



**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

**Dott. Amedeo Blasotti**

**Nominato con D.G.R.C. n. 323 del 21/06/2022**

**D.P.G.R.C. N. 103 del 04/08/2022**

N.ro *1359* del *01/08/2023*

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

La presente deliberazione si compone di n.ro \_\_\_\_ pagine di cui \_\_\_\_ relative agli allegati.

SP n.ro ..... del.....

## IL DIRETTORE GENERALE

**Dott. Amedeo Blasotti in virtù dei poteri conferitigli con D.P.G.R. n. 103 del 04/08/2022 in esecuzione della D.G.R.C. n. 323 del 21/06/2022, alla stregua dell'istruttoria espletata e riassunta in narrativa,**

### Premesso

- ✓ Che con delibera n.1477 del 23/11/2017 fu adottato l'Atto Aziendale dell'ASL Caserta;
- ✓ Che il Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano con Decreto n.64 del 13/12/2017 approvò, con prescrizioni, l'Atto Aziendale ASL Caserta;
- ✓ Che le prescrizioni furono assolte con la delibera n.26 del 18/01/2018 ad oggetto "D.C.A. n.64 del 13/12/2017. Adempimenti";
- ✓ Che con delibera n.1358 del 01/08/2023 sono state annullate le deliberazioni n.242/2023, n. 901/2023 n.930/2023 al fine di accorparle in un unico provvedimento;

### ATTESO

- ✓ Che il DCA 103 del 28/12/2018, e successive modifiche ed integrazioni, ha approvato il Piano regionale di programmazione della rete ospedaliera (per l'ASL Caserta programmati 1.106 posti letto pubblici);
- ✓ Che con DGRC n. 378 del 23/07/2020 è stato adottato il piano di riorganizzazione/potenziamento delle attività in regime di ricovero in Terapia intensiva ed in aree di assistenza ad alta intensità di cura della Regione Campania (determinando una programmazione di 1.118 posti letto pubblici per l'ASL Caserta);
- ✓ Che con DGRC n.308 del 31/05/2023 è stato rimodulato il piano programmato con la DGRC 378/2020 confermando i 1.118 posti letto pubblici per l'ASL Caserta;
- ✓ Che il piano di riorganizzazione/potenziamento delle attività in regime di ricovero in Terapia intensiva ed in aree di assistenza ad alta intensità di cura è stato pienamente implementato
- ✓ Che la Rete dell'assistenza territoriale è stata definita dal D.C.A. 83 del 31/10/2019 e, successivamente, integrata e modificata dalle "Linee guida sugli interventi di riordino territoriale della Regione Campania in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza recepite dal decreto ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022", allegato n.1", approvate con la D.G.R.C. 682 del 13 dicembre 2022

### Considerato

- ✓ Che il numero di unità operative programmabili deve tenere conto della normativa nazionale e regionale (standard di cui al DM 70/2015 e parametri del Comitato LEA come articolati nel DCA 18/2013):
- ✓ Che la Regione Campania
  - Ha emanato "linee di indirizzo per l'adozione dell'Atto Aziendale" con nota prot. N.376740 del 16/07/2021 e n.451333 del 13/09/2021;
  - Ha dato ulteriori indicazioni con nota prot. n.11364 del 10/01/2023;
- ✓ Che l'applicazione del D.M. n. 77/2022 e della D.G.R.C. n. 682/2022 ha determinato una rimodulazione delle UU.OO. dell'ASL Caserta;
- ✓ Che in virtù delle linee di indirizzo regionali testé richiamate è stata effettuata una rimodulazione dei posti letto;

### Tenuto Conto

- ✓ Che con nota prot. n. 23122/DIR.GEN. del 25/01/2023 con allegati Atto Aziendale e schema UU.OO., è stata data informativa alle OO.SS. Area Comparto ed R.S.U. e che in data 03/02/2023 vi è stato confronto tra le parti;
- ✓ Che con nota prot. n. 23128/DIR.GEN del 25/01/2023, con allegati Atto Aziendale e schema UU.OO., è stata data informativa alle OO.SS. Area Dirigenza Sanitaria e P.T.A. e che in data 03/02/2023 vi è stato confronto tra le parti;

- ✓ Che il Collegio di Direzione ha preso visione degli atti trasmessi con nota prot. n.24578/ASL del 26/01/2023 ed espresso parere favorevole all'unanimità in data 03/02/2023;
- ✓ Che a seguito del confronto tra le parti sono emerse osservazioni, in parte condivise perché coincidenti con gli obiettivi aziendali;
- ✓ Che il recepimento di tali osservazioni migliora l'assetto organizzativo e non incide sul totale delle UU.OO. (Complesse, Semplici e Semplici Dipartimentali) possibili e/o sul numero totale dei posti letto;
- ✓ Che con nota prot. n. 0118106/DIR:GEN. del 11/05/2023 è stata data informativa alle OO.SS. Area Comparto ed R.S.U., Area Dirigenza Sanitaria e P.T.A.;
- ✓ Che il Collegio di Direzione ha espresso parere favorevole all'unanimità sulle modifiche/integrazioni in data 18/05/2023;

**Evidenziato**

- ✓ Che la precedente programmazione Aziendale (delibera n.1477 del 23/11/2017) è stata rivista in virtù delle modifiche normative intervenute e riportata nei seguenti allegati;
  - 1) Allegato 1 – Atto Aziendale;
  - 2) Allegato 2 – Schema riepilogativo delle UU.OO. e dei posti letto;
  - 3) Allegato 3 – Funzioni e competenze;
  - 4) Allegato 4 – Schede di riepilogo dei Presidi Ospedalieri;

**Dichiarata** la regolarità giuridico-amministrativa della presente proposta di provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nel rispetto delle proprie competenze, funzioni e responsabilità;

**Dichiarato** che non sussistono motivi ostativi a procedere ed oneri di spesa a carico dell'Azienda, attesa la piena conformità alle disposizioni di legge ed ai regolamenti aziendali;

Tutto ciò premesso, argomentato ed attestato, il sottoscritto

**VISTO**

**IL PARERE del DIRETTORE AMMINISTRATIVO**

**Dott. Giuseppe Tarantino**

Favorevole: ✓

**F.to**

Non Favorevole:

(Vedi motivazioni allegate)

**IL PARERE del DIRETTORE SANITARIO**

**Dott. Vincenzo Iodice**

Favorevole: ✓

**F.to**

Non Favorevole:

(Vedi motivazioni allegate)

## **IL DIRETTORE GENERALE**

**Dott. Amedeo Blasotti in virtù dei poteri conferitigli con D.P.G.R. n. 103 del 04/08/2022 in esecuzione della D.G.R.C. n. 323 del 21/06/2022, alla stregua dell'istruttoria espletata e riassunta in narrativa,**

### **DELIBERA**

Per tutti i motivi di cui in premessa, che si intendono integralmente trascritti e riportati, di adottare il presente provvedimento, sulla scorta ed in conformità della proposta:

1. Di adottare il presente provvedimento;
2. Adottare il nuovo Atto Aziendale, così come allegato alla presente delibera quale parte integrante e sostanziale, avendo recepito quanto disposto dalla Programmazione Regionale con gli assetti richiamati in premessa, rimodulando il precedente Atto Aziendale (di cui alla deliberazione n.1477 del 23/11/2017):
  - ✓ Allegato 1 – Atto Aziendale;
  - ✓ Allegato 2 – Schema riepilogativo delle UU.OO. e dei posti letto;
  - ✓ Allegato 3 – Funzioni e competenze;
  - ✓ Allegato 4 – Schede di riepilogo dei Presidi Ospedalieri;
3. Disporre la trasmissione del presente atto, completo di tutti gli allegati, sia in formato digitale che cartaceo, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR della Regione Campania;
4. Di trasmettere la presente deliberazione al Collegio Sindacale;
5. Disporre che il presente provvedimento sia pubblicato sull' Albo Pretorio on line aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1, della legge 18/06/2009, n.69 e dell'art 18-comma 3-della L-R. 27 gennaio 2012 n 1.
6. Di Dare immediata eseguibilità al presente provvedimento;
7. Disporre la pubblicazione della presente deliberazione nella Sezione dell'Amministrazione
  - a. Trasparente al fine dell'assolvimento dei previsti obblighi di pubblicazione.

**Il Direttore Generale  
Dott. Amedeo Blasotti**

**F.to**

## ATTESTATO DI PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente deliberazione è stata affissa all'Albo Pretorio di questa A.S.L. dal giorno \_\_\_\_\_ e vi resterà per giorni 15 (quindici).

IL RESPONSABILE DELLA SEGRETERIA

1- 7 AGO. 2023

La presente deliberazione è divenuta esecutiva per il decorso termine di giorni 10 (dieci) dalla data di pubblicazione, ai sensi dell'art. 35, co. 6 della Legge Regionale n. 32 del 03/11/1994.

IL RESPONSABILE DELLA SEGRETERIA

La presente deliberazione viene resa immediatamente eseguibile per l'urgenza

Addi.....

Il Funzionario

1- 7 AGO. 2023

Trasmessa copia della presente deliberazione al Collegio Sindacale, ai sensi dell'art.3 ter del D.Lgs. 19 giugno 1999 n. 229 es.m.i. in data \_\_\_\_\_ con nota n. \_\_\_\_\_

Il Funzionario

### TRASMISSIONE ALLA GIUNTA REGIONALE

La presente deliberazione è stata trasmessa alla Struttura di Controllo della G.R.C. ai sensi dell'art. 35 L.R. n. 32 del 03/11/94 con nota n° \_\_\_\_\_ del.....

Il Funzionario

### PROVVEDIMENTO DELLA GIUNTA REGIONALE

Deliberazione della G.R.C. n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Decisione \_\_\_\_\_

Il Funzionario

Trasmissione ai Servizi copia della presente deliberazione per quanto di competenza :

SERVIZIO \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ per ricev. \_\_\_\_\_

SERVIZIO \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ per ricev. \_\_\_\_\_

SERVIZIO \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ per ricev. \_\_\_\_\_

Allegato 1

# ATTO AZIENDALE



# INDICE

Titolo I. ELEMENTI IDENTIFICATIVI E CARATTERIZZANTI L'AZIENDA .....	5
Art. 1 - Sede legale .....	5
Art. 2 - Logo .....	5
Art. 3 - Patrimonio.....	5
Art. 4 - Scopo e missione; dichiarazioni etiche .....	6
Il modello organizzativo.....	8
Il modello gestionale .....	10
Titolo II. ASSETTO ISTITUZIONALE: ORGANI AZIENDALI, ORGANISMI COLLEGIALI E RELATIVE ATTRIBUZIONI .....	12
Art. 5 - Il Governo Aziendale .....	12
<b>Il Direttore Generale</b> .....	13
Art. 6 - Collegio Sindacale .....	16
Art. 7 - Collegio di Direzione.....	16
Art. 8 - Altri organismi.....	18
La Direzione Strategica .....	18
<b>Il Direttore Sanitario</b> .....	19
<b>Il Direttore Amministrativo</b> .....	21
Il consiglio dei sanitari .....	21
Il Comitato dei Sindaci di Distretto.....	22
L'organismo indipendente di valutazione .....	22
Il comitato di dipartimento .....	23
Altri comitati.....	24
Le organizzazioni sindacali.....	24
Titolo III. ASPETTI ORGANIZZATIVI DELL'AZIENDA .....	25
Art. 9 - Articolazione territoriale a livello centrale, distrettuale ed ospedaliero.....	25
Art. 10 - Distretti Sanitari.....	26
L'organizzazione della struttura complessa distretto .....	28
Le funzioni del distretto sanitario .....	28
L'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali.....	29
Il Coordinatore delle Attività Distrettuali.....	30
Il Direttore di Distretto .....	31
La Rete di Prossimità e le strutture per l'assistenza sanitaria territoriale Aziendale .....	33
Sanità penitenziaria: .....	34

La Centrale Operativa Territoriale (COT) .....	34
Strutture di coordinamento .....	35
Il Chronic Care Center .....	35
Casa della Comunità e Chronic Care Center.....	36
Infermiere di Famiglia o Comunità.....	37
UCA .....	37
Ospedale di Comunità.....	37
Le Cure Domiciliari e la Rete di Assistenza Domiciliare .....	38
La Telemedicina.....	39
Le Cure Palliative.....	40
Rete Oncologica e Terapia del Dolore.....	40
Art. 11 - Ospedali .....	41
Definizione e funzionamento .....	41
Il Piano Ospedaliero .....	43
Integrazione Ospedale-Territorio.....	44
Art. 12 - Dipartimenti .....	46
L'organizzazione dipartimentale.....	46
Il direttore di dipartimento .....	47
Il comitato di dipartimento .....	48
Art. 13 - Le strutture .....	48
Definizione.....	48
Le strutture di staff.....	49
Unità Operative Complesse .....	49
UOSD in ambito Ospedaliero .....	52
UOS in ambito Ospedaliero.....	52
UOC in ambito Territoriale.....	53
UOSD in ambito Territoriale .....	53
UOS in ambito Territoriale.....	53
Art. 14 - Gli incarichi dirigenziali .....	54
Art. 15 - Incarichi del Personale del Comparto .....	55
Art. 16 - Dotazione Organica/Fabbisogno del Personale .....	56
Titolo IV. MODALITA' DI GESTIONE, DI CONTROLLO E DI VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE.....	56
Art. 17 - Procedure di consultazione al fine della predisposizione degli atti di programmazione .....	56
Pianificazione strategica, programmazione, budgeting .....	56



Art. 18 - Disciplina dei controlli interni.....	57
Art. 19 - Valorizzazione delle risorse umane e professionali - formazione.....	59
Art. 20 - Disciplina della funzione qualità e governo clinico .....	61
Art. 21 - Regolamentazione interna.....	61
ART. 22 - PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA – NORMATIVA PRIVACY (ATTUAZIONE GDPR 2016/679 E SS.MM.II.).....	62
Art. 23 - Altre funzioni aziendali dettate da disposizioni nazionali o regionali.....	62
Art. 24 - Azioni di informazione, accoglienza, tutela e partecipazione del cittadino.....	63
Art. 25 – Tutela della Disabilità.....	64
Art. 26 - Fase transitoria .....	64
allegato 2 “Organigramma” .....	65
allegato 3 “Funzioni e Competenze”.....	65

L'atto aziendale è strumento di autogoverno dell'Azienda, esso ne definisce l'assetto organizzativo, disciplinando gli organi, gli organismi, le strutture operative dell'Azienda, le loro articolazioni interne e i criteri per la successiva eventuale specificazione delle modalità di funzionamento delle strutture stesse. Costituisce il modello organizzativo e le relative linee strategiche generali e definisce il modello funzionale, cioè l'insieme delle modalità dinamiche della gestione aziendale. Infine, l'atto aziendale disciplina i livelli di competenza e di responsabilità, le funzioni di produzione e di supporto, le funzioni di indirizzo strategico e di gestione operativa.

## TITOLO I. ELEMENTI IDENTIFICATIVI E CARATTERIZZANTI L'AZIENDA

### ART. 1 - SEDE LEGALE

L'Azienda Sanitaria Locale Caserta è costituita in Azienda con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale con D.G.R. n.504 e 505 del 20 marzo 2009, contraddistinta da autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

### ART. 2 - LOGO

Il logo dell'Azienda, oltre alla denominazione istituzionale, vede rappresentato il portale della Reggia Borbonica, monumento simbolo della città di Caserta.



### ART. 3 - PATRIMONIO

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

L'Azienda, ai sensi e per gli effetti dell'art.5, c. 2 del D.Lgs 229/1999 e del decreto del Commissario ad Acta n.14/2009, dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, fermo restando che i beni mobili ed immobili utilizzati per il perseguimento dei fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile e, pertanto, non possono essere sottratti alla loro destinazione, se non nei modi stabiliti dalla legge.

L'Azienda riconosce la valenza strategica del proprio patrimonio quale strumento di potenziamento e di qualificazione strutturale e tecnologica e, in questa prospettiva, si riserva iniziative di investimento anche mediante processi di alienazione del patrimonio da reddito e di trasferimento di diritti reali, previa la necessaria autorizzazione regionale, ex art.5, c.3 del D.Lgs 229/1999.

Con regolamento adottato dal Direttore Generale, viene disciplinata la tenuta degli inventari dei beni mobili e immobili, la loro gestione, l'affidamento ai consegnatari responsabili, le eventuali procedure di alienazione.

#### ART. 4 - SCOPO E MISSIONE; DICHIARAZIONI ETICHE

L'Azienda Sanitaria Locale "Caserta" svolge la funzione pubblica di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività, attraverso attività di promozione e prevenzione e cura degli stati di malattia e di recupero della salute, al fine di mantenere il più alto livello di qualità della vita dei cittadini.

L'Azienda si impegna ad operare con il massimo rispetto della dignità della persona umana, del bisogno di salute e dell'equità nell'offerta dell'assistenza; garantisce l'accessibilità ai servizi per i cittadini, la qualità delle prestazioni e la loro appropriatezza.

L'attività dell'Azienda si ispira alle indicazioni stabilite dai Comitati Etici, Nazionali e Regionali.

L'attività aziendale si basa inoltre sulle direttrici strategiche indicate dalla normativa nazionale e regionale.

L'Azienda persegue prioritariamente i seguenti obiettivi:

- omogeneizzazione e potenziamento dell'assistenza territoriale attraverso un approccio incentrato su:
- sviluppo di politiche di prevenzione e promozione della salute
- presa in carico di pazienti cronici
- approccio di welfare di comunità
- creazione di forti sinergie e potenziamento della funzione ospedaliera a gestione diretta
- attivazione di una funzione qualificata di committenza rispetto a erogatori privati accreditati e pubblici per l'intero territorio servito
- sviluppo dell'accessibilità ai servizi
- rispetto della specificità dei contesti, focalizzando l'attenzione sulle aree con maggior deprivazione
- potenziamento dell'integrazione socio-sanitaria
- deospedalizzazione e sviluppo della continuità assistenziale ospedale territorio
- Favorire l'Innovazione e la ricerca sotto tutti gli aspetti collegati ai processi aziendali, sia di carattere sanitario che sociosanitario che ancora organizzativo.

La missione dell'Azienda consiste nel fornire risposte concrete e adeguate alla domanda di salute della comunità, erogando prestazioni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale, secondo principi di buon andamento dell'amministrazione. La propria organizzazione è orientata ai bisogni della persona e all'integrazione tra i servizi sanitari e la comunità locale e allo sviluppo di percorsi diagnostici terapeutici (PDTA) volti a garantire appropriatezza, efficacia, efficienza ed equità nel trattamento e nell'accesso ai servizi.

La visione: l'Azienda si riconosce parte del sistema sanitario e sociale della Regione Campania, orientato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e alla risposta ai bisogni complessi e articolati dei cittadini. Mantiene sempre alta l'attenzione sulla competenza professionale degli operatori e sull'innovazione tecnologica e gestionale, nonché nell'aggiornamento per l'applicazione delle migliori pratiche cliniche e assistenziali.

La risposta ai bisogni di salute è articolata in percorsi assistenziali innovativi finalizzati a garantire la continuità delle cure, l'integrazione degli operatori e dei servizi e l'utilizzo appropriato ed equo

L'offerta di salute dell'Azienda è costantemente conformata sui bisogni emergenti della popolazione di cui monitora le evoluzioni demografiche ed epidemiologiche.

I valori che caratterizzano l'operato dell'Azienda e i servizi che essa rende sono rappresentati da:

a) tutela della salute

L'Azienda riconosce la salute quale bene collettivo e individuale, secondo la definizione dell'OMS: "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non solamente l'assenza di malattia e di inabilità";

b) equità

L'Azienda riconosce l'equità come presupposto necessario per garantire la parità di accesso alle prestazioni e ai servizi sanitari e Socio-Sanitari nel rispetto del principio di appropriatezza.

### Principi dell'Assistenza

I principi fondanti che ispirano e guidano l'azione gestionale dell'Azienda sono i seguenti:

1) Centralità della persona e umanizzazione dell'assistenza: L'Azienda riconosce in ogni utente una "persona" e gli conferisce piena titolarità rispetto a una serie articolata di diritti inalienabili. Di ogni persona sostiene le peculiari prerogative culturali, sociali, fisiche e etiche e nel contempo, si impegna a promuovere il contesto di vita affinché le sue capacità e le sue potenzialità possano esprimersi. La "centralità della persona" è, dunque, il principio ordinatore di tutto il sistema dell'accoglienza e dell'organizzazione dei servizi dell'Azienda, la quale persegue la soddisfazione dei reali bisogni dei singoli.

2) Unicità dell'Azienda e integrazione Socio-Sanitaria: L'Azienda si pone con un approccio unico e coerente nelle diverse articolazioni organizzative e nella molteplicità delle figure professionali che contiene. Tale univocità di intenti e comportamenti conseguenziali è ottenuta attraverso la condivisione della missione e degli obiettivi aziendali nel quadro del sistema sanitario nazionale e regionale.

3) Coinvolgimento e partecipazione dei cittadini: L'Azienda riconosce la Comunità territoriale, nelle sue distinte articolazioni, come partner nella fase di programmazione e valutazione dei servizi, per la condivisione degli obiettivi, per accrescere la consapevolezza nelle scelte relative alla salute dei cittadini, per valorizzare una visione imperniata sulla coesione sociale e sulla responsabilizzazione diffusa, incanalando i percorsi e le risorse, anche informali e spontanei, in una logica di sistema e di rete anche attraverso la cooperazione con associazioni di categoria.

4) Approccio multi-professionale: Per la presa in carico della persona nel singolo intervento e nei percorsi assistenziali anche attraverso:

- l'integrazione operativa di più competenze professionali nel singolo intervento mediante il lavoro di squadra;
- la continuità nei percorsi ospedale-territorio, valorizzando i rapporti con i medici convenzionati (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni), le strutture private accreditate e le altre strutture assistenziali presenti sul territorio in un'ottica di globalità dell'intervento e sussidiarietà;
- lo sviluppo di percorsi diagnostico-terapeutici volti a garantire appropriatezza, efficacia, efficienza ed equità nel trattamento e nell'accesso ai servizi;

5) Innovazione e ricerca: Intesa sia come promozione del costante sviluppo di nuove conoscenze e competenze, sia come vocazione al miglioramento continuo. La pratica professionale e clinica deve essere guidata dalle tecniche e dalle procedure più aggiornate per le quali si disponga di provata evidenza al fine di assicurare gli standard più elevati nel rispetto dei criteri di appropriatezza. Favorisce inoltre l'applicazione dell'innovazione di processo in tutte le funzioni

dell'Azienda anche mediante la massimizzazione dell'utilizzo delle tecnologie digitali conformandosi alle indicazioni scientifiche connesse alla diffusione della Sanità 4.0. A tal fine l'Azienda promuove la formazione continua del personale quale strumento di miglioramento dell'assistenza e di accrescimento del capitale umano;

6) **Trasparenza:** Eletta quale stile aziendale distintivo, volto ad assicurare visibilità e chiarezza nei rapporti sia interni che esterni, in una logica di responsabilità sostanziale dei risultati;

7) **Riservatezza:** Necessaria e tassativamente prevista da norme puntuali dell'ordinamento nel trattamento dei dati concernenti il cittadino e del suo stato di salute;

8) **Sicurezza:** Intesa come impegno a realizzare e ottenere le prestazioni in condizioni di tutela dal rischio legato a possibili fattori ambientali con riferimento agli aspetti strutturali, tecnologici ed organizzativi, sia per gli utenti che per i lavoratori, come di seguito precisato;

9) **Buona amministrazione:** L'Azienda garantisce il soddisfacimento dei bisogni di salute nel rispetto delle risorse a disposizione e nel miglior rapporto costi-benefici.

Gli obiettivi dell'Azienda leggibili quali risultati concreti e misurabili che realizzano la sua missione in un dato arco temporale, sono definiti dalla programmazione regionale e dalla programmazione aziendale, sulla base dei riscontri epidemiologici e dei bisogni espressi dalla comunità locale.

#### La Tutela Della Salute E Della Sicurezza Dei Lavoratori

Il miglioramento delle condizioni di lavoro, la tutela della salute e sicurezza dei lavoratori e la promozione della cultura della prevenzione costituiscono obiettivi strategici dell'ASL CASERTA.

L'Azienda ritiene che, in tutti gli ambienti di lavoro, si debba promuovere una prevenzione globale, organizzata, programmata, informata e partecipata affinché si possa tendere ad un servizio sanitario sicuro per i lavoratori, per gli utenti, per gli operatori di ditte esterne, per i volontari e per i visitatori.

## Il modello organizzativo

### Il Governo Aziendale

L'organizzazione dell'Azienda è incentrata su una articolazione i cui cardini sono rappresentati dalla Direzione Strategica e dalle Macrostrutture dotate di autonomia.

I Governo complessivo dell'Azienda appartiene al Direttore Generale, che rappresenta l'organo aziendale cui competono tutti i poteri relativi a detto governo e di rappresentanza legale.

II Direttore Generale, per l'esercizio delle funzioni si avvale di una struttura di governo collegiale composta dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, oltre che dalla tecnostruttura, i quali partecipano alla Direzione Strategica dell'Azienda e concorrono, con la formulazione di proposte e pareri, alla formazione delle decisioni della Direzione Generale.

La Direzione Strategica è supportata tecnicamente dall'attività dei servizi centrali afferenti sia alla Direzione Sanitaria che Amministrativa in grado di offrire specifiche competenze sul versante della pianificazione, controllo e valutazione, della organizzazione e verifica e della sicurezza e prevenzione-protezione.

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

- analisi delle condizioni di salute e di bisogno di servizi;
- scelta delle priorità;
- formulazione del Piano Attuativo Locale e del Piano Annuale di Attività;

- definizione dei budget generale di azienda e assegnazione dei budget specifici ai centri di responsabilità;
- valutazione dei risultati, audit organizzativo, riavvio delle fasi di governo.

Le Macrostrutture dotate di autonomia gestionale che concorrono al Governo complessivo sono costituite da aggregazioni di sottosistemi complessi dell'organizzazione e sono rappresentate dai Distretti, dal Presidio Ospedaliero, dai Dipartimenti strutturali.

#### Modalità e Principi per il Governo dell'Azienda

Il governo dell'Azienda è ispirato a quattro modalità di lavoro così schematicamente sintetizzate:

1. la visione aziendale come sistema unitario: la visione unitaria del sistema azienda è, in definitiva, la condizione per ottenere coerenze di gestione e consenso interno ed esterno alle azioni progettuali;
2. lavorare per processi: è la condizione per porre attenzione reale al fruitore e al risultato finale del servizio reso (esiti). Per processo aziendale si intende infatti una sequenza di azioni eseguite da più professionisti che utilizzano risorse per ottenere risultati utili a fruitori definiti;
3. gestire i processi: La gestione per processi è perseguita con la finalità di:
  - ottimizzare la propria efficacia ed efficienza interna;
  - mettere al centro il risultato e il fruitore del servizio valutando il risultato stesso anche con il suo metro;
  - superare la modalità di lavoro per compiti orientando il lavoro dei singoli al risultato;
  - orientare il lavoro aziendale alle priorità di salute e alla ricerca delle sinergie di sistema
4. la semplificazione delle procedure: nell'approccio alla gestione per processi l'Azienda opera effettuando ove possibile ogni utile intervento di semplificazione.

La semplificazione si realizza in particolare attraverso:

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

L'Azienda basa l'affidabilità e la qualità dei servizi sulla preparazione dei propri operatori e sulla loro capacità di aggiornamento continuo della professionalità. A tal fine valorizza e sviluppa le risorse umane che operano nelle strutture aziendali. Assicura altresì la pari opportunità in ordine all'accesso all'impiego, ai percorsi formativi, all'affidamento degli incarichi, allo sviluppo professionale.

Il raggiungimento degli obiettivi di efficienza ed efficacia è perseguito nel rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie.

L'azienda adotta i criteri della pianificazione strategica, informa la propria gestione sulla base di un sistema permanente di programmazione e controllo ed individua nel sistema budgetario lo strumento fondamentale di responsabilizzazione sugli obiettivi, sui risultati e sull'adeguato impiego delle risorse.

L'azienda persegue le finalità di cui sopra utilizzando la propria capacità generale di diritto privato, salvo che nei casi in cui la legge espressamente le attribuisce poteri pubblicistici come tali da esercitare nelle forme tipiche del procedimento amministrativo.

Gli atti aziendali di diritto privato sono retti dal principio di libertà delle forme, nei limiti previsti dal codice civile e dalle leggi speciali e nel rispetto dei principi di legalità, imparzialità, buon andamento

e semplificazione delle attività aziendali.

I provvedimenti amministrativi sono emanati nell'osservanza della L. 241/1990 s.m.i. e dei principi generali dell'azione amministrativa. L'Azienda garantisce la legittimità, imparzialità e trasparenza dell'azione amministrativa.

L'Azienda persegue anche l'obiettivo del contrasto della corruzione e illegalità proponendosi innanzitutto di realizzare tre obiettivi strategici, sostanzialmente mutuati dalle indicazioni nazionali:

- ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione;
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

Il termine "corruzione" è da intendersi in una concezione più ampia di quella adottata nel campo penale, estendendosi a qualunque situazione in cui si manifesti:

- a) un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite al dipendente dell'azienda;
- b) un'attività proveniente dall'esterno diretta ad inquinare l'azione amministrativa, a prescindere dal fatto che questa attività riesca a realizzare effettivamente il proprio illecito risultato.

In tale ambito, in modo particolare, nel settore degli acquisti di beni e servizi, l'Azienda si impegna a:

- monitorare gli affidamenti diretti e pubblicare una relazione sulla sezione amministrazione trasparente indicante le ragioni, i metodi e gli importi di tali affidamenti;
- prevedere l'obbligo per chi aspira a diventare fornitore o appaltatore dell'Azienda, di dichiarare eventuali propri finanziamenti a partiti, uomini politici, fondazioni, Onlus, consorzi;
- costituire un albo dei dirigenti e funzionari membri di commissione suddivisi per competenza prevedendo che tale ruolo sia svolto mediante sorteggio.

L'Azienda intende garantire la massima trasparenza dando applicazione ai principi contenuti nel D. Lgs. n. 150/2009 e nel D. Lgs. 33/2013 e a tal fine il sito aziendale costituisce strumento principale per fornire le informazioni al cittadino/utente, per ottenere questo scopo si doterà di adeguati piani di comunicazione con il pubblico.

## Il modello gestionale

### Processi e funzioni dell'Azienda

Il percorso che sta sviluppando l'Azienda Sanitaria Locale Caserta si basa sul preciso orientamento strategico di lettura dei fabbisogni di salute della cittadinanza e dell'individuazione di un'offerta dei servizi, tali da consentire concreti miglioramenti nelle attività assistenziali e nell'efficienza operativa in termini di:

- uniformità dei servizi su standard più elevati;
- maggiore efficienza gestionale;
- creazione di sinergie nella filiera assistenziale;
- maggiore incisività grazie alla creazione di un unico interlocutore per gli altri soggetti pubblici e privati.

La fase di riorganizzazione è stata preceduta da un'analisi dei processi in essere che ha portato all'individuazione delle migliori pratiche; successivamente è stata attuata un'importante opera di omogeneizzazione dei processi e delle procedure e nel contempo è stato condotto un approfondimento della governance dell'Azienda, date le sue rilevanti dimensioni e la connessa necessità di forme di governo, modelli di relazioni inter-istituzionali, assetti organizzativi radicalmente diversi da quelli tradizionali.

Questa riflessione ha comportato, a livello operativo, il ridisegno dell'assetto di intere funzioni e, a livello strategico, ha comportato l'allargamento della direzione aziendale, attraverso un'articolazione su due livelli, laddove:

1. il primo livello delinea gli indirizzi strategici dell'Azienda;
2. al secondo livello è invece affidato il governo strategico aziendale.

Il primo livello, che individua gli Indirizzi Strategici dell'Azienda, è composto da i tre organi dell'Azienda:

- il Direttore Generale, che costituisce, insieme al Direttore Amministrativo e al Direttore Sanitario, la Direzione Strategica
- Il collegio di Direzione
- Il collegio Sindcaie

Si affiancano a questi organi il Comitato dei Sindaci e gli altri organi consultivi strategici.

Il secondo livello, quello del Governo Strategico, costituisce un insieme più ampio ed è pertanto composto da:

- Direzione Strategica;
- Responsabili delle strutture di coordinamento
- Responsabili dei Dipartimenti

Questi promuovono l'attuazione degli indirizzi strategici all'interno dell'ambito di attività che coordinano; sono altresì garanti dell'integrazione e interconnessione con gli altri ambiti, inoltre, su mandato specifico del Direttore Generale, perseguono le azioni necessarie al fine di gestire determinate questioni rilevanti a livello aziendale (principio del decentramento verticale selettivo con mandato del Direttore Generale su processi/progetti aziendali rilevanti e/o critici).

La catena del valore, rappresentata nella figura sottostante, descrive la struttura organizzativa dell'Azienda come un insieme di processi, laddove il cuore, la funzione di tutela e quella di erogazione, sono i servizi territoriali e quelli ospedalieri che si avvalgono delle funzioni di staff articolate su tre ambiti:

- pianificazione e sviluppo,
- supporto e gestione;
- controllo.

## Processi e funzioni dell'Azienda



Le Funzioni tipiche dell'Azienda relative ai Servizi Territoriali e Ospedalieri saranno oggetto di un'analisi di dettaglio nelle pagine seguenti, procedendo con la definizione di ruoli funzioni e caratteristiche sia degli organi di governo che delle singole strutture operative deputate al raggiungimento dei fini e della



missione dell'Azienda.

In merito agli altri Servizi essi potranno essere erogati mediante il coinvolgimento di tutte le strutture operative dell'Azienda anche se non specificamente deputate a tale scopo, anche con l'ausilio di strutture di coordinamento appositamente identificate, in particolare:

Per le attività di Formazione la UOC Formazione

Per le attività di innovazione applicata il responsabile del Coordinamento Controllo di Gestione e Sistemi Informativi

Per i Servizi informativi la UOS Servizi Relazione con il Pubblico

In merito alle attività di Ricerca scientifica non si prevede la creazione di una specifica struttura di coordinamento ma sarà individuato presso la Direzione Generale un Referente aziendale per la promozione dei progetti di Ricerca Scientifica, che sarà membro di diritto del Comitato Etico e le cui competenze e responsabilità saranno:

- Promozione di potenziali attività che possono rappresentare argomento di ricerca dell'Azienda;
- Monitoraggio di ogni progetto di ricerca che viene svolto nell'Azienda e nelle strutture accreditate della Provincia;
- Preparazione di quanto necessario per partecipazione a concorso per l'assegnazione di fondi finalizzati alla ricerca scientifica.
- Il referente nominato è tenuto ad interagire con i Direttori dei Dipartimenti/Coordinamenti/Distretti coinvolti nel progetto di ricerca e fornisce supporto nella predisposizione dei progetti da proporre.

Tale figura potrà essere individuata anche all'esterno dell'Azienda con specifico incarico del Direttore Generale.

In merito alla realizzazione di specifici progetti di Ricerca e più in generale per realizzare attività con specifica finalizzazione l'Azienda potrà costituire specifici Consorzi di scopo, la cui funzione e durata sarà strettamente legata agli obiettivi dell'attività oggetto del progetto.

## TITOLO II. ASSETTO ISTITUZIONALE: ORGANI AZIENDALI, ORGANISMI COLLEGIALI E RELATIVE ATTRIBUZIONI

Sono organi dell'Azienda il Direttore Generale, il Collegio di Direzione ed il Collegio Sindacale.

### ART. 5 - IL GOVERNO AZIENDALE

L'organizzazione dell'Azienda è incentrata su una articolazione i cui cardini sono rappresentati dalla Direzione Strategica e dalle Macrostrutture dotate di autonomia.

Il governo complessivo dell'Azienda appartiene al Direttore Generale, che rappresenta l'organo aziendale cui competono tutti i poteri relativi a detto governo e di rappresentanza legale.

Il Direttore Generale, per l'esercizio delle funzioni si avvale di una struttura di governo collegiale composta dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, oltre che dalla tecnostruttura, i quali partecipano alla Direzione Strategica dell'Azienda e concorrono, con la formulazione di proposte e pareri, alla formazione delle decisioni della Direzione Generale.

Le Macrostrutture dotate di autonomia gestionale che concorrono al Governo complessivo sono costituite da aggregazioni di sottosistemi complessi dell'organizzazione e sono rappresentate dai Distretti, dal Presidio Ospedaliero, dai Dipartimenti strutturali/funzionale e dalle UOC dei Servizi Centrali.

## Il Direttore Generale

Il Direttore Generale è nominato dal Presidente della Giunta Regionale con proprio decreto.

Al Direttore Generale sono riservati tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza legale dell'Azienda di cui ha la responsabilità della gestione complessiva. Il Direttore Generale svolge funzioni di indirizzo politico-sanitario- amministrativo (ai sensi del 1° comma dell'art.3 del D. Lgs.vo n. 29/93 e s.m.i. e del D. Lgs.vo 165/2001) e "definisce gli obiettivi ed i programmi da attuare e verifica la rispondenza dei risultati della gestione alle direttive generali impartite"; è il titolare di tutti i poteri di gestione nonché della rappresentanza legale dell'Azienda.

Il Direttore Generale dell'Azienda è responsabile delle funzioni di indirizzo, che esercita attraverso la definizione di obiettivi e programmi, e dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa. Verifica il risultato dell'attività svolta e la realizzazione di programmi e progetti in relazione agli obiettivi della gestione finanziaria, tecnica, amministrativa e sanitaria. Risponde alla Regione in relazione agli obiettivi assegnatigli all'atto di nomina e 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.Lvo 502/92 e s.m.i; il contratto è sottoscritto sulla base di uno schema approvato dalla Giunta Regionale della Campania.

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

- alla Regione, che ne indirizza l'attività ed esercita il controllo sul suo operato;
- 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;
- al Collegio Sindacale, cui sono affidati i compiti di vigilanza sull'osservanza delle leggi e dei regolamenti e la verifica sull'attività contabile dell'Azienda.

Il Direttore Generale provvede, in particolare:

- alla nomina del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo;
- alla nomina del Collegio Sindacale e alla sua prima convocazione nei termini di legge;
- alla costituzione del Collegio di Direzione e del Consiglio dei Sanitari;
- alla nomina dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance ex art.14 D.Lgs. 150/2009, dei Collegi tecnici, del Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, ex art.57 D.Lgs. 165/2001 e s.m.i. e di qualunque altro organismo previsto dalla normativa vigente e dall'Atto aziendale;
- alla adozione dell'Atto aziendale e delle sue modificazioni ed integrazioni;
- alla adozione degli atti regolamentari e di tutti quelli che si rendono necessari in attuazione di normative nazionali e regionali;
- alla adozione degli atti generali di organizzazione interna dei presidi ospedalieri, dei distretti dei dipartimenti e dei servizi centrali e all'organizzazione dello staff della Direzione strategica, nonché alla nomina e alla revoca dei responsabili delle strutture operative dell'Azienda e al conferimento degli incarichi professionali;
- alla adozione del documento per la valutazione dei rischi e alla nomina del responsabile del servizio di prevenzione e protezione. Tale responsabile è figura diversa dal responsabile di area tecnica preposto alla manutenzione;
- alla verifica della corretta ed efficiente gestione delle risorse nonché dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa;
- alla verifica qualitativa e quantitativa dei servizi erogati;

- alla adozione di tutti gli atti deliberativi relativi alla programmazione finanziaria e di bilancio, compresi quelli formulati secondo la logica budgettaria specifica di ogni dipartimento e di quella complessiva aziendale;
- alla adozione del Piano Attuativo Locale, del Programma delle Attività Territoriali, nonché degli altri atti programmatici con cui sono definiti gli obiettivi e le priorità per la gestione dell'Azienda e sono assegnate le risorse umane, strumentali e finanziarie;
- alla determinazione della dotazione organica aziendale;
- alla adozione di tutti gli atti deliberativi riguardanti l'assunzione di personale;
- alla adozione dei provvedimenti conseguenti alla valutazione dei dirigenti;
- alla adozione di tutti gli altri atti indicati dalla legislazione regionale vigente;
- alla adozione di tutti gli atti necessario per il PIAO;
- all' assolvimento di ogni altro compito previsto dalle leggi vigenti.
- In relazione alle funzioni di cui sopra, al fine di mantenere distinte quelle rientranti negli atti di alta amministrazione da quelle di carattere gestionale, le funzioni attribuite al Direttore Generale sono distinte in:
  1. funzioni ad esso esclusivamente riservate;
  1. funzioni delegabili, in tutto o in parte, ai direttori sanitario ed amministrativo e agli altri dirigenti dell'azienda.
- Rimangono di esclusiva competenza del Direttore Generale le funzioni di alta amministrazione (cioè quelle più propriamente "di governo"), mentre sono delegabili ai vari livelli della dirigenza le funzioni di carattere gestionale, attraverso le quali si esplica l'autonomia funzionale delle articolazioni organizzative dell'azienda tra cui:
  - a. l'attuazione dei contratti collettivi di lavoro del personale e l'adozione degli atti di gestione del personale stesso;
  - b. l'esercizio dei poteri di spesa nei limiti degli stanziamenti di bilancio e di acquisizione delle entrate, entro i limiti di valore prefissati;
  - c. l'approvazione degli atti di gara per lavori e forniture;
  - d. la stipula dei contratti.
  - e. Le funzioni gestionali, esercitate dai dirigenti dell' Azienda ai diversi livelli, sono funzioni delegate dal Direttore Generale con tutti i limiti, le implicazioni e le conseguenze derivanti dall'istituto della delega;
  - f. funzioni agli stessi attribuite nel momento della sottoscrizione del contratto di lavoro o con specifico atto del Direttore Generale;
  - g. In caso di assenza o impedimento del Direttore Generale le relative funzioni sono svolte dal Direttore Amministrativo o dal Direttore Sanitario su delega del Direttore Generale, o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano.
  - h. L'adozione della delibera di conferimento incarico e la sottoscrizione della procura alla lite da parte del Direttore Generale a favore del professionista designato, interno o esterno all'Azienda, perfeziona la volontà di intentare un giudizio o di costituirsi in una controversia.
  - i. Con apposito atto da pubblicare sull'Albo dell'Azienda e sul Sito web aziendale, vengono specificati dettagliatamente gli ambiti oggettivi e soggettivi delle attribuzioni dirigenziali e delle deleghe conferite ai singoli dirigenti.
  - j. Funzioni di Datore di Lavoro ex art.2 D.Lgs. 81/08 e s.m.i., con specificità relativa alle pubbliche amministrazioni, già riportata precedentemente (paragrafo La tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori) e qui ripresa:

"Nelle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2 , decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, per datore di lavoro, si intende il dirigente al quale spettano i poteri di gestione, ovvero il funzionario non avente qualifica dirigenziale, nei soli casi in cui quest'ultimo sia preposto ad un ufficio avente autonomia gestionale, individuato dall'organo di vertice delle singole amministrazioni tenendo conto dell'ubicazione e dell'ambito funzionale degli uffici nei quali viene svolta l'attività, e dotato di autonomi poteri decisionali e di spesa. In caso di

omessa individuazione, o di individuazione non conforme ai criteri sopra indicati, il datore di lavoro coincide con l'organo di vertice medesimo".

Nello svolgimento dei propri compiti, il Direttore Generale è coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, ciascuno per le proprie competenze e con essi costituisce la Direzione Strategica dell'Azienda.

#### Delega di funzioni

Il Direttore Generale, salva la ripartizione di competenze da operare con il presente Atto, può delegare, con riferimento ad ambiti settoriali di attività ovvero all'adozione di singoli atti di diritto privato o di diritto pubblico, le proprie funzioni al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario, ai Direttori di Distretto, di Ospedale, di Dipartimento e di Struttura, nonché altre figure dirigenziali presenti in Azienda.

I criteri generali per l'attribuzione delle deleghe possono così riassumersi:

- osservanza delle norme e delle indicazioni stabilite con leggi dello Stato e/o della Regione;
- osservanza del vincolo di programmazione aziendale in coerenza con le disposizioni contenute nel Piano Sanitario Nazionale e nel Piano Sanitario Regionale.
- coerenza con il sistema budgetario e con i vincoli di bilancio;
- trasparenza e sinergia dei procedimenti;
- coerenza degli atti adottati, da ottenersi anche con assidue comunicazioni tra le strutture organizzative interessate.

La delega è effettuata individuando con atto scritto e motivato i destinatari, i contenuti, l'arco temporale, i principi e i criteri che dovranno garantirne l'esercizio e i controlli sull'esercizio.

La delega relativa all'attività gestionale di diritto privato è conferita per scritto nei modi e nelle forme necessarie rapportate alla tipologia di attività delegata; in ogni caso l'originale dell'atto di delega è conservato agli atti presso la segreteria del Direttore Generale.

La delega relativa all'esercizio dei poteri amministrativi è disposta dal Direttore Generale con apposito provvedimento motivato.

La revoca delle deleghe conferite deve aver luogo nelle stesse forme seguite per il loro conferimento, dovendosi quindi osservare anche le identiche modalità di pubblicazione e conservazione degli atti.

Il soggetto delegato ha la piena responsabilità, a qualsiasi effetto interno ed esterno all'azienda, degli atti compiuti. Il Direttore Generale può, con provvedimento motivato e nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento, annullare d'ufficio e/o revocare i provvedimenti amministrativi assunti dal delegato che siano illegittimi o inopportuni; può assumere, rispetto agli atti gestionali di diritto privato invalidi, non conformi alla delega attribuita o non convenienti (cioè non coerenti agli obiettivi aziendali o lesivi degli interessi generali dell'azienda), assunti dai delegati, le iniziative consentite dal codice civile.

I provvedimenti amministrativi delegati adottati vengono assunti dal dirigente nella forma di "Determinazioni" e devono essere inviati al Direttore Generale e per conoscenza al Collegio Sindacale entro cinque giorni dalla loro adozione. Il Direttore Generale può annullare o riformulare la determinazione.

Le deleghe già attribuite alla data di approvazione del presente atto conservano la propria validità fino ad attribuzione delle nuove deleghe conformi al nuovo piano di organizzazione.

#### **Organizzazione della sicurezza e la designazione del Datore di Lavoro dell'ASL CASERTA.**

Al fine di contribuire al processo di valorizzazione e responsabilizzazione della dirigenza, compatibilmente con quanto disposto dall'art. 4, comma 2, del Decreto Legislativo 30.03.2001 n.165 ed in analogia a quanto indicato all'art. 15-bis, comma 1, del D.Lgs. n. 502/1992, il Direttore Generale,

nell'ambito delle proprie funzioni definisce l'organigramma aziendale, individuando i soggetti di cui all'art.2 § 1 lett.b, che, secondo le attribuzioni specifiche, assolvono agli adempimenti di cui al D.Lgs.81/2008 e s.m.i. ed i relativi flussi informativi da e verso i soggetti del sistema di sicurezza aziendale, nonché tutti i soggetti individuati dal D.Lgs.81/2008: Datore di Lavoro, Dirigente e Preposti, RSPP, SPP, Medico Competente e Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza.

La designazione dei datori di lavoro, così definita, costituisce il presupposto per una migliore e negoziata definizione delle funzioni della dirigenza dell'area sanitaria e dell'area tecnico-amministrativa; essa rappresenta lo strumento per l'affermazione dell'effettiva collaborazione tra dirigenza e Direzione Generale, contribuendo al processo di valorizzazione e di responsabilizzazione della stessa dirigenza, verso obiettivi condivisi ed alla realizzazione di modalità di governo e/o di gestione più articolate e flessibili.

## ART. 6 - COLLEGIO SINDACALE

Il Collegio Sindacale dell'Azienda, disciplinato dalla Legge Regionale n.20 del 23 dicembre 2015, dura in carica tre anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dal Presidente della Giunta Regionale, uno designato dal Ministro dell'Economia e uno dal Ministro della Salute. I componenti del Collegio Sindacale sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili, istituito presso il Ministero della Giustizia, ovvero tra i funzionari del Ministero del Tesoro che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti dei collegi sindacali.

Detto organo:

- Verifica l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico;
- Vigila sull'osservanza della legge;
- 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;

Riferisce almeno trimestralmente alla Regione, ovvero su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti in caso di fondato sospetto di gravi irregolarità;

Trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'Azienda rispettivamente alla Conferenza dei sindaci o al Sindaco del Comune capoluogo della provincia dove è situata l'Azienda stessa.

Le comunicazioni sono inviate per conoscenza anche al Consiglio Regionale per la trasmissione alla Commissione Consiliare permanente competente in materia.

I componenti del Collegio Sindacale possono procedere ad atti di ispezione e controllo, anche individualmente.

## ART. 7 - COLLEGIO DI DIREZIONE

Il Direttore Generale costituisce, con proprio provvedimento, il Collegio di Direzione, quale organo dell'Azienda, regolato con specifico regolamento che ne disciplina le modalità di funzionamento, in ottemperanza a quanto disposto dal D. Lgs. 502/1992 e s.m.i. e dalla Legge Regionale 20/2015. Ferme le competenze del Direttore Generale e degli altri organi delle Aziende, il Collegio di Direzione:

- Concorre al governo delle attività cliniche dell'Azienda, formulando proposte ed esprimendo pareri su richiesta del Direttore Generale, la consultazione è obbligatoria in merito alle questioni attinenti il governo delle attività cliniche;
- Concorre alla pianificazione delle attività dell'Azienda, inclusa la didattica e la ricerca, nonché

allo sviluppo organizzativo e gestionale dell'Azienda, con particolare riferimento agli aspetti relativi all'organizzazione dei servizi, al migliore impiego delle risorse umane, alle attività di formazione continua degli operatori sanitari, alla migliore organizzazione per l'attuazione dell'attività libero professionale intramuraria;

- Partecipa alla definizione dei requisiti di appropriatezza e qualità delle prestazioni, nonché degli indicatori di risultato clinico-assistenziale e concorre alla conseguente valutazione interna dei risultati conseguiti, secondo modalità che saranno stabilite con atto di indirizzo della Giunta Regionale;
- Supporta la Direzione Strategica nell'adozione degli atti di governo dell'Azienda, attraverso la formulazione di pareri laddove richiesti da rendersi anche nel caso di quesiti posti dall'Azienda. Nello svolgimento dei compiti previsti, il Collegio esprime parere obbligatorio sui seguenti atti:
- Atto aziendale per la parte relativa all'organizzazione delle attività cliniche;
- Piano aziendale annuale della formazione, nel rispetto degli obiettivi formativi nazionali e regionali, nonché dei bisogni formativi specifici espressi dalle Aree e dai Dipartimenti aziendali e dalle categorie di operatori, ai fini della successiva approvazione da parte del Direttore Generale;
- Piano aziendale annuale per la gestione del rischio clinico.

La composizione del Collegio di Direzione è subordinata ad apposita delibera del Direttore Generale ed assicura la presenza di:

- i dirigenti delle aree amministrative e professionali;
- il dirigente responsabile del Servizio Qualità e risk management;
- il Coordinatore Sociosanitario;
- il responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione;
- un rappresentante delle professioni sanitarie;
- I direttore dei Dipartimenti funzionali;
- il direttore del Dipartimento di Prevenzione;
- il direttore del Dipartimento di Salute Mentale;
- il direttore del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche;
- i direttori dei Distretti Sanitari;
- i direttori dei Presidi Ospedalieri Aziendali;

Il Direttore Generale, in qualità di Presidente del Collegio di Direzione, in relazione alle materie in trattazione, può estendere la partecipazione alle singole sedute del Collegio ai dirigenti responsabili delle strutture organizzative aziendali di volta in volta interessate, i quali possono essere sentiti senza diritto di voto. Tra i membri di diritto del Collegio, è eletto un Vice Presidente, a maggioranza assoluta.

Il Collegio di Direzione adotta, con delibera del Direttore Generale, un proprio Regolamento di funzionamento nel rispetto dei seguenti principi:

- le riunioni vengono fissate dal Direttore Generale, quale Presidente del Collegio, con cadenza almeno semestrale e comunque secondo le modalità necessarie all'espletamento delle funzioni attribuite, tramite convocazione scritta, almeno sette giorni prima dell'incontro (tre giorni in caso di urgenza), contenente l'ordine del giorno e inviata tramite posta elettronica;
- in caso di richiesta motivata da parte della metà più uno dei componenti il Collegio, il Direttore Generale convoca il Collegio in riunioni, con gli argomenti richiesti all'ordine del giorno;
- l'ordine del giorno delle singole riunioni è predisposto dal Direttore Generale di concerto con i Direttori Sanitario ed Amministrativo oppure su richiesta della metà più uno dei componenti il Collegio;

- in caso di impossibilità a partecipare alle riunioni, ogni componente è tenuto a darne preventiva comunicazione scritta;
- la perdita degli incarichi rappresentati nel Collegio di Direzione costituisce automatica decadenza per i componenti del Collegio di Direzione;
- per la validità delle riunioni è necessaria la presenza della metà più uno dei componenti;
- nelle decisioni prese dal Collegio di Direzioni, valgono i criteri di maggioranza assoluta, per l'elezione del vice Presidente e l'espressione dei pareri a natura obbligatoria, e maggioranza semplice per tutte le altre fattispecie;
- le funzioni di segreteria del Collegio di Direzione sono affidate ad un componente dell'UOC Affari Generali; compiti del Segretario del Collegio sono la redazione dei verbali delle riunioni, la loro trasmissione e diffusione tra i membri dei Collegi di Direzione e Sindacale, nonché l'archiviazione delle deliberazioni del Collegio stesso e la custodia di tutta la documentazione relativa ai lavori di quest'Organo aziendale.

Le sedute del Collegio sono verbalizzate ed è istituito un archivio delle deliberazioni.

Il Collegio di Direzione ha, inoltre, pieno diritto di accesso ai documenti amministrativi ed alle informazioni di tutte le strutture aziendali. Il contenuto dei lavori del Collegio ha carattere di riservatezza.

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

## ART. 8 - ALTRI ORGANISMI

### La Direzione Strategica

La Direzione Strategica è composta dal Direttore Generale, il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo che, di concerto con il Collegio di Direzione, hanno il governo strategico dell'Azienda.

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

Il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo partecipano unitamente al Direttore Generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'Azienda, essi:

- Coadiuvano il Direttore Generale nella gestione dell'Azienda esprimendo pareri obbligatori di competenza in sede di adozione degli atti deliberativi e laddove previsto per il conferimento degli incarichi di direzione o responsabilità o coordinamento;
- Partecipano attivamente alla programmazione aziendale mediante il sistema della negoziazione di budget, alla verifica e al controllo dei risultati conseguiti e dei costi sostenuti rispetto agli obiettivi assegnati;
- Esercitano nei confronti dei dirigenti delle rispettive aree il potere di impartire direttive sugli atti di loro competenza compresi quelli da attuare nell'ambito dell'esercizio delle deleghe ricevute;
- Valutano i dirigenti delle rispettive aree di competenza, secondo le vigenti disposizioni normative e regolamentari interne;
- Determinano con i Direttori delle Strutture Operative il fabbisogno di personale per l'Azienda e la sua assegnazione alle singole Strutture Operative, sulla base delle proposte dei Direttori delle

Strutture Operative medesime;

- Propongono al Direttore Generale l'esercizio del potere di sostituzione in caso di assenza, impedimento o inerzia del dirigente nell'esercizio della funzione delegata;
- Promuovono la valorizzazione delle risorse umane favorendo l'integrazione professionale e la condivisione delle specifiche competenze;
- Promuovono la formazione e l'aggiornamento del personale quale leva strategica per la crescita continua della dirigenza e del comparto al fine del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza;

In caso di assenza o impedimento le funzioni del Direttore Sanitario o Amministrativo sono svolte temporaneamente da un altro dirigente nominato dal Direttore Generale su proposta del Direttore assente ovvero, in caso di sua impossibilità, sentiti i componenti della Direzione Strategica. L'esercizio di tali funzioni di supplenza riveste carattere aggiuntivo e non esclusivo. Qualora l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi, il Direttore Generale procede alla sostituzione nei modi e nei termini previsti dalla vigente normativa

## **Il Direttore Sanitario**

Il Direttore Sanitario è nominato dal Direttore Generale.

Il Direttore Sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari. È responsabile del miglioramento continuo della Qualità e del Governo Clinico dell'Azienda, intesi come insieme organizzato di attività.

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

Il Direttore Sanitario, inoltre:

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

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



- Analisi preordinate alla valutazione dello stato di salute della popolazione e dell'impatto sulla salute dei determinanti sanitari e non sanitari;
- Sviluppo del governo clinico e della garanzia della qualità dei servizi;
- Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori;
- Formazione;
- Prevenzione del rischio clinico;
- Protezione dalle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti;
- Valutazione delle tecnologie;
- Coordinamento delle diverse linee di attività svolte nei distretti;
- Coordinamento delle attività di ricovero;
- Assistenza farmaceutica;
- Medicina legale;
- Valorizzazione di tutte le professioni sanitarie;
- Programmazione e verifica delle liste e dei tempi di attesa.

Inoltre il Direttore Sanitario, al fine dello sviluppo del governo clinico, della tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori 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.

Al Direttore Sanitario compete la definizione delle strategie e l'indirizzo operativo a livello aziendale di alcune aree di attività particolarmente legate al governo clinico, quali:

- Il governo della domanda, ovvero la conoscenza dei bisogni autentici di salute della popolazione e la diffusione della cultura dell'appropriatezza e dell'equità nonché la messa in atto di tutte le azioni atte a perseguirle. Il governo della domanda è inteso come approccio sistemico attuato attraverso interventi integrati che, agendo sui diversi livelli, influenzano la domanda esplicita e quindi i consumi sanitari, nel rispetto dei criteri di equità, efficacia ed efficienza;
- Il governo dell'offerta, ovvero la risposta, in termini di prestazioni erogate, ai bisogni autentici di salute della popolazione; in tale area di attività rientra il monitoraggio costante delle attività e delle prestazioni sanitarie al fine di ricercare il soddisfacimento dei bisogni in modo clinicamente appropriato ed economicamente efficiente;
- La politica aziendale del farmaco, intesa come l'insieme delle valutazioni e delle scelte in ambito di prescrizione ed erogazione che coniughino criteri di appropriatezza prescrittiva, di efficacia terapeutica, e di sicurezza del paziente con gli obiettivi anche economici individuati dalla pianificazione sanitaria nazionale, regionale ed aziendale e anche il governo complessivo degli obiettivi aziendali inerenti il farmaco e i dispositivi medici;
- La gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente promuovendo la cultura della sicurezza a tutti i livelli del processo clinico-assistenziale e coinvolgendo i professionisti in una visione partecipata della sicurezza.
- Coadiuvare il Direttore Generale nei rapporti con l'Università e i centri di alta formazione per

garantire un aggiornamento costante delle conoscenze e competenze favorendo l'integrazione dell'attività clinica e di ricerca.

Per la definizione delle strategie e dei piani di intervento in tema di governo clinico, il Direttore Sanitario si avvale delle specifiche strutture in staff, nonché dei diversi servizi aziendali per quanto di specifica competenza.

## **Il Direttore Amministrativo**

Il Direttore Amministrativo dirige i servizi amministrativi negli ambiti previsti dal decreto legislativo n. 502/92, con particolare riferimento agli aspetti giuridico-amministrativi ed economico-finanziari, programmando e coordinando le attività delle strutture organizzative rientranti nelle aree funzionali amministrativa e tecnica garantendone l'integrazione.

In particolare:

- definisce le strategie e l'indirizzo operativo per i Servizi Professionali Tecnico Amministrativi;
- svolge attività di direzione e coordinamento sui Direttori dei Servizi Professionali Tecnico Amministrativi dell'Azienda, ne verifica la coerenza dell'attività rispetto agli indirizzi e direttive impartiti dalla Direzione Generale
- coordina i progetti di sviluppo finalizzati al miglioramento qualitativo dei processi amministrativi.

Il Direttore Amministrativo, attraverso lo strumento della concertazione delle decisioni, armonizza la sua azione con quella del Direttore Sanitario.

## **Il consiglio dei sanitari**

Il Consiglio dei Sanitari, costituito con provvedimento del Direttore Generale, è un organismo elettivo dell'Azienda con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria. 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. Le modalità di funzionamento del Consiglio dei Sanitari sono previste da un apposito regolamento.

I pareri del Consiglio dei Sanitari s'intendono come favorevoli se non formulati entro dieci giorni dalla richiesta; in casi urgenti e motivati i pareri vanno formulati entro i più brevi termini indicati nella richiesta.

La composizione del Consiglio dei Sanitari e le modalità di elezione sono stabilite da apposito regolamento sulla base delle disposizioni regionali, in sede di applicazione del presente atto sarà così composto sino all'approvazione del regolamento.

Il Consiglio dei Sanitari è presieduto dal Direttore Sanitario. La rappresentanza è composta da:

- n. 9 dirigenti medici, di cui n. 3 ospedalieri, n. 3 medico territoriale n. 1 medico veterinario e n. 2 medici convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale;
- n. 3 dirigenti sanitari laureati non medici;
- n. 2 unità del personale infermieristico di cui n. 1 ospedaliero e n. 1 territoriale;
- n. 2 unità del personale tecnico sanitario di cui n.1 ospedaliero e n. 1 territoriale;
- n. 2 unità del personale proveniente dalle professioni tecnico-riabilitative di cui n. 1 ospedaliera e n. 1 territoriale.

Va garantita, in ogni caso, la presenza dei responsabili dei dipartimenti che si aggiungono ai

componenti elettivi del consiglio, senza diritto di voto.

## Il Comitato dei Sindaci di Distretto

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 e sul livello di soddisfazione rispetto ai servizi erogati. Compete al Comitato dei Sindaci di Distretto, quale organismo rappresentativo di tutte le amministrazioni comunali presenti nell'ambito territoriale del Distretto, quanto segue:

- L'espressione del parere sulla proposta, formulata dal Direttore del Distretto, relativa al programma delle attività socio-sanitarie territoriali-distrettuali;
- L'espressione del parere, limitatamente alle attività socio-sanitarie sull'atto del Direttore Generale con il quale viene approvato il suddetto Programma, coerentemente con le priorità stabilite a livello regionale;
- La diffusione delle informazioni sui settori socio-sanitari e socio-assistenziali e la promozione, a livello di indirizzo politico, delle relative attività in forma integrata e coordinata.

Al Comitato dei Sindaci di Distretto viene inoltre trasmessa, a fini conoscitivi, la relazione annuale sulle attività distrettuali predisposta ai fini dell'elaborazione della relazione annuale dell'Azienda. Ai fini dell'espressione dei pareri previsti dalla legge, il Comitato dei Sindaci è da intendersi come rappresentativo degli indirizzi relativi alle politiche sociali 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.

Nel Distretti ricomprendenti Comuni montani, il Comitato dei Sindaci di Distretto è integrato dal Presidente della Comunità Montana interessata.

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, 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, compreso l'espletamento delle attività amministrative e di supporto da parte del Comune che esprime la Presidenza, sentito il parere del Direttore Generale e del Direttore del Distretto.

Il Comitato è convocato dal suo Presidente ai fini dell'espressione dei pareri sopra citati, previsti dalla legge, qualora lo richieda il Direttore Generale dell'Azienda e quando lo richieda per iscritto almeno un terzo dei componenti, indicando gli argomenti da trattare corredati delle relative proposte.

## L'organismo indipendente di valutazione

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), istituito ai sensi del D. Lgs. n. 150/2009 e s.m.i., è un soggetto nominato dall'organo di indirizzo politico-amministrativo. Svolge in modo indipendente alcune importanti funzioni nel processo di misurazione e valutazione della performance. Può essere formato da un solo componente oppure da un collegio di tre membri iscritti all'Elenco nazionale dei componenti degli organismi Indipendenti di valutazione della performance.

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

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

Quanto ai compiti degli OIV in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione si rimanda all'art. 1 della Legge 190/2012 così come modificato dal Decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97, nonché agli indirizzi espressi in materia da parte dell'Autorità nazionale anticorruzione. Partecipa alla valutazione finale delle attività progettuali Aziendali e nello specifico al raggiungimento degli obiettivi.

## Il comitato di dipartimento

Il Comitato di dipartimento è costituito per ogni dipartimento dai Direttori delle strutture operative complesse, dai responsabili delle strutture semplici a valenza dipartimentale appartenenti a ciascun dipartimento e dal responsabile infermieristico di dipartimento.

Possono partecipare alle sedute senza diritto di voto:

- i responsabili delle strutture operative semplici afferenti alle strutture operative complesse del dipartimento
- il referente per la qualità ed il referente per la formazione del dipartimento. Possono essere ammessi alle sedute, in relazione agli argomenti trattati:
- i responsabili e i direttori di strutture non appartenenti al dipartimento, ma con esso interagenti
- i rappresentanti di enti, associazioni e categorie professionali interagenti con il dipartimento stesso.

Il Comitato di dipartimento svolge una funzione propositiva in ordine alla gestione delle attività e del budget assegnato, della definizione dei modelli per la verifica e la valutazione della qualità del servizio fornito, dell'elaborazione e attuazione dei piani di aggiornamento e sviluppo professionale. Svolge inoltre funzioni consultive del Collegio di direzione, attraverso il proprio Direttore.

Il Comitato di dipartimento, inoltre, esprime il parere in merito alle modificazioni organizzative del dipartimento.

Le responsabilità e autorità attribuite al Comitato, nonché le modalità del suo funzionamento sono dettagliate nei Regolamenti aziendali dei dipartimenti.

## Altri comitati

Nell'ASL risultano regolarmente costituiti i Comitati e le Commissioni previste dal DCA 18/2013, che vengono periodicamente aggiornati.

Dalla costituzione di tali comitati e commissioni non derivano nuovi e maggiori oneri a carico del bilancio dell'Azienda.

Comitati e Commissioni aziendali Previsti dal DCA 18/2013	Istituito con Delibera n./s.m.i.	Del
Comitato Etico (interaziendale)	428/2016 s.m.i.	16/11/2016
Commissione per il Prontuario Terapeutico	622/2017 s.m.i.	12/05/2017
Comitato per il Buon Uso del Sangue	291/2021 s.m.i.	23/02/2021
Comitato per la lotta alle Infezioni Ospedaliere	1495/2013 s.m.i.	28/10/2013
Comitato Rischio Clinico	1276/2018 s.m.i.	19/10/2018
Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni	321/2015 s.m.i.	27/02/2015

## Le organizzazioni sindacali

L'A.S.L. "Caserta" riconosce alle Organizzazioni Sindacali Aziendali, Territoriali ed alla RSU un ruolo fondamentale per le politiche aziendali, con particolare riferimento a quelle inerenti l'organizzazione aziendale e le politiche sul personale.

Le Organizzazioni Sindacali partecipano alla programmazione aziendale nei termini e con le procedure stabilite dalla vigente normativa e dai contratti collettivi di lavoro.

Inoltre l'Azienda riconosce l'importanza dell'informazione alle Organizzazioni Sindacali in materia di problematiche di natura generale in tema di organizzazione del lavoro.

Attraverso il sistema delle relazioni sindacali:

- Si attua il contemperamento della Vision Aziendale di servizio sanitario pubblico a vantaggio degli utenti e dei cittadini con gli interessi dei lavoratori;
- Si migliora la qualità delle decisioni assunte;
- Si sostengono la crescita professionale e l'aggiornamento del personale, nonché i processi di innovazione organizzativa e di riforma della Sanità Pubblica.

Nel rispetto dei distinti ruoli e responsabilità della Direzione Strategica e dei soggetti sindacali, le relazioni sindacali presso l'Azienda, ai diversi livelli previsti dalla normativa vigente, si articolano nei seguenti modelli relazionali:

- a) partecipazione;
- b) contrattazione integrativa.

La partecipazione è finalizzata ad instaurare forme costruttive di dialogo tra le parti, su atti e decisioni di valenza generale dell'amministrazione, in materia di organizzazione o aventi riflessi sul rapporto di lavoro ovvero a garantire adeguati diritti di informazione sugli stessi, attraverso processi di informazione e confronto.

#### Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza – RLS

Il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza costituisce una rappresentanza che opera in forma collegiale con riferimento a tutti i lavoratori dell'azienda, indipendentemente dalla tipologia contrattuale di afferenza e costituisce specifica forma di rappresentanza di tutti i lavoratori per le funzioni consultive e partecipative attribuite con Decreto Legislativo 81/2008 e smi.

La RLS non ha funzioni negoziali che sono invece proprie della RSU, ne è soggetta, ai sensi della vigente normativa, alle sanzioni previste dal DLgs. vo 81/2008 e smi.

## TITOLO III. ASPETTI ORGANIZZATIVI DELL'AZIENDA

### ART. 9 - ARTICOLAZIONE TERRITORIALE A LIVELLO CENTRALE, DISTRETTUALE ED OSPEDALIERO

L'ASL Caserta adotta un modello organizzativo funzionale al governo complessivo dell'Azienda e improntato sullo sviluppo ed evoluzione del sistema qualità, integrando e mantenendo in equilibrio la dimensione clinica e quella economica:

- Governo clinico: l'Azienda adotta come prioritari i principi e le logiche del governo clinico basato sull'appropriatezza - intesa come la capacità di assicurare servizi e prestazioni efficaci utilizzando le risorse disponibili in modo efficiente, nonché di rispondere alla domanda di salute espressa e inespressa della popolazione – e sulla collaborazione e condivisione multi-disciplinare e multi-professionale, nonché sulla responsabilizzazione degli operatori e dei cittadini;
- Governo economico: Il governo economico finanziario, quindi, consente di garantire l'equilibrio tra le risorse assegnate dalla Regione (con riferimento alle quote capitarie e a quelle introitate dall'azienda) e i livelli essenziali di assistenza garantiti dall'azienda direttamente o tramite l'acquisto di prestazioni sanitarie dai soggetti erogatori accreditati esterni. Il governo economico è inserito nel più generale processo di programmazione e controllo in modo da collegarlo con il governo clinico. Esso è sviluppato e valorizzato sia a livello complessivo di azienda che a livello di ciascuna delle strutture operative di produzione/erogazione, presidi ospedalieri, distretti, dipartimenti e coordinamenti. L'Azienda persegue i suoi obiettivi con gli strumenti della pianificazione, programmazione e gestione per budget delle risorse disponibili che vengono assegnate alle varie articolazioni aziendali.

La Direzione Generale sovrintende al regolare svolgimento delle rispettive funzioni determinandone le regole, le condizioni ed affidando ai Direttori delle strutture aziendali (territoriali, ospedaliere e di staff) competenze e responsabilità.

I principi su cui si basa la progettazione organizzativa sono i seguenti:

- caratterizzazione strutturale e funzionale finalizzata alla realizzazione di un'Azienda a schema operativo tendenzialmente orizzontale e con alta integrazione tra territorio e servizi ospedalieri;
- flessibilità organizzativa e procedurale;
- individuazione delle strutture organizzative e delle connesse dotazioni organiche sulla base dell'effettivo fabbisogno di funzionalità e di razionalizzazione necessario a garantire l'appropriato utilizzo delle risorse umane e strumentali;

- dipartimentalizzazione, attraverso lo sviluppo dei processi di aggregazione delle strutture complesse e semplici a valenza dipartimentale;
- distrettualizzazione, attraverso lo sviluppo di processi di articolazione del territorio aziendale finalizzati ad assicurare alla popolazione di riferimento l'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, alla governance territoriale;
- precisa individuazione, nell'ambito della definizione delle competenze dei servizi, degli adempimenti e delle responsabilità collegate alla tutela del cittadino-utente.

### Strutture organizzative aziendali

L'A.S.L. Caserta è articolata nel seguente modo:

- Distretti Sanitari (DS)
- Presidi Ospedalieri (PO)
- Dipartimenti (Dip)
- strutture complesse (U.O.C.)
- strutture semplici a valenza dipartimentale (U.O.S.D.)
- strutture semplici nell'ambito di strutture complesse (U.O.S.)
- aree di coordinamento interaziendali/funzioni sovrazionali

## ART. 10 – DISTRETTI SANITARI

Le transizioni epidemiologiche e i cambiamenti nei profili dei bisogni di salute, nell'accezione più ampia del termine, e delle aspettative della popolazione richiedono un radicale cambiamento organizzativo e gestionale del sistema sanitario.

Si è passati, infatti, da un modello incentrato sul governo della produzione, e quindi dell'offerta di singole prestazioni ad una presa in carico globale, integrata e continuativa dei bisogni socio-sanitari di una popolazione (prevalentemente cronicità, fragilità e non autosufficienza) e di tutela della salute (governo, gestione e organizzazione del sistema), mediante la quale la valutazione dei bisogni (collettivi e individuali), dell'offerta (pubblica e privata) e delle relazioni (rete territoriale) porta alla definizione di piani di salute collettiva che poi si traducono in programmi di presa in carico individuali e, talora, collettivi quali, ad esempio, di interi nuclei familiari.

I Distretti Sanitari rappresentano i centri deputati alla valutazione dei bisogni (funzione di tutela), al governo dei processi assistenziali, organizzativi e gestionali, alla produzione in proprio o attraverso i produttori aziendali/accreditati delle prestazioni necessarie al soddisfacimento dei bisogni della popolazione di riferimento così come programmato, monitorandone l'andamento.

I direttori dei Distretti Sanitari sono in stretta collaborazione con la Direzione Generale, il coordinatore dell'attività distrettuale partecipa al governo strategico dell'azienda. Con essi collaborano i Direttori di Dipartimento ed i Direttori di Strutture sanitarie complesse per le attività svolte nei Distretti.

Compete al Direttore promuovere, sul territorio di competenza e nell'ambito della programmazione distrettuale, la rete di risposte sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate, coadiuvati dalle strutture centrali, che devono essere garantite ai sensi dell'art. 3- quinquies del D.Lgs. 502/92 e s.i.m., al fine di soddisfare i bisogni di assistenza primaria della popolazione.

Il Direttore del Distretto Sanitario redige, a cadenza annuale, uno specifico Piano delle Attività Territoriali (P.A.T.) relative al Distretto di competenza, con il quale declina nel proprio ambito territoriale gli elementi della programmazione aziendale.

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

Il Distretto Sanitario svolge funzione di tutela ai sensi dell'art 3-quinquies del D.Lgs 502/92 e s.m.i. ed assicura direttamente e/o attraverso i Dipartimenti, le Strutture Complesse e/o Semplici o accreditate i servizi di assistenza primaria relativa alle attività sanitarie e/o Socio-Sanitarie:

- Assistenza sanitaria, che comprende la medicina di famiglia e la pediatria di libera scelta e il servizio di continuità assistenziale;
- Assistenza specialistica ambulatoriale;
- Attività di cure domiciliari;
- Assistenza sanitaria per i cittadini domiciliati o temporaneamente presenti sul territorio;
- Attività sanitaria e sanitaria a rilievo sociale in ambito ambulatoriale, domiciliare, residenziale e semiresidenziale rivolte a:
  - attività di tutela della salute della donna, della famiglia e dell'infanzia
  - attività di tutela dei disabili;
  - attività protesica e riabilitativa;
  - attività di prevenzione cura e riabilitazione delle dipendenze patologiche e del disagio psichico
  - attività di tutela della popolazione anziana
- Educazione sanitaria e tutela della salute collettiva in coordinamento con il Dipartimento di Prevenzione (attività di screening)
- Attività Farmaceutica territoriale;

L'obiettivo del miglioramento della qualità dell'assistenza deve essere attuato attraverso la revisione dei processi assistenziali focalizzati su appropriatezza, PDTA, Valutazioni Integrate del Bisogno Assistenziale, Multidisciplinarietà, Prossimità.

Il Distretto Sanitario, attraverso le sue cerniere di collegamento (**PUA, UVI, UVBR**), pianifica e coordina gli interventi, perseguendo l'obiettivo della "presa in carico globale".

La Porta Unitaria di Accesso (**P.U.A.**) rappresenta l'anello operativo strategico per il recepimento unitario delle domande dei servizi sociali sanitari e sociosanitari (DGRC 790/12).

Ha compiti relativi a:

- Accoglienza, informazione, orientamento
- Accompagnamento
- Risoluzione problemi semplici
- Trasmissione delle richieste ai servizi competenti
- Attivazione dell'U.V.I. e avvio del processo di presa in carico

Gli operatori della Porta Unitaria di Accesso decodificano il bisogno espresso dal cittadino (*valutazione di primo livello*) ed avviano un percorso di accesso al sistema dei servizi che, a seconda dell'intensità delle problematiche espresse, semplici o complesse, prevede l'invio ai servizi sanitari o sociali o l'attivazione della valutazione multidimensionale, tramite l'U.V.I., finalizzata ad una presa in carico integrata.

Possiede, inoltre, due livelli di competenza:

1. *Back Office* (livello organizzativo e gestionale)
2. *Front Office* (livello operativo)

L'Unità di Valutazione Integrata (**UVI**) è costituita da una équipe multi-professionale in grado di effettuare una analisi approfondita delle esigenze di pazienti con bisogni sanitari e sociali complessi, servendosi degli strumenti per la valutazione multidimensionale (D.G.R.C. n. 323/2012, D.G.R.C. n. 324/2012).

Essa, ponendosi nella logica della presa in carico globale e integrata, ha il compito di:



- effettuare una diagnosi del bisogno sociosanitario complesso, a partire dalla domanda espressa dall'utente e dalla sua famiglia;
- utilizzare le proprie competenze per una valutazione complessiva e tecnica dei bisogni dell'utente;
- individuare, all'interno della rete, il servizio o i servizi più idonei a soddisfare i bisogni rilevati;
- modulare sul singolo caso l'offerta dei servizi a seconda dell'evoluzione del bisogno
- elaborare il Piano Assistenziale Individuale (PAI) e il relativo piano esecutivo.
- Individuazione del case manager, un professionista che opera come "riferimento" e "facilitatore" per la persona in carico al servizio.

Il distretto sanitario si configura quale centro di riferimento a cui affluiscono le istanze sanitarie e socio-sanitarie della comunità e luogo in cui si garantisce la ricomposizione dell'offerta degli interventi secondo principi di equità, efficienza e appropriatezza in relazione alle risorse assegnate dalla Direzione Generale.

Il distretto sanitario rappresenta un centro di responsabilità e di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria nell'ambito degli indirizzi e delle risorse assegnate dalla Direzione Generale.

La nomina del Direttore di Distretto Sanitario è effettuata dal Direttore Generale nel rispetto della normativa vigente.

## L'organizzazione della struttura complessa distretto

La Regione con la D.G.R.C. 320 del 03/07/2012 ha individuato per l'Asl Caserta 12 distretti sanitari, che costituiscono 12 strutture complesse. E' previsto un coordinamento delle attività. In ottemperanza al DM 77/2022 si è in attesa di Deliberazione Regionale per la riorganizzazione in 11 D.S.

La struttura Complessa Distretto è dotata di organico composto da:

- Direttore di Struttura Complessa
- Personale amministrativo e tecnico per le funzioni di collegamento con i servizi amministrativi posti al livello centrale e le funzioni amministrative/tecniche di supporto alle strutture sanitarie territoriali e per fornire elementi tecnici necessari per la gestione complessiva del personale amministrativo e tecnico del Comparto;
- Personale medico per le attività igienico – organizzative e gestionali
- Personale sanitario non medico (Responsabili Infermieristici di Distretto) per le funzioni di coordinamento delle professionalità tecnico-sanitarie e infermieristiche delle Strutture Complesse e Semplici Territoriali e dei Dipartimenti (per le funzioni d'integrazione sovraordinate previste per il Distretto) e per fornire elementi tecnici necessari per la gestione complessiva del personale sanitario del Comparto.

## Le funzioni del distretto sanitario

Il distretto svolge l'attività di tutela e controllo della produzione attraverso le seguenti funzioni:

- organizza con le singole strutture produttive le risorse di personale, tecnico-strumentali e strutturali compatibili con il budget assegnato dalla Direzione Generale e negoziato annualmente
- assegnazione alle strutture complesse e semplici territoriali, nonché alle équipes di assistenza territoriale dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta e alle branche

specialistiche dei Medici specialisti ambulatoriali interni, gli obiettivi in linea con gli indirizzi strategici della Direzione Aziendale riguardanti:

- la continuità assistenziale - UCA
  - la produzione delle attività
  - la qualità delle prestazioni
  - l'equità dell'erogazione del servizio
  - l'efficienza dell'organizzazione dei servizi;
- monitoraggio continuo del processo di erogazione delle attività e controllo dei processi organizzativi finalizzato a garantire la trasversalità e l'interrelazione nella rete dei servizi;
  - monitoraggio e valutazione dell'attività e dei relativi costi indotti dei MMG e PLS, nonché controllo dell'appropriatezza prescrittiva attraverso le commissioni aziendali a ciò preposte.
  - verifica della corretta applicazione dei vincoli contrattuali del personale, nonché adozione degli istituti previsti in caso di violazioni di obblighi disciplinari;
  - elaborazione del programma delle attività territoriali;
  - coordinamento e concertazione con gli organi tecnici e gestionali degli enti gestori delle funzioni socio-assistenziali per la definizione delle modalità operative di integrazione rispetto alle attività socio-sanitarie integrate;
  - coordinamento della propria attività con gli altri distretti, con i dipartimenti ed i presidi ospedalieri aziendali;
  - gestione del budget assegnato per la formazione e ripartizione dello stesso in base agli obiettivi aziendali;
  - coordinamento delle attività didattiche e di ricerca scientifica proponendo piani di aggiornamento e di riqualificazione del personale;
  - valutazione e verifica della congruità delle dotazioni tecnologiche e strutturali, in relazione alle risorse assegnate dalla Direzione Generale;
  - gestisce e verifica i flussi informativi dei dati di attività e di utilizzo delle risorse;
  - indicazione dei livelli di compatibilità organizzativa e gestionale nell'attività libero professionale intramuraria;
  - monitora ed effettua l'attività di controllo di I livello alle strutture private accreditate insistenti sul territorio di competenza in collaborazione con la U.O.C. dei Servizi Centrali di Competenza.

#### L'UFFICIO DI COORDINAMENTO DELLE ATTIVITÀ DISTRETTUALI

I Direttori di distretto si avvalgono dell'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali ai sensi dell'art. 3 sexies, comma 2, del D. Lgs. 502/92 e s.m.i., con funzioni propositive e tecnico-consultive, nonché di interrelazione funzionale e tecnico-operativa rispetto alla rete dei servizi e delle attività distrettuali.

Tale Ufficio è composto da:

- Direttore del Distretto;
- Direttori di Dipartimento operanti anche a livello territoriale;
- Direttori di Strutture Complesse territoriali ;
- un rappresentante dei MMG ed un rappresentante del PDLS operanti nel Distretto eletti ai sensi dei rispettivi AA.CC.MM. e delle disposizioni attuative regionali;
- il responsabile Infermieristico di Distretto;
- Responsabili di Strutture Semplici limitatamente alla trattazione di argomenti di specifico interesse.
- un rappresentante dei medici specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel Distretto, designato dalle OO.SS. maggiormente rappresentative della categoria;

- un farmacista titolare o direttore di farmacia convenzionata con il S.S.N., designato dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle farmacie pubbliche e private operanti nel Distretto;

Può essere richiesta la partecipazione dei Responsabili di altre strutture aziendali o loro delegati per la trattazione di argomenti per i quali siano necessarie competenze o conoscenze specifiche;

nelle sedute dedicate alla programmazione ed al monitoraggio delle attività distrettuali partecipano altresì:

- due rappresentanti dei MMG e un rappresentante del PDLs operanti nel Distretto eletti ai sensi dei rispettivi AA.CC.MM. e delle disposizioni attuative regionali;

competono a tale ufficio funzioni propositive e tecnico-consultive relative alle seguenti attività:

- supporto alle competenze assegnate al Direttore del Distretto, in particolare per quanto attiene l'elaborazione della proposta relativa al Programma delle attività territoriali nell'ambito degli indirizzi strategici della direzione aziendale, del budget attribuito per l'espletamento di tali attività;
- supporto al Direttore del Distretto ai fini dell'analisi del fabbisogno di salute della popolazione, mediante la definizione di un unico piano di rilevamento, avvalendosi dei dati epidemiologici e degli indicatori di processo, di risultato e di qualità;
- promozione di strategie operative condivise fra i fattori produttivi territoriali, finalizzate a soddisfare il reale bisogno di salute, sempre nell'ambito della programmazione aziendale e del budget assegnato;
- coordinamento tecnico-operativo fra le attività socio-sanitarie di competenza dell'A.S.L. e quelle socio-assistenziali di competenza dei Comuni, svolte nell'ambito territoriale del Distretto.
- monitoraggio e valutazione di tutte le attività poste in essere nell'ambito del Programma delle attività territoriali - distrettuali nonché dell'attività e dei relativi costi indotti dai medici di base e dai pediatri di libera scelta;
- definizione dei presupposti tecnico-operativi per la stipulazione della convenzione per l'esercizio delle attività socio-assistenziali a rilievo sanitario;
- determinazione, nell'ambito del budget assegnato, delle risorse da destinare all'integrazione socio- sanitaria e delle quote rispettivamente a carico dell'A.S.L. e degli Enti gestori delle funzioni socio- assistenziali;
- assicura l'integrazione delle attività gestite direttamente con quelle in capo al Dipartimento di Salute Mentale, al Dipartimento delle Dipendenze ed al Dipartimento Materno Infantile;

## Il Coordinatore delle Attività Distrettuali

E' responsabile della funzione di Coordinamento di tutte le attività dei Distretti e persegue gli obiettivi di risultato e di attività, negoziati in sede di contrattazione di budget con la Direzione aziendale, mediante le risorse assegnate ai Distretti. Con la medesima metodologia definisce attività, risultati e risorse con le strutture afferenti ai Distretti.

Il Direttore è nominato dal Direttore Generale fra i Direttori di Distretto dell'ASL, al Direttore della funzione territoriale viene riconosciuta la maggiorazione della retribuzione di posizione, di cui all'art. 39, comma 9, CCNL 8 giugno 2000 come modificato dall'art. 4, comma 4, CCNL del 6 maggio 2010 per la sequenza contrattuale dell'artt. 28 del CCNL dell'area della dirigenza medica e veterinaria, nella misura definita dalle Aziende in base alle responsabilità attribuite, il cui costo è posto a carico del bilancio.

## Il Direttore di Distretto

Il Direttore del Distretto garantisce la funzione direzionale di tutte le attività del Distretto, operando in stretta collaborazione con i Responsabili delle UO e con i dirigenti delle articolazioni distrettuali. Dal Direttore di Distretto dipende inoltre il personale medico pubblico e convenzionato che opera presso gli ambulatori distrettuali per assicurare le prestazioni di specialistica ambulatoriale e il personale delle professioni sanitarie delle seguenti aree: Servizio di Assistenza Domiciliare Integrato, Servizio di Assistenza Integrato presso le Strutture Residenziali o Semiresidenziali, Servizio Specialistica Ambulatoriale e Convenzionati.

Al Direttore di Distretto competono le funzioni di:

- conseguimento di obiettivi di risultato, di attività e di risorse concordati ed assegnati al Distretto, in sede di contrattazione di budget con la Direzione Generale;
- organizzazione dei servizi sanitari, socio-sanitari propri del Distretto;
- coordinamento delle necessarie collaborazioni ed organizzazione delle risorse affinché il medico/pediatra di famiglia svolga il proprio ruolo di referente-unico per l'assistito;
- utilizzo dello strumento del budget per definire gli obiettivi e monitorare i relativi indicatori di risultato attribuiti alle UO distrettuali, alle articolazioni distrettuali e alle Medicine di Gruppo Integrate (team multi professionali), organizzando, coerentemente con la programmazione strategica, i servizi e le risorse, nonché monitorandone l'implementazione.

Il Direttore di Distretto assume, pertanto, il ruolo di "gestore della rete territoriale" in grado di governare molteplici servizi e risorse del territorio, nonché di alimentare e creare, laddove mancanti, le connessioni tra i soggetti (nodi) di una rete, agendo come facilitatore dei processi di integrazione al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi di salute (anche con riferimento alle strutture ospedaliere e del Dipartimento di Prevenzione). Presiede ai processi decisionali rilevanti per i servizi territoriali, con un approccio inclusivo e di condivisione delle responsabilità (Direttore facilitatore) e rappresenta a tutti gli effetti il garante della salute della comunità.

È dunque in grado di:

- analizzare i bisogni (lettura ed interpretazione);
- conoscere l'offerta (geografia dei servizi socio-sanitari, potenzialità di risposta, conoscenza dei ruoli professionali in un'ottica di community care management team);
- pianificare e programmare i servizi (integrazione dei diversi attori del territorio, istituzionali e non, analisi dei rischi);
- negoziare (obiettivi, budget, contratti di esercizio con la medicina convenzionata);
- gestire le risorse (analisi e razionalizzazione dei processi organizzativi, ottimizzazione dell'impiego delle tecnologie, dei beni e dei servizi a disposizione, gestione dei rischi);
- valutare i risultati (monitoraggio e valutazione delle performance, comunicazione dei risultati raggiunti nella logica del "rendere conto" sull'utilizzo delle risorse e sugli obiettivi conseguiti).

Principali compiti del Direttore di Distretto sono:

- Elaborazione Piano delle Attività Territoriali (PAT): dall'analisi del bisogno, attraverso la domanda, alla corretta allocazione di risorse per il prodotto salute. Il P.A.T. definisce gli obiettivi da perseguire, in attuazione delle strategie aziendali e sulla base della situazione esistente e del fabbisogno rilevato nell'area di riferimento, individuando le attività da svolgere per conseguirli e la relativa distribuzione delle risorse assegnate. Definisce le modalità di verifica dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi prefissati, in termini di efficienza, efficacia ed economicità, al fine di rendere possibili periodiche rimodulazioni delle attività. In ordine agli interventi finalizzati all'integrazione socio-sanitaria è necessario garantire unitarietà al processo di programmazione, rendendo tra loro compatibili le scelte previste con il Piano di Zona redatto a cura dei

Comuni/Ambiti Territoriali a garanzia di integrazione di investimenti e risorse, di efficienza ed economicità nonché di continuità assistenziale.

- Garanzia di presidio permanente dell'attività (con verifica e valutazione) assicurando il continuo adeguamento quali-quantitativo ai bisogni ed all'andamento delle risorse disponibili;
- Garanzia, in collaborazione con le funzioni di staff di programmazione e controllo, del buon andamento del sistema informativo, il puntuale assolvimento dei debiti informativi, l'efficacia e l'efficienza d'uso delle risorse, mediante il controllo del budget;
- Redazione della relazione annuale di Distretto, in attuazione del PAT, verificando dati di attività e di risultato in termini qualitativi e quantitativi;
- Garanzia dell'assistenza per i disturbi del neurosviluppo e neuropsichiatria dell'età evolutiva (Nuclei Sovra-distrettuali competenti per territorio)
- Partecipazione al processo di budget aziendale presidiando gli obiettivi di competenza;
- Interfaccia con le Istituzioni territoriali per lo studio dei bisogni del territorio finalizzato ad azioni integrate di promozione della salute e di adeguati stili di vita;
- Gestione e controllo delle azioni integrate in ambito socio-sanitario secondo gli indirizzi provenienti dalla UOC Coordinamento Area Socio-sanitario e attraverso gli uffici socio-sanitari:

In ciascun Distretto Sanitario è presente, in funzione di staff per il direttore di Distretto, l'Ufficio Sociosanitario. Esso cura l'organizzazione, la gestione e l'operatività dell'integrazione sociosanitaria territoriale su indirizzo del Coordinamento Sociosanitario.

A capo dell'Ufficio Sociosanitario vi può essere un Dirigente o un titolare di Incarico di Funzione le funzioni sono:

- programmazione territoriale integrata: Programma Attività Territoriale (PAT) e Piano di Zona (PDZ);
- analisi dei bisogni e delle risorse;
- monitoraggio, verifica e valutazione dei programmi e delle attività sociosanitarie integrate distrettuali;
- monitoraggio della spesa con invio di report trimestrali all'Ambito Territoriale ed al Coordinamento Sociosanitario aziendale;
- Provvede al collegamento organico tra gli ospedali e la rete dei servizi sociosanitari territoriali, in ottemperanza della deliberazione ASL Caserta n. 300 del 20/10/2016 e s.m.i.
- Definizione concordata con i Responsabili delle UU.OO. degli obiettivi annuali di ciascuna U.O. in relazione propositiva con i rispettivi Dipartimenti, ove esistenti, e valutazione finale.

In ciascun Distretto Sanitario è attivato l'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD), una risorsa finalizzata alla condivisione delle informazioni disponibili, relative ai bisogni di salute della popolazione e alla quantità e qualità dell'offerta dei servizi socio-sanitari. L'UCAD coadiuva il Direttore di Distretto nell'esercizio delle funzioni di programmazione, gestione, monitoraggio, nel rispetto degli linee di indirizzo regionali e aziendali, svolgendo funzioni propositive e tecnico- consultive relativamente alle seguenti attività:

1. condivisione dell'analisi dei bisogni della popolazione residente, dell'offerta dei servizi e dell'andamento degli indicatori di salute, definiti in accordo con l'Azienda e secondo le indicazioni regionali;
2. coordinamento funzionale, operativo e gestionale di tutte le attività distrettuali, incluse le strutture intermedie, nell'ambito degli indirizzi strategici della direzione aziendale, del programma delle attività distrettuali e del budget attribuito per l'espletamento di tale attività;
3. coordinamento tecnico-operativo fra le attività socio-sanitarie di competenza dell'Azienda e quelle socio-assistenziali di competenza dei Comuni, svolte nell'ambito territoriale dei Distretti. In quest'ottica potranno essere promossi programmi volti a favorire l'integrazione tra gli operatori del distretto e la cittadinanza

4. promozione di strategie operative condivise fra i fattori produttivi territoriali, finalizzate a soddisfare il reale bisogno di salute della popolazione, nell'ambito della programmazione aziendale e del budget assegnato;
5. monitoraggio e valutazione delle attività poste in essere nell'ambito del programma delle attività distrettuali compresa l'attività e i relativi costi indotti da MMG e PLS. Rientrano in questa funzione la condivisione "a priori" delle regole e degli indicatori sulla verifica dei risultati, la proposta di eventuali azioni correttive e la ricognizione degli esiti degli interventi proposti secondo le regole del PDCA (plan-do-check-act);
6. monitoraggio del rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA) propri del Distretto, con particolare riguardo alla qualità (nelle sue dimensioni costitutive di tempestività, accessibilità, equità, sicurezza del paziente) delle cure erogate, in concordanza con le indicazioni regionali;
7. monitoraggio della capacità di presa in carico a livello Distrettuale dei casi complessi, dei multiproblematici e delle patologie cronic-degenerative, nonché attività ed azioni nell'ambito delle prestazioni sociosanitarie e delle aree ad alta integrazione;
8. individuazione delle modalità di raccordo fra rete produttiva territoriale, servizi socio-assistenziali, MMG e PLS, comprese le procedure e le modalità condivise di offerta dei servizi (sportelli unici all'utenza, accordi sulle sedi e sugli orari dei servizi di reciproco rilievo, uso di cartelle socio-sanitarie anche informatizzate, corsi di formazione e aggiornamento anche congiunti, continuità assistenziale)
9. attività di monitoraggio e controllo di I livello alle strutture private accreditate insistenti sul territorio di competenza in collaborazione con la U.O.C. dei Servizi Centrali di Competenza

#### La Rete di Prossimità e le strutture per l'assistenza sanitaria territoriale Aziendale

In linea alla riorganizzazione dell'offerta sanitaria territoriale tracciata dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza l'Asl Caserta ha implementato un servizio di prossimità basato sull'organizzazione a Rete.

La "vision" è una presa in carico territoriale olistica del paziente non acuto che necessita di assistenza non solo sanitaria ma anche sociale, considerato il processo di transizione demografica ed epidemiologica della popolazione provinciale, tale impatto evidenzia un progressivo aumento di pazienti affetti da patologie croniche con una prevalenza circa del 40%. Tale organizzazione consente di potenziare e efficientare i servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità. La rete di prossimità rinvigorisce e arricchisce l'offerta territoriale (Distretti, Dipartimenti, etc.) integrandola con l'offerta Ospedaliera nella fase del post acuzie, attraverso le strutture intermedie ed il coordinamento con processi integrati dall'attività delle COT.

Il modello organizzativo della Rete, di seguito rappresentato, si estrinseca su vari livelli fondamentali:

- Chronic Care Center – Case della Comunità (CdC);
- Centrale Operativa Territoriale (COT);
- Ospedale di Comunità (OdC);
- Assistenza Socio-Sanitaria;
- Cure Domiciliari e la Rete dell'Assistenza Domiciliare;
- Governo della Cronicità;
- La telemedicina;
- Rete Oncologica (ROC);
- Cure Palliative e Terapia del Dolore;
- Rete Demenze-Alzheimer e patologie del motoneurone;
- Rete Nefrologica;
- Odontoiatria Sociale.

## Sanità penitenziaria:

Opera in stretta sinergia, oltre che con il Dipartimento di Prevenzione e il Presidio Ospedaliero, con i Dipartimenti per le Dipendenze e di Salute Mentale.

Con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri sono state definite le modalità e i criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria.

Considerata la presenza nel territorio dell'ASL di Case Circondariali (Santa Maria Capua Vetere, Aversa, Arienzo e Carinola) e una REMS (Calvi Risorta) questa struttura è preposta alla gestione unitaria di tutte le attività socio-sanitarie, di base e specialistiche, a favore dei detenuti.

Ha funzioni di:

- garanzia dell'assistenza sanitaria nei confronti dei detenuti in termini di: prestazioni di medicina generale individuate dai LEA, assistenza specialistica, gestione delle emergenze-urgenze, assistenza infermieristica, fornitura di farmaci e presidi;
- gestione delle attività assistenziali a favore dei detenuti tossico/alcolodipendenti;
- garanzia dei rapporti fra l'ASL e la direzione dell'istituto penitenziario.

Sono di pertinenza distrettuale le UOS di Sanità Penitenziaria SMCV e Sanità Penitenziaria Carinola.

## La Centrale Operativa Territoriale (COT)

La COT rappresenta l'elemento cardine dell'organizzazione territoriale in quanto svolge una funzione di coordinamento della presa in carico dell'utente "protetto" e di raccordo fra i soggetti della rete assistenziale. Rappresenta lo strumento organizzativo funzionale di raccolta e classificazione del bisogno, di attivazione delle risorse appropriate, di programmazione e pianificazione degli interventi.

La Centrale Operativa Territoriale (COT) si colloca in staff al Direttore di Distretto ed è interconnessa con la rete dei Servizi distrettuali e funzionale a tutte le UU.OO. Territoriali ed Ospedaliere.

La Centrale Operativa Territoriale è un modello organizzativo di livello distrettuale; svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere; dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza. L'obiettivo della Centrale Operativa Territoriale (COT) è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria con operatività 7 giorni su 7 e adeguate infrastrutture tecnologiche e informatiche.

### Le Funzioni della COT

La COT è organizzata per garantire una presa in carico di tipo bottom up e top down ed esplica il proprio ruolo istituzionale attraverso le seguenti funzioni fondamentali:

- mappare costantemente le risorse della rete assistenziale;
- coordinare le transizioni protette (intra ed extra azienda), attraverso percorsi strutturati, con la possibilità di entrare provvisoriamente in modo operativo nel processo, facilitandone una definizione condivisa;
- raccogliere i bisogni espressi /inespressi, di carattere sociale/sanitario/socio-sanitario, indipendentemente dal setting assistenziale e trasmettere le informazioni utili a garantire le transizioni protette;

- coordinare la presa in carico dei pazienti in assistenza domiciliare protetta e le eventuali transizioni verso altri luoghi di cura o altri livelli assistenziali;
- promuovere l'integrazione del territorio con l'ospedale, promuovendo iniziative per il superamento di eventuali ostacoli, anche attraverso la collaborazione e la partecipazione alla Commissione per il superamento delle cause di disservizio e di conflitto nei rapporti tra ospedale e territorio;
- garantire la tracciabilità dei percorsi attivati su pazienti segnalati, offrendo trasparenza e supporto nella gestione delle criticità di processo ai soggetti della rete;
- facilitare la definizione/revisione e implementazione di PDTA/procedure/modalità operative aziendali, anche alla luce delle criticità riscontrate nel corso del monitoraggio dei percorsi attivi;
- coordinare la transizione (ammissione/dimissione) e sorvegliare sulla presa in carico dei pazienti ricoverati presso le strutture di ricovero intermedie.

In sintesi, viene riconosciuto alla COT il ruolo di attivatore e Coordinatore di percorsi di presa in carico integrata della fragilità, di collaboratore nella individuazione di bisogni, di orientatore ed educatore per l'utenza nell'espressione del bisogno e all'uso appropriato dei servizi.

## Strutture di coordinamento

I Coordinatori della COT Aziendale (Team Leader) vengono individuati dal Direttore Generale su proposta congiunta del Direttore Sanitario, del Coordinatore dei Servizi Strategici e Socio-Sanitari e il Coordinatore delle Attività Distrettuali, e sono dei professionisti in possesso di adeguata formazione finalizzata a garantire una gestione integrata ed una continuità delle cure. Agli stessi vengono riconosciute degli incarichi/posizioni nella misura definita dall'Azienda in base alle responsabilità attribuite.

Al Responsabile Aziendale della COT (team leader) compete il coordinamento finalizzato a rendere omogenee le modalità operative nelle aree/sedi distrettuali della centrale operativa, condividendo i "pensieri organizzativi" e mettendo a fattore comune le esperienze e le soluzioni operative per arrivare alla formulazione del modello unico a livello provinciale. Egli è in grado di creare connessioni dove mancanti, di offrire supporto e collaborazione per la sperimentazione di modelli organizzativi, per la revisione e/o progettazione di percorsi, strumenti, procedure, protocolli, per la pianificazione e programmazione di attività o servizi e per il raggiungimento degli obiettivi di budget. Funge da raccordo tra le varie sedi delle COT di ogni singolo Distretto, uniformando le attività svolte e applicando gli indirizzi strategici della direzione aziendale.

## Il Chronic Care Center

Il modello assistenziale della ASL Caserta parte dalla filosofia di presa in carico del paziente secondo il Chronic Care Model potenziata dalla standardizzazione dei processi tipici della Lean Organization. Il Chronic Care Center (CCC) è una organizzazione funzionale presente in tutti i distretti sanitari in cui insiste una CdC Hub. Tale modello assicura un facile accesso alle cure e l'equità delle stesse e rappresenta l'espressione del "Patto di Salute" nel quale i pazienti con patologie croniche vengono presi in carico da un team multidisciplinare di specialisti e infermieri dedicati che collaborano con il medico di medicina generale (MMG). L'obiettivo principale è rappresentato dalla presa in carico olistica del paziente che supera la visione prestazionalista e la frammentazione delle cure.

Il MMG rappresenta il Clinical Manager, principale responsabile del Governo clinico dei propri assistiti e, attraverso una presa in carico proattiva, promuove il patient engagement lungo tutto il percorso



di cura, insieme al Case Manager che guida il paziente, organizza e coordina tutte le fasi assistenziali.

Il Team elabora un piano assistenziale individuale quale percorso clinico-assistenziale e terapeutico calato sui bisogni assistenziali del paziente anche mediante l'uso di una cartella clinica informatizzata e di algoritmi di incrocio dei PDTA aziendali. Il piano ha valenza annuale e prevede la piena partecipazione del paziente al percorso di cura, l'informazione e l'educazione sulle proprie patologie sempre nel rispetto della normativa sulla privacy.

L'assistito può essere seguito anche a domicilio attraverso un sistema di tele monitoraggio, processo che favorisce l'educazione all'autocura. L'andamento clinico viene valutato anche sotto il profilo della adesione terapeutica e dei bisogni emergenti al fine di ridurre le riacutizzazioni, migliorare gli outcome e la percezione di benessere.

## Casa della Comunità e Chronic Care Center

La Casa della Comunità (CdC) è il luogo fisico di riferimento per la comunità su cui insiste, è un luogo di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria al fine di trovare risposta ad un proprio bisogno di salute. La CdC introduce un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso un'équipe multiprofessionale territoriale. Costituisce la sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari.

La CdC, così definita, rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. È, infatti, il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria.

Essa rappresenta il luogo in cui il SSN si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali proponendo un raccordo intrasettoriale dei servizi in termini di percorsi e soluzioni basati sull'integrazione delle diverse dimensioni di intervento e dei diversi ambiti di competenza, con un approccio orizzontale e trasversale ai bisogni tenendo conto anche della dimensione personale dell'assistito. Costituisce un progetto di innovazione in cui la comunità degli assistiti non è solo destinataria di servizi ma è parte attiva nella valorizzazione delle competenze presenti all'interno della comunità stessa, disegnando nuove soluzioni di servizio, contribuendo a costruire e organizzare le opportunità di cui ha bisogno al fine di migliorare qualità della vita e del territorio, rimettendo al centro dei propri valori le relazioni e la condivisione.

La CdC promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare, in qualità di sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari. L'attività, infatti, è organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe multiprofessionale costituita da MMG e PLS, medici specialisti, infermieri di famiglia e comunità e altri professionisti della salute ivi compreso la componente del bisogno socio-sanitario. Il modello di presa in carico dei pazienti cronici dell'ASL di Caserta è configurato non solo come uno "spazio fisico" organizzato secondo un'ottica Lean, di umanizzazione del processo di cura ma si configura altresì come un modello funzionale di stratificazione del rischio del singolo paziente e di governo della cronicità a 360 gradi. Tale modello, per i motivi sopra descritti e per l'elasticità organizzativa è trasferibile in ogni scenario futuro.

Come previsto dal PNRR, sarà la Casa della comunità ad accogliere tutti i bisogni di salute territoriali, mentre il CCC sarà la sezione della Casa della Comunità che accoglierà la cura delle cronicità secondo gli stessi principi spaziali.

Anche dal punto di vista del Working Team, il CCC si adatta a scenari sia di Co-Working dei MMG all'interno della Casa di Comunità, sia di collaborazione con il Team multidisciplinare in teleconsulto da remoto adattandosi a tutte le esigenze assistenziali.

È prevista almeno 1 Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti.

## Infermiere di Famiglia o Comunità

La figura dell'infermiere di Famiglia o Comunità rappresenta uno dei possibili attori che svolgono case management e accompagnamento ai servizi. Si tratta di una professionalità che riesce ad individuare le concrete esigenze in tema di salute delle persone che compongono una comunità, riesce a valutare possibili soluzioni e garantisce assistenza continuativa. Rappresenta il collante tra l'assistito, la casa di comunità, la presa in carico della cronicità e la gestione del PAI, una presenza continuativa e proattiva nella comunità territoriale di riferimento che facilita il percorso della presa in carico e della continuità assistenziale, favorendo l'integrazione e la collaborazione tra le figure professionali e i servizi sociosanitari sul territorio. Nello specifico, le attività dell'IFoC sono strettamente connesse al setting in cui esercita la propria attività, nonché ai target prescelti; le principali attività dell'IFoC:

- Pone in essere iniziative volte alla promozione della salute, della prevenzione e dei corretti stili di vita;
- Identifica ed interviene precocemente sulle modifiche dello stato di salute, così da riuscire a diminuire la pressione dei ricoveri impropri e da garantire la gestione precoce della complessità e delle complicanze;
- Sostiene e coordina la presa in carico proattiva delle persone fragili e affette da patologie croniche;
- Si occupa dell'*engagement* del *caregiver*, verificando anche l'aderenza ai percorsi di cura ed orientando all'utilizzo appropriato dei servizi sanitari, promuovendo l'aderenza ai piani terapeutici e riabilitativi, promuovendo comportamenti aderenti ai determinanti della salute (OMS);
- Collabora con le reti di volontariato presenti nel territorio per promuovere modelli di community building.

## UCA

L'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) è un'équipe che afferisce al Distretto ed è composta da un medico ed un infermiere che operano sul territorio di riferimento anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina (es. televisite e teleassistenza) e in collaborazione con MMG e PLS. La sede operativa dell'UCA è la Casa della Comunità alla quale afferisce anche dal punto di vista organizzativo; essa può essere attivata in presenza di condizioni clinico assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico e di fatto non sostituisce ma supporta per un tempo definito i professionisti responsabili della presa in carico del paziente e della comunità. L'UCA può essere integrata con altre figure professionali sanitarie, nell'ambito delle professionalità disponibili, anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale e, al fine di svolgere la propria attività, può usufruire del supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio ed ospedalieri. Inoltre, interviene a domicilio del paziente quando non è possibile attivare tempestivamente interventi di assistenza domiciliare di elevata intensità (collocandosi quindi come via intermedia tra interventi emergenziali e ADI) e opera in coordinamento con la Continuità Assistenziale, intervenendo in casi di alta complessità del paziente, per superare i gap tra le fasi della presa in carico e garantendo continuità di cure.

## Ospedale di Comunità

L'OdC come previsto dalla normativa vigente e dagli atti concertativi di riferimento (DM n. 77/2022, DM n. 70/2015, Patto per la Salute 2014-2016, Piano nazionale della cronicità, Intesa Stato-Regioni

del 20/02/2020), svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni assistenziali, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia più prossimi al domicilio.

L'OdC è una struttura sanitaria territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare). Tali necessità possono concretizzarsi sia in occasione di dimissione da struttura ospedaliera, sia per pazienti che si trovano al loro domicilio, in questo secondo caso possono rientrare anche ricoveri brevi. L'OdC è una struttura sanitaria in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi che garantiscano la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonché la misurazione dei processi e degli esiti.

Possono accedere all'OdC pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale o con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (entro 30 giorni), provenienti dal domicilio o da altre strutture residenziali, dal Pronto Soccorso o dimessi da presidi ospedalieri per acuti. Tra gli obiettivi primari del ricovero deve essere posto anche il coinvolgimento attivo e l'aumento di consapevolezza, nonché la capacità di auto-cura dei pazienti e del familiare/caregiver, attraverso la formazione e l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità.

#### Le Cure Domiciliari e la Rete di Assistenza Domiciliare

Le cure domiciliari sono "percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita"; sono garantite a tutte le persone, adulti e minori non autosufficienti o in condizioni di fragilità, con patologie in atto o con esiti di patologie.

Sono erogate sempre a seguito di valutazione clinico funzionale e a seguito di un piano formalizzato di assistenza che preveda tutte le prestazioni.

Le cure domiciliari sono classificate da ultimo dal d.p.cm. del 12/01/2017 in relazione al coefficiente di intensità assistenziale, ovvero CIA (indicatore LEA del NSG), che misura la intensità e in maniera derivata la complessità del servizio erogato in relazione al bisogno espresso e rilevato. A tal proposito si vedano gli atti regionali di indirizzo:

- Delibera di giunta regionale n.41/2011
- Decreto commissariale 1/2013.

In sintonia con le Linee Guida Regionali, l'Azienda assume la presa in carico dei pazienti Domiciliari quale obiettivo strategico della programmazione aziendale al fine di imprimere un reale processo d'innovazione e integrazione dei servizi sociali e sanitari.

É evidente infatti che attraverso le cure domiciliari si esprime un unico percorso che garantisce unitarietà degli interventi, prestazioni essenziali riconducibili ai LEA, protocolli operativi che promuovono l'integrazione ospedale-territorio favorendo in tal modo la naturale riconversione della rete ospedaliera orientandola alle reali necessità del territorio.

Gli obiettivi specifici del Sistema delle Cure Domiciliari sono:

- fornire adeguata assistenza a persone che presentano problematiche di tipo sanitario e sociale

suscettibili di trattamento domiciliare evitando ricoveri ospedalieri impropri e l'ingresso in residenza;

- favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti, perseguendo il recupero o la conservazione delle residue capacità di autonomia e relazionali;
- rendere possibili dimissioni ospedaliere tempestive ed assicurare la continuità assistenziale mediante lo strumento della "dimissione protetta";
- supportare i "caregiver" e trasmettere loro delle competenze che possano tradursi in autonomia di intervento;
- migliorare in ultima analisi la qualità della vita di persone non autosufficienti o a rischio di perdita dell'autosufficienza, favorendo il mantenimento delle capacità residue.

### Modello Organizzativo

Le cure domiciliari sono prestate da U.O.S. ADI con un Responsabile di struttura incaricato.

Tutte le articolazioni ADI rispondono gerarchicamente al Direttore del Distretto Sanitario e sono funzionalmente coordinate dalla U.O.C. Coordinamento Cure Domiciliari - ADI del DS 12.

Il Coordinamento ha i seguenti compiti:

- analisi del bisogno e formulazione di proposte operative per l'offerta dei servizi;
- favorire l'omogeneizzazione degli interventi su tutto il territorio aziendale;
- analisi del bisogno formativo e proposizione dei piani formativi;
- stesura, responsabilità e monitoraggio dei progetti regionali riguardanti l'area;

## La Telemedicina

I servizi di telemedicina che si stanno implementando, secondo quanto disposto dalla D.G.R.C. n°6/2021, contribuiscono ad affrontare le principali sfide del SSR, rappresentando un formidabile mezzo per:

- contribuire a ridurre gli attuali divari geografici e territoriali, presenti sul nostro territorio, in termini sanitari grazie all'armonizzazione degli standard di cura garantiti dalla tecnologia;
- garantire una migliore "esperienza di cura" per gli assistiti;
- monitorare lo stato di salute dei pazienti fragili e la compliance;
- migliorare i livelli di efficienza dei sistemi sanitari regionali tramite la promozione dell'assistenza domiciliare e di protocolli di monitoraggio da remoto.

L'innovazione di tale processo si traduce nell'omogeneizzazione dei progetti di telemedicina proposti dalle Regioni sulla base delle priorità e delle linee guida definite dal Ministero della Salute. I progetti riguardano ogni ambito clinico e promuovono un'ampia gamma di funzionalità lungo l'intero percorso di prevenzione e cura:

- tele-visita;
- tele-consulto medico;
- tele-consulenza medico sanitaria;
- tele-assistenza;
- tele-refertazione;

Il tutto ha la necessità di integrarsi ed interagire con il Fascicolo Sanitario Elettronico, raggiungendo target quantitativi di performance legati ai principali obiettivi della telemedicina e del Sistema Sanitario Nazionale, nonché garantire che lo sviluppo si traduca in una effettiva armonizzazione dei

servizi sanitari sia territoriali che ospedalieri. Il supporto tecnico e le necessarie implementazioni saranno garantite dal Servizio della Digitalizzazione e delle Tecnologie Informatiche. L'attività sanitaria e la stesura di linee di indirizzo saranno di pertinenza del Coordinamento dei Servizi Strategici attraverso la Struttura di Programmazione Aziendale, mentre rimane in carico al Direttore del Distretto/Direttore Medico del P.O. la committenza.

## Le Cure Palliative

Le cure palliative sono state definite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come "...un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di un'identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicofisica e spirituale".

Rivolgendosi a pazienti in fase avanzata di malattia cronica ed evolutiva, (malattie oncologiche ma anche neurologiche, respiratorie, cardiologiche) le cure palliative hanno lo scopo di garantire la massima qualità di vita possibile, nel rispetto della volontà dell'ammalato, aiutandolo a vivere al meglio la fase terminale della malattia ed accompagnandolo verso una morte dignitosa.

La medicina palliativa mette la persona al centro, partendo dall'assioma che esistono malattie inguaribili, ma non esistono malattie incurabili: anche quando l'obiettivo non è la guarigione in senso stretto ma la presa in carico della persona in toto.

La L. 38/2010 definisce il malato terminale come: la persona affetta da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita.

L'ASL Caserta ha istituito la RETE delle Cure Palliative con la deliberazione n. 950 del 02/07/2015. Con la stessa deliberazione, ai sensi del D.C.A. n. 46/2015 ha potenziato la capacità di presa in carico dell'Azienda per le cure domiciliari palliative a favore dei malati terminali.

## Rete Oncologica e Terapia del Dolore

Considerato il rilievo assegnato dalla programmazione nazionale e regionale alle due reti (Terapia del dolore e Oncologica) l'ASL Caserta riconfigura le due reti nell'ambito aziendale, operando una scelta organizzativa di confluenza e flessibilità, per garantire una risposta tempestiva ed efficace, individuando una struttura di coordinamento a livello aziendale capace di coordinare tutti gli interventi nei setting assistenziali previsti dai LEA attraverso la Delibera del Direttore Generale n. 460/2022 e s.m.i.

L'ASL Caserta costituisce una propria Rete Aziendale assistenziale in ambito Oncologico/Terapia del Dolore, secondo il modello indicato dall'entrata in essere del PNRR attraverso le missioni 5 e 6. Tale modello è capace di porre in correlazione le risorse specialistiche che ruotano intorno al paziente Oncologico e renderle sistema organizzato con la Rete Terapia del Dolore con una integrazione Ospedale-Territorio.

Tale modello costituisce un nuovo sistema, integrato con la piattaforma regionale ROC, e finalizzato a migliorare la governance clinica del paziente Oncologico in adesione ai PDTA regionali, efficientare l'attività dei GOM, realizzare una nuova Governance di sistema unificando le risorse con la Rete Terapia del Dolore, utilizzare pienamente sia i setting ospedalieri (di nuova introduzione) che quelli domiciliari e di hospice (Delibera del Direttore Generale n.1211/2022 e s.m.i.) per l'ambito palliativo, nella piena condivisione dei piani di cura con il MMG.

## ART. 11 - OSPEDALI

### Definizione e funzionamento

L' "Ospedale" è la struttura tecnico-funzionale mediante la quale l'Azienda sanitaria assicura nel proprio bacino territoriale l'erogazione dell'assistenza ospedaliera corrispondente ai livelli essenziali di assistenza stabiliti dalle norme nazionali e regionali, in modo unitario e integrato con gli altri servizi sanitari e socio-sanitari, in conformità alla pianificazione sanitaria regionale, comprendendo anche attività di formazione e di ricerca. L'Ospedale è quindi la struttura aziendale in cui vengono erogate prestazioni di ricovero a pazienti con patologie in fase acuta o nell'immediata fase di post-acuzie ed è orientato ad un modello basato su livelli di intensità delle cure. Nell'Ospedale per acuti vengono collocate anche attività di riabilitazione e le attività ambulatoriali specialistiche di secondo livello, la cui erogazione sia legata o ad attività di monitoraggio del paziente nella logica della presa in carico o ad esecuzione di prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche di particolare complessità.

La elevata complessità del sistema ospedale fa sì che per dare risposta a tutti i potenziali e crescenti bisogni di salute e per una gestione ottimale delle cure e delle risorse, l'assistenza erogata vada inserita in un sistema di offerta strutturato secondo una logica di rete coordinata, secondo modelli hub & spoke. Questo modello prevede la concentrazione della casistica più complessa, o che richiede più complessi sistemi produttivi, in un numero limitato di centri (Hub) che trattino volumi di attività tali da garantire la migliore qualità dell'assistenza erogata e il migliore utilizzo delle risorse organizzative disponibili. L'attività di tali centri è fortemente integrata attraverso connessioni funzionali con quella dei centri periferici (Spoke) che assicurano l'assistenza per la casistica residua.

In questa ottica è possibile distinguere due livelli a seconda delle funzioni da garantire:

- Ospedali di riferimento provinciale. Devono disporre di specialità di base e medio livello per il territorio di riferimento e la presenza di alte specialità per un territorio più ampio, costituendo centri hub;
- Presidi ospedalieri di rete. Hanno dotazione minima composta da pronto soccorso e specialità di base e di media complessità assicurati in "rete" con il precedente livello, costituendo centri spoke.

La programmazione regionale prevede, per l'esercizio della funzione ospedaliera, nel territorio dell'ASL Caserta i seguenti ospedali:

- Presidio Ospedaliero di Aversa;
- Presidio Ospedaliero di Marcianise
- Presidio Ospedaliero di Maddaloni – Stabilimento di San Felice a Cancellò;
- Presidio Ospedaliero di Piedimonte Matese;
- Presidio Ospedaliero di Sessa Aurunca;
- Presidio Ospedaliero di S. Maria Capua Vetere

In aggiunta è presente l'Ospedale di Comunità di Teano (Struttura Territoriale).

Questi ospedali qualificano il loro ruolo in una logica di rete coordinata, secondo modelli hub & spoke, sia nel loro interno che nella rete ospedaliera regionale.

L'ASL Caserta collabora con gli ospedali privati accreditati presenti nel proprio territorio stipulando accordi secondo principi di trasparenza, sviluppo della qualità, ricerca dell'appropriatezza, implementazione di una rete complessiva di accesso alle prestazioni.

Gli ospedali dell'ASL Caserta articolano la propria organizzazione interna costituita dalle Unità Operative stabilite dalla programmazione regionale.

L'Azienda assume un assetto organizzativo che favorisce una chiara definizione dei percorsi dei pazienti da realizzare anche attraverso l'individuazione e l'applicazione di modelli organizzativo

assistenziali innovativi ed integrati tra le diverse strutture aziendali. In tal modo, si potrà dare concreta attuazione ai principi di continuità dell'assistenza secondo criteri di integrazione organizzativa e multidisciplinare, ponendo il paziente al centro dei processi di cura e valorizzando i diversi professionisti coinvolti.

L'Azienda assicura l'assistenza ospedaliera offrendo prestazioni di: pronto soccorso, ricovero ordinario, ricovero diurno, day surgery, day service, week surgery, PACC (percorso assistenziale complesso e coordinato).

Nell'ambito dell'attività di ricovero ordinario vengono garantite le prestazioni assistenziali ai soggetti che, in presenza di problemi o patologie acute, necessitano di assistenza medico- infermieristica prolungata nel corso della giornata, osservazione infermieristica per 24 ore e immediata accessibilità alle prestazioni cliniche, farmaceutiche, strumentali e tecnologiche ai fini dell'inquadramento diagnostico, della terapia o di specifici controlli clinici e strumentali.

Nell'ambito dell'attività di ricovero diurno si assicurano al paziente le prestazioni assistenziali che possono essere efficacemente garantite entro la stessa giornata. Il day surgery assicura al paziente un modello organizzativo dell'attività chirurgica limitato a quelle attività che possono essere condotte efficacemente e in sicurezza secondo le regole fissate dalle norme regionali e dalle linee guida delle società scientifiche, sia relativamente alle attività chirurgiche eleggibili, sia alle modalità di esecuzione.

Il Day Service Ambulatoriale (PACC) rappresenta un innovativo modello organizzativo ed operativo, in cui vengono svolte attività cliniche multidisciplinari di tipo diagnostico e terapeutico che necessitano di prestazioni integrate.

Il Week Surgery, prevede la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici programmati che prevedono la dimissione dei pazienti entro la giornata di venerdì. I ricoveri vengono effettuati su posti letto dedicati che vengono formalmente disattivati nel corso del fine settimana e dei giorni festivi. Tale modello organizzativo-assistenziale è applicabile a un'ampia gamma di attività chirurgiche che hanno come caratteristica comune quella di non prevedere la prosecuzione della degenza nei giorni di sabato, domenica e negli altri giorni festivi; pertanto tutta l'attività chirurgica programmata può essere riorganizzata con una diversificazione dei pazienti chirurgici secondo le varie modalità assistenziali (Chirurgia ambulatoriale, Day Surgery, Week Surgery, Chirurgia in regime ordinario).

All'interno dei propri presidi ospedalieri l'Azienda intende perseguire alcuni precisi indirizzi strategici:

- graduale organizzazione in forma dipartimentale della degenza tenendo conto dell'intensità dell'assistenza e dell'intensità di cura;
- aumento della complessità assistenziale e della gravità clinica dei pazienti ricoverati in regime ordinario;
- sviluppo ed estensione di nuovi modelli di organizzazione delle degenze basati su moduli dedicati all'assistenza diurna e settimanale (week surgery) per alcune discipline chirurgiche;
- consolidamento del percorso di trasferimento di prestazioni dal regime di ricovero al regime ambulatoriale, nonché lo sviluppo di modelli organizzativi specifici per l'erogazione di attività ambulatoriali complesse. Tra questi anche il day service, finalizzato all'erogazione, in un unico accesso, di sequenze complesse di prestazioni diagnostiche e terapeutiche che richiedono un ambiente protetto;
- valorizzazione delle competenze in termini organizzativi e della relativa responsabilità del personale infermieristico, tecnico-sanitario, della riabilitazione e della prevenzione, nonché della professione ostetrica, anche con assunzione di ruoli gestionali all'interno del percorso ospedaliero;

- sviluppo di una rete informatica e telematica di collegamento all'interno dell'Azienda tale anche da favorire la concentrazione delle attrezzature diagnostiche garantendo anche in periferia le prestazioni senza la presenza di tecnologia in loco.

Il P.S.R. (Piano Sanitario Regionale) e le successive norme regionali in materia di organizzazione della rete ospedaliera (DGR 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i.), prevede lo sviluppo dell'organizzazione delle attività ospedaliere per intensità di cure con l'utilizzo di percorsi diagnostico-terapeutici e indicatori di complessità, nonché mediante la previsione di aree differenziate secondo le modalità assistenziali, l'intensità delle cure, la durata della degenza e il regime di ricovero, al fine di favorire il superamento graduale dell'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica.

## Il Piano Ospedaliero

Il DM 70/15 definisce un nuovo modello di classificazione dei Presidi inseriti nella rete ospedaliera, prevedendone tre diversi livelli di complessità, in relazione al bacino di utenza e a uno standard di discipline minime per la configurazione al relativo livello.

Di seguito si riportano le diverse tipologie previste e gli standard da rispettare per procedere alla classificazione del singolo presidio:

- Presidi ospedalieri di base, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, salvo le deroghe previste nella rete di emergenza urgenza, dotati di sede di Pronto Soccorso con la presenza di un numero limitato di specialità ad ampia diffusione territoriale: Medicina interna, Chirurgia generale, Ortopedia, Rianimazione e servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità H24 di Radiologia, Laboratorio, Emoteca, nonché di letti di "Osservazione Breve Intensiva";
- Presidi ospedalieri di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, sede di DEA di I livello dotati delle seguenti specialità: Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (se prevista per n. di parti/anno), Pediatria, Cardiologia con U.T.I.C., Neurologia, Psichiatria, Oncologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, con servizio di guardia attiva e/o di reperibilità oppure in rete per le patologie che la prevedono. È prevista la presenza attiva o disponibilità in rete H24 dei Servizi di Radiologia almeno con T.A.C. ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immuno-trasfusionale. Per le patologie complesse (quali i traumi, quelle cardiovascolari, lo stroke) sono previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento dei pazienti presso i Centri di II livello. Sono dotati, inoltre, di letti di "Osservazione Breve Intensiva" e di letti per la Terapia Subintensiva (anche a carattere multidisciplinare);
- Presidi ospedalieri di II livello, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, sedi di DEA di II livello, dotati di tutte le strutture previste per l'Ospedale di I livello, nonché di strutture che attengono alle discipline più complesse non previste nell'Ospedale di I livello.

Per garantire la completa copertura dell'assistenza di emergenza, nell'area di interesse della Azienda Sanitaria Locale Caserta, sono previsti punti di accesso per l'emergenza ospedaliera nei Presidi Ospedalieri di: Aversa, Marcianise e Sessa (individuati come DEA di I livello), S. Maria Capua Vetere, Piedimonte Matese, Maddaloni, ai quali si aggiunge la Casa di Cura Pineta Grande di Castelvolturno, e l'AORN di Caserta con i propri punti di pronto soccorso.

Pertanto l'attuale programmazione delle discipline ospedaliere prevede:



Il Presidio Ospedaliero di Aversa, è identificato come DEA di I livello, sede in cui è attivata la Stroke Unit Neurologica Aziendale, è nella rete Ictus come centro spoke, mentre accede al ruolo di hub di I livello nella rete cardiologica con attivazione dell'emodinamica; funge da pronto soccorso per traumi ; è spoke di II livello per la rete pediatrica e spoke di I livello nelle rete di terapia del dolore.

Il Presidio Ospedaliero di Marcianise, è identificato come DEA di I livello. Presenta la disciplina di Gastroenterologia, Ostetricia e Ginecologia con la Pediatria che diventa spoke di II livello per le emergenze pediatriche. Attività di Neurologia, Urologia, Ortopedia e ORL. Oltre, ad attività di Breast Unit e di Fisiopatologia della Riproduzione.

Il Presidio Ospedaliero di Santa Maria Capua Vetere rientra nella rete dell'emergenza e presenta come peculiarità le discipline di farmacia e farmacovigilanza. Attività di chirurgia multidisciplinare/week surgery/One Day Surgery oltre all'attività di Oculistica. Funzioni di lungodegenza, di attività di emodialisi, terapia intensiva e servizi quali Radiologia e Laboratorio di Analisi. Con delibera n. 723 del 20/04/2023 "Nuovo Accordo di Programma di edilizia sanitaria ex art. 20 L. 67/88 IV fase. Proposta interventi" è stata programmata la futura organizzazione del P.O.

Il Presidio Ospedaliero di Sessa Aurunca è identificato come DEA di I livello, è spoke di I livello nella rete IMA, spoke di I livello nelle emergenze pediatriche.

Il Presidio Ospedaliero di Maddaloni viene riprogrammato quale Presidio Ospedaliero con Pronto Soccorso e annesso stabilimento di San Felice a Canello con le discipline di Medicina, Cardiologia, Pneumologia e Neurologia, oltre la Chirurgia. Si conferma la Terapia Intensiva con Urologia, ORL e Oculistica. Vengono istituite le discipline di Lungodegenza e Riabilitazione funzionale ad indirizzo respiratorio post-covid. È individuato quale Presidio strutturalmente e funzionalmente riconvertibile in base alle esigenze emergenziali di Infection Disease and Control come già effettuato nel corso dell'emergenza Covid nel Marzo 2020. Lo Stabilimento di San Felice a Canello riconvertito precedentemente in presidio di lungodegenza, riabilitazione e Hospice, viene confermato quale stabilimento annesso al P.O. di Maddaloni. È spoke di I livello nella rete di terapia del dolore. Il piano regionale conferisce al presidio una attività di degenza per l'Oncologia medica (con rafforzamento contestuale delle tecnologie diagnostiche) e per la disciplina di Geriatria.

Per il Presidio Ospedaliero di Piedimonte Matese è stato implementato un servizio di elisoccorso, al fine di sopperire ai disagi per la gestione dei traumi e dei percorsi tempo-dipendenti, data l'orografia e la difficile viabilità. È spoke di I livello per la rete pediatrica. Vengono istituite le discipline di Neurologia (requisito per spoke nella rete ictus), Pneumologia, Lungodegenza e potenziata l'Oncologia. È stata prevista Chirurgia Generale e Ortopedia che viene potenziata con una specifica funzione riabilitativa.

## Integrazione Ospedale-Territorio

La problematica dei rapporti ospedale-territorio ha il suo elemento nodale nella evidenza che si è realizzata, da parte di entrambe le compagini, una risposta distorta alla domanda di salute del cittadino.

Infatti, il distretto, attraverso le sue articolazioni, non soddisfa pienamente la domanda di prestazioni pur potenzialmente erogabili al di fuori dell'ospedale, rendendo talora obbligatorio per il cittadino il ricorso al pronto soccorso ed al ricovero; l'ospedale, nell'intercettare questa domanda inevasa, la soddisfa spesso attraverso l'utilizzo improprio del ricovero. Sostanzialmente, a fronte del bisogno di salute del cittadino, vi è da parte del distretto una risposta inadeguata e da parte dell'ospedale una risposta inappropriata.

Pertanto l'Azienda si pone i seguenti obiettivi:

- aumentare la capacità di risposta del Distretto Sanitario ai bisogni emergenti;

- modulare l'appropriatezza della risposta dell'Ospedale;
- migliorare l'integrazione delle funzioni;
- utilizzare gli strumenti normativi degli Accordi Collettivi, nazionali e decentrati dei MMG/PLS, con particolare riguardo ai punti relativi ad associazionismo e cooperazione, al fine di estendere in termini qualitativi e quantitativi la "copertura" della domanda degli assistiti da parte dei MMG/PLS. Obiettivo è adattare modalità di accesso ed orari di apertura degli ambulatori dei MMG/PLS alle reali esigenze dell'utenza ed ampliare i tempi della copertura del servizio in modo da realizzare, in cooperazione con le SAUT, un reale dispositivo di continuità assistenziale sul territorio;
- Stabilizzare e razionalizzare l'assetto operativo e strutturale del sistema delle SAUT.

Queste saranno coordinate con i presidi della Continuità Assistenziale-UCA. Tutto il sistema dell'emergenza-urgenza sarà inteso non come semplice punto di smistamento verso l'ospedale o di emanazione di prestazioni di cui si richiederà la replica al MMG/PLS il giorno successivo ma con un sistema integrato Ospedale-Territorio. Per questo scopo sarà proseguito ed ampliato il programma di formazione degli operatori;

- Rispondere a bisogni di maggiore complessità amplificando la capacità del distretto, attraverso l'uso delle conoscenze tecniche ed organizzative innovative, di affrontare problematiche a maggiore complessità. Per tale motivo sarà data particolare attenzione a quei progetti, anche sperimentali, che prevedano la possibilità, per i medici dell'assistenza primaria e della continuità assistenziale, di gestire i codici minori, di effettuare l'osservazione breve del paziente e di somministrare terapie di prima cura o di elezione in pazienti stabilizzati, anche attraverso la diffusione dei sistemi di self help diagnostico e mediante la riqualificazione strutturale degli ambulatori.
- Allargare le esperienze delle strutture sanitarie intermedie, con la possibilità di realizzare attività di cura a ciclo diurno anche in ambito extra ospedaliero; tali attività, pur permanendo nella sfera del ricovero e quindi nella piena pertinenza ospedaliera, saranno realizzate spostando, per patologie tipicamente di elezione, il "contenuto" ospedaliero (operatori, conoscenze) in un "contenitore" (la struttura sanitaria intermedia) a minore complessità e dunque a minor assorbimento di risorse.
- Riconoscere la remunerazione tariffaria dell'attività di P.S. ed osservazione breve. A tal proposito verrà attivata l'informatizzazione delle attività del pronto soccorso.
- Migliorare l'integrazione sviluppando e sostenendo il rapporto MMG-Ospedale sia nel pre-ricovero (prescrizione del ricovero di elezione, e non abuso della modalità di ricovero di PS o per auto-prescrizione), sia durante il ricovero (partecipazione alla consultazione clinica), sia nel post-ricovero (continuità delle cure sulla base di linee guida comuni condivise).
- Utilizzare appieno le Carte dei Servizi, anche attraverso la lettura "trasversale" delle Carte prodotte dalle AA.OO. e dalle altre AA.SS.LL., per la conoscenza dell'offerta e l'indirizzo del paziente al servizio che offra la risposta più adeguata allo specifico bisogno di salute.
- Attivare diffusamente, come già previsto da specifici progetti per la de-ospedalizzazione presentati alla Regione Campania, la Assistenza Domiciliare Integrata, che per la sua complessità organizzativa e per lo sforzo di integrazione che richiede, può avere ricadute positive anche fuori dal proprio specifico ambito di applicazione, costituendo le premesse metodologiche, culturali ed organizzative per una integrazione applicabile anche ad altri obiettivi assistenziali.

Nell'ex Presidio Ospedaliero di Teano è stato già attivato l'Ospedale di Comunità ed il trasferimento delle attività ambulatoriali del distretto. Nell'ex Presidio Ospedaliero di Capua è in corso di attivazione l'Ospedale di Comunità mentre le attività distrettuali già sono state trasferite.

L'integrazione Ospedale-Territorio vede nella COT la vera congiunzione tra i setting assistenziali

diversi, con una doppia funzionalità sia bottom-up che top-down, per una corretta e rapida fruibilità dei servizi sanitari offerti al cittadino.

## ART. 12 - DIPARTIMENTI

### L'organizzazione dipartimentale

L'organizzazione dipartimentale rappresenta il modello ordinario di gestione operativa delle attività aziendali e il centro di responsabilità. Il dipartimento costituisce tipologia organizzativa e gestionale, aggrega strutture organizzative omologhe, omogenee, affini o complementari che perseguono comuni finalità e che, pur conservando ciascuna la propria autonomia clinica e professionale, sono tra loro interdipendenti nel raggiungimento degli obiettivi e nell'utilizzo delle risorse. L'individuazione dei dipartimenti deve essere effettuata evitando la frammentazione, la sovrapposizione o la duplicazione di funzioni.

I dipartimenti possono essere:

- strutturali, costituiti da strutture omogenee sotto il profilo dell'attività o delle risorse umane e tecnologiche impiegate o delle procedure operative. Al fine di perseguire i propri obiettivi il dipartimento strutturale utilizza i seguenti strumenti:
  - gestione e utilizzo comune di spazi, attrezzature e tecnologie;
  - utilizzo dei posti letto complessivi organizzati secondo livelli di intensità di cure;
  - utilizzo complessivo del personale sanitario infermieristico, tecnico, OSS, ausiliario e amministrativo;
  - gestione del budget, continuità assistenziale e formazione permanente del personale;
- funzionali, costituiti da strutture che concorrono alla realizzazione di obiettivi specifici tesi a migliorare la pratica clinico-assistenziale, la presa in carico del paziente e l'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare ovvero la revisione o l'introduzione di processi e procedure. In seguito al DCA83/2019 si è proceduto ad una rimodulazione dei Dipartimenti funzionali di Area Territoriale istituendo le Aree di Coordinamento. L'Area di Coordinamento non gestisce le risorse (né umane, né economiche) che sono invece nella disponibilità dei Direttori di Distretto (dovendo questi rispondere della erogazione dell'assistenza alla popolazione di riferimento), salvo quelle allocate presso le Aree stesse per lo svolgimento delle funzioni proprie. I responsabili delle Aree di Coordinamento concorrono alla definizione degli atti programmatici generali, alla programmazione specifica dell'area, alla rilevazione dei fabbisogni e al monitoraggio dei servizi e delle prestazioni erogate, cura e garantisce l'alimentazione completa e corretta dei flussi informativi ministeriali, regionali e aziendali. Con riferimento alla propria sfera di competenza, coordinano la redazione, la diffusione, l'aggiornamento e l'elaborazione di Linee Guida Aziendali, Linee di indirizzo, PDTA aziendali e sono partecipi delle Commissioni istituite per la redazione di PDTA interaziendali e/o trans-murali. Garantiscono inoltre unitarietà e omogeneità nell'organizzazione del lavoro e dei percorsi clinici nell'area di competenza, riferiscono annualmente alla direzione strategica sulle attività dell'Area, evidenziano eventuali criticità e propongono interventi correttivi.
- interaziendali, possono configurarsi come strutturali o funzionali, vengono costituiti previa autorizzazione della Giunta Regionale. Eventuali dipartimenti interaziendali esistenti, se non previsti da specifiche disposizioni, decadono in via automatica dalla data di approvazione del nuovo atto aziendale. I dipartimenti, se attivati o confermati, vengono inseriti nell'atto aziendale.
- transmurale, possono configurarsi come strutturali o funzionali. Sono costituiti da Unità Operative complesse che appartengono a strutture tecnico funzionali diverse, con lo scopo di assicurare la migliore presa in carico del paziente nei casi di percorsi assistenziali ad elevata complessità. Ai Dipartimenti transmurale si applica quanto disposto per i Dipartimenti strutturali o funzionali, sulla base della qualificazione attribuita, salvo le precisazioni di seguito indicate.

L'organizzazione, il funzionamento dei dipartimenti, la nomina dei Direttori e Coordinatori e la durata degli incarichi sono disciplinate dai Regolamenti aziendali e/o norme Regionali/Nazionali.

#### Modalità di identificazione dei dipartimenti e relative aggregazioni

Il dipartimento è costituito dall'aggregazione di strutture operative, aggregate in una specifica tipologia organizzativa e gestionale volta a dare risposte unitarie, flessibili, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati. Sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale.

Nei dipartimenti sono applicate le logiche di governo collegiale ed i processi di coordinamento e controllo sono previsti e descritti negli appositi regolamenti.

Sono organi del dipartimento:

- il Direttore del dipartimento
- il Comitato di dipartimento

#### Attività del dipartimento

La scelta aziendale di prevedere queste strutture è principalmente quella di garantire una programmazione trasversale ed unitaria ed una uniformità negli standard operativi.

Gli ambiti di attività tipici del dipartimento sono:

- coordinamento del corretto utilizzo delle risorse umane
- coordinamento ed organizzazione dell'attività assistenziale o tecnico-amministrativa
- gestione del piano annuale di attività
- valutazione e verifica della qualità dell'assistenza o del servizio fornito
- utilizzazione ottimale dei posti letto, degli spazi e delle apparecchiature
- coordinamento con le relative attività degli altri dipartimenti, dei distretti e con i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta
- organizzazione dell'attività libero-professionale sulla base del Regolamento aziendale in materia
- studio, applicazione, verifica di protocolli, per omogeneizzare le procedure organizzative, assistenziali e di utilizzo delle apparecchiature
- promozione di iniziative finalizzate alla umanizzazione dell'assistenza
- studio e applicazione di sistemi integrati di gestione
- piani di formazione, aggiornamento, ricerca e didattica.

### Il direttore di dipartimento

Il Direttore di dipartimento è nominato dal Direttore generale nel rispetto della normativa di settore e della regolamentazione amministrativa regionale, effettuando anche una valutazione comparativa dei curricula dei Direttori di Struttura Complessa afferenti al Dipartimento. Tale nomina ha durata di tre anni rinnovabile una volta.

Il Direttore di struttura complessa nominato Direttore di dipartimento mantiene la direzione della propria struttura.

Il Direttore di dipartimento svolge funzioni di programmazione sanitaria e di governo clinico per le strutture del dipartimento; partecipa alla negoziazione del budget del dipartimento con la Direzione Sanitaria di Distretto e/o Presidio e con la Direzione Generale, unitamente con i direttori o responsabili delle strutture del Dipartimento interessate. Collabora con la Direzione di Presidio e/o Distretto