretto è pertanto individuato un Ufficio Socio Sanitario che, in staff alla direzione distrettuale e funzionalmente collegato alla UOC Coordinamento dei Servizi Socio Sanitari, in stretto rapporto con i servizi distrettuali, supporta la direzione nella programmazione e realizzazione dell'integrazione tra le attività di assistenza territoriale e quelle di 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. Gli Uffici Socio Sanitari distrettuali devono collaborare con il Coordinamento dei Servizi Socio Sanitari, in particolare nella funzione attribuita a quest'ultimo di curare il livello organizzativo, gestionale ed operativo della integrazione socio-sanitaria territoriale.

Tra i principali compiti del Distretto, e nello specifico del Direttore del Distretto Sanitario, si individuano:

- **Elaborazione del Piano delle Attività Territoriali (PAT)**, in stretta collaborazione con il Dipartimento della Fragilità, avendo attenzione al sistema delle compatibilità in termini di risorse e di bisogni da soddisfare;
- 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 centrali per la programmazione e controllo, del buon funzionamento del sistema informativo, e puntuale ed esaustivo assolvimento dei debiti informativi e, attraverso il controllo di gestione, 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.

I Distretti Sanitari individuati dall'Azienda sono:

1. Distretto Sanitario n.1 Ariano Irpino
2. Distretto Sanitario n.2 Monteforte Irpino;
3. Distretto Sanitario n.3 Sant'Angelo dei Lombardi
4. Distretto Sanitario n.4 Avellino;
5. Distretto Sanitario n.5 Atripalda;
6. Distretto Sanitario n.6 Baiano.

Presso le varie sedi distrettuali sono erogate, oltre alle prestazioni di assistenza primaria e medicina specialistica, anche le prestazioni tipicamente afferenti alla Riabilitazione, al Materno Infantile, Medicina Legale, Assistenza Farmaceutica, Salute Mentale in età evolutiva, Assistenza Domiciliare Integrata, Socio Sanitaria, non autosufficienza ed anziani fragili ed ai dipartimenti di:

- Prevenzione
- Salute Mentale e delle Dipendenze
- della Fragilità

Ad eccezione che per il Distretto di Monteforte, negli altri Distretti si trovano uno o più Presidi Distrettuali come di seguito specificato:

Distretto di Ariano: Presidi di Vallata, di Grottaminarda e di Mirabella.

Distretto di S. Angelo dei Lombardi: Presidi di Calitri e di Montella.

Distretto di Avellino: Presidi di Altavilla e Cervinara.

Distretto di Atripalda; Presidi di Montemiletto e Montoro.

Distretto di Baiano; Presidio di Lauro.

Nei Distretti di Ariano I., Avellino, Atripalda e Baiano vengono individuate due Unità Operative Semplici (in ciascuno dei suddetti Distretti) denominate UOS Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base e UOS Fasce Deboli; nel Distretto di Monteforte viene individuata una UOS denominata Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base e Fasce Deboli e nel Distretto di S. Angelo dei Lombardi viene individuata una UOS denominata Struttura Polifunzionale per la Salute – Bisaccia + RSA Nusco.

2.2.1 Il Direttore del Distretto Sanitario

Al Distretto Sanitario è preposto un direttore; tale incarico, a tempo determinato, è attribuito dal Direttore Generale sulla base di quanto previsto all'art. 3 sexies D.lgs. 502/92 e s.m.i.

Il Direttore del Distretto Sanitario è responsabile del funzionamento di tutti i servizi di diretta competenza. E' responsabile in via diretta delle attività del Distretto, della gestione delle risorse umane, strumentali e finanziarie assegnategli per il perseguimento degli specifici obiettivi, nonché, della pianificazione e valutazione delle attività territoriali sanitarie e sociosanitarie in collaborazione con il Dipartimento della Fragilità, rispondendo al Direttore Generale della suddetta gestione e dei risultati raggiunti. Il Direttore del Distretto supporta la Direzione Strategica nei rapporti con i Sindaci del Distretto nonché con gli altri soggetti già richiamati con riferimento all'art. 1 della legge n. 328/2000, s.m.i.

Il Direttore del Distretto Sanitario è affiancato da un dirigente amministrativo con incarico professionale.

Nell'ambito dell'organizzazione delle funzioni del Direttore del Distretto si colloca l'**Ufficio di Coordinamento delle attività Distrettuali (UCAD)**, (rappresentativo delle professionalità presenti nel Distretto), del quale fanno parte, in base ai rispettivi Accordi Collettivi Nazionali, i Medici di Medicina Generale e le altre categorie di personale sanitario convenzionato.

2.2.2 Funzioni di produzione e di committenza del distretto

Nel garantire il rispetto del principio del recupero del ruolo e della centralità del Distretto Sanitario, l'Azienda Sanitaria Locale Avellino configura una organizzazione territoriale in grado di affiancare il paziente utente nella molteplicità degli ambiti della propria vita, nel rispetto della diversità delle compagini sociali e di intercettarne le corrispondenti esigenze di assistenza. A tal fine sul territorio si istituisce una rete di servizi opportunamente potenziati che assolvano alla prioritaria funzione di governo dei fabbisogni di salute della popolazione, orientando il paziente-utente ed organizzandone direttamente la presa in carico per l'erogazione delle attività assistenziali a bassa intensità di cura ma di rilevante impatto sociale, con un beneficio atteso di recupero di efficienza, di appropriatezza e di qualificazione delle prestazioni ospedaliere così, correttamente filtrate.

Il ruolo centrale del Distretto Sanitario viene enfatizzato nella specifica attribuzione di funzioni sia di erogazione di prestazioni e di servizi al cittadino, ma anche di orientamento della utenza per l'utilizzo delle strutture specialistiche per l'erogazione delle prestazioni socio sanitarie integrate organizzate e gestite dai dipartimenti territoriali di competenza.

Il modello organizzativo dell'Azienda è dipartimentale e distrettuale, esso individua le funzioni di tutela sanitaria e socio sanitaria della popolazione in capo alla Direzione del Distretto; è quest'ultima che assume la funzione di governo a livello locale e di tutte le funzioni territoriali anche in ottemperanza alla normativa di settore più recente, funzione di governo che si esprime sia con produzione propria che attraverso committenza e valutazione nei confronti delle altre strutture dipartimentali che sovrintendono al corretto espletamento delle attività in una logica interdistrettuale, non avendo adeguate e sufficienti risorse umane, amministrative e medico specialistiche, tali da poter garantire tutte le prestazioni in maniera omogenea su ognuno dei sei Distretti Socio Sanitari dell'Azienda ed in ognuno dei 10 Presidi Distrettuali ad essi afferenti.

Comunque in linea con quanto sancito dal Decreto del Commissario ad Acta n. 99 del 22.09.2016: PIANO REGIONALE DI PROGRAMMAZIONE DELLA RETE PER

L'ASSISTENZA TERRITORIALE 2016 – 2018” e nelle more della attuazione del Decreto Commissariale n. 67 del 14.07.2016 “Provvedimento di definizione del fabbisogno di personale delle Aziende Sanitarie della Regione Campania”, l'Azienda svilupperà reti operative territoriali che contrastano l'attuale logica organizzativa distrettuale ancora troppo spesso costruita a canne d'organo; dovrà essere implementata la multidisciplinarietà degli interventi, ricercata una integrazione più efficace, adottata la presa in carico del paziente che è ancora solo nella ricerca del proprio percorso.

Nella nuova organizzazione territoriale le strutture facenti parte del Dipartimento dei Servizi Strategici e del Dipartimento Materno Infantile, con funzioni di Coordinamento di Aree specialistiche o Servizi prettamente territoriali, non potranno in alcun modo non confrontarsi con i Direttori di Distretto per le modalità di presa in carico, valutazione del bisogno, della prestazione, degli esiti; con lo stesso concorreranno ad una programmazione condivisa ed allo stesso renderanno conto delle attività rese, delle risorse impegnate, degli obiettivi conseguiti per la popolazione di riferimento. Resta inteso che ai Dipartimenti Funzionali restano affidati esclusivamente compiti di natura tecnico – professionale, per una necessaria omogeneità di visione, rimanendo nella responsabilità del singolo Direttore di Distretto la natura gestionale ed organizzativa del processo. Il Dipartimento della Fragilità, pur essendo un Dipartimento di tipo strutturale e quindi dotato di autonomia gestionale, dovrà parimenti confrontarsi con i Direttori di Distretto per tutto quanto espresso in precedenza.

Il Direttore di Distretto, con il Direttore della UOC Coordinamento dei Servizi Socio – Sanitari, supporta 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. Con costoro predispone e sottoscrive il Piano di zona che viene sottoposto alla validazione del Direttore Generale.

Pertanto, come raffigurato nell'allegato Organigramma e precisamente nelle tavole denominate Distretti e Ulteriori Funzioni Presenti nei Distretti, le Direzioni Distrettuali si avvarranno delle Unità Operative Semplici Distrettuali di Ariano Irpino, Monteforte Irpino, S. Angelo dei Lombardi, Avellino, Atripalda e Baiano, la cui responsabilità sarà affidata a dirigenti medici, e degli **incarichi professionali** parimenti conferiti a dirigenti medici distrettuali per assicurare le funzioni di produzione dei Distretti come di seguito esplicitate, incarichi che potranno avere anche una valenza interdistrettuale là dove non vi fossero le sufficienti risorse specialistiche, in una logica organizzativa orizzontale e non a canne d'organo come raffigurato nella tavola Ulteriori Funzioni Presenti nei Distretti:

- 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, con il personale dipendente specialistico già presente nei distretti (Pediatri e Ginecologi);

- Assistenza primaria, che garantisce l'attività assistenziale a favore della comunità di riferimento e innanzitutto la continuità assistenziale, con il personale medico della continuità assistenziale già presente nei distretti;
- Riabilitazione e presa in carico dell'utente disabile attraverso le UVBR, 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, con il personale specialistico dipendente già presente nei distretti (Fisiatri), con le strutture riabilitative afferenti al Dipartimento della Fragilità, le UOSD Lungodegenza Codice 60 dei PP.OO. di Ariano Irpino e Solofra, in una logica di rete assistenziale riabilitativa che si completa con la riabilitazione intensiva della Fondazione Don Gnocchi presente nel Presidio Ospedaliero di S. Angelo dei Lombardi;
- 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;
- Assistenza domiciliare integrata, indirizzata prevalentemente a persone affette da malattie croniche, sindromi cliniche e funzionali, deficit multipli che determinano disabilità e non autosufficienza attraverso procedure che tengano conto di tale complessità, con il personale medico specialistico già presente nei distretti (Geriatrici) e la UOC Assistenza Anziani e Cure Domiciliari afferente al Dipartimento della Fragilità;
- Non autosufficienza ed anziani fragili, con il medesimo personale del capoverso precedente;
- Medicina legale, con il personale medico specialistico già presente nei distretti (Medici Legali);
- Iscrizione al Servizio Sanitario e consegna tessera d'iscrizione, con il personale della medicina di base già presente nei distretti;
- Scelta e revoca del medico, idem;
- Pratiche amministrative per la fruizione di prestazioni varie, comprese le prestazioni integrative, l'assistenza indiretta, le cure termali ecc.;
- Coordinamento e indirizzo dell'attività dei medici e pediatri di base, anche correlata alla gestione dei programmi terapeutici di altre UU.OO. e dell'anagrafe sanitaria;

- Erogazione dell'assistenza specialistica ed attivazione delle relazioni funzionali con gli altri livelli extra distrettuali dell'Azienda, compresi i Dipartimenti Ospedalieri, con gli specialisti SUMAI e gli specialisti dipendenti;
- Esecuzione del prelievo ematico, degli esami di laboratorio e strumentali ed attivazione delle relazioni funzionali con gli altri livelli extra distrettuali dell'Azienda, compresi i Dipartimenti Ospedalieri;
- Accesso alla specialistica in regime di convenzionamento esterno;
- Guardia medica notturna e festiva con eventuale mezzo di trasporto per soccorso sanitario. Tali funzioni vanno integrate con le funzioni dei SAUT di cui all'articolo 11 della L.R. 2/94 e relative delibere regionali;
- Assistenza farmaceutica ed assistenza integrativa;
- Assistenza alle categorie disagiate della popolazione tra cui gli stranieri ed i reclusi nelle strutture penitenziarie, in collaborazione con le specifiche strutture individuate.

In integrazione con il Dipartimento di Prevenzione svolge le seguenti funzioni (n.b.: le attività sono del Dipartimento strutturale di Prevenzione così come recita la normativa, ma integrate con i Distretti in una nuova logica organizzativa, in considerazione soprattutto della necessità da parte del Direttore di Distretto di avere la completa conoscenza del territorio di propria competenza):

- Programmi di educazione alla salute in collaborazione con altre UU.OO. (es. UOC Materno Infantile);
- Profilassi e controllo delle malattie infettive;
- Accertamento, vigilanza e controllo dei fattori di rischio negli ambienti di vita;
- Certificazioni sanitarie a fini preventivi e di tutela della salute pubblica, e visite necroscopiche e adempimenti di polizia mortuaria;
- Controllo igienico sanitario della produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto, deposito, distribuzione degli alimenti e delle bevande; attività istruttoria per la emanazione di ordinanza del Sindaco – Autorità Sanitaria Locale;
- Altre attività istruttorie propedeutiche al rilascio di autorizzazioni sanitarie comunali non riservate ai servizi centrali del Dipartimento;
- Accertamento, vigilanza e controllo sui fattori di rischio negli ambienti di lavoro;
- Controllo della salute dei lavoratori;
- Controllo dell'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, nonché della preparazione e commercializzazione degli alimenti di origine animale;
- Profilassi animale ai fini della eradicazione delle malattie infettive;
- Vigilanza e lotta al randagismo;

- Controllo sulla preparazione, utilizzazione, commercializzazione ed impiego dei mangimi e degli integratori;

- Controllo sull' impiego dei farmaci di uso veterinario.

In integrazione con il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze svolge le seguenti funzioni (n.b.: le attività sono del Dipartimento strutturale di Salute Mentale e delle Dipendenze così come recita la normativa, ma integrate con i Distretti in una nuova logica organizzativa, in considerazione soprattutto della necessità da parte del Direttore di Distretto di avere la completa conoscenza del territorio di propria competenza):

- 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;

- Filtro della domanda di ricovero e controllo della degenza nelle Case di Cura;

- Assistenza ambulatoriale e domiciliare, anche alle famiglie;

- Rapporti terapeutici con nuclei familiari e gruppi;

- Intervento sulla crisi psichiatrica a livello territoriale;

- Attività riabilitative e sociali, attraverso le strutture semiresidenziali;

- Partecipazione a programmi di inserimento formativo, lavorativo ed occupazionale, utilizzando anche cooperative integrate;

- Conferma dei trattamenti sanitari obbligatori;

- Screening di patologie associate alla tossicodipendenza, in collegamento con altre unità operative anche extra distrettuali, compresi i dipartimenti ospedalieri;

- Supporto psicologico e psicoterapeutico, anche alle famiglie.

In integrazione con il Dipartimento della Fragilità svolge le seguenti funzioni (n.b.: le attività sono del Dipartimento strutturale della Fragilità, ma integrate con i Distretti in una nuova logica organizzativa, in considerazione soprattutto della necessità da parte del Direttore di Distretto di avere la completa conoscenza del territorio di propria competenza; i Direttori di Distretto fanno parte del Comitato di questo Dipartimento, anche per creare la maggiore integrazione possibile a livello territoriale):

- Programmi riabilitativi anche attraverso strutture semiresidenziali;

- Partecipazione a programmi di inserimento formativo, lavorativo ed occupazionale, anche coinvolgendo associazioni di volontariato e cooperative integrate;

- Attività preventive ed educazione alla salute nelle scuole in collaborazione con associazioni di volontariato, enti locali.

In integrazione con il Dipartimento Materno Infantile svolge le seguenti funzioni:

- Promozione della salute del bambino ivi comprese le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, nell'ambito della programmazione degli interventi vaccinali definita dal Dipartimento di Prevenzione;
- Promozione della salute della donna, ivi compresa la tutela della procreazione responsabile;
- Assistenza alla gravidanza, alla gestante a rischio, anche in collegamento operativo con funzioni extra distrettuali specifiche;
- Prevenzione dei tumori femminili anche in collegamento operativo con funzioni extra distrettuali;
- Promozione della salute degli adolescenti, in collegamento operativo con altre UU.OO.;
- Riabilitazione pediatrica, anche domiciliare in collegamento con altre UU.OO.;
- Attività di medicina scolastica ed interventi domiciliari per l'integrazione scolastica dei portatori di handicap, in collegamento con altre UU.OO.;
- Attività riabilitativa nei Centri Diurni, gestita in collaborazione con altre UU.OO.;
- Attività di educazione alla salute, anche in collaborazione con associazioni di volontariato ed Enti Locali;
- Partecipazione ai progetti di altre UU.OO. del distretto sanitario.

La funzione di committenza è propria della Direzione del Distretto che la esprime attraverso:

- a) L'analisi e la definizione dei bisogni di salute;
- b) La promozione della salute;
- c) La definizione di strategie di prevenzione, di concerto con il Dipartimento di Prevenzione, soprattutto per la prevenzione collettiva;
- d) Il governo dei volumi e delle tipologie di prestazioni acquistate dall'Azienda e assegnate con la politica di budget;
- e) Il monitoraggio dei volumi e delle tipologie di tutte le prestazioni erogate al fine di garantire l'equità di accesso.

Le attività per le quali il Distretto ha la funzione di committenza, sono svolte, come già detto, dalle Macrostrutture di competenza tra cui il Dipartimento della Fragilità, Il Dipartimento di Prevenzione ed il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze.

Esse rappresentano delle Macrostrutture aziendali che sovrintendono al corretto espletamento delle attività in una logica inter distrettuale e su committenza dei Distretti Sanitari.

Per quanto attiene al rapporto Distretto e Dipartimento di Prevenzione, l'area di integrazione riguarda essenzialmente i programmi e le iniziative di prevenzione primaria e di promozione di stili di vita salutari anche in collaborazione con i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di libera scelta, nonché tutte le attività precedentemente elencate.

Nei confronti del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, il Distretto è chiamato, in particolare, a definire le modalità di integrazione professionale per quanto attiene la valutazione e la progettazione congiunta degli interventi per i pazienti con problemi psichiatrici di particolare rilievo o con problemi di dipendenza, nonché tutto quanto già elencato. Analogamente per ciò che concerne i rapporti del Distretto con i Dipartimenti Materno Infantile e della Fragilità.

2.2.3 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 la normativa 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 trasmessa, a fini conoscitivi, 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 sanitarie proprie 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) del Piano di Zona Sociale.

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.

Sono abrogate tutte le precedenti statuizioni difformi da quanto previsto al presente capoverso.

2.2.4 Struttura Polifunzionale per la Salute di Bisaccia

Nell'ambito dell'organizzazione territoriale facente capo al Distretto di Sant'Angelo dei Lombardi, è presente la Struttura Polifunzionale per la Salute di BISACCIA le cui funzioni sono ricomprese all'interno della UOS Struttura Polifunzionale per la Salute – Bisaccia + RSA di Nusco, allocata all'interno della UOC DS n° 3 Sant'Angelo dei Lombardi; essa si identifica con una sede fisica e rappresenta un Centro attivo e dinamico della Comunità locale per la salute ed il benessere, in grado di raccogliere la domanda dei cittadini e di organizzare la risposta nelle forme e nei luoghi appropriati.

Costituisce, quindi, un modo per integrare e facilitare i percorsi e i rapporti tra servizi e i cittadini, restituire alla popolazione una visione unitaria del concetto di "Salute", sia come diritto di ogni cittadino, che come interesse della comunità.

Si tratta pertanto di una iniziativa che può essere di grande utilità per la riorganizzazione del welfare locale.

Il modello SPS, con l'offerta di servizi e prestazioni che essa propone, è un presidio strategico del Distretto Sanitario finalizzato a fronteggiare alcune tra le più evidenti criticità del rapporto tra il sistema sanitario regionale e il cittadino, nonché per garantire i livelli essenziali di assistenza sanitaria e socio sanitaria propri del Distretto.

Al fine di potenziare l'offerta assistenziale della rete territoriale, la struttura sanitaria "Di Guglielmo" di Bisaccia è stata convertita in Struttura Polifunzionale per la Salute, destinata ad ospitare, secondo la pianificazione aziendale, i seguenti servizi:

- **PSAUT con allocazione di eli superfice**
- **DAY SERVICE e attività ambulatoriali**
- **HOSPICE**
- **RSA disabili**
- **SIRE**
- **SUAP Pubblica**

Con il DCA n. 33/2016 “*lo stabilimento di Bisaccia, già convertito in struttura territoriale, viene integrato con **Ospedale di Comunità**, secondo le indicazioni del DM 70/2015, nonché di uno o più moduli di RSA. E’ confermato l’Hospice*”.

Nell’ambito della SPS possono essere pertanto allocati:

- Ambulatori di prime cure e per le piccole urgenze aperti nelle ore diurne, per piccoli interventi che non necessitano di ricovero in ospedale;
- La sede dell’attività di continuità assistenziale;
- La sede delle attività di PSAUT (Emergenza territoriale – 118). Per tali presidi si dovranno garantire i collegamenti con la rete delle eli superficie;
- Ambulatori infermieristici in cui gli infermieri distrettuali, pur mantenendo una propria autonomia professionale operano in stretto rapporto di collaborazione con i Medici di Medicina Generale nei moduli integrativi integrati;
- Ambulatori medici specialistici con aree e orari adeguati, parametrati sulla base delle esigenze della popolazione e che utilizzano specialisti convenzionati;
- Servizi di radiologia e di analisi cliniche;
- Le strutture di degenza territoriale (***ospedale di comunità***, residenza sanitaria, Hospice, etc.);
- **La sede per il coordinamento della rete aziendale cure palliative e terapia del dolore, che sarà affidato a dirigente medico esperto in cure palliative ed in possesso della specializzazione come da decreto Ministero della Salute 28 marzo 2013 s.m.i.**

La condivisione di spazi e di attrezzature tra i diversi attori permette una ottimale fruizione degli stessi, l’utilizzo più efficiente del personale di supporto, la garanzia di una copertura oraria maggiore dell’attività assistenziale, la possibilità di una organizzazione del lavoro più flessibile. **Con il DCA 33/2016, lo stabilimento di Bisaccia viene integrato con Ospedale di Comunità, secondo le indicazioni del DM 70/2015. Con il DCA 99/2016 nella stessa SPS di Bisaccia è programmata una Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP).**

2.2.5 L’Hospice di Solofra

Nell’ambito dell’organizzazione territoriale facente capo al Distretto di Atripalda è presente un’altra struttura di degenza territoriale ovvero l’Hospice di Solofra.

2.2.6 Il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale (MMG), dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) e degli Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI)

Il Medico di medicina generale ha da sempre ricoperto un ruolo importante nella vita dei cittadini, quasi sempre è il primo medico ad essere consultato per qualsiasi problema,

assumendo un ruolo fondamentale per la riduzione dei ricoveri inappropriati o per la riduzione degli accessi impropri ai Pronto Soccorso Ospedalieri (Codici bianchi e verdi). Il buon rapporto che si instaura con il paziente favorisce l'aderenza alla terapia farmacologica, assume spesso il ruolo di gate Keeper del SSN, cioè fa dialogare diverse figure sanitarie e socio-sanitarie. In tal senso l'Azienda si adopererà per ridurre le distanze comunicative tra le figure del medico specialista e del medico di medicina generale, analogamente tra medico di continuità assistenziale e medico di medicina generale, per consentire una migliore circolazione delle informazioni tra gli operatori ai vari livelli. La riorganizzazione dell'assistenza territoriale non può prescindere dal pieno coinvolgimento del medico di base, essendo la figura più gradita dai cittadini, come testimoniano i vari sondaggi, e partendo dai principali "punti di forza" rappresentati dal rapporto fiduciario medico-paziente, dalla disponibilità a ricevere il paziente in studio, dalla capillare diffusione degli studi medici vicino a dove vive il paziente. L'Azienda intende ricercare, migliorare ed implementare con i MMG, PLS e SAI, forme di collaborazione in attività che siano rivolte alla comunità. Deve essere attuato un reale coinvolgimento nel processo di trasformazione dei bisogni di salute in domanda espressa di prestazioni sanitarie. E' necessario modificare il rapporto che intercorre tra Azienda e MMG, PLS e SAI non più basato su una relazione caratterizzata prevalentemente da un'ottica burocratico - amministrativa, su un distacco dalla realtà aziendale di cui non si sentono partecipi, su una debole e frammentaria interrelazione con i medici operanti in altre strutture dell'Azienda, su una scarsa attenzione e sensibilità nei confronti delle implicazioni economiche delle scelte diagnostiche – terapeutiche e di conseguenza del loro impatto sul bilancio aziendale. E' invece indispensabile elaborare strategie volte a creare un rapporto di partnership tra MMG/PLS/SAI ed Azienda attraverso un radicale mutamento culturale dei rapporti che intercorrono tra Azienda e professionisti, portando alla definizione gli obiettivi comuni di salute e all'elaborazione di percorsi condivisi. Si vuole proporre in modo nuovo il ruolo del territorio, recuperando una collocazione centrale dei MMG, PLS e SAI che garantiscano un approccio centrato sulla persona e non sulla patologia. I MMG, PLS e SAI sono il punto di riferimento primario nella gestione del paziente, progettando i Profili di Assistenza a livello territoriale assieme a tutti gli altri servizi individuati nella gestione del paziente. Si potrà così avviare la definizione operativa della "Presa in Carico", di un percorso a cui indirizzare il paziente, che tenendo conto da un lato delle Linee Guida, dall'altro della concreta potenzialità del territorio in termini di offerta di servizi, riesca a limitare l'accesso a prestazioni e servizi impropri, sostituendoli con forme terapeutiche assistenziali che implicano maggiore razionalità nell'utilizzo delle risorse e nella qualità assistenziale. L'Azienda intende raggiungere

l'obiettivo di realizzare le Unità Complesse di Cure Primarie – UCCP (L. 8 novembre 2012 n. 189) e le forme sperimentali di aggregazione dei medici dell'assistenza primaria (Aggregazione Funzionale Territoriale AFT e UCCP) come da DCA n. 18/2015 Modello di Riorganizzazione delle Cure Primarie, DCA 99/2016 s.m.i. L'Azienda, nel rispetto di quanto previsto dai Contratti Nazionali di Categoria, procederà alla realizzazione di Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) come da programmazione - DCA 99/2016 -, salvo diversa allocazione da richiedere agli Organi Regionali.

2.2.7 “I Centri di Assistenza Diabetologica (CAD)”

L'Azienda, per quanto concerne i Centri di Assistenza Diabetologica (CAD), fa riferimento alla specifica normativa di settore, che di seguito si riporta: DGRC n. 1168 del 16.09.2005 “Linee di indirizzo per l'organizzazione dell'attività diabetologica e percorso assistenziale per il paziente diabetico”; DCA n. 14 dell'1.3.2016 “Accreditamento istituzionale definitivo di n. 3 Centri di Assistenza Diabetologica nella ASL di Avellino”;

DCA n. 35 del 30.05.2016 “Assistenza territoriale pazienti diabetici fabbisogno Centri di Diabetologia”, che fa riferimento alla DGRC 1168/2005 e stabilisce un fabbisogno di 1 Centro per l'Assistenza Diabetologica (CAD) ogni 100.000 abitanti e quindi per l'ASL di Avellino un fabbisogno di n. 4 Centri per l'Assistenza Diabetologica; Nota del Commissario Straordinario ASL Avellino prot. n. 14910 del 16.06.2016, inviata al Commissario ed al Sub Commissario ad acta con la quale si comunica che i Centri per l'Assistenza Diabetologica privati accreditati presenti nella ASL di Avellino sono 3;

DCA n. 84 del 27.07.2016 “DCA 35/2016 e Deliberazione di Giunta Regionale n. 330/2016. Determinazioni”, con il quale si conferma lo standard di 1 Centro per l'Assistenza Diabetologica (CAD) ogni 100.000 abitanti ed un fabbisogno di n. 4 CAD per la ASL di Avellino.

Pertanto la ASL di Avellino possiede, allo stato, n. 3 Centri di Assistenza Diabetologica privati accreditati, uno nel Distretto di Ariano Irpino, uno nel Distretto di Monteforte ed uno nel Distretto di Avellino; **l'unico Centro di Assistenza Diabetologica pubblico viene istituito nel Distretto di S. Angelo dei Lombardi, presso la sede di Lioni, al fine di soddisfare il fabbisogno aziendale complessivo e poter ampliare l'offerta alle tante persone affette da questa diffusa malattia.**

2.2.8 “I Centri antiviolenza”

Il Centro antiviolenza è stato istituito in ciascun Distretto dell'Azienda, compresi i due Presidi ospedalieri di Ariano I. e Solofra. Di recente è stato istituito un ulteriore Centro

antiviolenza nel Distretto di S. Angelo dei Lombardi, che vede il coinvolgimento degli operatori del Pronto Soccorso del P.O., degli assistenti sociali e degli psicologi dello stesso Presidio. E' stato definito un percorso all'interno del Presidio, che vede coinvolti i vari professionisti, i quali si adoperano anche per la divulgazione delle finalità del Centro nell'ambito dei Comuni del Distretto di S. Angelo dei Lombardi; sempre la stessa équipe che segue il paziente nel suo percorso, sia ospedaliero che territoriale, preso a modello da altre realtà sanitarie.

2.3 I Dipartimenti Strutturali

L'Azienda Sanitaria Avellino adotta la logica dipartimentale in quanto strumento utile a realizzare la presa in carico del paziente e la continuità assistenziale basandosi sull'adozione di linee guida e di percorsi assistenziali improntati sulla massima appropriatezza, umanizzazione e personalizzazione dell'azione clinica ed assistenziale, nonché funzionali a favorire l'adozione di modelli operativi tendenti, anche mediante l'uso condiviso delle risorse, al continuo miglioramento delle performance aziendali in termini di efficacia, efficienza ed economicità. Il dipartimento strutturale è dotato di autonomia economico-finanziaria e gestionale, con l'attribuzione di specifico budget.

Il dipartimento costituisce un'articolazione organizzativa, di indirizzo e di coordinamento per lo svolgimento integrato di funzioni complesse, è composta da almeno 3 UU. OO. CC i cui responsabili, pur essendo interdipendenti, mantengono la loro autonomia operativa.

Il dipartimento strutturale, nel rispetto degli ambiti di autonomia delle singole unità operative, ha una propria autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile funzionale a permettere il perseguimento degli obiettivi allo stesso direttamente riferiti.

Al dipartimento strutturale competono, pertanto, le funzioni di governo clinico, ovvero di coordinamento, orientamento, consulenza, supervisione finalizzate all'attuazione delle linee strategiche e di programmazione sanitaria ed, in particolare, spettano allo stesso i seguenti compiti:

- Coordinare, nell'ambito delle indicazioni e dei riferimenti della Direzione Strategica, gli obiettivi da perseguire (sia su base annuale che pluriennale);
- Gestire ed utilizzare, in modo coordinato ed integrato, le risorse attribuite (umane, economiche e tecnologiche) per:
 - o Perseguire gli obiettivi definiti in sede di contrattazione di budget;
 - o Tendere costantemente al miglioramento degli indicatori di performance riferiti all'efficienza, all'efficacia ed all'economicità;

- Garantire la costante realizzazione di interventi appropriati sia dal punto di vista clinico che gestionale;
- Negoziare gli obiettivi di budget con la Direzione Strategica e provvedere al trasferimento di tali obiettivi alle unità operative del dipartimento, ricercando comunque la massima condivisione di tutti i dirigenti e del personale assegnato;
- Ricercare la personalizzazione e l'umanizzazione degli interventi;
- Definire percorsi assistenziali o profili di cura basati sul coordinamento delle prestazioni che si rendono necessarie;
- Elaborare, condividere ed adottare linee guida e protocolli;
- Promuovere il miglioramento continuo della qualità;
- Promuovere azioni concrete per il raggiungimento di migliori livelli di appropriatezza;
- Elaborare sistemi di indicatori utili alla valutazione ed alla verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e del livello di efficienza delle diverse unità operative, delle diverse équipe professionali in esse rappresentate e dei singoli professionisti.

I dipartimenti strutturali della ASL Avellino sono:

1. **Dipartimento di Prevenzione;**
2. **Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze**
3. **Dipartimento della Fragilità**

Tali dipartimenti strutturali sono quelli previsti dalla legge o da specifiche indicazioni regionali; il Dipartimento della Fragilità mette assieme l'area delle fragilità, come meglio esplicitato nel paragrafo di riferimento. La scelta di armonizzare le competenze tecnico/professionali e multidisciplinari, 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 dei tre dipartimenti strutturali individuati. Si è tenuto poi in considerazione l'ulteriore criterio sancito dal DCA 18/2013 per la costituzione dei dipartimenti, ovvero del numero congruo di unità operative complesse, non inferiore a tre e non superiore a 15, per poterli individuare e la rilevante consistenza in termini di complessità gestionale e di quantità di risorse umane, tecniche e finanziarie utilizzate.

2.3.1. Direttore del Dipartimento Strutturale

Il Direttore del Dipartimento è nominato dal Direttore Generale fra i dirigenti di unità operativa complessa scelti, nell'ambito di una rosa di candidati proposta dal Comitato di Dipartimento, con le modalità ed i criteri stabiliti dalle norme e dagli specifici regolamenti (Modalità di affidamento, mutamento e revoca degli incarichi; modalità di funzionamento del Comitato di Dipartimento; Funzionamento dei Dipartimenti).

La durata dell'incarico di Direttore di Dipartimento è di tre anni con valutazione annuale secondo le modalità di cui al relativo regolamento; l'incarico rinnovabile consecutivamente una sola volta.

Il Direttore del Dipartimento strutturale, in particolare:

- Propone alla direzione strategica gli obiettivi assistenziali e gestionali e pianifica le attività dipartimentali, sentito il Comitato di Dipartimento;
- Coordina le attività e le risorse affinché il dipartimento assolvano in modo pieno i propri compiti ed al fine di assicurare che ogni struttura del dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee;
- Verifica la rispondenza degli obiettivi del dipartimento con quelli dell'Azienda;
- Partecipa alla negoziazione del budget secondo le modalità organizzative aziendali;
- Informa il Comitato di Dipartimento delle risultanze della negoziazione;
- Gestisce il budget del dipartimento;
- Garantisce l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative secondo le modalità di governo clinico come individuate nelle linee guida;
- Risponde dei risultati complessivi del dipartimento.

2.3.2 Il Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura operativa aziendale che garantisce la tutela della salute collettiva negli ambienti di vita e di lavoro, perseguendo obiettivi di promozione della salute e prevenzione delle malattie e delle disabilità, attraverso azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e di malattia di origine ambientale, umana ed animale. Esso è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità.

Il Dipartimento di Prevenzione produrrà il massimo sforzo di integrazione con le altre istituzioni e con gli altri settori del Servizio Sanitario, al fine di programmare interventi coordinati e complementari. In particolare, il dipartimento dovrà trovare nel distretto il luogo principale di integrazione e condivisione dei programmi, proprio perché il distretto è l'ambito dell'assistenza primaria ed è titolare delle relazioni con gli enti locali e con la comunità di riferimento. E' necessario sviluppare ed integrare le attività di promozione della salute con quelle di prevenzione, garantendo l'equità sociale degli interventi.

Nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione occorre conferire una multidisciplinarietà d'approccio alle attività relative alla sicurezza alimentare, che riguardano sia gli alimenti di

origine animale che quelli di origine vegetale. In tal senso, il servizio igiene degli alimenti e della nutrizione deve coniugare il controllo igienico degli alimenti e delle bevande con il controllo delle qualità nutrizionali degli stessi, al fine di prevenire le patologie di tipo infettivo - tossicologico e le patologie dismetaboliche legate ad una non corretta alimentazione. Per un corretto approccio alla sicurezza alimentare, nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione le attività di tipo medico devono essere integrate con quelle di tipo veterinario. Alla sanità pubblica veterinaria competono, invero, compiti complessi e articolati che si riconducono alla gestione complessiva della salute animale, del delicato equilibrio uomo – animale - ambiente e della tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale.

Il Dipartimento di Prevenzione, inoltre:

- Assicura 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;
- Ricerca in tali ambiti il miglioramento continuo della qualità degli interventi, costruendo e/o partecipando ad alleanze ed integrazioni con tutti i soggetti coinvolti.

Inoltre come definito dal D.L. n° 158 del 13 settembre 2012, le strutture organizzative dell'area sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare operano come centri di responsabilità dotati di autonomia tecnico-funzionale ed organizzativa.

L'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione è stata progettata in modo da evitare la frammentarietà delle funzioni, garantendo la piena integrazione tra le UU.OO. che lo compongono.

L'organizzazione del dipartimento è articolata su due livelli distinti:

- Un livello centrale costituito da una tecnostuttura investita di una “mission funzionale”. Facciamo riferimento a Direzioni con funzioni di tipo tecnico organizzativo e gestionale complessive, che sovrintendono 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 dirigenti medici e veterinari ai quali sarà affidata la “mission produttiva”, la cui dislocazione dovrà tenere conto delle peculiarità di ciascun territorio, degli insediamenti produttivi, del radicamento territoriale dei servizi, dell'entità numerica della popolazione (umana e animale) delle caratteristiche orografiche, della viabilità, dei collegamenti nell'ambito aziendale, delle esigenze culturali dei territori nonché

le loro specificità di richieste prestazionali. Queste stesse variabili dovranno essere misurate per definire la pesatura degli incarichi professionali di alta specializzazione che si andranno a conferire ai dirigenti medici e veterinari operanti sul territorio. A tal fine l'Azienda individua due Unità Operative Semplici Dipartimentali di Prevenzione Collettiva, ognuna operante su più distretti.

A livello territoriale la funzione della produzione inerente le attività e gli interventi di prevenzione correlati a tutte le UOC Centrali ed in particolare alle **UOC di Igiene degli alimenti e nutrizione, UOC Veterinaria Area B** Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale, **UOC Veterinaria Area C** Igiene degli allevamenti e delle produzioni, è assicurata dalle Unità Operative Territoriali del Dipartimento (Unità Operative Semplici Dipartimentali di Prevenzione Collettiva 1 e 2 e Unità Operativa Semplice Veterinaria Area B) e dai dirigenti medici e veterinari dislocati sul territorio, che, ai sensi dell'art. 3-quinquies, comma 3, del D. Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, trovano collocazione funzionale in ciascuno dei sei ambiti distrettuali dell'Azienda. Ai dirigenti medici e veterinari che operano a livello territoriale saranno affidati incarichi professionali, di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo a seconda del peso attribuito. In questa fattispecie ciò che prevale è la specifica competenza professionale. Tali incarichi prefigurano la diretta dipendenza dalle Unità Operative Complesse o dal Direttore del Dipartimento nei casi in cui verrà conferito incarico professionale che abbia valenza dipartimentale (DCA 33/2013).

Il Dipartimento di Prevenzione è pertanto costituito dalle seguenti unità operative:

- UOC Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP)
- UOC Servizio Epidemiologia e Prevenzione (SEP) e Registro Tumori
- UOSD Servizio Igiene e Medicina del Lavoro (SIML) e Amianto
- UOC Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPSAL)
- UOC Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN)
- UOSD Prevenzione Collettiva Territoriale 1
- UOSD Prevenzione Collettiva Territoriale 2
- UOC Veterinaria Sanità Animale Area A
- UOS Randagismo
- UOS Veterinaria Territoriale Area A
- UOC Veterinaria Igiene degli Alimenti di origine animale Area B
- UOS Veterinaria Territoriale Area B
- UOC Veterinaria Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche Area C

- UOSD Osservatorio Epidemiologico Veterinario
- UOSD Medicina Legale
- UOSD Responsabile Amministrativo.

I tecnici della prevenzione afferiscono al Direttore del Dipartimento.

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione presiede la Commissione Tecnica Multidisciplinare costituita ai sensi della DGRC n. 7301/2001 s.m.i.

Nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione viene istituita anche la **Medicina dello Sport**, che sarà affidata ad un dirigente con incarico professionale di alta specializzazione.

2.3.3 Il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze

Il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze è una struttura operativa dell'Azienda preposta alla promozione ed alla tutela della salute mentale della popolazione e svolge attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle sofferenze mentali e psichiche e delle disabilità psicofisiche, oltre che di tutte le dipendenze. Esso è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità.

Compete al Direttore del DSM e delle Dipendenze la gestione delle risorse assegnategli dal Direttore Generale per il raggiungimento degli obiettivi programmati. Il dipartimento opera, articolando e coordinando la propria azione sia a livello territoriale che ospedaliero attraverso una rete di servizi fortemente radicati nella comunità locale di riferimento, che assicurano, nel loro complesso, livelli di assistenza in grado di assicurare una risposta completa e articolata ai bisogni di salute delle persone portatrici di disagio e disturbo mentale o problemi di dipendenza. Il dipartimento garantisce la predisposizione di percorsi assistenziali integrati e di procedure operative omogenee, promuovendo la partecipazione degli utenti e dei loro familiari ed assicurando il coordinamento dei servizi di salute mentale e dei servizi per le dipendenze ai livelli di Distretto, Azienda e Regione.

L'organizzazione del Dipartimento 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, dal Programma Obiettivo Regionale per la Salute Mentale in Campania ex DGRC n. 2132 del 20/06/2003 e dal **DCA n. 33/2016 che prevede l'SPDC quale parte integrante del Dipartimento di Salute Mentale.**

Il modello organizzativo deve garantire:

- accessibilità, presa in carico, continuità delle cure, personalizzazione del progetto;
- percorsi a differente intensità assistenziale, in rapporto ai bisogni di cura;
- servizi flessibili, orientati sui bisogni e sulle persone;

- LEA garantiti nel loro complesso, sia dal DSM e delle Dipendenze che nello specifico dai Servizi per i Disturbi Neuropsichici in Infanzia e Adolescenza;
- percorsi esigibili individualmente, anche quando inseriti in attività di gruppo o in attività comunitarie.

Nel Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze è prevista la funzione di psicologia clinica, che verrà affidata ad un dirigente psicologo in possesso delle necessarie competenze, come da DCA 18/2013.

Le unità operative che compongono il Dipartimento sono elencate di seguito:

- UOC SM N.1 (Ariano I., S. Angelo dei L.)
- UOS C.S.M. N. 1 (Ariano I., S. Angelo dei L.) + DH
SPDC S. Angelo dei Lombardi **PL 8 Cod 40**
- UOC SM N. 2 (Avellino, Atripalda, Baiano, Cervinara, Lauro)
- UOS C.S.M. N. 2 (Avellino, Atripalda, Baiano, Cervinara, Lauro) – tenuto conto della numerosità della popolazione, nell’ambito del C.S.M. n. 2 viene individuato anche un dirigente con incarico professionale di alta specializzazione.
- U.O.C. R.E.M.S. S. Nicola Baronina + Articolazione Salute Mentale Carcere S. Angelo dei Lombardi + SIRE Bisaccia
- U.O.C. S.P.D.C. **P.L. 18 Cod. 40**
- U.O.C. Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza
- U.O.S.D. Centro Disturbi Alimentari (CDA) Solofra
- U.O.C. Ser.D e Alcologia

UOC Neuropsichiatria infanzia e Adolescenza: l'allocazione nell'ambito del DSM e delle Dipendenze è subordinata ad eventuali e diverse determinazioni della Regione Campania. **(Come da DCA 99/2016). La UOC Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza assicura la gestione ed il coordinamento del Progetto Autismo sul territorio aziendale; fanno parte di questo Progetto la realizzazione di un Centro Semiresidenziale con due moduli: A) Adolescenti 10 posti; B) Giovani adulti 20 posti, con integrazione del trattamento ABA domiciliare e scolastico. Il Progetto trova la sua sede presso il P.O. di S. Angelo dei Lombardi, in un area del tutto autonoma e indipendente, sia strutturalmente che funzionalmente dalle degenze ospedaliere. Il Trattamento ABA (Applied behaviour intervention), consigliato nel trattamento dei bambini con Disturbi dello Spettro Autistico, viene attuato attraverso un programma di intervento domiciliare e scolastico (DCA 134/2016 Linea Progettuale 4: Gestione delle cronicità – Delibera aziendale n. 147 del 31 gennaio 2017 in applicazione del citato Decreto ed in applicazione del DCA n.99/2016).**

La UOC Ser.D e Alcologia 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 del Dipartimento, vi è una articolazione organizzativa dedicata alle dipendenze (UOC SER.D e Alcologia, un incarico di alta specializzazione dedicato alla Alcologia, funzioni ambulatoriali territoriali, strutture intermedie diurne e residenziali, unità mobili, strutture accreditate degli Enti Ausiliari), il cui insieme configura un sistema di servizi e di azioni diversificate e adeguate alle diverse realtà e caratteristiche degli utenti di riferimento (consumatori di droghe e sostanze psicoattive illegali e legali, detenuti, senza dimora, alcolisti, consumatori problematici di cocaina e di alcol, Poli consumatori, consumatori ricreativi, dipendenze senza sostanze - Ludopatie, internet-addiction, etc.). Tale sistema di servizi ed azioni viene ulteriormente potenziato con la delibera n. 1456 del 30.11.2016: DCA N. 86/2016 Piano di Azione Regionale di contrasto alle dipendenze patologiche 2016-2018. Approvazione e autorizzazione allo svolgimento del programma di azione dipendenze patologiche ASL Avellino. Con tale atto si approva, da parte della ASL, il Programma di Azione Aziendale 2016-2018 di contrasto alle Dipendenze patologiche dell'Asl di Avellino, in linea con il Piano Regionale di contrasto alle Dipendenze Patologiche 2016-2018 approvato con D.C.A. n. 86 del 08/08/2016, che prevede apposite azioni di intervento complementari (Azione 1: Assistenza cittadini con dipendenza da sostanze; Azione 2: Assistenza cittadini con Disturbo da Gioco d'Azzardo). Nello specifico vengono previste:

Azione 1: Destinatari: cittadini con dipendenza patologica da sostanze.

Aree di intervento:

- a) Potenziamento dei Servizi Pubblici per le dipendenze, attrezzature, suppellettili, risorse umane, test;
- b) Procedura presa in carico integrata in favore di cittadini con cronicità da uso di sostanze stupefacenti con particolare attenzione alle nuove sostanze, cocaina e alcol;
- c) Attivazione ambulatori dedicati per assistenza ai cittadini con dipendenza;
- d) Azioni integrate con gli Enti Provvisoriamente Accreditati, di tirocini mirati al reinserimento socio-lavorativo, misure alternative alla detenzione, formazione, sostegno all'auto imprenditoria;
- e) Interventi trasversali o innovativi (unità di strada, ecc.).

Azione 2: Destinatari: cittadini con disturbo da gioco d'azzardo

Aree di intervento:

- a) Potenziamento dei Servizi Pubblici per le dipendenze, attrezzature, suppellettili, risorse umane, test;

- b) Organizzazione di ambulatori dedicati per l'assistenza e recupero dei giocatori d'azzardo;
- c) Interventi integrati di prevenzione sanitaria e socio-sanitaria;
- d) Standardizzazione percorsi diagnostici e di presa in carico del giocatore d'azzardo, compresa la consulenza legale e finanziaria, anche per la gestione del debito;
- e) Attività di supervisione clinica;

Percorsi sperimentali residenziali e semiresidenziali brevi d'intesa con gli Enti Provvisoriamente Accreditati.

2.3.4 Dipartimento della Fragilità

Il Dipartimento della Fragilità è la struttura operativa dell'Azienda che garantisce la programmazione, la gestione, la verifica e la valutazione degli interventi e delle azioni rivolte all'area delle fragilità. Il Dipartimento della Fragilità costituisce la macro articolazione di indirizzo, controllo e governo del sistema integrato dei servizi pubblici e del privato sociale ed è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità.

Per le **attività socio sanitarie** il Dipartimento prevede una integrazione delle Unità Operative ad esso afferenti con gli uffici socio-sanitari collocati nei distretti, secondo un modello di rete ed al fine di intercettare i bisogni dei cittadini sul territorio, in maniera tale da supportare la direzione distrettuale nella programmazione e realizzazione dell'integrazione tra le attività di assistenza territoriale e le attività di assistenza sociale e sovrintendere 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. Per quanto concerne l'organizzazione dell'**assistenza ai detenuti tossicodipendenti** viene programmata in modo coerente con l'assistenza ordinaria e raccordata con il circuito dei servizi dipartimentali e di quelli accreditati, sia per garantire la continuità assistenziale che per la corretta esecuzione delle misure alternative alla detenzione. In particolare la UOC SER.D del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, garantisce le attività per le Dipendenze Patologiche Penitenziarie, così come stabiliscono le Linee Guida per l'Adozione dell'Atto Aziendale, al fine di assicurare gli interventi di continuità assistenziale ai tossicodipendenti detenuti, in collaborazione con la **UOSD Tutela della Salute in Carcere**, a cui è affidata la gestione della salute della popolazione degli istituti penitenziari esistenti sul territorio aziendale.

Il Dipartimento individua il modello di management adeguato alla logica di rete e capace di garantire efficacia ed efficienza delle singole prestazioni articolate sia per obiettivi che per tipologie di servizi. Il Dipartimento garantisce logiche di sistema integrato curando particolarmente il sistema informativo e la valutazione.

La **UOSD Coordinamento Attività Riabilitative** ha il compito di organizzare la rete dei servizi di riabilitazione e i criteri generali per gli interventi riabilitativi attivabili all'interno dei livelli uniformi di assistenza previsti dal PSN; coordina le UVBR distrettuali, quest'ultima (UVBR) si integra con le Unità di Valutazione Integrata allorché è necessario un progetto riabilitativo nelle cure domiciliari integrate, assicura l'attuazione degli indirizzi e delle linee strategiche stabilite dalla Direzione Generale, fornendo indicazioni tecniche per lo svolgimento delle attività riabilitative assicurate dal **Centro Australia**, presidio di riabilitazione aziendale a gestione diretta, dal personale specialistico presente nei distretti (Fisiatri), dalle UOSD Lungodegenza Codice 60 dei PP.OO. di Ariano Irpino e Solofra, in una logica di rete assistenziale riabilitativa che si completa con la riabilitazione ospedaliera intensiva della Fondazione Don Gnocchi presente nel Presidio Ospedaliero di S. Angelo dei Lombardi; adotta un modello aziendale di percorso integrato sociosanitario attraverso l'individuazione di soluzioni organizzative più idonee in relazione alle esigenze della propria programmazione, alle caratteristiche proprie dei bisogni della popolazione e delle risorse esistenti e disponibili, concordando con quanto contenuto nelle Linee Guida per la Riabilitazione in Campania (Deliberazione n. 482 del 25.03.2003, s.m.i.). Il modello che si vuole realizzare è quello di una Clinical Governance Riabilitativa, con individuazione di percorsi condivisi ed una funzione di coordinamento attribuita alla struttura semplice dipartimentale, che presuppone anche controllo e verifica della applicazione del modello stesso da parte di tutti i soggetti appena citati, compresa la Fondazione Don Gnocchi. All'interno della UOSD Coordinamento Attività Riabilitative, verrà affidato un incarico professionale di alta specializzazione ad un dirigente medico dedicato alle attività del Centro Australia.

La UOSD Controllo Trattamenti Riabilitativi e Prestazioni Nomenclatore Tariffario e Protesica, effettua il controllo della produzione in quantità e qualità, con maggiore riferimento al rispetto di criteri di appropriatezza delle prescrizioni in rapporto alla diagnosi ed alle terapie prescritte, nonché dei progetti delle strutture accreditate; verifica dei dati mensili dell'erogato da parte dei C.A. per una analisi statistica degli scostamenti dagli standard prescrittivi; osservanza delle CC.OO.MM. strutturali e funzionali; verifica dell'implementazione da parte dei CC.AA. e degli specialisti distrettuali della piattaforma FILE H; controllo delle procedure adottate per la prescrizione di protesi ed ausili protesici.

Nell'ambito delle fragilità l'Azienda intende strutturare un **ulteriore Centro Alzheimer, oltre quello già presente nella città di Avellino**, onde garantire una adeguata copertura sull'intero territorio aziendale ed individua una **UOC Patologie Neuro degenerative**.

Come da Organigramma allegato, questo Dipartimento si compone pertanto di:

UOSD Tutela della Salute in Carcere

UOC Assistenza Anziani e Cure Domiciliari

UOSD Coordinamento Attività Riabilitative

UOSD Controllo Trattamenti Riabilitativi e Prestazioni Nomenclatore Tariffario e Protesica

UOC Coordinamento dei Servizi Socio Sanitari

UOC Patologie Neuro degenerative

La rete Riabilitativa interviene a supporto delle altre strutture sia per pazienti tossicodipendenti, detenuti e tossicodipendenti detenuti, sia per pazienti anziani o che necessitano di cure domiciliari, sia per interventi socio sanitari a forte rilevanza sanitaria per tutti gli aspetti inerenti l'attività riabilitativa, non solo e non tanto per le prestazioni in grado di erogare, ma per una gestione integrata dell'intero percorso di assistenza, cura e riabilitazione in una nuova vision di clinical governance.

Analogamente la complementarietà fra le strutture complesse va sostanziata nella "tante volte citata" assistenza integrata o presa in carico del paziente/utente, in una organizzazione a rete in base alla quale pazienti con patologie croniche invalidanti necessitano di interventi integrati in percorsi ben delineati, sia di tipo socio sanitario, che di **cure domiciliari** o di assistenza riabilitativa. La **UOC Assistenza Anziani e Cure Domiciliari** ha l'obiettivo principale di qualificare l'offerta delle cure domiciliari, mantenendo e consolidando il livello di copertura di oltre il 4% della popolazione anziana collocata in cure domiciliari ed incrementando l'offerta degli altri casi come recita il DCA 99/2016 (vedi punto 7 capo VI). Le Cure domiciliari rappresentano il cardine nel complesso sistema dei servizi sanitari e sociosanitari rappresentando:

- Una valida alternativa al ricovero ospedaliero per le persone affette da patologie cronico-degenerative ed oncologiche,
- L'opportunità per una dimissione protetta,
- L'alternativa o il complemento all'assistenza in strutture residenziali e semiresidenziali (in alcune occasioni e forme),
- La possibilità di permanenza in famiglia delle persone non autosufficienti ed in particolare di quelle di età superiore ai 65 anni.

Le cure domiciliari integrate, rivolte agli assistiti di ogni età, non esauriscono l'intera gamma delle prestazioni erogabili al domicilio come, ad esempio, le prestazioni erogate dalle UU.OO. Assistenza Anziani, materno infantile, psichiatria e il servizio tossicodipendenze, già previste dal DPCM 29 novembre 2001.

Le cure domiciliari integrate consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana. Nell'ambito delle cure domiciliari integrate risulta fondamentale l'integrazione con i servizi sociali dei comuni.

UOC Coordinamento dei Servizi Socio Sanitari

L'Azienda cura il coordinamento con i Piani di Zona, al fine di definire ed attuare gli interventi sociali ad alto impatto sanitario. E' preposto al governo di tale funzione il Direttore della UOC Coordinamento dei Servizi Socio Sanitari che, supporta la direzione strategica e le strutture dipartimentali e distrettuali nella governance dei processi gestionali e professionali che sottendono all'intero sistema socio-sanitario. La struttura è dedicata ad aggregare tutte le attività assistenziali socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, individuate dal D. Lgs. 229/99, dal DPCM 14.02.01 e dal DPCM 29.11.01 e successive indicazioni regionali e ministeriali, e costituenti nel loro insieme l'Area Socio-Sanitaria ad Elevata Integrazione Sanitaria (materno infantile, anziani, disabili, fisici, psichici e sensoriali, salute mentale, dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezione dal 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.

Quindi le attività del Dipartimento, ferme restando le specificità di ciascuna struttura che lo compone, sono rivolte ad una grossa fetta di popolazione di tutte le età, giovane/adulta/anziani, per lo più fragile, costituita da:

- Pazienti detenuti nei penitenziari, assuntori di droghe o non,
- Pazienti in cura domiciliare, anziani e non,
- Pazienti/utenti che necessitano di interventi socio sanitari a forte rilevanza sanitaria,
- Pazienti/utenti che necessitano di assistenza riabilitativa,

in una ottica di gestione integrata, multidisciplinare, di gestione del percorso di assistenza, cura e riabilitazione.

In relazione agli indirizzi ed alle linee strategiche stabilite dalla Direzione Generale e con riferimento alla loro attuazione, ferma restando la necessità di assicurare le funzioni e le attività che si dovessero rendere necessarie per il raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Direzione strategica, il “Dipartimento della Fragilità”, svolge le seguenti attività:

- Organizzare e pianificare la produzione (pianificazione operativa);
- Garantire, rispetto agli obiettivi acquisiti, la produzione e i risultati ottenuti attraverso il controllo di qualità tecnica e il controllo di efficienza;
- La misurazione delle performance di processo e l'analisi delle attività/del valore;
- 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 di struttura;
- 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
- Il dipartimento, inoltre, adotta linee guida e percorsi assistenziali improntati alla massima appropriatezza, umanizzazione e personalizzazione dell'azione clinica ed assistenziale, è funzionale all'adozione di modelli operativi tendenti al continuo miglioramento delle performance aziendali.

Più in particolare spetta il compito di:

- Tendere al miglioramento degli indicatori di performance riferiti all'efficienza, l'efficacia e l'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.00. delle diverse equipe professionali in esse rappresentate e dei singoli professionisti.
- Armonizzare le competenze tecnico/professionali al fine di evitare da un lato la frammentazione delle risposte, dall'altro la variabilità delle opzioni erogative;

- Esercitare una forte giurisdizione:
 - o Sulla gestione delle risorse.
 - o Sulla definizione degli obiettivi.
 - o Sulla realizzazione delle funzioni.
- 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 Direttore del Coordinamento Socio Sanitario supporta la direzione e le strutture dipartimentali e distrettuali nella governance dei processi gestionali e professionali che sottendono all'intero sistema socio-sanitario.

Fanno parte del Comitato di questo Dipartimento, anche i Direttori dei Distretti, al fine di creare la maggiore integrazione possibile tra le varie strutture a livello territoriale.

2.4 I Dipartimenti Funzionali

Il dipartimento funzionale costituisce un'articolazione organizzativa, di indirizzo e di coordinamento per lo svolgimento integrato di funzioni complesse.

Il dipartimento funzionale dovrà procedere a:

- Coordinare le attività del dipartimento sia su base annuale che pluriennale;
- Ricercare la personalizzazione e l'umanizzazione degli interventi;
- Definire percorsi assistenziali o profili di cura basati sul coordinamento delle prestazioni che si rendono necessarie;
- Elaborare, condividere ed adottare linee guida e protocolli;
- Promuovere il miglioramento continuo della qualità;
- Assicurare l'appropriatezza dei ricoveri utilizzando pienamente le attività di day hospital, di day surgery e day service;
- Promuovere azioni concrete per il raggiungimento di migliori livelli di appropriatezza.

I dipartimenti funzionali dell'ASL di Avellino sono:

1. Dipartimento dei Servizi Strategici
2. Dipartimento Medico
3. Dipartimento Chirurgico
4. Dipartimento dei Servizi
5. Dipartimento Materno Infantile

Il Dipartimento funzionale dei Servizi Strategici, è composto da quattro Unità Operative Complesse, (il numero minimo per la individuazione di un Dipartimento così come stabilito dal DCA n. 18/2013 è di n. 3 UOC), viene ritenuto necessario dalla Direzione Aziendale al fine di assolvere con efficacia, tempestività ed unitarietà degli interventi alle funzioni di supporto dei processi deputati alla gestione dei principali meccanismi operativi aziendali, al fine di coadiuvare la Direzione Strategica e tutte le strutture interne di produzione nell'esercizio delle loro attività e nel perseguimento degli obiettivi. I Dipartimenti funzionali ospedalieri, medico, chirurgico e dei servizi, insieme con il dipartimento materno infantile, ognuno con una aggregazione minima di tre unità operative complesse, afferenti a più discipline di cui all'art. 4 del DPR 10 dicembre 1997, n. 484 e successive modificazioni, sono quelli che occorrono per assicurare la funzionalità e la erogazione dei LEA nei tre presidi ospedalieri dell'Azienda, le funzioni di Governance Clinica e la necessaria integrazione fra ospedali e territorio. Rispondono inoltre ad una rilevante consistenza, in termini di complessità gestionale e di quantità di risorse umane, tecniche e finanziarie utilizzate e di unità operative afferenti, ad una presenza di contesti organizzativi tipici (sale operatorie, servizi e apparati diagnostici, ambulatori, servizi territoriali, ecc.) dislocati nei tre presidi ospedalieri e che necessitano pertanto di una conduzione unitaria ed omogenea. Lo stesso DCA n. 33/2016 stabilisce che: l'accorpamento (funzionale) di stabilimenti ospedalieri per un utilizzo razionale delle risorse e per la garanzia di erogazione di assistenza in discipline necessarie al bacino di utenza di riferimento è un modello già sperimentato in Regione Campania. In linea con quanto dettato sempre dal DCA 33/2016, deve essere fortemente promossa tra le diverse unità operative la gestione comune delle risorse, incluse quelle umane. In particolare, ferma restando la responsabilità tecnica operativa di ognuna delle unità operative, devono essere garantite, nell'ambito del medesimo dipartimento, azioni di riorganizzazione utilizzando modelli organizzativi ad elevata flessibilità, adattabili ai diversi contesti ospedalieri promuovendo modelli sperimentali di assistenza per intensità di cure.

2.4.1 Il Direttore del Dipartimento Funzionale

Il direttore del dipartimento funzionale si occuperà di:

- Coordinare le attività e le risorse affinché il dipartimento assolva in modo pieno i propri compiti ed al fine di assicurare che ogni struttura del dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee;
- Garantire l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative secondo le modalità di governo clinico come individuate nelle apposite linee guida individuate a livello dipartimentale;
- Assicurare il funzionamento del dipartimento attuando modelli organizzativi condivisi;
- Promuovere le verifiche periodiche sulla qualità, secondo indicatori concordati;
- Controllare l'aderenza delle Unità Operative agli indirizzi generali definiti dal Comitato di Dipartimento.

2.4.2 Dipartimento dei Servizi Strategici

Per la composizione del Dipartimento dei Servizi Strategici vedi il Capo III 1.4.

2.4.3 Dipartimento Medico

Il Dipartimento Funzionale di Medicina ha l'obiettivo di integrare le competenze, le professionalità e le risorse tecnologiche afferenti alle strutture che compongono il dipartimento.

La mission e le finalità del Dipartimento sono molteplici e sono quelle di:

- Garantire un approccio interdisciplinare internistico ai problemi clinici ed assistenziali dei pazienti;
- Assicurare al paziente processi clinici omogenei;
- Differenziare e caratterizzare l'offerta di prestazioni sanitarie in ambito internistico.

Il Dipartimento si pone l'obiettivo di sviluppare le competenze specialistiche nelle diverse branche della medicina interna; di sviluppare l'integrazione delle competenze nella gestione dei pazienti complessi sia nell'organizzazione logistica del Dipartimento che nelle capacità tecniche professionali e nell'integrazione tra le diverse specialità e professionalità e nella formazione continua. Il Dipartimento Medico è composto dalle seguenti unità operative:

	P.L.	Codice
UOC Medicina Generale (P.O. Ariano Irpino)	24	26
UOSD Pronto Soccorso ed		

Osservazione Breve (P.O. Ariano I.)		
UOC Cardiologia e UTIC (P.O. Ariano Irpino)	12 + 6	8 e 50
UOSD Diagnostica Cardiologica (P.O. Ariano Irpino)		
UOSD Lungodegenza (P.O. Ariano Irpino)	15	60
UOC Neurologia (P.O. Ariano Irpino)	12	32
UOS Urgenze Neurologiche e Stroke		
UOSD Oncologia (P.O. Ariano Irpino)	4	64
UOSD Dialisi (P.O. Ariano Irpino)		
UOC Medicina Generale (P.O. Solofra)	20	26
UOSD Dialisi (P.O. Solofra)		
UOSD Lungodegenza (P.O. Solofra)	16	60
UOSD Neurofisiopatologia (P.O. Solofra)		
UOSD Pronto Soccorso ed Osservazione Breve (P.O. Solofra)		
UOC Medicina Generale (P.O. S. Angelo)	16	26
UOSD Dialisi (P.O. S. Angelo)		
UOSD Cardiologia (P.O. S. Angelo)	6	8
UOSD Pronto Soccorso ed Osservazione Breve (P.O. S. Angelo dei Lombardi)		

2.4.4 Dipartimento Chirurgico

Il Dipartimento di Chirurgia è la macrostruttura della ASL di Avellino preposta alla organizzazione ed erogazione delle attività che riguardano prestazioni, riconducibili alle discipline chirurgiche, in regime di ricovero ordinario, day hospital, day surgery, day

service, ambulatoriale, ed in altri regimi come previsto dalla programmazione aziendale e regionale. Le attività del Dipartimento saranno finalizzate al raggiungimento degli obiettivi negoziati in sede di contrattazione annuale del budget e comunque volti ad una migliore organizzazione delle attività chirurgiche, all'ottimizzazione dei profili di cura e della loro organizzazione e stesura di linee guida volte ad armonizzare l'attività complessiva del Dipartimento.

Il Dipartimento Chirurgico è composto dalle seguenti unità operative:

	P.L.	Codice
UOC Chirurgia Generale (P.O. Ariano Irpino)	18	9
UOC Endoscopia Digestiva/Gastroenterologia (posti letto in appoggio area medica e chirurgica P.O. Ariano Irpino)		
UOC Ortopedia e Traumatologia (P.O. Ariano Irpino)	16	36
UOC T. I. con Servizio di Anestesia e Rianimazione. P.O. Ariano I	6	49
UOC Chirurgia Generale (P.O. Solofra)	18	9
UOC T. I. con Servizio di Anestesia e Rianimazione P.O. Solofra	4	49
UOSD Ortopedia e Traumatologia (P.O. Solofra)	18	36
UOSD Chirurgia Generale (P.O. S. Angelo dei Lombardi)	16	9
UOSD Ortopedia e Traumatologia (P.O. S. Angelo dei Lombardi)	16	36
UOSD T. I. con Servizio di Anestesia e Rianimazione P.O. S. Angelo L.	4	49

2.4.5 Dipartimento dei Servizi

Il Dipartimento dei Servizi è finalizzato a garantire una efficace ed omogenea armonizzazione nelle varie sedi aziendali delle strutture che lo compongono; è costituito in modo da favorire il coordinamento delle strutture afferenti sia dal punto di vista procedurale che organizzativo.

Riguardo alla Patologia Clinica gli obiettivi sono quelli di erogare prestazioni quali - quantitativamente adeguate rispettando l'accessibilità, la tempestività e la continuità degli interventi assistenziali.

Ulteriori sviluppi saranno concentrati verso una uniformazione e miglioramento dei protocolli, procedure e processi di erogazione delle prestazioni.

Infine saranno poste in essere azioni atte a garantire la reale riduzione dei tempi di attesa. Le unità operative che fanno parte del Dipartimento dei servizi, sono:

	P.L.	Codice
UOC Patologia Clinica e Cito istologia P.O. Ariano I.		
UOC Diagnostica per Immagini P.O. Ariano I.		
UOSD Organizzazione dei Servizi Sanitari – CCAP P. O. Ariano I.		
UOSD Patologia Clinica P.O. Solofra		
UOSD Diagnostica per Immagini P.O. Solofra		
UOC Patologia Clinica e Tossicologia P.O. S. Angelo dei Lombardi		
UOC Diagnostica per Immagini P.O. S. Angelo dei Lombardi		
UOSD Unità di raccolta sangue e Medicina Trasfusionale (P.O. Ariano)		
*In corso di accreditamento.		

Il Dipartimento, all'interno della ASL di Avellino, sarà chiamato ad attivare importanti compiti di omogeneizzazione di attività quali:

- La promozione di un costante rapporto di collaborazione tra dipartimenti ospedalieri e i servizi territoriali per garantire la continuità assistenziale a tutti gli utenti
- Facilitare l'accesso del cittadino alle prestazioni sanitarie, promuovendo progetti di miglioramento dell'accoglienza, degli aspetti strutturali e logistici delle strutture
- Assicurare all'interno degli ospedali il rispetto della normativa inerente la privacy e il diritto di accesso alla documentazione sanitaria degli utenti
- Attuare le misure necessarie per la radioprotezione negli ospedali e nelle strutture territoriali aziendali.
- **Assicurare le attività tipiche della Tossicologia del Laboratorio Analisi del P.O. di S. Angelo, in correlazione con il territorio e con l'A.O. Moscati di Avellino.**

L'Azienda si impegna anche ad attivare un servizio di tele radiologia (Vedi punto 7 capo VI) mentre sono in fase avanzata le procedure di attivazione di un servizio di radioterapia presso il P.O. di Ariano I.

2.4.6 Dipartimento Materno Infantile

Il Dipartimento Materno Infantile ha l'obiettivo di fornire servizi e percorsi di qualità per la salute della donna e del bambino, garantendo risposte adeguate alla domanda dell'utenza, tenendo conto delle nuove necessità derivanti da istanze culturali, etniche e sociali emergenti nel contesto urbano e regionale di riferimento.

Quali ulteriori sviluppi ed azioni, il Dipartimento si pone di promuovere la definizione dei ruoli e delle specificità delle diverse UU.OO. identificando prioritariamente gli elementi e le procedure che devono essere assicurati ovunque.

Le unità operative del Dipartimento svolgono la propria attività in modo integrato al fine di fornire le cure più adeguate ad ogni utente nell'intero territorio aziendale.

Le unità Operative che compongono il Dipartimento sono:

	P.L.	Codice
UOSD Ostetricia e Ginecologia (P.O. Ariano Irpino) Viene riconfermata dal DCA 33/2016 per la posizione geografica la deroga per il punto nascita.	16	37
UOSD Pediatria (P.O. Ariano Irpino)	8	39
UOC Ostetricia e Ginecologia (P.O. Solofra) Mantiene da DCA 33/2016 punto nascita e pediatria considerato che è previsto un incremento a seguito della disattivazione del punto nascita di Mercato S. Severino.	18	37
UOC Pediatria (P.O. Solofra)	10	39
UOC Materno Infantile territoriale		
UOSD Astensione Anticipata dal Lavoro per Maternità a rischio (A.L. Ma)		

- Funzionalmente entra a far parte anche di questa Area la UOC Materno Infantile territoriale
- La UOSD A.L. Ma (Astensione Anticipata dal Lavoro per Maternità a Rischio), è proposta all'interno del Dipartimento Materno Infantile al fine di assicurare la piena attuazione della norma rispettando la centralità ed univocità delle procedure quali:
 - Acquisizione della domanda con univocità di procedura per il rischio del relativo Provvedimento di Interdizione Anticipata dal lavoro per Maternità a Rischio per i sei Distretti della ASL di Avellino; espletamento dell'istruttoria in interdisciplinarietà con il Dipartimento di Prevenzione/UOSD Medicina Legale, con le UU.OO. Ginecologiche Ospedaliere, con i Consultori Familiari nonché Ispettorato del Lavoro Provinciale; modalità e tempistica dell'Istruttoria delle istanze delle lavoratrici madri per l'immediata trasmissione

all'INPS di Avellino, Ariano e S. Angelo dei Lombardi e trasmissione del Provvedimento in ambito di attività produttive, sia pubbliche che private, per l'intero territorio provinciale.

2.5 Comitato di Dipartimento

Il Comitato di Dipartimento, ai sensi dell'articolo 17 bis del D. Lgs n. 502/1992 e s.m.i., è un organismo collegiale consultivo con funzioni di indirizzo e verifica. Esso 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 tre anni.

Il Comitato si riunisce previa convocazione formale del Direttore di Dipartimento almeno una volta ogni due mesi, e di ogni seduta verrà redatto apposito verbale, conservato in ordine cronologico presso la direzione del dipartimento.

La durata e 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 definendo i processi aziendali. Esso elabora, inoltre, la proposta di obiettivi gestionali ed assistenziali del dipartimento.

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

- Gli obiettivi del dipartimento che verranno negoziati dal Direttore dello stesso con la Direzione Strategica (in particolare per i Dipartimenti strutturali);
- L'acquisizione ed allocazione delle risorse umane e materiali delle singole unità operative e dei rispettivi budget;
- La verifica della corrispondenza dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi concordati;
- Le modalità organizzative del dipartimento nell'ambito clinico, i percorsi assistenziali, la presa in carico, l'appropriatezza.

Il Comitato, inoltre, individua la rosa di candidati a Direttore di Dipartimento, da proporre al Direttore Generale, sulla base di quanto verrà indicato nell'apposito regolamento sulle modalità di funzionamento dello stesso Comitato.

2.6 Assemblea di Dipartimento

L'Assemblea di Dipartimento è composta da tutti gli operatori in servizio presso il dipartimento. Almeno una volta l'anno il Direttore del Dipartimento indice la Conferenza di dipartimento. A tal fine convoca l'Assemblea per la presentazione degli obiettivi e del documento di budget, per la verifica dei risultati raggiunti e per raccogliere valutazioni, suggerimenti e proposte.

L'assemblea si riunisce in sessione elettorale per gli adempimenti relativi all'elezione della componente elettiva del Comitato di Dipartimento.

2.7 Le Unità operative complesse

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) nonché per la corrispondenza ad uno o più centri di costo.

Le unità operative complesse, dotate di responsabilità ed autonomia professionale, organizzativa e gestionale, così come definite dall'art 27 comma 3 e 4 CCNL 08.06.2000, sono caratterizzate almeno dai seguenti elementi:

- Attività di produzione di prestazioni o di servizi sanitari, tecnico professionali che richieda un significativo volume di risorse e che equivalga, per le attività sanitarie, alle prestazioni caratterizzanti per la prevalenza dell'ambito disciplinare;
- Assegnazione di rilevanti dotazioni tecnico strumentali;
- Autonomia organizzativa e/o alto grado di responsabilità, posta in capo ad un dirigente di posizione apicale nel rispetto della normativa vigente;
- Livelli ottimali di operatività delle risorse disponibili;
- Assegnazione di obiettivi strategici per la programmazione aziendale;
- 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.

Per la individuazione delle strutture complesse ospedaliere si è tenuto presente del seguente parametro: per i presidi ospedalieri di ASL una struttura complessa ogni 22 posti letto, come sancito dal DCA n. 18/2013. Lo stesso Decreto Commissariale 18/2013 sancisce inoltre che per i presidi ospedalieri di ASL lo standard di una struttura complessa ogni 22 posti letto è da intendersi a livello aziendale e può essere declinato dall'azienda in modo diverso da presidio a presidio ferma restando la necessità di non superare in ogni caso la media aziendale di una struttura complessa ogni 22 posti letto. Sempre lo stesso Decreto precisa

poi che il numero di strutture complesse identificate in base agli standard è comprensivo dei servizi centrali sanitari (farmacia, radiologia, laboratorio di analisi, ecc.).

- Il parametro per la individuazione delle strutture complesse non ospedaliere (Ambito territoriale e delle funzioni centrali aziendali) è quello definito dal Comitato LEA pari a 1 struttura complessa ogni 13.515 residenti.

- Gli stessi criteri di programmazione delle Unità Operative Complesse vengono ribaditi dal Decreto Commissariale n. 33/2016; quest'ultimo inoltre aggiunge che per le ASL, le UOC per discipline senza posti letto potranno essere attinte anche da quelle previste per le strutture territoriali (1 ogni 13.515 residenti).

2.8 Le Unità Operative Semplici Dipartimentali

Le unità operative semplici dipartimentali sono dotate di responsabilità ed autonomia professionale, organizzativa e gestionale. Sono individuate dall'art 27 comma 3 e 7 del CCNL 08.06.2000.

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.

L'incarico di struttura semplice dipartimentale include quindi la responsabilità di gestione di risorse umane e strumentali e, ove, previsto dagli atti di organizzazione interna, lo stesso può comportare inoltre la responsabilità di gestione diretta di risorse finanziarie (CCNL 6 maggio 2010 integrativo del CCNL 2006-2009 art. 4 Disposizioni in materia di funzioni dirigenziali); la UOSD afferisce al dipartimento e laddove si voglia strutturare prevedendo al suo interno livelli sotto ordinati di responsabilità, si possono utilizzare gli incarichi professionali di alta specializzazione, definiti dal comma 8 art. 27 CCNL 1998 – 2001. Ciò consente di dar vita a modelli organizzativi rispondenti all'esigenza di attribuire funzioni, compiti e responsabilità in modo più aderente alle esigenze funzionali ed organizzative ed alle professionalità disponibili.

2.9 Le Unità Operative Semplici

Le unità operative semplici sono l'articolazione di una struttura complessa definita sia in base alle caratteristiche delle attività svolte che alle prestazioni erogate, a cui siano assegnate la gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie. Sono individuate dall'art 27 comma 3 e 7 CCNL 08.06.2000.

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, solo in via secondaria, a dare soluzione a problemi organizzativi.

2.10 Gli Incarichi Professionali

Oltre ad incarichi con responsabilità di direzione di strutture, ai dirigenti della ASL di Avellino sono conferibili incarichi di tipo professionale, secondo quanto previsto dall'art 27 comma 1 lett. C e D. Gli incarichi professionali dovranno rispettare quanto definito anche all'art 27 comma 8 e 9.

Per incarichi professionali di alta specializzazione, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo si intendono articolazioni funzionali della struttura connesse alla presenza di elevate competenze tecnico-professionali quali - quantitative complesse riferite alla disciplina ed organizzazione interna della struttura di riferimento.

Per incarichi professionali di base, conferibili anche ai dirigenti con meno di cinque anni di attività, si intendono quelli che hanno rilevanza all'interno della struttura di assegnazione e si caratterizzano per lo sviluppo di attività omogenee che richiedono una competenza specialistico - funzionale di base nella disciplina di appartenenza.

Gli incarichi professionali hanno precisi ambiti di autonomia da esercitare nel rispetto degli indirizzi del responsabile della struttura e con funzioni di collaborazione e corresponsabilità nella gestione delle attività. Al fine di assicurare la rilevanza delle funzioni ad alto contenuto tecnico-professionale, l'Azienda individua attività specialistiche per le quali conferire incarichi di natura professionale, di alta specializzazione, di consulenza, di studio e di ricerca, ai sensi del vigente CCNL.

Gli incarichi ad alta specializzazione possono riguardare anche ambiti di prestazioni 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 questa fattispecie ciò che prevale è la specifica competenza professionale, diversamente dai precedenti casi delle Strutture complesse e semplici, ove prevalevano le competenze gestionali di risorse umane, tecniche e finanziarie.

L'individuazione di tali incarichi non prefigura necessariamente rapporti di sovra o sotto ordinazione con le Unità Operative Semplici, bensì la diretta dipendenza dalla Unità Operativa Complessa o dal Direttore del Dipartimento qualora l'incarico professionale abbia valenza dipartimentale, fatto salvo quanto è stato detto a proposito delle UOSD.

2.11 Le Posizioni Organizzative e Coordinamenti

Nei limiti e con le modalità previste dal CCNL del comparto sanità l'Azienda, in relazione alle esigenze di servizio, istituisce con deliberazione del Direttore Generale posizioni organizzative e coordinamenti con responsabilità affidata a personale non dirigente del ruolo sanitario, tecnico e amministrativo.

Tali posizioni organizzative e coordinamenti riguardano settori che richiedono lo svolgimento di funzioni di direzione di servizi o uffici di particolare complessità, caratterizzate da un elevato grado di esperienza e autonomia gestionale ed organizzativa o lo svolgimento di attività con contenuti di alta professionalità e specializzazione. L'Azienda, in apposito regolamento, formula i criteri generali per il conferimento, la graduazione delle funzioni, la valutazione e la revoca degli incarichi di posizione organizzativa e coordinamenti, secondo la normativa vigente.

Vedi allegato Posizioni organizzative. Con atto successivo saranno individuati i Coordinamenti là dove non presenti.

L'Azienda, a seguito del processo di ristrutturazione aziendale ed a scadenza di contratto, può affidare un incarico diverso da quello precedentemente svolto, nel rispetto del principio della rotazione degli incarichi e dell'Area e Disciplina di appartenenza.

Capo V - I Processi Aziendali

1. Politiche per la gestione e valorizzazione delle risorse umane

Le Risorse Umane

La valorizzazione degli operatori della sanità rappresenta uno degli obiettivi prioritari di una concreta politica sanitaria. Per conseguire questo obiettivo è necessario che l'Azienda: predisponga un ambiente di lavoro che stimola il miglioramento e consolida i rapporti di collaborazione, assicuri che siano ben compresi i compiti da svolgere e gli obiettivi da conseguire, verifichi il livello di condivisione degli obiettivi, accerti periodicamente la motivazione nel provvedere alla qualità del servizio, verifichi i risultati delle iniziative di miglioramento dandone evidenza all'organizzazione, remunerer in modo differenziato l'impegno e le connesse responsabilità. Le risorse umane costituiscono la risorsa principale per l'Azienda ed il mezzo fondamentale per implementare le strategie aziendali. L'Azienda attribuisce grande importanza alla gestione delle risorse umane, quale strumento in grado di coordinare ed armonizzare le caratteristiche specifiche del personale con le politiche e gli indirizzi generali dell'Azienda stessa, richiedendo ampio coinvolgimento di tutte le strutture organizzative e dei relativi responsabili. L'obiettivo principale è quello di assicurare la disponibilità qualitativa e quantitativa di personale necessario alla realizzazione dei compiti istituzionali specificatamente definiti, garantendo la sintonia con l'evoluzione contrattuale, legislativa e sociale e utilizzando quale strumento essenziale e permanente quello della formazione continua.

1.1 Clima e benessere organizzativo

Il benessere organizzativo e psicologico

Realizzare e mantenere il benessere fisico e psicologico delle persone, attraverso la costruzione di ambienti e relazioni di lavoro che contribuiscano al miglioramento della qualità della vita dei lavoratori e delle prestazioni, rappresentano 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 favoriscano 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 che la cultura del mero adempimento; prevenire rischi psico-sociali.

1.2 Formazione Continua e Formazione Universitaria

**Qualità della
formazione**

La valorizzazione del lavoro è fattore determinante per la realizzazione dei processi di trasformazione e riorganizzazione all'interno dell'Azienda Sanitaria al fine di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza. Pertanto, la Formazione e l'Aggiornamento Professionale sono assunti dall'Azienda, come metodo permanente, quale strumento essenziale per il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate, per lo sviluppo delle professionalità degli operatori attraverso il costante adeguamento delle competenze, per la realizzazione delle finalità istituzionali e per favorire il consolidarsi di una nuova cultura gestionale improntata al risultato. La formazione e l'aggiornamento professionale devono essere considerati oltre che acquisizione di sapere, sviluppo di abilità e competenze relazionali, quale strumento propedeutico alla trasmissione di valori, di norme comportamentali e di innovazione, indispensabili per le politiche di gestione delle risorse umane. La formazione deve rappresentare il punto di incontro tra il sistema organizzativo e la qualità delle prestazioni erogate e deve perseguire la concreta integrazione tra gli operatori che hanno la responsabilità della gestione dei processi produttivi. Inoltre, deve permettere di orientare e integrare le singole professionalità su progetti e risultati comuni in linea con gli obiettivi e gli strumenti di programmazione e gestione propri dell'Azienda Sanitaria. Per tale ragione l'offerta formativa deve essere ampia e diversificata sia nelle metodologie che negli strumenti formativi per garantire percorsi di apprendimento coerenti ai bisogni dei partecipanti e trasferibili al contesto operativo di riferimento. In tal senso l'Azienda riconosce la formazione continua e l'aggiornamento professionale quale fondamentale strumento strategico di crescita e sviluppo e qualificazione professionale del personale in servizio, al fine di promuovere l'innalzamento del livello qualitativo delle prestazioni, il miglioramento dell'efficienza del servizio erogato all'utente ed il perseguimento delle finalità istituzionali. Pertanto, annualmente, viene elaborato il Piano Formativo costituito dalle attività formative pianificabili sulla base di obiettivi formativi nazionali, regionali ed aziendali, finanziandolo secondo le normative vigenti. L'Azienda si impegna al rispetto dei vincoli di spesa stabiliti dalla normativa nazionale e regionale, e da

tutte le disposizioni che dovessero successivamente intervenire, in materia di piano formativo. L'Asl di Avellino è attivamente impegnata nello sviluppo delle professionalità anche per mezzo delle attività formative erogate dal Polo Didattico Universitario. Quest'ultimo con le sue diverse collocazioni sul territorio aziendale è una struttura di formazione per il personale delle professioni sanitarie. Il Polo Didattico è strutturato per fornire una preparazione di elevato livello scientifico, professionale ma anche sotto gli aspetti umani e culturali in generale. Le attività formative svolte, mirano a dotare i professionisti di competenze olistiche di tipo cognitivo, emotivo e comportamentale, che producano risultati di eccellenza per il miglioramento del livello di benessere della persona presa in carico, della famiglia, della comunità ed anche dell'operatore infermiere, sviluppando una conoscenza tecnico-scientifica alla luce della più attuale e moderna evidenza scientifica, nonché in grado di operare all'insegna del giusto equilibrio tra scienza e coscienza. Nell'ambito della UOSD Formazione ed Aggiornamento del Personale/Formazione Universitaria, vengono gestite anche le attività inerenti i tirocini.

1.3 Project Management e Analisi Monitoraggio Adempimenti LEA e Obiettivi Strategici.

Nell'ambito del Dipartimento dei servizi Strategici, viene istituita la struttura dedicata alla gestione unitaria dei progetti aziendali, finanziati e non, in grado di garantirne la rintracciabilità, il monitoraggio e gli aspetti amministrativi, contabili ed economici. La stessa struttura ha il compito di monitorare periodicamente lo stato di raggiungimento degli Adempimenti LEA e degli Obiettivi Strategici. La struttura, per entrambe le funzioni attribuite, fa riferimento alla Direzione Strategica Aziendale. La struttura, deputata a garantire lo sviluppo dei progetti prioritari e monitorarne periodicamente lo stato di avanzamento dei lavori, della raccolta dei dati, delle analisi di mercato, assicura all'interno dell'Azienda, l'applicazione di conoscenze specifiche, attitudini, strumenti e tecniche alle attività di un progetto al fine di conseguire gli obiettivi. Il Project Manager costituisce il punto di aggregazione di tutti i progetti aziendali secondo una metodologia comune, consentendo così una visione di sintesi degli stessi da parte della Direzione Aziendale; si focalizza principalmente nel coordinamento e nel controllo delle varie componenti e dei diversi attori coinvolti con l'obiettivo di minimizzare la probabilità di insuccesso del progetto stesso. Il Project manager Aziendale supporta i referenti di progetto con strumenti di pianificazione, formazione del personale coinvolto all'interno dell'attività dei singoli progetti; lavora assieme al team di progetto per definire le informazioni da raccogliere, costruire la WBS di progetto, la schedulazione di progetto e l'allocazione delle risorse sulle varie attività previste. La metodologia strutturata del Project Management consente

l'assunzione di impegni per obiettivi, con costi e tempi definiti, con pianificazione, programmazione e controllo di ogni fase del progetto, in modo che tutti gli impegni vengano effettivamente rispettati. E non ultimo è da non trascurare l'impatto positivo sul clima aziendale, che si ottiene grazie ad una maggiore coesione tra le risorse aziendali, in virtù del lavoro in team, che rafforza l'impegno e l'intesa sul progetto e sui suoi obiettivi.

1.4 Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

Prevenzione e Protezione, Medico Competente

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, possano garantire il raggiungimento di un Servizio Sanitario sicuro, efficiente ed in equilibrio con le risorse investite ed i risultati complessivi di salute raggiunti. Compatibilmente con i vincoli economici imposti dal Piano di Rientro, l'Azienda si impegna affinché il Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale, le attività di Medicina del Lavoro e del Medico Competente Aziendale, abbiano sia l'organizzazione che le risorse quali - quantitativamente adeguate per il raggiungimento degli scopi di istituto e che vi sia un approccio e competenze multidisciplinari per realizzare la complessiva gestione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro ed il conseguente adempimento degli obblighi normativi.

Il Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione è un dirigente dell'Azienda che sovrintende, coordina e stimola la realizzazione delle condizioni necessarie per la sicurezza e salute sui luoghi di lavoro. Predisporre la infrastruttura organizzativa dedicata alla security: datori di lavoro delegati, preposti, ecc. Si avvale della collaborazione dei servizi centrali e periferici dell'Azienda nella definizione del piano della sicurezza e del suo periodico aggiornamento nel tempo. Si occupa inoltre di programmare e coordinare le attività di formazione ed informazione del personale in materia di sicurezza, ed elaborare apposite procedure. Il Servizio di Prevenzione e Protezione è istituito con i compiti attribuiti dall'art.33 del D. Lgs. n. 81/08 e s.m.i. e svolge la funzione di "gestione" inerente la sicurezza sui luoghi di lavoro. Per la piena ed efficace attuazione del dettato normativo, il Direttore Generale provvede all'organizzazione del Servizio Prevenzione e Protezione (art. 31 del D. Lgs. 81/08) ed alla designazione del Responsabile (art.17 del D. Lgs. 81/08). Il

**Approccio integrato
alla sicurezza**

Servizio Prevenzione e Protezione è una Unità Operativa Semplice Dipartimentale che afferisce al Dipartimento dei Servizi Strategici.

Il Medico Competente è definito come soggetto che collabora con il Direttore Generale e con il Servizio di Prevenzione e Protezione alla valutazione dei rischi, e che può essere coinvolto anche nella programmazione delle attività di formazione ed informazione dei lavoratori, per la parte di sua competenza. Le sue mansioni sono riportate all'articolo 25 del D.lgs. 81/2008: "Articolo 25 - Obblighi del medico competente" e possono essere così riassunte: collabora alla valutazione dei rischi (art 25 comma 1 lettera a) con il responsabile del servizio Prevenzione e Protezione; programma e gestisce la sorveglianza sanitaria nei casi previsti dall'articolo 41; collabora alla scelta dei dispositivi di protezione individuali (DPI), alle attività di informazione e formazione e alla organizzazione del servizio di primo soccorso considerando i particolari tipi di lavorazione ed esposizione e le peculiari modalità organizzative del lavoro. Il Medico Competente afferisce per gli aspetti gestionali al Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale.

2. Affidamento e revoca degli incarichi – Valutazione dei dirigenti

L'Azienda, entro tre mesi dall'approvazione del presente atto di autonomia aziendale, adotta previa consultazione delle organizzazioni sindacali, un regolamento con il quale vengono fissati i criteri per l'affidamento e la revoca degli incarichi dirigenziali. Ai fini dell'affidamento degli incarichi dirigenziali, l'Azienda applica i criteri e le procedure previsti nei contratti collettivi nazionali di lavoro e nelle norme specifiche di riferimento.

L'Azienda, nel formulare i suddetti criteri, valorizza 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 le competenze specialistiche. 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 assegnate, i risultati attesi, le modalità di valutazione e di revoca dell'incarico, nonché le attribuzioni del dirigente. Nel Regolamento per l'affidamento e la revoca degli incarichi dirigenziali, deve essere esplicitato il modello di valutazione assunto e le relative procedure, individuando strumenti condivisi e partecipati di valutazione dei comportamenti e dei risultati dei dirigenti; si deve, altresì, dare particolare peso alle verifiche dei colleghi tecnici ai fini della conferma degli incarichi o per il conferimento di altro incarico anche di maggior rilievo. La revoca o il mutamento dell'incarico è prevista solo se è stata effettuata la valutazione del dirigente in

rapporto agli obiettivi assegnati, con le modalità previste dai Contratti collettivi nazionali di lavoro, fatto salvo quanto disposto dall'art. 9, comma 32, del decreto legge 31/05/2010 n. 78, convertito con modificazioni nella legge 30/07/2010 n. 122. 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'art. 9, comma 32, del decreto legge 31/05/2010 n. 78, convertito con modificazioni nella legge 30/07/2010 n. 122, se l'Azienda, 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, ha la facoltà di conferire al medesimo dirigente un altro incarico, anche di valore economico inferiore. L' Azienda, nei limiti delle risorse finanziarie ordinarie e nei limiti del numero di strutture previste dall' Atto Aziendale, tenuto conto delle norme in materia stabilite dalla contrattazione collettiva, disciplina i criteri e le procedure per il conferimento degli incarichi a dirigenti sanitari sulla base dei principi stabiliti con D.L. 13/09/2012 n. 158, convertito con modificazioni dalla legge 08/11/2012 n. 189.

I dirigenti sono sottoposti ad una verifica annuale correlata alla retribuzione di risultato che tiene conto dei principi del titolo II del D. Lgs 27/10/2009 n. 150 s.m.i., 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 del 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, struttura complessa e direttori di dipartimento rilevano la quantità e la qualità delle prestazioni sanitarie erogate in relazione agli obiettivi 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 D.L. 31/05/2010 n. 78 convertito con modificazioni dalla L. 30/07/2010 n. 122. L' Azienda tiene conto, tra i criteri generali relativi all'affidamento, al mutamento e alla revoca degli incarichi dirigenziali, della rotazione degli incarichi, la cui applicazione è finalizzata a garantire la più efficace ed efficiente utilizzazione delle risorse in relazione ai mutevoli assetti funzionali ed

Collegio Tecnico

organizzativi ed ai processi di riorganizzazione, nonché a favorire lo sviluppo della professionalità dei dirigenti, evitare la cristallizzazione degli incarichi ed arricchire le doti culturali e professionali dei dirigenti mediante lo scambio di esperienze e attività. In ogni caso le misure organizzative dovranno conciliare da un lato la specializzazione professionale e l'area di appartenenza e dall'altro l'esigenza di rotazione degli incarichi, mantenendo continuità e coerenza degli indirizzi e le necessarie competenze delle strutture.

2.1 Sistema di misurazione e valutazione delle performance

In conformità a quanto disposto dal decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m.i., l'Azienda prevede apposita disciplina per il sistema di misurazione e valutazione delle prestazioni, nonché collegamento con i **sistemi premianti**. In particolare prevede che la funzione di misurazione e valutazione sia svolta, oltre che a livello dirigenziale in prima istanza, dall' Organismo Indipendente di Valutazione delle performance; lo stesso Organismo è preposto alla verifica dei dati pubblicati sul sito istituzionale nell'ambito della "Trasparenza" e secondo le indicazioni, metodi e strumenti dettati dall'ANAC. La normativa di riferimento prevede che l'Azienda istituisca una struttura tecnica di supporto all'OIV individuata nella UOC Qualità e Accreditamento/Rischio Clinico. Il Direttore Generale nomina il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. L'Azienda, in merito ai meccanismi di valutazione e controllo dei dirigenti, adeguerà la propria organizzazione nel rispetto delle indicazioni regionali.

**Organismo
Indipendente di
Valutazione**

3. Sistema di programmazione, misurazione e controllo

Nell'ambito del processo di pianificazione, l'Azienda predispone, nel rispetto delle normative e dei vincoli vigenti, il programma annuale delle attività (PAA), 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 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 (PP), e come tale deve essere coerente e compatibile con la mission istituzionale attribuita all'Azienda in sede di politica economico-sanitaria regionale. La pianificazione pluriennale individua gli obiettivi dell'Azienda e formula gli indirizzi di gestione articolati per programmi e progetti, nel rispetto dei principi e degli obiettivi del Piano Sanitario Regionale. La Pianificazione pluriennale è composta dai

**Pianificazione
Pluriennale**

piani di attività dell'Azienda, distinti in: programmi di attività distrettuali, dipartimentali, ospedalieri, etc. Il programma annuale delle attività è lo strumento di programmazione con cui l'Azienda adegua ed attualizza annualmente i programmi contenuti nella pianificazione pluriennale alle esigenze di compatibilità e priorità, nei distretti, nei dipartimenti, nei presidi ospedalieri, etc. Il Bilancio Economico di Previsione Annuale (BEPA) espone analiticamente i ricavi ed i costi previsti per l'esercizio successivo.

Sulla base degli obiettivi stabiliti e in attuazione delle strategie aziendali di cui alla programmazione pluriennale ed al programma annuale delle attività, nonché nell'ambito del budget assegnato dalla Direzione Aziendale, vengono predisposti i seguenti atti di programmazione previsti dal D. Lgs n. 502/92 s.m.i.:

- programma delle attività territoriali distrettuali annuali (PAT),
- programma delle attività dipartimentali (PAD),
- programma delle attività ospedaliere (PAO), altri.

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.

Essi devono assicurare idonea trasversalità, dovendo necessariamente coinvolgere diverse competenze dell'organizzazione aziendale, in modo da integrare funzionalmente le unità operative di volta in volta più direttamente interessate, assicurando in tal modo al processo la necessaria organicità e compiutezza. Detta programmazione, inoltre, non può basarsi 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. La programmazione deve tradursi, 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 deve essere 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.

3.1 Budget e controllo di gestione

L'attività economica dell'Azienda deve essere 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. Sulla base del programma annuale delle attività, la Direzione avvia il processo di budget con il quale le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili-correlate a specifici obiettivi di attività sono assegnate ai Centri di Responsabilità.

Al fine di garantire un costante monitoraggio dell'esercizio annuale, l'Azienda definisce, implementa ed utilizza tecniche di budget e controllo di gestione, predisponendo 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;
- 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 a 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 dalla 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. L'implementazione del controllo di gestione nell'Azienda avviene gradualmente con la definizione della unità responsabile della sua progettazione e gestione delle macro articolazioni a livello delle quali si darà maggiore impulso alla misura dell'efficacia, efficienza ed economicità (vedi Presidi Ospedalieri, Distretti, Dipartimenti); delle procedure e strumenti da utilizzare in accordo alla normativa vigente, quali le procedure di determinazione degli obiettivi gestionali e dei soggetti responsabili;
- L'insieme dei prodotti e delle finalità dell'azione amministrativa con riferimento all'intera amministrazione o a singole unità organizzative;
- Le modalità di rilevazione e ripartizione dei costi tra le unità organizzative e di individuazione degli obiettivi per cui i costi sono sostenuti;
- Gli indicatori specifici per misurare efficacia, efficienza ed economicità; la frequenza di rilevazione delle informazioni. (Art. 4 Decreto L. vo 286 del 30 luglio 1999).

L'Azienda progetta, sviluppa ed utilizza il proprio sistema informativo - informatico e le relative banche dati in modo da consentire la realizzazione di tale processo; quest'ultimo sarà oggetto di specifica regolamentazione interna all'Azienda. Per tutto questo viene individuata una UOC Controllo di Gestione nell'ambito del Dipartimento dei Servizi Strategici ed il cui Responsabile verrà nominato dal Direttore Generale in base a quanto previsto dal D. Lvo. 502/92 e s.m.i.; la stessa UOC Controllo di Gestione assicura tutte le attività relative alla Contabilità Analitica.

3.2 Controllo di regolarità amministrativa e contabile

Ai controlli di regolarità amministrativa e contabile provvedono gli organi appositamente previsti dall'art. 3 del D. Lgs 502/92 e s.m.i. per la cui composizione e compiti si rinvia al paragrafo "Collegio Sindacale". Le verifiche di regolarità amministrativa e contabile devono rispettare, in quanto applicabili alla pubblica amministrazione, i principi del codice civile.

Collegio Sindacale

4. Il sistema informativo e le nuove tecnologie della informazione e comunicazione

Il Sistema Informativo dell'Azienda Sanitaria 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. Il Sistema Informativo Sanitario Aziendale (SISA) e Regionale (SISR) produce la conoscenza dei fenomeni e degli eventi in maniera analitica, completa, accurata, tempestiva ed omogenea. Un Sistema Informativo orientato alla qualità e la conoscenza che ne deriva 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 dei Servizi Sanitari, da un altro allo stato di salute della popolazione e da un altro ancora alla gestione dell'Azienda. L'Azienda prevede il potenziamento e la riorganizzazione dei Sistemi Informativi Sanitari Aziendali, in coerenza con lo sviluppo del NSIS e del SISR, e con gli indirizzi contenuti nel Piano Sanitario Regionale 2010-2012 e s.m.i., Si andrà ad implementare una attività combinata che consiste nella individuazione dei bisogni informativi dell'organizzazione, nella definizione della struttura del sistema informativo, nelle modalità di raccolta, diffusione ed utilizzo delle informazioni, nella valutazione della qualità dei dati, nell'integrazione delle informazioni prodotte nelle attività correnti delle singole unità operative, servizi, distretti, MMG, specialistica convenzionata, etc.

L'Azienda si impegna, inoltre, a promuovere, in linea con quanto disposto per le pubbliche amministrazioni dal nuovo Codice dell'amministrazione digitale (D. Lgs n. 235/2010) l'utilizzo delle nuove tecnologie digitali per assicurare la disponibilità, la gestione, l'accesso, la trasmissione, la conservazione e la fruibilità dei documenti e delle informazioni. La dematerializzazione intesa quale complesso intervento di semplificazione dei processi e di diminuzione delle fasi e dei passaggi del processo decisionale, snellimento dei procedimenti, semplificazione, governo del ciclo del documento in tutte le sue fasi inclusa quella della conservazione, comunicazione digitale, controllo e riduzione del *digital divide*, rappresenta uno degli elementi di maggior rilievo all'interno dei processi di riforma dell'attività amministrativa e costituisce una delle linee di azione maggiormente significative ai fini della riduzione della spesa pubblica in termini sia di risparmi diretti (carta, spazi) sia di risparmi indiretti (tempo, efficienza ecc.). La dematerializzazione, in uno con lo sviluppo dei sistemi comunicativi, l'utilizzo costante e diffuso della rete aziendale intranet, per le comunicazioni

**La
dematerializzazione**

interne, e i portali per la comunicazione, per quelle esterne, l'utilizzo e diffusione delle poste certificate (PEC e CECAPAC), permette di facilitare il processo di democratizzazione aziendale con un migliore e puntuale dialogo sia tra le diverse strutture organizzative sia con i dipendenti che con i cittadini utenti. La dematerializzazione deve riguardare sia la conservazione dei documenti amministrativi e sanitari che la comunicazione e lo scambio documentale, nell'ambito dell'Azienda stessa e tra questa e l'esterno. Tale obiettivo è reso possibile, tra l'altro, dal ricorso alle nuove tecnologie della firma digitale e della posta elettronica certificata. Le tecnologie digitali devono essere messe al servizio del cittadino. A tal proposito l'Azienda pone particolare attenzione all'utilizzo del sito web aziendale come strumento di comunicazione aperto e trasparente che, come tale, può essere di notevole valore in sanità in quanto, tra l'altro, offre l'opportunità alle strutture sanitarie di rendere pubbliche informazioni di estrema utilità per i cittadini sui servizi offerti, sulle modalità di fruizione degli stessi, sui tempi di attesa per le prestazioni. L'Azienda ne curerà non solo l'implementazione ma il costante arricchimento ed aggiornamento, tramite gruppi di lavoro centrali appositamente istituiti.

L'Azienda ritiene di particolare importanza che siano implementate tutte le procedure tecnico amministrative che fanno parte del Percorso Attuativo di Certificabilità dei Bilanci. All'interno della UOC Sistemi Informativi e Informatici, viene individuato il **Data Protection Officer (DPO)** ovvero Responsabile protezione dati il cui compito è valutare e organizzare la gestione del trattamento di dati personali e dunque la loro produzione, affinché questi siano trattati nel rispetto delle normative privacy europee e nazionali ed il **Responsabile per la transizione digitale**, introdotto dal D. Lgs. n. 179/2016, art. 15, che recita: *“Le pubbliche amministrazioni garantiscono l'attuazione delle linee strategiche per la riorganizzazione e la digitalizzazione dell'amministrazione definite dal Governo in coerenza con le regole tecniche di cui all'art. 71. A tal fine, ciascuno dei predetti soggetti affida a un unico ufficio dirigenziale la transizione alla modalità operativa digitale e i conseguenti processi di riorganizzazione finalizzati alla realizzazione di un'amministrazione digitale e aperta, di servizi facilmente utilizzabili e di qualità, attraverso una maggiore efficienza ed economicità”*.

5. Le rilevazioni contabili

Le procedure contabili riguardano le modalità di rilevazione dei fatti aziendali, e rimandano, per l'Azienda Sanitaria, in considerazione delle normative di settore applicabili, alle modalità di rilevazione economico-patrimoniale di cui alla disciplina codicistica, come integrata dalle disposizioni, ministeriali e regionali in campo sanitario e di contabilità

pubblica, tra cui il decreto legislativo 23 giugno 2011 n. 118 s.m.i. ed i principi contabili nazionali ed internazionali (OIC, IPAS, IAS/IFRS), peraltro riepilogati nei Decreti del Commissario ad Acta n. 14/2009, n. 60/2011, n. 80/2012, n. 5/2013 e s.m.i.. L'Azienda Sanitaria Locale Avellino mediante l'assetto organizzativo individuato nel presente Atto Aziendale garantisce la corretta applicazione delle regole contabili di rilevazione dei fatti amministrativi aventi rilevanza esterna e coerentemente con le regolamentazioni formulate dalla Regione Campania. Adotta pertanto ai fini del corretto monitoraggio dei livelli di efficienza, efficacia ed economicità della gestione tutti gli strumenti e le procedure interne in grado di misurare il livello di assorbimento delle risorse a fronte dei risultati conseguiti da ciascun Centro di Responsabilità. Nel garantire tale finalità prioritaria, l'Azienda implementa le procedure interne tra cui la contabilità analitica uniformandosi alle linee regionali di indirizzo in materia. In particolare il D. Lgs 118/2011 dispone che nell'ambito del bilancio regionale le regioni garantiscono un'esatta perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale, al fine di consentire la confrontabilità immediata fra le entrate e le spese sanitarie iscritte nel bilancio regionale e le risorse indicate negli atti di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard e di individuazione delle correlate fonti di finanziamento, nonché un'agevole verifica delle ulteriori risorse disponibili dalle regioni per il finanziamento del medesimo servizio sanitario regionale. L'Azienda persegue quanto dispone il citato provvedimento, che prevede, tra l'altro, che gli enti coinvolti nella gestione della spesa finanziata con le risorse destinate al Servizio sanitario nazionale concorrano al perseguimento degli obiettivi di finanza pubblica sulla base di principi di armonizzazione dei sistemi contabili e dei loro bilanci, disciplina le modalità di redazione e di consolidamento dei bilanci degli enti del Servizio Sanitario e detta i principi contabili cui devono attenersi gli enti coinvolti.

Con il presente Atto l'Azienda programma di adottare idonee modalità procedurali ed operative che assicurino il rispetto delle regole per la corretta gestione dei procedimenti contabili secondo le regole sopra richiamate.

L'Azienda ha già avviato con specifici provvedimenti di seguito elencati, il Percorso Attuativo della Certificabilità dei bilanci, adottando specifiche procedure amministrativo contabili:

Deliberazione n. 667 del 30 maggio 2016: "percorso Attuativo della Certificabilità dei bilanci – Presa d'atto della nota del Commissario ad acta prot. n. 2313/C del 20.04.2016. Istituzione della Cabina di Regia";

Deliberazione n. 669 del 30 maggio 2016: "percorso Attuativo della Certificabilità dei bilanci – Presa d'atto della nota del Commissario ad acta prot. n. 2313/C del 20.04.2016.

Redazione procedura per la gestione del contenzioso ai fini della rilevazione dei dati di Bilancio”;

Deliberazione n. 670 del 30 maggio 2016: “percorso Attuativo della Certificabilità dei bilanci – Presa d’atto della nota del Commissario ad acta prot. n. 2313/C del 20.04.2016. Adozione procedure amministrativo contabili”;

Deliberazione n. 681 del 31 maggio 2016: “percorso Attuativo della Certificabilità dei bilanci – Presa d’atto della nota del Commissario ad acta prot. n. 2313/C del 20.04.2016. Relazione stato di avanzamento e adozione del programma operativo attuativo”.

Con successive deliberazioni n. 1018 del 5.09.2016 e n. 1046 del 5.09.2016: “Direttiva ed obiettivi strategici della ASL Avellino ai sensi della DGRC n. 427 del 27.07.2016 e della delibera aziendale n. 954 del 08.08.2016”, l’Azienda intende proseguire e concludere le azioni di regolarizzazione delle carte contabili, nonché delle azioni di implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali attraverso una puntuale attuazione del percorso della certificabilità, come sancito dalla DGRC n. 427 del 27.07.2016.

Si riportano le 11 aree di attività indicate nella nota Commissariale n. 2313/C del 20.04.2016 e che rappresentano un primo impegno ed obiettivo dell’Azienda, in buona parte già raggiunto:

- Formalizzazione di procedure dei cicli attivi, passivi, di programmazione e controllo, di predisposizione del Bilancio, delle immobilizzazioni e/o del regolamento di amministrazione e contabilità secondo le indicazioni dei vari Decreti Commissariali e delle casistiche ministeriali emesse in materia;
- Utilizzo del piano dei conti regionale e di un piano dei centri di costo coerente con l’organizzazione aziendale;
- Individuazione dei centri ordinanti ed obbligo di emissione di ordini di acquisto informatici, anche attraverso il preventivo caricamento dei contratti in essere, e gestione informatizzata del processo di liquidazione con semplificazione delle relative procedure e carico del magazzino (attivazione fascicolo elettronico di liquidazione);
- Attivazione del processo di integrazione tra contabilità generale e contabilità di magazzino;
- Attivazione del processo di integrazione tra contabilità generale e registro dei cespiti ammortizzabili;
- Attivazione della procedura di rilevazione automatica di identificazione dei cespiti acquisiti con le varie modalità oggetto di sterilizzazione;
- Attivazione degli armadietti di reparto;

- Adozione di una procedura informatica per la rilevazione contabile del trattamento economico erogato al personale;
- Adozione di una procedura informatica che consenta la rilevazione contabile degli utilizzi dei fondi spese vincolati;
- Adozione della procedura informatica (LEGALAPP) per la gestione e contabilizzazione del contenzioso;
- Adozione di un sistema di contabilità analitica.

Ulteriori procedure ed azioni sono già in essere, in Azienda, al fine di portare a compimento il percorso attuativo di certificabilità dei bilanci e con la deliberazione n. 135 del 26.01.2017: “Approvazione Piano Attuativo della Certificabilità dei bilanci dell’ASL Avellino (PAC)”, si è approvato il programma operativo aziendale per il raggiungimento degli obiettivi PAC. Il Piano di rientro della Campania ha stabilito al punto 4) che “il risanamento economico-finanziario dovrà essere accompagnato da un processo di revisione delle funzioni contabili dell’Azienda Sanitaria, in modo da assicurare la correttezza dei bilanci e la trasparenza dei processi di monitoraggio dei costi programmati”. La Regione, con il contributo delle Aziende, è giunta alla formulazione di un sistema di regole e linee guida per la corretta definizione delle funzioni gestionali e contabili che ha trovato formale approvazione con il Decreto Commissariale n. 14 del 30 novembre 2009. L’Azienda, in particolare con le aree amministrative individuate, sta dando concreta attuazione ai provvedimenti regionali emanati in materia di procedure contabili

6 Acquisti di beni e servizi

L’Azienda, 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 modificazioni nella legge 7/08/2012 n. 135, nonché di quelle regionali, effettua, ove previsto, i propri acquisti tramite il MEPA e i soggetti aggregatori (CONSIP Spa e SORESA Spa). In particolare si recepiscono le disposizioni contenute nella Legge 28 dicembre 2015 (Legge di Stabilità) e nel D. L.vo 16 aprile 2016 n. 50 “Nuovo Codice degli Appalti” per quanto attiene la determinazione del piano biennale dei fabbisogni con la relativa stima economica. Per la parte relativa agli acquisti di beni e servizi in economia, l’Azienda formula un regolamento nel rispetto del D. L.vo 18 aprile 2016 n. 50. In particolare nella fase della programmazione l’Azienda promuove attività di valutazione ed analisi relative alla sicurezza, ai costi, ai benefici, all’efficacia nonché agli aspetti etici di impiego.

L’Azienda nei tempi stabiliti adotta i seguenti documenti:

- o Programmazione e gestione delle attrezzature;

○ Programmazione degli acquisti di attrezzature. Il programma di acquisto delle attrezzature, in particolare delle **attrezzature biomediche**, deve tener conto in particolare:

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

La tenuta e l'aggiornamento costante dell'inventario dei beni mobili sono funzioni specifiche della UOS Economato, la gestione delle attrezzature biomediche, tenuta e aggiornamento costante del relativo inventario sono funzioni specifiche della UOC Tecnico Patrimoniale.

7. Sanità Penitenziaria

L'Azienda in recepimento del D. Lgs. n. 230/1999 s.m.i. si fa carico ed organizza gli obiettivi per la tutela della salute dei detenuti, degli internati e dei minori del circuito penale mediante l'istituzione di un apposito servizio aziendale: UOSD Tutela della Salute in Carcere, inserita nel Dipartimento della Fragilità. Il Ser.D ed il Dipartimento di Salute Mentale contribuiscono alla tutela della salute per particolari fasce di popolazione detenuta. I Direttori dei Distretti, sede di istituti penitenziari, contribuiscono analogamente al mantenimento dello stato di salute della popolazione carceraria, tramite l'offerta delle prestazioni necessarie. Regole di integrazione fra le diverse strutture e competenze saranno concordate in apposito documento.

Capo VI – Norme Finali

1. Rinvii agli Allegati

Per la rappresentazione dell'assetto organizzativo dell'Azienda, in particolare per il numero e la composizione delle Strutture Operative e la loro articolazione in Unità Operative, si rimanda all'organigramma allegato 1 al presente atto aziendale che ne costituisce parte integrante. Parimenti si rinvia all' allegato 2 inerente gli incarichi di posizione organizzativa.

2. Adozione dei Regolamenti Interni

Al fine di garantire una completa e corretta applicazione del presente atto di autonomia aziendale, e l'efficace ed efficiente funzionamento dell'organizzazione, il Direttore Generale, entro 90 giorni dall'approvazione dell'atto aziendale da parte degli organismi regionali competenti, adotta i regolamenti già elencati al punto 3 Regolamenti. Ulteriori regolamenti potranno essere adottati per l'organizzazione di altri settori di attività qualora la Direzione ne rilevi la necessità.

Tutti i regolamenti adottati sono pubblicati sul sito web aziendale.

3. Modalità e Tempi di attuazione dell'Atto Aziendale

Il presente Atto Aziendale, viene adottato dal Direttore Generale con proprio provvedimento, previa informativa alle Organizzazioni Sindacali e alla Conferenza dei Sindaci per il tramite del relativo Comitato di rappresentanza (a tutti i 118 Sindaci della Provincia di Avellino se quest'ultimo Comitato non risulta istituito), sentiti gli organismi collegiali ove istituiti e previsti dalle norme (Collegio di Direzione). **Esso è stato integrato a seguito delle osservazioni e dei rilievi pervenuti dalla Regione Campania ed a seguito della revisione dei posti letto ospedalieri della ASL di Avellino – nota**

G.R.C. prot. n. 507725 del 24/07/2017 con la quale il Sub Commissario ad Acta esprime parere favorevole alla rettifica del DCA 33/2016 riguardante i 111 posti letto del Presidio Ospedaliero di S. Angelo dei Lombardi. L'Azienda si riserva di dare pratica attuazione alla riorganizzazione aziendale prevista, nei tempi e nei modi che risultano compatibili con le esigenze di garantire continuità di governo nei servizi aziendali. L'Azienda garantisce il progressivo adeguamento agli standard così come stabilito dal DCA n. 18 del 18.02.2013 e dal DCA n. 33 del 17.05.2016. Il presente Atto si conformerà direttamente alle sopravvenienze legislative e/o normative nazionali e regionali, con le procedure previste dal citato DCA 18/2013.

4. L'Assistenza Ospedaliera – DCA 33/2016

Il nuovo Piano Ospedaliero della Regione Campania, approvato con DCA n. 33 del 17.05.2016, si è posto, tra l'altro, i seguenti obiettivi:

- Riduzione del tasso di ospedalizzazione: la Regione registra un tasso di ospedalizzazione nel 2014 superiore allo standard atteso pari a 160/1000 abitanti. La quota di ospedalizzazione in regime diurno risulta anch'essa superiore al 25% stabilito come percentuale target di appropriatezza. La Regione ha programmato una serie di azioni finalizzate all'adozione di provvedimenti specifici per migliorare il tasso di ospedalizzazione promuovendo misure alternative ad essa; l'Azienda si impegna al fine di raggiungere questo obiettivo;
- Ottimizzazione dei DRG "critici"; riduzione della percentuale regionale di DRG critici per i quali ci si attesta ad una percentuale del 13,7%;
- Miglioramento delle liste di attesa per interventi chirurgici, in particolare per patologie tumorali;
- Allineamento dei dati di spesa per l'assistenza farmaceutica ospedaliera a quelli nazionali;
- Attivazione ed implementazione di nuovi PDTA regionali compresi quelli pediatrici;
- Implementazione del monitoraggio del PDTA Diabete;
- Ulteriore accelerazione all'accreditamento istituzionale degli erogatori privati;
- Conclusione dell'iter di accorpamento della rete laboratoristica privata.

Inoltre, per quanto attiene l'Area della Emergenza-Urgenza, sono stati individuati specifici nodi delle reti tempo-dipendenti.

Nella Macro – Area delle province di Avellino e Benevento, la programmazione regionale ha previsto 7 presidi inseriti nella rete di emergenza, così classificati:

- 1 DEA di II livello nell'AO Rummo di Benevento;
- 1 DEA di II livello nell'AO Moscati di Avellino;
- 3 Pronto Soccorso allocati in provincia di Avellino: L'Ospedale di Solofra, L'Ospedale di Ariano Irpino, L'Ospedale di S. Angelo dei Lombardi.
- 2 Pronto Soccorso allocati in provincia di Benevento: L'Ospedale classificato Fatebenefratelli di Benevento e l'Ospedale di S. Agata dei Goti.

Sempre la nuova programmazione regionale ha stabilito il numero dei posti letto suddivisi per disciplina e per singolo stabilimento ospedaliero, nella maniera seguente:

DCA 33/2016 ALLEGATO C2 – DETTAGLIO PRESIDI OSPEDALIERI ASL

Avellino

CODICE	DISCIPLINA CON P.L.	P.O. SOLOFR A	P.O. ARIANO IRPINO	P.O. S. ANGELO LOMB.
08	CARDIOLOGIA		12	6
09	CHIRURGIA GENERALE	18	18	16
26	MEDICINA GENERALE	20	24	16
32	NEUROLOGIA		12	
64	ONCOLOGIA CON P.L.		4	
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	18	16	16
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	18	16	
39	PEDIATRIA	10	8	
40	PSICHIATRIA			8
49	TERAPIA INTENSIVA	4	6	4
50	UNITA' CORONARICA (SOLO COME UOS)		6	
60	LUNGODEGENTI	16	15	
TOTALE P.L.		104	137	66

Totale posti letto programmati = 307; a questi bisogna aggiungere i **18 posti letto dell'SPDC** ed i **111 posti letto di Riabilitazione del P.O. di S. Angelo dei Lombardi**, per un totale di n. 436 posti letto. Pertanto la nuova configurazione dei presidi ospedalieri della ASL di Avellino risulta come da tabelle successive:

PRESIDIO OSPEDALIERO ARIANO IRPINO

UU.OO.CC.	COD DIS	p.l. Totali	UU.OO.SS.	COD DIS	p.l. Totali	UU.OO.SS.DD.	COD DIS	p.l. Totali
Cardiologia - UTIC	8 e 50	18				Lungodegenza	60	15
Medicina Generale	26	24				Oncologia	64	4
Neurologia	32	12	Urgenze Neurologiche e Stroke			Unità di raccolta sangue e Medicina Trasfusionale		
Chirurgia Generale	9	18				Diagnostica Cardiologica	8	
Ortopedia e Traumatologia	36	16				Dialisi	54	
Endoscopia Digestiva/Gastroenterologia (posti letto in appoggio area medica e chirurgica)						Pronto Soccorso e Osservazione Breve		
Terapia intensiva e Rianimazione	49	6				Igiene Ospedaliere - CCAP		
Patologia Clinica e Citoistologia						Ostetricia e Ginecologia	37	16
Diagnostica per immagini	69					Pediatria	39	8
Direzione Sanitaria								
Farmaceutica Ospedaliera								
TOTALI		94						43
TOTALE POSTI LETTO PRESIDIO OSPEDALIERO ARIANO IRPINO								137

PRESIDIO OSPEDALIERO SOLOFRA

UU.OO.CC.	COD DIS	p.l. Totali	UU.OO.SS.	COD DIS	p.l. Totali	UU.OO.SS.DD.	COD DIS	p.l. Totali
Medicina Generale	26	20				Lungodegenza	60	16
Chirurgia Generale	9	18				Neurofisiopatologia		
Ostetricia e Ginecologia	37	18				Ortopedia e Traumatologia	36	18
Pediatria	39	10				Patologia Clinica		
Terapia Intensiva	49	4				Diagnostica per Immagini	69	
						Direzione Sanitaria		
						Farmacia Ospedaliera		
						Pronto Soccorso e Osservazione Breve		
						Dialisi		
TOTALI		70		0	0			34
TOTALE POSTI LETTO PRESIDIO OSPEDALIERO SOLOFRA								
								70 + 34 = 104

PRESIDIO OSPEDALIERO S. ANGELO DEI LOMBARDI

UU.OO.CC.	COD DIS	p.l. Totali	UU.OO.SS.	COD DIS	p.l. Totali	UU.OO.SS.DD.	COD DIS	p.l. Totali	
Medicina Generale	26	16				Cardiologia	8	6	
Patologia Clinica e Tossicologia						Chirurgia Generale	9	16	
Diagnostica per Immagini	69					Ortopedia e Traumatologia	36	16	
						Terapia Intensiva	49	4	
						Direzione Sanitaria			
						Farmacia Ospedaliera			
						Dialisi	54		
						Pronto Soccorso e Osservazione Breve			
			SPDC (afferisce al Dipartimento di Salute Mentale)	40	8				
TOTALI		16			8			42	
Alta Specialità Neuroriabilitativa	75	15							15
Recupero e Riabilitazione funzionale	56	96							96
TOTALE POSTI LETTO PRESIDIO OSPEDALIERO S. ANGELO DEI LOMBARDI						66 + 111 = 177			

Le attività dei presidi ospedalieri sono definite secondo l'individuato modello dipartimentale, con obiettivi di:

- Migliore coordinamento del complesso delle attività di assistenza nell'area 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 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'Azienda, come già precedentemente descritto e come viene riportato nell'Allegato A Organigramma, istituisce i seguenti Dipartimenti Funzionali Ospedalieri:

- Dipartimento Medico
- Dipartimento Chirurgico
- Dipartimento dei servizi
- Dipartimento materno Infantile (Ospedale/Territorio).

5. La riorganizzazione della Rete Territoriale Emergenza Urgenza: costituzione della Azienda Unica Regionale di Emergenza Urgenza Campania (AREUC)

Il nuovo Piano Ospedaliero della Regione Campania prevede di costituire una Azienda Regionale Urgenza Emergenza Campania (AREUC), così come è avvenuto in alcune Regioni italiane, costituente una azienda sanitaria regionale che gestisce, controlla, coordina, finanzia il sistema dell'emergenza urgenza regionale con autonomia di risorse umane, tecniche e strumentali, interfacciandosi con le aziende sanitarie. Inoltre, si deve relazionare e integrare con la società civile (Enti pubblici, Organismi Associativi, Cooperative sociali e Onlus), secondo il principio della sussidiarietà orizzontale, che garantisce la capillare copertura del territorio con i Mezzi di Soccorso di Base, attraverso il coinvolgimento e l'impegno diretto dei volontari. La rete dell'emergenza urgenza nella Area della ASL di Avellino è costituita, secondo la programmazione del DCA 33/2016, da un DEA di II livello (HUB) individuato nella A.O. Moscati di Avellino e 3 PS individuati nei PP.OO. S. Ottone

Frangipane di Ariano Irpino, Landolfi di Solofra, e Criscuoli di S. Angelo dei Lombardi.
L'Azienda, in attesa di determinazioni regionali in merito, istituisce una **UOC Emergenza Territoriale e Centrale Operativa nel Dipartimento dei Servizi**.

6. Le reti tempo dipendenti nell'area AV/BN

La Rete cardiologica:

HUB II livello: AO Moscati

HUB I livello: P.O di Ariano Irpino; CdC Montevergine; AO Rummo

SPOKE: Fatebenefratelli

La Rete per l'Ictus:

HUB: AO Moscati, AO Rummo

SPOKE: PO di Ariano Irpino

La Rete per il trauma area AV-BN-CE:

CTS (Centro traumi ad alta specializzazione): AO San Sebastiano

CTZ (Centro Traumi di zona): AO Moscati, AO Rummo, AO San Sebastiano

PST (Presidio di Pronto soccorso per traumi): tutti i presidi pubblici e privati con Pronto Soccorso e Terapia Intensiva come rilevato nella Rete dell'emergenza-urgenza.

La Rete per le Emergenze Pediatriche:

SPOKE II: AO Moscati, AO Rummo

SPOKE I: P.O. di Solofra

Per le altre reti tempo dipendenti si rinvia al DCA n. 33/2016.

7. Ulteriori aspetti programmatici dell'assistenza territoriale previsti dal DCA n. 99/2016.

Si riporta, di seguito, quanto già inserito nella Delibera n. 136 del 31.01.2017, ad oggetto: "Piano della Performance dell'ASL Avellino anni 2017 – 2019" ed inerente il **Decreto n. 99 del 22.09.2016**, ad oggetto: "Piano regionale di Programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale 2016-2018", di cui si riportano in sintesi i punti salienti, che rappresentano **ulteriori aspetti programmatici aziendali, molti dei quali, per altro, già programmati e/o in via di realizzazione**.

- **L'integrazione socio-sanitaria:** la presa in carico come strumento operativo, è impegno organizzare diverse reti assistenziali che rappresentano l'insieme di servizi, attività e professionisti, tra loro interdipendenti ed organizzati in nodi, che ricompongono i propri interventi calandoli sul bisogno di assistenza alla persona.

- **Il Ruolo strategico del Distretto Sanitario:** Notevole deve essere l'impegno dell'Azienda nella costruzione di Percorsi Diagnostico Terapeutici per la Clinical Governance di patologie croniche affinché la presa in carico quale modello organizzativo si traduca in una presa in carico assistenziale, equa, omogenea.

Il Direttore di Distretto, con il Responsabile del Coordinamento Socio Sanitario, supporta 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. Con costoro predispone e sottoscrive il Piano di zona che viene sottoposto alla validazione del Direttore Generale.

Rafforzare l'istituzione dei Nuclei Distrettuali di Neuropsichiatria Infantile, con le risorse disponibili.

Caratterizzare i singoli Distretti anche per specifiche reti assistenziali di livello superiore (es. rete oncologica, rete cardiologica, rete diabetologica) per quelle patologie croniche ad elevato impatto economico.

Relativamente al rapporto distretto/dipartimenti ospedalieri, il percorso di integrazione si declina prioritariamente attraverso la definizione di Procedure Aziendali, Linee Guida e PDTA. In questo ambito devono essere definiti i protocolli di accesso alle strutture ambulatoriali e diagnostiche ospedaliere e le modalità di valutazione multidimensionale in sede di pre e post dimissione, per l'avvio tempestivo del paziente verso percorsi di cura di riabilitazione, residenzialità e semi residenzialità, Hospice. Sono richieste, a tal fine, iniziative formali di integrazione attraverso la partecipazione di medici ospedalieri ad attività distrettuali e viceversa, mediante il sistema di reti professionali e i gruppi operativi interdisciplinari.

Nel Distretto è individuato un Ufficio Socio Sanitario, in staff alla Direzione distrettuale e funzionalmente collegato al Coordinamento Socio Sanitario Aziendale.

- **Le funzioni di governo del Distretto:** Il Governo Clinico non può realizzarsi senza un costante processo di Formazione Continua: il Direttore di Distretto propone specifici Corsi di Formazione aziendale relativi a tematiche di nuovo impatto, a procedure di nuova introduzione, all'adozione di nuove Linee Guida e PDTA aziendali o regionali e attinge a percorsi formativi aziendali per tematiche di carattere generale. Il Servizio Formazione

aziendale rileva annualmente i bisogni formativi dei Distretti e ne soddisfa le richieste nell'ambito del budget aziendale assegnato.

Diritti degli utenti e dei dipendenti e la partecipazione del cittadino

Un modello regionale di riferimento per il superamento della Legge regionale n. 32/94: il DCA n.67 del 14.07.2016

- **Le nuove Articolazioni Organizzative del Distretto Socio – Sanitario:** Ai sensi dell'art. 1 della L. 189 del 08.11.2012, bisogna realizzare:

- Forme organizzative mono professionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali (AFT), che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi.
- Forme organizzative multi professionali, denominate unità complesse di cure primarie, che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il SSN, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria (UCCP).

Il presente Piano integra e aggiorna il Decreto Commissariale n. 18 del 18.2.2015.

Con la presente programmazione la Direzione Generale della ASL adotterà, in linea con le indicazioni ivi presenti, il Programma delle Attività Territoriali (PAT).

La riorganizzazione dell'assistenza territoriale deve avvenire attraverso la realizzazione delle AFT, delle UCCP. degli Ospedali di Comunità e delle ulteriori strutture intermedie previste dal presente Piano.

- **Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)** L'Azienda intende attivare le AFT, in linea con la sperimentazione della riorganizzazione delle cure primarie, come da nota della GRC UOD Assistenza Territoriale 843198 del 29.12.2016.

- **La Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP)**

Le UCCP per la ASL di Avellino sono state programmate presso:

- Distretto 1 P.O. di Ariano Irpino
- Distretto 1 Presidio Distrettuale Grottaminarda
- Distretto 3 SPS di Bisaccia
- Distretto 3 P.O. S. Angelo dei Lombardi

N.B. Le sedi delle UCCP possono subire variazioni previa comunicazione/autorizzazione da parte della Regione Campania. L'Azienda seguirà un percorso di riorganizzazione delle cure primarie, attivando i Presidi Ambulatoriali Integrati Territoriali, in una fase precedente alla attivazione delle UCCP

Un Ospedale di Comunità (OdC) è stato programmato per l'ASL di Avellino nella SPS di Bisaccia con n. 10 posti letto.

- **Area della Fragilità:** I tre classici livelli di assistenza (primaria, specialistica ambulatoriale e degenza ospedaliera) costituiscono un continuum, una rete in cui viene utilizzato lo strumento della gestione integrata e in cui ciascun professionista e l'intero team adotta un Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTA) condiviso e costruito sulla base delle evidenze scientifiche disponibili, con l'ottica di valorizzare il contributo di tutti gli attori della filiera assistenziale di cui l'assistito diventa parte attiva sottoscrivendo un patto di cura con l'equipe operativa.

Il presente Piano stabilisce l'attivazione prioritaria dei PDTA relativi alle seguenti condizioni croniche:

- Diabete
- Piede diabetico e ulcere cutanee
- Bronco-pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)
- Scompenso cardiaco e ipertensione
- Nefropatie
- Sclerosi laterale amiotrofica
- Demenze

Tale impostazione garantisce la continuità assistenziale e un efficace raccordo tra i diversi livelli (territorio – ospedale – territorio, medicina di base e specialistica, strutture residenziali territoriali, centri diurni, ecc.).

Al fine di evitare abbandoni, le Direzioni devono provvedere a:

- Individuare canali dedicati che consentano di superare le ordinarie liste di attesa,
- Attivare anche nel territorio i Day Service Ambulatoriali per l'accesso a Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC), collegati ai 6 PDTA previsti dal presente Piano. Alcuni PACC sono già attivi.

L'ASL deve formalizzare, aggiornare e implementare i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA):

- Diabete e sue complicanze
- Scompenso cardiaco
- Ipertensione essenziale
- Patologie respiratorie
- SLA
- Nefropatia cronica

- **Demenza – Riguardo alla demenza l'ASL intende strutturare un ulteriore Centro Alzheimer, oltre quello già presente nella città di Avellino, onde garantire una adeguata copertura sull'intero territorio aziendale.**

- Dolore cronico

- Ulteriori PDTA, tra i quali l'ASL ritiene di particolare rilevanza il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale inerente l'Autismo.

In ossequio al DCA 98/2016, **l'Azienda ha già costituito** una rete oncologica funzionale integrata e coordinata dei servizi sul territorio.

- **La Disabilità:** La dimissione del paziente dall'ospedale rappresenta una fase determinante per la continuità della presa in carico riabilitativa attivata precocemente in fase acuta: essa deve garantire la realizzazione di un'attenta valutazione del bisogno riabilitativo e/o clinico-assistenziale della persona e delle operazioni necessarie, anche dal punto di vista gestionale, organizzativo e informativo, per un appropriato trasferimento verso un altro setting di cura o al domicilio. A tal fine risulta indispensabile il raccordo tempestivo con il distretto di residenza del paziente al fine di consentire la presa in carico territoriale già in fase di ricovero ospedaliero. La Unità di valutazione del bisogno riabilitativo integrata ospedale-territorio. L'ASL attiva le UVBR integrate ospedale-territorio, ciascuna delle quali assicura la propria operatività in uno o più presidi ospedalieri.

- **La “Non Autosufficienza”** E' obiettivo del Direttore Generale attraverso i Direttori Responsabili di Distretto implementare le attività di PUA e UVI ove non ancora configurate. Una procedura aziendale per le dimissioni protette va prodotta dall'Azienda per consentire la continuità assistenziale ospedale-territorio, anche per rendere operativi i DCA 51/2015 e 52/2015 per i soggetti affetti da disordine della coscienza e S.L.A.

Si fa obbligo all'Azienda di produrre adeguata comunicazione al pubblico, anche attraverso il portale dei servizi aziendali, relativamente a sede, recapiti, orari di funzionamento delle PUA, con le indicazioni dei Referenti per le dimissioni protette.

Tutte le procedure attivate devono essere inserite obbligatoriamente sulla piattaforma LEA SOCIOSAN.

- **La domiciliarità:** In continuità con l'azione di rafforzamento quantitativo, vengono stabiliti gli obiettivi in apposita tabella del Piano cui si rimanda, che evidenzia l'incremento numerico per macro tipologia di utenti: anziani ultra 65enni, pazienti terminali, altri casi ovvero disabili non autosufficienti. Nel triennio 2016-2018 si programma di mantenere e consolidare il livello di offerta raggiunto nell'anno 2015, come si evidenzia dai dati conferiti attraverso il modello FLS21 riquadro H che evidenzia un livello di copertura oltre il 4% della popolazione anziana collocata in cure domiciliari. L'ipotesi di lavoro è qualificare

l'offerta garantita sostenendo anche un incremento del 20% degli altri casi in carico, l'incremento del 15% dei malati terminali e un + 0,80 di anziani in adi su base regionale. Per poter dimostrare il raggiungimento del target/standard LEA è necessario porsi come obiettivo anche quello di una corretta implementazione del flusso SIAD.

- **RSA e SUAP:** Fra le RSA programmate nella ASL di Avellino c'è la RSA disabili programmata presso la SPS di Bisaccia; per quanto riguarda le SUAP, risultano programmati 9 posti letto presso la SPS di Bisaccia.

- **Area Materno-infantile:** L'ASL ha già individuato almeno 3 centri di II livello per gli screening della cervice, correlati al 3° livello regionale. Deve dotarsi di un programma avanzato di miglioramento delle proprie strategie di chiamata e adesione agli screening della donna per raggiungere migliori percentuali di adesione, tendenti all'obiettivo LEA nazionali. L'ASL deve dotarsi di un Centro di riferimento giuridico per minori e famiglie. Realizzare il percorso nascita. La parto analgesia in tutte le UO di Ostetricia. L'ASL deve dotarsi di un sistema informatico di registrazione, chiamata e monitoraggio crociato con i PLS affinché ogni paziente pediatrico venga opportunamente sollecitato alla vaccinazione e l'azione vaccinale, anche quando effettuata direttamente dal PLS venga correttamente riportata aggiornando il file relativo al piccolo paziente.

- **Area della Prevenzione:** Un piano annuale di programmazione predisposto dalla Direzione del Dipartimento renderà fruibile e condivisibile l'attività delle macrostrutture anche a tutti gli attori delle istituzioni collaboranti, al fine di una coerente progettazione di azioni complementari.

Registro Tumori

Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 assunto con DCA n. 36 dell'1.6.2016.

Implementazione e sostegno alle vaccinazioni.

- **Area della Salute Mentale:** Nuclei di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Cardini operativi devono essere la continuità degli interventi, la personalizzazione dei percorsi di cura e di assistenza, il rispetto dei diritti umani e civili delle persone con sofferenza psichica e con disturbi mentali.

Rafforzamento del centro semiresidenziale per i disturbi del comportamento alimentare. Realizzazione di una rete di assistenza per i pazienti con DCA (Disturbi del comportamento alimentare).

Realizzazione di un Centro Diurno ed una Struttura Intermedia Residenziale (SIR) e dislocazione del Centro Salute Mentale (CSM) nella città di Avellino.

- **Area dei Minori con Disturbi neuropsichiatrici:** L'ASL deve assicurare l'esercizio unitario e omogeneo di programmi uniformi e appropriati di cura e di assistenza per i minori con problematiche neuropsichiatriche o con disabilità, attraverso la costituzione di Nuclei territoriali di Neuropsichiatria Infantile e Adolescenziale a competenza distrettuale o pluridistrettuale. La ASL già garantisce la presenza di una struttura operativa di coordinamento e di indirizzo in NPI, individuata nella UOC NPIA, in supporto alla Direzione Strategica.

- **Area delle Dipendenze:** Ser.D Servizi Pubblici per le Dipendenze. Potenziare i Servizi nelle aree interne, intercettare adeguatamente il bisogno e agevolare i cittadini a contattare i Servizi; anche attivando ambulatori dedicati per l'assistenza a cittadini con dipendenza da alcol e con disturbo da gioco d'azzardo (almeno 1).

Particolarmente interessanti risultano essere le Unità mobili e Unità di strada che raggiungono la popolazione a rischio nei luoghi e nei contesti di prevalente consumo di massa, capaci di attivare, anche in sinergia con le Forze dell'Ordine, programmi ed azioni di prevenzione su linee specifiche di attività (es. prevenzione delle "stragi del sabato sera").

L'ASL deve istituire l'Osservatorio aziendale sui disturbi da dipendenza comportamentale patologica.

- **Area delle cure palliative e fine vita:** L'ASL ha attivato la rete aziendale delle cure palliative.

- **Area Medicina Legale:** L'ASL deve istituire un Collegio Medico-Legale per la Medicina Valutativa. Attribuzione di nuove funzioni, quali la consulenza a varie UU.OO. per la Gestione del Rischio correlato alle attività sanitarie, nella gestione del contenzioso extragiudiziale e giudiziale per le strutture del SSR.

- **La Sanità Penitenziaria:** adeguamento tecnologico, adeguamento normativo, sono obiettivi della ASL.

- **Area della farmaceutica territoriale:** La farmaceutica territoriale trova il suo ambito di attività in tutte le funzioni di interesse farmaceutico fortemente ampliate nella crescente territorializzazione dell'assistenza finalizzata ad offrire una risposta adeguata ed aggiornata ai reali bisogni di salute.

- **L'utilizzo dei Fondi Strutturali Europei 2014-2020 e dei Finanziamenti Europei Diretti:** La Regione Campania intende realizzare le AFT, ed attivare le UCCP, nonché realizzare le ulteriori strutture intermedie previste dal presente Piano. Il ricorso ai fondi comunitari rappresenta una concreta opportunità per supportare la riorganizzazione del

settore sanitario e l'ASL di Avellino, di concerto con i Sindaci ed a cominciare con quelli dell'Alta Irpinia, **Progetto Pilota Alta Irpinia**, intende utilizzare a pieno tale opportunità, con la istituzione di Strutture territoriali (UCCP, SUAP, Ospedale di Comunità) nella SPS di Bisaccia e con il potenziamento del Presidio ospedaliero di S. Angelo dei Lombardi nei settori della Cardiologia e della Diagnostica per Immagini.

Si riporta, di seguito, una sintesi delle schede progettuali inerenti il Progetto Pilota Alta Irpinia.

ATTIVAZIONE (SUAP) SPECIALE UNITA' PER L'ACCOGLIENZA PERMANENTE DEI PAZIENTI IN STATO VEGETATIVO (SV) E DI MINIMA COSCIENZA (SMC) nella SPS di Bisaccia

La realizzazione della SUAP presso la Struttura Polifunzionale per la Salute di Bisaccia, rappresenta un intervento strategico di sviluppo territoriale di adeguamento dell'offerta di servizi residenziali che contribuisce a coprire, con una struttura pubblica, il fabbisogno provinciale di posti letto per SV e SMC, previsto dai documenti di programmazione regionale (n. 17 p.l. per la Provincia di Avellino, DCA 99/2016). Detto intervento prevede la ristrutturazione e riqualificazione degli ambienti siti all'ultimo piano dello stabile dell'ex P.O. di Bisaccia (IV piano in posizione attigua all'OdC lato sx con superficie di circa 600 mq.), per la quale è stata effettuata la progettazione da parte degli uffici aziendali competenti, in riferimento ai requisiti del DCA 70/2012 e s.m.i. e sulla base del confronto tecnico con le maggiori strutture riabilitative di riferimento in campo nazionale (vedi Montecatone- Imola), per il trattamento riabilitativo delle cerebro e medullo lesioni, al fine di poter considerare in maniera più completa i bisogni assistenziali dei pazienti e garantire processi clinici, organizzativi ed assistenziali i più innovativi possibile, soprattutto per quanto riguarda i trattamenti intensivi essenziali per le funzioni vitali come ad esempio: ventilazione meccanica e assistita, nutrizione enterale e parenterale protratta, confinamento al letto, riabilitazione, assistenza specialistica, utilizzo funzioni residue, mobilitazione dei pazienti, ecc.. Il numero totale dei posti letto da realizzare, definito in base allo studio di fattibilità propedeutico alla fase di progettazione, è n. 9.

Progetto di TELE RADIOLOGIA: realizzazione di una rete informatica ospedaliera tra il P.O.di S. Angelo dei Lombardi, ubicato in zona interna e disagiata, con l'AORN Moscati di Avellino (e con gli altri Presidi della ASL).

Il progetto ha due step, il primo riguarda la gestione informatizzata delle richieste di prestazioni radiologiche dai reparti ospedalieri con conseguente analoga distribuzione degli esiti (referto/immagini). Il secondo step progettuale propone la condivisione diagnostico/terapeutica con l'AORN Moscati di Avellino, attraverso innovativi strumenti di

tele gestione e tele consulto, finalizzato al trattamento dell'urgenza/emergenza presso il PO Criscuoli di S. Angelo dei Lombardi ed il successivo invio del paziente, se di necessità, alla AORN Moscati. L'on-line con l'AORN consentirebbe anche una migliore ed efficace gestione del paziente critico ricoverato nei reparti del PO proponente, potendo far ricorso al tele consulto con i medici specialisti dell'AORN.

POTENZIAMENTO DEL RUOLO DEL “CRISCUOLI”: START UP DI CARDIOLOGIA D.C.A. 33 2016.

Il piano regionale di programmazione della rete ospedaliera, ai sensi del D.M. 70/2015 – decreto Regione Campania n. 33 del 17/05/2016, prevede per il Presidio Ospedaliero “G. Criscuoli” di Sant’ Angelo dei Lombardi l’attivazione di n. 6 posti letto di cardiologia.

Con il successivo Atto Aziendale, l’Asl di Avellino, ha confermato quanto deliberato dalla Regione Campania prevedendo una UOSD. per la gestione di tali attività.

Tale realizzazione si inserisce nella rete cardiologica regionale che prevede la realizzazione del sistema hub / **spoke** soprattutto in riferimento ai pazienti con sindrome coronarica acuta. in questo sistema l'ospedale di Sant’Angelo dei Lombardi deve assumere un ruolo fondamentale nella “diagnosi immediata” (strumentale e di laboratorio), al fine di ridurre il cosiddetto “ritardo evitabile” e incanalare tempestivamente il paziente verso il trattamento più opportuno: angioplastica primaria, preceduto se necessario dalla terapia trombolitica.

Tale organizzazione ha un notevole impatto positivo su tutta la popolazione residente nei 25 comuni (circa 65.000 abitanti) afferenti al distretto di Sant 'Angelo dei Lombardi e inoltre garantisce anche un **percorso preferenziale** verso altre strutture sanitarie per il trattamento delle patologie più acute.

REALIZZAZIONE DELLA PRIMA UCCP CON SEDE NELLA SPS DI BISACCIA - DISTRETTO DI SANT' ANGELO DEI LOMBARDI.

Il DCA 99/2016 – “piano regionale di programmazione della rete per l’assistenza territoriale 2016-2018”, ha definito la SPS di Bisaccia quale sede per la realizzazione di una UCCP, quale nuovo modello di aggregazione del sistema di offerta sanitaria e sociosanitaria sul territorio. Trattasi di una forma organizzativa multi-professionale, denominata unità complessa di cure primarie, che eroga prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l’integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il servizio sanitario nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. L’intervento consiste pertanto nell’adeguamento di una parte della struttura polifunzionale per la salute di Bisaccia in UCCP secondo le indicazioni dettate dallo stesso DCA 99/2016. Quest’ultimo infatti

stabilisce che l'UCCP deve essere realizzata in conformità a quanto stabilito dalla Regione Campania con DGR. n. 7301/01 con riferimento ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi da rispettare e in osservanza della normativa in materia di privacy di cui al D.Lgs. n. 196/2003. L'ampiezza delle superfici e degli spazi e' rapportata al bacino di utenza della UCCP. L'area territoriale di riferimento della UCCP deve considerare la distanza dell'assistito dalla sede della stessa UCCP e i tempi di percorrenza che, di norma, possono essere al massimo di 30/40 minuti (individuata l'automobile come mezzo di trasporto principalmente utilizzato). in ogni caso la UCCP dovrà offrire i propri servizi a tutta la popolazione afferente al bacino territoriale di riferimento, mentre l'assistenza primaria è rivolta agli assistiti dei MMG che vi operano il cui ambito territoriale si identifica con quello in cui è costituita la UCCP ai sensi del vigente ACN.

REALIZZAZIONE DELL'OSPEDALE DI COMUNITA' NELLA SPS DI BISACCIA

L'OdC costituisce di norma un presidio di degenza residenziale delle cure primarie, nel caso specifico con 10 posti letto, 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 del distretto di S. Angelo dei Lombardi che garantisce anche le necessarie consulenze specialistiche. Un MMG, individuato dall'azienda, assume la funzione di coordinare l'OdC rappresentando l'interfaccia professionale tra la gestione clinica e la direzione distrettuale.

L'OdC 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.

ALLEGATI:

A) ORGANIGRAMMA

B) POSIZIONI ORGANIZZATIVE



AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO

DIRETTORE GENERALE
Dr.ssa Maria MORGANTE

Allegato “A” **ORGANIGRAMMA**



COMITATI / ORGANISMI
CONSIGLIO DEI SANITARI
COMITATO UNICO DI GARANZIA PER LE PARI OPPORTUNITÀ
CONFERENZA DEI SERVIZI
COMITATO PER IL RISCHIO CLINICO
COMITATO PER IL BUON USO DEL SANGUE
COMITATO PER L'OSPEDALE SENZA DOLORE
COMITATO DI DIPARTIMENTO
CONSULTA SOCIO-SANITARIA
COMITATO PER IL PRONTUARIO TERAPEUTICO
COMITATO PER LA LOTTA ALLE INFEZIONI OSPEDALIERE
COMITATI AZIENDALI MMG, PLS, SPECIALISTICA AMBULATORIALE, APPROPRIATEZZA AZIENDALE
COMITATO DEI SINDACI DI DISTRETTO
COMMISSIONE ALPI
COMITATO CONSULTIVO E PARTECIPATIVO

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI STRATEGICI				
		U.O.C	U.O.S.	UOSD
QUALITÀ E ACCREDITAMENTO - RISCHIO CLINICO	Qualità e Accreditamento - Rischio Clinico	X		
	URP		X	
	Formazione ed Aggiornamento del Personale/Formazione Universitaria			X
CONTROLLO DI GESTIONE	Controllo di Gestione	X		
	Strutture Private Accreditate			X
	Affari Generali			X
	Prevenzione e Protezione			X
CURE PRIMARIE (MMG – PLS – C.A. e SPECIALISTI AMBULATORIALI)	Cure Primarie (MMG – PLS – C.A. e Specialisti Ambulatoriali)	X		
	Assistenza Sanitaria di Base e Migranti		X	
-	COORDINAMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE *			X
	- SERVIZIO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE - SERVIZIO DELLE PROFESSIONI TECNICHE SANITARIE - SERVIZIO DELLE PROFESSIONI TECNICHE DELLA RIABILITAZIONE - SERVIZIO DELLE PROFESSIONI TECNICHE DELLA PREVENZIONE			
	PROJECT MANAGEMENT AZIENDALE E ANALISI/MONITORAGGIO ADEMPIMENTI LEA E OBIETTIVI STRATEGICI			X
	RAPPORTI CON ORGANI E ORGANISMI AZIENDALI			X
DIREZIONE SANITARIA P.O. ARIANO I.		X		

	DIREZIONE SANITARIA P.O. SOLOFRA			X
	DIREZIONE SANITARIA P.O. S. ANGELO DEI LOMBARDI			X
FARMACIA OSPEDALIERA	P.O. SOLOFRA			X
FARMACIA OSPEDALIERA	P.O. S. ANGELO DEI LOMBARDI			X
FARMACIA OSPEDALIERA	P. O. ARIANO	X		
FARMACEUTICA TERRITORIALE, CONVENZIONATA E FARMACOVIGILANZA – FLUSSI INFORMATIVI	TERRITORIO			X
EMERGENZA TERRITORIALE E CENTRALE OPERATIVA	TERRITORIO	X		

*Vedi CAPO III IL GOVERNO STRATEGICO AZIENDALE UOSD COORDINAMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE
SERVIZI DELLE PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE, DELLA RIABILITAZIONE, E DELLE ALTRE PROFESSIONI TECNICO SANITARIE

AREA DI COORDINAMENTO AMMINISTRATIVA TECNICO-ECONOMICA			
		U.O.C	U.O.S.
CONTABILITÀ GENERALE	Contabilità Generale	X	
	Bilancio e Fiscale		X
TECNICO PATRIMONIALE	Tecnico Patrimoniale	X	
	Patrimonio Immobiliare		X
PROVVEDITORATO	Provveditorato	X	
	Economato		X

N. B. L'area di coordinamento non presuppone l'individuazione di un incarico

AREA DI COORDINAMENTO AMMINISTRATIVA TECNICO - GIURIDICA			
		U.O.C	U.O.S.
GESTIONE RISORSE UMANE	Gestione Risorse Umane	X	
	Gestione Economica e Previdenziale		X
ASSISTENZA GIURIDICO-LEGALE	Assistenza Giuridico-Legale	X	
	Ufficio Sinistri – Gestione Flussi		X
SISTEMI INFORMATIVI E INFORMATICI	Sistemi Informativi e Informatici	X	

N. B. L'area di coordinamento non presuppone l'individuazione di un incarico

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE			
	UOC	UOSD	UOS
U.O. SERVIZIO IGIENE E SANITÀ PUBBLICA (SISP)	X		
U.O. SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI e DELLA NUTRIZIONE (SIAN)	X		
U.O. SERVIZIO EPIDEMIOLOGIA E PREVENZIONE (SEP) E REGISTRO TUMORI	X		
U.O. SERVIZIO IGIENE E MEDICINA DEL LAVORO (SIML) e AMIANTO		X	
U.O. SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO (SPSAL)	X		
U.O. PREVENZIONE COLLETTIVA TERRITORIALE 1		X	
U.O. PREVENZIONE COLLETTIVA TERRITORIALE 2		X	
U.O. VETERINARIA SANITÀ ANIMALE (AREA A)	X		
U.O. RANDAGISMO			X
U.O. VETERINARIA TERRITORIALE AREA A			X
U.O. VETERINARIA IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE (AREA B)	X		
U.O. VETERINARIA TERRITORIALE AREA B			X
U.O. IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECHNICHE (AREA C)	X		
U.O. OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO VETERINARIO		X	
U.O. RESPONSABILE AMMINISTRATIVO		X	
U.O. MEDICINA LEGALE		X	

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE			
	UOC	UOSD	UOS
U.O.S.M. N° 1 (ARIANO I, S. ANGELO DEI L.)	X		
U.O. C.S.M. N. 1 (ARIANO I, S. ANGELO DEI LOMBARDI) + DH SPDC S. Angelo dei L.			X
U.O.S.M. N° 2 (AVELLINO, ATRIPALDA, BAIANO, CERVINARA, LAURO)	X		
U.O. C.S.M. N. 2 (AVELLINO, ATRIPALDA, BAIANO, CERVINARA, LAURO)			X
U.O. R.E.M.S. S. NICOLA BARONIA + ARTICOLAZIONE SALUTE MENTALE CARCERE S. ANGELO DEI LOMBARDI + SIRE BISACCIA	X		
S.P.D.C.	X		
U.O. NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA *	X		
U.O. CENTRO DISTURBI ALIMENTARI (CDA) SOLOFRA		X	
U.O. SER.D E ALCOLOGIA	X		

* Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza: l'allocazione nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale è subordinata ad eventuali e diverse determinazioni della Regione Campania.

DIPARTIMENTO DELLA FRAGILITA'			
	UOC	UOSD	UOS
U.O. ASSISTENZA ANZIANI E CURE DOMICILIARI	X		
COORDINAMENTO DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI	X		
U.O. TUTELA DELLA SALUTE IN CARCERE		X	
U.O. COORDINAMENTO ATTIVITÀ' RIABILITATIVE		X	
U.O. CONTROLLO TRATTAMENTI RIABILITATIVI E PRESTAZIONI NOMENCLATORE TARIFFARIO E PROTESICA		X	
U.O. PATOLOGIE NEURO DEGENERATIVE	X		

DISTRETTI		
	UOC	UOS
DISTRETTO 01 ARIANO IRPINO	X	
ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE		X
FASCE DEBOLI		X
DISTRETTO 02 MONTEFORTE	X	
ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE E FASCE DEBOLI		X
DISTRETTO 03 S. ANGELO DEI LOMBARDI	X	
U.O. STRUTTURA POLIFUNZIONALE PER LA SALUTE – BISACCIA + RSA NUSCO		X
DISTRETTO 04 AVELLINO	X	
ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE		X
FASCE DEBOLI		X

DISTRETTO 05 ATRIPALDA	X	
		X
		X
DISTRETTO 06 BAIANO	X	
		X
		X

ULTERIORI FUNZIONI PRESENTI NEI DISTRETTI

D S n.1
Ariano Irpino

D S n. 2
Monteforte I.

D S n. 3
S. Angelo dei
Lombardi

D S n. 4
Avellino

D S n.5
Atripalda

D S n.6
Baiano

FUNZIONI DI PRODUZIONE: Materno Infantile – Salute Mentale in Età Evolutiva - Assistenza Primaria – Medicina Specialistica – Riabilitazione –Socio Sanitaria – Assistenza Domiciliare Integrata – Non Autosufficienza ed Anziani Fragili – Medicina Legale – Assistenza Farmaceutica.

Stretta Integrazione con i Presidi Ospedalieri - il Dipartimento di Prevenzione - il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze - il Dipartimento della Fragilità – il Dipartimento dei Servizi Strategici.

DIPARTIMENTO MEDICO				
	PRESIDIO OSPEDALIERO	UOC	UOSD	UOS
CARDIOLOGIA – UTIC	ARIANO IRPINO	X		
DIAGNOSTICA CARDIOLOGICA	ARIANO IRPINO		X	
MEDICINA GENERALE	ARIANO IRPINO	X		
LUNGODEGENZA	ARIANO IRPINO		X	
ONCOLOGIA	ARIANO IRPINO		X	
NEUROLOGIA	ARIANO IRPINO	X		
URGENZE NEUROLOGICHE E STROKE	ARIANO IRPINO			X
DIALISI	ARIANO IRPINO		X	
PRONTO SOCCORSO E OSSERVAZIONE BREVE	ARIANO IRPINO		X	
MEDICINA GENERALE	SOLOFRA	X		
DIALISI	SOLOFRA		X	
LUNGODEGENZA	SOLOFRA		X	
NEUROFISIOPATOLOGIA	SOLOFRA		X	
PRONTO SOCCORSO E OSSERVAZIONE BREVE	SOLOFRA		X	
MEDICINA GENERALE	SANT'ANGELO DEI LOMBARDI	X		
CARDIOLOGIA	SANT'ANGELO DEI LOMBARDI		X	

DIALISI	SANT'ANGELO DEI LOMBARDI		X	
PRONTO SOCCORSO E OSSERVAZIONE BREVE	SANT'ANGELO DEI LOMBARDI		X	

DIPARTIMENTO CHIRURGICO				
	PRESIDIO OSPEDALIERO	UOC	UOSD	UOS
CHIRURGIA GENERALE	ARIANO IRPINO	X		
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	ARIANO IRPINO	X		
ENDOSCOPIA DIGESTIVA / GASTROENTEROLOGIA Posti letto in appoggio area medica e chirurgica	ARIANO IRPINO	X		
TERAPIA INTENSIVA E RIANIMAZIONE	ARIANO IRPINO	X		
CHIRURGIA GENERALE	SOLOFRA	X		
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	SOLOFRA		X	
TERAPIA INTENSIVA	SOLOFRA	X		
CHIRURGIA GENERALE	SANT'ANGELO DEI LOMBARDI		X	
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	SANT'ANGELO DEI LOMBARDI		X	
TERAPIA INTENSIVA	SANT'ANGELO DEI LOMBARDI		X	

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI				
	PRESIDIO OSPEDALIERO	UOC	UOSD	UOS
PATOLOGIA CLINICA E CITO ISTOLOGIA	ARIANO IRPINO	X		
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	ARIANO IRPINO	X		
UNITA' DI RACCOLTA SANGUE e MEDICINA TRASFUSIONALE * In corso di accreditamento	ARIANO IRPINO		X	
ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI – CCAP	ARIANO IRPINO		X	
PATOLOGIA CLINICA	SOLOFRA		X	
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	SOLOFRA		X	
PATOLOGIA CLINICA E TOSSICOLOGIA	SANT'ANGELO DEI LOMBARDI	X		
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	SANT'ANGELO DEI LOMBARDI	X		

DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE				
	PRESIDIO OSPEDALIERO	UOC	UOSD	UOS
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	ARIANO IRPINO		X	
PEDIATRIA	ARIANO IRPINO		X	
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	SOLOFRA	X		
PEDIATRIA	SOLOFRA	X		
MATERNO INFANTILE	TERRITORIO	X		
ASTENSIONE ANTICIPATA DAL LAVORO PER MATERNITÀ' A RISCHIO (A.L. Ma)	TERRITORIO		X	

Si riportano di seguito le Unità Operative per singolo Presidio Ospedaliero, con indicazione dei posti letto e dei relativi codici.

PRESIDIO OSPEDALIERO ARIANO IRPINO								
UU.OO.CC.	COD. DIS	p.l. Totali	UU.OO.SS.	COD. DIS	p.l. Totali	UU.OO.SS.DD.	COD. DIS	p.l. Totali
Cardiologia - UTIC	8 e 50	18				Lungodegenza	60	15
Medicina Generale	26	24				Oncologia	64	4
Neurologia	32	12	Urgenze Neurologiche e Stroke			Unità di raccolta sangue e Medicina TrASFusionale		
Chirurgia Generale	9	18				Diagnostica Cardiologica	8	
Ortopedia e Traumatologia	36	16				Dialisi	54	
Endoscopia Digestiva/Gastroenterologia (posti letto in appoggio area medica e chirurgica)						Pronto Soccorso e Osservazione Breve		
Terapia intensiva e Rianimazione	49	6				Igiene Ospedaliera - CCAP		
Patologia Clinica e Cito istologia						Ostetricia e Ginecologia	37	16
Diagnostica per immagini	69					Pediatria	39	8
Direzione Sanitaria								
Farmaceutica Ospedaliera								
TOTALI		94						43
TOTALE POSTI LETTO PRESIDIO OSPEDALIERO ARIANO IRPINO								137

PRESIDIO OSPEDALIERO S. ANGELO DEI LOMBARDI								
UU.OO.CC.	COD. DIS	p.l. Totali	UU.OO.SS.	COD. DIS	p.l. Totali	UU.OO.SS.DD.	COD. DIS	p.l. Totali
Medicina Generale	26	16				Cardiologia	8	6
Patologia Clinica e Tossicologia						Chirurgia Generale	9	16
Diagnostica per Immagini	69					Ortopedia e Traumatologia	36	16
						Terapia Intensiva	49	4
						Direzione Sanitaria		
						Farmacia Ospedaliera		
						Dialisi	54	
						Pronto Soccorso e Osservazione Breve		
			SPDC (afferisce al Dipartimento di Salute Mentale)	40	8			
TOTALI		16			8			42
Alta Specialità Neuro riabilitativa	75	15						15
Recupero e Riabilitazione funzionale	56	96						96
TOTALE POSTI LETTO PRESIDIO OSPEDALIERO ARIANO IRPINO				66 + 111 = 177				

PRESIDIO OSPEDALIERO SOLOFRA								
UU.OO.CC.	COD. DIS	p.l. Totali	UU.OO.SS.	COD. DIS	p.l. Totali	UU.OO.SS.DD.	COD. DIS	p.l. Totali
Medicina Generale	26	20				Lungodegenza	60	16
Chirurgia Generale	9	18				Neurofisiopatologia		
Ostetricia e Ginecologia	37	18				Ortopedia e Traumatologia	36	18
Pediatria	39	10				Patologia Clinica		
Terapia intensiva	49	4				Diagnostica per Immagini	69	
						Direzione Sanitaria		
						Farmacia Ospedaliera		
						Pronto Soccorso e Osservazione Breve		
						Dialisi		
TOTALI		70		0	0			34
TOTALE POSTI LETTO PRESIDIO OSPEDALIERO SOLOFRA			70 + 34 =104					



AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO

DIRETTORE GENERALE
DR.SSA MARIA MORGANTE

ALLEGATO B **Posizioni Organizzative**

POSIZIONI ORGANIZZATIVE SERVIZI CENTRALI

Struttura	Posizione Organizzativa
Direzione Strategica	Segreteria particolare
	Segreteria degli atti
	Procedure ospedaliere e territoriali
	Supporto amministrativo
	Rapporti con le OO. SS.
U.O.S.D. Project Management Aziendale e Analisi/Monitoraggio Adempimenti LEA e Obiettivi Strategici	Monitoraggio Adempimenti LEA e Obiettivi Strategici
U.O.C. Cure Primarie (MMG - PLS – C.A e Specialistica Ambulatoriale)	Procedure economiche
	Procedure giuridiche di conferimento incarichi
U.O.S.D. Formazione ed Aggiornamento del Personale/Formazione Universitaria	Polo Didattico Universitario
U.O.C. Gestione Risorse Umane	Procedure giuridiche
	Procedure di acquisizione risorse umane
	Procedure economiche
U.O.C. Contabilità Generale	Pagamenti e autorizzazione di spesa
	Bilancio
U.O.C. Provveditorato	Procedure acquisizione beni e servizi
	Contratti beni e servizi
U.O.C. Tecnico Patrimoniale	Manutenzione immobili e impianti
	Procedure amministrative
U.O.C. Assistenza Giuridico Legale	Gestione del contenzioso e delle procedure
U.O.S.D. Affari Generali	Contratti e convenzioni
U.O.C. Sistemi Informativi ed Informatici	Delibere, determine e dematerializzazione
	Gestione reti
U.O.C. Controllo di Gestione	Monitoraggio flussi informativi
	Contabilità analitica e sistema di budgeting reporting
U.O.S.D. Prevenzione e Protezione	Elaborazione DVR. Formazione/informazione. Misure di sicurezza

DISTRETTI	
Struttura	Posizione Organizzativa
Distretto Sanitario n. 1 Ariano I.	Supporto amministrativo processi gestionali
	Supporto amministrativo processi gestionali
	Procedure sanitarie
Distretto Sanitario n. 2 Monteforte I.	Supporto amministrativo processi gestionali
	Procedure sanitarie
Distretto Sanitario n. 3 S. Angelo dei L. SPS Bisaccia	Supporto amministrativo processi gestionali
	Procedure sanitarie
	Supporto amministrativo processi gestionali
Distretto Sanitario n. 4 Avellino	Supporto amministrativo processi gestionali
	Supporto amministrativo processi gestionali
	Procedure tecniche
	Procedure sanitarie
Distretto Sanitario n. 5 Atripalda	Supporto amministrativo processi gestionali
	Supporto amministrativo processi gestionali
	Procedure sanitarie
Distretto Sanitario n. 6 Baiano	Supporto amministrativo processi gestionali
	Procedure sanitarie

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	
Struttura	Posizione Organizzativa
U.O.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP)	Innovazione ed implementazione dei meccanismi operativi
U.O.C. SEP e Registro Tumori	Innovazione ed implementazione dei meccanismi operativi
U.O.C. Servizio Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPSAL)	Innovazione ed implementazione dei meccanismi operativi
U.O.C. Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN)	Innovazione ed implementazione dei meccanismi operativi
U.O.C. Veterinaria Sanità Animale (Area A)	Innovazione ed implementazione dei meccanismi operativi area veterinaria
UOC Veterinaria Igiene degli alimenti di origine animale (Area B)	Innovazione ed implementazione dei meccanismi operativi area veterinaria
U.O.C. Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (Area C)	Innovazione ed implementazione dei meccanismi operativi area veterinaria
U.O.S.D. Medicina Legale	Innovazione ed implementazione dei meccanismi operativi

Al Direttore del Dipartimento vengono attribuite 3 Posizioni Organizzative da assegnare a tre tecnici della prevenzione nell'ambito del Coordinamento delle Professioni Sanitarie, ove è previsto il Dirigente del Servizio delle Professioni Tecniche della Prevenzione (Capo III)

DIPARTIMENTO DELLA FRAGILITA'	
Struttura	Posizione Organizzativa
U.O.C. Assistenza Anziani e Cure Domiciliari	Procedure sanitarie
U.O.S.D. COORDINAMENTO ATTIVITÀ' RIABILITATIVE	Procedure sanitarie

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE	
Struttura	Posizione Organizzativa
U.O.C. Salute Mentale N. 1 (Ariano I. – S. Angelo dei L.)	Procedure amministrative
	Procedure Sanitarie
U.O. C. Salute Mentale N. 2 (Av – Atr – Mon – Ba)	Procedure amministrative
	Procedure Sanitarie
U.O.C. Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza	Procedure sanitarie
U.O.C. R.E.M.S. S. NICOLA BARONIA + ARTICOLAZIONE SALUTE MENTALE CARCERE S. ANGELO DEI LOMBARDI + SIRE BISACCIA	Procedure sanitarie
U.O.C. SER.D e Alcologia	Procedure sanitarie

AREA OSPEDALIERA E DEI SERVIZI	
Struttura	Posizione Organizzativa
U.O.C. Direzione Sanitaria P.O. Ariano Irpino	Supporto amministrativo processi gestionali
	Procedure sanitarie
U.O.S.D. Direzione Sanitaria P.O. Solofra	Supporto amministrativo processi gestionali
	Procedure sanitarie
U.O.S.D. Direzione Sanitaria P.O. S. Angelo dei L.	Supporto amministrativo processi gestionali
	Procedure sanitarie
U.O.C. Farmacia Ospedaliera	Gestione flussi
U.O.S.D. Farmacia Territoriale convenzionata e farmacovigilanza – flussi informativi	Gestione flussi
U.O.S.D. Organizzazione dei Servizi Sanitari - CCAP	Gestione Agende Ambulatoriali Informatizzate e Sistema di Prenotazione
U.O.C. Emergenza Territoriale e Centrale Operativa	Supporto amministrativo processi gestionali



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it

Direttore Generale

Tel. 0825/292202 – Fax 0825/292092

direzione generale@aslavellino.it

ALLEGATO 1)

alla delibera: *Adozione Atto Aziendale ASL AV*

Elenco precisazioni/specificazioni rispetto all'Atto Aziendale già adottato con delibera n. 659 del 4.05.2017

Pagg. 8 e 9 e 153: viene fatto riferimento alla nota GRC prot. n. 507725 del 24.07.2017 che riporta il parere favorevole del Sub Commissario ad Acta alla rettifica del DCA 33/2016 riguardante i 111 posti letto di riabilitazione del P. O. di S. Angelo dei Lombardi.

Pag. 51: viene introdotto un paragrafo in cui si precisano i soggetti coinvolti nell'attività degli screening in Azienda, citando la delibera aziendale n. 1046 del 5.09.2016, con la quale sono stati assegnati gli obiettivi ai dirigenti.

Pag. 86: UOC Direzione Sanitaria del P.O. di Ariano I. e UOSD Direzione Sanitaria P.O. di Solofra e S. Angelo dei Lombardi passano nel Dipartimento dei Servizi Strategici; erano posizionate precedentemente nel Dipartimento dei Servizi.

Pag. 87: corretto il paragrafo riguardante la UOSD Strutture Private Accreditate in quanto erroneamente denominata nel precedente atto: UOSD Strutture Private Accreditate di Ricovero e Cura".

Pag. 108: viene precisato a chi verrà affidato il coordinamento della rete aziendale cure palliative e terapia del dolore secondo normativa vigente.

Pag. 116: Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze: c'è l'aggiunta delle Dipendenze che prima era parte del Dipartimento Dipendenze e della Fragilità, trasferendo nel nuovo dipartimento la UOC Ser.D.

Pag. 121: la UOC Centro Alzheimer e Patologie Neurodegenerative diventa UOC Patologie Neurodegenerative.

Pag 120: viene precisata ulteriormente la funzione della UOSD Coordinamento Attività Riabilitative, in merito alle attività di verifica e controllo sulle strutture aziendali di riabilitazione.

Pag. 126: nel Dipartimento Medico viene tolta la UOSD Unità di Raccolta Sangue che ritorna nel Dipartimento dei Servizi, mentre si aggiungono le 3 UOSD Pronto Soccorso e Osservazione Breve che precedentemente erano nel Dipartimento dei Servizi.

Pag. 128: nel Dipartimento Chirurgico si aggiungono le 2 UOC Terapia Intensiva dei PP.OO. di Ariano e Solofra e la UOSD Terapia Intensiva del P.O. di S. Angelo dei Lombardi, che precedentemente erano nel Dipartimento dei Servizi.

Pag. 129: il Dipartimento dei Servizi subisce le variazioni come detto in precedenza.

Pag. 130: si aggiunge a fine testo: ... *"mentre sono in fase avanzata le procedure di attivazione di un servizio di radioterapia presso il P.O. di Ariano I."*

Pag. 152: si precisa che la tenuta e l'aggiornamento costante dell'inventario dei beni mobili è funzione specifica della UOS Economato, la tenuta e l'aggiornamento dell'inventario delle attrezzature biomediche è funzione specifica della UOC Tecnico Patrimoniale.

pag. 112 Al testo "Direttore del Dipartimento Strutturale ... nominato ..." si aggiunge: *"con le modalità ed i criteri stabiliti dalle norme e dagli specifici regolamenti (Modalità di affidamento, mutamento e revoca degli incarichi; modalità di funzionamento del Comitato di Dipartimento; Funzionamento del Dipartimento)."*

Pag. 132 Al testo: "Il Comitato individua ..." si aggiunge: *"sulla base di quanto verrà indicato nell'apposito regolamento sulle modalità di funzionamento dello stesso Comitato."*



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it

Direttore Generale
Tel. 0825/292202 – Fax 0825/292092
direzione generale@aslavellino.it

ALLEGATO 2)

alla delibera: *Adozione Atto Aziendale ASL AV*

Elenco ulteriori precisazioni/specificazioni rispetto all'Atto Aziendale già adottato con delibera n. 659 del 4.05.2017

Pagina 86: Nel Dipartimento dei Servizi Strategici si aggiungono la UOSD Farmacia Ospedaliera P.O. Solofra, la UOSD Farmacia Ospedaliera P.O. S. Angelo dei Lombardi, la UOC Farmacia Ospedaliera P.O. Ariano I., la UOSD Farmaceutica Territoriale, Convenzionata e Farmacovigilanza – Flussi Informativi, la UOC Emergenza Territoriale e Centrale Operativa. Queste Unità Operative erano precedentemente allocate nel Dipartimento dei Servizi.

Pagina 86: la UOSD Segreteria della Direzione Strategica e degli altri Organi e Organismi Aziendali cambia denominazione in UOSD Rapporti con Organi e Organismi Aziendali.

Pagina 129: la UOSD Igiene Ospedaliera – CCAP P.O. Ariano I., cambia denominazione in UOSD Organizzazione dei servizi sanitari – CCAP P.O. Ariano I..

[Handwritten signatures and initials in blue ink, including names like 'Fe de', 'dr', 'Obr', 'MATER', 'fuer', 'Pac', 'felli', 'sen v', and others.]