



# Atto Aziendale

Parte descrittiva

**Direttore Generale**  
**Dott. Mario IERVOLINO**

Nominato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale della Campania n.105 del 04/08/2022, in esecuzione della DGRC n. 320 del 21/06/2022

Sommario

<b>Introduzione</b> .....	7
<b>La normativa di riferimento</b> .....	7
<b>Art. 1 - Denominazione, sede legale e logo</b> .....	10
Ambito territoriale .....	11
Il Contesto Territoriale .....	12
Il Tessuto Sociale .....	12
Densità abitativa.....	13
Il Quadro Epidemiologico.....	13
Natalità .....	14
Qualità delle cure prenatali .....	14
I Sistemi di Sorveglianza sugli Stili di Vita.....	14
Sistema di Sorveglianza 0-2 anni .....	15
Okkio alla salute .....	15
HBSC .....	16
PASSI .....	17
PASSI d'Argento.....	17
Mortalità .....	18
Mortalità Proporzionale.....	18
Prime 5 cause di morte:.....	19
Cause di morte più frequenti nelle varie fasi della vita.....	19
Registro Tumori ASL Napoli 2 Nord.....	21
Prevenzione Secondaria: gli Screening Oncologici .....	34
Coordinamento della rete di sorveglianza delle malattie rare .....	36
Vaccinazioni .....	37
Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) .....	38
<b>Art.3 - Il patrimonio</b> .....	41
<b>Art.4 - La Mission</b> .....	41
<b>Art.5 - La Vision</b> .....	42
<b>Art. 6 - Fondi a specifica destinazione</b> .....	42
<b>Art. 7 - Clinical Governance e sicurezza delle cure</b> .....	43
<b>Art.8 - Clima e benessere organizzativo</b> .....	44
<b>Art. 9 - Partecipazione e Tutela dei Diritti dei Cittadini</b> .....	45
Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della trasparenza.....	45
La Carta Dei Servizi .....	45
La Comunicazione.....	46
L'informazione .....	46
L'accesso e l'accoglienza.....	47
I Diritti dei Cittadini, degli Utenti e degli Stakeholder .....	47
La Conferenza dei Servizi.....	48
Audit Civico .....	48
Trasparenza e Integrità .....	48
La tutela del diritto alla Privacy .....	49
<b>Art.10 - Sistema di Programmazione, Valutazione e Controllo</b> .....	50
Programmazione .....	50
Controllo di Gestione e Budget.....	50
Il Sistema Informativo.....	51
Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance .....	52
Controllo di Regolarità Amministrativa e Contabile.....	52
<b>Art.11 - La Gestione delle Risorse Umane</b> .....	53
Le Politiche per lo Sviluppo delle Risorse Umane .....	53
La Formazione .....	53
Il Volontariato .....	54

La Libera Professione Intramoenia .....	54
La Tutela della Salute e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro.....	55
<b>Art. 12 - Relazioni Sindacali .....</b>	<b>56</b>
<b>Art. 13 - Assetto Istituzionale dell’Azienda - gli Organi.....</b>	<b>58</b>
Il Direttore Generale.....	58
Il Collegio Sindacale.....	60
Il Collegio di Direzione .....	60
<b>Art. 14 - Assetto Istituzionale, Direzione Strategica e Conferenza dei Sindaci .....</b>	<b>62</b>
La Direzione Strategica.....	62
Il Direttore Sanitario .....	63
Il Direttore Amministrativo .....	64
La Conferenza dei Sindaci.....	65
<b>Art. 15 - Organismi, Comitati Aziendali .....</b>	<b>66</b>
L’Organismo Indipendente di Valutazione .....	66
Il Collegio Tecnico.....	66
Consiglio dei Sanitari .....	67
Il Comitato Etico.....	67
Commissione per Il Prontuario Terapeutico.....	68
Comitato per il Buon Uso del Sangue (Co.B.U.S.).....	68
Il Comitato per il Controllo delle Infezioni Ospedaliere .....	69
Comitato aziendale per l'antibiotico resistenza .....	69
Commisione HTA Aziendale.....	69
Team per la gestione del rischio clinico .....	70
Commisione Paritetica ALPI.....	70
Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità .....	71
Ufficio Transizione al Digitale.....	71
Comitato Valutazione Sinistri.....	73
Comitato Percorso Nascita.....	73
Unità di Crisi Aziendale (UCA) .....	73
<b>Art. 16 - Adozione Regolamenti Aziendali .....</b>	<b>74</b>
<b>Art. 17 - Sistema di Governance.....</b>	<b>76</b>
Modalità e Principi per il Governo dell’Azienda .....	76
La gestione del lavoro per processi. ....	76
La semplificazione delle procedure.....	76
La trasparenza del proprio agire.....	77
Il Governo Economico Finanziario .....	77
<b>Art. 18 - L’attività dell’Azienda per funzioni .....</b>	<b>77</b>
La funzione di committenza .....	77
La funzione di produzione.....	78
La funzione di programmazione.....	79
<b>Art. 19 - Le Strutture Organizzative .....</b>	<b>79</b>
Le Strutture.....	79
Livelli Funzionali .....	79
Strutture di staff al livello centrale .....	80
Strutture di staff alla Direzione Generale Aziendale.....	80
Strutture di staff alla Direzione Sanitaria Aziendale.....	80
Strutture di staff alla Direzione Amministrativa Aziendale .....	80
Strutture Afferenti al Livello Operativo.....	81
<b>Art. 20 - Attribuzioni dei Dirigenti .....</b>	<b>81</b>
Unità Operative Complesse .....	82
Unità Operative Semplici Dipartimentali.....	83
Unità Operative Semplici .....	84
Settori, Uffici.....	84

Aree Funzionali Omogenee .....	84
Aree di Coordinamento .....	85
Incarichi di natura professionale .....	85
<b>Art. 21 - Criteri e parametri per costituzione, mantenimento e riconversione delle U.O. in Ambito Ospedaliero .....</b>	<b>85</b>
U.O.C. Ospedaliera .....	85
UOSD in Ambito Ospedaliero .....	87
UOS in Ambito Ospedaliero .....	87
<b>Art. 22 - Criteri e Parametri per la costituzione, il mantenimento e la riconversione delle Unità Operative in Ambito Territoriale .....</b>	<b>88</b>
U.O.C. in ambito Territoriale .....	88
UOSD in ambito territoriale .....	88
UOS in ambito Territoriale .....	89
<b>Art. 23 - Conferimento e revoca degli incarichi .....</b>	<b>89</b>
Attribuzione e revoca degli incarichi della dirigenza sanitaria .....	90
Valutazione degli incarichi dei dirigenti .....	92
La responsabilizzazione gestionale .....	92
Le deleghe e i poteri .....	92
Assetto degli Incarichi Professionali .....	93
Revoca degli Incarichi Dirigenziali .....	94
Disciplina per il Conferimento di Incarichi non Dirigenziali .....	94
<b>Art. 24 - Organizzazione e Funzionamento dei Dipartimenti .....</b>	<b>94</b>
Definizione .....	94
Le tipologie di Dipartimento .....	95
Compiti dei Dipartimenti .....	95
Aree Interdipartimentali Organizzativo-Funzionali .....	96
Il Direttore di Dipartimento .....	97
Il Comitato di Dipartimento .....	97
Compiti ed Attività Gestionali del Dipartimento .....	98
Attività Interdipartimentali .....	99
Regolamento interno del Dipartimento .....	99
Budget del Dipartimento .....	99
<b>Art. 25 - La Pianificazione Strategica .....</b>	<b>102</b>
<b>Art. 26 - Programmazione .....</b>	<b>103</b>
<b>Art. 27 - Il Controllo Interno di Regolarità Amministrativa, Contabile e Gestionale ..</b>	<b>104</b>
<b>Art. 28 - Controllo di Gestione .....</b>	<b>106</b>
<b>Art. 29 - I Sistemi di Gestione e Valutazione del Personale .....</b>	<b>107</b>
Relazioni Sindacali .....	108
<b>Art. 30 - La Comunicazione nelle Aziende Sanitarie .....</b>	<b>109</b>
<b>Art. 31 - Controllo della Spesa .....</b>	<b>113</b>
Gli Strumenti di Controllo .....	114
<b>Art. 32 - Acquisti di Beni e Servizi .....</b>	<b>114</b>
<b>Art. 33 - Attrezzature: programmazione, acquisti, gestione e manutenzione .....</b>	<b>115</b>
Programmazione e gestione delle attrezzature .....	115
Programmazione degli acquisti di attrezzature .....	115
Inventario delle attrezzature .....	115
Manutenzione delle attrezzature .....	116
Manutenzione preventiva .....	116
<b>Art. 34 - Procedure Contabili .....</b>	<b>117</b>
<b>Art. 35 - Strutture di staff alla Direzione Generale .....</b>	<b>121</b>
U.O.C. Prevenzione e Protezione Aziendale .....	121
U.O.C. Gabinetto della Direzione Strategica, Comunicazione e Monitoraggio delle progettualità ..	124
U.O.C. Servizio Ispettivo Amministrativo - Internal auditing .....	122

<b>Art. 36 - Strutture di staff alla Direzione Sanitaria</b> .....	124
U.O.C. Formazione e Aggiornamento .....	124
U.O.C. Qualità - Risk management .....	126
U.O.C. Appropriatelyzza clinica ed organizzativa .....	127
U.O.C. Servizio Professioni sanitarie .....	127
U.O.C. Reti Clinico-Assistenziali e Tutela della continuità delle cure .....	129
U.O.C. Servizio Ispettivo Sanitario.....	129
U.O.C. URP e Marketing Sanitario .....	129
U.O.C. Programmazione e Continuità Ospedale-Territorio.....	129
<b>Art. 37 - Strutture di staff alla Direzione Amministrativa</b> .....	130
U.O.C. Affari Generali .....	130
U.O.C. Affari Legali .....	131
U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi .....	131
U.O.C. Gestione Risorse Tecniche e Tecnologiche.....	132
U.O.C. Sistemi Informativi e Transizione Digitale .....	132
<b>Art. 38 - Il Distretto Sanitario</b> .....	135
La rete dei Distretti .....	137
Modello organizzativo a rete .....	140
Il Direttore del Distretto Sanitario .....	143
Supporto Amministrativo-Contabile del Distretto Sanitario .....	143
Comitato dei Sindaci di Distretto .....	143
<b>Art. 39 - L'integrazione ospedale-territorio</b> .....	144
<b>Art. 40 - Dipartimento di Prevenzione</b> .....	145
<b>Art. 41 - Dipartimento di Salute Mentale</b> .....	147
<b>Art. 42 - Dipartimento delle Dipendenze Patologiche</b> .....	156
<b>Art. 43 - Dipartimento delle Cure Territoriali</b> .....	158
U.O.C. Integrazione socio sanitaria .....	159
La Consulta Socio-Sanitaria .....	160
U.O.C. Cure Primarie .....	161
U.O.S.D tutela della salute in carcere .....	164
U.O.C. Cure Domiciliari .....	165
U.O.C. Strutture Residenziali e Semiresidenziali Territoriali.....	166
U.O.C. Medicina Legale e Necroscopica .....	169
U.O.C. Accreditamento e Controllo della spesa .....	170
UOSD Disturbi Cognitivi e Demenze .....	171
UOSD Diabetologia .....	171
UOSD Assistenza riabilitativa e protesica.....	171
<b>Art. 44 - Dipartimento Farmaceutico</b> .....	172
L'area territoriale.....	172
L'area ospedaliera .....	172
<b>Art. 45 - Dipartimento Materno Infantile</b> .....	173
U.O.C. Tutela della salute della donna e dell'infanzia .....	173
<b>Art. 46 - Dipartimento dell'Emergenza e dell'Area Critica</b> .....	176
<b>Art. 47 - Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio</b> .....	177
La nuova organizzazione .....	177
Compiti.....	178
Informatizzazione.....	178
<b>Art. 48 - Dipartimento di Diagnostica per Immagini</b> .....	179
<b>Art. 49 - La Rete Ospedaliera</b> .....	182
Il dipartimento ospedaliero.....	186
<b>Art. 50 - Il Presidio Ospedaliero</b> .....	187
Il Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero.....	189
Il Direttore/Dirigente amministrativo del Presidio Ospedaliero .....	189

<b>Art. 51 – Dotazione Posti Letto</b> .....	189
PO San Giuliano – Giugliano in Campania .....	190
PO S. Maria delle Grazie – Pozzuoli .....	190
PO S. Giovanni di Dio - Frattamaggiore .....	191
PO Anna Rizzoli – Lacco Ameno Isola d’Ischia.....	191
PO G. Scotto di Perrotolo – Procida .....	192
<b>Art. 52 - La rete per la terapia del dolore</b> .....	193
Centro Hub:.....	193
Centri Spoke di II livello: .....	193
Centri Spoke di I livello .....	193
<b>Art. 53 - L’offerta ospedaliera privata</b> .....	194
<b>Art. 54 - Dipartimento di Area Medica</b> .....	194
<b>Art. 55 - Dipartimento di Area Chirurgica</b> .....	194
<b>Art. 56 - Dipartimento di Oncologia</b> .....	195
<b>Allegato 1- Organigrammi</b> .....	195

### Introduzione

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

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

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

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

- coerenza di tale documento con le specificità del relativo ordinamento regionale;
- garanzia di un'organizzazione aziendale funzionale al perseguimento degli obiettivi di programmazione regionale e di concreta applicazione dei principi fondanti della pianificazione sanitaria;
- garanzia della parità di trattamento del personale e omogeneità di azioni in relazione agli obiettivi propri del piano di rientro;
- le specifiche aree di attività oggetto dell'azione aziendale saranno disciplinate con successivi regolamenti interni.

### La Normativa di Riferimento

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

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

- Decreto del Commissario ad Acta n. 34 del 24.04.2013;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 33 del 17.05.2016;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 99 del 22.09.2016;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 63/2018 - Rete Emergenza cardiologica;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 103/2018 - Piano Ospedaliero Regionale;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 83/2019 - Piano Rete Territoriale;
- Decreto del Commissario ad Acta N. 63 del 29/07/2019 - Rete Stroke regionale;
- Decreto del Commissario ad Acta 98/2016-Istituzione della Rete Oncologica Campana e s.m.i.;
- Decreto del Commissario ad acta n°83 del 31.10.2019 “Piano Regionale della Rete di assistenza sanitaria territoriale 2019-2021”;
- “Patto per la salute 2019-2021”, approvato in Conferenza Stato/Regione, seduta del 18.12.2019;
- D.G.R.C. n°378 del 23.07.2020 “Adozione Piano di riorganizzazione/potenziamento delle attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cura della Regione Campania. Integrazione ed aggiornamento n°304 del 16.06.2020”;
- Delibera della Giunta Regionale n. 593 del 22/12/2020 “Metodologia di determinazione del fabbisogno di personale del SSR”;
- Regolamento UE 2021/241 del Parlamento e del Consiglio Europeo del 12/12/2021 “Istituzione dispositivo per la ripresa e resilienza”;
- Decreto Legge n.59 del 06 maggio 2021, convertito con modificazioni dalla L.1 luglio 2021, n.101(in G.U. 06/07/2021, n. 160) “Misure urgenti relative al Fondo complementare al Piano nazionale di ripresa e resilienza e altre misure urgenti per gli investimenti” e ss.mm.ii.;
- Decreto del Ministero della Salute n°77 del 23.05.2022 “Regolamento la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”;
- D.G.R.C. n°682 del 13.12.2022 “Linee guida sugli interventi di riordino territoriale della Regione Campania in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza recepito dal D.M. n° 77 del 23.05.2022”.



## Capo I - Gli Elementi Identificativi

## Art. 1 - Denominazione, sede legale e logo

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

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

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

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

Il Legale rappresentante dell'Azienda è il Direttore Generale.

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



1. La semplicità della forma evoca linearità e forza simbolica.
2. La territorialità è espressa nella forma di un pittogramma che delinea i confini geografici dell'Azienda Sanitaria.
3. La riconoscibilità è data attraverso l'acronimo ASL che richiama il servizio sanitario pubblico.
4. La modernità è percepibile nel font *"helvetica"*.
5. La visibilità è facilitata dalla scelta cromatica.

Il sito istituzionale dell'Azienda è [www.aslnapoli2nord.it](http://www.aslnapoli2nord.it)

L'Azienda è presente anche sulle principali piattaforme social Facebook e Instagram rispettivamente agli indirizzi:

- [www.facebook.com/aslnapoli2nord](https://www.facebook.com/aslnapoli2nord)
- [www.instagram.com/aslnapoli2nord/](https://www.instagram.com/aslnapoli2nord/)

La casella di Posta Elettronica Certificata cui inviare richieste ufficiali è: [protocollo@pec.aslnapoli2nord.it](mailto:protocollo@pec.aslnapoli2nord.it)

## Art. 2 – Ambito Territoriale e Caratteristiche Epidemiologiche

### Ambito territoriale

L'ambito territoriale dell'A.S.L. Napoli 2 Nord è costituito dalla zona continentale nord e nord-ovest della provincia di Napoli, confinante con la provincia di Caserta, e dall'area insulare di Procida ed Ischia. Sul territorio completamente conurbato gravitano 32 comuni con una popolazione residente al 01.01.2023 di 1.052.107<sup>1</sup> abitanti, distribuiti in 411,43 Km<sup>2</sup> di superficie.



**SUPERFICIE: 411,43 Km<sup>2</sup> [di cui isole: Km<sup>2</sup> 50,47 (12,3 %)]**

**RESIDENTI al 01/01/2023: 1.052.107**, di cui circa lo 7.08% residenti sulle isole di Ischia e Procida

### DISTRETTI SANITARI: 13

Pozzuoli, Ischia, Giugliano, Marano, Qualiano, Mugnano, Frattamaggiore, Arzano, Casoria, Afragola, Caivano, Acerra, Casalnuovo.

### PRESIDI OSPEDALIERI: 4

1. P.O. S. Maria delle Grazie di Pozzuoli, (cui afferisce anche lo Stabilimento di Procida: Gaetanina Scotto di Perrotolo);
2. P.O. Anna Rizzoli di Lacco Ameno Isola d'Ischia;
3. P.O. San Giuliano di Giugliano;
4. S. Giovanni di Dio di Frattamaggiore.

### - Il Contesto Territoriale

L'area continentale in cui si sviluppa il territorio dell'ASL Napoli 2 Nord ha subito, nell'ultimo cinquantennio, un tumultuoso processo di urbanizzazione, quasi sempre disgiunto da un adeguato ed armonico sviluppo di servizi ed infrastrutture. Di converso, il processo di industrializzazione ha visto registrare nell'ultimo ventennio un graduale degradamento con una forte diminuzione dei livelli occupazionali.

Di vocazione prettamente turistica e marinara il contesto territoriale insulare, che presenta consistenti nuclei residenziali stanziali in tutte le stagioni dell'anno. La domanda di assistenza nel semestre maggio-ottobre, quadruplicata per l'enorme afflusso di visitatori e turisti, esige particolare attenzione e peculiare programmazione per le strutture socio-sanitarie isolate.

### - Il Tessuto Sociale

Vari strati di popolazione e dell'opinione pubblica dimostrano un crescente radicamento alla realtà locale, favorita dalla tendenza al decentramento e dall'esigenza di sostituire ai classici meccanismi di delega forme più dirette di partecipazione alla vita delle organizzazioni pubbliche. Nella popolazione è maturata la volontà a prendere parte ai processi sociali orientati ad influenzare la qualità della vita e lo stato di salute delle persone. A tal fine, a fianco dei soggetti tradizionali che entrano nel processo di partecipazione sociale del sistema di produzione e utilizzo dei servizi, quali gli Organismi Istituzionali (la Conferenza dei Sindaci, il Comitato di Rappresentanza, le Amministrazioni Comunali dei **32** Comuni, le Organizzazioni Scolastiche), le persone fisiche o giuridicamente rappresentate (il singolo cittadino/utente, le società varie, le organizzazioni sindacali, i partiti politici), l'ASL Napoli 2 Nord intende promuovere il coinvolgimento di enti, istituzioni, imprese a vocazione sociale (cooperative sociali, organizzazioni no profit), di professionisti della sanità pubblici e privati, dei media locali, delle forme d'associazionismo strutturato (tribunale dei diritti del malato, organizzazioni di volontariato). Il capitale sociale e la coesione sociale rappresentano per l'Azienda un riferimento fondamentale nel processo generale di ridefinizione del proprio ruolo di primo attore del progetto di salute visto come patrimonio e impegno di tutta la comunità. Il processo d'integrazione urbana in tutto il territorio si sforza di trovare, attraverso il capitale sociale, un elemento per lo sviluppo di progetti ed azioni adeguate ai bisogni emergenti, di cui l'Azienda terrà conto nel proprio impegno di programmazione e di organizzazione, contemperandolo con le strategie, gli indirizzi ed i vincoli definiti dalla Regione. Gli obiettivi di salute fissati nel piano sanitario regionale rappresenteranno la base per la costruzione dei piani e dei patti per la salute, definiti congiuntamente attraverso accordi di programma con gli Enti Locali, e collegati anche a strumenti di concertazione di più ampio respiro come i Patti Territoriali. La valutazione dei problemi di salute della popolazione, delle criticità del sistema dei servizi, gli indirizzi ed i vincoli stabiliti dalla Regione sono gli elementi fondamentali su cui costruire il Piano Attuativo Locale (piano delle azioni triennale) ed il Piano Annuale delle Attività. Dal punto di vista del modello organizzativo, il Distretto Sanitario si caratterizza come "un'area sistema" all'interno della quale debbono incontrarsi, con coerenza, le caratteristiche omogenee di alcune particolari condizioni della struttura dei bisogni (che costituiscono la domanda sociale) e le modalità obbligate d'intervento, garantendo efficacia ed efficienza delle prestazioni. È in questo senso che l'integrazione sociosanitaria va prioritariamente riconosciuta nella domanda e successivamente realizzata nei sistemi d'offerta, superando il tradizionale settorialismo.

**- Densità abitativa**

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

Come si evince dalla tabella riportata di seguito, inerente i 10 comuni italiani a più alta densità di popolazione (dato ISTAT sul sito <http://www.tuttitalia.it>), ben 5 appartengono all'ASL Napoli 2 Nord.

Comune	Popolazione residenti	Superficie km <sup>2</sup>	Densità abitanti/km <sup>2</sup>	Altitudine m s.l.m.
Casavatore	18.659	1,53	12.222	80
Portici	54.045	4,6	11.736	29
San Giorgio a Cremano	44.688	4,11	10.885	56
Melito di Napoli	37.903	3,81	9.943	89
Napoli	959.188	119,02	8.059	17
Frattaminore	16.021	2,05	7.813	36
Bresso	26.300	3,38	7.776	142
Milano	1.378.689	181,67	7.589	122
Arzano	34.065	4,71	7.238	74
Cardito	22.489	3,21	7.010	33

*Classifica primi 10 comuni italiani ordinati per densità di popolazione al 01/01/2018*

**- Il Quadro Epidemiologico**

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

Indicatori di Sintesi:

- Popolazione residente: abitanti 1.052.107
- Indice di vecchiaia: 77.3%
- L'indice di carico sociale 45.6%
- L'indice di dipendenza anziani 19.9%
- Incremento annuo 1.72

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

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

## - **Natalità**

Nel territorio dell'ASL Napoli 2 Nord sono presenti 5 strutture di ricovero con punto nascita di cui 4 pubbliche e 1 privata accreditata.

Le quattro strutture pubbliche sono:

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

La struttura privata accreditata é:

- **Casa di cura "Villa dei Fiori" - Acerra**

Nel corso dell'anno sono stati notificati, con il flusso CedAP, n. 9951 nascite, di cui n. 3714 nei punti nascita aziendali. Nei nostri punti nascita sono avvenuti 3680 parti, di cui 2723, pari al 74%, hanno riguardato madri residenti e il 26% ha riguardato madri non residenti. L'età media al parto è 31 anni, mentre l'età media al primo figlio è di 29 anni.

I dati di attività, per tipologia di struttura e modalità del parto, indicano che la percentuale dei parti cesarei in tutti i punti nascita dell'ASL Napoli 2 nord (49%) supera notevolmente i livelli giudicati dall'OMS come indicatori di una buona pratica, cioè 15-20%.

Indicatori di sintesi:

- Bambini Nati: **9.951**
- Bambini nati nei Punti Nascita Aziendali: **3.714**
- Età media al parto della madre: **31 anni**
- Età media al primo figlio: **29 anni**

## - **Qualità delle cure prenatali**

Diverse sono le indagini e le procedure diagnostiche effettuate nel periodo della gravidanza. Per quanto riguarda le visite di controllo in gravidanza, escludendo sempre le schede con codifica errata o omessa, il 61% ha effettuato la prima visita in epoca gestazionale precoce.

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

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

Dai CedAP inseriti, risulta che le madri che hanno fatto ricorso alla procreazione medicalmente assistita sono 197 pari al 2% del totale.

## - **I Sistemi di Sorveglianza sugli Stili di Vita**

I sistemi di sorveglianza sono fondamentali per identificare le esigenze di salute della popolazione e le priorità sulle quali intervenire.

La ASL Napoli 2 Nord aderisce ai principali sistemi di sorveglianza sugli stili di vita attuati sull'intero territorio nazionale: **Okkio alla salute** è un sistema di sorveglianza biennale che stima la prevalenza di sovrappeso e obesità, e di alcuni comportamenti nei bambini della classe terza della scuola primaria bambini di 6-10 anni; **HBSC** sta per comportamenti collegati alla salute in

ragazzi di età scolare. E' uno studio internazionale sugli stili di vita dei ragazzi tra gli 11 e i 15 anni, svolto ogni quattro anni in collaborazione con l'Organizzazione mondiale della Sanità; **PASSI** effettua un monitoraggio sullo stato di salute delle popolazione adulta italiana, 18 ai 69 anni attraverso la rilevazione sistematica e continua delle abitudini, degli stili di vita e dello stato di attuazione dei programmi di intervento che il Paese realizza per modificare i comportamenti a rischio; **PASSI d'Argento** è un sistema di sorveglianza sullo stato di salute e la qualità della vita della popolazione ultra 64enne. Nel 2018 è stato implementato un nuovo Sistema di **Sorveglianza 0-2 anni** sui determinanti di salute nella prima infanzia promossi dal Programma GenitoriPiù. La finalità è quella di raccogliere informazioni su alcuni determinanti di salute del bambino da prima del concepimento a 2 anni. La popolazione in studio è rappresentata dalle mamme di bambini fino ai 2 anni di vita portati presso i **centri vaccinali (CV)** per effettuare le vaccinazioni. La raccolta delle informazioni avviene attraverso un questionario anonimo, disponibile in più lingue, autocompilato dalle mamme presso i CV, con il supporto degli operatori.

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

**- Sistema di Sorveglianza 0-2 anni**

Nel 2018-2019 questa ASL ha partecipato alla rilevazione regionale, somministrando 1351 questionari alle mamme che si recavano presso i centri vaccinali per la somministrazione di vaccini obbligatori e raccomandati per la prima infanzia, 440 per la prima dose, 383 per la seconda dose, 240 per la terza dose, 288 per la quarta dose.

I dati della prima edizione 2018-2019 della Sorveglianza Bambini 0-2 anni mostrano che:

- il 93,1% delle mamme in Campania ha assunto acido folico in occasione della gravidanza ma soltanto il 16,0% lo ha fatto in maniera appropriata da prima del concepimento fino al terzo mese di gravidanza.
- il 6,9% delle mamme ha dichiarato di aver fumato in gravidanza e il 16,5% ha riferito di aver consumato bevande alcoliche almeno 1-2 volte al mese durante la gravidanza.
- I bambini allattati al seno in maniera esclusiva fino a 4-5 mesi di età sono il 16,8%, mentre solo il 22,4% dei bambini compresi tra i 12-15 mesi di vita, continua a ricevere latte materno.
- I bimbi che passano del tempo davanti a TV, computer, tablet o telefoni cellulari sono il 38,3% sotto i 6 mesi di età e il 79,1% sopra l'anno di età. Al 49,8% dei bambini di 6-12 mesi non è mai stato letto un libro nella settimana precedente l'intervista e al 41,4% sopra i 12 mesi non è mai stato letto un libro.
- Il 45,5% delle mamme mette a dormire il proprio bambino in una posizione diversa da quella raccomandata a pancia in su e il 26,0% ha dichiarato di avere difficoltà nell'uso del seggiolino in auto.
- Il ricorso a personale sanitario per incidenti domestici occorsi al bambino ha interessato l'11,7% delle mamme.

**- Okkio alla salute**

Nel 2021 hanno partecipato all'indagine *Okkio alla salute* il 100% dei 30 plessi scolastici campionati ed il 100% delle 33 classi campionate nell'ASL Napoli 2 nord. I bambini ai quali è

stato possibile somministrare il questionario e di cui sono stati rilevati peso e statura sono stati 506. Hanno risposto al questionario dei genitori 575 famiglie dei 590 bambini iscritti (97%)

#### **Indicatori di Sintesi (da Okkio alla salute 2021):**

- Percentuale di bambini obesi 18%, superiore alla media nazionale che è di 9,3%;
- Percentuale di bambini in sovrappeso 23%, superiore alla media nazionale che è di 20%;
- La prevalenza di eccesso ponderale (41%) è di poco inferiore a quella regionale (44%) e ben superiore a quella nazionale (30%);
- La Campania presenta valori di sovrappeso e obesità più alti tra tutte le regioni d'Italia
- Percentuale di bambini che fa una prima colazione adeguata: 55,8%;
- Percentuale di bambini che mangia frutta 2-3 volte al giorno o più come da raccomandazioni sulla sana alimentazione: 12%;
- Percentuale di bambini che mangia verdura 2-3 volte al giorno o più: 7%;
- Percentuale di bambini che consuma bevande zuccherate meno di una volta al giorno come raccomandato: 29%;
- Percentuale di bambini che consuma bevande gassate meno di una volta al giorno come raccomandato: 34%;
- Percentuale di bambini che trascorre meno di due ore davanti alla TV/videogiochi: 38%.
- Percentuale di bambini non attivi, che il giorno precedente la rilevazione non ha svolto almeno 1 ora di attività fisica, come raccomandato: 25%.
- Secondo i genitori, nella nostra ASL, circa 3 bambini su 10 (24,9%) fanno almeno un'ora di attività sportiva strutturata per 2 giorni la settimana, il 33,3% neanche un giorno e solo il 2% da 5 a 7 giorni.

Nella nostra ASL non si sono riscontrati cambiamenti degni di nota, permane il problema dell'eccesso di peso; rispetto alla media nazionale, i bambini della ASL Napoli 2 Nord mostrano un IMC sensibilmente superiore; si conferma la grande diffusione di abitudini alimentari fortemente predisponenti all'aumento di peso; le attività sedentarie (TV o videogiochi) sono molto diffuse, solo il 38% ottempera alle raccomandazioni (meno di 2 ore al giorno di TV o videogiochi); un bambino su quattro risulta fisicamente inattivo.

#### **- HBSC**

**HBSC (Health Behaviour in School - aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare)**, è uno studio multicentrico internazionale svolto in collaborazione con l'Ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) e pensato per approfondire lo stato di salute dei giovani e il loro contesto sociale. Hbsc rivolge la sua attenzione a un campione di ragazzi (sia maschi che femmine) in età scolare: 11, 13 e 15 anni. La nostra azienda ha contribuito all'indagine HBSC 2018 della Regione Campania somministrando un questionario a 883 alunni delle scuole medie (I<sup>a</sup> e III<sup>a</sup> classi) e superiori (II<sup>a</sup> classe).

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



Sulla base dell'indagine HBSC 2018 in Campania è in eccesso ponderale il 31% dei ragazzi di 11- 13-15 anni, i valori più elevati rispetto a a quelli a quelli registrati a livello nazionale (20%).

#### - **PASSI**

Nel quadriennio 2016-2020 la nostra ASL ha partecipato allo studio PASSI effettuando 812 interviste a persone di 18-69 anni selezionate con campionamento casuale semplice stratificato per sesso e classi di età dall' anagrafe sanitaria.

#### **Indicatori di Sintesi:**

- Il 52% degli intervistati è rappresentato da donne e il 48% da uomini. Il 53% del campione ha un livello di istruzione alto. Solo il 58,5% ha un lavoro.
- Circa il 61% degli intervistati risulta essere sedentario e solo il 19% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica, il 20,7% parzialmente attivo, con valori di sedentarietà molto più alti della media italiana che si attesta al 34,5%;
- Il 34,8% degli intervistati sono in sovrappeso (Indice di Massa Corporea IMC\_25,0-29,9) al di sopra della media in Italia che si attesta al 31,6%; il 15% degli intervistati risulta obeso (IMC 25,0-29,9) al di sopra della media nazionale che è il 10,9%.
- Si stima che il 50% della popolazione adulta presenti un eccesso ponderale.
- Solo il 7% degli intervistati dichiara di assumere almeno 5 porzioni al giorno di frutta o verdura come consigliato dalle linee guida (FIG. 6), inferiore al dato nazionale che è di 10%;
- Il 27% degli intervistati fuma, dato superiore a quello nazionale che si attesta al 25,7%; solo una piccola parte dei tentativi di smettere di fumare vanno a buon fine;

Si stima che la metà della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e circa il 15% abbia abitudini di consumo considerate a rischio (il 5% beve fuori pasto, circa il 10% è bevitore "binge" ed il 2% è forte bevitore), dato migliore del valore nazionale che è del 17%.

#### - **PASSI d'Argento**

PASSI d'Argento indaga le condizioni di salute e la diffusione delle azioni di prevenzione nella popolazione più anziana: adulti 65 anni e più. Il livello dell'autonomia dell'anziano viene individuato utilizzando la scala delle ADL (*Activity of Daily Living* - Katz TF. A.D.L. Activities of Daily Living. Jama 1963;185:914) e la scala delle IADL (*Instrumental Activity of Daily Living* - Lawton) che indagano rispettivamente la capacità dei soggetti anziani di compiere funzioni fondamentali della vita quotidiana (mangiare, vestirsi, lavarsi, spostarsi da una stanza all'altra, essere continenti, usare i servizi per fare i propri bisogni) e funzioni fisiche più complesse (per esempio, preparare i pasti, effettuare lavori domestici, assumere farmaci, andare in giro, gestirsi economicamente, utilizzare un telefono) o che consentono a una persona di vivere da sola in maniera autonoma. Passi d'Argento definisce, in maniera arbitraria, un anziano fragile se è non autonomo in 2 o più IADL ma ha completa autonomia nello svolgimento delle attività principali della vita quotidiana - ADL. La nostra Azienda partecipa alla rilevazione regionale effettuando 200 interviste per anno.

**- Mortalità**

La fonte primaria del dato relativo alle cause di decesso è rappresentata dalla **“scheda di morte”** predisposta dall’Istituto nazionale di statistica (Istat) che deve essere compilata dal medico curante o dal medico che ha prestato assistenza al paziente deceduto. Questa scheda, secondo il regolamento di Polizia mortuaria (Rpm) del 1990 (DPR 285/90), è in duplice copia e deve essere inviata dal Comune di decesso all’Istat e alla ASL di decesso. Quindi, gli Ufficiali dello Stato Civile, una volta esaurita la compilazione della scheda di morte, inviano l’originale all’Istat e la seconda copia all’ASL. La gestione di un registro di mortalità è piuttosto articolata e si estrinseca nella ricezione e controllo della qualità del dato, nella codifica per fini epidemiologici, nell’inserimento in banca dati e archiviazione, nella gestione della diffusione delle informazioni sanitarie certificate sulla scheda di morte agli aventi diritto e, infine, nell’analisi del dato a fini epidemiologici, di programmazione, valutativi, ecc. In particolare, i registri di mortalità assolvono le loro funzioni solo se completi, cioè se contenenti i dati relativi a tutti i deceduti residenti. Per tale considerazione l’analisi della mortalità viene comunemente elaborata su l’anno precedente a quello corrente. Gli studi di mortalità costituiscono uno dei più antichi approcci all’analisi dei fenomeni sanitari di una popolazione ed è unanimemente riconosciuto che essi forniscono importantissime indicazioni sulle patologie presenti in una popolazione. Attraverso l’utilizzo dei dati di mortalità, infatti, è possibile conoscere i problemi di salute esistenti, la loro rilevanza, le eventuali priorità e si possono ipotizzare associazioni con fattori di rischio, legati all’ambiente o a determinati stili di vita.

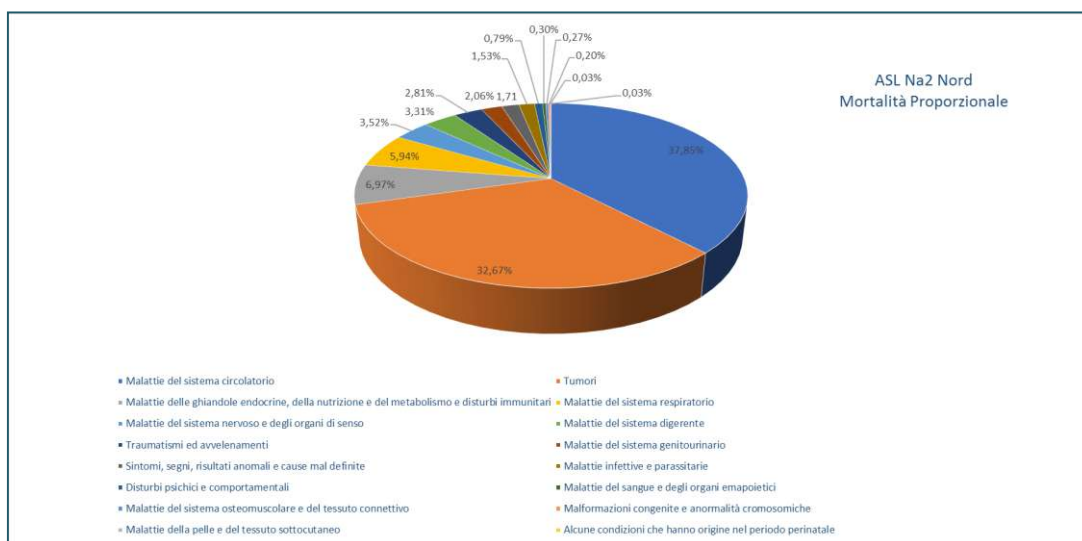
L’analisi della mortalità riferita **all’anno 2018 (ultimo anno nel quale è stato trasmesso il rapporto ufficialmente all’Azienda Sanitaria)** evidenzia che sono deceduti n. 6.611 cittadini residenti nella nostra Azienda Sanitaria di questi n. 3.339 di sesso maschile e n. 3.272 di sesso femminile.

**- Mortalità Proporzionale**

La mortalità proporzionale è espressa come proporzione tra le morti dovute ad una specifica causa rispetto alle morti per tutte le cause. È stata calcolata per grandi gruppi di cause per l’anno considerato (Tab. n.1).

A.S.L. Napoli 2 Nord - Anno 2018 - Decessi	Mortalità Maschi	Mortalità Femmine	Mortalità Totale	Percentuale sul totale decessi
01 - Malattie infettive e parassitarie	60	41	101	1,5%
02 - Tumori	1261	899	2160	32,7%
03 - Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo e disturbi immunitari	180	281	461	7,0%
04 - Malattie del sangue e degli organi emopoietici	6	14	20	0,3%
05 - Disturbi psichici e comportamentali	23	29	52	0,8%
06 - Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	116	117	233	3,5%
07 - Malattie del sistema circolatorio	1125	1377	2502	37,9%
08 - Malattie del sistema respiratorio	223	170	393	5,9%
09 - Malattie del sistema digerente	114	105	219	3,3%
10 - Malattie del sistema genitourinario	63	73	136	2,1%
12 - Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	0	2	2	0,0%
13 - Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	6	12	18	0,3%
14 - Malformazioni congenite e anomalie cromosomiche	6	7	13	0,2%
15 - Alcune condizioni che hanno origine nel periodo perinatale	0	2	2	0,0%
16 - Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	79	34	113	1,7%
17 - Traumatismi ed avvelenamenti	77	109	186	2,8%
18 - Tutti	3339	3272	6611	100,0%

Tab. n.1



Le principali cause di morte (Tab.n.2) sono rappresentate dalle malattie del sistema circolatorio (37,9%) e tra queste segnatamente i Disturbi Cerebrovascolari. Seguono i Tumori (32,7%) e tra questi in particolare il tumore polmonare rappresenta la neoplasia che causa più decessi ed è anche la prima causa di morte in assoluto negli uomini; nelle donne prevale la localizzazione mammaria. In costante aumento il Diabete. Tra le Malattie del Sistema Respiratorio si segnalano le BPCO. Di rilievo i decessi interessanti le Malattie del Sistema Nervoso, e tra queste l'Alzheimer, che vedono un progressivo e costante aumento, ponendo un importante punto di attenzione sulle gravi conseguenze sia d'ordine sanitario che dei risvolti sociali che tale patologia esprime.

**Prime 5 cause di morte:**

Malattie del sistema circolatorio	37,9%
Tumori	32,7%
Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo e disturbi immunitari	7,0%
Malattie del sistema respiratorio	5,9%
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	3,5%

Tab.n.2

**Cause di morte più frequenti nelle varie fasi della vita**

Dalla Tabella seguente (Tab.n.3) si evidenzia che le Malattie Cardiovascolari sono meno frequenti tra i bambini e nei giovani, mentre rappresentano la prima causa dopo i 64 anni. Tra i bambini sono da evidenziare i decessi per Patologie Congenite. Negli adulti i Tumori rappresentano la causa principale di decesso, per slittare al secondo posto oltre tale soglia. Distribuzione per causa di morte e classe d'età dei decessi dei residenti nel territorio della ASL Napoli 2 Nord Anno 2018<sup>2</sup>

A.S.L. Napoli 2 Nord - Anno 2018 - Decessi	Fasce di Età			totale
	0-14	15-64	>64	
A00-B99 (MALATTIE INFETTIVE E PARASSITERIE)	0	21	80	101

C00-D48 (TUMORI)	2	526	1632	2160
E00-E68 (MALATTIE DELLE ghiandole ENDOCRINE, DELLA NUTRIZIONE E DEL METABOLISMO)	0	43	418	461
D50-D89 (MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMOPOIETICI)	1	3	16	20
F00-F99 (DISTURBI PSICHICI)	0	10	42	52
G00-G99 (MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO)	3	24	206	233
I00-I99 (MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO)	0	205	2297	2502
J00-J99 (MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO)	1	35	357	393
K00-K99 (MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE)	0	43	176	219
N00-N99 (MALATTIE DELL'APPARATO GENITOURINARIO)	0	10	126	136
O00-O99 (COMPLICANZA, DEL PARTO E DEL PUEPERPIO)	0	0	0	0
LOO-L99 (MALATTIE DELLA PELLE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO)	0	0	2	2
M00-M99 (MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO)	0	3	15	18
Q00-Q99 (MALFORMAZIONI CONGENITE)	3	9	1	13
P00-P96 (ALCUNE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE)	0	2	0	2
R00-R99 (SINTOMI, SEGNI E STATO MORBOSI MAL DEFINITI)	6	72	35	113
S01-T98 (TRAUMATISMI ED AVVELENAMENTI)	0	36	150	186
18 - Tutti	16	1042	5553	6611

Tab.n.3

<sup>2</sup> Si fa riferimento all'anno 2018 in quanto si tratta dell'ultimo anno nel quale è stato trasmesso ufficialmente all'Azienda Sanitaria

#### - Registro Tumori ASL Napoli 2 Nord

La ASL Napoli 2 Nord ha istituito il Registro Tumori sub-provinciale presso la U.O.C. Epidemiologia e Prevenzione del Dipartimento di Prevenzione con atto Deliberativo n. 651 del 04/07/2013, integrato dalla Delibera n. 707 del 18/07/2013, in attuazione del D.C.A. n. 104 del 04.09.2012 (integrato dal D.C.A. n. 141 del 13.11.2012) e ai sensi della Legge Regionale n. 19 del 10 luglio 2012 di "Istituzione del Registro Tumori di popolazione della Regione Campania", modificato ed integrato dalla Legge Regionale n. 9 del 25 febbraio 2014.

Con l'acquisizione del software (CRTOOL) con gara SORESA, e collaudo finale il 23/02/2015 dell'applicativo regionale a supporto della Rete di Registrazione Oncologica della Regione Campania, si è dato avvio alla attività di registrazione oncologica con l'analisi del triennio dello start-up previsto dall'Organo Regionale per la nostra azienda riferito agli anni 2010/2012.

Per tali anni di registrazione oncologica (2010-2012), il Registro Tumori aziendale della ASL Napoli 2 Nord il 03/04/2017 ha ricevuto l'Accreditamento istituzionale da parte del Presidente dell'AIRTUM (Associazione Italiana Registri Tumori).

Successivamente è stata portata a termine la registrazione e codifica oncologica per gli anni 2013, 2014 e 2015. È ripresa nel Febbraio 2021 l'attività di codifica e registrazione oncologica per l'anno 2016, interrotta agli inizi dell'anno 2020 a causa della Pandemia da SARS-CoV-2.

I compiti e le attività previste del Registro Tumori della ASL Napoli 2 Nord, operante presso la UOC Epidemiologia e Prevenzione, sono rappresentate principalmente da:

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

Il Registro Tumori fornendo informazioni e dati scientificamente validati, rappresenta un punto di riferimento di enorme importanza per il quadro epidemiologico aziendale in campo oncologico. Per questo motivo, si configura come elemento cardine per la pianificazione degli interventi clinici e assistenziali, ma soprattutto di prevenzione e promozione della salute.

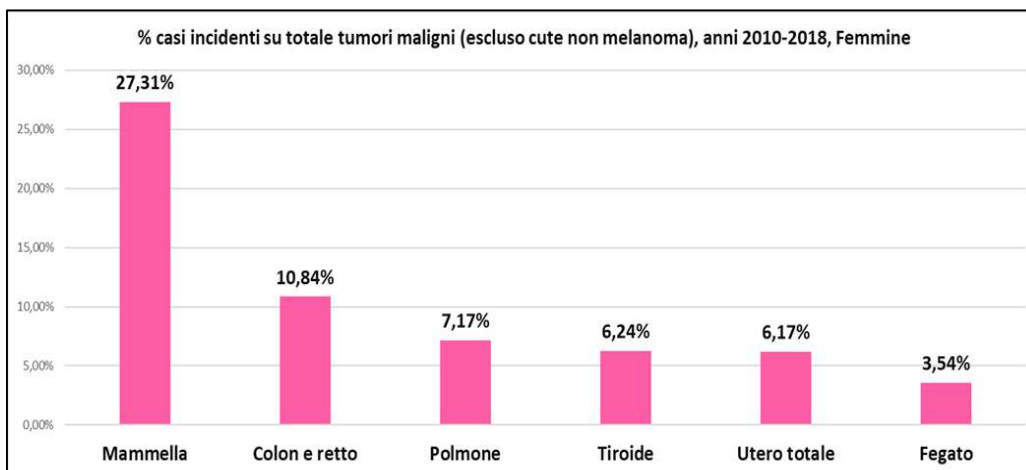
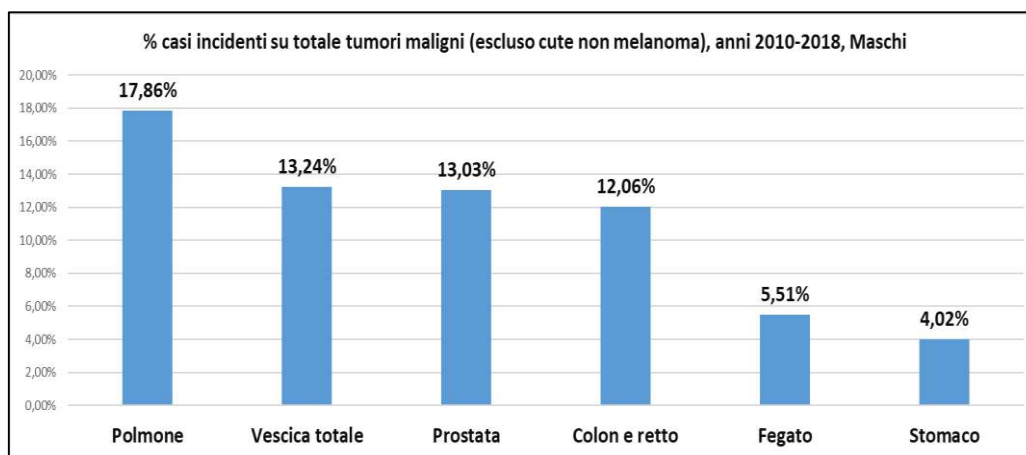
#### - Il punto sull'attività di registrazione - Anni 2010/2018 - Sintesi dei dati

Per il periodo esaminato, annualità 2010-2018, il Registro Tumori ha rilevato 44.288 casi di tumore maligno (escluso cute non melanoma), di cui 24.038 (54,2%) tra i maschi e 20.250 (45,8%) tra le femmine. I tumori più frequentemente diagnosticati sono stati:

- il cancro del Polmone (17,86%), della Vescica (13,24%), della Prostata (13,03%), del Colon Retto (12,06%), del fegato (5,51%) e lo Stomaco (4,02%) tra gli uomini (Istogramma n. 1);
- il cancro della mammella (27,31%), del colon-retto (10,84%), del polmone (7,17%), della tiroide (6,24%), dell'utero in toto (6,17%) e il fegato (3,54%) tra le donne (Istogramma n. 2).
- I tumori infantili e adolescenziali (0-19 anni) rappresentano, fortunatamente, una quota esigua del totale (1,14%). In appendice al Report è riportata una tabella dell'incidenza nella ASL Napoli 2 Nord per la popolazione nelle fasce d'età 0/14 anni e 15/19 anni, in cui è rappresentato anche il confronto con il dato regionale elaborato dal Registro Tumori Infantile Regionale, al cui report si rimanda per maggiori dettagli.
- L'età media alla diagnosi è stata di 64,7 anni per gli uomini e 60,7 anni per le donne.

Il Tasso di incidenza per tutti i tumori, standardizzato sulla popolazione europea, per l'intervallo 2010-2018 è pari a 742,6 casi x 100.000 residenti nei maschi e 491,4 casi x 100.000 residenti nelle femmine.

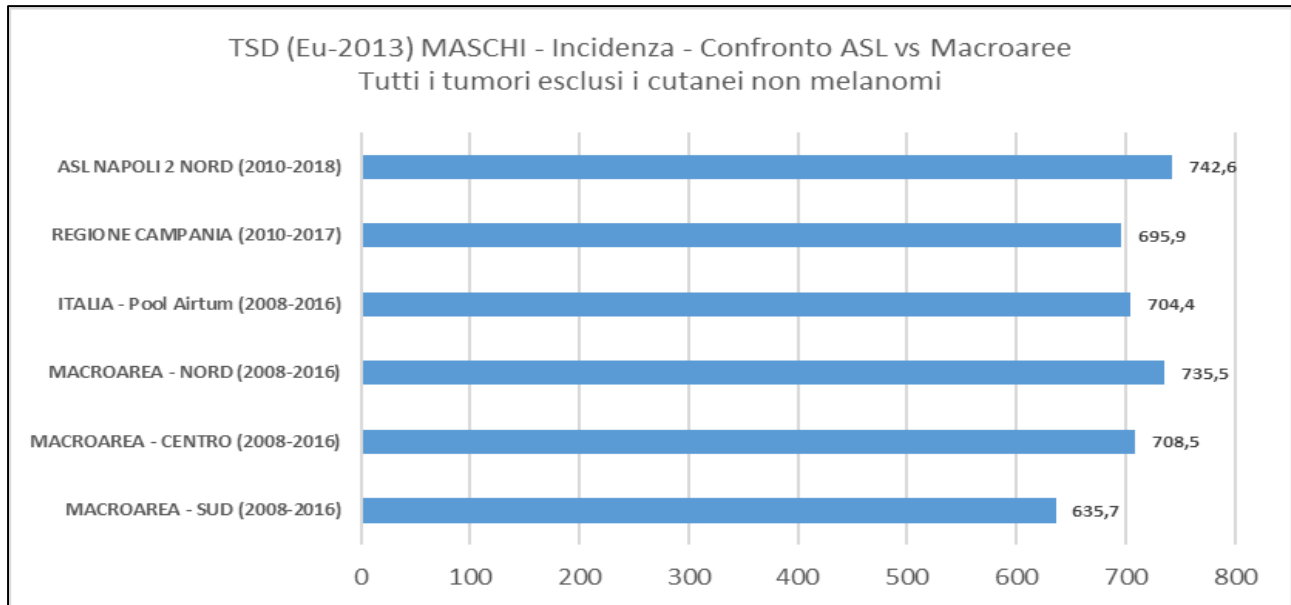
Istogramma 1



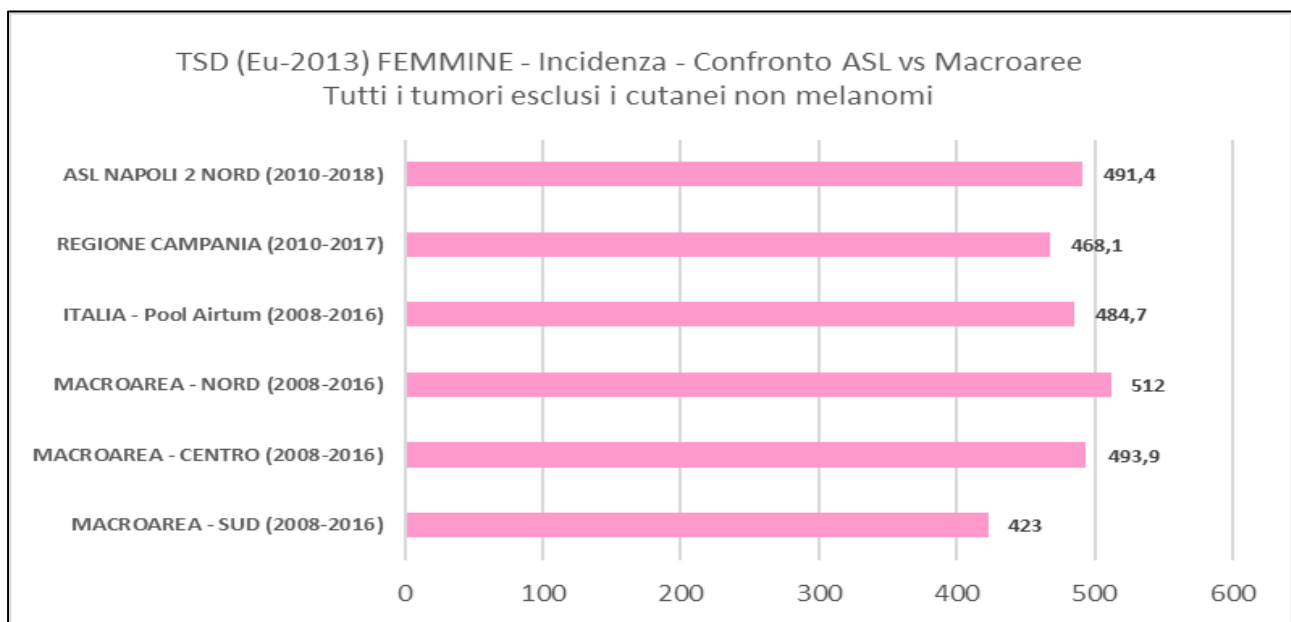
Istogramma 2

## - Incidenza

L'analisi di confronto, esaminando intervalli temporali quanto più ravvicinati, evidenzia Tassi di Incidenza Standardizzati, divisi per sesso, superiori in modo statisticamente significativo rispetto all'insieme dei registri della Macroarea Sud. Nei maschi si registrano Tassi superiori per tutti i confronti nazionali, con un differenziale negativo per la nostra popolazione, da rivalutare allorquando saranno disponibili, rilasciati dall'AIRTUM, dati Nazionali ancor più sovrapponibili per epoca di analisi (Istogramma n. 3 e 4).



Istogramma n. 3



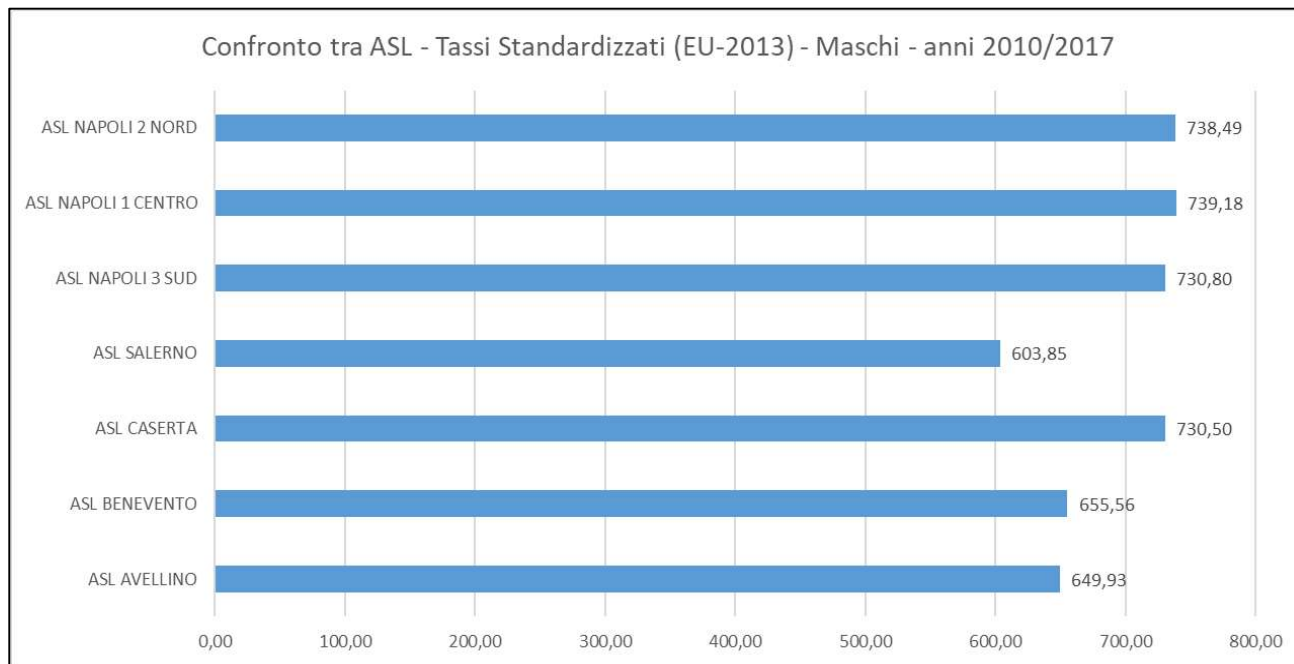
Istogramma n. 4

Tasso di incidenza standardizzato su Popolazione Europea 2013 Fonte dati Regione Campania – Registro Tumori Regione Campania

Fonte dati Macroaree – AIRTUM “I numeri del cancro anno 2020” - Ultimi dati disponibili

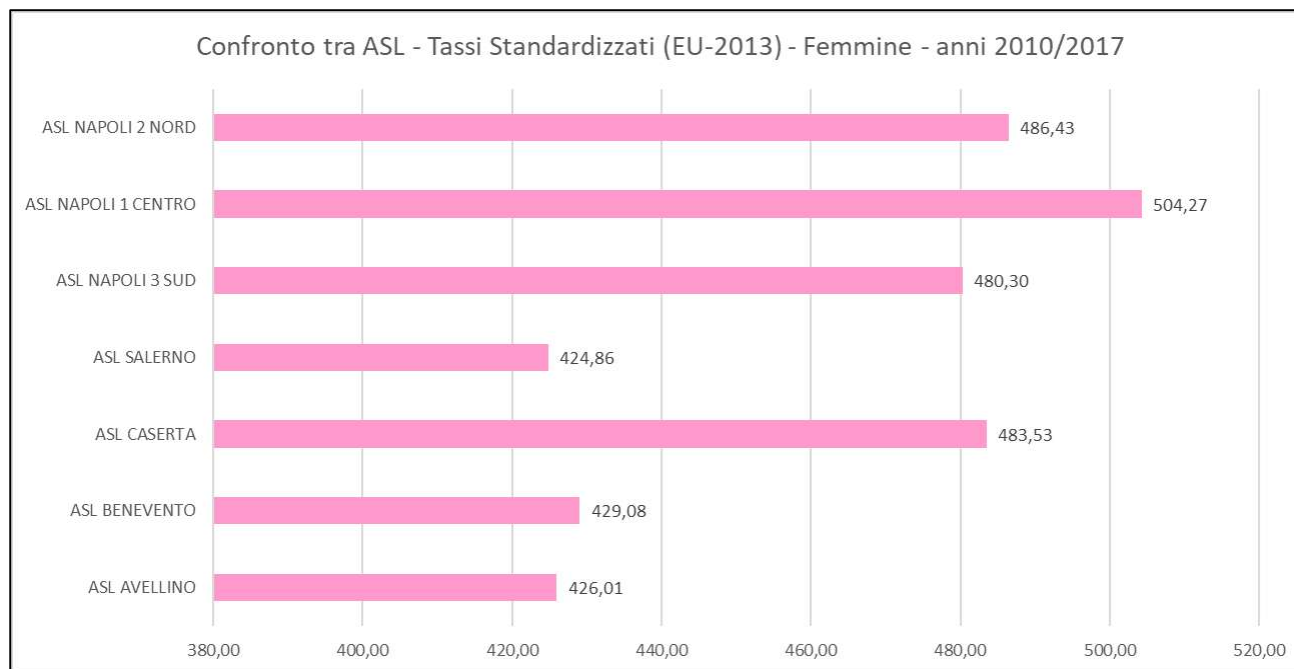
Il confronto tra le ASL Campane mostra Tassi di incidenza standardizzati per il totale dei tumori, sia nei maschi che nelle femmine (Istogramma n. 5 e 6), nell’intervallo temporale comune, sostanzialmente equivalenti per le ASL della provincia napoletana, con una lieve superiorità, più evidente per il sesso femminile, a discapito della ASL capoluogo di Regione (ASL Napoli 1 Centro). Le ASL napoletane peraltro mostrano tassi sensibilmente superiori alle ASL delle restanti province campane, eccezion fatta per la ASL della provincia di Caserta, che mostra tassi simili.

TSD (Eu-2013) MASCHI - Incidenza anni 2010-2017 - Confronto ASL Campania  
Tutti i tumori esclusi i cutanei non melanomi



Istogramma n. 5

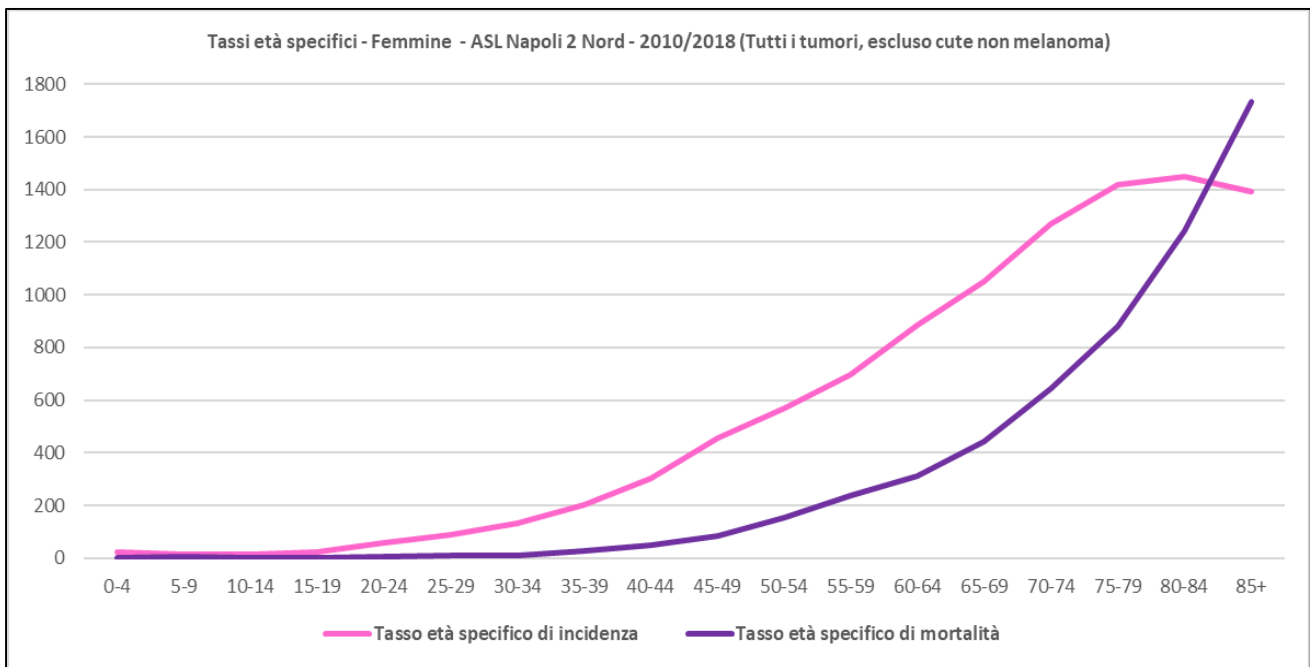
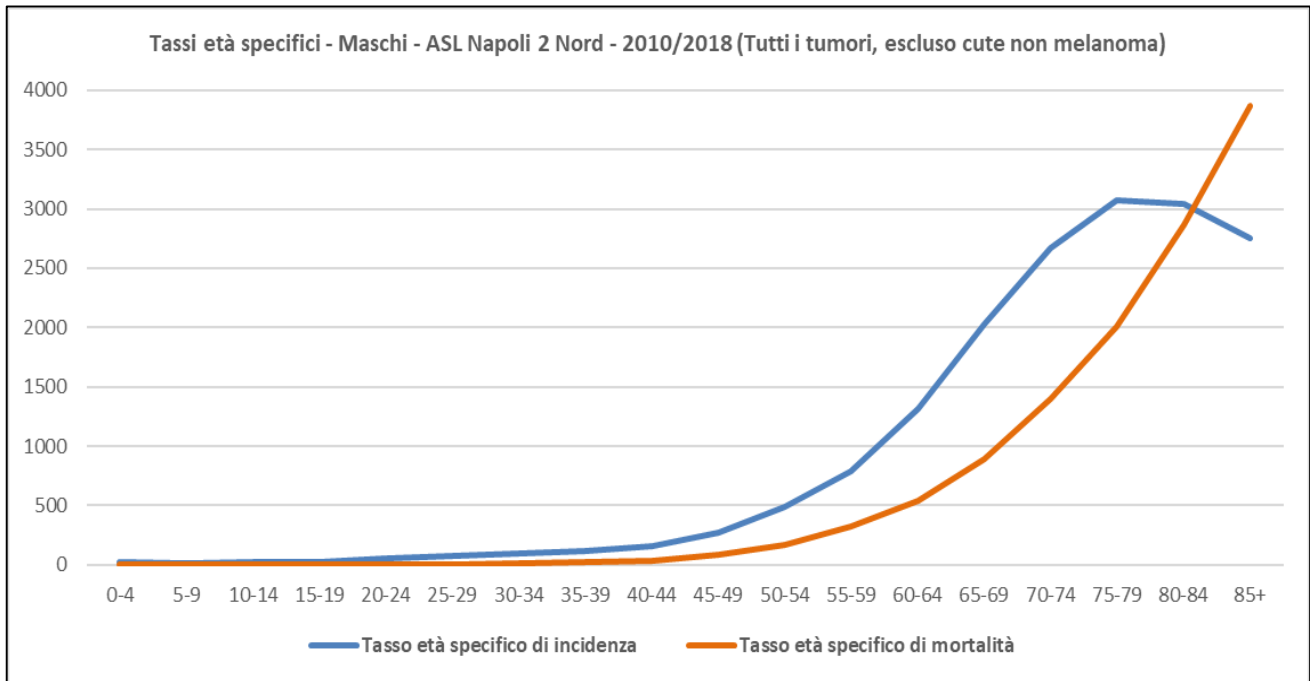
TSD (Eu-2013) FEMMINE - Incidenza anni 2010-2017 - Confronto ASL Campania  
Tutti i tumori esclusi i cutanei non melanomi



Istogramma n. 6

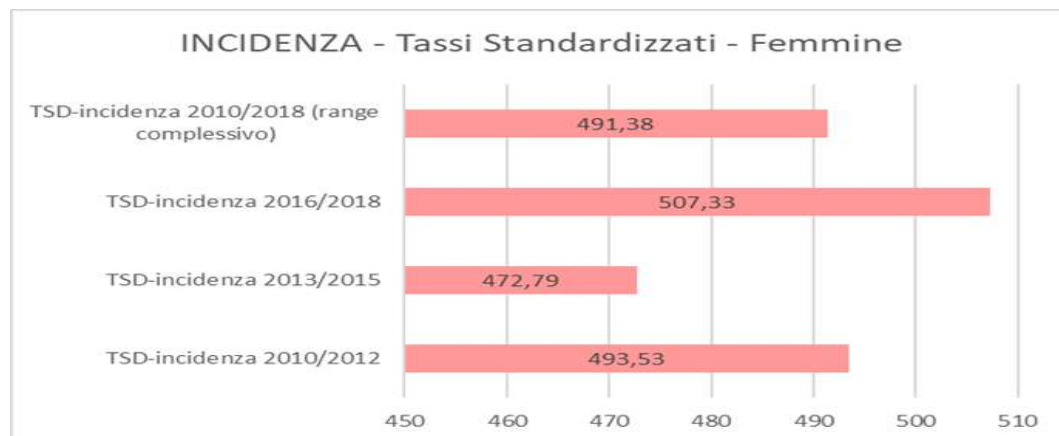
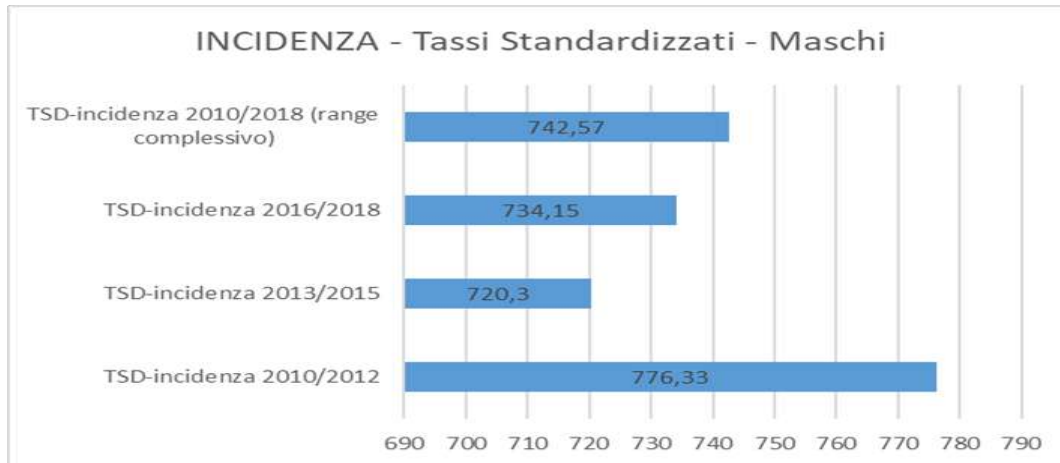
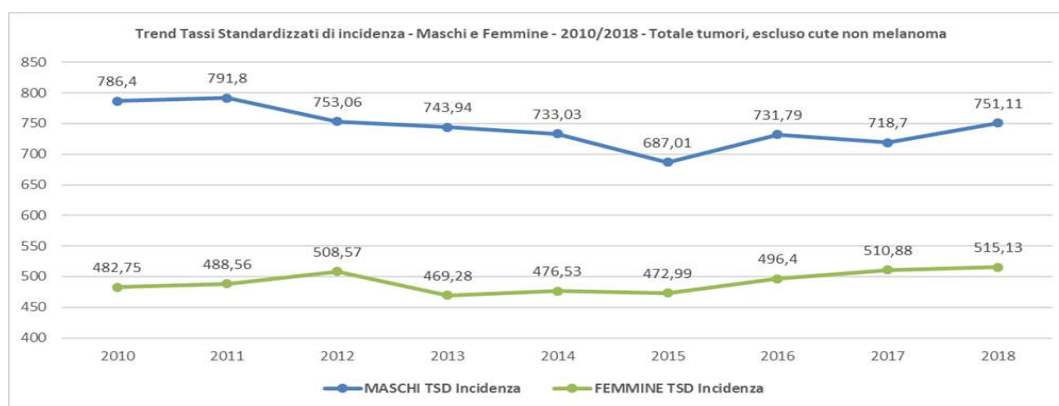


La distribuzione per età (*Curva di Lexis maschi e femmine*) evidenzia una maggior incidenza della patologia oncologica nelle fasce più avanzate, così come atteso, trattandosi di malattie cronic-degenerative, raggiungendo il picco massimo per i maschi nella fascia di età 75-79 anni e nelle femmine nella fascia di età 80-84 anni.



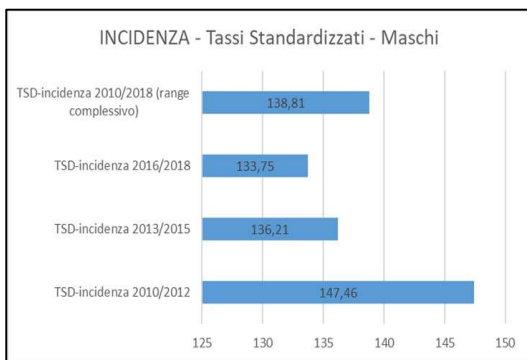
**Curva di Lexis femmine**

L'analisi del trend temporale 2010/2018 dei Tassi Standardizzati nella ASL Napoli 2 Nord, mostra per i maschi un pressochè costante decremento dei valori in contrapposizione al dato in aumento per le donne. Tale andamento appare ancora più chiaramente suddividendo il periodo di analisi 2010/2018 in trienni (2010/2012-2013/2015-2016/2018). Si osserva infatti per i maschi un TSD relativo al 1° triennio (2012/2012) di 776,33 casi x 100.000 residenti, che si riduce ad un valore di 734.15 casi x 100.000 residenti nell'ultimo triennio di analisi (2016/2018). Di segno opposto l'andamento dei Tassi per il sesso femminile che da 493,53 casi x 100.000 residenti nel 1° triennio, dopo una significativa battuta di arresto nel 2° triennio (2013/2015) con 472,79 casi x 100.00 residenti, si impenna raggiungendo il valore di 507,33 casi x 100.00 residenti nell'ultimo triennio di analisi (2016/2018).

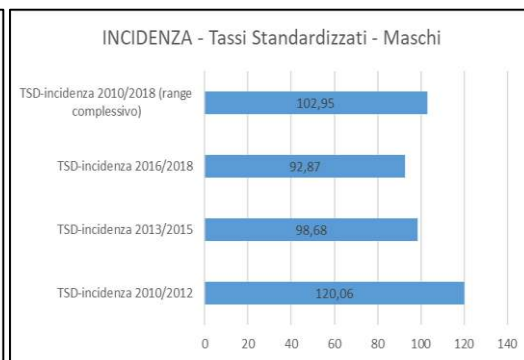


L'analisi topografica conferma a maggiore incidenza il tumore al Polmone per i maschi e il tumore alla Mammella per le femmine. I trend temporali, suddivisi anch'essi in trienni, evidenziano per il sesso maschile una diminuzione dei Tassi Standardizzati del Tumore del Polmone e della Vescica (maligni e non maligni). Modico incremento negli anni per il TSD del Colon Retto. Per il Fegato si osserva un significativo e costante decremento dei Tassi a partire dai primi anni di analisi. In controtendenza il dato relativo alla Tiroide e per i Melanomi, con tendenza quindi all'aumento, mentre si riscontra in lieve diminuzione il tumore allo Stomaco. Sostanzialmente stabili nel tempo i Tassi per le Leucemie.

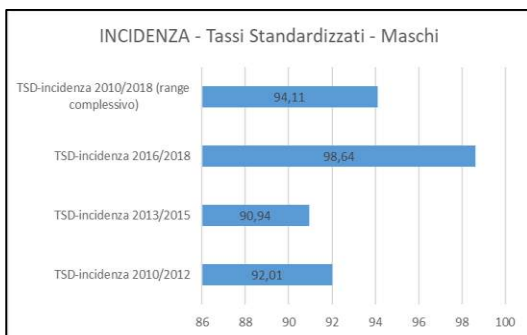
TSD - Maschi - Sede Polmone



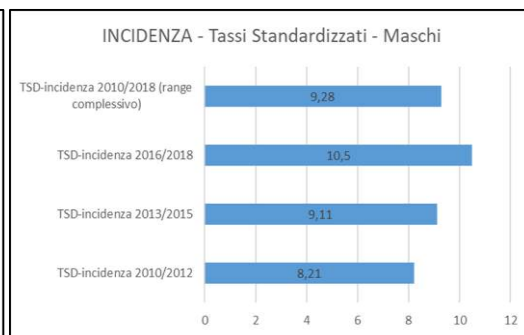
TSD - Maschi - Sede Vescica



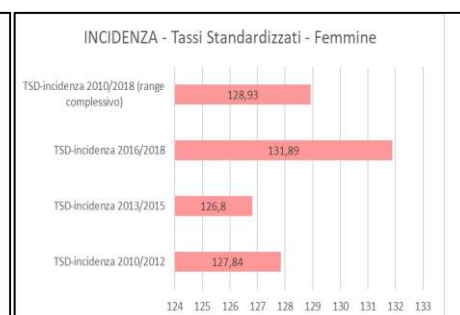
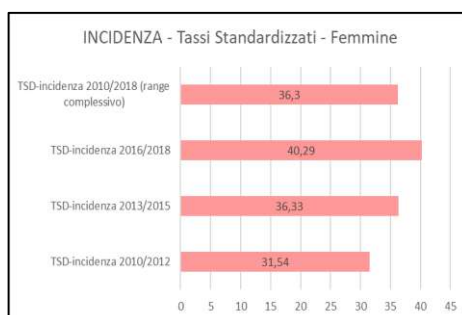
TSD - Maschi - Sede Colon-Retto

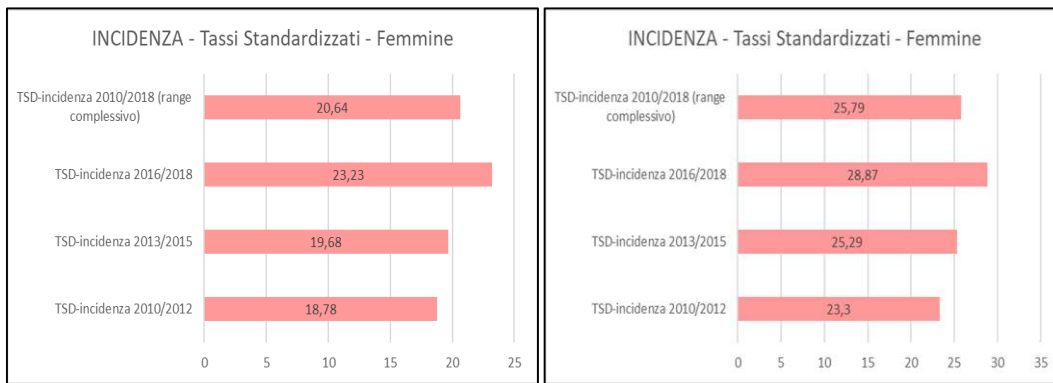


TSD - Maschi - Sede Tiroide



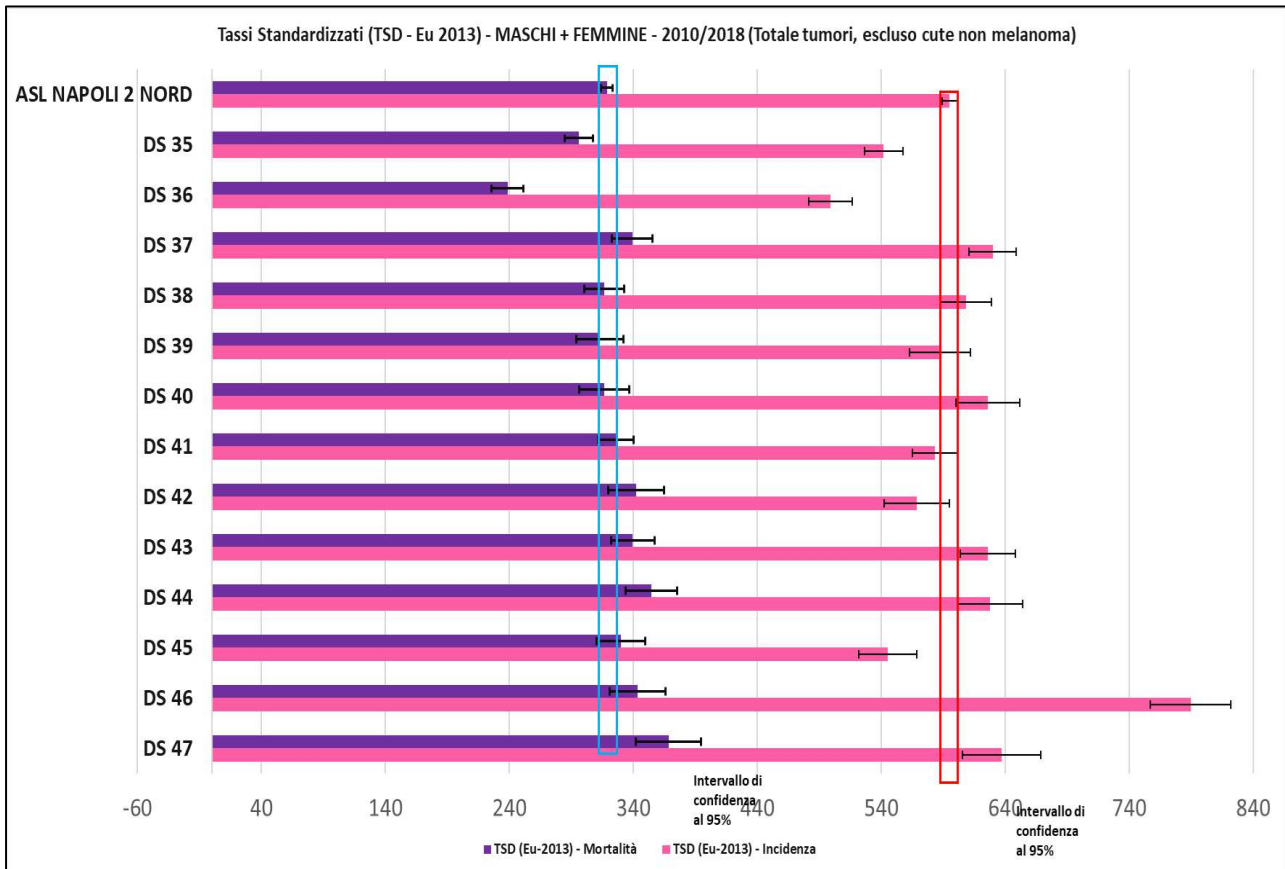
Per le donne, invece, si riscontra e si conferma un preoccupante trend in aumento per il tumore al Polmone. Sia la localizzazione Mammaria che per il Colon Retto, si riscontra una tendenza al rialzo dei TSD dal primo al terzo triennio di analisi. In discesa il trend dei TSD per la sede Vescicale. Anche per il sesso femminile il trend dei TSD è in discesa per la localizzazione allo Stomaco e per il Fegato. In aumento tendenziale i TSD per la Tiroide e l'Utero relativamente al Corpo, mentre sono in diminuzione i Tassi per le Leucemie. Per le altre principali sedi tumorali si riscontra un trend stazionario.





Dirigendo l'osservazione analitica da un piano macro, aziendale, ad uno micro, distrettuale, si nota, per l'intervallo temporale 2010-2018, un Tasso di incidenza standardizzato per maschi e femmine (Istogramma n. 7), superiore in modo statisticamente significativo rispetto al Tasso di riferimento aziendale, per il Distretto n. 46 di Acerra, per il Distretto n. 47 di Casalnuovo e n. 37 di Giugliano, mentre borderline per il Distretto n. 40 di Mugnano-Melito, per il Distretto n. 44 di Afragola e il Distretto n. 43 di Casoria. Si osserva, invece, un'incidenza inferiore statisticamente significativa per il Distretto n. 35 di Pozzuoli, n. 36 di Ischia e n. 45 di Caivano.

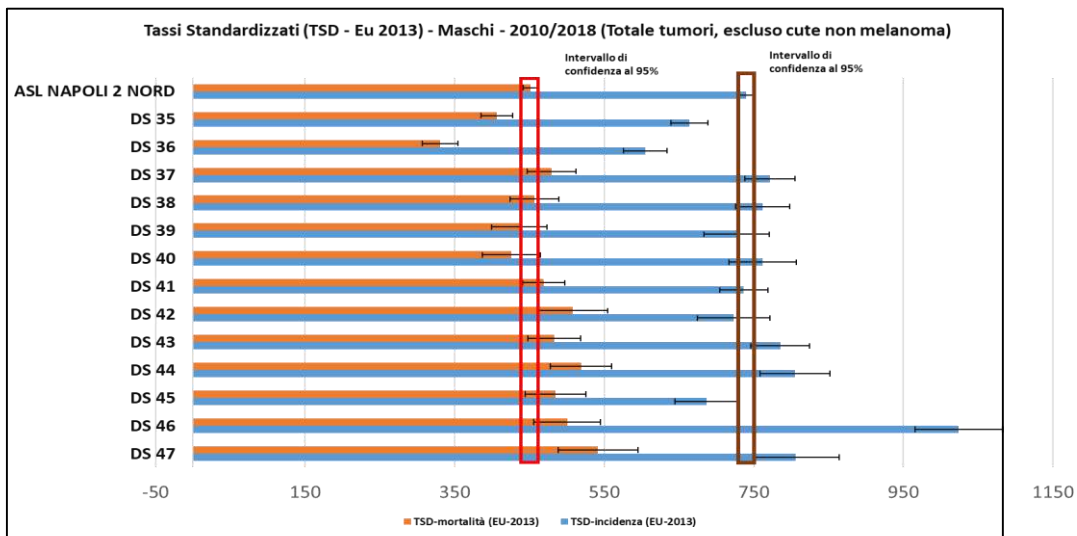
**TSD (Eu-2013) MASCHI e FEMMINE - Incidenza anni 2010-2018 - Confronto Distrettuale**  
**Tutti i tumori esclusi i cutanei non melanomi**



**Istogramma n. 7**

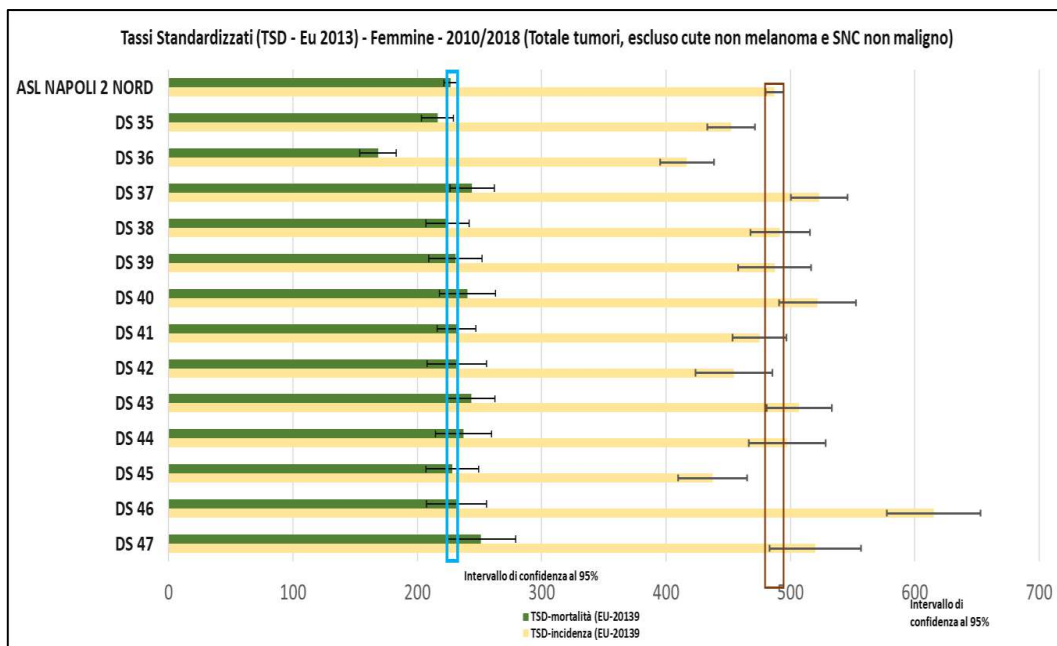
Suddivisa per sesso l'analisi, risulta che per i maschi (Istogramma n. 8) è presente un eccesso rispetto al riferimento aziendale del Tasso di incidenza per il Distretto n. 46 di Acerra e del Distretto n. 44 di Afragola, mentre borderline per il Distretto di n. 47 di Casalnuovo. Per le donne (Istogramma n. 9) risulta superiore in modo statisticamente significativo il Distretto n. 46 di Acerra e n. 37 di Giugliano. Per i maschi i tassi standardizzati per i Distretti di Pozzuoli n. 35 ed Ischia n. 36, risultano inferiori in modo statisticamente significativo, mentre lo sono per le donne inferiori in modo statisticamente significativo oltre che per i Distretti n. 35 di Pozzuoli e n. 36 di Ischia, anche per il Distretto n. 45 di Caivano.

**TSD (Eu-2013) MASCHI - Incidenza anni 2010-2018 - Confronto Distrettuale**  
Tutti i tumori esclusi i cutanei non melanomi



**Istogramma n. 8**

**TSD (Eu-2013) FEMMINE - Incidenza anni 2010-2018 - Conronto Distrettuale**  
Tutti i tumori esclusi i cutanei non melanomi



**istogramma n. 9**

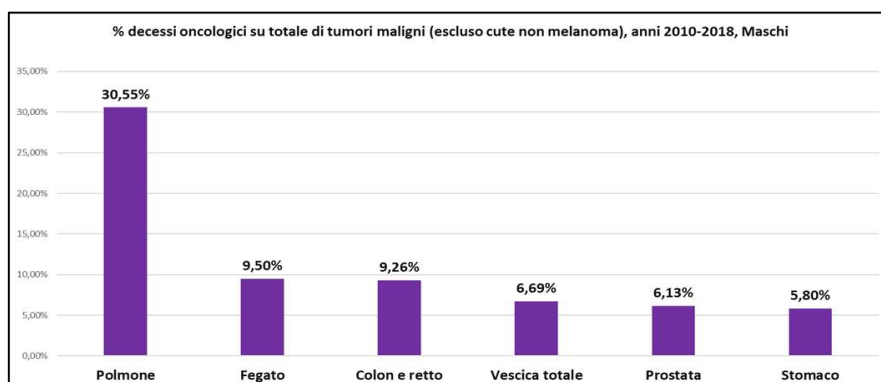
L'analisi delle principali sedi oncologiche evidenzia nei maschi per il Polmone un TSD superiore, in modo statisticamente significativo rispetto al valore medio aziendale, per il Distretto n. 46 di Acerra e n. 40 Distretto di Mugnano-Melito. Eccessi statisticamente significativi per il Fegato nei Distretti n. 46 di Acerra, n. 45 di Caivano, n. 44 di Afragola e n. 41. di Frattamaggiore. Per lo Stomaco significativo l'eccesso del Tasso per il solo Distretto n. 46 di Acerra. La localizzazione Prostatica mostra eccessi statisticamente significativi rispetto al Tasso di riferimento aziendale, nei Distretti n. 46 di Acerra e n. 40 di Mugnano-Melito. Il Distretto n. 46 di Acerra si distingue ulteriormente per la presenza di eccessi di incidenza anche per la localizzazione al Colon- Retto e per le Leucemie. Tassi inferiori significativamente si rilevano nei maschi per la sede Polmonare nel Distretto n. 36 di Ischia. I Distretti n. 41 di Frattamaggiore e n. 45 di Caivano, mostrano Tassi inferiori significativamente per la Prostata. I Distretti n. 35 di Pozzuoli e n. 36 di Ischia, mostrano tassi inferiori in modo significativo per la localizzazione alla Vescica e Stomaco. Quest'ultimi Distretti insieme al Distretto n. 39 di Villaricca registrano Tassi inferiori in modo significativo per il Fegato. Il sesso femminile per le sedi oncologiche si distingue nel Distretto n. 46 per eccessi per la sede al Colon- Retto. La localizzazione Epatica vede interessati in modo significativo i Distretti n. 46 di Acerra, n. 47 di Casalnuovo e n. 40 di Mugnano-Melito. La localizzazione Mammaria mostra eccessi per il Distretto n. 46 di Acerra e borderline nel Distretto 37 di Giugliano, in quest'ultimo sono statisticamente significativi anche gli eccessi per il tumore dello Stomaco. Anche nelle Donne per i Distretti n. 35 di Pozzuoli e n. 36 di Ischia, si rilevano Tassi significativamente inferiori per il Tumore al Fegato, mentre solo per il Distretto n. 36 di Ischia l'equivalente riduzione per la localizzazione allo Stomaco.

**- Mortalità**

I decessi oncologici (escluso cute non melanoma) nel periodo di analisi (2010-2018) sono stati 20.649 di cui 12.247 maschi (59,3%) e 8.402 (40,6%) femmine, su un totale di 64.030 decessi per tutte le cause. Le più frequenti cause di morte da patologie oncologiche sono state:

- il cancro del Polmone (30,55%), del Fegato (9,50%), del Colon Retto (9,26%), della Vescica (6,69%), della Prostata (6,13%) e lo Stomaco (5,80%) tra gli uomini (Istogramma n. 10);
- il cancro della Mammella (16,50%), del Polmone (13,72%), del Colon Retto (10,93%), del Fegato (7,96%), dello Stomaco (5,52%) e il Pancreas (5,28%) tra le donne (Istogramma n. 11).

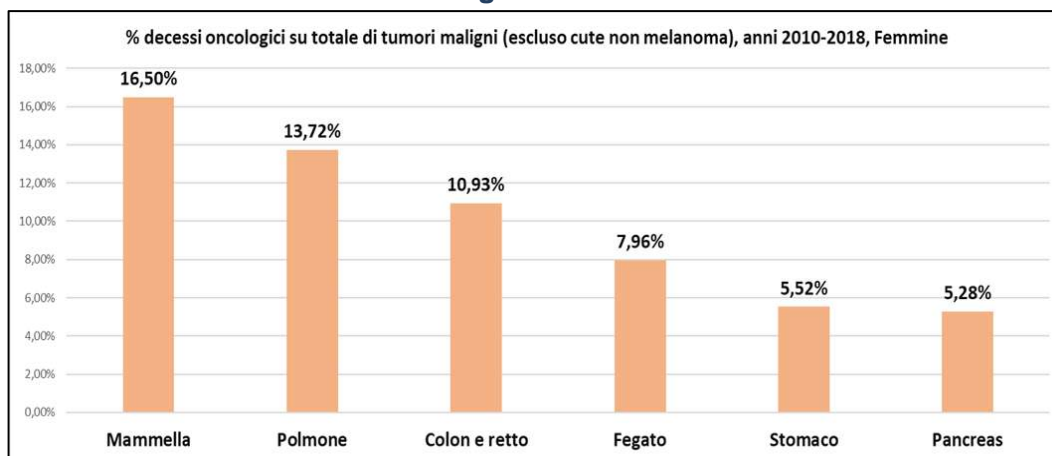
Il Tasso di mortalità, standardizzato sulla popolazione europea, è pari a 446,37 decessi x 100.000 residenti nei maschi e 225,51 decessi x 100.000 residenti nelle femmine. I Tassi di



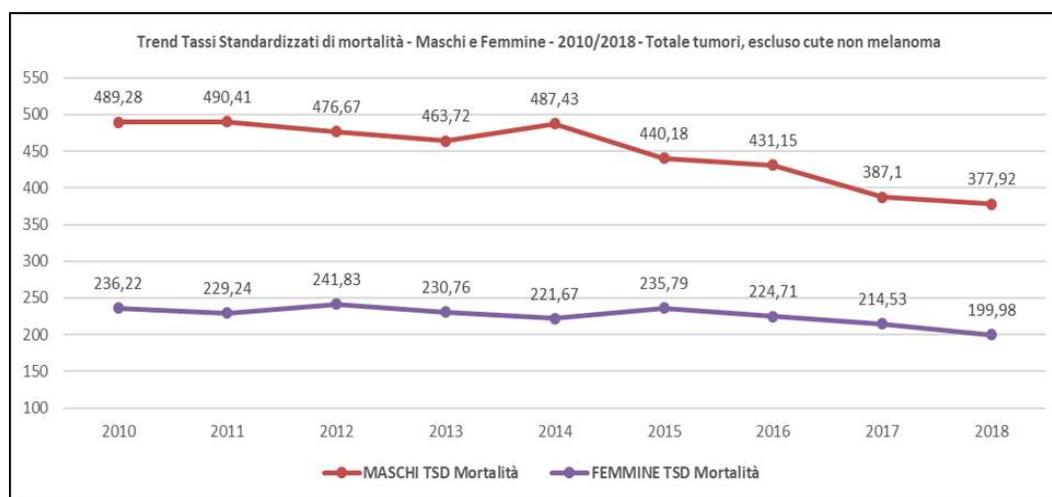
Istogramma n.10

mortalità standardizzati per entrambi i sessi, risultano superiori in maniera statisticamente significativa alla Macroarea Sud. L'analisi per età al decesso evidenzia una bassa mortalità nella popolazione infantile (0,34%), mentre il 59,05% dei decessi si verifica fra i 20 e 74 anni e il 40,61% dopo i 75 anni d'età, con una media per entrambi i sessi di poco superiore al 70esimo anno di vita.

**Istogramma n. 11**



L'analisi dei trend temporali dei tassi della mortalità oncologica complessiva, evidenzia per entrambi i sessi un decremento dall'anno 2010 al 2018.

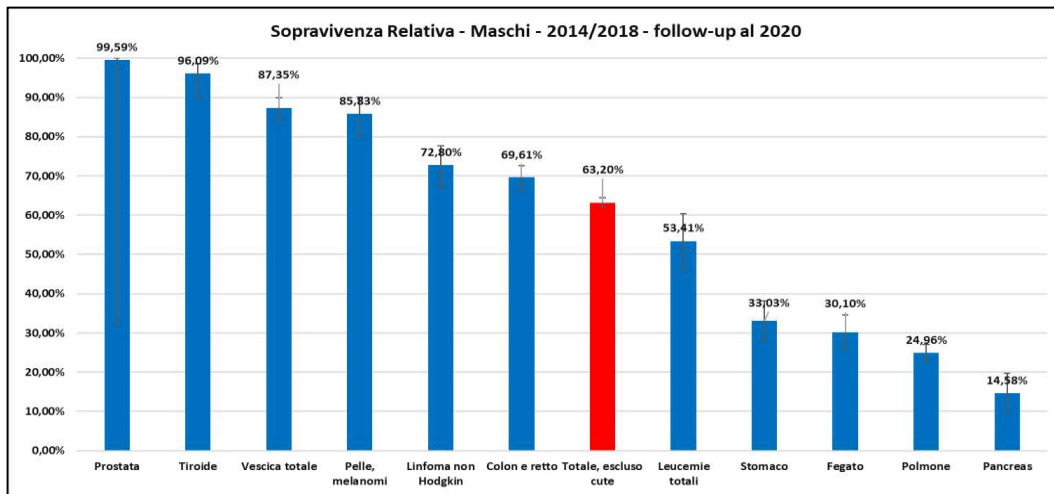


L'analisi Distrettuale mostra per l'intervallo temporale 2010-2018, che i TSD di mortalità per maschi sono superiori in modo statisticamente significativo, rispetto al Tasso di riferimento aziendale, per il Distretto n. 47 di Casalnuovo e per il Distretto n. 44 di Afragola. Significativamente inferiori al valore medio aziendale i tassi per il Distretto n. 35 di Pozzuoli e n. 36 di Ischia. Per le donne si evince un TSD statisticamente superiore per il solo Distretto n. 46 di Acerra, mentre appaiono significativamente inferiori per il Distretto n. 35 di Pozzuoli, n. 36 di Ischia e n. 45 di Caivano. Tra le principali sedi si osserva per il Polmone, nei Maschi un trend dei Tassi in costante diminuzione, mentre nelle Donne si attesta ai valori più alti della serie storica. Per la Vescica nelle Donne i Tassi mostrano un andamento sostanzialmente costante, mentre negli uomini il trend mostra un andamento altalenante. I Tassi di mortalità per i tumori interessanti il Colon-Retto hanno un andamento opposto nei due sessi, in diminuzione negli

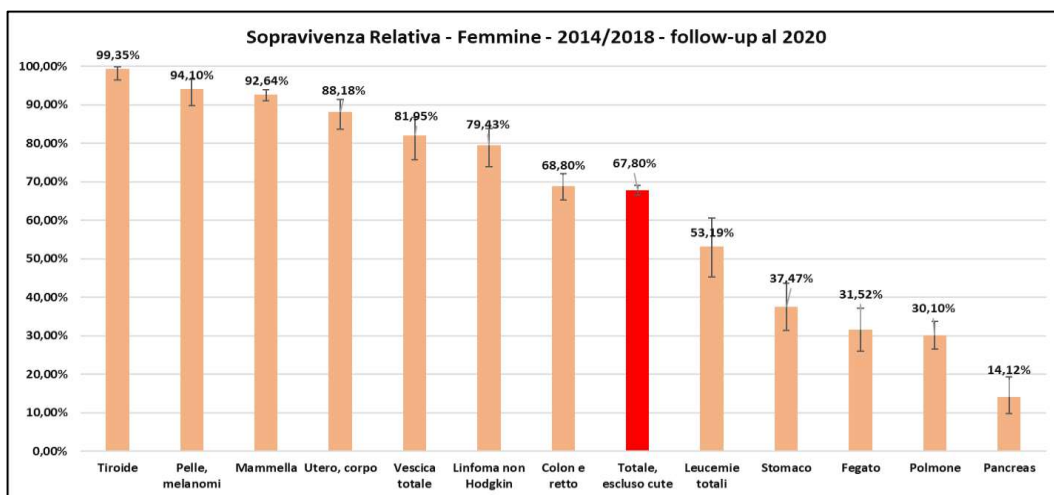
uomini e tendenzialmente in salita nelle donne, sebbene nell'ultimo anno si evidenzi un sensibile calo. Le Leucemie mostrano nell'ultimo triennio di analisi un sensibile calo dei Tassi di mortalità in entrambi i sessi. Nelle donne è di segno opposto il trend dei Tassi per l'Utero nell'ultimo triennio di analisi, in crescita per la Cervice e in diminuzione per il Corpo. Per le altre sedi topografiche si evincono dei trend stazionari/altalenanti.

**- Analisi della sopravvivenza**

Dall'analisi della sopravvivenza, dopo nove anni di incidenza, si evince per i maschi (Istogramma n. 12) una sopravvivenza relativa ai tumori maligni a 5 anni dalla diagnosi di circa il 63%, mentre per le donne si attesta al 67% (Istogramma n. 13). I tumori a peggiore prognosi per i maschi sono Pancreas, Polmone, Fegato e Stomaco, quelli a migliore prognosi sono Prostata, Tiroide e Vescica. Per le donne risulta a peggiore prognosi sempre Pancreas, Polmone, Fegato e Stomaco, mentre quelli a migliore prognosi sono Tiroide, Melanomi e Mammella.



Istogramma n. 12



Istogramma n. 13



**Indicatori di qualità**

Dall’analisi del periodo di osservazione 2010-2018, a testimonianza dell’accuratezza dell’attività di Registrazione e Codifica dei casi, con congruenza dei dati, si evince (Grafico n. 14) che l’87,44% dei casi incidenti è stato confermato su base cito-istologica, il 10,21% è stato confermato su base clinico-strumentale e appena il 2,35% è classificato come DCO, ovvero come casi la cui conferma si fonda unicamente sulla scheda di morte. La stessa analisi triennale applicata al periodo di studio 2010/2018 mostra come accuratezza e completezza nell’attività del Registro si sia sempre più espressa. Infatti si è passati dall’83,45% dei casi con conferma cito-istologica nel triennio 2010/2012 al 90,67% nel triennio 2016/2018 (Grafico n. 15).

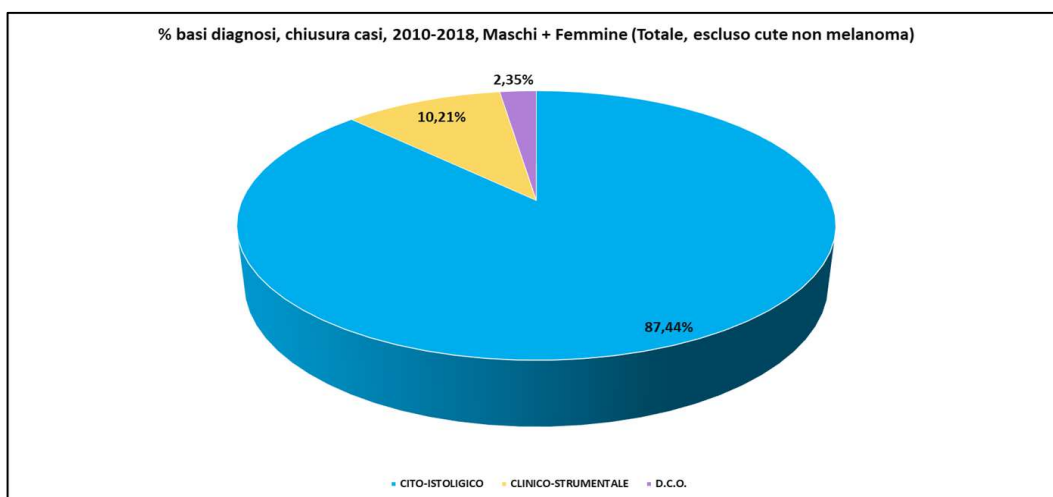


Grafico n. 14

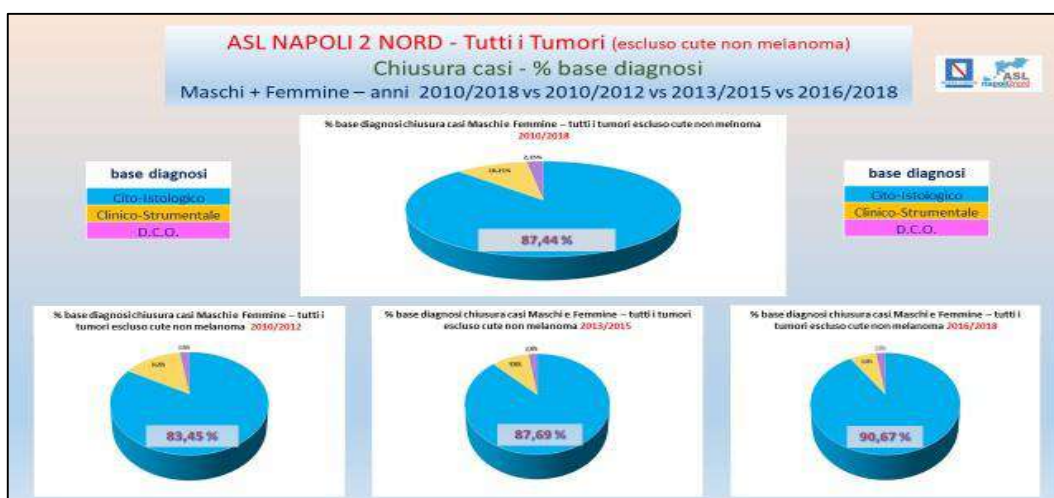


Grafico n. 15

**Conclusioni**

L’analisi dei dati del periodo di studio (2010-2018) mostra che i Tassi Standardizzati tumorali maschili sono più elevati rispetto ai Tassi femminili. Rilevante e significativo l’impatto e il peso dei tumori del Polmone, Vescica e Colon-Retto. Dall’analisi della banca dati del Registro si evince infine come i Tassi Standardizzati di Incidenza e Mortalità siano complessivamente inferiori nei Comuni e Distretti insulari e costieri rispetto ai comuni dell’entroterra.

### - **Prevenzione Secondaria: gli Screening Oncologici**

L'ASL Napoli2 Nord, con deliberazione n° 1490 del 21/12/2018, ha istituito il Centro Aziendale Screening, che svolge la sua attività nell'ambito della prevenzione secondaria secondo le indicazioni delle linee guida regionali e nazionali, organizzando e coordinando i programmi di screening oncologici per i tumori della mammella, cervice uterina e colon retto.

Nell'ASL Napoli 2 Nord sono attivi da anni programmi di screening oncologici gratuiti per la prevenzione del tumore del collo dell'utero, del tumore della mammella e colon-retto. Tali programmi propongono controlli programmati alle donne e agli uomini nelle fasce di età in cui il rischio di ammalarsi è più elevato rispetto alla popolazione generale e più alta è anche la possibilità di diagnosi precoce e di cure più efficaci:

- lo screening per la diagnosi precoce dei tumori della mammella (che offre alla popolazione femminile nella fascia di età 50-69 anni - un esame mammografico a cadenza biennale e nella fascia 45-49 un esame a cadenza annuale a circa 87307 donne /anno);
- lo screening per la diagnosi precoce e la prevenzione dei tumori del collo dell'utero (mediante pap test proposto ogni 3 anni nella fascia di popolazione tra i 25 e i 64 anni a circa 99158 donne/anno);
- dal 2016, è attivo il programma di screening per la diagnosi precoce dei tumori del colon retto, mediante il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci, proposto ogni 2 anni nella fascia di popolazione tra i 50 e i 74anni (circa 148242 persone/anno di cui 76541 donne).

Le modalità di accesso ai programmi di screening sono le seguenti:

- Invio di una lettera invito personalizzata a cadenza mensile
- Invito tramite MMG

Il ruolo dei MMG nei tre programmi di screening è di fondamentale importanza per:

- La correzione delle liste di popolazione per lo screening.
- L'educazione ed informazione della popolazione (stimolo attivo per i "Non rispondenti" all'invito).
- La consegna degli inviti e dei kit.
- La registrazione di motivi di non adesione al test.
- Il counselling degli assistiti coinvolti nel programma.
- La segnalazione dei cancri intervallo.

Nell'anno 2022, per lo screening della mammella si è raggiunta una adesione del 23.8%.

Per lo **screening mammario** sono presenti sul territorio:

I Livello	n. 3 Centri mammografici presso P.O. Aziendali
	n. 5 Centri mammografici Territoriali
	n. 1 Servizio di Anatomia Patologica
II Livello	n. 2 centri territoriali di senologia
	n. 1 centri c/o P.O. aziendali (Pozzuoli)
III Livello	Segnalazione GOM e presa in carica ROC

Per lo **screening della cervice uterina** si è raggiunta una adesione **20.8%**.

L'adesione allo screening cervicale risente fortemente dell'entità del ricorso al Pap test spontaneo al di fuori dei programmi di screening, pertanto il valore medio nella nostra azienda si attesta sempre entro questi valori.

Personale e strutture coinvolte:

I Livello	n. 21 centri prelievi
	n. 1 I laboratorio di citologia
II Livello	n. 5 centri territoriali di colposcopia
	n. 4 P.O. aziendali (Pozzuoli, Giugliano, Frattamaggiore, Ischia)
III Livello	Segnalazione GOM e presa in carica ROC

Per lo **screening del colon retto** si rileva una adesione del **15.1%**

Per lo screening coloretale sono presenti sul territorio:

I Livello	n. 18 Centri distrettuali
	n. 4 Centri ospedalieri
II Livello	n. 1 Centro
	n. 4 P.O. aziendali (Pozzuoli, Giugliano, Frattamaggiore, Ischia)
III Livello	Segnalazione GOM e presa in carica ROC

- **Coordinamento della rete di sorveglianza delle malattie rare**

La storia delle patologie rare in Campania nasce nel 2002 con l'istituzione del Tavolo Tecnico regionale, prosegue nel 2009 con l'istituzione del Centro di Coordinamento Malattie Rare presso l'AOU Federico II, e nel 2011 con l'attivazione del registro regionale. Nel 2018 il Centro di Coordinamento è stato collocato presso l'Ospedale Monaldi dell'AORN Dei Colli; la riorganizzazione ha portato a una maggiore focalizzazione sulle malattie rare dell'età adulta. Il modello di funzionamento della rete è quello Hub/Spoke a complessità crescente ma ben diffuso sul territorio aziendale per garantire la maggiore accessibilità ai servizi e la maggiore omogeneità di erogazione di prestazioni. Il 2017 è stato un anno importante con la pubblicazione del Decreto 48 "Approvazione del Piano Regionale Malattie Rare e del Documento di Percorso Diagnostico Assistenziale del paziente raro" che ha posto le basi allo sviluppo di linee guida e percorsi generali per i pazienti rari, partendo dal sospetto diagnostico fino alla diagnosi e presa in carico territoriale. Durante l'emergenza COVID-19 è stato anche licenziato dalla Regione Campania il primo PDTA per una malattia rara specifica, la gastroenterite eosinofila. Successivamente il Pemfigo, la Fibrosi polmonare idiopatica, l'Ipertensione polmonare arteriosa idiopatica e la Retinite pigmentosa. Nei prossimi anni il lavoro proseguirà nella realizzazione di PDTA per altre malattie rare specifiche e nell'utilizzo sempre più pervasivo della tecnologia all'interno dei percorsi, il cui valore (soprattutto del teleconsulto e della telemedicina) è emerso con forza durante l'emergenza COVID-19.

**- Vaccinazioni**

Il Piano d'azione Europeo per le vaccinazioni 2015-2020 (European Vaccine Action Plan 2015–2020, EVAP) rappresenta la contestualizzazione del Piano Globale (Global Vaccine Action Plan 2011–2020, GVAP) nella Regione Europea dell'OMS. Esso è stato approvato dalla 65° Assemblea Mondiale della Sanità con la Risoluzione WHA65.17, come struttura operativa per l'implementazione della visione, espressa dalla "Decade dei Vaccini" (iniziativa dell'OMS), di un mondo in cui ogni individuo possa godere di una vita libera dalle malattie prevenibili da vaccinazione, grazie alla disponibilità dei vaccini, che deve essere garantita dalle Autorità Sanitarie, e da una politica coerente con gli obiettivi di Health 2020 e di altre strategie e politiche regionali fondamentali. Le coperture vaccinali hanno anche un risvolto in termini di riduzione dei costi della malattia in assenza di vaccinazioni con relativo impatto sull'economia dei singoli Stati. Le coperture vaccinali 2018-2019-2020 ASL Napoli 2 Nord sono di seguito riportate.

LIVELLO DI ASSISTENZA	DEFINIZIONE	MINISTERO DELLA SALUTE	OBIETTIVI REGIONE	RISULTATO ANNO 2018	RISULTATO 2019	RISULTATO 2020
				ASL NAPOLI 2 NORD	ASL NAPOLI 2 NORD	ASL NAPOLI 2 NORD
PREVENZIONE E VACCINI	<b>1.1</b> Rapporto tra n. di soggetti vaccinati con cicli completi(3 dosi)entro i 24 mesi di età per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib e numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita(ossia nati 2 anni prima) valutati al compimento del 24° mese di età.	>=95%	95%	<b>95,00%</b>	<b>95,00%</b>	<b>95,00%</b>
	<b>1.2</b> Rapporto tra n. di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con una dose di vaccino MPR e n di soggetti della rispettiva coorte di nascita( ossia nati 2 anni prima) valutati al compimento del 24° mese di età.	>=95%	92%	<b>92,00%</b>	<b>95,00%</b>	<b>95,00%</b>
	<b>1.3</b> Rapporto tra n. di soggetti di età superiore o uguale a 65 anni vaccinati per influenza e n. di soggetti di età superiore o uguale a 65 anni residenti.	>=75%	VALORE COMPRESO TRA 60% - 75%	<b>62,54</b>	<b>70,00%</b>	<b>76,43</b>

### - **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**

Il 29 aprile 2021 il Governo italiano ha presentato alla Commissione Europea il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Italia Domani, il documento con il quale sono programmate le risorse finanziarie (750 miliardi di euro per tutti i paesi dell’Unione Europea, di cui 672,5 derivanti dal Recovery Fund) che la Commissione Europea ha reso disponibili nell’ambito del Programma Next Generation EU per rispondere in maniera strutturale, seguendo 6 linee prioritarie, alla profonda crisi socio-economica causata dalla pandemia Covid-19 e per sostenere una ripresa che sia duratura, sostenibile ed inclusiva. Con il successivo Decreto Legge 31 maggio 2021, n. 77 pubblicato nella G.U. – serie generale n. 129 del 31 maggio 2021, coordinato con la legge di conversione 29 luglio 2021, n. 108 la “Governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure” sono stati delineati ruoli, compiti e responsabilità dei diversi soggetti istituzionali. Il medesimo Decreto Legge n. 77/2021, coordinato con la legge di conversione 29 luglio 2021, n. 108, ha previsto per il settore sanitario l’attuazione della Missione 6 - “Riforma Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima” ponendosi come obiettivo la realizzazione di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con l’approccio “One-Health” attraverso, tra l’altro, la realizzazione degli Ospedali di Comunità (ODC), Casa della Comunità (CDC) e delle Centrali Operative Territoriali (COT).

Per quanto attiene gli interventi a titolarità del Ministero della Salute contenuti nella Missione 6 “Salute” sono diretti a superare alcune criticità riscontrate a causa delle tendenze demografiche in atto, dell’emergenza epidemiologica da COVID-19 e delle disparità territoriali e di assistenza sul territorio;

La Missione 6 “Salute” risulta suddivisa in due componenti:

- M6C1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza territoriale sanitaria;
- M6C2: innovazione, ricerca e digitalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale;

e nello specifico, la M6 C1 ha lo scopo di riformare gli standard strutturali, organizzativi e tecnologici per l’assistenza e gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali quali:

- Case della Comunità (CDC);
- Centrali Operative Territoriali (COT);
- Ospedali di Comunità (OdC).

A seguito di attività ricognitiva ed identificativa, anche mediante interlocuzione con le amministrazioni locali, sono stati individuati gli interventi da realizzare sul territorio dell’ASL Napoli 2 Nord per l’attuazione della missione M6 C1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale” e, in particolare:

- per l’investimento 1.1 “Case della Comunità e presa in carico della persona”, n.24 interventi;
- per l’investimento 1.2. “Casa come primo luogo di cura e telemedicina: Centrali operative territoriali (COT)”, n.10 interventi;
- per l’Investimento 1.3 “Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)”, n. 8 interventi;
- n. 3 interventi di Adeguamento Sismico (AS)

ELENCO GENERALE STRUTTURE PNRR ASL NAPOLI 2 NORD				
#	STRUTTURA	COMUNE	PROV.	INDIRIZZO
1	CDC	CASALNUOVO DI NAPOLI	NAPOLI	Via Degli Oleandri, 1
2	CDC	CASALNUOVO DI NAPOLI	NAPOLI	Via Napoli, 131
3	CDC	QUARTO	NAPOLI	Via Marmolito, 136
4	CDC	ISCHIA	NAPOLI	Via Alfredo De Luca, snc
5	CDC	CASORIA	NAPOLI	Via Alcide De Gasperi, snc
6	CDC	SANT'ANTIMO	NAPOLI	Via F. Solimene, 1
7	CDC	MUGNANO DI NAPOLI	NAPOLI	Via Aldo Moro, snc
8	CDC	ACERRA	NAPOLI	Via Flavio Gioia, 1
9	CDC	CAIVANO	NAPOLI	Via Circumvallazione Ovest, snc
10	CDC	CAIVANO	NAPOLI	Via Santa Chiara, snc
11	CDC	AFRAGOLA	NAPOLI	Via Alcide De Gasperi, 1
12	CDC	AFRAGOLA	NAPOLI	Via Ugo La Malfa, 15
13	CDC	CASORIA	NAPOLI	Via Benedetto Croce, snc
14	CDC	MUGNANO DI NAPOLI	NAPOLI	Via San Giovanni a Campo, snc
15	CDC	VILLARICCA	NAPOLI	Località Frattole, snc
16	CDC	GIUGLIANO IN CAMPANIA	NAPOLI	Via San Francesco D'Assisi, 26
17	CDC	MARANO DI NAPOLI	NAPOLI	Via Luigi Musella, 1
18	CDC	ARZANO	NAPOLI	Via Antonio Cardarelli, 1
19	CDC	ARZANO	NAPOLI	Via Enrico Fermi, snc
20	CDC	VILLARICCA	NAPOLI	Corso Italia, snc
21	CDC	GIUGLIANO IN CAMPANIA	NAPOLI	Via Casascelle, snc
22	CDC	GIUGLIANO IN CAMPANIA	NAPOLI	Via Circumvallazione esterna, snc
23	CDC	POZZUOLI	NAPOLI	Via Corrado Alvaro, 8
24	CDC	POZZUOLI	NAPOLI	Via Virgilio, snc
1	ODC	CAIVANO	NAPOLI	Via Circumvallazione Ovest, snc
2	ODC	MUGNANO DI NAPOLI	NAPOLI	Via San Giovanni a Campo, snc
3	ODC	VILLARICCA	NAPOLI	Località Frattole, snc
4	ODC	ARZANO	NAPOLI	Via Enrico Fermi, snc
5	ODC	GIUGLIANO IN CAMPANIA	NAPOLI	Via Casacelle, snc

6	ODC	GIUGLIANO IN CAMPANIA	NAPOLI	Via Circumvallazione Esterna, snc
7	ODC	BACOLI	NAPOLI	Via G. De Rosa, 125
8	ODC	POZZUOLI	NAPOLI	Via Luigi Capuana, snc
1	COT	CAIVANO	NAPOLI	Via Circumvallazione Ovest, snc
2	COT	ACERRA	NAPOLI	Via Flavio Gioia , 15
3	COT	ISCHIA	NAPOLI	Via Alfredo De Luca , snc
4	COT	AFRAGOLA	NAPOLI	Via Alcide De Gasperi, 1
5	COT	AFRAGOLA	NAPOLI	Via Ugo La Malfa, 15
6	COT	FRATTAMAGGIORE	NAPOLI	Via P. M. Vergara, 228
7	COT	GIUGLIANO IN CAMPANIA	NAPOLI	Piazza Annunziata, snc
8	COT	MARANO DI NAPOLI	NAPOLI	Via Luigi Musella, snc
9	COT	POZZUOLI	NAPOLI	Via Corrado Alvaro, 8
10	COT	GIUGLIANO IN CAMPANIA	NAPOLI	Via Casacelle, snc
1	AS	POZZUOLI	NAPOLI	Loc. La Schiana, snc
2	AS	PROCIDA LACCO AMENO	NAPOLI	Via A. De Gasperi, 1 Via Fundera, snc
3	CD	COT DEVICE - APPARECCHIATURE	NAPOLI	-



## Art.3 - Il patrimonio

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

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

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

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

## Art.4 - La Mission

L'Azienda assume come propria Mission:

**“Progettare e realizzare nell’ambito delle proprie competenze istituzionali quanto necessario a soddisfare il bisogno di salute e di benessere fisico e mentale della propria popolazione ed a garantire i parametri di salubrità di ambienti e produzioni”.**

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

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

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

## Art.5 - La Vision

Per il raggiungimento degli obiettivi assegnati, l'ASL Napoli 2 Nord si avvale delle proprie risorse gestite direttamente nel rispetto della programmazione pluriennale dell'approvato fabbisogno del personale, giusto riferimento all'ultima DGRC 291/2022. L'Azienda riconosce la necessità di perseguire obiettivi che richiedono elasticità nella gestione del servizio, rapidità e sensibilità nel cogliere i nuovi bisogni emergenti della popolazione, con conseguente rapidità nel cambiamento delle modalità e caratteristiche dell'offerta dei servizi sanitari. Nell'assolvere alle finalità istituzionali proprie, la ASL Napoli 2 Nord opera nel rispetto della visione incentrata sui seguenti elementi essenziali:

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

## Art. 6 - Fondi a specifica destinazione

L'ASL Napoli 2 Nord, tenuto presente che nel corso degli anni sono stati assegnati dallo Stato, dalla Regione, da altri Enti Pubblici, finanziamenti specifici per l'attivazione di progettualità finalizzate all'implementazione dei servizi per l'utenza, si è dotata di specifico regolamento per il loro utilizzo, prevedendo altresì la costituzione di un apposito Nucleo di Coordinamento. Particolare attenzione viene posta alle risorse vincolate del F.S.R. ai sensi dell'art. 1, comma 34 e 34 bis della L. n.662/1996, nell'ambito delle linee prioritarie individuate dall'Accordo Stato-Regioni del 30/07/2015, di cui la Regione Campania ha provveduto ad effettuare il riparto. Obiettivo specifico è la corretta gestione e rendicontazione dei Finanziamenti Vincolati, nonché la loro corretta esposizione nel Bilancio Aziendale,

attività che rientra tra le Azioni previste dai c.d. **“Percorsi Attuativi di Certificabilità”**, approvati dalla Regione Campania con DCA 80 del 05/07/2013. È interesse dell'Azienda favorire lo sviluppo delle attività di progetto attraverso criteri di trasparenza, appropriatezza per mezzo di regole procedurali che consentano il corretto svolgimento dell'iter progettuale in relazione alle attività sanitarie, amministrative, contenute nel Regolamento approvato con Delibera n. 232 del 13/02/2023. Ulteriore finalità è il conseguimento di percorsi di razionalizzazione e riqualificazione della spesa anche ai sensi dell'art. 16 c. 4 e 5 del DL 98/11, grazie all'attuazione di processi gestionali avanzati, quali la reingegnerizzazione dei processi produttivi, decisionali e dei servizi, così da efficientare le risorse nel perseguimento di obiettivi di carattere prioritario.

## Art. 7 - Clinical Governance e sicurezza delle cure

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

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

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

In tale contesto una particolare attenzione viene posta alla gestione del rischio, attraverso l'implementazione di metodologie che, mediante un approccio sistemico, si prefiggono di esaminare i fattori che influenzano la pratica clinica in ogni suo stadio, fornendo indicazioni per appropriati interventi e piani di riduzione degli errori, facendo leva su un maggior coinvolgimento e responsabilizzazione degli operatori ed una migliore comunicazione e relazione fra professionisti, amministratori e cittadini. L'Azienda provvede a potenziare la dotazione di strumenti per il governo clinico con particolare attenzione a quelli previsti nel Piano Sanitario Regionale e, nel presente Atto Aziendale, si esplicitano gli aspetti organizzativi (individuazione di strutture, costituzione di gruppi di lavoro ecc.) più direttamente finalizzati alla loro applicazione prevedendo la UOC Qualità, Risk Management (afferente alla Direzione Sanitaria). Il governo clinico permette di accrescere l'appropriatezza, di ridurre la variabilità e di migliorare l'adesione a standard di trattamento appropriati: consente di ridurre la distanza tra efficacia pratica (**effectiveness**) ed efficacia teorica (**efficacy**), migliorando direttamente il comportamento professionale e razionalizzando l'organizzazione. L'obiettivo finale è una medicina basata sulle prove di efficacia e non solo sui modelli delle linee guida, ed è pertanto necessario che i percorsi siano basati su revisioni realmente sistematiche della letteratura, sia dal punto di vista professionale sia per i modelli organizzativi del contesto nel quale tali

percorsi verranno applicati. La predisposizione dei percorsi è un processo ad altissimo contenuto professionale, che però non può essere lasciato in mano ai soli professionisti: infatti la qualità delle linee guida per la pratica clinica prodotte da società scientifiche è ben lontana da standard metodologici accettabili. I professionisti devono essere motivati a mettere in gioco la loro professionalità per impiantare il governo clinico. Il governo clinico propone una vista processuale dell'organizzazione con la consapevolezza che il servizio è appunto il risultato di processi di lavoro intesi come sequenza di attività interconnesse e finalizzate per le quali agiscono professionisti, si utilizzano tecnologie sia hard (macchine) che soft (linee guida, procedure assistenziali), si consumano risorse, si adottano metodologie di lavoro conseguenti. La responsabilità del governo clinico appartiene a ogni livello organizzativo e professionale. Il governo clinico attiene quindi all'appropriatezza clinica ed organizzativa ed alla qualità tecnica percepita delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture dell'Azienda. Mappare ed esplicitare i livelli di competenza clinica dei professionisti costituisce la base per lo sviluppo dei modelli di **"clinical governance"** all'interno delle aziende, unitamente all'uso di strumenti rivolti alla standardizzazione dei processi clinici ed assistenziali che oggi si stanno sempre di più diffondendo, quali la misurazione degli esiti (così come previsto dal DM70 e dal PNE) o come l'utilizzo sempre più diffuso di linee guida e PDTA. La valorizzazione della competenza professionale richiede la sua esplicitazione e l'inserimento strutturato in un sistema aziendale, in grado di recepirla in modo dinamico e di renderla riconoscibile. L'assetto dell'Azienda, stimolato anche dai mutamenti sociali e tecnologici degli ultimi anni, ha spostato il governo dei sistemi complessi dal terreno istituzionale a quello organizzativo. Da un lato ci si dovrà spingere sempre più sull'analisi e la reingegnerizzazione dei processi e delle procedure amministrative, dall'altro si è fortemente puntato sullo sviluppo organizzativo, con lo scopo finale di portare a standard più elevati i servizi sanitari e sociosanitari offerti ai cittadini, valorizzando tanto la dirigenza medica sul lato clinico quanto quella PTA sul lato amministrativo così da ottimizzare le competenze professionali nell'ottica di innovazione organizzativa.

## Art.8 - Clima e benessere organizzativo

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

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

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

- **valorizzare** le risorse umane;
- **umentare** la motivazione dei dipendenti;
- **migliorare** i rapporti tra i vari dipendenti dell'Azienda sanitaria;

- **accrescere** il senso di appartenenza e di soddisfazione per la propria Azienda;
- **migliorare** l'immagine interna ed esterna e la qualità dei servizi forniti;
- **diffondere** la cultura della partecipazione quale presupposto dell'orientamento al risultato piuttosto della cultura del mero adempimento;
- **prevenire** rischi psico-sociali.

## Art. 9 - Partecipazione e Tutela dei Diritti dei Cittadini

Il presente Atto Aziendale individua le strategie e le azioni atte a sviluppare adeguati livelli di informazione, accoglienza, tutela e partecipazione dei cittadini, nonché modalità atte a consentire l'attività, all'interno delle strutture sanitarie, delle organizzazioni dei cittadini e delle associazioni non aventi fini di lucro. A tal fine sul sito istituzionale dell'Azienda è presente, ai sensi e con le modalità di cui all'art. 32 della Legge 18 giugno 2009 n.18 e ss.mm.ii., una specifica sezione ove vengono pubblicati, integralmente, gli atti amministrativi (delibere, determine, etc) e il loro accesso deve essere libero e garantito. Inoltre, ai sensi del Decreto Legislativo 33/2013 e ss.mm.ii. l'Azienda mette in atto le azioni utili a garantire la trasparenza al proprio operato.

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

### - **Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della trasparenza**

Il sistema organico di prevenzione della corruzione introdotto nel nostro ordinamento dalla legge 190/2012 prevede l'articolazione del processo di formulazione e attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione da realizzarsi mediante un'azione coordinata tra strategia nazionale e strategia interna a ciascuna amministrazione.

La strategia nazionale si realizza mediante il Piano nazionale anticorruzione (PNA) adottato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione. Detto Piano costituisce atto di indirizzo per le pubbliche amministrazioni ai fini dell'adozione dei propri Piani triennali di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT).

Il PTPCT deve identificare le misure organizzative utili per contenere il rischio di assunzione di decisioni non imparziali. A tale riguardo spetta alle amministrazioni di valutare e gestire il rischio corruttivo, secondo una metodologia che comprende:

- l'analisi del contesto esterno ed interno;
- la valutazione del rischio che, a sua volta, è suddivisa in identificazione, analisi, ponderazione e trattamento del rischio;
- identificazione e programmazione delle misure di prevenzione.

L'ASL Napoli 2 Nord intende adottare una visione del Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza che non si proponga solo come la risposta ad un adempimento di legge, quanto uno strumento di management, in grado di prevenire occasioni di corruzione, utilizzando gli strumenti propri della Trasparenza, della Formazione e della regolamentazione.

Data la dimensione dell'Azienda diventa essenziale il ricorso a strumenti digitali per la gestione dei flussi e di personale dedicato che – specificamente formato – possa garantire il necessario supporto all'RPCT.

### - **La Carta Dei Servizi**

Nella Carta dei Servizi sono descritte finalità, modi, criteri e strutture attraverso cui il servizio viene attuato, nonché diritti e doveri, modalità e tempi di partecipazione, procedure di controllo

che il Cittadino ha a sua disposizione. La Carta dei Servizi è lo strumento fondamentale con il quale si attua il principio di trasparenza. Si ispira al dettato della Carta Costituzionale, che sancisce e tutela il rispetto dei principi di uguaglianza, imparzialità, tutela della dignità della persona, vietando ogni forma di discriminazione basata sul sesso, sull'appartenenza etnica, sulle convinzioni religiose, e impegna tutti gli operatori e la struttura al rispetto di tali principi. La Carta dei Servizi è il patto che chi eroga un determinato servizio stringe nei confronti del Cittadino ed è ispirata ai seguenti principi informativi:

- **eguaglianza** del diritto di accesso ai servizi;
- **imparzialità** nell'erogazione delle prestazioni;
- **continuità** delle informazioni circa l'organizzazione e le modalità strutturate per la tutela dei cittadini;
- **diritto di scelta** attraverso la piena informazione ai cittadini utenti sui servizi offerti e le modalità di erogazione degli stessi;
- **partecipazione** attraverso l'ascolto delle opinioni e dei giudizi sulla qualità del servizio, espressi dai Cittadini direttamente o tramite le associazioni che li rappresentano attraverso modalità di partecipazione e coinvolgimento;
- **efficienza ed efficacia** attraverso la definizione di standard e assunzione di impegni rispetto alla promozione della qualità del servizio e alla determinazione di modalità di valutazione costante della qualità stessa.

La Carta dei Servizi indica il responsabile del servizio a cui potersi rivolgere per ottenere il rispetto degli impegni dichiarati, nonché le modalità per presentare reclamo, per ricevere risposta e per conoscere cosa il cittadino/utente possa fare nel caso in cui il suo reclamo sia stato respinto. Contiene le informazioni che permettono all'utente di conoscere quali prestazioni e servizi l'azienda si impegna a fornire, ed in che quantità, in che modo, in che tempi e con quali standard di qualità. La Carta dei Servizi è definita nel rispetto delle indicazioni e dei contenuti previsti dal D.P.C.M. del 19/5/1995.

#### - **La Comunicazione**

Il perseguimento della Mission necessita di una costante attività di comunicazione basata su un modello pluridirezionale e multilivello, con una forte componente etica di fronte alle sfide e alle turbolenze dell'attuale contesto socio-tecnologico. Un modello che risponde alla crescente necessità di poter presidiare e gestire strategicamente una pluralità di flussi informativi e comunicativi, sia all'esterno che all'interno. Flussi che risultano sempre più complessi e articolati, oltre che prodotti e diffusi da una molteplicità di soggetti presenti nella sfera pubblica (media, cittadini, imprese, associazioni, movimenti, ecc.) e attivi negli ambienti digitali e mediali. A fronte dei cambiamenti impressi dall'evoluzione dell'ecosistema mediale e per rispondere alle trasformazioni in senso digitale del sistema PA e più in generale dell'impatto che stanno producendo sui flussi comunicativi pubblici e sulla loro gestione, l'ASL Napoli 2 Nord adotta un modello unificato di comunicazione in cui convergono, la comunicazione istituzionale, l'informazione agli organi di stampa e quella attraverso i social media.

#### - **L'informazione**

L'attività di informazione consta della comunicazione agli organi di stampa e radiotelevisivi, ai siti web di informazione, ai soggetti istituzionali con cui l'Azienda si relaziona, della gestione dei contenuti delle pagine e account social e del sito web istituzionale. Tale attività è essenziale per costruire una buona reputazione dell'ASL e per informare circa servizi, best practices

e posizioni assunte dall'Azienda. Considerata la strategicità di tale funzione e la necessità di essere in stretto coordinamento con l'apice del sistema di governance aziendale, tale funzione si incardina organizzativamente nella Direzione Generale, qualificandosi (in base a quanto previsto dalla L.150/2000) quale Ufficio Stampa e comunicazione web e social.

L'Ufficio Stampa programma le proprie attività mediante un documento che individua obiettivi, tempi, contenuti e risorse e che si propone come parte integrante del Piano di Comunicazione aziendale. La strategicità di tale funzione è fortemente connessa anche alla massiva fruizione da parte delle comunità servite dall'Azienda di strumenti di comunicazione di tipo "social" e digitale. Spazi in cui l'ASL Napoli 2 Nord è già presente (vedi Pagina Facebook, account Instagram e canale Youtube) proponendosi quale interlocutore affidabile, competente e di primo riferimento per le tematiche inerenti la salute, avvalendosi di una redazione web e social presente nell'Ufficio stampa e comunicazione digitale. La Direzione Generale attribuisce la funzione dell'Ufficio Stampa e comunicazione digitale dell'Azienda a personale che risponde alle caratteristiche previste dalle L.150/2000 e formato ai sensi del DPR 422/2001. La struttura cui viene attribuita tale funzione viene dotata - al fine di garantirne il corretto funzionamento - delle risorse umane e strumentali indispensabili allo svolgimento di tale compito.

#### - **L'accesso e l'accoglienza**

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

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

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

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

#### - **I Diritti dei Cittadini, degli Utenti e degli Stakeholder**

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

- rispetto della dignità;
- riservatezza-privacy;
- certezza dell'interlocutore;

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

#### - **La Conferenza dei Servizi**

In base all'art. 14. comma 4. del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. il Direttore Generale si impegna ad indire, almeno una volta l'anno, apposita Conferenza dei Servizi, quale strumento per verificare l'andamento dei servizi e per individuare interventi tesi al miglioramento delle prestazioni. Nella Conferenza sono resi noti i dati relativi all'andamento dei servizi, allo stato di attuazione degli obiettivi, al grado di raggiungimento degli standard, con particolare riferimento allo svolgimento delle attività di tutela degli utenti.

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

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

#### - **Audit Civico**

L'audit civico è uno degli strumenti primari per la partecipazione dei cittadini alle politiche sanitarie aziendali. È, infatti, una metodologia che ha la finalità di promuovere la valutazione da parte dei cittadini, della qualità delle prestazioni delle Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere. Il processo di Audit civico si basa sull'analisi critica e sistematica delle azioni svolte dalle Aziende, attraverso l'utilizzo di uno strumento metodologico che comporta la definizione di indicatori tramite la co-progettazione tra cittadini e referenti aziendali delle modalità di raccolta dati. I dati forniti dalla rilevazione degli indicatori verranno confrontati con le informazioni tratte da altri sistemi di monitoraggio delle strutture e dei servizi, quali, ad esempio, l'accreditamento, le segnalazioni dei cittadini, la documentazione riguardante delibere e provvedimenti aziendali, le liste di attesa, le interviste alle direzioni sanitarie e la consultazione delle organizzazioni civiche.

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

#### - **Trasparenza e Integrità**

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



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

Per quanto attiene al buon andamento dei servizi pubblici e alla corretta gestione delle relative risorse, la pubblicazione on line dei dati consente a tutti i cittadini un'effettiva conoscenza dell'azione dell'ASL Napoli 2 Nord, con il fine di agevolare la pubblicità delle informazioni alla collettività. La suddetta pubblicità, consentendo dunque un'effettiva conoscenza dell'azione dell'Azienda, costituisce il principale strumento informativo dell'andamento della performance e del raggiungimento degli obiettivi espressi nel più generale ciclo di gestione della medesima.

#### - **La tutela del diritto alla Privacy**

La privacy è un insieme di norme create per garantire e regolamentare il trattamento dei dati personali. In ambito sanitario sono normalmente trattati dati personali, particolari, genetici, biometrici ed anche giudiziari. L'impianto normativo è regolamentato su 2 livelli:

- il primo, rappresentato da una norma di fonte superiore, quella "Europea" (il GDPR 2016/679), cui tutti gli Stati Membri dell'Unione devono indistintamente uniformarsi;
- il secondo, rappresentato dal Codice per la protezione dei dati personali (codice della privacy Dlgs 196/2003) e dal Decreto legislativo n.101/2018.
- Il Regolamento Europeo 679/2016 (GDPR), richiede che siano sempre definiti con chiarezza i ruoli privacy e le responsabilità dei soggetti che, a diverso titolo, intervengono nel processo di trattamento dei dati personali.

Il Direttore Generale è il Titolare del Trattamento dei Dati, egli a sua volta nomina il Responsabile della Protezione dei Dati, i Designati al Trattamento della ASL Napoli 2 Nord ed i Responsabili del Trattamento (Esterni all'Azienda). Egli garantisce il corretto trattamento dei dati, secondo il principio dell'accountability ed adotta le necessarie misure per la protezione degli stessi.

- **Il Responsabile della Protezione Dati (RPD)** è nominato dal Titolare del Trattamento; è designato in funzione delle qualità personali, della competenza specialistica nella normativa, delle prassi in materia di protezione dei dati e delle capacità di assolvere i compiti ai sensi dell'art.39 del GDPR.

L'articolo 38, paragrafo 2, del RGPD assegna il compito al titolare del trattamento di sostenere il RPD "fornendogli le risorse necessarie per assolvere tali compiti e accedere ai dati personali e ai trattamenti e per mantenere la propria conoscenza specialistica".

**Designati al Trattamento** sono nominati ai sensi dell'art 2 - quaterdecies del D.Lgs. 101/2018 dal Titolare del Trattamento per specifici compiti e funzioni connessi al trattamento dei dati. Sono individuati nei Direttori di Strutture Complesse e Direttori di Dipartimento.

## Art.10 - Sistema di Programmazione, Valutazione e Controllo

### - Programmazione

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

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

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

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

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

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

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

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

### - Controllo di Gestione e Budget

L'attività economica della Azienda Sanitaria è ispirata alla razionale gestione delle risorse attribuite ed introitate, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti, dei risultati. Il budget è costituito dall'insieme dei documenti di carattere economico, patrimoniale e finanziario, che descrivono gli obiettivi di gestione in termini di risultati da raggiungere e di risorse da impiegare, ed è distinto in budget generale, riferito all'intera azienda, e budget funzionali, riferiti alle singole strutture. Al fine di garantire un costante monitoraggio dell'esercizio annuale, l'Azienda definisce, implementa e utilizza le tecniche di budget e controllo di gestione, predisponendo un sistema di contabilità analitica coerente coi diversi livelli di responsabilità previsti dal modello organizzativo.

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

- definizione degli standard prestazionali di ciascuna struttura
- negoziazione degli obiettivi e delle risorse;

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

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

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

Inoltre l'Azienda potenzierà ed utilizzerà il proprio sistema informativo-informatico e le relative banche dati in modo da consentire la realizzazione di tale processo. L'introduzione del Controllo di Gestione nelle Aziende Sanitarie costituisce uno specifico obbligo normativo sancito dall'articolo 4 del decreto legislativo 286 del 30 luglio 1999 (riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche). L'Azienda colloca il Servizio Controllo di Gestione afferente alla direzione strategica. Il Controllo di Gestione sarà incaricato anche del monitoraggio e del reporting dei dati relativo agli standard fissati nell'ambito del Programma Nazionale Esiti.

#### - **Il Sistema Informativo**

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

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

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

necessario presupposto per programmare ed organizzare un'offerta dei servizi efficace ed efficiente. I dati raccolti dall'Azienda devono consentire una lettura integrata degli eventi da essi rappresentati. La finalità sottesa a tale sforzo risiede nella possibilità di ottenere in maniera strutturata informazioni di sintesi che attengono da un lato alla domanda e all'offerta di Servizi Sanitari, da un altro allo stato di salute della popolazione e da un altro ancora alla gestione della azienda.

A tal fine è previsto il potenziamento e la riorganizzazione dei Sistemi Informativi aziendali le cui linee direttrici, coerenti con lo sviluppo del NSIS e del SISR, e con gli indirizzi già contenuti nel Piano Sanitario Regionale 2010-2012, vengono definite nel presente Atto Aziendale.

#### - **Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance**

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

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa riguarderà:

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

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

#### - **Controllo di Regolarità Amministrativa e Contabile**

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

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

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

## Art.11 - La Gestione delle Risorse Umane

### - **Le politiche per lo sviluppo delle Risorse Umane**

L'ASL Napoli 2 Nord si impegna a prestare particolare attenzione alle politiche per lo sviluppo delle risorse umane, in quanto rappresentano per l'Azienda la risorsa strategica principale.

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

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

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

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

L'ASL riconosce piena e pari dignità a tutto il personale, medico, veterinario, sanitario, professionale, tecnico e amministrativo, assicurando la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne. La valorizzazione degli operatori della Sanità rappresenta uno degli obiettivi prioritari di una concreta politica sanitaria.

L'Azienda per conseguire questo obiettivo interverrà affinché:

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

### - **La formazione**

La formazione e l'aggiornamento professionale assumono un ruolo strategico nelle politiche di gestione e sviluppo delle risorse umane e nel processo di miglioramento continuo dei servizi. Infatti, perseguire l'obiettivo di aumentare le conoscenze e le abilità professionali - in modo da essere allineate con il progresso scientifico e tecnologico - significa di fatto migliorare qualitativamente le prestazioni rese.

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

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

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

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

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

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

#### - **Il volontariato**

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

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

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

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

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

#### - **La libera professione intramoenia**

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

L'Azienda intende perseguire in modo efficace il contemperamento dei legittimi interessi di cui sono portatori sia gli utenti - ai quali poter offrire un'ulteriore opzione per ottenere prestazioni sanitarie con tempi di attesa ridotti e a tariffe trasparenti rispetto a quelle del mercato privato - sia il personale dirigente e di comparto che, attraverso l'esercizio delle attività libero-

professionali, ha la possibilità di ottenere un rapporto personalizzato con l'utente e una maggiore autonomia e responsabilizzazione nello svolgimento delle attività, tenuto conto, altresì, dell'interesse aziendale all'arricchimento delle capacità interne e della contestuale necessità di offrire all'utenza adeguate risposte alla domanda sanitaria.

L'Azienda vigila sull'attività libero-professionale e verifica, altresì, il corretto svolgersi dell'attività libero-professionale ed il perdurare del dovuto equilibrio fra quest'ultima e l'attività istituzionale. Per quanto attiene alla regolamentazione aziendale dell'istituto, si rinvia al separato atto di organizzazione della libera professione.

L'Azienda individua in una specifica UOS le funzioni di promozione, regolamentazione e controllo delle attività ALPI.

### - **La tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro**

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

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

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

- il Servizio Prevenzione e Protezione aziendale e le attività di Medicina del Lavoro abbiano organizzazione e risorse quali-quantitativamente adeguate per il raggiungimento degli scopi di istituto;
- siano presenti competenze multidisciplinari per realizzare la complessiva gestione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro e il conseguente adempimento degli obblighi normativi.

## Art. 12 - Relazioni Sindacali

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

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

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

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

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



## Capo II - Assetto Istituzionale, Organi e Organismi

## Art. 13 - Assetto Istituzionale dell'Azienda - Gli Organi

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

1. il Direttore Generale
2. il Collegio Sindacale;
3. il Collegio di Direzione.

### - Il Direttore Generale

Il Direttore Generale è **“organo di governo”** (ai sensi del 1° comma dell'art.3 del D. Lgs. n. 29/93 e succ. 165/2001) in quanto **“definisce gli obiettivi ed i programmi da attuare e verifica la rispondenza dei risultati della gestione alle direttive generali impartite”**; è anche titolare di **“tutti i poteri di gestione”** nonché della rappresentanza legale dell'Azienda. Il Direttore Generale dell'Azienda è titolare della rappresentanza legale ed esercita tutti i poteri di gestione dell'azienda stessa adottando i provvedimenti necessari. 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 Direttore Generale svolge la funzione di Datore di Lavoro, fatte salve le attribuzioni delle responsabilità ai vari direttori di UUOCC, individuati a seguito di procedure con atti formali. Il rapporto di lavoro del Direttore Generale è a tempo pieno e di diritto privato; si instaura con contratto disciplinato dal comma 6 dell'art. 3 e dal comma 8 dell'art. 3 bis del D.Lvo 502/92 e s.m.i.

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

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

Il Direttore Generale provvede, in particolare:

- alla nomina del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo;
- alla nomina del Collegio Sindacale e alla sua prima convocazione nei termini di legge;
- alla costituzione del Collegio di Direzione e del Consiglio dei Sanitari;
- alla nomina dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance ex art. 14 D. Lgs. 150/2009, dei Collegi tecnici, del Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, ex art. 57 D. Lgs. 165/2001 e s.m.i. e di qualunque altro organismo previsto dalla normativa vigente e dall'atto aziendale
- all'adozione dell'Atto Aziendale e delle sue modificazioni ed integrazioni;

- all'adozione degli atti regolamentari e di tutti quelli che si rendono necessari in attuazione di normative nazionali e regionali;
  - all'adozione degli atti di organizzazione interna dei presidi ospedalieri, dei distretti, dei dipartimenti e dei servizi centrali e all'organizzazione dello Staff della Direzione Strategica, nonché alla nomina e alla revoca dei responsabili delle strutture operative dell'azienda e al conferimento degli incarichi professionali;
  - all'adozione del Piano Attuativo Locale e del Programma delle Attività Territoriali;
  - all'adozione dei provvedimenti conseguenti alla valutazione dei dirigenti;
  - all'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 economica gestione delle risorse nonché dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa;
  - alla verifica qualitativa e quantitativa dei servizi erogati;
  - all'adozione di tutti gli atti deliberativi relativi alla programmazione finanziaria e di bilancio, compresi quelli formulati secondo la logica budgettaria specifica di ogni dipartimento e di quella complessiva aziendale;
  - alla determinazione della dotazione organica aziendale;
  - all'adozione di tutti gli atti deliberativi riguardanti l'assunzione di personale;
  - all'adozione di tutti gli altri atti indicati dalla legislazione regionale vigente;
  - all'assolvimento di ogni altro compito previsto dalle leggi;
  - all'adozione del Piano Aziendale di Prevenzione (Piani Operativi del P.R.P.), del Modello Organizzativo Aziendale, la nomina del Coordinatore Aziendale e dei Referenti dei Piani Operativi;
  - all'adozione dei regolamenti interni aziendali ivi compresi quelli per il funzionamento degli organismi collegiali (collegio di direzione, consiglio dei sanitari e comitato di dipartimento);
- In relazione alle funzioni di cui sopra, al fine di mantenere distinte quelle rientranti negli atti di alta amministrazione da quelle di carattere gestionale, le funzioni attribuite al Direttore Generale sono distinte in:
- funzioni ad esso esclusivamente riservate;
  - funzioni delegabili, in tutto o in parte, ai Direttori Sanitario ed Amministrativo e agli altri dirigenti dell'Azienda.

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

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

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

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

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

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

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

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

#### - **Il Collegio Sindacale**

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

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

Detto organo:

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

#### - **Il Collegio di Direzione**

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

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

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

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

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

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

La ASL Napoli 2 Nord seguendo le indicazioni del comma 5 del suddetto art. 19 bis ha definito la prossima composizione del Collegio di Direzione:

- Direttore Generale - Presidente;
- Direttore Sanitario Aziendale;
- Direttore Amministrativo Aziendale;
- Direttore U.O.C. Prevenzione e Protezione Aziendale;
- Direttore U.O.C. Gabinetto della Direzione Strategica, Comunicazione e Monitoraggio delle progettualità;
- Direttore U.O.C. Servizio Ispettivo Amministrativo – Internal Auditing;
- Direttore U.O.C. Formazione e Aggiornamento;
- Direttore U.O.C. Qualità - Risk Management;
- Direttore U.O.C. Servizio delle Professioni Sanitarie;
- Direttore U.O.C. Servizio Ispettivo Sanitario;
- Direttore U.O.C. Affari Generali;
- Direttore U.O.C. Affari Legali;
- Direttore U.O.C. Gestione Risorse Umane;
- Direttore U.O.C. Acquisizione beni e servizi;
- Direttore U.O.C. Gestione Risorse Economico Finanziarie;
- Direttore U.O.C. Controllo di Gestione e Budgeting;
- Direttore U.O.C. Sistemi Informativi e Transizione Digitale;
- Direttore U.O.C. Gestione Risorse Tecniche e Tecnologiche;
- Direttore U.O.C. Accredimento e Controllo della Spesa Sanitaria;
- Direttore U.O.C. Integrazione Sociosanitaria;
- Direttore del Dipartimento Farmaceutico;
- Direttore del Dipartimento di Prevenzione;

- Direttore del Dipartimento di Salute Mentale;
- Direttore del Dipartimento Dipendenze Patologiche;
- Direttore del Dipartimento Cure Territoriali;
- Direttore del Dipartimento dell’Emergenza e dell’Area Critica;
- Direttore del Dipartimento Materno-Infantile;
- Direttore del Dipartimento di Diagnostica per Immagini;
- Direttore del Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio;
- Direttore del Dipartimento Ospedaliero di Area Medica;
- Direttore del Dipartimento Ospedaliero di Area Chirurgica;
- Direttore del Dipartimento Oncologico;
- Direttori dei Distretti Sanitari Aziendali;
- Direttori dei Presidi Ospedalieri Aziendali;
- Direttore UOC Direzione Amministrativa Ospedali Area 1;
- Direttore UOC Direzione Amministrativa Ospedali Area 2.

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

## **Art. 14 - Assetto Istituzionale, Direzione Strategica e Conferenza dei Sindaci**

### **- La Direzione Strategica**

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

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

In particolare, spetta alla Direzione Strategica;

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

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

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

Il rapporto di lavoro del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario è a tempo pieno e di diritto privato e si instaura con contratto disciplinato dal comma 7 dell'art. 3 e dal comma 8 dell'art. 3 bis del D. Lgs. 502/92. Il contratto è sottoscritto sulla base di uno schema approvato dalla Giunta Regionale e viene trasmesso alla Regione entro dieci giorni dalla sottoscrizione.

Il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo concorrono al governo dell'Azienda e al processo di pianificazione e controllo strategico della stessa e coadiuvano il Direttore Generale nell'esercizio delle funzioni ad esso spettanti. Essi esprimono parere sugli atti del Direttore Generale per quanto di propria competenza e su ogni questione che venga loro sottoposta ed inoltre:

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

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

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

#### - **Il Direttore Sanitario**

Il Direttore Sanitario coordina 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.

Inoltre:

- partecipa con il Direttore Amministrativo, unitamente al Direttore Generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'Azienda;
- coordina i servizi sanitari negli ambiti previsti dal D. Lgs. n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni e dalle Leggi Regionali fatte salve le competenze, le responsabilità

e le funzioni individuali dei singoli dirigenti previste dall'articolo 16 e 17 del D. Lgs. 29/93 e successive modifiche ed integrazioni;

- assume diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza;
- concorre, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni del Direttore Generale;
- assicura il coordinamento delle diverse linee di attività svolte nei Distretti, nei Presidi Ospedalieri e nei Dipartimenti;
- svolge ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, su delega del Direttore Generale, fermo restando ogni altra competenza attribuitagli dalla legislazione vigente, dal presente atto e dai regolamenti aziendali;
- Presiede il Consiglio dei Sanitari.

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

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

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

#### - **Il Direttore Amministrativo**

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



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

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

#### - **La Conferenza dei Sindaci**

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

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

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

- provvede alla definizione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività dell'ASL Napoli 2 Nord;
- esamina il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio di esercizio dell'Azienda, rimettendo alla Regione le relative osservazioni;
- verifica l'andamento generale dell'attività dell'Azienda segnalando al Direttore Generale ed alla Giunta Regionale valutazioni e proposte anche con la finalità di assicurare l'adeguata erogazione delle prestazioni previste dai livelli uniformi di assistenza;
- contribuisce alla definizione dei piani attuativi programmatici dell'Azienda trasmettendo al Direttore Generale ed alla Giunta Regionale valutazioni e proposte;
- esercita ogni altra funzione riservata alla sua competenza dalle disposizioni vigenti.

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

La Conferenza, in attuazione delle norme specifiche vigenti in materia (art. 3, comma 14 del D.L.gs 502/92 e s.m.i), svolge le sue funzioni tramite una rappresentanza (Comitato di Rappresentanza dei Sindaci) costituita nel suo seno da non più di cinque componenti nominati dalla stessa Conferenza, con modalità di esercizio delle funzioni dettate dalla normativa regionale, fra i quali viene nominato il Presidente. I rapporti tra Azienda e Conferenza dei Sindaci sono assicurati dal Direttore Generale e dal Presidente della Conferenza. Il Direttore Generale, sulla base di opportune intese con la Conferenza dei Sindaci assicura i rapporti tra questa e l'Azienda, assumendo le misure organizzative e gli atti necessari affinché la Conferenza possa svolgere la sua funzione di organismo di controllo e di indirizzo. Il Direttore Generale svolge altresì un ruolo attivo nei confronti della Conferenza dei Sindaci, nella definizione delle linee di indirizzo socio-sanitario per il raggiungimento degli obiettivi di salute in ambito territoriale.

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

## Art. 15 - Organismi, Comitati Aziendali

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

### - **L'Organismo Indipendente di Valutazione**

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

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

L'Organismo Indipendente di Valutazione verifica il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati e, sulla base delle performance organizzative e individuali conseguite, relaziona in merito. Nel rispetto della normativa vigente a supporto di una corretta gestione operativa e del monitoraggio dell'andamento e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati, l'Azienda si dota di un'adeguata organizzazione amministrativa e contabile, nonché di adeguate procedure di controllo interno in grado di garantire affidabilità e funzionalità dei sistemi di controllo.

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

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

### - **Il Collegio Tecnico**

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

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

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

Il Collegio Tecnico è nominato dal Direttore Generale.

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

### - Consiglio dei Sanitari

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

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

### - Il Comitato Etico

Il Comitato Etico, nel rispetto della normativa vigente, svolge funzioni di valutazione, di monitoraggio e di controllo delle sperimentazioni cliniche relative a prodotti medicinali e dispositivi chirurgici impiantabili. Esso formula il parere etico con particolare riguardo alla qualità scientifica dei Protocolli di Studio, dei metodi e dei documenti per l'informazione dei soggetti onde ottenerne il Consenso Informato, secondo le modalità ed i tempi previsti dalla norma e secondo criteri di riservatezza e di segretezza.

Il Comitato, inoltre, svolge:

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

Con proprio Atto Deliberativo n. 224 del 27/04/2023 la Giunta Regionale della Campania ha istituito il "**Comitato Etico Campania 1**" competente per le attività di sperimentazione e ricerca biomedica a cui fanno riferimento Comitato Etico IRCCS Pascale – A.O.R.N. Santobono-Pausilipon competente per le attività di sperimentazione e ricerca dell'IRCCS Pascale, A.O.R.N. Santobono-Pausilipon, IRCCS SDN e IRCCS Maugeri e "Comitato Etico Campania Centro" competente per le attività di sperimentazione e ricerca biomedica dell'A.S.L. Napoli 1 Centro" e ASL Napoli 2 Nord.

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

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

### - **Commissione per Il Prontuario Terapeutico**

È un organismo consultivo con la funzione di:

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

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

### - **Comitato per il Buon Uso del Sangue (Co.B.U.S.)**

Il Comitato, costituito ai sensi del D.M. Sanità 1 settembre 1995 e legge n. 219/2005, è un organismo consultivo che ha il compito di:

- a. predisporre e aggiornare le linee guida per l'utilizzo clinico appropriato degli emocomponenti e dei medicinali emoderivati;
- b. predisporre protocolli finalizzati alla prevenzione della trasfusione evitabile, con particolare riferimento alla preparazione del paziente a trattamenti chirurgici programmati (Patient Blood Management);
- c. definire protocolli per limitare il ricorso al predeposito mediante autotrasfusione in conformità alla normativa vigente e sulla base di evidenze scientifiche consolidate;
- d. definire procedure per l'appropriata applicazione dell'emodiluizione pre-operatoria e del recupero intra e peri-operatorio;
- e. definire ed attuare le procedure per la sicurezza della trasfusione al letto del paziente in sinergia con la funzione deputata alla gestione del rischio clinico;
- f. effettuare il monitoraggio della pratica trasfusionale nei singoli reparti, attraverso Audit Clinici;
- g. controllare e monitorare l'appropriatezza clinica delle pratiche trasfusionali;
- h. favorire la condivisione di procedure tra il Servizio Trasfusionale, la funzione deputata alla gestione del rischio clinico e gli utilizzatori di sangue e dei suoi prodotti per consolidare il reporting degli eventi avversi trasfusionali e degli eventi al fine di migliorare la sicurezza del paziente;
- i. contribuire al perseguimento dell'autosufficienza di sangue, emocomponenti e medicinali emoderivati
- j. diffondere presso Enti/Case di cura presenti sul territorio di afferenza aziendale le indicazioni, i protocolli e le procedure elaborate

Il CoBUS è presieduto dal Direttore Sanitario Aziendale ed è costituito da componenti nominati con atto del Direttore Generale.

### - **Il Comitato per il Controllo delle Infezioni Ospedaliere**

La ASL Napoli 2 Nord istituisce il Comitato per il Controllo delle Infezioni Ospedaliere con compiti di indirizzo, coordinamento, programmazione e verifica delle attività finalizzate al coordinamento strategico per la lotta alle infezioni correlate all'assistenza ospedaliera:

- acquisisce e diffonde la documentazione scientifica di livello internazionale e nazionale;
- recepisce, contestualizza e diffonde le innovazioni normative nazionali e regionali;
- promuove procedure aziendali per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza ospedaliera;
- promuove la realizzazione di corsi di formazione ed informazione per gli operatori addetti all'assistenza ospedaliera e per quelli che si occupano della rilevazione e della registrazione dei dati;
- effettua la mappatura del rischio a livello aziendale ed elabora programmi di lotta alle infezioni correlate all'assistenza ospedaliera;
- elabora procedure specifiche basate sulla buona prassi;
- coordina ed effettua il monitoraggio delle attività dei CIO presidiali e fornisce agli stessi gli indirizzi per la programmazione annuale;
- provvede alla stesura di una relazione annuale inerente le iniziative messe in campo ed i risultati ottenuti.

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

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

### - **Comitato aziendale per l'antibiotico-resistenza**

Le attività del Comitato aziendale per l'antibiotico-resistenza si integrano con le attività del Comitato per il Controllo delle Infezioni Ospedaliere, arricchendosi anche della componente veterinaria secondo la logica dell'Approccio "One Health", ovvero uno sforzo congiunto di più discipline professionali con uno scopo comune che si può riassumere in tre obiettivi prioritari:

- prevenire e ridurre le infezioni, soprattutto quelle correlate all'assistenza sanitaria
- promuovere e garantire un uso prudente degli antimicrobici
- ridurre al minimo l'incidenza e la diffusione dell'antibiotico-resistenza e i rischi per la salute umana e animale ad essa correlati.

### - **Commissione HTA Aziendale**

Con il termine **Health Technology Assessment (HTA)** si intende la procedura che consente di scegliere tra tecnologie alternative, attraverso un approccio di valutazione multidimensionale e multidisciplinare per l'analisi delle implicazioni medico-cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali di una tecnologia (apparecchiature biomedicali, dispositivi medici,

farmaci, procedure cliniche, modelli organizzativi, programmi di prevenzione e promozione della salute), attraverso la valutazione di più dimensioni quali l'efficacia, la sicurezza, i costi, l'impatto sociale e organizzativo. La Commissione HTA Aziendale esamina la richiesta di introduzione di tecnologie biomediche (in possesso del marchio CE e/o con indicazioni riferite al medesimo marchio) adottando la metodologia ed i criteri del Technology Assessment. La Commissione HTA è presieduta dal Direttore Sanitario, in qualità di Presidente che ne assume il Coordinamento. Le specifiche organizzative e di funzionamento della Commissione HTA sono riportate nel peculiare Regolamento aziendale.

#### - **Team per la gestione del rischio clinico**

La gestione del rischio clinico è una metodologia che, mediante un approccio sistemico del rischio, si prefigge di esaminare i fattori che influenzano la pratica clinica in ogni suo stadio fornendo indicazioni per appropriati interventi e piani di riduzione degli errori, con conseguente miglioramento qualitativo complessivo sia della sicurezza che dell'appropriatezza assistenziale. La gestione del rischio clinico costituisce uno degli obiettivi più importanti della politica sanitaria regionale. La Giunta Regionale con delibera n. 1688/2005 ha adottato un documento tecnico contenente indicazioni programmatiche per l'avvio di apposite metodologie, sistemi e strumenti finalizzati alla gestione del rischio clinico.

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

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

L'attività del Risk Management dovrà essere riferita a:

- a) definire gli strumenti per l'individuazione e la valutazione dei momenti di rischio e delle situazioni incidentali;
- b) individuare le criticità più o meno latenti;
- c) individuare strumenti ed azioni (correttive e preventive) per la riduzione dei danni al paziente, al patrimonio e per la riduzione del contenzioso legale.

Le modalità per l'espletamento delle suddette finalità sono:

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

#### - **Commissione Paritetica ALPI**

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

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

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

La commissione individua eventuali punti critici e propone alla Direzione Generale gli opportuni correttivi e/o provvedimenti da adottare ivi incluse le penalizzazioni in caso di violazione delle disposizioni vigenti, nonché le misure conseguenti ad un insoddisfacente livello di attività. I componenti della Commissione, nominati con apposito atto deliberativo, beneficiano di parte del fondo perequativo.

#### - **Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità**

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

Il Comitato unico di garanzia ha compiti propositivi, consultivi e di verifica e opera in collaborazione con la consigliera od il consigliere nazionale di parità. Contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori. L'Azienda disciplina, con regolamento dedicato, le modalità di funzionamento del Comitato unico di garanzia in ottemperanza alle linee guida emanate ai sensi del comma 4, art. 57, del D. Lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii.

#### - **Ufficio Transizione al Digitale**

Come disposto dall'articolo 17, c.1 del decreto legislativo 82/2005 e ss.mm.ii. l'Azienda si è dotata di apposito ufficio denominato Ufficio Transizione al Digitale (UTD) cui affidare: la transizione alla modalità operativa digitale e i conseguenti processi di riorganizzazione finalizzati alla realizzazione di un'amministrazione digitale e aperta, di servizi facilmente utilizzabili e di qualità, attraverso una maggiore efficienza ed economicità.

Al suddetto ufficio sono attribuiti i compiti relativi a:

- a. coordinamento strategico dello sviluppo dei sistemi informativi, di telecomunicazione e fonia, in modo da assicurare anche la coerenza con gli standard tecnici e organizzativi comuni;
- b. indirizzo e coordinamento dello sviluppo dei servizi, sia interni che esterni, forniti dai sistemi informativi di telecomunicazione e fonia dell'amministrazione;

- c. indirizzo, pianificazione, coordinamento e monitoraggio della sicurezza informatica relativamente ai dati, ai sistemi e alle infrastrutture anche in relazione al sistema pubblico di connettività, nel rispetto delle regole tecniche di cui all'articolo 51, comma 1;
- d. accesso dei soggetti disabili agli strumenti informatici e promozione dell'accessibilità anche in attuazione di quanto previsto dalla legge 9 gennaio 2004, n. 4;
- e. analisi periodica della coerenza tra l'organizzazione dell'amministrazione e l'utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, al fine di migliorare la soddisfazione dell'utenza e la qualità dei servizi nonché di ridurre i tempi e i costi dell'azione amministrativa;
- f. cooperazione alla revisione della riorganizzazione dell'amministrazione ai fini di cui alla lettera e);
- g. indirizzo, coordinamento e monitoraggio della pianificazione prevista per lo sviluppo e la gestione dei sistemi informativi di telecomunicazione e fonia;
- h. progettazione e coordinamento delle iniziative rilevanti ai fini di una più efficace erogazione di servizi in rete a soggetti giuridici mediante gli strumenti della cooperazione applicativa tra pubbliche amministrazioni, ivi inclusa la predisposizione e l'attuazione di accordi di servizio tra amministrazioni per la realizzazione e compartecipazione dei sistemi informativi cooperativi;
- i. promozione delle iniziative attinenti l'attuazione delle direttive impartite dal Presidente del Consiglio dei Ministri o dal Ministro delegato per l'innovazione e le tecnologie;
- j. pianificazione e coordinamento del processo di diffusione, all'interno dell'amministrazione, dei sistemi di identità e domicilio digitale, posta elettronica, protocollo informatico, firma digitale o firma elettronica qualificata e mandato informatico, e delle norme in materia di accessibilità e fruibilità nonché del processo di integrazione e interoperabilità tra i sistemi e servizi dell'amministrazione e quello di cui all'articolo 64-bis;
- k. pianificazione e coordinamento degli acquisti di soluzioni e sistemi informatici, telematici e di telecomunicazione al fine di garantirne la compatibilità con gli obiettivi di attuazione dell'agenda digitale e, in particolare, con quelli stabiliti nel piano triennale di cui all'articolo 16, comma 1, lettera b).

Oltre i compiti espressamente previsti dalla Circolare n. 3 del 1 ottobre 2018 del Ministro della Pubblica Amministrazione, sono attribuiti al Responsabile dell'U.T.D. anche quelli sottoelencati in ragione della trasversalità della figura:

- a) costituire tavoli di coordinamento con gli altri dirigenti dell'amministrazione e/o referenti nominati da questi ultimi;
- b) costituire gruppi tematici per singole attività e/o adempimenti (*ad esempio: pagamenti informatici, piena implementazione di SPID, gestione documentale, apertura e pubblicazione dei dati, accessibilità, sicurezza, ecc.*);
- c) proporre l'adozione di circolari e atti di indirizzo sulle materie di propria competenza (*ad esempio, in materia di approvvigionamento di beni e servizi ICT*);
- d) adottare opportuni strumenti di raccordo e consultazione del RTD con le altre figure coinvolte nel processo di digitalizzazione della pubblica amministrazione (*responsabili per la gestione, responsabile per la conservazione documentale, responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, responsabile per la protezione dei dati personali*);



- e) predisporre il Piano triennale per l'informatica della singola amministrazione, nelle forme e secondo le modalità definite dall'Agenzia per l'Italia digitale;
- f) predisporre una relazione annuale sull'attività svolta dall'Ufficio da trasmettere al vertice politico aziendale.

Tali compiti e funzioni sono incardinati nella U.O.C. Sistemi Informativi e Transizione Digitale, con l'obiettivo di integrare e coordinare tutte le specifiche linee di attività.

#### - **Comitato Valutazione Sinistri**

Il CVS ha il compito di valorizzare e gestire le richieste di risarcimento per i sinistri derivanti da responsabilità medico-sanitaria, stabilendo - ove possibile - se le stesse rientrano o meno nel valore della franchigia definita dal vigente contratto di polizza.

Il CVS svolge le attività elencate di seguito, in modo indicativo e non esaustivo:

- individua la strategia condivisa di gestione del sinistro;
- valuta il coinvolgimento di ulteriori e diverse professionalità necessarie per l'analisi della fattispecie in esame;
- valuta le eventuali responsabilità in casi di colpa medica ed il conseguenziale impatto economico del danno;
- esamina, in relazione al nesso di causalità tra l'evento ed il danno lamentato, le richieste di risarcimento danni derivanti da responsabilità professionale sanitaria formulate nei confronti dell'Azienda;
- esprime al Legale Rappresentante p.t. un proprio parere e/o formula la propria proposta di definizione del sinistro, in ogni caso non vincolante.

#### - **Comitato Percorso Nascita Aziendale**

Il Comitato Percorso Nascita aziendale, istituito ai sensi del DCA n.16 del 16/02/2015 e s.m.i ha il compito di diffondere in maniera capillare le Linee guida vigenti e di vigilare sulle macrostrutture per l'aderenza alle stesse in ogni punto nascita; promuove e condivide con i servizi operanti all'interno del Dipartimento Materno-infantile, con i Distretti Sanitari e con la rete dei Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta i percorsi clinico-assistenziali; individua modelli organizzativi di continuità assistenziale che contemplino la distinzione di percorsi tra gravidanza fisiologica e a rischio.

#### - **Unità di Crisi Aziendale (UCA)**

Organismo tecnico-consultivo multidisciplinare in cui sono rappresentate le figure chiave dell'Organizzazione Sanitaria e Tecnico/Amministrativa aziendale. L'UCA ha il compito di analizzare ed affrontare le situazioni di maxi-emergenza nonché di coadiuvare la Direzione Aziendale nell'assumere le decisioni del caso a seconda della specifica natura e dimensione della maxiemergenza in atto, al fine di assicurare in modo continuativo ed efficace una risposta adeguata e tempestiva ad ogni situazione.

## Art. 16 - Adozione Regolamenti Aziendali

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

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

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

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

## **Capo III - Sistema di Governance, Funzioni dell'Azienda e Strutture Organizzative**

## Art. 17 - Sistema di Governance

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

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

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

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

La Direzione Strategica è supportata tecnicamente dai servizi di staff dei quali si avvale per presidiare tutte le fasi del governo dell'Azienda secondo un percorso processuale che si estrinseca attraverso le seguenti tappe fondamentali:

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

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

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

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

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

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

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

#### **c. La semplificazione delle procedure**

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

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

#### **d. La trasparenza del proprio agire**

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

#### **- Il Governo Economico Finanziario**

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

Il governo economico-finanziario, quindi, consente di garantire l'equilibrio tra le risorse assegnate dalla Regione (con riferimento alle quote capitarie e a quelle introitate dall'azienda) e i livelli essenziali di assistenza garantiti dall'azienda direttamente o tramite l'acquisto di prestazioni sanitarie dai soggetti erogatori accreditati esterni. Il governo economico è inserito nel più generale processo di programmazione e controllo in modo da collegarlo con il governo clinico. Esso è sviluppato e valorizzato sia a livello complessivo di azienda che a livello di ciascuna delle strutture operative di produzione/erogazione, presidi ospedalieri, distretti, dipartimenti.

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

### **Art. 18 - L'attività dell'Azienda per funzioni**

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

#### **- La funzione di committenza**

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

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

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

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

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

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

L'esercizio della funzione di committenza trova concreta attuazione nel piano annuale preventivo di cui all'art 6, comma 5, della legge 724/94, all'art. 2, comma 8, della legge 549/95, all'art. 8-quinquies del D. Lgs 229/99 nonché alle specifiche disposizioni della regione.

#### - **La funzione di produzione**

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

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

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

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

In quest'ottica, si prefigura un modello in cui la Direzione Strategica e i Direttori dei Distretti, col supporto delle Strutture di Staff e dei Direttori dei PO Aziendali, definiscono strategie e obiettivi

ed organizzano le risorse. Successivamente si procede a negoziare con gli erogatori i livelli quali-quantitativi dell'offerta e i risultati attesi secondo criteri di qualità tecnica e organizzativa.

#### - **La funzione di programmazione**

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

### **Art. 19 - Le Strutture Organizzative**

#### - **Le Strutture**

Le Strutture dell'Azienda sono:

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

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

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

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

#### - **Livelli Funzionali**

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

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

- **Strutture di staff al livello centrale**

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

Assolvono a due particolari tipologie di compiti:

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

- **Strutture di staff alla Direzione Generale Aziendale**

- U.O.C. Prevenzione e Protezione aziendale.
- U.O.C. Gabinetto della Direzione Strategica, Comunicazione e Monitoraggio delle progettualità.
- U.O.C. Servizio Ispettivo Amministrativo - Internal auditing.

- **Strutture di staff alla Direzione Sanitaria Aziendale**

1. U.O.C. Qualità, Risk Management
2. U.O.C. Formazione, Aggiornamento e Polo Didattico Universitario
3. U.O.C. Appropriatelyzza clinica ed organizzativa
4. U.O.C. Servizio delle Professioni Sanitarie
5. U.O.C. Reti Clinico Assistenziali e Tutela della continuità delle cure
6. U.O.C. URP e Marketing Sanitario
7. U.O.C. Servizio Ispettivo Sanitario
8. U.O.C. Programmazione e Continuità Ospedale-Territorio
9. U.O.C. Direzione Medica di Presidio PO Pozzuoli
10. U.O.C. Direzione Medica di Presidio PO Giugliano
11. U.O.C. Direzione Medica di Presidio PO Frattamaggiore
12. U.O.C. Direzione Medica di Presidio PO Ischia

- **Strutture di staff alla Direzione Amministrativa Aziendale**

1. U.O.C. Gestione Risorse Umane
2. U.O.C. Sistemi Informativi e Transizione Digitale
3. U.O.C. Affari Legali
4. U.O.C. Acquisizione beni e servizi
5. U.O.C. Affari Generali
6. U.O.C. Gestione Risorse Economiche Finanziarie
7. U.O.C. Sistema Premiante, Sistema Valutazione
8. U.O.C. Gestione Risorse Tecniche e Tecnologiche
9. U.O.C. Controllo di Gestione e Budgeting
10. U.O.C. Sviluppo Organizzativo e Innovazione



- 11. U.O.C. Direzione Amministrativa Ospedali Area 1
- 12. U.O.C. Direzione Amministrativa Ospedali Area 2

Tali uffici, nel loro complesso, costituiscono per la Direzione Strategica il primo ed essenziale strumento utile ad esercitare la propria funzione di “**governo**” ossia di indirizzo, programmazione e controllo sulla gestione dell’attività complessiva dell’Azienda. Le funzioni dirigenziali relativamente a tali servizi e le relative responsabilità, sono attribuiti nei modi previsti dalla normativa vigente.

- **Strutture Afferenti al Livello Operativo**

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

- a. **Strutture aventi per missione la prevenzione:** si tratta di Unità Operative che afferiscono al Dipartimento di Prevenzione
- b. **Strutture aventi per missione l’assistenza sanitaria territoriale:**
  - 13 Distretti Sanitari
  - Dipartimento di Salute Mentale
  - Dipartimento delle Dipendenze Patologiche
  - Dipartimento Funzionale delle Cure Territoriali
- c. **Strutture aventi per missione l’assistenza sanitaria ospedaliera:**
  - Presidio Ospedaliero “Santa Maria delle Grazie” di Pozzuoli (*comprensivo dello Stabilimento Gaetanina Scotto di Perrotolo di Procida*)
  - Presidio Ospedaliero “San Giovanni di Dio” di Frattamaggiore
  - Presidio Ospedaliero “San Giuliano” di Giugliano in Campania
  - Presidio Ospedaliero “Anna Rizzoli” di Lacco Ameno – Ischia
  - Dipartimento Funzionale di Area Chirurgica
  - Dipartimento Funzionale di Area Medica
  - Dipartimento Funzionale di Oncologia
  - Dipartimento Funzionale di Diagnostica di Laboratorio
- d. **Strutture aventi per missione l’assistenza sanitaria territoriale e ospedaliera**
  - Dipartimento Funzionale Transmurale Farmaceutico
  - Dipartimento Funzionale Transmurale Materno-Infantile
  - Dipartimento Funzionale Transmurale dell’Emergenza e dell’Area Critica
  - Dipartimento Funzionale Transmurale di Diagnostica per Immagini

## Art. 20 - Attribuzioni dei Dirigenti

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

Sono riservati al Direttore Generale le funzioni di indirizzo politico-amministrativo, la definizione degli obiettivi, le priorità, i piani, i programmi e le direttive generali per l’azione amministrativa e

per la gestione. Sono di competenza propria dei dirigenti tutti i compiti di attuazione degli obiettivi e dei programmi definiti con gli atti di indirizzo adottati dal Direttore Generale.

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

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

I dirigenti, nell'ambito della propria sfera di autonomia decisionale, gestionale e operativa, hanno il compito di attuare l'indirizzo politico, individuando tra le possibili alternative gestionali quella più consona al raggiungimento degli obiettivi assegnati, utilizzando le risorse di cui sono dotati. La posizione di dirigente, quale situazione funzionale legata al conferimento di un incarico a tempo determinato, presuppone la flessibilità degli incarichi e un costante controllo e selezione della dirigenza, favorendone la mobilità, sia orizzontale che verticale.

#### - **Unità Operative Complesse**

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

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

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

- a. attività di produzione di prestazioni o servizi sanitari, tecnico professionali che richieda un significativo volume di risorse;
- b. assegnazione di rilevanti dotazioni tecnico strumentali;
- c. autonomia organizzativa e alto grado di responsabilità;
- d. livelli ottimali di operatività delle risorse disponibili;
- e. assegnazione di obiettivi strategici per la programmazione aziendale;
- f. afferenza diretta e/o funzionale di rilevanti risorse e rilevanti professionalità, in termini di dotazione organica, la cui entità indichi la necessità di conferire la relativa autonomia gestionale.

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

- assumono la piena ed esclusiva responsabilità che l'autonomia organizzativa esercitata dal proprio ruolo richiede;
- formulano proposte ed esprimono pareri al Direttore Generale nelle materie di loro competenza;
- curano l'attuazione dei piani, programmi e direttive definite dal Direttore Generale nell'ambito degli obiettivi assegnati;
- propongono al Direttore Generale l'attribuzione degli ulteriori incarichi dirigenziali, secondo le modalità definite in contrattazione decentrata ed adottate dall'azienda, definiscono gli obiettivi che i dirigenti loro assegnati devono perseguire ed attribuiscono le conseguenti risorse umane, finanziarie e materiali;

- concorrono alla valutazione delle attività dirigenziali dei dirigenti di struttura semplice, con esclusione delle strutture semplici dipartimentali, del personale dirigenziale e di tutto il personale assegnato in applicazione alle specifiche discipline contrattuali;
- adottano gli atti relativi all'organizzazione delle strutture loro assegnate;
- coordinano e controllano l'attività dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti amministrativi anche mediante l'emanazione di direttive e propongono l'adozione nei confronti dei dirigenti, delle misure previste dal D.Lgs..165/2001;
- svolgono l'attività di organizzazione e gestione del personale, curano i rapporti con l'esterno nelle materie di propria competenza, nello specifico ambito delle azioni necessarie a raggiungere gli obiettivi ad essi attribuiti dal Direttore Generale. Attuano tale compito impegnando l'Azienda nei confronti di terzi solo per le specifiche attività di propria competenza e nei limiti determinati dalla Direzione.

#### - **Unità Operative Semplici Dipartimentali**

Le Unità Operative Semplici Dipartimentali sono dotate di responsabilità ed autonomia professionale, organizzativa e gestionale. Esse svolgono funzioni non convenientemente esercitabili da strutture complesse già esistenti con metodologie e tecniche di intervento complementari e integrative, o per attività svolte a favore di una pluralità di strutture complesse. Sono affidate alla responsabilità di un dirigente secondo le normative contrattuali e finalizzate a massimizzare la peculiarità delle professionalità e delle attività cliniche, assistenziali e tecniche in funzione della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate che riguardino, in via prioritaria, metodologie e tecniche di intervento complementari e integrative al funzionamento delle altre unità operative del dipartimento e solo in via secondaria, a dare soluzione a problemi organizzativi.

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

Tale incarico ha durata da tre a cinque anni, rinnovabile, è sottoposto a verifica annuale e a termine. I dirigenti di struttura semplice dipartimentale hanno i seguenti compiti e responsabilità:

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

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

#### - **Unità Operative Semplici**

Le Unità Operative Semplici sono l'articolazione di strutture complesse che utilizzino una congrua percentuale di risorse umane, tecniche e finanziarie, sia in base alle caratteristiche delle attività svolte che alle prestazioni erogate. Sono finalizzate a massimizzare la peculiarità delle professionalità e delle attività cliniche, assistenziali e tecniche in funzione della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e/o, in via secondaria, che riguardino metodologie o integrazioni di tipo organizzativo. L'attribuzione di incarico di struttura semplice è effettuata dal Direttore Generale, su proposta dei Direttori di struttura complessa secondo le modalità definite in contrattazione decentrata e adottate dall'Azienda.

Tale incarico ha durata da tre a cinque anni, rinnovabile, è sottoposto a verifica annuale e a termine. I Dirigenti con incarico di responsabilità di strutture semplici, nell'ambito delle funzioni definite dal TU e dal CCNL svolgono le seguenti funzioni:

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

#### - **Settori, Uffici**

Possono essere istituiti Settori organizzativi o Uffici quali articolazioni interne di strutture semplici. Tali articolazioni strutturali, nel contesto dell'organizzazione aziendale sono dotate di quella autonomia tecnico – funzionale propria della funzione dirigenziale, con obiettivi assegnati nell'ambito della programmazione e degli indirizzi operativi ricevuti dal dirigente della struttura sovraordinata. Quali articolazioni interne di struttura sovraordinata, si caratterizzano per la specificità e qualificazione professionale. Secondo la graduazione di responsabilità dell'incarico, si distinguono in strutture la cui funzione ha ricaduta sull'intero territorio aziendale ed in strutture aventi una ricaduta funzionale limitata ad una parte di esso. L'incarico di responsabile di settore, modulo o ufficio è attribuito dal Direttore Generale su proposta del Dirigente sovraordinato (anche a posizione organizzativa) e si configura come incarico di articolazione interna secondo le modalità definite in contrattazione decentrata e recepite dall'azienda.

#### - **Aree Funzionali Omogenee**

Le Aree Funzionali Omogenee (AFO) sono organismi organizzativi, finalizzati a garantire una gestione ottimale e trasversale delle risorse tra diversi reparti, servizi o discipline. La missione delle AFO è quella di garantire il passaggio di competenze, risorse e procedure tra diverse articolazioni (anche se collocate su diversi Presidi Ospedalieri, Distretti o Dipartimenti) così da rendere più omogeneo, snello, completo, efficiente ed efficace il percorso assistenziale.

L'Azienda assegna la direzione delle AFO a Direttori di U.O.C. o Responsabili di UOS/UOSD. La valorizzazione del ruolo della direzione dell'AFO avviene mediante la pesatura delle funzioni organizzative, effettuata in sede di contrattazione decentrata.

#### - **Aree di Coordinamento**

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

#### - **Incarichi di natura professionale**

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

L'attribuzione di incarico di struttura semplice è effettuata dal Direttore Generale, su proposta dei Direttori di struttura complessa secondo le modalità definite in contrattazione decentrata e adottate dall'Azienda. Tale incarico ha durata da tre a cinque anni, rinnovabile, è sottoposto a verifica annuale e a termine.

## **Art. 21 - Criteri e parametri per costituzione, mantenimento e riconversione delle U.O. in Ambito Ospedaliero**

#### - **U.O.C. Ospedaliero**

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

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

Pertanto, i parametri fissati dal Comitato LEA per l'individuazione delle strutture complesse nei Presidi Ospedalieri delle Aziende Sanitarie Locali è di 1 Struttura Complessa ogni 22 posti letto. Con il DCA 103/2018 vengono assegnati e programmati per la ASL Napoli 2 Nord n° 823 posti letto, incrementati di 4 posti letto di Terapia Intensiva presso il P.O. di Pozzuoli ai sensi della DGRC 378/2020 e della DGRC 168/2022, per un totale complessivo di n° 827 posti letto.

Lo stesso DCA 103/2018 precisa che lo standard di riferimento è di 1 (una) U.O.C. ogni 22 posti letto è da intendersi a livello aziendale, salvo essere declinato dall'azienda in modo diverso da presidio a presidio, e che le U.O.C. per discipline senza posti letto potranno essere attinte anche da quelle previste per le strutture territoriali. Alla ASL Napoli 2 Nord, sono attribuite **37 U.O.C.**

in ambito ospedaliero. Occorre evidenziare che, in base al recente aggiornamento della qualificazione delle U.O.C., queste sono state individuate sulla base di una adeguata dotazione di risorse professionali, operative e organizzative, rispetto alla necessità di contare su una massa critica adatta qualitativamente e quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi. Inoltre si è tenuto conto (e si terrà conto in futuro) della quantità e qualità adeguate delle performance realizzate sul piano del trattamento diagnostico, terapeutico e riabilitativo dei pazienti, nonché di quelle garantite da servizi sanitari specialistici specifici che agiscono da supporto alle attività sanitarie in funzione. Le U.O.C. individuate, ed analiticamente dettagliate nell'allegato al presente Atto, sono state raggruppate in due dipartimenti a valenza sia territoriale che ospedaliera (Dipartimento Integrato dell'Emergenza e dell'Area Critica e Dipartimento Materno Infantile), due dipartimenti funzionale a valenza esclusivamente ospedaliera (Dipartimento dell'Area Medica Dipartimento dell'Area Chirurgica), e un dipartimento funzionale (Dipartimento Oncologico) per rendere uniformi ed univoche le procedure ed i trattamenti nei cinque presidi ospedalieri dell'Azienda.

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

Le U.O.C. dovranno assicurare il mantenimento di adeguati volumi di attività tramite il contenimento della degenza, il livello di utilizzazione delle sale operatorie, dei servizi ambulatoriali e dei laboratori di diagnostica, e la conseguente realizzazione dei medesimi livelli di **outcome/output** pur riducendo la quantità di risorse (posti letto, sedute operatorie, spazi ambulatoriali, strumenti diagnostici, ecc.) utilizzata.

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

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

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

Le U.O.C. diagnostiche:

- erogano prestazioni a pazienti ricoverati in modo da consentire di contenere i tempi di esecuzione e di risposta entro termini concordati utili per l'ottimale sviluppo delle politiche cliniche e assistenziali, per la conclusione tempestiva delle attività svolte in regime di

degenza ordinaria o a ciclo diurno, per la conservazione di margini operativi calibrati di norma sul parametro H12;

- garantiscono, per quanto concerne l'attività destinata ai pazienti ambulatoriali, l'erogazione di tipologie e quantità di prestazioni in modo tale da contribuire al contenimento dei tempi di attesa entro i limiti stabiliti in sede regionale e/o nazionale, e mantenere il volume di attività allineato con criterio che prevede che le prestazioni erogate in regime istituzionale non siano in alcun caso inferiori al 50% della somma delle prestazioni totali erogate in regime istituzionale e libero-professionale.

#### - **UOSD in Ambito Ospedaliero**

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

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

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

#### - **UOS in Ambito Ospedaliero**

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

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

Le UOS e le UOSD Ospedaliere, analiticamente rappresentate nell'allegato al presente sono state individuate tenendo conto dei parametri sopra descritti e di quanto stabilito dal DCA 33/2016 ovvero 1,31 UOS per ogni U.O.C. programmata.

## Art. 22 - Criteri e Parametri per la costituzione, il mantenimento e la riconversione delle Unità Operative in Ambito Territoriale

### - U.O.C. in ambito Territoriale

Il DCA 18/2013 ha stabilito i criteri per la individuazione delle U.O.C. Territoriali rispetto ai parametri della popolazione assistita, riconfermati poi anche dal DCA 33/2016, ovvero, 1 (una) U.O.C. ogni **13.515** residenti e quindi **78 UU.OO.CC. Territoriali**.

Nel rispetto delle linee guida regionali, le U.O.C. garantiscono:

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

Le Unità Operative Complesse di norma sono caratterizzate da:

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

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

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

### - UOSD in ambito territoriale

Le UOSD territoriali garantiscono:

- adeguata gestione di risorse umane, strutturali, strumentali e materiali indispensabili per realizzare gli obiettivi di cui ai successivi punti;
- capacità di erogare autonomamente servizi sul territorio;
- funzione strategicamente rilevante per il buon funzionamento del Dipartimento e delle U.O.C. in esso comprese, senza sovrapposizione con le attività delle stesse;
- performance quali-quantitativamente misurabile orientata ai fini delle attività di prevenzione, medico-legali, di controllo della spesa farmaceutica convenzionata, del trattamento



diagnostico, terapeutico e riabilitativo degli utenti, in funzione del conseguimento di idonei livelli di valorizzazione economica del prodotto reso disponibile, ove previsto.

#### - **UOS in ambito Territoriale**

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

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

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

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

### **Art. 23 - Conferimento e revoca degli incarichi**

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

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

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

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

Non potranno essere previsti incarichi dirigenziali, incarichi di posizioni organizzative e di coordinamento finanziati con risorse a carico del bilancio aziendale e non a carico dei fondi contrattuali. Nel caso in cui si rilevasse che gli incarichi affidati non trovino copertura nelle

risorse dedicate dei fondi contrattuali come rideterminati, dovrà essere rimodulata la graduazione degli incarichi affinché si trovi adeguata copertura, fatta salva, in alternativa, la riduzione degli incarichi.

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

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

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

Ai sensi di quanto disposto dall'articolo 9, comma 32, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, l'Azienda che, alla scadenza di un incarico di livello dirigenziale, anche in dipendenza dei processi di riorganizzazione, non intende, anche in assenza di una valutazione negativa, confermare l'incarico conferito al dirigente, conferisce al medesimo dirigente un altro incarico, anche di valore economico inferiore.

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

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

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

#### - **Attribuzione e revoca degli incarichi della dirigenza sanitaria**

In particolare l'Azienda:

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

attribuisce gli incarichi in base dei seguenti principi:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### - **Valutazione degli incarichi dei dirigenti**

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

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

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

#### - **La responsabilizzazione gestionale**

La responsabilità gestionale è principio cardine della **governance** dell'A.S.L. Napoli 2 Nord e condizione necessaria per il raggiungimento dei livelli di efficacia ed efficienza attesi.

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

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

L'ASL Napoli 2 Nord, per migliorare l'efficienza e l'efficacia delle attività svolte e per sviluppare un forte orientamento ai risultati, intende realizzare una responsabilizzazione diffusa che comprenda, inoltre, i comportamenti messi in atto dai singoli professionisti e dagli operatori.

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

#### - **Le deleghe e i poteri**

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

Il Direttore Generale, per le finalità sopra descritte ed ove lo ritenga opportuno, può delegare le proprie funzioni al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario, ai Direttori di Dipartimento

nonché ai Direttori di struttura complessa, con riferimento ad interi ambiti di attività ovvero per l'adozione di singoli atti, anche a valenza esterna.

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

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

Non sono previste forme di controllo preventivo sugli atti delegati.

La delega è conferita dal Direttore Generale con apposito provvedimento scritto e motivato in cui sono indicati chiaramente i soggetti delegati, le relative competenze, le tipologie di atti ed i relativi importi. Ad esso deve darsi idonea pubblicità anche mediante pubblicazione sul sito web dell'ASL Napoli 2 Nord.

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

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

L'esercizio delle funzioni delegate avviene:

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

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

Il Direttore Generale nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento può annullare o revocare, con atto formalmente motivato, i provvedimenti amministrativi illegittimi o inopportuni assunti dal delegato. Per gli atti di diritto privato invalidi o inopportuni il Direttore Generale provvede ai sensi di quanto stabilito dal codice civile.

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

#### - **Assetto degli Incarichi Professionali**

Gli incarichi ad alta specializzazione possono riguardare anche ambiti di prestazione non sanitarie, tesi a produrre servizi particolarmente complessi oppure a fornire attività di consulenza per materie ad elevato contenuto tecnico-professionale nonché per la realizzazione di programmi di ricerca, aggiornamento, tirocinio e formazione, in rapporto alle esigenze didattiche dell'Azienda. In essi prevale la specifica competenza professionale. L'individuazione di tali incarichi non prefigura necessariamente rapporti di sovra o sotto ordinazione con le Unità Operative Semplici, bensì la diretta dipendenza dalla Unità Operativa Complessa o dal direttore del Dipartimento qualora l'incarico professionale abbia valenza dipartimentale.

#### - **Revoca degli Incarichi Dirigenziali**

Gli incarichi sono revocati con atto motivato secondo le procedure previste dal CCNL della dirigenza in caso di:

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

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

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

#### - **Disciplina per il Conferimento di Incarichi non Dirigenziali**

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

## **Art. 24 - Organizzazione e Funzionamento dei Dipartimenti**

### - **Definizione**

L'articolo 17 bis del D.L.vo 502/92 così come modificato ed integrato dal D.L.vo 229/99 – definisce l'organizzazione dipartimentale come il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende Sanitarie. Il Dipartimento è una struttura di coordinamento e di direzione per lo svolgimento di funzioni complesse con compiti di orientamento, consulenza e supervisione per la funzione cui è preposto. Il Dipartimento, a seconda della sua tipologia, è costituito da strutture organizzative, semplici, semplici dipartimentali e complesse, che, per omogeneità, affinità e complementarietà hanno comuni finalità.

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

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

I Dipartimenti possono essere definiti strutturali, funzionali, integrati, transmurali; comunque siano definiti rappresentano il modello operativo dell'Azienda e svolgono attività professionali e

gestionali mediche, tecnico-sanitarie e tecnico-amministrative. L'organizzazione dipartimentale è predeterminata solo nei casi specificatamente previsti dalla legge o dalle indicazioni regionali (Dipartimento di Prevenzione, Salute Mentale, delle Dipendenze ed il Dipartimento dell'Emergenza e dell'Area Critica, Dipartimento materno-infantile).

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

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

### - **Le tipologie di Dipartimento**

In rapporto alla caratterizzazione organizzativo-funzionale si distinguono:

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

### - **Compiti dei Dipartimenti**

Tra i principali compiti dei Dipartimenti si individuano i seguenti:

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

- dell'individuazione degli indicatori critici di performance.

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

In particolare ad essi spetta il compito di:

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

Pertanto la scelta di armonizzare le competenze tecnico/professionali al fine di evitare da un lato la frammentazione delle risposte, dall'altro la variabilità delle opzioni erogative, sostanzia la focalizzazione e il valore aggiunto del dipartimento. I Dipartimenti strutturali sono caratterizzati dalla necessità di realizzare una conduzione degli interventi fortemente unitaria e pertanto sono strutturati in modo da esercitare una forte giurisdizione sulla gestione delle risorse sulla definizione degli obiettivi e sulla realizzazione delle funzioni. Tale tipologia di dipartimento assume la valenza di soggetto negoziale per l'attribuzione del budget. I Dipartimenti funzionali invece collaborano alla definizione degli obiettivi specifici di budget, favorendone la realizzazione.

L'assetto organizzativo del dipartimento presuppone:

- aggregazione di un numero congruo di unità operative complesse (non inferiore a tre e non superiore a 15). Le Unità Operative complesse costituenti i dipartimenti ospedalieri devono, di norma, essere afferenti a più discipline di cui all'art. 4 del D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 484 e successive modificazioni, con eccezione dei presidi ospedalieri monospecialistici;
- una rilevante consistenza, in termini di complessità gestionale e di quantità di risorse umane, tecniche e finanziarie utilizzate e di unità operative afferenti;
- presenza di contesti organizzativi tipici (sale operatorie, servizi e apparati diagnostici, ambulatori, servizi territoriali ecc.);
- dotazione di posti letto, servizi e/o attività congrua e funzionale al dimensionamento efficiente delle strutture.

L'individuazione e l'assetto dei Dipartimenti individuati dal presente Atto, con l'articolazione delle unità operative di afferenza, sono riportati nell'appendice **“Allegato 1 - Organigrammi”**.

#### - **Aree Interdipartimentali Organizzativo-Funzionali**

Le aree funzionali interdipartimentali rappresentano un possibile modello di gestione per funzioni sanitarie emergenti o per percorsi diagnostico-terapeutici integrati. Esse si configurano come punti di coordinamento di attività omogenee per finalità di intervento e garantiscono, in



tal modo, una più completa presa in carico del paziente per l'intero percorso assistenziale. Al loro interno vengono definiti percorsi, linee guida e protocolli, a carattere diagnostico terapeutico e/o organizzativo, finalizzati al pieno dispiegamento del Governo Clinico.

#### - **Il Direttore di Dipartimento**

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

Il Direttore del Dipartimento, in particolare:

- propone alla direzione strategica gli obiettivi dipartimentali assistenziali e gestionali e pianifica le attività, sentito il Comitato di Dipartimento, attribuendo gli obiettivi dipartimentali alle singole unità operative componenti il dipartimento stesso;
- coordina le attività e le risorse affinché il Dipartimento assolva in modo pieno i propri compiti al fine di assicurare che ogni struttura del Dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee;
- garantisce l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative secondo le modalità di governo clinico come individuate nelle presenti linee guida;
- partecipa alla negoziazione del budget;
- informa il Comitato di Dipartimento delle risultanze della negoziazione;
- nel caso dei dipartimenti strutturali:
  - ✓ gestisce il budget del Dipartimento;
  - ✓ verifica il raggiungimento degli obiettivi delle unità operative e risponde dei risultati complessivi del dipartimento in relazione agli obiettivi a lui direttamente assegnati;
  - ✓ il Direttore del Dipartimento è dotato di supporto tecnico amministrativo con l'attribuzione di risorse umane e strumentali che consentano la piena realizzazione dei compiti affidati.

#### - **Il Comitato di Dipartimento**

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

I componenti di diritto sono:

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

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

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

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

Il Comitato di Dipartimento:

- definisce le linee di indirizzo clinico ed organizzativo del Dipartimento;
- definisce linee guida utili per un più corretto indirizzo diagnostico-terapeutico;

- elabora la proposta di obiettivi gestionali ed assistenziali del Dipartimento;
- adotta modelli per la verifica e la valutazione di qualità dell'assistenza erogata;
- propone l'istituzione di gruppi operativi interdipartimentali;
- propone piani di aggiornamento e riqualificazione del personale;

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

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

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

### - **Compiti ed Attività Gestionali del Dipartimento**

Le funzioni dei Dipartimenti comprendono in particolare:

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

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

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

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

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

#### - **Attività Interdipartimentali**

È funzione del Dipartimento promuovere e sviluppare il lavoro interdisciplinare all'interno del Dipartimento e tra Unità Operative ed altre articolazioni appartenenti ai Dipartimenti differenti. A tal fine possono essere costituiti Gruppi Operativi Interdipartimentali Permanenti (GOIP) o Temporanei (GOIT), di natura funzionale, in relazione a specifiche problematiche di interesse dipartimentale o aziendale. I Dipartimenti, le Unità Operative e le altre articolazioni coinvolte nel raggiungimento degli obiettivi fissati, dovranno identificare il personale che partecipa ai gruppi operativi. Il Coordinatore dei gruppi operativi è nominato dalla Direzione Strategica.

#### - **Regolamento interno del Dipartimento**

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

Nel Regolamento sono indicate:

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

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

#### - **Budget del Dipartimento**

Il Budget del Dipartimento è costituito in termini strutturali o funzionali sulla base di distinte voci relative ai costi delle risorse umane, tecniche e strutturali assegnate, ai consumi previsti per tutti i beni e servizi. Il Budget del Dipartimento comprende separatamente eventuali finanziamenti per programmi e progetti dipartimentali, per attività di formazione ed aggiornamento, didattiche e di ricerca. All'inizio di ogni anno il Direttore Generale con riferimento alla pianificazione e programmazione aziendale, concorda con i Direttori dei Dipartimenti i programmi e i progetti annuali. Il Direttore del Dipartimento, previo parere favorevole del Comitato di Dipartimento, sulla base di quanto concordato con la Direzione

Generale, assegna l'articolazione del budget attribuito, destinando specifiche risorse alle strutture individuate quali centri di responsabilità economica, dopo aver concordato con i rispettivi Responsabili i programmi ed i piani di attività che le singole strutture dovranno svolgere nell'ambito degli obiettivi programmati dal Dipartimento. L'impiego delle risorse, nel loro complesso, è verificato in termini di risultati, prodotti, obiettivi raggiunti, in relazione ai programmi dell'Azienda. Con le stesse modalità di cui ai commi precedenti il Direttore di Dipartimento disciplina le modalità organizzative e gestionali degli eventuali programmi e/o progetti speciali affidati dal Direttore Generale, con le relative risorse economiche.

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

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