

Deliberazione N. 1388 del 09/10/2024

PROPONENTE: DIREZIONE GENERALE

OGGETTO: Presa d'atto del Verbale n.6 del 17.09.2024 e dello stralcio del verbale n.7 del 7.10.2024 del Collegio di Direzione.

In pubblicazione dal 09/10/2024 e per il periodo prescritto dalla vigente normativa in materia - art.8 D.Lgs 14/2013, n.33 e smi

Atto immediatamente esecutivo

Elenco firmatari

Marco Tullo - UOC AFFARI ISTITUZIONALI

Giuseppe Russo - DIREZIONE GENERALE

OGGETTO: Presa d'atto del Verbale n. 6 del 17.09.2024 e dello stralcio del Verbale n.7 del 7.10.2024 del Collegio di Direzione.

**IL DIRETTORE GENERALE
NELLA FUNZIONE DI PRESIDENTE DEL COLLEGIO DI DIREZIONE**

Stante le risultanze degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge;

Dichiarata:

altresì, espressamente con la sottoscrizione, nella qualità di Titolare del Trattamento anche nella fase di pubblicazione, la conformità del presente atto al Regolamento europeo n. 679 del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali; allo stato ed in relazione al procedimento di cui al presente atto, l'insussistenza del conflitto di interessi ai sensi dell'art. 6 *bis* della Legge n. 241/1990, delle disposizioni di cui al vigente Codice di Comportamento Aziendale e delle misure previste dal vigente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza; infine, la conformità del presente atto ai principi di cui alla legge 6 Novembre 2012 n.190.

Premesso che:

- Con atto Deliberativo n. 970 del 22.12.2020, rettificato con successiva Delibera n.988 del 29.12.2020, veniva costituito il nuovo Collegio di Direzione dell'Asl Napoli 3 Sud, modificato e integrato con Deliberazione n. 327 del 06.04.2022;
- Con Deliberazione n. 731 del 10/05/2024 veniva integrata la composizione del Collegio di Direzione dell'ASL Napoli 3 Sud a seguito dell'adozione del nuovo Atto Aziendale di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 854 del 20/07/2023 e Deliberazione n. 471 del 25/03/2024;
- Con nota prot. n.195584 del 27.09.2024 veniva convocato il Collegio di Direzione per la seduta del 7.10.2024 con il seguente ordine del giorno:

1. Ratifica ed approvazione del verbale n.6 del 17.09.2024 che si trasmette in allegato;
2. Mappatura aziendale degli incarichi dirigenziali e professionali ai sensi del vigente Atto Aziendale;
3. Varie ed eventuali.

Come da ordine del giorno, nella seduta del 7.10.2024 veniva ratificato, all'unanimità dei presenti, il verbale n.6 del 17.09.2024 e veniva altresì ratificato, all'unanimità dei presenti, lo stralcio del verbale n.7 del 7.10.2024;

Dato atto che tutta la documentazione citata nel presente provvedimento è agli atti della Segreteria del Collegio di Direzione.

D E L I B E R A di

- prendere atto del verbale n.6 del 17 Settembre 2024 del Collegio di Direzione, che si allega quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, ad eccezione dell'allegato n.1 avente ad oggetto il registro presenze che, in quanto contenete dati personali quali la firma autografa, resta agli atti della Segreteria del Collegio di Direzione;
- prendere atto dello stralcio del verbale n.7 del 7.10.2024, che si allega quale parte integrante e sostanziale del presente Atto Deliberativo;
- prendere atto del file allegato allo Stralcio del Verbale n.7 del 7.10.2024, che si allega in formato pdf e si conserva in originale, siglato in ogni sua parte dal Vice Presidente, dal Segretario, dal Direttore Sanitario Aziendale e dal Direttore Amministrativo Aziendale che hanno preso parte alla riunione, agli atti della segreteria del Collegio di Direzione;
- dare mandato alla segreteria del Collegio di Direzione di:
 - trasmettere copia della presente deliberazione ai componenti del Collegio di Direzione, al Collegio Sindacale, ai competenti Uffici della Regione, all' U.O.C. Relazioni con il Pubblico;
 - curare gli adempimenti di pubblicità e di trasparenza previsti dal D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33, e ss.mm.ii;

- rendere la presente deliberazione immediatamente esecutiva.

Il Direttore Generale A.S.L. Napoli 3 Sud
nella funzione di Presidente del Collegio di Direzione

Dott. Giuseppe Russo

(Firmato digitalmente ai sensi del D. Lgs. 7.3.2005 n. 82 s.m.i. e norme collegate
– Sostituisce la firma autografa)

Il Segretario del Collegio di Direzione
Dott.ssa Francesca Esemplio

Il Direttore UOC Affari Istituzionali e Segreteria
Marco Tullo

Collegio di Direzione

Verbale n.6 del 17.09.2024

L'anno duemilaventiquattro, il giorno 17 del mese di settembre, alle ore 10.00, presso la Sede Legale dell'Asl Napoli 3 Sud, sita in Torre del Greco alla Via Marconi 66, nell'aula De Guevara, si sono riuniti, i componenti del Collegio di Direzione, così come da convocazione recante prot. n.177193 del 05.09.2024 e successive integrazioni recanti prot. n. 178242 del 6.09.2024 e prot. n. 179777 del 9.09.2024, con il seguente ordine del giorno:

1. Ratifica ed approvazione del verbale n.5 del 17.05.2024 che si trasmette in allegato;
2. Mappatura aziendale degli incarichi dirigenziali e professionali ai sensi del vigente Atto Aziendale;
3. Giornata nazionale per la sicurezza delle cure - 17 settembre 2024 – Migliorare la diagnosi per la sicurezza del paziente – Risk Management, Sicurezza e Qualità delle Cure nota prot.176479 del 4.09.2024;
4. Proposta di eventuale conversione interdipartimentale U.O.S. Diagnostica Molecolare delle Malattie Infettive e Genomica Molecolare – Dipartimento dei Servizi nota prot. 109274 del 20.05.2024;
5. Proposta di ridefinizione delle UU.OO.SS. di Emergenza/Urgenza e Tossicologia – Dipartimento dei Servizi nota prot. 164196 del 7.08.2024;
6. Proposta modifica Atto Aziendale vigente – Nota prot.162666 del 6.08.2024 UOC Cure Domiciliari e UOC Sociosanitario;
7. Proposta UOS Privacy – Modifica qualificazione della struttura – UOC Affari Istituzionali Prot. n. 179367 del 9.09.2024;
8. Varie ed eventuali;

Verbalizzano la Dott.ssa Francesca Esemplio, Collaboratore Amministrativo e la Sig.ra Ornella Tafuri, incardinate presso la UOC Affari Istituzionali.

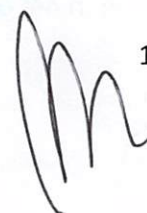
Presiede la riunione il Vice Presidente Dott. Domenico Russo che, alle ore 11.06, considerato il numero dei presenti, come risulta dal modulo presenze allegato (All.1), dichiara valida la seduta. Pertanto, si chiede ai presenti il consenso alla registrazione onde agevolare le operazioni di verbalizzazione.

I presenti all'unanimità esprimono detto consenso.

Il Vice Presidente avvia i lavori partendo dal primo punto posto all'ordine del giorno:

"Ratifica ed approvazione del verbale n.5 del 17.05.2024", trasmesso con la nota di convocazione prot. n. 177193 del 05.09.2024.

I presenti, dopo lettura del verbale, lo ratificano all'unanimità.



1

Si prosegue con il secondo punto dell'ordine del giorno: ***"Mappatura aziendale degli incarichi dirigenziali e professionali ai sensi del vigente Atto Aziendale"***, di cui al prospetto trasmesso con la nota di convocazione prot. n. 177193 del 05.09.2024.

Il Vice Presidente da atto della presenza del Dott. Francesco Paolo Ruocco - Dirigente Medico della UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle Cure, invitato dalla Direzione per illustrare dettagliatamente al Collegio la mappatura degli incarichi dirigenziali e professionali.

Interviene il Direttore Sanitario, Dott. Ferdinando Primiano, al fine di precisare preliminarmente che il Dott. Ruocco ha predisposto una mappatura degli incarichi da affidare ai dirigenti che fanno parte delle articolazioni aziendali, tenendo conto di tutte le Unità Operative Complesse e soprattutto tenendo conto delle varie attività di interfaccia con i responsabili delle stesse Unità Operative nel corso degli ultimi mesi, per cui risultano esaustivi, ma ciò non esclude la possibilità, da parte del Collegio, di chiedere approfondimenti ovvero evidenziare osservazioni in merito.

Prende la parola il Direttore Amministrativo, il quale, condividendo quanto sostenuto dal Direttore Sanitario, aggiunge che l'obiettivo della Direzione Strategica con questo lavoro di mappatura, affidato al Dott. Ruocco ma seguito costantemente dalla Direzione Amministrativa e dalla UOC GRU, è quello di dare il giusto riconoscimento a quei dirigenti che svolgono con professionalità attività particolarmente delicate per il proprio incarico, nonché per incentivare maggiormente i dirigenti stessi a dare sempre il massimo nell'espletamento delle proprie attività. Nel lavoro che sarà illustrato dal Dott. Ruocco, ci sono posizioni già cristallizzate ed altre di nuova creazione introdotte sulla scorta del nuovo Atto Aziendale e tenendo conto della capienza economica in termini di costo del personale, in quanto ovviamente non è possibile discostarsi dai parametri regionali.

Prende la parola il Dott. Ruocco il quale aggiunge che a luglio c.a. è intervenuta una nuova Delibera di Giunta Regionale, che a seguito di una contrattazione con i sindacati, ha reso obbligatorio il passaggio verticale degli incarichi, per cui sulla mappatura, consegnata a mano ai presenti, è possibile notare che gli incarichi colorati corrispondono ai passaggi verticali obbligatori che l'Azienda dovrà corrispondere. Chi aveva più di cinque anni doveva avere un incarico professionale di consulenza, chi invece aveva più di quindici anni di servizio doveva avere un incarico professionale detto IPAS. Ovviamente accanto a tali incarichi ci sono n.66 incarichi di altissima professionalità di cui n.22 a valenza dipartimentale e n.44° a valenza riconoscimento di struttura complessa. Chiaramente, continua il Dott.

Ruocco, nel passaggio reso obbligatorio dalla Delibera regionale, avremo la necessità, ratificato questo piano, di trasferire n.258 dirigenti sanitari e della PTA da un incarico a consulenza o incarico base a incarico IPAS, ovviamente impattando notevolmente il fondo ed è per questo che si è reso necessario contrarre il numero complessivo massimo degli incarichi a disposizione.

Il Dott. Ruocco, evidenziando la metodologia seguita, chiede ai componenti del Collegio di evidenziare eventuali errori.

Interviene il Dott. Ciro Inserra – UOSD Valutazione e Misurazione della Performance, chiedendo il motivo per il quale non è stato chiesto un confronto per gli incarichi afferenti la struttura di competenza.

A riguardo, il Direttore Amministrativo precisa che solo in presenza di criticità rispetto al quadro generale si è provveduto a confrontarsi con i Direttori delle relative strutture, mentre laddove non si sono ravvisate problematiche particolari si è proceduto *de plano* secondo Atto Aziendale e nel rispetto dei parametri economici.

Aggiunge il Dott. Ruocco che, nonostante la volontà chiara ed inequivocabile della Direzione, non è stato possibile aggiungere ulteriori incarichi per incapienza del fondo.

Prende la parola la Dott.ssa Antonietta Siciliano la quale rappresenta che, ci sono diverse inesattezze nei dati afferenti al DS 34 pertanto, la stessa propone di effettuare un rapido confronto con i direttori delle UOC per verificare la correttezza dei dati riportati nelle mappature.

Il Dott. Ruocco comunica che, ad inizio Agosto, con ciascun Direttore di Distretto è già stato effettuato un confronto in merito ai nominativi riportati nelle mappature, ciò nonostante può provvedere ad effettuare le dovute correzioni rispetto a quanto riportato.

Anche la Dott.ssa Tavella afferma che sono state riportate delle inesattezze riguardo i dati afferenti al DS 48 e richiede che vengano effettuate ulteriori verifiche.

Interviene il Vice Presidente evidenziando la necessità della Direzione Strategica di velocizzare la procedura delle assegnazioni. Pertanto, prende atto delle incongruenze emerse e fissa il termine di n. 5 giorni, per far pervenire le osservazioni rilevate.

Prende la parola il Direttore Amministrativo precisando che, le osservazioni rilevate devono riferirsi esclusivamente a rettifiche di errori riguardanti nominativi inesistenti e non di numeri afferenti al fondo. Inoltre, atteso la necessità di effettuare le assegnazioni in tempi celeri, lo stesso propone di convocare sin d'ora Il Collegio per la data del 7.10 p.v. ore 10.00.

I partecipanti accolgono la convocazione all'unanimità.

Interviene il Dott. Saviano - Dipartimento Salute Mentale – il quale chiede di ricevere indicazioni sulla gestione dei Dirigenti, in mobilità presso Enti Regionali, che, essendo in possesso dei requisiti di anzianità riceveranno l'incarico IPAS. Tali indicazioni vengono

richieste per garantire l'espletamento delle attività indispensabili al corretto funzionamento del Dipartimento.

Prende la parola il Dott. Nava – Dipartimento Farmaceutico, comunicando di essersi confrontato più volte con il Dott. Ruocco e di aver avanzato alcune proposte, che non sono state accolte, ovvero di ricevere n. 1 IPAP per ogni struttura complessa ospedaliera e distrettuale, e di ricevere, per la sua struttura complessa, l'attribuzione sia di incarichi IPAP che di IPAS in quanto la struttura risulta carente di incarichi.

Il Dott. Ruocco in merito alla richiesta del Dott. Nava precisa che, nei passaggi verticali ad un incarico superiore, ogni Dirigente non potrà mantenere l'incarico precedente poiché il fondo non sarà in grado di sostenere l'aumento delle spese. Infatti, incrementando gli incarichi si abbasserà la quota variabile corrisposta pertanto, ogni Dirigente percepirà una quota di valore inferiore.

Interviene la Dott.ssa Antonietta Siciliano chiedendo di conoscere il criterio seguito per l'assegnazione di incarico IPAP ad una struttura complessa piuttosto che ad un'altra in quanto la stessa ha appurato che tutti i distretti non hanno incarichi IPAP di tipo 1, non tutti i distretti hanno incarichi IPAP tipo 2, mentre alcune strutture hanno entrambe le tipologie di incarichi IPAP n. 1 e 2, ma non hanno una funzione assistenziale diretta per lo svolgimento di attività complesse.

Prende la parola il Dott. Ruocco comunicando che, la decisione è scaturita da una scelta intrapresa dalla Direzione Strategica unitamente al Direttore del Dipartimento.

Interviene il Dott. Inserra Ciro Inserra – UOSD Valutazione e Misurazione della Performance, precisando che il numero massimo dei vari incarichi attribuiti non può essere modificato per cui, qualsiasi modifica di Strutture Complessa, UOSD, IPAS ect. non può essere effettuata se non a compensazione.

Interviene il Direttore Amministrativo ribadendo che relativamente al numero degli incarichi, trattasi di un numero predefinito nel rispetto dei parametri regionali, pertanto ogni modifica proposta dovrà essere a saldo zero.

Il Vice Presidente, alla luce delle criticità emerse sul punto n.2, rimanda la discussione dello stesso nella prossima seduta del Collegio di Direzione, convocato già in data odierna per il giorno 7.10.2024 e ribadisce che sono concessi n.5 giorni per la presentare osservazioni in merito alla mappatura in esame.

Conclusa la discussione sul punto n. 2 dell'ordine del giorno, proseguono i lavori sul punto n.3: ***“Giornata nazionale per la sicurezza delle cure - 17 settembre 2024 – Migliorare la diagnosi per la sicurezza del paziente – Risk Management, Sicurezza e Qualità delle Cure nota prot.176479 del 4.09.2024”***, per l'esame del quale il Vice Presidente invita ad



intervenire la Dott.ssa Edvige Cascone – Direttore UOC Risk Management, Sicurezza e Qualità delle Cure.

Prende la parola la Dott.ssa Cascone informando i presenti che oggi si celebra la giornata mondiale della sicurezza delle cure e a tal fine, l'Azienda ha ricevuto anche dal Ministero della Salute l'invito ad aderire per sensibilizzare sia gli operatori che la popolazione sul tema molto particolare della diagnosi, anche attraverso il materiale cartellonistico che si mette a disposizione dei presenti per l'esposizione nei Distretti e nei Presidi Ospedalieri.

Lo slogan di tale giornata è *"Fai la cosa giusta e rendila sicura"*, continua la dottoressa Cascone, evidenziando che per fare una diagnosi sicura, quindi certa sono necessarie 2 cose fondamentali: 1. Il Team, perché dall'analisi degli eventi avversi e delle relative richieste di risarcimento emerge che spesso ci sono problemi di comunicazione; 2. L'appropriatezza organizzativa e clinica.

L'iniziativa intrapresa è quella di attivare un corso di formazione sul percorso chirurgico che sarà fatto in prima edizione il 26 settembre e in seconda e terza edizione il 24 e 25 ottobre. Oggetto del corso sarà la diagnosi nonché il percorso di cura del paziente e riflette l'esigenza molto importante, tra le altre, del contenimento dei rischi economico finanziari legati ai sinistri, in quanto nell'analisi degli stessi una quota molto elevata di risarcimenti è determinata dalla mancata/ errata/ tardiva diagnosi.

Inoltre si procede, tra l'altro, incrementando gli audit sugli eventi significativi, che rappresentano uno strumento molto utile per capire cosa si è verificato e poterlo contenere. Tale attività non può ricadere sulla UOC Risk Management, ma deve interessare tutte le articolazioni e proprio per questo si è deciso di celebrare la giornata mondiale per la sicurezza delle cure in seno al Collegio di Direzione al fine di ribadire l'importanza dell'impegno di ognuno rispetto alla sicurezza delle cure e degli operatori.

Riprende la parola il Vice Presidente ringraziando per l'intervento la Dott.ssa Cascone e annunciando il punto n. 4 dell'ordine del giorno: ***"Proposta di eventuale conversione interdipartimentale U.O.S. Diagnostica Molecolare delle Malattie Infettive e Genomica Molecolare – Dipartimento dei Servizi nota prot. 109274 del 20.05.2024"*** (All.2) per la spiegazione del quale invita ad intervenire il Dott. Luigi Baron – Direttore Dipartimento dei Servizi.

Interviene il Direttore Sanitario per alcune precisazioni preliminari relative alla proposta presentata dal Dott. Baron e specificamente evidenziando che oggi si parla di "Medicina di precisione", parole che richiedono una grande evoluzione da parte delle Aziende Sanitarie perché significano che al paziente in cura si deve dare la migliore assistenza individuando la migliore terapia individuale. Ciò premesso, il Dott. Primiano evidenzia che proprio sulla scorta dell'avanzamento dell'intelligenza artificiale e parallelamente della medicina di

precisione era stato chiesto al Dott. Baron se l'Azienda si stesse attivando per fornire questa tipologia di assistenza agli utenti. Ed il Dott. Baron, in riscontro a tale richiesta, ha esplicitato, con la proposta presentata al Collegio, cosa occorre per recepire tale evoluzione organizzativa.

Prende la parola il Dott. Baron che rifacendosi a quanto appena esposto dal Direttore Sanitario aggiunge che le attività di cui trattasi sono già svolte all'interno dell'Azienda ma solo per il 70/80% relativamente all'area oncologica. Tuttavia in tale ambito nessuna strategia terapeutica può essere stabilita senza avere determinati dati. Per la medicina di precisione ad oggi si è esteso l'ambito delle metodiche genetiche, ma restano ovviamente escluse alcune fasce di esami che necessitano di strumentazioni più performanti. Ciò detto, a parte l'auspicabile implementazione strumentale, si rende necessaria la presenza di una competenza specifica che segua una diagnostica in continua evoluzione.

Interviene il Dott. Inserra chiedendo se si tratta di una UOS già esistente.

Il Dott. Baron a tal fine chiarisce che la UOS in discussione è già esistente e si chiede, con la proposta presentata al Collegio, la sola conversione di una UOS di Diagnostica Molecolare associata alle malattie infettive ad una di pari competenza associata all'oncologia. Tale conversione non comporta variazione del numero totale di UU.OO.SS previste, ma solo l'attribuzione delle relative competenze alla UOC Anatomia Patologica.

Interviene il Dott. Francesco Bianco – Direttore Dipartimento Scienze Chirurgiche, il quale espone l'importanza di procedere alla modifica richiesta in quanto è in continuo aumento il numero degli esami molecolari richiesti in fase di discussione della terapia oncologica da parte dell'oncologo coordinatore. Infatti, la Federico II, prima di iniziare i trattamenti, richiede le analisi molecolari e si rischia, in caso di ritardo dell'esecuzione, di interrompere la filiera della chemioterapia con eventuale denuncia del paziente.

Il Vice Presidente, terminata la discussione sul punto, chiede al Collegio di esprimere la propria votazione.

Il Collegio, all'unanimità dei presenti, approva la proposta di cui al punto n.4 dell'ordine del giorno.

Si proseguono i lavori con il punto n.5 dell'ordine del giorno: ***“Proposta di ridefinizione delle UU.OO.SS. di Emergenza/Urgenza e Tossicologia – Dipartimento dei Servizi nota prot. 164196 del 7.08.2024” (All.3).***

Il Vice Presidente illustra brevemente che la denominazione data alle 4 UU.OO.SS “Emergenza/Urgenza” non tiene conto della circostanza che le stesse svolgono la medesima attività diagnostica anche per tutta la patologia clinica, da qui l'esigenza di modificare la denominazione delle sopracitate unità in UU.OO.SS. di Patologia Clinica e di Emergenza Urgenza.

Prende la parola il Dott. Baron che condivide la sintesi del Vice Presidente e aggiunge che trattasi unicamente di un cambio di denominazione che non comporta alcuna variazione/modifica sostanziale né nel numero né nella tipologia degli incarichi previsti dall'Atto Aziendale.

Si procede con la votazione circa la proposta di cui al punto.5 dell'ordine del giorno che viene approvata dal Collegio all'unanimità dei presenti.

Il Vice Presidente introduce il punto.6 dell'ordine del giorno: **"Proposta modifica Atto Aziendale vigente – Nota prot.162666 del 6.08.2024 UOC Cure Domiciliari e UOC Sociosanitario" (All.4).**

Con tale proposta si chiede che le UOC Cure Domiciliari e UOC Sociosanitario siano trasferite dal Dipartimento Assistenza Territoriale al Dipartimento Attività Strategiche di Direzione Sanitaria.

A riguardo, il Vice Presidente, rappresenta che in merito alla proposta in esame, la Direzione ha inteso proporre una modifica della denominazione del Dipartimento Attività Strategiche di Direzione Sanitaria in Dipartimento Attività Sanitarie, che appare più rispondente alle attività di competenza (All.5).

In merito al trasferimento delle UU.OO.CC richiedenti all'interno di tale Dipartimento, viene precisato che trattasi di un Dipartimento di tipo funzionale che non ha alcuna sovrapposizione gerarchica e pertanto, sia le attività svolte dalla UOC Cure Domiciliari che quelle proprie della UOC Sociosanitario restano in capo ai distretti così come previsto dal D.M. 77/2022 che riconosce quale punto di elezione del *front office* per il cittadino/utente/disabile il Distretto.

La Dottoressa Siciliano – Direttore Distretto 34, precisa che inevitabilmente deve trattarsi di un Dipartimenti di tipo funzionale in quanto i Dipartimenti di tipo Strutturale sono solo due ossia Dipartimento di Prevenzione e Dipartimento di Salute Mentale.

Interviene il Dott. Ciro Inserra, chiedendo al momento di affidamento degli obiettivi chi è deputato alla declinazione degli stessi e come vanno valutate le strutture sottoposte, dato che si parla di Dipartimento funzionale e come previsto da Atto Aziendale, anche nei Dipartimenti funzionali gli obiettivi e conseguenti valutazioni sono rimesse al Capo Dipartimento.

Prende la parola il Direttore Sanitario il quale, in merito alla richiesta oggetto di esame, esprime il proprio parere e deposita agli atti dettagliata relazione (All.6).

In particolare, si evidenzia che come Azienda Sanitaria Locale sono svolte attività complesse per fornire la massima assistenza al cittadino nell'ambito del sociosanitario, da intendersi non come prestazione singola, ma come prestazione integrata ossia sociale e sanitaria. Il cittadino deve avere la possibilità di interfacciarsi integralmente con l'ambito sanitario e



sociale. Pertanto, l'attività di assistenza riabilitativa, l'attività domiciliare integrata devono essere armonizzate in una struttura di coordinamento che possa dialogare in via diretta e continua con le COT.

Ovviamente queste modifiche, ossia il cambio di denominazione del Dipartimento Attività Strategiche di Direzione Sanitaria in Dipartimento Attività Sanitarie nonché il trasferimento delle UOC di Cure Domiciliari e UOC Sociosanitario nell'ambito di quest'ultimo, rispondono alla volontà di migliorare e dare piena attuazione a quanto previsto con l'Atto Aziendale.

Terminato l'esauritivo intervento del Direttore Sanitario, il Vice Presidente propone al Collegio di esprimere il proprio voto.

Interviene la Dott.ssa Antonietta Siciliano precisando, con condivisione dei Direttori dei Distretti presenti, che le attività in carico alle strutture complesse che migrano verso altro dipartimento, restano in capo alle medesime UU.OO.CC. Cure Domiciliari e Sociosanitario ed in particolare: monitoraggio dei tetti di spesa, liquidazione dei centri accreditati e FKT nonché eventuali recuperi da RTU.

Prende la parola il Direttore Amministrativo, rifacendosi al quesito posto dal Dott. Inserra, precisando che in caso di trasferimento di una UOC da un Dipartimento all'altro è inevitabile che cambi anche il referente sovraordinato per l'assegnazione e conseguente valutazione degli obiettivi.

Interviene sul punto la Dott.ssa Siciliano evidenziando che trattandosi di Dipartimenti Funzionali non è possibile la declinazione a cascata degli obiettivi dal capo Dipartimento alle UOC afferenti, essendo questa una prerogativa solo dei Dipartimenti Strutturali.

A riguardo il Dottore Inserra precisa che l'Asl Napoli 3 Sud ha adottato quale regola quella secondo cui anche i Dipartimenti Funzionali, al pari dei Dipartimenti Strutturali, sono affidatari di obiettivi da parte della Direzione Strategica che poi vengono declinati a cascata alle UU.OO.CC., per cui non vi è differenza tra le due tipologie. Il problema che si poneva non è l'affidamento degli obiettivi, bensì la valutazione.

Interviene il Direttore Amministrativo precisando che a riguardo le regole di valutazione della performance restano invariate.

Terminata la discussione sul punto n. 6 posto all'ordine del giorno, il Vice Presidente chiede ai componenti del Collegio di esprimere il proprio voto in merito alla proposta presentata dalla Direzione Strategica (All.5) ed esplicitata nella relazione presentata dal Direttore Sanitario (All.6).

Il Collegio, all'unanimità dei presenti, approva la proposta della Direzione.

Si prosegue con il punto.7 dell'ordine del giorno: **"Proposta UOS Privacy – Modifica qualificazione della struttura – UOC Affari Istituzionali Prot. n. 179367 del 9.09.2024"**.

Il Vice Presidente invita a prendere la parola il Dott. Marco Tullo – Direttore UOC Affari Istituzionali, invitato per spiegare ai presenti la proposta presentata al Collegio.

Prende la parola il Dott. Marco Tullo spiegando che la proposta è quella di convertire la UOS Privacy, afferente alla UOC Affari Istituzionali, in UOSD per la sua attività di tipo trasversale, in quanto la stessa ha come obiettivo principale portare l'Azienda, nel suo complesso, ad uno stato di *Compliance* alla normativa privacy vigente e in continua evoluzione. La UOS Privacy, proprio per tale obiettivo, si pone in continua relazione con tutte le articolazioni aziendali, supportando le stesse nella predisposizione della modulistica necessaria, nel pronto intervento in caso di *Data Breach* attivando la relativa procedura di denuncia e risoluzione entro le tempistiche e secondo le modalità previste dal GDPR 2016/679. Cura l'aspetto privacy, ossia della protezione dei dati personali, delle convenzioni sottoscritte, di volta in volta, dall'Azienda con altri Enti nonché il processo di nomina a Responsabili ex art. 28 GDPR dei soggetti esterni che a vario titolo collaborano con l'Asl Napoli 3 sud.

Oltre alle attività appena esposte a titolo esemplificativo, la UOS Privacy quindi svolge il proprio ruolo in modo trasversale interessando l'Azienda nel suo complesso pertanto, si propone inquadrare la stessa come UOSD.

Terminato l'intervento del Dott. Tullo, il Vice Presidente chiede ai presenti di esprimere il proprio voto.

Il Collegio, all'unanimità dei presenti, non accoglie la proposta in quanto trattasi di una variazione dell'Atto Aziendale anche dal punto di vista economico.

Il Direttore Amministrativo ritiene si possa rivalutare la proposta nella prossima riunione del Collegio di Direzione del 7.10.2024 chiedendo un'istruttoria sulla stessa.

Il Collegio, tuttavia, ritiene la proposta non accoglibile, salvo eventuali nuovi elementi istruttori in merito.

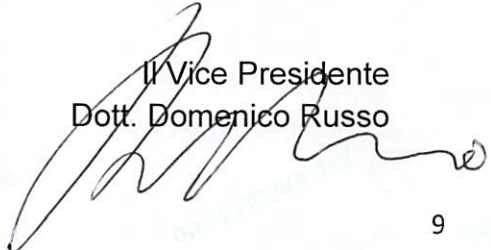
Esaurito l'ordine del giorno, il Vice Presidente alle ore 12.57 dichiara terminata la riunione.

Il presente verbale sarà ratificato dal Collegio di Direzione nella prossima riunione, così come previsto dal Regolamento di cui alla Delibera 718 del 28 Luglio 2021.

Le Segretarie verbalizzanti

Dott.ssa Francesca Esemplio 

Sig.ra Ornella Tafuri 

Il Vice Presidente
Dott. Domenico Russo 

Al. 2

Dipartimento di Medicina di
Laboratorio ed Anatomia Patologica;
e-mail: dip.medlab@aslnapoli3sud.it
PEC: dip.medlab@pec.aslnapoli3sud.it

ASL NAPOLI 3 SUD
Sede Legale Via Marconi, 66 – Torre del Greco



Direttore dr. Luigi Baron

U.O.C. di Anatomia ed Istologia patologica
e Citopatologia P.O. San Leonardo;
Viale Europa Castellammare di Stabia (NA)
e-mail: pocast.anpa@aslnapoli3sud.it
PEC: pocast.anpa@pec.aslnapoli3sud.it

Registro di Protocollo n° 109274 del 20/05/2024 13:54:49

AL DIRETTORE GENERALE
AL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
SI CONCORDA
E P.C. AL DR. BARON
IL DIRETTORE SANITARIO
DR. F. PRIMIANO
27.05.24

Gent.mo dr. G. Russo
Direttore Generale

Gent.mo dr. F. Primiano
Direttore Sanitario

Gent.mo dr. M. Chiacchio
Direttore Amministrativo

ASL Napoli 3 Sud
proprie sedi

Al D.S.A. per valutazione
Il Direttore Generale
dott. Giuseppe Russo
21.05.2024

Al D.S.A. formalizzare
proposta da porre all'attenzione
del Collegio di Direzione
Il Direttore Generale
f.to dott. Giuseppe Russo
28.05.2024

Oggetto: proposta conversione intradipartimentale U.O.S. "Diagnostica Molecolare delle Malattie Infettive e Genomica Molecolare" – Dipartimento dei Servizi.

Gentili Direttori,
il merito a quanto in oggetto, facendo seguito alla riorganizzazione degli incarichi dirigenziali nell'ambito della diagnostica di laboratorio, afferenti al Dipartimento della Medicina dei Servizi, si fa presente quanto segue:

1. L'U.O.C. di Anatomia Patologica, nella passata modalità operativa presente nel precedente Atto Aziendale, aveva quale attribuzione di U.O.S. quella della diagnostica molecolare oncologica, all'epoca assegnata al dr. Luigi Baron;
2. Tale U.O.S. era legata alla specifica competenza diagnostica riservata agli esami di pertinenza molecolare eseguiti nell'ambito della U.O.C. di Anatomia Patologica per la diagnostica oncologica (FISH, Immunoistochimica e Diagnostica Molecolare) e dello screening, sempre oncologico, per la diagnosi del carcinoma della cervice uterina (HPV-TEST). Diagnostica di rilevanza significativa sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo.
3. L'U.O.S. in questione non è stata più attribuita a seguito della nomina del dr. Baron a Direttore della U.O.C. di Anatomia Patologica, non essendovi all'epoca possibilità di attribuzione ad altra figura dirigenziale in possesso dei requisiti richiesti.
4. In tale vacanza, la U.O.S. in questione è stata dapprima riproposta sempre per l'U.O.C. di Anatomia Patologica presso il P.O. di Boscotrecase (all'epoca identificato come sede dell'Anatomia Patologica) e successivamente lasciato sul P.O. di Boscotrecase ma con una ri-definizione delle caratteristiche e attribuzione all'U.O.C. di Microbiologia, quale diagnostica molecolare delle malattie infettive.
5. Nella stessa U.O. di Microbiologia, si fa presente, esistono anche altri incarichi dirigenziali di elevata/elevatissima professionalità relativi alla diagnostica molecolare associata alle malattie infettive.
6. Con l'attivazione dei percorsi oncologici (PDTA) e la conseguente gestione dei pazienti in tutte le fasi, sia diagnostiche che terapeutiche, la richiesta di esecuzione di esami molecolari sulle varie tipologie di neoplasie diagnosticate, è andata progressivamente incrementandosi nel tempo, con richieste provenienti sia dai pazienti in regime di ricovero o di monitoraggio oncologico che da parte di pazienti afferenti da strutture esterne (in regime di convenzione).
7. A seguito di tale progressivo incremento dell'utilizzo di tali metodologie di diagnostica molecolare per una migliore definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici e la conseguente attribuzione di una terapia sempre più mirata (Target Therapy), si è osservato un incremento dal periodo post covid del

Dipartimento di Medicina di
Laboratorio ed Anatomia Patologica;
e-mail: dip.medlab@aslnapoli3sud.it
PEC: dip.medlab@pec.aslnapoli3sud.it

ASL NAPOLI 3 SUD
Sede Legale Via Marconi, 66 – Torre del Greco



Direttore dr. Luigi Baron

U.O.C. di Anatomia ed Istologia patologica
e Citopatologia P.O. San Leonardo;
Viale Europa Castellammare di Stabia (NA)
e-mail: pocast.anpa@aslnapoli3sud.it
PEC: pocast.anpa@pec.aslnapoli3sud.it

2022 di tali indagini secondo lo schema seguente che evidenzia il raddoppio delle indagini molecolari tra il 2022 ed il 2023 con un trend in ascesa verificato nei primi 4 mesi del 2024, secondo lo schema di seguito riportato. Tutto ciò oltre agli esami molecolari inerenti la diagnostica di screening del cervico carcinoma, che si sono mantenuti sempre al di sopra dei 10.000 casi per anno.

	2022	2023	2024 (primi 4 mesi)
Diagnostica molecolare oncologica	484	896	531
HPV-TEST	13.129	11.244	3.400

Per quanto concerne il test molecolare dell'HPV, inserito quale test primario di screening per il carcinoma della cervice uterina, si rammenta che ai sensi del Decreto Dirigenziale R.C. n. 369/2021, l'U.O.C. di Anatomia Patologica della ASL Napoli 3 Sud è stata identificata quale centro di riferimento della Macroarea ASL Napoli 3 Sud- Salerno per la diagnostica di screening di primo livello. Di conseguenza, a tale centro dovranno essere convogliati, oltre ai test prodotti nella nostra azienda, anche quelli provenienti dall'ASL di Salerno. Tale struttura di per se prevederebbe l'individuazione di un Dirigente Responsabile della diagnostica dei test di primo livello.

Pertanto

Alla luce di quanto finora descritto e della valenza strategica di tale diagnostica oncologica, oltre la elevata redditività di tali esami diagnostici e soprattutto delle potenzialità di sviluppo delle metodiche molecolari, si ritiene di interesse strategico aziendale utile la conversione di una U.O.S. di Diagnostica Molecolare associata alle Malattie infettive in una di pari competenza diagnostica molecolare, bensì associata all'oncologia.

Tale conversione comporta lo spostamento di attribuzione dall'U.O.S. di Microbiologia e virologia alla U.O.C. di Anatomia Patologica, secondo quanto in origine già previsto.

Questa conversione non comporta alcuno spostamento del numero totale delle U.O.S. previste per il Dipartimento della Medicina dei Servizi.

Cordiali saluti.

Castellammare di Stabia, lì 20/05/2024

Direttore U.O.C. Anatomia Patologica
Direttore ad Interim Dipartimento dei Servizi
(Dipartimento di Medicina di Laboratorio ed Anatomia e Dipartimento
Diagnostica per Immagini)
dr. Luigi Baron

Protocollo n. 0164196 **del:** 07/08/2024

Oggetto: Ridefinizione delle UU.OO.SS. di Emergenza/Urgenza e Tossicologia - Dipartimento dei Servizi.

Decretazione del: 16/08/2024 - 11:59

Inserita da: Stefania Cangiano

Ufficio: DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Atti

Il Direttore Amministrativo

dott. Michelangelo Chiacchio

16.08.2024

Gent.mo dr. G. Russo
Direttore Generale

Gent.mo dr. F. Primiano
Direttore Sanitario Aziendale

Gent.mo dr. M. Chiacchio
Direttore Amministrativo Aziendale

Gent.mo dr. G. Esposito
Direttore U.O.C. Gestione Risorse Umane

ASL Napoli 3 Sud
proprie sedi

Oggetto: ridefinizione delle UU.OO.SS. di Emergenza/Urgenza e Tossicologia - Dipartimento dei Servizi.

Gentili Direttori,

in merito a quanto in oggetto, facendo seguito alle nostre note n. 128679/2024 e n. 66727/2023 (che si allegano), si è già provveduto a definire la situazione attuale rispetto a quanto specificato nell'atto aziendale e quanto deliberato nel documento attuativo (delibera n. 457/2024).

Alla luce di quanto già precedentemente indicato, si specifica quanto segue:

- L'organizzazione prevista dall'atto aziendale, che fa riferimento alla presenza di un laboratorio HUB principale e 4 satelliti SPOKE, dedicati alle attività prevalentemente inerenti al PS, allo stato non esiste alcun HUB attivo né è in corso una programmazione tale da consentire una identificazione dei tempi di messa in esercizio di una tale complessa articolazione funzionale;
- Nell'organizzazione prevista dall'atto aziendale, l'organigramma prevede per l'HUB la presenza di due U.O.C. e due Direttori, mentre la gestione dei 4 Spoke è affidata a n. 4 Dirigenti U.O.S. identificate come "Emergenza/Urgenza";
- Ciò comporta notevoli differenze tra quanto previsto nell'Atto aziendale e quanto realmente è in opera;
- Tale organizzazione identifica nelle attività degli spoke (attualmente corrispondenti ai Servizi di Patologia Clinica dei PP.OO. di Nola, Castellammare di Stabia, Sorrento, Vico Equense, Torre del Greco e Boscotrecase) esclusivamente l'attività diagnostica relativa al settore dell'Emergenza/Urgenza, senza considerare tutte le attività svolte nell'ambito di ciascun PP.OO., limitando così la pertinenza degli incarichi dirigenziali alla sola attività inerente l'utenza di Pronto Soccorso;
- Di converso, a parere dello scrivente, si rende necessario considerare ciascuna delle UU.OO. di Patologia Clinica attualmente operative quali Servizi dotati di una diagnostica autosufficiente alle esigenze della utenza ospedaliera e territoriale ad essa afferente.

Pertanto vanno considerate le esigenze non solo dell'utenza del P.S. ma anche quelle dei reparti di Degenza e degli ambulatori presidiali e territoriali che insistono sulle stesse.

Pertanto si suggerisce

onde consentire la prosecuzione delle attività istituzionali indispensabili, di perseguire il seguente modello operativo che prevede la rinomina delle UU.OO.SS. come di seguito riportato:

UOS ATTO AZIENDALE	UOS RINOMINATA	STATO
U.O.S. di Emergenza Urgenza presso il P.O. di Torre del Greco (attualmente affidata alla titolare di incarico di UOS di sieroproteine, dr.ssa A. Cioffi)	U.O.S. di Patologia Clinica ed Emergenza/Urgenza presso il P.O. di Torre del Greco	Da rinominare
U.O.S. di Emergenza Urgenza presso il P.O. di Nola (attualmente affidata al titolare di incarico di UOS di Patologia Clinica, dr. G. Trinchese)	U.O.S. di Patologia Clinica ed Emergenza/Urgenza presso il P.O. di Nola	Da rinominare
U.O.S. di Emergenza Urgenza presso il P.O. Penisola Sorrentina (attualmente affidata a dr.ssa Iodice)	U.O.S. di Patologia Clinica ed Emergenza/Urgenza presso il P.O. Penisola Sorrentina	Da rinominare
U.O.S. di Emergenza Urgenza presso il P.O. di Castellammare di Stabia (attualmente affidata a dr.ssa M. Elefante)	U.O.S. di Patologia Clinica ed Emergenza/Urgenza presso il P.O. di Castellammare di Stabia	Da rinominare

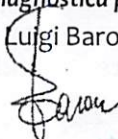
Inoltre, in attuazione di quanto precedentemente suggerito si richiede la conversione degli incarichi per i titolari di U.O.S., già insistenti sui P.O. di Pollena e Torre del Greco con riallocazione e/o rinomina (secondo quanto previsto dall'Atto Aziendale) come di seguito riportato:

UOS ATTUALE	RIALLOCATA e/o RINOMINATA	
UOS Sieroproteine P.O. Torre del Greco (dr.ssa A. Cioffi)	U.O.S. di Patologia Clinica ed Emergenza/Urgenza presso il P.O. di Torre del Greco (dr.ssa A. Cioffi)	RINOMINATA
UOS TOSSICOLOGIA P.O. POLLENA (dr. A. Romano)	UOS TOSSICOLOGIA E FARMACOLOGIA P.O. BOSCOTRECASE (dr. A. Romano)	RINOMINATA e RIALLOCATA

In attesa di vostre, si coglie l'occasione per porgere distinti saluti.

Castellammare di Stabia, lì 07/08/2024.

Il Direttore proponente
Direttore U.O.C. Anatomia Patologica
Direttore ad Interim Dipartimento dei Servizi
(Dipartimento di Medicina di Laboratorio ed Anatomia e
Dipartimento Diagnostica per immagini)
dr. Luigi Baron





Direttore dr. Luigi Baron

Registro di Protocollo n° 128679 del 13/06/2024 15:03:40

Gent.mo dr. G. Esposito
Direttore U.O.C. GRU

ASL Napoli 3 Sud
propria sede

Oggetto: incarichi Dirigenziali U.O.S. Medicina dei servizi – RISCONTRO Dipartimento dei Servizi.

Gentile Direttore,

in merito a quanto in oggetto, facendo seguito a vs note n. 128653 del 13/06/2024 e n. 128657 del 13/06/2024, si fa notare che, come già precedentemente comunicato con note n. 51203/2024 e n. 66727/2023 (che si allegano), si è già provveduto a definire la situazione attuale rispetto a quanto specificato nell'atto aziendale e quanto deliberato nel documento attuativo (delibera n. 457/2024) E PERTANTO SI RIBADISCE QUANTO SEGUE:

1. A riguardo della presenza di U.O.S. di Patologica clinica presso il P.O. di Nola, la stessa si è costituita a seguito della trasformazione dell'U.O.S. di "Autoimmunità" (assegnata al Dr. G. Trinchese), non più presente nel nuovo atto aziendale, così rinominata anche se dovrebbe essere convertita in una di "Urgenza ed Emergenza" come da Atto aziendale stesso.
2. A riguardo dell'assegnazione dell'U.O.S. di Emergenza Urgenza presso il P.O. di Torre del Greco, si fa presente che trattasi della stessa situazione già riscontrata presso il laboratorio di Nola. Difatti, anche a Torre del Greco esiste già una U.O.S. delle "Sieroproteine" (assegnata alla Dr.ssa A. Cioffi), non più presente nel nuovo Atto aziendale, che dovrebbe essere anch'essa trasformata in "Urgenze ed Emergenze Medicina di Laboratorio", così come operato per il presidio di Nola, contrariamente a quanto previsto dalla delibera attuativa in cui è presente come "Strutture di nuova istituzione";
3. A riguardo dell'assegnazione dell'U.O.S. di Tossicologia e Farmacologia, prevista quale "Struttura di Nuova Istituzione" presso il presidio di Boscotrecase, si fa presente che la stessa è già attualmente in essere ma allocata presso lo stabilimento di Pollena ed assegnata alla dr.ssa A. Romano.

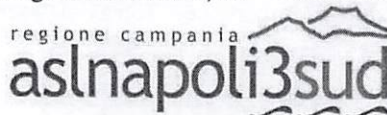
Allo stato non sussiste alcuna progettualità circa l'allocazione della stessa presso il P.O. di Boscotrecase. Pertanto tale Unità dovrebbe essere soltanto riallocata e non di nuova istituzione. Inoltre, nelle more dell'individuazione degli spazi nell'ambito del P.O. di Boscotrecase, tale U.O.S. dovrebbe continuare comunque a svolgere la propria attività presso lo stabilimento di Pollena. Di conseguenza si consiglia quanto di seguito riportato schematicamente:

U.O.S. RINOMINATE e RINOMINATE-RIALLOCATE

UOS	RINOMINATA	STATO
UOS AUTOIMMUNITA' P.O. NOLA (dr. G. Trinchese)	UOS EMERGENZA/URGENZA C/O P.O. NOLA (dr. G. Trinchese)	RINOMINA GIA' ESEGUITA
UOS PROTEINE SPECIFICHE P.O. BOSCOREALE-BOSCOTRECASE (dr. A. Cioffi)	UOS EMERGENZA/URGENZA C/O P.O. NOLA (dr. A. Cioffi)	

Dipartimento di Medicina di
Laboratorio ed Anatomia Patologica;
e-mail: dip.medlab@aslnapoli3sud.it
PEC: dip.medlab@pec.aslnapoli3sud.it

ASL NAPOLI 3 SUD
Sede Legale Via Marconi, 66 – Torre del Greco



Direttore dr. Luigi Baron

U.O.C. di Anatomia ed Istologia patologica
e Citopatologia P.O. San Leonardo;
Viale Europa Castellammare di Stabia (NA)
e-mail: pocast.anpa@aslnapoli3sud.it
PEC: pocast.anpa@pec.aslnapoli3sud.it

UOS	RINOMINATA - RIALLOCATA
UOS TOSSICOLOGIA P.O. POLLENA (dr. A. Romano)	UOS TOSSICOLOGIA E FARMACOLOGIA P.O. BOSCORECASE (dr. A. Romano)

Tanto si segnala per gli opportuni adeguamenti procedurali.
Castellammare di Stabia, lì 13/06/2024

Direttore U.O.C. Anatomia Patologica
Direttore ad Interim Dipartimento dei Servizi
(Dipartimento di Medicina di Laboratorio ed Anatomia e Dipartimento
Diagnostica per immagini)
dr. Luigi Baron

Registro di Protocollo n° 66727 del 21/03/2024 14:48:55

**Gent.mo dr. G. Russo
Direttore Generale**

**Gent.mo dr. F. Primiano
Direttore Sanitario**

**Gent.mo dr. M. Chiacchio
Direttore Amministrativo**

**ASL Napoli 3 Sud
proprie sedi**

**Oggetto: considerazioni operative nelle more dell'attivazione dell'Atto Aziendale – RISCONTRO
Dipartimento dei Servizi.**

Gentili Direttori,
facendo seguito a quanto precisato nella nota ricevuta con protocollo n. 58213 del 11/03/2024, si espone quanto segue:

1. A riguardo della presenza di U.O.S. di Patologia clinica presso il P.O. di Nola, si conferma che attualmente è in essere una U.O.S. di "Autoimmunità" che dovrebbe essere convertita in una di "Urgenza ed Emergenza" come da Atto aziendale.
La stessa situazione è presente presso il laboratorio di Torre del Greco, dove è presente una U.O.S. delle "Sieroproteine", anch'essa da trasformarsi in "Urgenze ed Emergenze".
Si fa presente che nessuna delle U.O.S. già in essere è prevista nel nuovo Atto aziendale.
2. L'attuale organizzazione prevede un'unica U.O. di Patologia Clinica di pertinenza dei P.O. di Boscotrecase e Torre del Greco, con sede principale presso il P.O. di Torre del Greco (anche con presenza di P.S.).
3. Sempre rispetto a quanto indicato nell'atto aziendale, allo stato presso il P.O. di Boscotrecase non vi è una Struttura in grado di ospitare un HUB, ne tantomeno è stata identificata, a mia conoscenza, un'area idonea a questo scopo. Quella attualmente adibita a laboratorio è a mala pena sufficiente ad espletare le attività ad oggi svolte presso di essa.
4. Il P.O. di Pollena, non prevede nel nuovo Atto aziendale alcun Servizio di Patologia Clinica, sebbene allo stato siano allocati lì, sia una U.O. di laboratorio, adibita a diagnostica quasi esclusivamente ambulatoriale, sia una U.O.S. di Tossicologia. Quest'ultima dovrebbe, secondo programma, essere destinata all'HUB di Boscotrecase, dove allo stato non le è stata attribuita alcuna struttura.
5. Per quanto concerne le citate U.O.C. di Patologia clinica e Microbiologia, le stesse sarebbero dislocate presso l'HUB di Boscotrecase, non ancora realizzato, e quindi necessiterebbe una definizione della destinazione di sede, nelle more della realizzazione dell'HUB stesso.
6. A riguardo della situazione delle organizzazioni della Medicina di Laboratorio nella Penisola Sorrentina, anche lì si prevedeva di accentrare le attività diagnostiche presso il "Nuovo Ospedale della Costiera", a tutt'oggi non ancora iniziato.

Di conseguenza

l'attuale modello organizzativo prevede la gestione delle singole U.O. di Patologia Clinica secondo il pregresso Atto Aziendale: 5 U.O.C. rette allo stato da altrettanti Direttori f.f. (di cui quella di Pollena già decaduta per completa eliminazione dall'Atto Aziendale).

Gli attuali Direttori f.f. giungono a termine dell'incarico il mese prossimo, tranne per il dr. Furfaro, in quiescenza. Successivamente, o si prolunga lo incarico per ulteriori 9 mesi, come previsto dal bando concorsuale, o si dovrà stabilire come strutturare le Direzioni delle Patologie cliniche in assenza di un Direttore di Patologia Clinica di ruolo in tutta la ASL.

Pertanto

in considerazione delle notevoli differenze tra quanto necessita per la realizzazione e l'operatività delle strutture previste nell'Atto Aziendale e quanto realmente è in opera attualmente, nelle more dello sviluppo di tutti i processi necessari alla costituzione dell'HUB,

si suggerisce

onde consentire la prosecuzione delle attività istituzionali indispensabili, di perseguire il seguente modello operativo:

1. Mantenere l'attuale organizzazione delle U.O. di Patologia Clinica, identificando le stesse nei PP.OO. di Nola-Pollena, PP.OO. Bosco-Torre, P.O. di Castellammare di Stabia e PP.OO. Sorrento-Vico;
2. Confermare le figure dei Direttori f.f. per le succitate UU.OO., lasciando una direzione autonoma del laboratorio del P.O. di Pollena, in virtù della presenza di una figura dirigenziale organizzativa identificabile nella titolare dell'U.O.S. di Tossicologia, allo stato situata presso il Laboratorio di Pollena e non allocabile presso il P.O. di Boscotrecase;
3. Di converso, non è prevedibile una gestione dei servizi di Medicina di Laboratorio, così strutturati, da parte di Dirigenti di U.O.S., per la complessità degli stessi e le attribuzioni previste nella gestione delle attività dirigenziali previste per tale figura professionale, ritenendosi più idonee la figura di Dirigente U.O.S.D. per la gestione di tali articolazioni funzionali anche in presenza di un HUB.
4. Procedere alla copertura degli incarichi dirigenziali di Direttore delle UU.OO.CC. previsti dall'Atto Aziendale, onde consentire a coloro che dovranno gestire il futuro HUB di contribuire fattivamente alla sua progettazione e realizzazione, attraverso l'attivazione delle opportune procedure concorsuali.

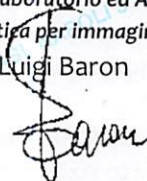
Di conseguenza

il sottoscritto nel confermare il suo impegno nel "seguire lo sviluppo di tale organizzazione", come da voi auspicato e sempre che si configuri una sua nomina nella funzione di Direttore del Dipartimento, ritiene indispensabile l'identificazione di un tale modello organizzativo necessario per la prosecuzione delle attività istituzionali, oltre la costituzione di un gruppo operativo per la concreta realizzazione del previsto HUB, che veda coinvolte ed impegnate tutte le figure professionali necessarie per la creazione e la messa in opera di tale progetto, ivi comprese le figure dirigenziali che ne avranno la responsabilità della gestione.

Tanto si segnala per provvedimenti che si intenderà mettere in atto.

Castellammare di Stabia, lì 21/03/2023

Direttore U.O.C. Anatomia Patologica
Direttore ad Interim Dipartimento dei Servizi
(Dipartimento di Medicina di Laboratorio ed Anatomia e Dipartimento
Diagnostica per immagini)
dr. Luigi Baron





U.O.C. SOCIO SANITARIO

DIRETTORE DOTT. ANTONIO CICCONE

Via Anfiteatro Laterizio 125 80035 Nola (NA)

Tel 081/8233720; fax 081-8233727

Riabilitazioneareanord@aslnapoli3sud.it

– areasociosan@pec.aslnapoli3sud.it

www.aslnapoli3sud.it

U.O.C. CURE DOMICILIARI

DIRETTORE DOTT.SSA MARIA GALDI

P.zza San Giovanni-80031 Brusciano

Tel. 081 317 42 41 /21/12/03/59

E-mail: coordinamentocuredomiciliari@aslnapoli3sud.it

Pec: coordinamentocuredomiciliari@pec.aslnapoli3sud.it

Sito: www.aslnapoli3sud.it

**Al Direttore Generale ASL Napoli 3 Sud
Dott. Giuseppe Russo**

Oggetto: Proposta modifica Atto Aziendale vigente

La U.O.C. Cure Domiciliari, la U.O.C. Sociosanitario e la U.O.S.D. Cure Palliative afferiscono attualmente al Dipartimento Assistenza Territoriale, delibera del Direttore Generale n. 953 del 08.08.2023 ad oggetto: "Presenza d'atto della D.G.R.C. n. 470 del 1° agosto 2023 concernente l'approvazione della deliberazione n. 854 del 20.07.2023 di adozione del nuovo Atto Aziendale della A.S.L. Napoli 3 Sud".

Tali strutture ai sensi del D.C.A. n. 83/2019 – Piano Regionale della Rete di Assistenza Territoriale 2019-2021 - fanno tutte parte dell'Area dell'Assistenza sociosanitaria, che comprende i servizi per la disabilità, per le non autosufficienze, per malati terminali e cure palliative, domiciliari integrate, per i disturbi del neuro sviluppo e neuropsichiatrici dell'età evolutiva e Servizi di Psicologia Clinica.

Per cui a questa Area dell'Assistenza Sociosanitaria afferiscono:

- a) Assistenza sociosanitaria alla disabilità
- b) Assistenza sociosanitaria agli adulti e anziani non autosufficienti
- c) Assistenza sociosanitaria a Malati Terminali e Cure Palliative
- d) Assistenza sociosanitaria per le Cure Domiciliari

Nel succitato D.C.A. viene definito un modello di governance delle attività territoriali di tipo integrato, teso ad evitare duplicazioni, costi aggiuntivi e nel contempo volto a definire la certezza delle linee di responsabilità, per quello che attiene l'attribuzione e l'utilizzo delle risorse umane, tecnologiche e strumentali.

Ne deriva una logica a matrice, in cui le componenti verticali sono i Distretti, i Dipartimenti Strutturali, i Dipartimenti Funzionali sia Ospedalieri che Territoriali, deputati ai processi di governo operativo e gestionale e sono inclusi nel processo di budget. Tali strutture sono trasversalmente incrociate dalle Aree di Coordinamento per discipline omogenee, con valenza esclusivamente funzionale, non incluse nel processo di budget. Al centro della matrice sono individuate le Unità Operative, che sono le strutture deputate alla erogazione delle prestazioni e dei servizi. Una Unità operativa fa sempre riferimento ad un'unica linea strutturale verticale (Distretto o Dipartimento), e può essere inclusa in una o più linee funzionali trasversali (Aree di Coordinamento).

Le tre strutture, U.O.C. Cure Domiciliari, la U.O.C. Sociosanitario e la U.O.S.D. Cure Palliative, pertanto, sono elementi che rappresentano la strutturazione formale della matrice della governance delle attività territoriali di tipo integrato.

Inoltre, le U.O.C. e la U.O.S.D. succitate curano per la Direzione Strategica i rapporti inter-istituzionali con gli altri nodi della rete regionale per le Cure Domiciliari, per il Sociosanitario e per le Cure Palliative, per cui gli scriventi nel proprio ruolo istituzionale di Direttore delle Cure Domiciliari e, attualmente, anche per le Cure Palliative e di Direttore del Sociosanitario sono stati individuati, quali referenti per l'Azienda e partecipano ai tavoli regionali per tali attività e lavorano in stretta collaborazione con la Direzione Sanitaria con la quale elaborano programmazioni aziendali, monitorano l'alimentazione corretta e completa dei flussi informativi, Flussi SIAD, per le Cure Domiciliari, File H per gli Hospice afferenti alla Rete Aziendale delle Cure Palliative, Flusso FAR, ecc.

Per i motivi suesposti si propone alla S.V. che la U.O.C. Cure Domiciliari, la U.O.C. Sociosanitario e la U.O.S.D. Cure Palliative afferiscano funzionalmente al Dipartimento Attività Strategiche di Direzione Sanitaria, considerando che tale modifica non comporta oneri economici aggiuntivi rispetto al vigente Atto Aziendale, bensì consente all'Azienda di realizzare la strutturazione formale degli elementi della governance attraverso la corretta stesura ed adozione dell'Atto Aziendale, sulla base delle Linee Guida prodotte dalla Regione.

Il Direttore U.O.C. Sociosanitario
Dott. Antonio Ciccone

Il Direttore U.O.C. Cure Domiciliari
Dott.ssa Maria Galdi

ALLEGATO 5
DIPARTIMENTO ATTIVITÀ SANITARIE

UOC	UOS	UOSD
Cure Domiciliari	Cure Domiciliari I, II e III Livello	
Socio-Sanitario	Controllo attività riabilitativa e protesica	
	Controllo attività sociosanitaria	
Professioni sanitarie		
Clinical risk management, sicurezza e qualità delle cure	Sicurezza e buone pratiche	
Cup, Alpi e Liste di Attesa		
		Cure Palliative
		Anziani, Fragili e Demenze
		Nutrizione Artificiale Domiciliare
5	4	3

DIPARTIMENTO ATTIVITÀ SANITARIE - DECLARATORIA

Il Dipartimento **AS**, in rapporto funzionale con gli altri Dipartimenti e loro articolazioni, in primis con il Dipartimento Assistenza Territoriale nel quale confluiscono tutti i Distretti Socio Sanitari, garantisce integrazione, coordinamento, condivisione fra l'area sanitaria, socio-sanitaria e sociale, affinché le famiglie nelle loro varie componenti, persone di età e tipologia diversa e con bisogni di varia natura, possano beneficiare di continuità di intervento e massima qualità dei servizi.

Il Dipartimento **AS** deve concorrere al governo della domanda e dell'offerta dei servizi territoriali, al fine di garantire la presa in carico multidimensionale e la continuità di cura, per risolvere le situazioni di criticità di natura sanitaria e sociosanitaria riscontrate nel territorio di propria competenza. Trasversalmente alle sue articolazioni esercita le seguenti funzioni:

- favorisce, in raccordo con il territorio, una programmazione integrata sociosanitaria e sociale e verifica la realizzazione degli interventi secondo percorsi e processi condivisi;
- promuove l'integrazione Sociosanitaria con attenzione agli equilibri domanda/offerta relativamente alle varie reti specifiche ed elabora proposte innovative sostenibili;
- garantisce, attraverso l'emanazione di linee guida, integrazione e programmazione coordinata per la presa in carico globale del cittadino con bisogni sanitari, sociosanitari e sociali, anche attraverso la promozione di percorsi di cura e assistenza;
- concorre alla programmazione integrata con gli ambiti territoriali sociali e gli Enti del terzo settore;
- realizza l'integrazione della rete territoriale (ASL, enti erogatori, ambiti/comuni) mediante la rilevazione dei bisogni – definizione/aggiornamenti accordi/linee guida/protocolli tematici a valenza sovra- distrettuale;
- in sinergia con il Dipartimento di Assistenza Territoriale accompagna Enti e/o reti all'implementazione di risposte sociosanitarie territoriali anche su bisogni emergenti;
- effettua l'analisi del bisogno territoriale in raccordo con i distretti anche mediante i dati delle attività erogate da comuni, ASL e Enti Erogatori privati accreditati;
- partecipa alla negoziazione condotta dagli ambiti territoriali e ASL al fine di attuare percorsi di integrazione, di continuità delle cure, di presa in carico e accessibilità che consentano la reale applicazione di una rete sociosanitaria integrata in base ai bisogni;
- promuove la costante formazione/aggiornamento del proprio personale e degli attori della rete territoriale.
- Contratta con la Direzione Strategica l'eventuale attribuzione di fondi di bilancio per la promozione di progetti speciali volti a fornire o intensificare l'offerta di assistenza socio sanitaria a particolari categorie di persone più svantaggiate (es autistici)

Il Dipartimento **AS** è Struttura Aziendale di tipo funzionale ed esplica le azioni istituzionali sopra esplicitate in favore delle altre Articolazioni Aziendali che mantengono la piena autonomia e non sono vincolate gerarchicamente.

In particolare la gestione diretta della assistenza sanitaria rimane in capo ai Distretti Socio Sanitari che, in rispetto al D.M. 23 maggio 2022 n. 77, regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel SSN, sono strutture di gestione diretta e *costituiscono il luogo privilegiato di gestione e coordinamento funzionale e d organizzativo della rete dei servizi socio sanitari a valenza sanitaria e sanitaria territoriale.*

Il Dipartimento **AS** si articola in cinque Strutture Complesse supportate da quattro Strutture Semplici e tre UUOOSDD come di seguito descritte nelle loro attribuzioni:

DIPARTIMENTO ATTIVITÀ SANITARIE			
UOC	UOS	UOSD	
Cure Domiciliari	Cure Domiciliari I, II e III Livello		
Socio-Sanitario	Controllo attività riabilitativa e protesica		
	Controllo attività sociosanitaria		
Professioni sanitarie			
Clinical risk management, sicurezza e qualità delle cure	Sicurezza e buone pratiche		
Cup, Alpi e Liste di Attesa			
		Cure Palliative	
		Anziani, Fragili e Demenze	
		Nutrizione Artificiale Domiciliare	
5	4	3	

U.O.C. CURE DOMICILIARI

Le Cure Domiciliari garantiscono i percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. Sono garantiti a tutte le persone, adulti e minori non autosufficienti o in condizioni di fragilità, con patologie in atto o con esiti di patologie.

Sono erogati a seguito di valutazione clinico funzionale delle Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.) o di Unità di Valutazione Distrettuale Multidimensionale (U.V.D.M.) e a seguito della formalizzazione di un Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.), elaborato a livello distrettuale, e si integra, laddove risultasse necessario, con i servizi sociali dei Comuni.

Le cure domiciliari sono valutate in relazione al Coefficiente di Intensità Assistenziale (C.I.A.), che misura l'intensità crescente del livello assistenziale, in relazione al bisogno espresso e rilevato. Per assicurare la realizzazione dei percorsi assistenziali e l'appropriata erogazione di tutte le tipologie di trattamenti previsti nei Livelli Essenziali di assistenza per le persone non autosufficienti è previsto che l'offerta sia divisa per intensità di cura e centrata sui bisogni clinici e assistenziali del paziente. Il sistema di Cure Domiciliari è finalizzato alla presa in carico di bisogni complessi sanitari e sociali presuppone, quindi, un elevato livello di coordinamento e di integrazione tra i diversi attori del sistema che garantisce l'unicità della persona, superando l'approccio settoriale e specialistico, integrando competenze e servizi diversi.

Nell'ambito delle Cure Domiciliari viene garantita un'adeguata assistenza a persone che presentano problematiche di tipo sanitario e sociale suscettibili di trattamento domiciliare, evitando i ricoveri ospedalieri impropri e l'ingresso in assistenza residenziale.

Viene favorita la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti, perseguendo il recupero o la conservazione delle residue capacità di autonomia e relazionali, e dei pazienti non trasportabili attraverso l'erogazione di cure specialistiche o piccoli interventi di norma erogati in regime di ricovero. Si rendono possibili le dimissioni ospedaliere tempestive e si assicura la continuità assistenziale mediante lo strumento della dimissione programmata e protetta e l'assistenza domiciliare, formalizzando protocolli operativi specifici. Si garantisce il supporto ai caregiver e si trasmettono loro delle competenze che possano tradursi in autonomia di intervento, consentendo una ottimizzazione delle risorse economiche e di personale, con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita delle persone non autosufficienti o a rischio di perdita dell'autosufficienza.

Per la piena realizzazione delle cure domiciliari, la U.O.C. si avvale di una piattaforma patient-oriented che consente di posizionare il paziente e il caregiver al centro dei servizi LEA. La piattaforma si propone come HUB per tutte le attività legate ai PAI e per la successiva rendicontazione dei flussi SIAD verso Sinfonia.

Le Cure Prestazionali sono richieste dal Medico di Medicina Generale (M.M.G.) o Pediatra di Libera Scelta (P.L.S.) alla P.U.A. distrettuale e sono volte a soddisfare un bisogno sanitario semplice nei casi in cui il paziente presenti limitazioni funzionali (impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni, paziente non autosufficiente o abitante in un piano alto e senza ascensore) che rendono impossibile l'accesso ai servizi ambulatoriali. La P.U.A. attiva l'assistenza distrettuale con l'erogazione delle prestazioni infermieristiche e di riabilitazione, tale assistenza è soggetta alle disponibilità delle risorse professionali specifiche ed individua le priorità nell'erogazione delle Cure Domiciliari, con eventuali liste d'attesa nelle Cure Domiciliari per il livello di minore complessità assistenziale. Le Cure Domiciliari di tipo Prestazionale, occasionali o a ciclo programmato, costituiscono una risposta prestazionale, professionalmente qualificata, ad un bisogno di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo che non richiede una valutazione multidimensionale o l'individuazione di un piano di cura multidisciplinare.

Le Cure Domiciliari Integrate di I e II livello sono garantite alle persone che, pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi, necessitano di continuità assistenziale ed interventi programmati articolati su 5 giorni (I livello) o 6 giorni (II livello). Mentre le Cure Domiciliari di III Livello sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità erogata da équipe multi disciplinari, e consistono in interventi professionali rivolti a pazienti che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità.

Il bisogno di natura complessa è caratterizzato dalla necessità di attivazione del percorso di dimissioni protette da tutte le UU.OO.CC. ospedaliere aziendali ed extra aziendali, integrazione con altre strutture aziendali con competenze specifiche per la gestione di alcune prestazioni (U.O.S.D. Nutrizione Artificiale Domiciliare, U.O.S.D. Ulcere Cutanee, UU.OO.SS. Terapia del Dolore).

Per quanto riguarda la popolazione pediatrica (0-16 anni), la presa in carico dei minori comporta la partecipazione dei P.L.S., della U.O.C. Materno Infantile aziendale, delle funzioni materno infantili distrettuali, delle UU.OO. ospedaliere di Pediatria competenti per territorio, del Referente Aziendale per le Malattie Rare.

U.O.C. SOCIO SANITARIO

Le prestazioni sociosanitarie sono definite come le "attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione".

L'accordo tra Governo, Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ha prodotto in data 2/7/2019 il documento "Linee di indirizzo per l'individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione" recepito dalla Regione Campania con il DCA 83 del 31-10-2019 ad argomento "Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019 - 2021. - Completamento e attuazione del piano di riorganizzazione territoriale, in coerenza con i tavoli tecnici di monitoraggio".

La U.O.C. Socio Sanitario definisce l'accurata ed efficace descrizione delle problematiche imposte dalla disabilità e dalle fragilità e richiede un modello organizzativo in cui sia fatto confluire il governo di tutti gli interventi aziendali precedentemente governati separatamente.

La U.O.C. Socio Sanitario:

- ha il compito di sostenere, sviluppare e monitorare l'azione aziendale prodotta con interventi sanitari, con interventi sanitari a rilevanza sociale e con quelli sociosanitari ad elevata integrazione

sanitaria;

- coordina l'accesso alle cure sociosanitarie garantendo equità ed uniformità nei 13 distretti su cui è articolata territorialmente l'Azienda;
- coordina le attività di continuità tra i presidi ospedalieri territoriali per acuti ed i servizi distrettuali nella individuazione e valutazione del bisogno assistenziale non solo riabilitativo, secondo i vari setting di intensità governati, conseguente al completamento della fase di cura per acuti (dimissione socio-sanitaria ospedaliera).

Tali attività sono rivolte a tutte le fasce di fragilità, ovvero:

- adulti anziani non autosufficienti;
- disabili fisici, psichici e sensoriali;
- disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative ovvero long term care.

Inoltre la U.O.C. Socio Sanitario:

- governa tutte le attività relative alle prescrizioni/autorizzazioni di prestazioni riabilitative;
- governa tutte le attività relative alle prescrizioni/autorizzazioni di prestazioni di assistenza protesica;
- verifica, attraverso i flussi informativi di propria competenza, la coerenza delle azioni aziendali in ambito di attività sociosanitarie con gli obiettivi prefissati dalle norme Ministeriali e regionali.

Le attribuzioni funzionali della U.O.C. Socio-sanitario sono:

- curare il coordinamento con i Piani di Zona, al fine di definire ed attuare gli interventi sociali ad alto impatto sanitario;
- elaborare e monitorare le proposte dei Protocolli d'Intesa con gli ambiti Sociali per la funzionalità di cui al Decreto 77/2022 e la Legge di Bilancio 234/2021;
- coordinare le attività in maniera uniforme e compartecipata delle UU.OO./Porte Unitarie di accesso per la risposta ai bisogni dei cittadini particolarmente fragili, nonché l'accesso dei cittadini ai servizi sul territorio dell'Azienda. Le procedure di presa in carico dell'assistito avvengono attraverso la valutazione multi-professionale con attivazione della Unità di Valutazione Integrata (UVI) distrettuale e stesura del percorso assistenziale individuale/piano di cura, personalizzato centrato sui bisogni globali (non solo clinici), sulle aspettative e sui desideri della persona malata. La valutazione si avvale degli strumenti SVAMA e SVAMDII approvati con atti regionali (323/2012 e 324/2012). Il piano di cura personalizzato, oltre a definire la pianificazione delle attività, prevede la valutazione evolutiva dei relativi esiti da intendere come insieme dei risultati intermedi e finali riferiti, oltre che agli aspetti clinici, anche alla disabilità e alla qualità della vita, utilizzando indicatori che siano in grado di esaminare lo stato di "salute globale" della persona; verificare Albo Co-gestori e ne valuta le attività;
- curare il procedimento nella parte conclusiva sociosanitario/amministrativo/contabile delle Residenze Sanitarie Assistenziali accreditate con il SSR per prestazioni erogate a favore dei cittadini non auto sufficienti (definizione tetti di spesa per singola struttura, liquidazione delle competenze maturate, adeguamento organizzativo e strutturale dei Centri Accreditati alla normativa vigente, etc.);
- curare il procedimento nella parte conclusiva sociosanitario/amministrativo/contabile dei pazienti non auto sufficienti bisognosi di cure presso Strutture residenziali fuori ASL e/Fuori regione;
- monitorare e verificare tutte le fasi dell'intervento riabilitativo attraverso il monitoraggio delle attività della Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo (U.V.B.R.) dell'Azienda, ivi comprese le attività specifiche in capo all'U.V.B.R. integrata Ospedale – Territorio ai sensi del DCA n.99/2016;
- coordinare le attività di rapporti con i Centri Accreditati eroganti prestazioni riabilitative (attribuzione dei tetti di spesa per singola struttura, su indicazione regionale, liquidazione delle competenze maturate, adeguamento organizzativo e strutturale dei Centri Accreditati alla normativa vigente, etc.).

All'interno della U.O.C. Socio-Sanitario sono previste n. 2 Strutture Semplici, quali:

U.O.S. Controllo Attività Riabilitativa e Protesica e U.O.S. Controllo Attività Socio Sanitaria, con compiti coerenti con la specifica denominazione. In particolare alla prima U.O.S. spetta:

- valutare l'appropriatezza prescrittiva in rapporto alla diagnosi, alle terapie, agli outcome dei programmi riabilitativi;
- valutare l'appropriatezza prescrittiva di presidi e ausili protesici e controllo della spesa (presidi ortopedici, oculistici, acustici, ausili per la ventilo-terapia, etc.);
- verificare l'implementazione da parte dei Centri Accreditati del flusso informativo file H;
- supportare il Tavolo Tecnico nelle attività di verifica e monitoraggio in relazione alla spesa e ai budget assegnati.

U.O.C. PROFESSIONI SANITARIE

L'U.O.C. viene istituita con l'obiettivo di dare compimento a quanto previsto dalle normative vigenti e per valorizzare tutte le professioni sanitarie e ad essa viene affidata la responsabilità del coordinamento delle seguenti linee di attività:

- professioni infermieristiche ed ostetriche;
- professioni della riabilitazione;
- professioni tecnico sanitarie;
- professioni di tecnico della prevenzione.

Le succitate attività sono integrate con quelle dei dipartimenti e delle strutture distrettuali previsti dal presente atto aziendale, avendo riguardo all'omogeneità di competenza e d'intervento dell'aree disciplinari di riferimento che ne determinano il collegamento funzionale.

U.O.C. CLINICAL RISK MANAGEMENT, SICUREZZA E QUALITÀ DELLE CURE

L'Azienda adotta i principi e gli strumenti del governo clinico per la promozione del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento e il mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza clinica, garantendo la qualità e la sicurezza delle cure.

Alla U.O.C. Clinical Risk Management, Sicurezza e Qualità delle Cure è affidata la seguente mission: "l'identificazione dei rischi potenziali legati alle cure erogate, la comprensione dei fattori che influenzano gli eventi, l'apprendimento da lezioni derivate da eventuali eventi avversi, l'applicazione di azioni per prevenire la ricorrenza degli eventi, al fine di promuovere e favorire la minimizzazione dei rischi per i pazienti e garantire la sicurezza e la qualità delle cure". In particolare, la U.O.C. svolge le seguenti attività:

- diffusione delle raccomandazioni ministeriali per minimizzare il rischio di accadimento di eventi sentinella ed eventi avversi;
- promozione della cultura della sicurezza attraverso lo sviluppo di conoscenze e competenze rispetto all'importanza della gestione del rischio clinico;
- promozione di un efficace sistema di gestione del rischio clinico, anche attraverso l'identificazione di situazioni in grado di generare rischio (sopralluoghi, interviste al personale, audit clinici, significant event audit, safety walkaround, con un approccio sia reattivo che pro-attivo, analisi storica di eventi accidentali, reclami) e l'individuazione di azioni correttive e di miglioramento per la riduzione degli eventi avversi e lo sviluppo di buone pratiche per la sicurezza dei pazienti e degli operatori;
- promozione delle segnalazioni degli errori, degli eventi avversi e degli eventi evitati (near miss) anche attraverso l'implementazione di processi di informatizzazione;
- predisposizione del Piano Annuale Aziendale di Risk Management (P.A.R.M.) e dei relativi progetti operativi specifici, in collaborazione con le articolazioni interessate;
- promozione delle azioni per l'analisi degli eventi avversi e degli eventi sentinella, stimolando la cultura "no blame" per l'individuazione dei fattori contribuenti e delle cause profonde, al fine di adottare specifici piani di miglioramento, attivazione di processi strutturati di analisi;

- promozione dell'applicazione delle metodologie e degli strumenti di provata efficacia per l'identificazione, analisi, valutazione e controllo del rischio clinico e degli eventi avversi, quali FMEA (Failure Mode and Effect Analysis), SWR (Safety WalkRound), SEA (Signicant Event Audit), RCA (Root Cause Analysis), M&M (Morbidity & Mortality) e sostegno ai professionisti nella loro realizzazione;
- analisi preliminare della documentazione e delle procedure (analisi storica degli eventi accidentali, reclami, infortuni dei dipendenti);
- identificazione di situazioni in grado di generare rischio (sopralluoghi nelle aree e interviste del personale operativo);
- supporto al sistema decisionale del management ospedaliero e territoriale, dal punto di vista metodologico ed organizzativo, al fine di migliorare la risposta alla domanda di sicurezza e qualità dei cittadini e degli operatori e di orientare l'organizzazione a standard di qualità eccellenti con il raggiungimento di piena conformità ai requisiti definiti dal "Modello Italiano per la Gestione del Rischio in Sanità" MIGeRiS elaborato da Luiss Business School;
- promozione delle azioni per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza: riduzione del rischio (ICA) e uso responsabile antibiotici;
- supporto ai professionisti nel trasferire le evidenze nella pratica clinica delle linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, check list, etc. per la prevenzione degli errori e monitoraggio dell'applicazione;
- promozione e supporto per la progettazione, redazione e revisione delle procedure aziendali in tema di rischio clinico;
- raccolta ed analisi dei dati relativi al contenzioso, utilizzando le informazioni raccolte per il miglioramento continuo dell'attività assistenziale (segnalazione di eventuali criticità, organizzazione dei percorsi clinico-assistenziali, individuazione di eventuali azioni preventive volte a diminuire il verificarsi dell'evento, attuazione di ogni forma di comunicazione utile a migliorare i rapporti con gli utenti, etc.);
- studio degli eventi oggetto del contenzioso, con il coinvolgimento delle strutture e degli operatori coinvolti, per la ricostruzione delle circostanze fattuali e per lo svolgimento di tutte le attività connesse alla gestione del rischio clinico (approfondire le ragioni che hanno consentito il verificarsi o quasi dell'evento e facilitare l'adozione di eventuali azioni correttive) al fine di prevenire eventi simili e contenere il contenzioso;
- raccolta, analisi e studio dei dati relativi al contenzioso, al fine di prevenire eventi simili e limitare le richieste di risarcimento;
- supporto ai lavori del Comitato Valutazione Sinistri, quale componente uditore, al fine di garantire un percorso virtuoso di miglioramento di sicurezza e qualità delle cure, applicando le metodologie del Clinical Risk Management (FMEA, SWR, SEA, RCA, etc.);
- coordinamento tra la gestione del rischio clinico e quella dei sinistri, onde garantire a tutti copia informatica per consultazione gli utenti un trattamento omogeneo in grado di offrire risposte concrete in termini di efficienza, trasparenza ed equità;
- partecipazione a Comitati, Commissioni, Tavoli Tecnici e gruppi di lavoro per supportare le attività di gestione del rischio e promozione della sicurezza e qualità delle cure.

Il Direttore dell'U.O.C. Clinical Risk Management, sicurezza e qualità delle cure, assolve la funzione di Risk Manager.

La U.O.S. Sicurezza e buone pratiche concorre a tutte le attività della U.O.C., perseguendo gli obiettivi di sicurezza e buone pratiche, in uno con la rete territoriale e ospedaliera del team di rischio clinico. In particolare, analizza i risultati della qualità percepita, individua le azioni di miglioramento e ne rende noti gli esiti, promuovendo la diffusione della cultura della qualità in tutti gli ambiti aziendali

U.O.C. CUP, ALPI E LISTE DI ATTESA

L'U.O.C. si pone l'obiettivo di garantire l'accessibilità ai servizi sanitari svolgendo le seguenti attività:

- stesura di un Regolamento Aziendale al fine di standardizzare e rendere omogenee le procedure di prenotazione delle prestazioni sanitarie e di compilazione delle agende degli ambulatori specialistici (Servizio Sanitario Nazionale, Libera Professione, Medicina Legale), descrivendo in modo analitico l'attività del CUP e stabilendo le modalità operative da seguire ai fini della gestione dell'offerta sanitaria, dei tariffari, delle compartecipazioni alla spesa, del monitoraggio delle liste di attesa mediante metodologia ex ante e metodologia ex post, dell'analisi e del monitoraggio dell'erogato;
- gestione dei dati delle strutture aziendali, attraverso l'individuazione di metodologie e procedure dirette all'acquisizione, all'analisi ed all'elaborazione dei dati utili alla conoscenza del sistema azienda-ambiente;
- gestione e coordinamento delle attività del centro unico di prenotazione (CUP);
- gestione dell'Attività Libero Professionale Intramuraria (ALPI) che la dirigenza medica e non medica, individualmente o in équipe, esercita al di fuori dell'orario di lavoro, nelle strutture dell'Azienda (o in studi professionali collegati in rete o ancora presso altre strutture in convenzione), in favore e su libera scelta dell'assistito (pagante in proprio) ad integrazione e supporto dell'attività istituzionalmente dovuta.

U.O.S.D. CURE PALLIATIVE

Le Cure Palliative sono assicurate con percorsi integrati sociosanitari, tra servizi territoriali ed ospedalieri e non sono sovrapponibili o assimilabili alle Cure Domiciliari di III livello perché hanno standard e profili assistenziali diversi.

Lo scopo delle cure palliative è quello di sostenere e migliorare la qualità della vita della persona assistita e fornire un supporto alla sua famiglia; fornire al paziente un'assistenza globale, con attenzione alle necessità mediche specialistiche, infermieristiche, riabilitative, psicologiche, ma anche agli aspetti emotivi psicologici e spirituali. Le cure palliative domiciliari sono erogate dall'équipe medico-infermieristica, composta prevalentemente, dal medico palliativista, dall'infermiere e dall'operatore socio-sanitario, in collaborazione con i M.M.G./P.L.S.

Le Cure Palliative sono rivolte al trattamento delle patologie croniche degenerative a prognosi infausta, oncologiche e non oncologiche, caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità di pazienti che presentano specifiche criticità.

Luogo privilegiato di intervento è costituito dall'abitazione del paziente che quando non può più essere assistito presso il proprio domicilio, o nei casi in cui è necessario alleggerire temporaneamente la famiglia dal carico sostenuto (ricovero di sollievo), viene ospitato dal Centro residenziale per le Cure Palliative – Hospice.

Le cure palliative garantiscono le seguenti linee di attività:

- organizzazione del lavoro e dei percorsi clinici nell'area delle cure palliative in raccordo con le articolazioni Distrettuali;
- definizione i protocolli di dimissione programmata ed anticipata con le strutture di ricovero ospedaliere e non, che insistono sul territorio aziendale e regionale;
- cura per la Direzione Strategica i rapporti inter-istituzionali con gli altri nodi della Rete regionale delle Cure Palliative, e per le programmazioni aziendali;
- garantisce l'alimentazione corretta e completa dei flussi informativi.

L'assistenza per le cure palliative viene erogata a diversi livelli:

- livello base in cui il Distretto garantisce una prima valutazione del bisogno di Cure Palliative con la successiva attivazione della U.V.I./U.V.D.M. distrettuale, formalizzazione del P.A.I. e presa in carico del paziente;

- livello specialistico garantisce, nell'ambito dell'integrazione ospedale-territorio, prestazioni di cure palliative (catetere peridurale, P.I.C.C. o Port-a-cath), paracentesi e toracentesi eco guidata).

L'Hospice include il sostegno psicologico e sociale delle persone che sono legate al paziente, per cui si può parlare dell'Hospice come di un approccio sanitario inclusivo (globale, olistico) che vada oltre all'aspetto puramente medico della cura, intesa non tanto come finalizzata alla guarigione fisica ma letteralmente al "prendersi cura" della persona nel suo insieme.

L'integrazione tra ospedale e territorio valorizza le attività distrettuali, in connessione con quelle ospedaliere, attraverso lo sviluppo e la condivisione tra professionisti di percorsi assistenziali integrati, attraverso la presa in carico e la continuità assistenziali che si realizza nella Rete aziendale delle malattie croniche in età evolutiva, in via di formalizzazione.

U.O.S.D. ANZIANI, FRAGILI E DEMENZE

La U.O.S.D. Anziani Fragili e Demenze individua le priorità rispetto agli obiettivi da raggiungere assegnati dal Direttore del Dipartimento, partecipa al coordinamento dell'attività domiciliari e coordina quelle semiresidenziali e residenziali a gestione diretta destinate agli anziani. Garantisce omogenei livelli assistenziali quali-quantitativi su tutto il territorio aziendale; sceglie metodologie e strumenti da utilizzare rispetto agli obiettivi da perseguire; controlla e verifica la qualità e l'umanizzazione del servizio erogato; garantisce il coordinato utilizzo della rete complessiva dei servizi socio-sanitari destinati alle persone anziane ed a quelle affette da demenza, programma e organizza le attività integrate di psicogeriatrica (progetto ministeriale CRONOS e Piano Alzheimer Regionale); attiva e sviluppa i programmi di controllo sul funzionamento della rete e di verifica della qualità delle prestazioni nelle diverse realtà distrettuali. dirige le attività delle Residenze Sanitarie Assistenziali a gestione diretta (RSA Portici con 38 pp.II.) e monitora il rispetto dei tempi di attesa delle RSA e dei CD Anziani e Demenza; coordina le associazioni di volontariato che collaborano ai progetti; centralizza i dati informativi verificando l'efficienza/efficacia dei progetti, la loro documentazione ed analisi, assicurando una supervisione delle attività. In raccordo con il Servizio Relazioni con il pubblico dell'Asl, svolge attività di informazione sui servizi esistenti sul territorio Aziendale.

La U.O.S.D. "Assistenza Anziani Fragili e Demenza" svolge attività mirate all'implementazione del "Piano Nazionale demenze" per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze", attraverso l'applicazione in sede aziendale del D.C.A. n.52 del 29/05/2015.

U.O.S.D. NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE

La Nutrizione Artificiale Domiciliare (N.A.D.), quale attività nell'ambito della ospedalizzazione domiciliare, è inclusa nel livello essenziale di cui al punto 3 dell'allegato 1 del DPCM 29/11/2001. La Nutrizione Artificiale nelle varie modalità di erogazione, Nutrizione Enterale (NE), Nutrizione Parenterale (NP) e supplementazione orale (SNO) è uno strumento terapeutico insostituibile in quanto permette di mantenere o reintegrare lo stato di nutrizione dei soggetti in cui la alimentazione naturale è controindicata, impraticabile o non sufficiente. In molte condizioni patologiche è terapia sostitutiva essenziale (al pari della dialisi) e salvavita in quanto rappresenta l'unico provvedimento terapeutico per assicurare la sopravvivenza del malato (e.g. insufficienza intestinale cronica benigna).

La realizzazione di un programma di NAD che consente di continuare al domicilio, con sicurezza ed efficacia, la terapia nutrizionale iniziata in ambiente ospedaliero, è funzione complessa e trasversale a tutti i livelli organizzativi aziendali in ambito di prevenzione, diagnosi e cura della malnutrizione proteico energetica (MPE) e richiede la presa in carico da parte di strutture dedicate, identificabili, composte da personale con specifiche competenze e che adottino precise modalità organizzative e percorsi assistenziali definiti (Linee-Guida Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR) 2006).

La NAD, pertanto, deve essere realizzata soltanto secondo le indicazioni/prescrizioni della U.O. NAD di competenza. La U.O.S.D. NAD è responsabile della gestione del percorso diagnostico-terapeutico

del paziente che necessita di N.A.D. e si inserisce in un sistema complesso ed integrato di relazioni interdisciplinari (MMG, medico ospedaliero e con tutti referenti ed operatori coinvolti nelle cure domiciliari (UOAA, UOAR, UOMI, ADO, UOTA, etc.).

Attività della U.O.S.D. N.A.D. sono:

- espletamento di consulenze nutrizionali richieste dalle varie articolazioni aziendali mediante valutazione dello stato nutrizionale, scelta del tipo e della via di somministrazione dei nutrienti, posizionamento e sostituzione di sonde naso-gastriche, sostituzioni di Gastrostomie Endoscopiche Percutane (PEG);
- presa in carico dei pazienti in dimissione da A.O. aziendali, extra aziendali, extraregionali e pazienti inseriti nella Rete Oncologica Campana (R.O.C.) che necessitano di NA;
- valutazione nutrizionale di pazienti affetti da Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) inviati dai DSM distrettuali;
- valutazione delle indicazioni e delle condizioni per la stipula di contratti di convenzione con Aziende esterne per la fornitura di sacche di nutrizione parenterale domiciliare personalizzate non erogabili direttamente dalla nostra Azienda e rivalutazione della persistenza delle indicazioni e condizioni per il rinnovo o sospensione delle sopradette convenzioni;
- corretta trasmissione dei flussi informativi.

È in corso di realizzazione, per i pazienti con la sola necessità di supplementazione nutrizionale orale, e con bisogni assistenziali semplici, un modello organizzativo che utilizzerà il CUP regionale.

Il Dipartimento AS, in specie, orienta la sua attività nella programmazione e governo della domanda in relazione al governo dell'offerta dei servizi sociosanitari territoriali, nella promozione dei processi di miglioramento continuo dell'appropriatezza e dell'accesso agli stessi e della qualità delle prestazioni rese dagli Erogatori pubblici e privati. A tale scopo analizza le informazioni provenienti dalle diverse banche dati relative allo stato di salute e alle prestazioni erogate anche con riferimento all'andamento della spesa.

Ha il compito di promuovere lo sviluppo della integrazione dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, anche attraverso modelli sperimentali e strumenti innovativi di strutture/servizi/azioni, per favorire una rete flessibile e di prossimità. Pone particolare attenzione all'implementazione delle cure domiciliari in ottica di valutazione multidimensionale.

Nello svolgimento di tutte le sue attribuzioni il Dipartimento **AS** opera in stretta sintonia e in condivisione obbligata con il Dipartimento Assistenza Territoriale avendo in debita evidenza – come già specificato – che il Distretto Sanitario è e rimane la macrostruttura istituzionale luogo di recapito naturale della domanda di salute e soprattutto luogo fisico e organizzativo ove si sviluppa e viene gestita in piena autonomia la risposta ad ogni domanda di salute.

A tal fine i due dipartimenti DAT e **DAS** curano emanazioni di precise linee guida per gli operatori distrettuali che svolgono il loro compito in piena autonomia tecnico organizzativa nell'ambito di una regolamentazione ad hoc per ogni tipo di procedura sia di interesse strettamente della UOC Coordinamento Sociosanitario che della UOC Cure domiciliari.

È fatto obbligo entro 30 giorni dall'attivazione del **DAS** una condivisione e pubblicazione di una apposita carta dei servizi che renda edotto ogni cittadino su chi e che cosa fa ogni ufficio dipartimentale così da fugare ogni dubbio e rendere efficiente tutto il sistema produttivo.

Al Collegio di Direzione

E, p, c. Al Direttore Generale

Loro Sedi

Oggetto: Proposta modifica Atto Aziendale.

Perviene dalla UOC Sociosanitario Aziendale e dalla UOC Cure Domiciliari Aziendale, con nota prot. n. 162666 del 06.08.2024, *"Proposta modifica Atto Aziendale vigente"*, con la quale i Direttori delle predette UU.OO.CC. formulano proposta al Direttore Generale di questa ASL *"che la U.O.C. Cure Domiciliari, la U.O.C. Sociosanitario e la U.O.S.D. Cure Palliative offeriscano funzionalmente al Dipartimento Attività Strategiche di Direzione Sanitaria, considerando che tale modifica non comporta oneri aggiuntivi rispetto al vigente Atto Aziendale, bensì consente all'Azienda di realizzare la strutturazione formale degli elementi della governance attraverso la corretta stesura ed adozione dell'Atto Aziendale, sulla base delle Linee Guida prodotte dalla Regione."*.

Proposta decretata dal Direttore Generale rispettivamente al Direttore Amministrativo Aziendale e, quindi, al Direttore Sanitario Aziendale in data 29.08.2024, come agli atti.

Per quanto proposto, congiuntamente, dai predetti Direttori con la su citata nota prot. n. 162666 del 06.08.2024, deve osservarsi quanto di seguito.

L'Area dell'assistenza sociosanitaria ricomprende i servizi per la disabilità, per le non autosufficienze, per malati terminali e cure palliative, domiciliari integrate, per i disturbi del neuro sviluppo e neuropsichiatrici dell'età evolutiva, nonché Servizi di Psicologia Clinica.

Essi sono sotto la responsabilità organizzativa del Servizio per l'Assistenza Sociosanitaria presente in ogni Distretto e fanno riferimento all'UOC Coordinamento sociosanitario centrale.

Risulta utile richiamare la normativa e gli atti di indirizzo adottati dalla Regione Campania relativamente ai livelli essenziali di assistenza definiti con DPCM 29/11/2001 che hanno contribuito alla diffusione dei principi della legge 104/92, promuovendo la realizzazione di percorsi assistenziali integrati e condivisi, secondo un approccio multidimensionale e multidisciplinare, al fine di rispondere in maniera coordinata alla pluralità di bisogni specifici riferita alla globalità e complessità della persona. Tuttavia l'organizzazione distrettuale registra ancora una forte settorializzazione che stenta a garantire una risposta adeguata e integrata, considerato che l'organizzazione distrettuale è generalmente articolata in funzione della specifica risposta assistenziale, riabilitativa da un lato e sociosanitaria integrata dall'altro, e non di interventi integrati a seguito di una valutazione globale del bisogno della persona.

La presa in carico della persona con disabilità richiede un sistematico approccio multidimensionale e multidisciplinare. Essa si traduce, generalmente, unicamente nella prescrizione, da parte di un singolo "specialista prescrittore" o nel migliore dei casi da parte di una UVBR, di prestazioni riabilitative e/o di assistenza protesica e di un'autorizzazione alla erogazione/fornitura delle prestazioni, ovvero di una autorizzazione all'ingresso in RSA o in Centro Diurno a seguito della valutazione in UVI, al di fuori di un progetto di intervento globale. Una rilevante criticità del sistema è rappresentata, inoltre, dallo scollamento tra i presidi ospedalieri territoriali per acuti ed i servizi distrettuali, per cui l'individuazione e valutazione del bisogno assistenziale-riabilitativo è generalmente disgiunta dal ricovero e dalla dimissione ospedaliera, spesso con una presa in carico riabilitativa territoriale tardiva.

Il vigente Atto Aziendale ben precisa che le prestazioni sociosanitarie sono definite come le "attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione".

In particolare, l'Atto Aziendale attribuisce, tra l'altro, alla U.O.C. Socio Sanitario:

"di curare il procedimento nella parte conclusiva sociosanitario/amministrativo/contabile delle Residenze Sanitarie Assistenziali accreditate con il SSR per prestazioni erogate a favore dei cittadini non auto sufficienti (definizione tetti di spesa per singola struttura, liquidazione delle competenze maturate, adeguamento organizzativo e strutturale dei Centri Accreditati alla normativa vigente)";
"di curare il procedimento nella parte conclusiva sociosanitario/amministrativo/contabile dei pazienti non auto sufficienti bisognevoli di cure presso Strutture residenziale fuori ASL e/Fuori regione";

"di coordinare le attività di rapporti con i Centri Accreditati eroganti prestazioni riabilitative (attribuzione dei tetti di spesa per singola struttura, su indicazione regionale, liquidazione delle competenze maturate, adeguamento organizzativo e strutturale dei Centri Accreditati alla normativa vigente, etc.)."

Inoltre, con il DCA 97/2018 e successivo N. 74 DEL 9/10/2019 in sostituzione integrale dell' "ALLEGATO 1 – del predetto DCA 97/2018, è stato approvato il documento "Allegato 1 Requisiti minimi e ulteriori per le strutture RSA Unità di Cura R3- RD3-R2D-R2", e, dunque, aggiornata la normativa regionale relativa all'erogazione di trattamenti residenziali terapeutici, riabilitativi e socio-riabilitativi, per il recupero e mantenimento delle abilità residue (RD3), e a quelle che erano già denominate RSA per disabili. Sono state, quindi, avviate le procedure amministrative per il rinnovo degli accreditamenti sulla base dei nuovi requisiti previsti dalla suddetta disciplina. È stato poi programmato l'aggiornamento della disciplina delle attività residenziali di riabilitazione extraospedaliera, con la definizione di specifici requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'erogazione dei trattamenti intensivi ed estensivi di riabilitazione extraospedaliera (RD1) e criteri di eleggibilità e di accesso, che si aggiungono e in parte riquaificano la riabilitazione estensiva attiva con la denominazione di "ex art. 26". Parallelamente è in fase di conclusione il complesso processo di riconversione di oltre 1500 posti letto di riabilitazione estensiva cosiddetta "ex art. 26", in altri setting territoriali, prioritariamente e prevalentemente RSA e Centri diurni per Disabili, ma anche altri setting carenti, in modo da diversificare l'offerta territoriale e poter modulare i percorsi assistenziali tra diversi livelli di intensità di cura e per fasi diverse delle patologie.

Pertanto, l'Atto Aziendale vigente, tenuto conto dell'evoluzione normativa e aggiornamenti, ribadisce chiaramente che la U.O.C. Socio Sanitario definisce l'accurata ed efficace descrizione delle problematiche imposte dalla disabilità e dalle fragilità e richiede un modello organizzativo in cui sia fatto confluire il governo di tutti gli interventi aziendali precedentemente governati separatamente.

Quindi, la “non autosufficienza” è una condizione derivante da patologie o invalidità, temporanea o permanente, patologica diagnosticata che interferisce sull'individuo, riducendo e limitando la capacità di mantenere una vita indipendente e di svolgere le comuni attività quotidiane, a causa della mancanza di energie e dei mezzi necessari per soddisfare le proprie esigenze.

L'area della non autosufficienza può, dunque, essere definita anche area della cura a lungo termine, è un'area organizzativa che mette in rete i servizi residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari per favorire la risposta tempestiva e continuativa ai bisogni delle persone non autosufficienti che necessitano di intervento assistenziale permanente e continuativo, sia nella sfera di vita individuale che di relazione.

Con i predetti DDCCAA è stata ampliata la tipologia di utenza eleggibile per l'accesso e aggiornati e qualificati i requisiti per R1 e R3, non limitandola più ai soli stati vegetativi e ai soli anziani, bensì a tutti gli adulti non autosufficienti, con diversi livelli di bisogno assistenziale.

Nei citati Programmi Operativi per l'Area Adulti e anziani non autosufficienti l'offerta assistenziale residenziale programmata è articolata anche per le “Unità di cure residenziali per demenze” (R2D) per assistenza residenziale estensiva a persone affette da demenze. E proprio per quanto attiene alla rete dei servizi per i cittadini affetti da demenza e disturbi cognitivi, nell'ambito dei Servizi aziendali per le non autosufficienze, devono trovare spazio i Centri disturbi cognitivi e demenze che a livello distrettuale o sovradistrettuale sono contenuti all'interno dei CDCD.

Inoltre, l'applicazione del vigente Atto Aziendale suggerisce chiaramente la costituzione dei Coordinamenti di **Cure palliative**, con un'Area di Coordinamento centrale, tali da coordinare e garantire il raccordo con i presidi ospedalieri aziendali e gli ambulatori facenti parte della rete.

Ciò consente un continuum assistenziale per le cure palliative. Esse devono raccordarsi con MMG/PLS esperti individuati nelle AFT. Il ruolo del MMG e PLS nell'erogazione delle cure palliative soprattutto di natura domiciliare è fondamentale, e per questo motivo si deve prevedere, come già definito nel Patto per la salute, nell'ambito delle UCCP e AFT che i MMG e PLS abbiano formazione e competenza in cure palliative e terapia del dolore.

Infine, per le **cure domiciliari** va precisato che sono “percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita”.

Le cure domiciliari vengono classificate dal d.p.cm. del 12/01/2017 in relazione al coefficiente di intensità assistenziale, ovvero **CIA**, che misura la intensità e in maniera derivata la complessità del servizio erogato in relazione al bisogno espresso e rilevato.

Particolarmente efficace risulta la proposta di organizzazione del sistema delle cure domiciliari che tenga conto anche delle cure palliative, definendo a livello centrale una unità operativa di coordinamento di cure domiciliari con una unità operativa di cure palliative, nell'ambito del Servizio per il coordinamento e l'assistenza sociosanitaria.

Tutto quanto innanzi osservato, deve contestualizzarsi il tutto con la vigenza ed implementazione del PNRR che rappresenta il motore per la programmazione degli investimenti e delle riforme che l'Italia prevede di attuare entro il 2026. Il piano si articola in 6 Missioni, ciascuna delle quali caratterizzata da Componenti (in totale 16), a loro volta articolate in Investimenti con il corrispettivo importo assegnato. Le 6 Missioni del Piano sono: 1. Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo; 2. Rivoluzione verde e transizione ecologica; 3. Infrastrutture per una mobilità sostenibile; 4. Istruzione e ricerca; 5. Inclusione e coesione; 6. Salute. Alla Missione 6 “Salute” Componente 1 (M6C1) “Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale” sono stati destinati 7 miliardi di euro ed individuate 3 linee di investimento da attuare entro la metà del 2026.

Per l'attuazione di tali obiettivi, sono stati quindi successivamente emanati decreti nazionali a supporto come il **DM 77/22** *"Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale"* e l'introduzione delle Case di Comunità (CdC), Ospedale di Comunità (OdC) e **Centrali Operative Territoriali (COT)** con l'obiettivo di potenziare i servizi assistenziali territoriali quali punti di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale per la popolazione di riferimento.

In particolare la C.O.T. è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza.

Per tutto quanto innanzi osservato, rilevato e precisato risulta evidente dare piena attuazione al vigente Atto Aziendale che, come innanzi ampiamente rilevato, ben precisa che le prestazioni sociosanitarie, definite come "attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona" richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, unitariamente rese, in grado di garantire, anche nel lungo periodo, costante continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

Pertanto, tenuto anche conto del Nulla osta per quanto di competenza, espresso in merito dal Direttore Amministrativo Aziendale in data 20.08.2024, agli atti, di accogliere la proposta di modifica dell'Atto Aziendale vigente, rivolta al Direttore Generale di questa ASL con nota prot. n. 162666 del 06.08.2024, ossia *"che la U.O.C. Cure Domiciliari, la U.O.C. Sociosanitario e la U.O.S.D. Cure Palliative afferiscano funzionalmente al Dipartimento Attività Strategiche di Direzione Sanitaria, considerando che tale modifica non comporta oneri aggiuntivi rispetto al vigente Atto Aziendale ..."*, ovvero, più specificamente, di accogliere la predetta *"Proposta modifica dell'Atto Aziendale vigente"* e di *completare la predetta modifica, sostituendo anche l'attuale denominazione da "Dipartimento Attività Strategiche di Direzione Sanitaria" a quella di "Dipartimento Attività Sanitarie"*.

Il Direttore Sanitario Aziendale

Dr. Ferdinando Primiano

