



**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione  
Triennio 2022 - 2024**  
*Art. 6 del DL 80/2021*

## INDICE

<b>Premessa .....</b>	<b>1</b>
<b>SEZIONE 1.....</b>	<b>4</b>
<b>1 L’ASL Napoli 3 Sud e la sua articolazione .....</b>	<b>5</b>
1.1 La costituzione e la sede legale dell’ASL Napoli 3 Sud.....	5
1.2 I dati socio demografici ed epidemiologici.....	5
1.3 I materiali e metodi.....	6
1.4 La piramide dell’età.....	7
1.5 La distribuzione per fasce e sesso .....	8
1.6 Le tabelle degli indici per l’ASL Napoli 3 Sud e per Distretto.....	11
1.7 I distretti sociosanitari e le competenze territoriali .....	19
1.8 Il logo.....	21
1.9 Il patrimonio.....	21
1.10 L’albo pretorio .....	22
1.11 I valori di riferimento .....	23
1.12 La vision .....	25
1.13 La mission .....	25
<b>SEZIONE 2.....</b>	<b>28</b>
<b>2 Il Valore Pubblico.....</b>	<b>29</b>
2.1 Il valore pubblico per l’ASL Napoli 3 Sud.....	29
2.2 Semplificazione e reingegnerizzazione dell’ASL Napoli 3 Sud.....	33
2.3 Strategie di innovazione dei processi clinico sanitari.....	35
2.4 Strategie di innovazione dei processi amministrativo-contabili .....	41
2.5 Le misure di benessere equo e sostenibile .....	44
<b>3 Le Performance .....</b>	<b>71</b>
3.1 Introduzione .....	71
3.2 L’identificazione delle aree di intervento.....	72
3.3 L’azienda in cifre .....	74
3.4 Analisi del contesto esterno .....	75
3.5 Analisi del contesto interno .....	76
3.6 Il sistema di misurazione e valutazione delle performance .....	81

3.7 I requisiti degli indicatori.....	88
3.8 L'individuazione degli obiettivi strategici.....	95
3.9 L'area delle disabilità .....	105
3.10 Le politiche di prevenzione.....	122
3.11 Gli obiettivi di riorganizzazione.....	136
3.12 La comunicazione sanitaria.....	140
3.13 Gli obiettivi strategici ed operativi per l'anno 2022.....	146
3.14 Lo schema degli obiettivi .....	157
<b>4 I rischi corruttivi e la trasparenza .....</b>	<b>158</b>
4.1 Introduzione .....	158
4.2 Gli aspetti normativi .....	159
4.3 Ulteriori sviluppi normativi .....	160
4.4 Ruolo del Responsabile della prevenzione della corruzione.....	160
4.5 La valutazione di impatto del contesto esterno .....	162
4.6 La valutazione di impatto del contesto interno .....	163
4.7 La mappatura dei processi.....	164
4.8 L'identificazione e la valutazione dei rischi corruttivi .....	167
4.9 La progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio.....	168
4.10 Il monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure.....	169
4.11 La trasparenza.....	169
4.12 Il codice di comportamento.....	169
4.13 La rotazione del personale .....	170
4.14 L'inconferibilità e l'incompatibilità .....	172
4.15 I conflitti di interessi .....	173
4.16 L'attività extra istituzionale.....	175
4.17 Il conflitto di interessi negli incarichi extra istituzionali .....	176
4.18 Il pantoufage.....	176
4.19 I rapporti con gli Stakeholder .....	177
4.20 La Carta dei servizi.....	177
4.21 Il monitoraggio dei tempi procedimentali.....	178
4.22 La tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti.....	179
4.23 Le disposizioni conclusive.....	180
<b>SEZIONE 3.....</b>	<b>181</b>

<b>5</b>	<b>La struttura organizzativa.....</b>	<b>182</b>
5.1	L’organigramma dell’ASL Napoli 3 Sud.....	182
5.2	Area centrale .....	183
5.3	Area dipartimentale.....	184
5.4	Area ospedaliera.....	185
5.5	Area distrettuale.....	186
5.6	I dati dell’organizzazione .....	187
<b>6</b>	<b>Il lavoro agile .....</b>	<b>193</b>
6.1	L’organizzazione del lavoro agile dell’ASL Napoli 3 Sud .....	193
<b>7</b>	<b>Il piano triennale del fabbisogno di personale.....</b>	<b>196</b>
7.1	Introduzione .....	198
7.2	La normativa di riferimento .....	198
7.3	Criteri e modalità di elaborazione del Piano .....	204
7.4	Area dei distretti e della prevenzione.....	212
7.5	Il rispetto dei vincoli di finanza pubblica.....	217
7.6	La formazione del personale .....	220
7.7	Il piano delle azioni positive .....	221
<b>SEZIONE 4.....</b>	<b>224</b>	
<b>8</b>	<b>Il monitoraggio delle linee programmatiche.....</b>	<b>225</b>
8.1	Le attività di monitoraggio dell’ASL Napoli 3 Sud.....	225
8.2	Il monitoraggio del Valore pubblico.....	226
8.3	Il monitoraggio delle Performance.....	226
8.4	Il monitoraggio dei Rischi corruttivi e della trasparenza.....	228
8.5	Il monitoraggio del Lavoro agile.....	230
8.6	Il monitoraggio del Piano triennale del fabbisogno di personale.....	232
8.7	La soddisfazione degli utenti.....	233
<b>9</b>	<b>Bibliografia e sitografia .....</b>	<b>237</b>

## INDICE DELLE FIGURE

Figura 1 – La piramide dell’età dell’ASL Napoli 3 Sud .....	8
Figura 2 – La popolazione per fasce d’età dell’ASL Napoli 3 Sud.....	9
Figura 3 – La popolazione per fasce d’età e sesso.....	10
Figura 4 – Indice di vecchiaia.....	16
Figura 5 – Indice di dipendenza anziani.....	17
Figura 6 – Indice di dipendenza strutturale .....	18
Figura 7 – La matrice interesse/influenza.....	31
Figura 8 – La piramide del valore pubblico.....	33
Figura 9 – La mappa del valore digitale dell’ASL Napoli 3 Sud .....	34
Figura 10 – L’assistenza attraverso la telemedicina .....	40
Figura 11 – La speranza di vita .....	47
Figura 12 – La speranza di vita per maschi e femmine all’ASL Napoli 3 Sud .....	48
Figura 13 – Primi cinque tumori tra i maschi (2015-2019) .....	51
Figura 14 – Primi cinque tumori tra le femmine (2015-2019) .....	52
Figura 15 – Primi cinque tumori tra i maschi nella fascia di età 0-49 aa (2015-2019) .....	53
Figura 16 – Primi cinque tumori tra i maschi nella fascia di età 50-69 aa (2015-2019) .....	53
Figura 17 – Primi cinque tumori tra i maschi nella fascia di età 70+ aa (2015-2019).....	54
Figura 18 – Primi cinque tumori tra le femmine nella fascia di età 0-49 aa (2015-2019).....	55
Figura 19 – Primi cinque tumori tra le femmine nella fascia di età 50-69 aa (2015-2019).....	55
Figura 20 – Primi cinque tumori tra le femmine nella fascia di età 70+ aa (2015-2019).....	56
Figura 21 – Primi cinque tumori tra i maschi come causa di morte (2015-2019) .....	58

Figura 22 – Primi cinque tumori tra le femmine come causa di morte (2015-2019).....	59
Figura 23 – Stato nutrizionale PASSI (2017-2020).....	67
Figura 24 – Stato nutrizionale HBSC (2018-2019) .....	68
Figura 25 – L'albero delle performance dell'ASL Napoli 3 Sud .....	83
Figura 26 – Il ciclo della performance.....	84
Figura 27 – Il legame tra le unità di analisi .....	86
Figura 28 – L'integrazione socio/sanitaria ed ospedale/territorio .....	91
Figura 29 – La fase di pianificazione/ programmazione .....	92
Figura 30 – Il timing del processo .....	95
Figura 31 – Macro processo CU – Sistema dei controlli ufficiali .....	116
Figura 32 – Obiettivi economici .....	143
Figura 33 – Organigramma area centrale .....	183
Figura 34 – Organigramma area dipartimentale .....	184
Figura 35 – Organigramma area ospedaliera.....	185
Figura 36 – Organigramma area distrettuale .....	186
Figura 37 – Distribuzione delle fasce nell'ASL Napoli 3 Sud .....	188
Figura 38 – Distribuzione delle fasce per ruolo.....	189
Figura 39 – Distribuzione delle fasce per il ruolo sanitario.....	190
Figura 40 – Distribuzione delle fasce per il ruolo tecnico .....	191
Figura 41 – Distribuzione delle fasce per il ruolo amministrativo .....	192
Figura 42 – Il lavoro agile per l'ASL Napoli 3 Sud .....	193
Figura 43 – I vincoli assunzionali.....	201
Figura 44 – Il personale in servizio al 31/12/2020 .....	203

# ASL Napoli 3 Sud

Direttore Ing. Gennaro Sosto

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione *Triennio 2022 - 2024* *(art. 6 del DL 80/2021)*

Figura 45 – Il personale in servizio al 31/12/2020 .....	204
Figura 46 – Il fabbisogno del personale 2021-2023 .....	218
Figura 47 – Piano del fabbisogno di personale 2021-2023 .....	219
Figura 48 – La metodologia SMART utilizzata per il monitoraggio del PIAO .....	225

## Premessa

Il **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione** (d’ora in avanti PIAO) viene introdotto dall’art. 6 del Decreto Legge n. 80 del 9 giugno 2021 poi convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 113 del 6 agosto 2021. Il PIAO si colloca nel più ampio scenario di riforma della PA, avviatasi anche attraverso l’adozione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, definitivamente approvato con Decisione di esecuzione del Consiglio dell’Unione Europea, in recepimento della proposta della Commissione europea.

Il PIAO dell’ASL Napoli 3 Sud si pone, in coerenza ai dettami normativi, quattro obiettivi principali, riferiti alla razionalizzazione della disciplina in favore della facilitazione di tutti gli *iter* amministrativi per i dipendenti, i cittadini e le imprese che operano e collaborano con essa, ovvero:

- ❖ riduzione dell’articolazione burocratica e semplificazione delle attività;
- ❖ incremento della qualità programmatica, attraverso l’identificazione di chiari e specifici obiettivi/indicatori, e della resilienza programmatica, attraverso il costante adattamento della programmazione ai cambiamenti del contesto di riferimento;
- ❖ sviluppo programmatico sinergico tra tutte le prospettive insite all’organizzazione, finalizzato all’arricchimento del valore pubblico.

Il PIAO dell’ASL Napoli 3 Sud è elaborato in coerenza alle Linee Guida del Dipartimento della Funzione pubblica ed è suddiviso nei seguenti capitoli:

- ❖ Capitolo 1 – L’ASL Napoli 3 Sud e la sua articolazione. Questa sezione è dedicata alla rappresentazione della dimensione e della composizione anagrafica dell’ASL quale azienda del SSR Campano. Il Capitolo 1 è redatto grazie alla collaborazione del Dipartimento di Prevenzione e dell’UOC Controllo di Gestione;
- ❖ Capitolo 2- Il Valore Pubblico. Questa sezione è dedicata alla rappresentazione del Valore Pubblico che l’ASL Napoli 3 Sud realizza (*baseline*) ed intende realizzare (*target*), in linea con la strategia che intende attuare per la creazione del valore, con particolare riferimento alle misure di benessere equo e sostenibile (definiti specificatamente nell’Agenda ONU 2030, secondo le elaborazioni dell’ISTAT e del CNEL). Inoltre, è specificato l’insieme dei processi/ delle procedure che l’ASL Napoli 3 Sud intende semplificare e reingegnerizzare, ovvero ha già

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

realizzato azioni proattive verso tali innovazioni, in coerenza con le misure previste dall'Agenda di Semplificazione delle PA. Il Capitolo 2 è redatto grazie alla collaborazione dell'UOC Controllo di Gestione, dell'UOC Telemedicina, dell' UOC Clinical Risk Management sicurezza e qualità delle cure, del Dipartimento di Prevenzione e dell'UOSD Registro Tumori;

- ❖ Capitolo 3 – Le Performance. Questa sezione è dedicata alla rappresentazione delle logiche di *performance management*, di cui al Capo II del D. Lgs n. 150/2009 e secondo le Linee Guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica. Il Capitolo 3 è redatto grazie alla collaborazione dell'UOC Valutazione Risorse Umane e Performance;
- ❖ Capitolo 4 – I rischi corruttivi e la trasparenza. Questa sezione è dedicata all'impegno aziendale rivolto al raggiungimento della piena trasparenza nelle attività di organizzazione, in linea con gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza definiti dall'organo di indirizzo, ai sensi della Legge n 190/2021. Il Capitolo 4 è redatto grazie alla collaborazione della Responsabile della Trasparenza, della Responsabile della Prevenzione della corruzione e dell'UOC Controllo di Gestione;
- ❖ Capitolo 5 – L'organizzazione aziendale. Questa sezione è dedicata alla rappresentazione del modello organizzativo adottato dall'ASL Napoli 3 Sud. Il Capitolo 5 è redatto grazie alla collaborazione dell'UOC Controllo di Gestione e dell'UOC Gestione Risorse Umane;
- ❖ Capitolo 6 – Il lavoro agile. Questa sezione è dedicata alla rappresentazione della strategia e degli obiettivi aziendali legati allo sviluppo di modelli innovativi di organizzazione del lavoro. Il Capitolo 6 è redatto grazie alla collaborazione dell'UOC Sistemi Informatici ITC, dell'UOC Telemedicina e dell'UOC Controllo di Gestione;
- ❖ Capitolo 7 – Il Piano triennale del fabbisogno di personale. Questa sezione è dedicata alla rappresentazione degli strumenti e degli obiettivi volti al reclutamento di nuove risorse ed alla valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale. Il Capitolo 7 è redatto grazie alla collaborazione dell'UOC Gestione Risorse Umane, dell'UOC Formazione e Sviluppo Risorse Umane e dell'UOC Controllo di Gestione;
- ❖ Capitolo 8 – Il monitoraggio delle linee programmatiche. Questa sezione è dedicata alla rappresentazione degli strumenti e delle modalità di monitoraggio di tutti i piani programmatici definiti. Il Capitolo 8 è redatto grazie alla collaborazione dell'UOC Controllo di Gestione, dell'UOC Relazioni con il Pubblico, dell'UOC Valutazione Risorse Umane e Performance,



# ASL Napoli 3 Sud

Direttore Ing. Gennaro Sosto

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

dell'UOC Gestione Risorse Umane, del Responsabile della Trasparenza, del Responsabile della Prevenzione della corruzione e dell'UOC Sistemi Informatici ITC.



# ASL Napoli 3 Sud

Direttore Ing. Gennaro Sosto

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

## SEZIONE 1

## 1 L’ASL Napoli 3 Sud e la sua articolazione

### *1.1 La costituzione e la sede legale dell’ASL Napoli 3 Sud*

Con la Legge regionale n. 16 del 28 novembre 2008, pubblicata sul BURC n. 48 ter del 1 dicembre 2008, il Consiglio Regionale della Campania ha adottato le misure finalizzate a garantire il rispetto degli obblighi di contenimento della spesa e di razionalizzazione e riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale, previsti dal Piano di rientro dal disavanzo di cui alla delibera della Giunta Regionale n. 460 del 20 marzo 2007, adottata a seguito dell’Accordo sottoscritto ai sensi dell’art. 1 comma 180 della legge n. 311 del 30 dicembre 2004 tra il Presidente della Regione Campania ed i Ministri della Salute e dell’Economia e delle Finanze; nell’ambito delle misure adottate. La citata Legge regionale ha disciplinato, all’art. 2, la modifica della Legge regionale n. 32 del 3 novembre 1994, con riferimento alla razionalizzazione degli ambiti territoriali delle Aziende Sanitarie Locali. Pertanto, con la Delibera della Giunta Regionale n. 505 del 20 marzo 2009, viene costituita la nuova Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud.

Rispetto alla precedente configurazione, in data 10 agosto 2012, ovvero con Decreto Commissoriale n. 98 e ss.mm.ii., il territorio del Comune di Portici è stato aggregato all’ASL Napoli 3 Sud, modificandone gli ambiti e la concentrazione della popolazione di riferimento.

La Giunta Regionale della Campania, con la Deliberazione n. 751 del 21 dicembre 2012, ha stabilito la sede legale dell’ASL Napoli 3 Sud, nel Comune di Torre del Greco (Na) 80059 – alla Via Marconi n. 66, con Partita IVA 06322711216. Il D.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e ss.mm.ii. ha attribuito, all’art. 3 comma 1bis, all’Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale.

### *1.2 I dati socio demografici ed epidemiologici*

L’Asl Napoli 3 Sud si estende su un territorio di circa 620 Km<sup>2</sup> suddiviso in n. 57 Comuni. La struttura geografica del territorio non è omogenea, presentando aree diverse per composizione ed organizzazione territoriale che vanno a configurarsi come fattori ambientali diversificati quali agenti determinanti dello stato di salute. Questa azienda può essere genericamente divisa in due aree, ovvero Area Nord ed Area Sud, al cui centro è posto il Vesuvio, vulcano in quiescenza.

La popolazione aggiornata ai dati ISTAT del 1 gennaio 2022 è pari a 1.035.273, distribuita in n. 57 Comuni, e la densità di popolazione è pari a 1.669,79 ab/km, con picchi elevatissimi in coincidenza dei Comuni della cinta suburbana di Napoli.

## 1.3 I materiali e metodi

Al fine di fornire un quadro utile alla definizione dell'offerta socio-sanitaria dell'ASL Napoli 3 Sud, che risponde ad una domanda fortemente condizionata dalla distribuzione della popolazione per fasce di età, la popolazione è stata suddivisa in anziana, molto anziana, attiva, infanzia e primissima infanzia.

Le tabelle di distribuzione della popolazione sono state elaborate partendo dall'unità minima di riferimento: il Comune. I molteplici Comuni sono poi stati aggregati per i singoli Distretti Sociosanitari, fino a giungere all'aggregazione per azienda.

I dati elaborati riportano in dettaglio gli indici ed i dati rappresentativi della struttura della popolazione, in funzione della domanda socio-assistenziale correlata alle diverse fasce di età, ovvero:

- ❖ l'indice di vecchiaia, ovvero il rapporto percentuale tra popolazione con età uguale o superiore a 65 anni e popolazione con età inferiore a 15 anni;
- ❖ l'indice di dipendenza anziani, ovvero il rapporto tra la popolazione di età 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100;
- ❖ l'indice di dipendenza strutturale, ovvero il rapporto tra la somma della popolazione con età inferiore a 15 anni più la popolazione di età 65 anni e più (non attiva) e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100;
- ❖ la fascia tra 0 e 4 anni, che rispecchia la domanda per la primissima infanzia;
- ❖ la fascia tra 0 e 14 anni, che rispecchia la domanda per bambini e ragazzi;
- ❖ la fascia tra 15 e 64 anni, che rispecchia la popolazione potenzialmente attiva;
- ❖ la fascia di età tra i 65 e i 75 anni, che rappresenta il bacino principale di soggetti con vecchiaia attiva ed in buona salute;
- ❖ la fascia di età superiore ai 75 anni, che rappresenta la popolazione anziana, che necessita di servizi di assistenza.

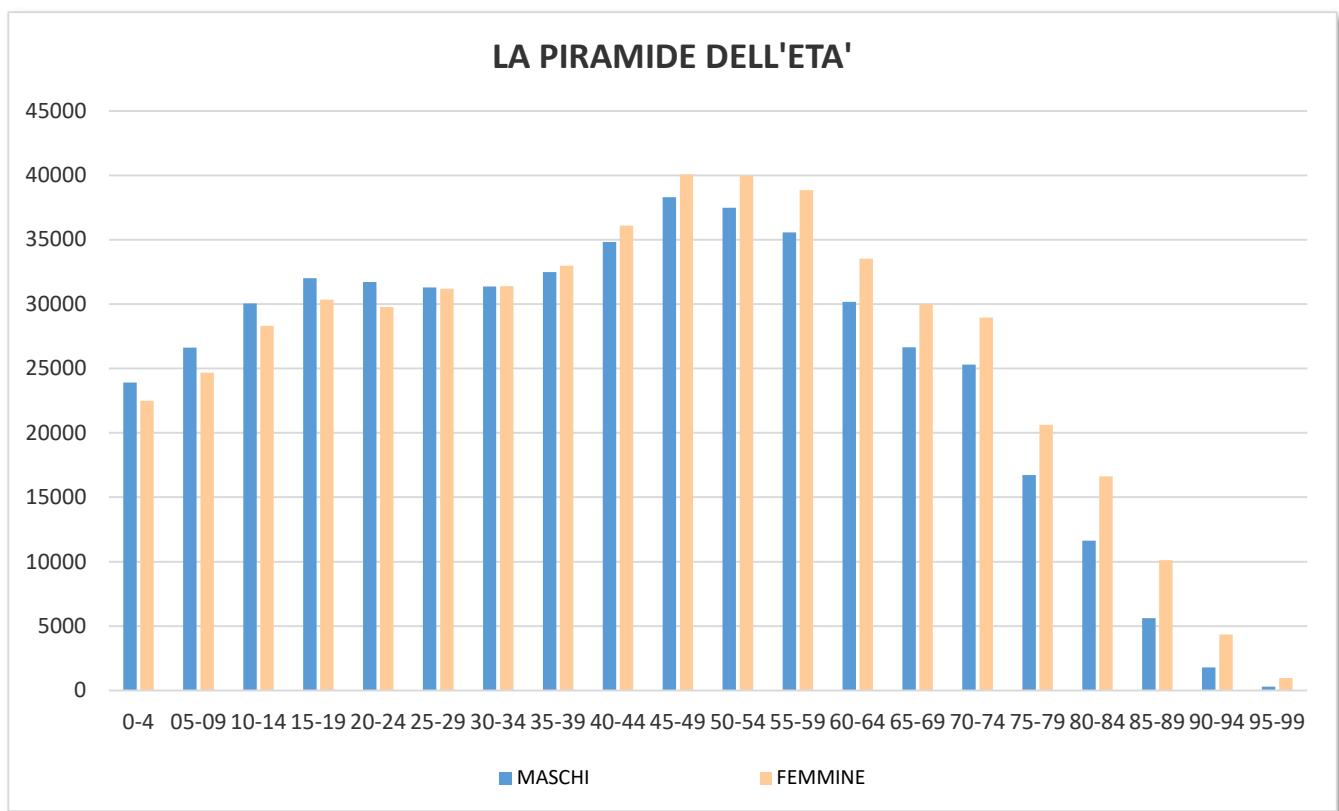
Le tabelle di seguito riportate riassumono tutti gli indicatori ed i parametri calcolati per distretto sulla base dei dati forniti dall'ISTAT <http://www.tuttitalia.it/statistiche/>.

## 1.4 *La piramide dell'età*

La piramide dell'età è sovrapponibile alla piramide della popolazione campana, che mostra la frequenza più elevata in assoluto tra i 45 e 55 anni. Per l'età dell'infanzia (<15 aa) si riscontra una prevalenza del sesso maschile mentre per l'età anziana ( $\geq 64$  aa) si riscontra una prevalenza a favore del sesso femminile, che va accentuandosi con l'aumentare dell'età.

Età (fascia)	Maschi		Femmine		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
0-4	23.909	4,74	22.496	4,23	46.405	4,48
5-9	26.625	5,28	24.681	4,64	51.306	4,96
10-14	30.040	5,96	28.306	5,33	58.346	5,64
15-19	32.018	6,35	30.342	5,71	62.360	6,02
20-24	31.714	6,29	29.782	5,60	61.496	5,94
25-29	31.303	6,21	31.191	5,87	62.494	6,04
30-34	31.358	6,22	31.390	5,91	62.748	6,06
35-39	32.491	6,45	32.990	6,21	65.481	6,32
40-44	34.812	6,91	36.095	6,79	70.907	6,85
45-49	38.300	7,60	40.055	7,54	78.355	7,57
50-54	37.482	7,44	39.968	7,52	77.450	7,48
55-59	35.579	7,06	38.839	7,31	74.418	7,19
60-64	30.176	5,99	33.532	6,31	63.708	6,15
65-69	26.656	5,29	29.972	5,64	56.628	5,47
70-74	25.313	5,02	28.954	5,45	54.267	5,24
75-79	16.737	3,32	20.639	3,88	37.376	3,61
80-84	11.620	2,31	16.626	3,13	28.246	2,73
85-89	5.620	1,12	10.109	1,90	15.729	1,52
90-94	1.798	0,36	4.359	0,82	6.157	0,59
95-99	299	0,06	965	0,18	1.264	0,12
100+	31	0,01	101	0,02	132	0,01
<b>Totale</b>	<b>503.881</b>		<b>531.392</b>		<b>1.035.273</b>	

Di seguito si mostra un grafico che rappresenta la distribuzione della popolazione dell'ASL Napoli 3 Sud.



**Figura 1 – La piramide dell’età dell’ASL Napoli 3 Sud**

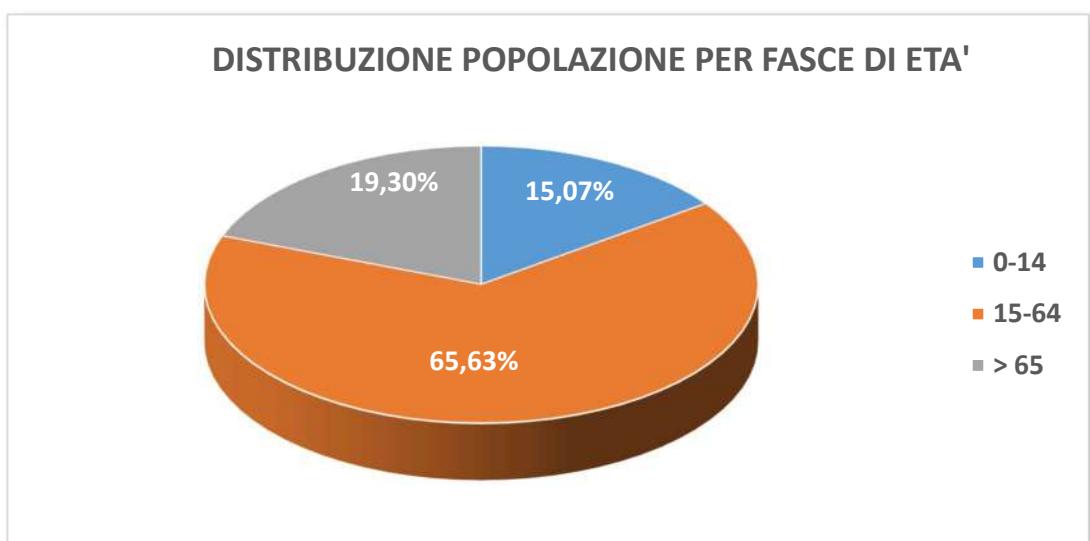
## 1.5 *La distribuzione per fasce e sesso*

La distribuzione per fasce di età mostra che circa i due terzi della popolazione è compreso nella popolazione attiva mentre le rimanenti due fasce - popolazione anziana e infanzia - si attestano intorno al 34%.

Fasce Età	Maschi		Femmine		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
0-14	80.574	15,99	75.483	14,20	156.057	15,07

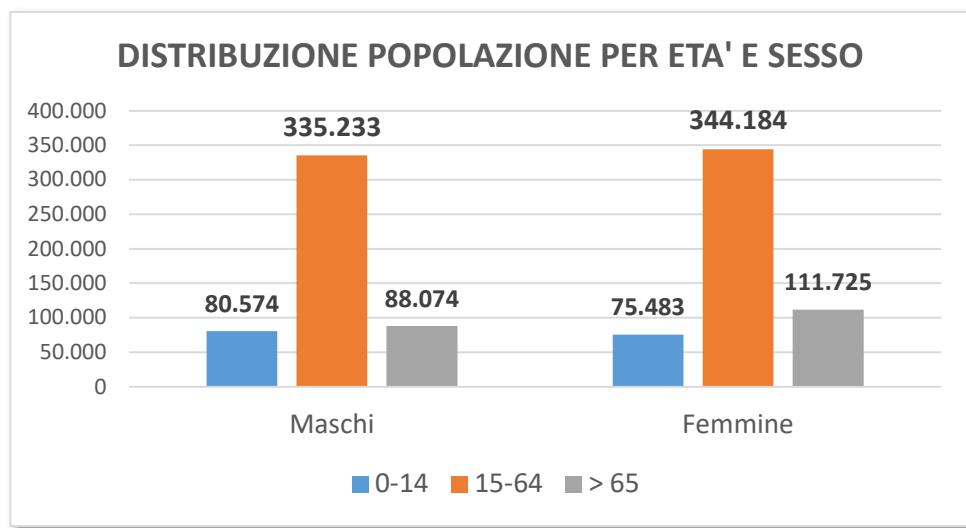
15-64	335.233	66,53	344.184	64,77	679.417	65,63
> 65	88.074	17,48	111.725	21,02	199.799	19,30
<b>Totale</b>	<b>503.881</b>		<b>531.392</b>		<b>1.035.273</b>	

Di seguito si mostra un grafico che rappresenta la distribuzione della popolazione per fasce d'età dell'ASL Napoli 3 Sud.



**Figura 2 – La popolazione per fasce d'età dell'ASL Napoli 3 Sud**

Di seguito si mostra un grafico che rappresenta la distribuzione della popolazione per fasce d'età e sesso dell'ASL Napoli 3 Sud.



**Figura 3 – La popolazione per fasce d'età e sesso**

La distribuzione per sesso evidenzia una sostanziale prevalenza del sesso femminile tra gli anziani (>65 anni), una esigua prevalenza del medesimo sesso nella fascia di età 14-65, mentre per la fascia giovanile si riscontra una prevalenza del sesso maschile.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

### 1.6 Le tavole degli indici per l'ASL Napoli 3 Sud e per Distretto

Si rappresentano gli indici ottenuti, dapprima, per l'intera ASL Napoli 3 Sud e, successivamente, si evidenzia il dettaglio ottenuto per ciascun Distretto Sociosanitario aziendale.

Di seguito si mostra la popolazione presente sul DSS n. 34.

Comune	Popolazione (agg. al 01/01/2022)	Indice di Vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione				
					0-4 aa	0-14 aa	15-64 aa	65-74 aa	>75 aa
Portici	52.721	248,67	38,13	53,46	1.948	5.073	33.085	6.313	6.302

Di seguito si mostra la popolazione presente sul DSS n. 48.

Comune	Popolazione (agg. al 01/01/2022)	Indice di Vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione				
					0-4 aa	0-14 aa	15-64 aa	65-74 aa	>75 aa
Brusciano	15.715	96,04	23,91	48,8	763	2.629	10.561	1.546	979
Castello di Cisterna	7.756	84,3	22,68	49,59	421	1.395	5.185	701	475
Mariglianella	7.738	85,89	22,28	48,21	419	1.354	5.221	748	415
Marigliano	29.182	120,9	27,48	50,21	1.290	4.416	19.427	3.032	2.307
San Vitaliano	6.371	95,79	23,97	48,99	343	1.070	4.276	568	457
Somma Vesuviana	33.881	113,89	25,68	48,23	1.474	5.154	22.857	3.379	2.491
<b>DSS 48</b>	<b>100.643</b>	<b>106,74</b>	<b>25,32</b>	<b>49,04</b>	<b>4.710</b>	<b>16.018</b>	<b>67.527</b>	<b>9.974</b>	<b>7.124</b>

Di seguito si mostra la popolazione presente sul DSS n. 49.

Comune	Popolazione (agg. al 01/01/2022)	Indice di Vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione				
					0-4 aa	0-14 aa	15-64 aa	65-74 aa	>75 aa
Camposano	5.111	150,22	29,5	49,13	203	673	3.427	575	436
Carbonara di Nola	2.464	87,47	20,34	43,59	129	399	1.716	189	160
Casamarciano	3.112	179,53	33,41	52,03	97	381	2.047	377	307
Cicciano	12.334	145,26	27,97	47,22	479	1.613	8.378	1.304	1.039
Cimitile	6.970	123,38	27,42	49,64	325	1.035	4.658	643	634
Comiziano	1.692	178,81	40,81	63,64	55	236	1.034	208	214
Liveri	1.516	174,49	34,97	55,01	54	196	978	173	169

# ASL Napoli 3 Sud

Direttore Ing. Gennaro Sosto

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

Comune	Popolazione (agg. al 01/01/2022)	Indice di Vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione				
					0-4 aa	0-14 aa	15-64 aa	65-74 aa	>75 aa
Nola	33.718	133,55	28,66	50,12	1.526	4.820	22.461	3.485	2.952
Roccarainola	6.601	162,1	30,9	49,95	250	839	4.402	752	608
Saviano	15.949	108,82	25,61	49,15	798	2.517	10.693	1.553	1.186
San Paolo bel Sito	3.367	143,05	28,6	48,59	129	453	2.266	336	312
Scisciano	6.071	103,75	23,25	45,66	280	934	4.168	535	434
Tufino	3.401	106,31	23,94	46,47	155	523	2.322	312	244
Visciano	4.226	167,48	32,06	51,2	156	535	2.795	447	449
<b>DSS 49</b>	<b>106.532</b>	<b>132,2</b>	<b>28,08</b>	<b>49,32</b>	<b>4.636</b>	<b>15.154</b>	<b>71.345</b>	<b>10.889</b>	<b>9.144</b>

Di seguito si mostra la popolazione presente sul DSS n. 50.

Comune	Popolazione (agg. al 01/01/2022)	Indice di Vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione				
					0-4 aa	0-14 aa	15-64 aa	65-74 aa	>75 aa
Cercola	17.076	124,1	28,92	52,22	770	2.614	11.218	2.010	1.234
Massa di Somma	5.019	131,87	27,53	48,4	219	706	3.382	582	349
Pollena Trocchia	12.968	109,7	25,96	49,63	627	2.051	8.667	1.393	857
Volla	24.905	77,98	21	47,92	1.500	4.533	16.837	2.329	1.206
<b>DSS 50</b>	<b>59.968</b>	<b>100,57</b>	<b>24,84</b>	<b>49,53</b>	<b>3.116</b>	<b>9.904</b>	<b>40.104</b>	<b>6.314</b>	<b>3.646</b>

Di seguito si mostra la popolazione presente sul DSS n. 51.

Comune	Popolazione (agg. al 01/01/2022)	Indice di Vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione				
					0-4 aa	0-14 aa	15-64 aa	65-74 aa	>75 aa
Pomigliano D'Arco	39.673	139,63	31,62	54,27	1.768	5.824	25.717	4.649	3.483
Sant'Anastasia	26.411	127,37	29,23	52,18	1.145	3.983	17.355	2.900	2.173
<b>DSS 51</b>	<b>66.084</b>	<b>134,65</b>	<b>30,66</b>	<b>53,43</b>	<b>2.913</b>	<b>9.807</b>	<b>43.072</b>	<b>7.549</b>	<b>5.656</b>

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

Di seguito si mostra la popolazione presente sul DSS n. 52.

Comune	Popolazione (agg. al 01/01/2022)	Indice di Vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione				
					0-4 aa	0-14 aa	15-64 aa	65-74 aa	>75 aa
Ottaviano	22.981	119,77	25,84	47,41	1.021	3.363	15.590	2.297	1.731
Palma Campania	16.618	103,28	21,96	43,22	800	2.467	11.603	1.404	1.144
Poggiomarino	21.955	81,8	20,42	45,39	1.204	3.770	15.101	1.732	1.352
San Gennaro Vesuviano	12.183	81,87	19,12	42,47	633	1.997	8.551	973	662
San Giuseppe Vesuviano	30.147	93,97	21,39	44,16	1.533	4.761	20.912	2.533	1.941
Terzigno	17.482	89,83	21,01	44,41	820	2.832	12.106	1.496	1.048
Striano	8.660	91,08	22,58	47,38	492	1.457	5.876	817	510
<b>DSS 52</b>	<b>130.026</b>	<b>95,12</b>	<b>21,89</b>	<b>44,89</b>	<b>6.503</b>	<b>20.647</b>	<b>89.739</b>	<b>11.252</b>	<b>8.388</b>

Di seguito si mostra la popolazione presente sul DSS n. 53.

Comune	Popolazione (agg. al 01/01/2022)	Indice di Vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione				
					0-4 aa	0-14 aa	15-64 aa	65-74 aa	>75 aa
Castellammare di Stabia	63.694	142,81	32,13	54,63	2.647	9.268	41.190	7.135	6.101

Di seguito si mostra la popolazione presente sul DSS n. 54.

Comune	Popolazione (agg. al 01/01/2022)	Indice di Vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione				
					0-4 aa	0-14 aa	15-64 aa	65-74 aa	>75 aa
San Giorgio a Cremano	43.230	185,96	40,06	61,61	1.466	5.763	26.750	5.497	5.220
San Sebastiano al Ves.	8.738	143,73	33,23	56,34	329	1.292	5.589	1.037	820
<b>DSS 54</b>	<b>51.968</b>	<b>178,22</b>	<b>38,88</b>	<b>60,7</b>	<b>1.795</b>	<b>7.055</b>	<b>32.339</b>	<b>6.534</b>	<b>6.040</b>

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

Di seguito si mostra la popolazione presente sul DSS n. 55.

Comune	Popolazione (agg. al 01/01/2022)	Indice di Vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione				
					0-4 aa	0-14 aa	15-64 aa	65-74 aa	>75 aa
Ercolano	50.617	136,95	32,3	55,89	2.224	7.659	32.46	6.022	4.467

Di seguito si mostra la popolazione presente sul DSS n. 56.

Comune	Popolazione (agg. al 01/01/2022)	Indice di Vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione				
					0-4 aa	0-14 aa	15-64 aa	65-74 aa	>75 aa
Boscoreale	26.309	113,48	27,32	51,4	1.279	4.184	17.377	2.777	1.971
Boscotrecase	9.810	137,85	30,82	53,19	444	1.432	6.404	1.102	872
Torre Annunziata	40.674	133,17	34,1	59,7	2.029	6.521	25.469	4.787	3.897
Trecase	8.643	145,99	33,68	56,75	352	1.272	5.514	1.040	817
<b>DSS 56</b>	<b>85.436</b>	<b>128,74</b>	<b>31,52</b>	<b>56,01</b>	<b>4.104</b>	<b>13.409</b>	<b>54.764</b>	<b>9.706</b>	<b>7.557</b>

Di seguito si mostra la popolazione presente sul DSS n. 57.

Comune	Popolazione (agg. al 01/01/2022)	Indice di Vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione				
					0-4 aa	0-14 aa	15-64 aa	65-74 aa	>75 aa
Torre del Greco	81.655	141,78	32,91	56,13	3.574	12.141	52.300	9.672	7.542

Di seguito si mostra la popolazione presente sul DSS n. 58.

Comune	Popolazione (agg. al 01/01/2022)	Indice di Vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione				
					0-4 aa	0-14 aa	15-64 aa	65-74 aa	>75 aa
Agerola	7.640	126,27	30,73	55,06	382	1.199	4.927	755	759
Casola di Napoli	3.723	86,88	23,19	49,88	183	663	2.484	333	243
Gragnano	28.293	121,81	29,11	53,01	1.321	4.419	18.491	3.035	2.348
Lettere	6.055	88,56	22,79	48,52	317	1.049	4.077	576	353
Pimonte	5.836	85,43	21,08	45,75	324	988	4.004	517	327
Pompei	24.233	140,57	31,48	53,88	1.065	3.527	15.748	2.725	2.233
Sant'Antonio Abate	19.247	103,45	24,12	47,44	833	3.044	13.054	1.838	1.311

# ASL Napoli 3 Sud

Direttore Ing. Gennaro Sosto

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

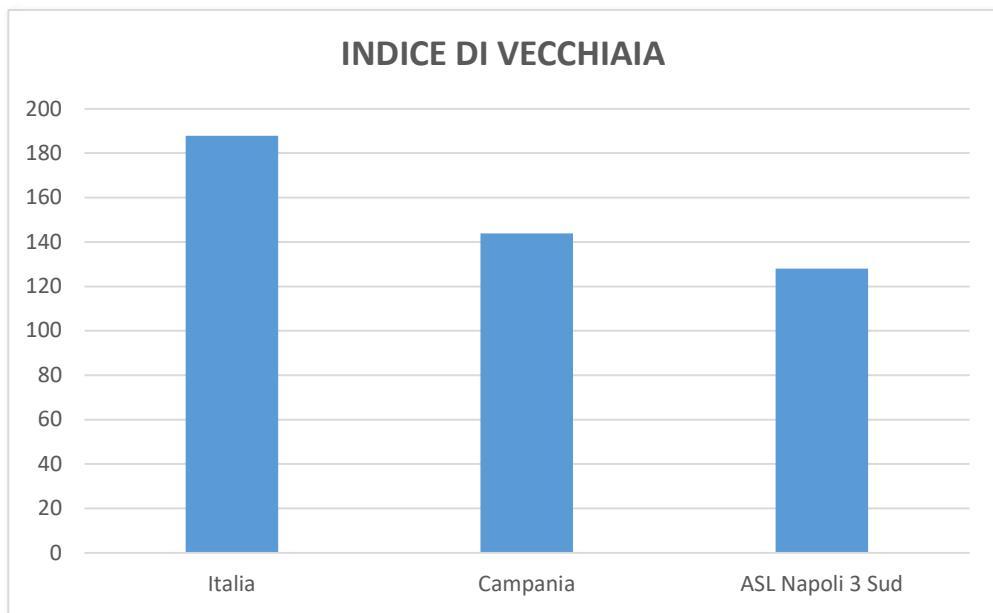
*(art. 6 del DL 80/2021)*

Comune	Popolazione <i>(agg. al 01/01/2022)</i>	Indice di Vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione				
					0-4 aa	0-14 aa	15-64 aa	65-74 aa	>75 aa
Santa Maria la Carità	11.685	88,79	22,87	48,63	618	2.025	7.862	1.064	734
<b>DSS 58</b>	<b>106.712</b>	<b>113,23</b>	<b>27,11</b>	<b>51,05</b>	<b>5.043</b>	<b>16.914</b>	<b>70.647</b>	<b>10.843</b>	<b>8.308</b>

Di seguito si mostra la popolazione presente sul DSS n. 59.

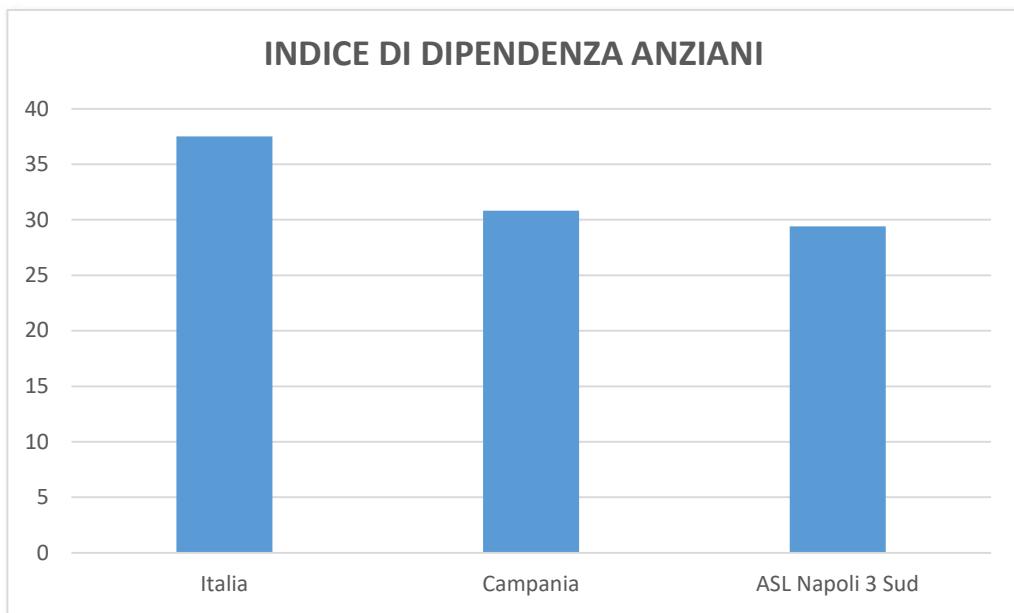
Comune	Popolazione <i>(agg. al 01/01/2022)</i>	Indice di Vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione				
					0-4 aa	0-14 aa	15-64 aa	65-74 aa	>75 aa
Massa Lubrense	14.022	138,58	31,91	54,94	627	2.084	9.050	1.473	1.415
Meta	7.830	153,2	31,74	52,45	327	1.064	5.136	774	856
Piano di Sorrento	12.549	171,39	37,02	58,63	477	1.709	7.911	1.472	1.457
Sant'Agnello	8.685	151,89	33,91	56,23	338	1.241	5.559	893	992
Sorrento	15.809	190,41	37,84	57,71	558	1.992	10.024	1.839	1954
Vico Equense	20.322	141,28	31,89	54,47	865	2.970	13.156	2.241	1.955
<b>Distretto 59</b>	<b>79.217</b>	<b>156,61</b>	<b>34,07</b>	<b>55,83</b>	<b>3.192</b>	<b>11.060</b>	<b>50.836</b>	<b>8.692</b>	<b>8.629</b>

Si mostrano di seguito, graficamente, gli indici ottenuti in riferimento all'intera popolazione dell'ASL Napoli 3 Sud.



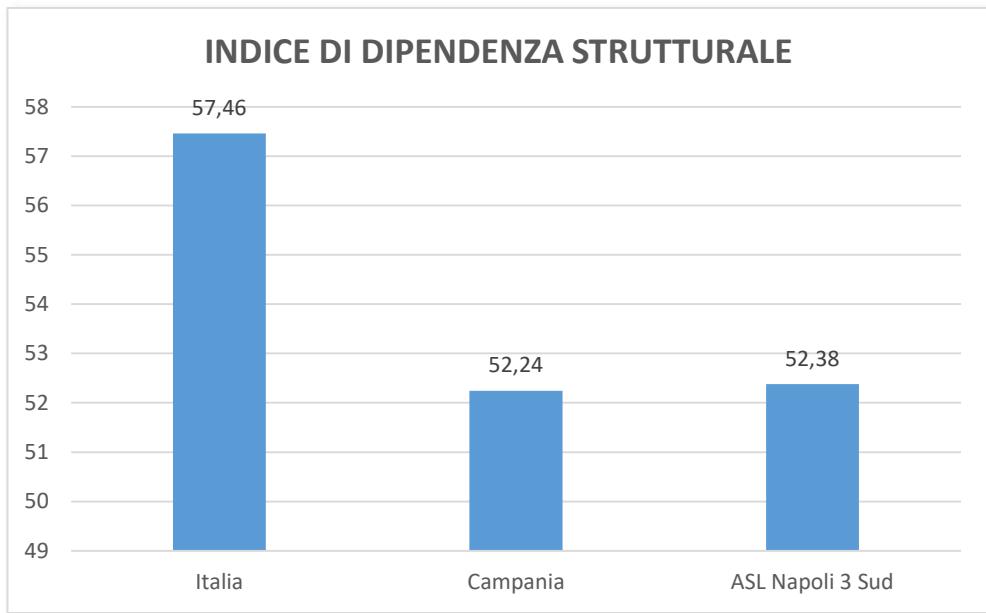
**Figura 4 – Indice di vecchiaia**

L’indicatore è un indice molto dinamico della tendenza all’invecchiamento, il quale cambia al variare contemporaneo del peso degli anziani al numeratore e dei giovanissimi al denominatore. Valori superiori a 100 indicano un maggiore peso della popolazione anziana rispetto ai giovanissimi, pertanto il valore calcolato per l’ASL Napoli 3 Sud, pur essendo un valore inferiore ben lontano dalla media nazionale e inferiore alla media regionale, ha superato il valore soglia di cento.



**Figura 5 – Indice di dipendenza anziani**

L'indice di dipendenza anziani è il rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di età 0-14 anni. Questo indice misura il numero di anziani presenti in una popolazione ogni 100 giovani, permettendo di valutare il livello d'invecchiamento degli abitanti di un territorio. La variazione dell'indice nel tempo dipende dalla dinamica sia della popolazione anziana che di quella giovane. Valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti anziani rispetto ai molto giovani.



**Figura 6 – Indice di dipendenza strutturale**

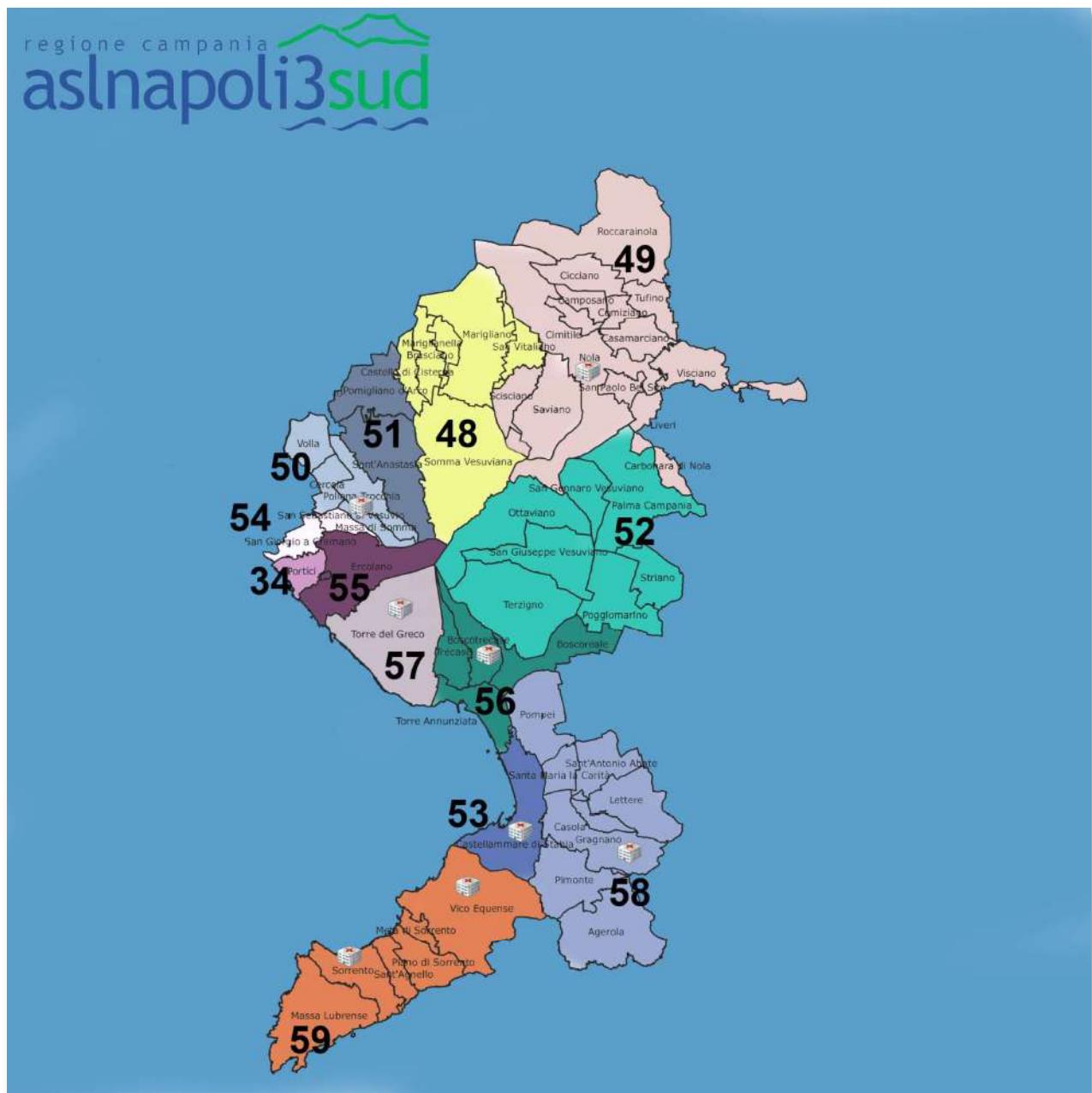
L’indice di dipendenza strutturale confronta il numero di abitanti in età non attiva ogni 100 abitanti in età attiva, evidenziando quindi la misura della sostenibilità della struttura di una popolazione, in particolare perché al denominatore è rappresentata la fascia di popolazione che dovrebbe provvedere al sostentamento della fascia indicata al numeratore. Tale rapporto esprime il carico sociale ed economico teorico della popolazione in età attiva. Valori superiori al 50 per cento indicano una situazione di squilibrio generazionale.

Si evidenzia, infine, un confronto degli indici, rispetto a quelli ottenuti a livello nazionale, a livello regionale ed a livello aziendale.

Livello di analisi	Popolazione (agg. al 01/01/2022)	Indice di Vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione		
					0-14 aa	15-64 aa	> 65 aa
Italia	58.983.122	187,87	37,5	57,46	7.476.667	37.460.096	14.046.359
Campania	5.590.681	143,85	30,81	52,24	786.690	3.672.373	1.131.618
ASL Napoli 3 Sud	1.035.273	128,03	29,41	52,38	156.057	679.417	199.799

## 1.7 I distretti sociosanitari e le competenze territoriali

In questa sezione del documento si evidenziano i distretti sociosanitari dell'ASL Napoli 3 Sud, i Comuni di competenza e gli ambiti sociali di riferimento.



I Distretti Sociosanitari dell'ASL Napoli 3 Sud sono nel seguito elencati:

- ❖ Distretto 34 – Portici. (Ambito territoriale n. 11);
- ❖ Distretto 48 - Brusciano, Castello di Cisterna, Mariglianella, Marigliano, San Vitaliano, Somma Vesuviana. (Ambito territoriale n. 22);
- ❖ Distretto 49 - Nola, Camposano, Carbonara di Nola, Casamarciano, Cicciiano, Cimitile, Comiziano, Liveri, Roccarainola, S.P. Belsito, Saviano, Scisciano, Tufino, Visciano. (Ambito territoriale n. 23);
- ❖ Distretto 50 – Cercola, Massa di Somma, Pollena Trocchia, Volla. (Ambito territoriale n. 24);  
Distretto 51 - Pomigliano d'Arco, Sant'Anastasia. (Ambito territoriale n. 25);
- ❖ Distretto 52 - Palma Campania, Poggiomarino, Ottaviano, San Gennaro Vesuviano, San Giuseppe Vesuviano, Striano, Terzigno. (Ambito territoriale n. 26);
- ❖ Distretto 53 - Castellammare di Stabia. (Ambito territoriale n. 27);
- ❖ Distretto 54 - San Giorgio a Cremano, San Sebastiano al Vesuvio. (Ambito territoriale n. 28);
- ❖ Distretto 55 - Ercolano. (Ambito territoriale n. 29);
- ❖ Distretto 56 - Boscoreale, Boscotrecase, Torre Annunziata, Trecase. (Ambito territoriale n. 30);  
Distretto 57 - Torre del Greco. (Ambito territoriale n. 31);
- ❖ Distretto 58 – Agerola, Casola di Napoli, Gragnano, Lettere, Massa Lubrense, Pimonte, Pompei, Santa Maria la Carità, Sant'Antonio Abate. (Ambito territoriale n. 32);
- ❖ Distretto 59 – Meta, Piano di Sorrento, Sant'Agnello, Sorrento, Vico Equense. (Ambito territoriale n. 33).

I Presidi Ospedalieri aziendali sono:

- ❖ PO di Nola con stabilimento di Pollena;
- ❖ PO di Castellammare con stabilimento di Gragnano;
- ❖ PO di Sorrento con stabilimento di Vico Equense;
- ❖ PO di Boscotrecase (convertito in COVID Hospital in piena emergenza);

- ❖ PO di Torre del Greco.

Inoltre, l'offerta aziendale è completata dalla presenza sul territorio dei seguenti dipartimenti:

- ❖ Dipartimento Assistenziale di Salute Mentale;
- ❖ Dipartimento per la Prevenzione;
- ❖ Dipartimento delle Dipendenze.

## 1.8 Il logo

Il logo dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud è:



Il logo è stato adottato il 4 ottobre 2010 con la Deliberazione Aziendale n. 1101, come immediata identificazione dell'Azienda. Con la citata Deliberazione è disposto l'utilizzo del logo come unico simbolo rappresentativo/marchio (brand) aziendale e che nessun altro logo di struttura o settore può essere inserito nella documentazione ufficiale. La Scelta dell'immagine simbolo rappresenta una precisa indicazione della volontà d'identificazione dell'azienda con il territorio tutto, nel solco di una storia e di una cultura prestigiosa.

Il logo dell'ASL Napoli 3 Sud è costituito dall'immagine stilizzata del Vesuvio e del Monte Somma, di colore verde. Sull'immagine si sovrappone, sul margine sinistro, l'indicazione della Regione e la denominazione dell'ASL di colore blu, intercalato dal verde dalla lettera S a seguire, ed alla base è posta la dizione per esteso e la stilizzazione del mare, per indicare l'estensione dell'Azienda anche sulla Penisola sorrentina.

## 1.9 Il patrimonio

Il patrimonio dell'ASL Napoli 3 Sud è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti, come risulta dal Bilancio d'Esercizio e dal registro dei cespiti, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio delle proprie attività.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

I beni appartenenti all'ASL Napoli 3 Sud sono classificati in beni patrimoniali, disponibili e indisponibili. I primi sono i beni direttamente strumentali all'esercizio delle funzioni istituzionali, quali definiti dall'ultimo comma dell'art. 826 del codice civile, nonché i beni di interesse storico, artistico, scientifico, tecnologico, archivistico, bibliografico, naturalistico e di valore culturale. Sono beni patrimoniali disponibili i beni destinati a produrre un reddito costituito da frutti naturali o civili e comunque tutti i beni non compresi tra quelli indicati al periodo precedente; l'ASL Napoli 3 Sud provvede alla classificazione dei beni in relazione all'effettiva destinazione degli stessi.

L'ASL Napoli 3 Sud riconosce la valenza strategica del patrimonio quale strumento di potenziamento e di qualificazione strutturale e tecnologica dell'offerta di servizio e, in questa prospettiva, si riserva iniziative di investimento anche mediante processi di alienazione del patrimonio da reddito e di trasferimento di diritti reali, previa la necessaria autorizzazione regionale ex art. 5 comma 2 del D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii.

L'ASL Napoli 3 Sud si impegna a:

- ❖ verificare puntualmente la corrispondenza tra l'inventario fisico e la sua rappresentazione documentale e di bilancio;
- ❖ individuare la procedura al fine di monitorare, valutare e pianificare interventi migliorativi nella gestione ammortamento ed alienazione o smantellamento delle immobilizzazioni;
- ❖ adottare il Piano Triennale degli investimenti con identificazione del budget per ogni intervento programmato.
- ❖ pubblicare sul portale aziendale, secondo gli obblighi del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i.: i dati identificativi di tutti gli immobili sui quali insiste qualunque tipo di rapporto che integri una situazione di possesso a qualsiasi titolo (proprietà e altri diritti reali, concessione etc.) e anche i canoni versati, nonché quelli percepiti dall'amministrazione.

L'ASL si prefigge lo scopo di salvaguardare e valorizzare il patrimonio di valore storico, artistico e culturale di cui dispone.

## ***1.10 L'albo pretorio***

L'Albo Pretorio dell'ASL Napoli 3 Sud è disciplinato secondo le regole tecniche, i criteri e le informazioni obbligatorie per la pubblicazione on-line con valore di pubblicità legale, le competenze, le

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

modalità, le forme ed i termini con i quali l'AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 3 Sud organizza e gestisce il proprio "Albo Pretorio Informatico", istituito in attuazione delle disposizioni contenute nell'art. 32 della Legge 18 giugno 2009, n. 69, nonché i formati dei documenti e la struttura delle informazioni associate alla pubblicazione in ambiente digitale.

Si pubblicano sull'albo pretorio informatico:

- ❖ Deliberazioni del Legale Rappresentante;
- ❖ Deliberazioni del Legale Rappresentante, quale Commissario Liquidatore delle disciolte UU.SS.LL.;
- ❖ Deliberazioni del Commissario ad acta;
- ❖ Determinazioni Dirigenziali;
- ❖ Bandi di concorso interni ed esterni, gare d'appalto;
- ❖ Atti di altri Enti e/o Istituzioni.

La pubblicazione dei documenti sull'albo on-line avviene esclusivamente in forma digitale sul sito istituzionale [www.aslnapoli3sud.it](http://www.aslnapoli3sud.it). Al fine di evitare duplicazioni, la pubblicazione sul sito istituzionale dedicato all'Albo Pretorio soddisfa in via esclusiva l'obbligo di pubblicazione legale, salvo i casi previsti espressamente dalla legge o dall'autorità giudiziaria.

Presso la sede legale dell'ASL Napoli 3 Sud, nei locali dell'Unità Operativa Complessa Relazioni con il Pubblico, è situata una postazione di accesso telematico all'Albo Pretorio a disposizione di portatori di interesse che hanno difficoltà ad accedere al web.

## 1.11 *I valori di riferimento*

L'ASL Napoli 3 Sud nasce per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria e Sociosanitaria sul territorio di competenza, utilizzando criteri di gestione ispirati a efficienza, efficacia ed economicità. Il sistema della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria e Sociosanitaria s'ispira al sistema dei valori di riferimento, ai sensi del DPCM 1994 Presidente del Consiglio Ciampi, e secondo i seguenti principi:

- ❖ Centralità della Persona: ai cittadini ed alle cittadine va garantito un sistema sanitario efficiente, al fine di assicurare benessere e sicurezza. Per tale motivo, la persona umana, nella globalità delle

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

sue dimensioni e dei suoi bisogni, è al centro degli interessi dell'ASL Napoli 3 Sud, ed è assunta a costante punto di riferimento per la programmazione, l'organizzazione, la gestione ed il controllo delle attività aziendali;

- ❖ Uguaglianza ed Imparzialità: i cittadini e le cittadine accedono alle prestazioni previste ed erogate dal SSN e dal SSR senza discriminazioni tra le diverse classi sociali. Nessuno può essere discriminato nel suo diritto all'assistenza Sanitaria e Sociosanitaria per sesso, età, convinzioni etiche, religiose, politiche, sindacali, filosofiche, razza, particolari condizioni patologiche, sociali e giuridiche;
- ❖ Continuità: ai cittadini ed alle cittadine deve essere sempre garantita la continuità delle cure necessarie alla riduzione dei vari problemi e/o danni alla salute, senza alcuna interruzione nello spazio e nel tempo, a tal fine si promuove l'integrazione delle attività ospedaliere con quelle territoriali, per assicurare l'assistenza agli acuti, ai convalescenti, ai lungodegenti, ai cronici e ai disabili gravi;
- ❖ Trasparenza: è un livello essenziale delle prestazioni erogate dall'ASL Napoli 3 Sud, ai sensi dell'art. 117, comma 2 lettera "m" della Costituzione Italiana, esplicitato nel programma Triennale della Trasparenza e dell'Integrità dell'Asl Napoli 3 Sud ai sensi del D.lgs. n. 33/2013 e s.m.i.: - Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni. Inoltre, chiunque ne abbia interesse, può richiedere accesso agli atti amministrativi dell'Azienda secondo il regolamento ex L. 241/1990 s.m.i, visibile sul portale istituzionale [www.aslnapoli3sud.it](http://www.aslnapoli3sud.it), selezionando l'apposita sezione "Accesso civico / Accesso atti amministrativi", disponibile al link <https://www.aslnapoli3sud.it/sitoweb/jportal/JPDocumento.do?id=1410&rev=0;>
- ❖ Equità: conforme ai principi di giustizia, in particolare nel confronto tra individui in condizioni analoghe o in condizioni diverse, anche in relazione al disomogeneo territorio aziendale;
- ❖ Diritto di scelta: i cittadini e le cittadine hanno diritto alla libera scelta su tutto il territorio nazionale delle prestazioni erogate e garantite dai Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria e Sociosanitaria;
- ❖ Partecipazione: l'ASL Napoli 3 Sud ritiene che sia di fondamentale importanza la partecipazione attiva dei cittadini e delle loro associazioni di rappresentanza e di tutela;
- ❖ Efficienza ed efficacia: tutto il sistema di offerta dell'ASL Napoli 3 Sud è finalizzato all'effettiva risoluzione dei Bisogni Sanitari e Sociosanitari (efficacia), valutando nel contempo il rapporto

appropriato con i costi (efficienza), applicando in tutti i processi organizzativi i principi della spending review e quindi dell’allocazione etica delle risorse.

## **1.12 La vision**

La vision dell’ASL Napoli 3 Sud si caratterizza per la capacità di sviluppare sinergie all’interno del sistema sanitario regionale e con il contesto locale, per realizzare una rete integrata di servizi finalizzata alla tutela della salute, in un’ottica di miglioramento continuo, di innovazione organizzativa, di sviluppo e valorizzazione delle professionalità nella logica della sostenibilità e del buon uso delle risorse. Nel contesto della complessità aziendale, caratterizzata oltre che dalle dimensioni geografiche e dalla forte disomogeneità territoriale, anche dalla presenza di diverse Strutture Ospedaliere e Territoriali, pubbliche ed accreditate.

La vision strategica è quindi quella di un’azienda orientata ad offrire processi assistenziali ed organizzativi che tengano conto dei bisogni sanitari e sociosanitari (espressi e non espressi) dei cittadini attraverso servizi appropriati finalizzati ad ottenere la soddisfazione dei portatori di interesse. La visione strategica vede l’Azienda promuovere una gestione improntata ad una ricerca continua di nuove modalità d’offerta di servizi coerenti con l’evolversi della domanda e del bisogno, con la nuova cultura della salute e con l’innovazione continua e rapida delle conoscenze scientifiche e tecniche in campo sanitario.

## **1.13 La mission**

Le competenze distintive dell’ASL Napoli 3 Sud si esplicano, quindi, nell’analisi dei bisogni di salute della popolazione di riferimento, nelle azioni di prevenzione e tutela delle condizioni di vita, nella cura della malattia, nel recupero della disabilità e del disagio sociale coerentemente con gli obiettivi di salute espressi nell’OMS e contenuti nel documento “La salute per tutti, obiettivi per il XXI secolo”.

Il concetto di “promozione” è principio ispiratore di tutto l’agire tecnico ed organizzativo, ovvero promozione di conoscenza, d’autonomia e sviluppo della responsabilità sociale e individuale, come condizioni per ridefinire il valore delle libertà di scelta, come premessa all’integrazione delle risorse e la valorizzazione della centralità dell’individuo e della comunità nella realizzazione del progetto individuale e sociale di salute. In tal senso viene ribadito un ruolo fondamentale dell’Asl Napoli 3 Sud nella “promozione e tutela della salute” di tutta la comunità locale.

L’ASL Napoli 3 Sud considera fattore vincente la costruzione di percorsi privilegiati di coinvolgimento dei cittadini/beneficiari dei servizi all’interno dell’Azienda, dando evidenza, in questo modo, al principio della centralità dei cittadini, quali titolari del progetto di salute, sia come singoli, sia come componenti

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

di una comunità.

L’ASL Napoli 3 Sud, quale ente strumentale della Regione Campania, opera nel campo dell’assistenza primaria, territoriale, ospedaliera e della prevenzione; ha come missione quella di garantire l’erogazione dei livelli essenziali di assistenza previsti dal Piano Sanitario Nazionale sul territorio di competenza impiegando nei molteplici e quotidiani processi organizzativi (assistenziali ed tecnico - amministrativi) le risorse assegnate secondo criteri di efficienza, efficacia ed economicità. L’intento è di garantire il benessere nelle condizioni di vita attraverso la garanzia dell’erogazione delle prestazioni ed il continuo progresso della qualità delle stesse e dei servizi che offre (sanitari, sociosanitari, tecnici, amministrativi, professionali), secondo una corretta gestione manageriale autenticamente “patient oriented” nonché garantendo la trasparenza nelle decisioni.

### Le dichiarazioni etiche

Nel vigente ordinamento costituzionale italiano è centrale la posizione della persona umana, stante il principio fondamentale del riconoscimento e della garanzia dei diritti inviolabili dell’individuo che viene posto al vertice di detto ordinamento.

In tale ambito l’ASL Napoli 3 Sud promuove lo sviluppo di una comunità organizzata nei diversi contesti lavorativi e sociali aziendali, per sottolineare il preciso ruolo etico di tutti coloro che sono chiamati a fornire un servizio pubblico ai cittadini. In tale ambito sono particolarmente rilevanti:

- ❖ lo sviluppo del capitale sociale aziendale, cioè il rafforzamento del suo tessuto valoriale, la fiducia e il rispetto reciproco tra i diversi attori;
- ❖ la condivisione ed interiorizzazione del modello di norme atte a regolare la reciproca convivenza;
- ❖ lo sviluppo e la diffusione all’interno delle strutture di una cultura condivisa (valori, azioni, comportamenti, orientamenti strategici) in tema di gestione delle attività improntata in senso etico;
- ❖ la creazione di un comune interesse morale fra le persone che svolgono la loro vita sociale ed economica in un particolare spazio geografico e sociale;
- ❖ l’attivazione del circolo virtuoso tra comportamenti etici, salute individuale e collettiva, produttività sociale ed economica, buon uso delle risorse;
- ❖ la ricomposizione di un’unitarietà tra la vita sociale e la vita lavorativa di coloro che nella comunità vivono e lavorano, attraverso la costituzione di una rete etica territoriale;

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

- ❖ la valorizzazione della “persona” intesa come essere ricco di valori morali, con un deciso rispetto per la dignità propria e altrui, con la consapevolezza di un compito nella società che ha risvolti più ampi verso il raggiungimento di finalità collettive.

Finalità primaria è creare un sistema condiviso di valori etico-professionali, di logiche e di metodiche operative, che siano terreno comune delle differenti culture tecnico-specialistiche e ne favoriscano l’integrazione di approcci e di conoscenze lungo i processi diagnostici e clinico-assistenziali, diretti al raggiungimento degli obiettivi comuni.



# ASL Napoli 3 Sud

Direttore Ing. Gennaro Sosto

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

## SEZIONE 2

## 2 Il Valore Pubblico

### 2.1 *Il valore pubblico per l'ASL Napoli 3 Sud*

Il Dipartimento della Funzione Pubblica, attraverso le Linee Guida 2017-2018-2019, e la Relazione CNEL 2019 definiscono esattamente l'espressione "Valore Pubblico", benché la stessa sia stata ampiamente studiata nel dibattito scientifico internazionale. Il Valore Pubblico definisce "*la concreta capacità di una PA di potenziare il livello del benessere in ambito sociale, ambientale ed economico percepito dai cittadini rispetto alle condizioni di partenza delle politiche e dei servizi*".

E' chiaro come l'emergenza sanitaria, derivante dalla diffusione del COVID 19, ha reso impellente la necessità di reimpostare l'azione della PA nell'ottica della creazione del valore pubblico, inteso come equilibrio evolutivo tra salute pubblica, ripartenza economica, tenuta sociale e rispetto ambientale. In particolare, nel periodo del lockdown, l'ASL Napoli 3 Sud ha reimpostato l'assetto organizzativo e digitale aziendale, ponendosi sempre l'obiettivo di creare Valore Pubblico. L'ASL Napoli 3 Sud ha perseguito, e tutt'oggi persegue, un miglioramento ed un equilibrio degli impatti esterni ed interni delle diverse categorie di utenti e stakeholder cercando di essere sempre efficace ed efficiente tenendo conto della qualità e della quantità delle risorse a sua disposizione.

L'ASL Napoli 3 Sud considera la soggettività della percezione di Valore Pubblico che può sviluppare ogni cittadino e che può cambiare a seconda di chi lo osserva (oltre che nel tempo e nello spazio in cui viene osservata). In tale scenario, l'ASL Napoli 3 Sud ha il dovere di interrogarsi su quale sia l'idea di Valore Pubblico percepita dalla sua popolazione. L'obiettivo principale è quello di trovare un compromesso complessivamente migliorativo, che favorisca la creazione del Valore Pubblico presente e futuro, in grado di percorrere le diverse prospettive del benessere, con risorse economiche e produttive compatibili con l'aumento del livello di soddisfazione sociale.

Uno dei ruoli cardine giocati dell'ASL Napoli 3 Sud è quello di identificare i criteri di misurazione del Valore Pubblico più utili alla rilevazione effettiva del livello di soddisfazione sociale, osservato secondo una prospettiva congiunta di territorio (Ente territoriale Locale – comunità), dei suoi utenti ma anche dei suoi stakeholder, ovvero dei soggetti "attivi" che si relazionano con l'Azienda e partecipano insieme ad essa al processo di creazione di valore trasformandosi da semplici spettatori in attori di quel processo. Tale approccio trova fondamento nella "Stakeholder theory" di Robert Edward Freeman, contenuta nella pubblicazione del 1984 "Strategic Management: A Stakeholder Approach", che racchiude tutte le teorie del management strategico che hanno contenuto morale.

In tale scenario, l'ASL Napoli 3 Sud ha ritenuto inevitabile dover considerare i valori e la morale di

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

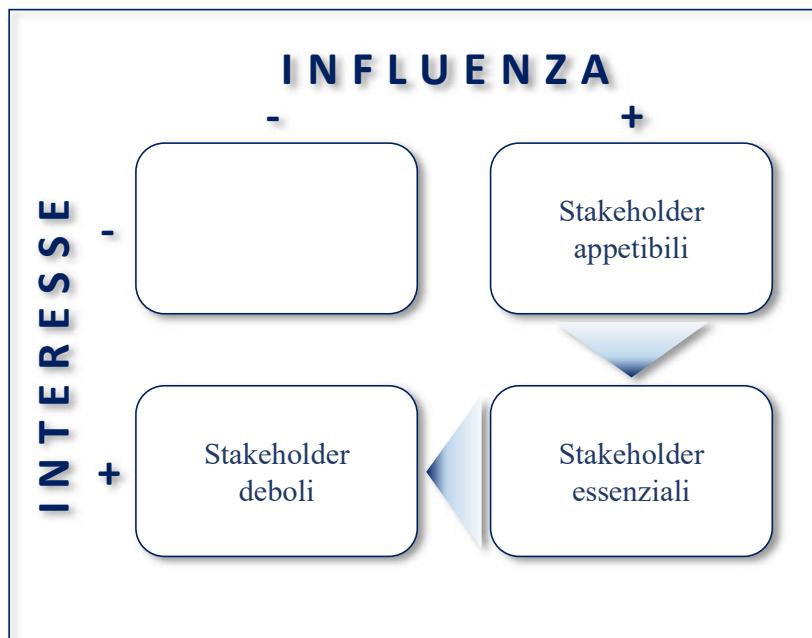
**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

coloro che possono favorire o ostacolare il raggiungimento degli obiettivi dell’organizzazione, quali soggetti componenti il fulcro della gestione organizzativa. Tali attori coincidono con tutti i soggetti che entrano in relazione con l’ASL Napoli 3 Sud investendo in termini di risorse, competenze e conoscenze professionali ed infrastrutture. Rintracciare tutti i possibili stakeholder significa per l’ASL Napoli 3 Sud valutare i bisogni assistenziali che deve soddisfare, considerando con cura i possibili impatti (sociali, economici, urbanistici, ambientali, ecc.) di un intervento ed individuando quali sono i soggetti che possono rappresentarli nel corso del processo. *Nel contesto pubblico l’attività istituzionale si concentra, principalmente, sullo sviluppo dell’insieme di relazioni intessute con i propri stakeholder indispensabile per ricercare, in modo efficacie, il consenso necessario e la legittimazione sociale intorno alle proprie attività.*

L’ASL Napoli 3 Sud al fine di individuare gli stakeholder utilizza la metodologia della matrice interesse/influenza attraverso la quale, inserendo nei quadranti che la compongono influenza (per colonna) ed interesse (per riga), si esplicitano tre tipologie di stakeholder, ovvero:

- ❖ *Stakeholder essenziali*, ovvero appartenenti alla categoria di stakeholder con un elevato grado di interesse ed una forte capacità di influenza rispetto alle attività aziendali, che manifestano quindi una notevole possibilità di intervenire sulle decisioni che l’Amministrazione intende adottare. Tra queste rientrano l’Agenzia italiana del farmaco, l’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), le Agenzie regionali per la protezione dell’ambiente (ARPA), la Croce rossa italiana, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, gli Istituti zooprofilattici sperimentali / Centri di referenza, i Nuclei anti-sofisticazioni e sanità (NAS), l’Organizzazione mondiale della sanità, etc;
- ❖ *Stakeholder appetibili*, ovvero appartenenti alla categoria di stakeholder che mostrano un’elevata capacità di influenza ma un basso grado di interesse. Questi possono essere rappresentati da gruppi di pressione o da opinion leader in grado di influenzare l’opinione pubblica rispetto a determinate tematiche quali Corte dei conti, Enti previdenziali (INPS), etc;
- ❖ *Stakeholder deboli*, ovvero appartenenti alla categoria di stakeholder che mostrano una bassa capacità di influenza, dovuta alla mancanza di strumenti che permettono di poter esprimere i propri interessi nonostante esso sia elevato. Questi soggetti collimano spesso con le fasce destinatarie delle attività dell’Amministrazione e pertanto opportuno tenere considerazioni di essi. Tra questi si annoverano: le Associazioni di volontariato /Onlus, i cittadini, i Comitati etici, gli Ordini, le Associazioni delle professioni sanitarie, i fornitori di beni e servizi, la Lega italiana per la lotta ai tumori, gli operatori del settore alimentare e dei mangimi, gli operatori del settore animali d’affezione, le strutture sanitarie private, i ricercatori, etc.



**Figura 7 – La matrice interesse/influenza**

E' opportuno ricordare che la Carta dei servizi dell'ASL Napoli 3 Sud, adottata con Deliberazione Aziendale n. 194 del 24/03/2016, costituisce uno strumento importante di comunicazione per una efficace relazione tra tutti gli stakeholder: cittadini, pazienti, familiari, volontari, dirigenti e operatori presenti in tutte le strutture sanitarie.

L'ASL Napoli 3 Sud riconosce al Valore Pubblico l'accezione di punto di equilibrio tra gli impatti esterni ed interni. Si consideri che *"l'amministrazione crea Valore Pubblico quando persegue (e consegue) un miglioramento congiunto ed equilibrato degli impatti esterni ed interni delle diverse categorie di utenti e stakeholder: per generare valore pubblico sui cittadini e sugli utenti, favorendo la possibilità di generarlo anche a favore di quelli futuri, l'amministrazione deve essere efficace ed efficiente tenuto conto della quantità e della qualità delle risorse disponibili"*, come definito nelle LG n. 2/2017, p. 19. È proprio alla luce di tale riconoscimento che la prima fase, detta di programmazione, posta in essere in modo costante e continuativo dall'ASL Napoli 3 Sud, consiste nell'individuazione delle dimensioni del benessere.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

La prima azione è volta a comprendere se il benessere può essere identificato con una singola dimensione di impatto, c.d. benessere specifico, oppure sia composto da più dimensioni di impatti interne ed esterne, c.d. impatti settoriali. Quando si verifica quest'ultima ipotesi, l'ASL Napoli 3 Sud ha il compito preciso di convergere le diverse dimensioni di impatto, al fine di trovare un equilibrio tra i livelli di benessere affinché essi risultino compatibili tra loro. In tale circostanza, ovvero quando le dimensioni sono in conflitto tra loro, si va a creare una sorta di “dilemma degli impatti” e, pertanto, il valore pubblico va ricercato o misurato quale equilibrio ponderato o compromesso complessivamente migliorato tra i diversi impatti settoriali. Questo vuole dire che l'obiettivo diventa quello di trovare l'impatto prioritario e le soglie accettabili nelle altre dimensioni di impatto.

Una volta definite le dimensioni e tenuto conto di quanto definito dalle LG n. 2/2017, secondo cui “*La performance organizzativa deve [...] avere come punto di riferimento ultimo gli impatti indotti sulla società al fine di creare Valore Pubblico, ovvero di migliorare il livello di benessere sociale ed economico degli utenti e degli stakeholder.*” l'ASL Napoli 3 Sud si è posta lo scopo di:

- ❖ definire gli obiettivi che si prefigge di raggiungere nel triennio oggetto di programmazione, utilizzando le risorse economiche e produttive in modo compatibile con l'aumento del livello di soddisfazione sociale;
- ❖ definire gli indicatori che permettono la misurazione di tali obiettivi.

Il Valore Pubblico deve essere misurato in termini di benessere complessivo, inteso quale indicatore composito sintetico, calcolabile quale media semplice o ponderata degli indicatori analitici di impatto. Il calcolo sintetico del Valore Pubblico permette di monitorare i vari indicatori di impatto potendo quindi intervenire qualora si verifichi uno scostamento tra consuntivo e preventivo.

L'ASL Napoli 3 Sud ha ritenuto imprescindibile l'utilizzo della *logica piramidale*, la quale consente di classificare, secondo un ordine gerarchico, i diversi valori e gli indicatori previsti per gli obiettivi aziendali.

L'ASL Napoli 3 Sud, quindi, persegue costantemente l'obiettivo di incrementare il Valore Pubblico, nel rispetto dei principi di efficacia ed efficienza, incrementando tutti i livelli che costituiscono la piramide e che assieme permettono il raggiungimento del Valore Pubblico e consequenzialmente il vero successo della PA.



Figura 8 – La piramide del valore pubblico

## 2.2 Semplificazione e reingegnerizzazione dell'ASL Napoli 3 Sud

La digitalizzazione delle PA trova le sue origini nel processo di riforma avviatosi nel 1990 e, ancora oggi, è in itinere tale processo. Questo percorso di riforma è basato sulla necessità di rispondere ad obiettivi di miglioramento della PA, in termini di aumento dell'efficacia dell'azione pubblica, di contenimento dei costi, di riduzione dei tempi necessari allo svolgimento delle attività, di aumento della visibilità e della possibilità di controllo dell'utente sull'azione amministrativa. Nell'ambito sanitario, la digitalizzazione diventa un'opportunità di miglioramento della qualità di assistenza e riduzione delle iniquità. E' qui che si colloca il concetto di "sanità digitale", il quale richiede un flusso continuo di dati che necessitano di essere connessi, integrati, sicuri e protetti. Occorre, quindi, che i sistemi informativi siano facilmente accessibili, moderni e soprattutto interoperabili per abilitare l'acquisizione e l'utilizzo dei dati.

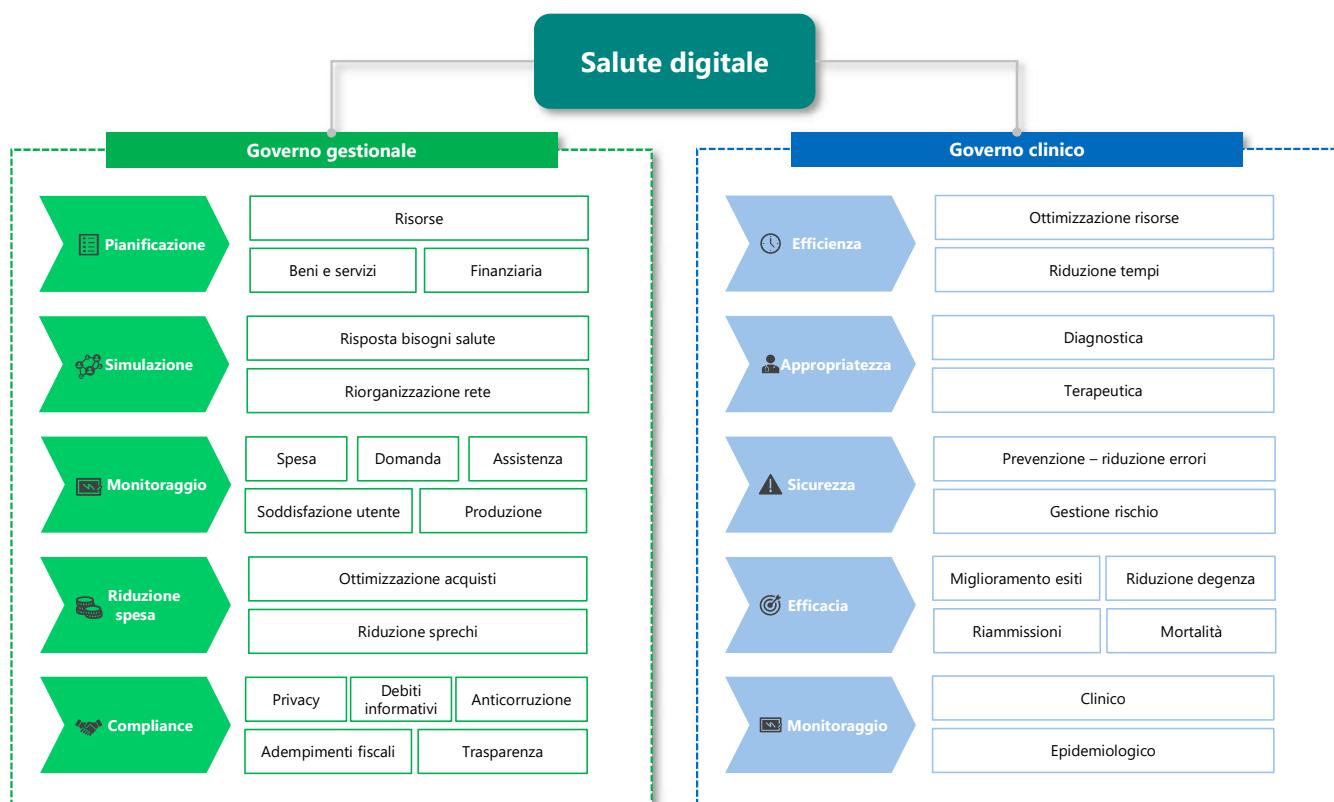
## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

In linea con quanto previsto dal Codice dell'Amministrazione Digitale, di cui al D. Lgs. n. 82 del 07/03/2005 e successive modifiche, che riunisce le norme riguardanti l'informatizzazione della Pubblica Amministrazione nei rapporti con i cittadini, l'ASL Napoli 3 sud ha avviato un processo di rinnovamento volto ad incrementare i livelli di efficacia, efficienza e trasparenza aziendale. Tale processo è stato senz'altro accelerato dalla crisi pandemica vissuta negli ultimi tre anni che ha, di fatto, messo in luce la necessità di promuovere sempre di più una collaborazione fra tutti gli attori dell'ecosistema sanitario, modellando i servizi sanitari sulle esigenze dei pazienti.

La visione strategica dell'ASL Napoli 3 Sud, in linea prospettica con la programmazione, è legata all'uso dell'informatica medica e delle tecnologie IT, come contributo per migliorare le *performance* del sistema sanitario offerto e dei modelli clinici ed assistenziali.



**Figura 9 – La mappa del valore digitale dell'ASL Napoli 3 Sud**

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

Per perseguire gli obiettivi di creazione del valore digitale, l'ASL Napoli 3 Sud intende intervenire/semplicificare l'organizzazione di alcuni processi. In tale ottica, diverse sono state le iniziative progettuali pianificate e, in parte, avviate dall'ASL Napoli 3 Sud per il ridisegno dei processi aziendali, sia in ambito amministrativo che clinico sanitario.

### ***2.3 Strategie di innovazione dei processi clinico sanitari***

Il Piano triennale per l'informatica nella Pubblica Amministrazione, rilasciato dall'AgID (Agenzia per l'Italia digitale), pone particolare attenzione all'erogazione dei servizi del Sistema Sanitario Nazionale.

In particolare, i servizi che maggiormente possono trarre benefici dalle tecnologie digitali sono:

- ❖ il Fascicolo sanitario elettronico;
- ❖ il Centro unico di prenotazione;
- ❖ la Telemedicina;
- ❖ la Tessera sanitaria;
- ❖ le Ricette digitali;
- ❖ la Dematerializzazione delle cartelle cliniche e dei referti clinici.

L'ASL Napoli 3 sud ha deciso di adottare un approccio basato sulle evidenze per migliorare la capacità di offerta, aumentando l'appropriatezza e la tempestività nella presa in carico. Per tale motivo saranno avviate molteplici iniziative progettuali, volta alla conoscenza approfondita delle caratteristiche della domanda (tipologia pazienti, frequenza e intensità delle cure richieste, disponibilità e supporto delle cure prestate) e dell'offerta (configurazioni, ruoli, prestazioni e performance).

#### **I servizi digitali**

In un contesto così sfidante, in cui la digitalizzazione rappresenta uno strumento essenziale per il miglioramento dei servizi offerti, l'ASL Napoli 3 sud ha messo in moto un percorso mirato all'informatizzazione dei processi clinico-assistenziali che consente non solo di favorire un approccio integrato alla cura del paziente ma anche di misurare e valutare l'assistenza prestata.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

In particolare, l'ASL Napoli 3 Sud ha messo a disposizione di tutti i pazienti muniti di SPID una piattaforma da cui scaricare le cartelle cliniche prodotte dalle strutture ospedaliere dell'ASL stessa. In aggiunta, l'utente può effettuare, tramite la stessa piattaforma di rilascio dei documenti sanitari, anche il pagamento on-line del ticket riferito alle prestazioni specialistiche, collegandosi al servizio PagoPA, fornito dalla Regione Campania.

L'ASL Napoli 3 Sud ha, inoltre, incrementato i servizi offerti al cittadino a seguito di iniziative regionali. In particolare, attraverso il sito istituzionale aziendale è consentito il collegamento diretto a:

- ❖ il Sistema Informativo per la Riabilitazione (SIR), che consente di monitorare la domanda di servizi di riabilitazione, l'offerta di posti disponibili presso i vari centri e le relative liste di attesa. Il cittadino sarà supportato in tutte le fasi del percorso riabilitativo, dalla presa in carico alla chiusura, garantendo al paziente un sostegno continuo durante l'intero percorso;
- ❖ il Sistema Informativo per le Dipendenze (SID), che consente di efficientare i servizi offerti ai cittadini con dipendenze patologiche.

### La riduzione delle liste di attesa

In coerenza alle Linee regionali di indirizzo per la riduzione dei tempi di attesa, l'ASL Napoli 3 sud ha definito il Piano operativo per il recupero delle liste d'attesa, di cui alla Deliberazione Aziendale n. 988 del 29/10/2021.

Nello specifico, il Piano Aziendale dedicato alla gestione delle Liste di Attesa si sviluppa sulle seguenti direttive:

- ❖ il recupero delle richieste di prestazioni ambulatoriali, di screening e di ricovero ospedaliero, non erogate durante il periodo dell'emergenza epidemiologica, ovvero incrementando l'offerta di prestazioni allo scopo di ridurre le liste di attesa;
- ❖ l'incremento dell'offerta delle prestazioni ambulatoriali e di screening nonché delle prestazioni di ricovero attuando una programmazione assistenziale integrativa;
- ❖ l'incentivazione aggiuntiva del personale aziendale.

## Il fascicolo sanitario elettronico

Il Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico (d'ora in avanti FSE), introdotto con il D. Lgs. n. 178 del 29/09/2015, disciplina i diversi aspetti che attengono all'istituzione ed all'utilizzo del FSE. Quest'ultimo rappresenta un elemento chiave per il supporto al governo integrato dei bisogni di salute del cittadino. In tale ottica, nasce il Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale, disponibile anche per i pazienti dell'ASL Napoli 3 Sud.

In particolare, per gli assistiti dell'ASL Napoli 3 Sud sarà possibile:

- ❖ essere seguiti nei percorsi assistenziali;
- ❖ ottenere un maggior coordinamento tra i diversi specialisti che li hanno in cura;
- ❖ ottenere, in una logica di rete, diverse modalità di accesso all'offerta sanitaria.

## Il risk management

L'ASL ha predisposto ed attuato iniziative mirate alla promozione ed all'attuazione di sistemi di gestione del rischio clinico nelle strutture aziendali. Infatti, in materia di miglioramento dell'appropriatezza clinica ed organizzativa della sicurezza del paziente, attraverso la Deliberazione Aziendale n. 574 del 20/09/2012, è stata istituita l'UOC Clinical Risk Management sicurezza e qualità delle cure e, con Deliberazione Aziendale n. 532 del 15/09/2015, la funzione aziendale di Risk Management costituendo la rete aziendale dei referenti della Gestione del Rischio Clinico. Successivamente, all'unità dedicata al Risk Management è stata affidata anche la promozione della sicurezza e della qualità delle cure, con la missione di favorire la minimizzazione dei rischi per i pazienti tramite l'identificazione dei rischi potenziali legati alle cure erogate, la comprensione dei fattori che influenzano gli eventi, l'apprendimento degli effetti derivati da eventuali eventi avversi, l'applicazione di azioni per prevenire la ricorrenza degli eventi.

Le azioni concrete poste in essere per la gestione del rischio clinico riguardano:

- ❖ l'adozione di norme interne (procedure, protocolli, istruzioni, check list, etc) volte a contenere e, ove possibile, eliminare i rischi a cui possono essere esposti pazienti;
- ❖ la promozione e l'organizzazione di eventi di formazione in materia;

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

- ❖ l'adesione a progetti regionali in tema di prevenzione del rischio clinico;
- ❖ la raccolta di dati utili per rafforzare le misure già previste.

L'emergenza sanitaria derivante dalla diffusione del COVID–19 ha richiesto un aggiornamento del Piano Triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano. Per rispondere alla necessità di individuare nuovi modelli organizzativi, idonei a garantire le esigenze assistenziali dei pazienti e, contestualmente, la sicurezza degli operatori, l'ASL Napoli 3 sud ha promosso azioni volte all'implementazione e rafforzamento delle attività di prevenzione e controllo del rischio infettivo mediante:

- ❖ l'attivazione di percorsi ed Aree Covid e No-Covid;
- ❖ l'esecuzione di specifici sopralluoghi;
- ❖ la redazione di procedure aziendali specifiche;
- ❖ la riorganizzazione delle attività e delle strutture ospedaliero e territoriali.

In ambito ospedaliero, sono stati potenziati i reparti di terapia intensiva e sub intensiva, nonché i reparti di Pneumologia e di Malattie Infettive. In ambito territoriale, è stato necessario allineare le procedure interne alle molteplici ordinanze nazionali e regionali, al fine di contenere la diffusione dell'epidemia.

## La telemedicina

Lo sviluppo della sanità digitale trova nella Telemedicina uno dei principali ambiti di intervento, attraverso il quale abilitare forme innovative di assistenza anche attraverso il ridisegno strutturale ed organizzativo dell'intera rete assistenziale. Con riferimento a questo particolare ambito, l'ASL Napoli 3 Sud, attraverso la Deliberazione Aziendale n. 484 del 10/07/2020, ha dato avvio al progetto "SMART LEA". Tale progetto ha come principale obiettivo l'identificazione di nuove risposte a problemi tradizionali della medicina, al fine di creare nuove opportunità per il miglioramento del servizio sanitario tramite una maggiore collaborazione tra i vari professionisti sanitari coinvolti e i pazienti.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

In questo scenario, le nuove tecnologie svolgono una funzione di supporto all’attività assistenziale e, al contempo, forniscono informazioni strutturate attraverso la creazione di un *database* unico aziendale, integrato con il Sistema Informativo Unico Regionale, indispensabile per la futura programmazione dell’assistenza territoriale e di un’integrazione ospedale-territorio. Tale progetto si propone di sostenere un modello organizzativo per l’ASL Napoli 3 Sud che, con procedure informatizzate *cloud enabled*, rende possibile:

- ❖ l’integrazione Ospedale-Territorio attraverso l’avvio e la gestione delle dimissioni ospedaliere precoci e la contestuale presa in carico del paziente dimesso in Cure Domiciliari o Cure Primarie;
- ❖ la gestione di tutto il percorso delle Cure Domiciliari fino alla rivalutazione del piano ADI o alla chiusura ed invio dei dati al sistema informatico regionale;
- ❖ la presa in carico di un paziente cronico da parte delle AFT, UCCP, o singoli MMG/PLS per l’erogazione di cure primarie;
- ❖ la trasmissione di dati, informazioni, referti, consulenze, visite a distanza, tracciati ed immagini tra UU.OO. dei diversi macro-centri dell’ASL Napoli 3 Sud o verso altri soggetti esterni;
- ❖ la gestione domiciliare dei pazienti con Covid-19.

La piattaforma informatica SMART LEA è qualificabile come *patient-oriented* poiché mette al centro dei servizi LEA il paziente. Essa è utilizzata per la gestione dell’assistito sia in fase post acuzie che di cronicità.

Mediante lo sviluppo della piattaforma l’ASL Napoli 3 Sud intende perseguire i seguenti obiettivi:

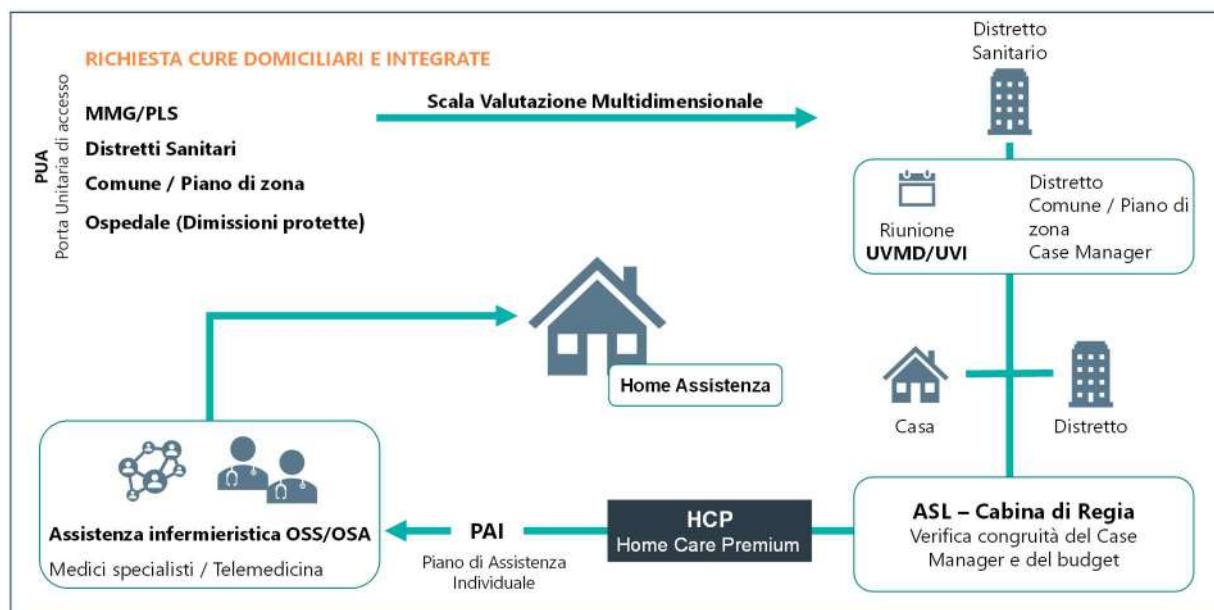
- ❖ ridurre gli accessi ospedalieri ovvero le giornate di degenza in ospedale non necessarie alla stabilizzazione del paziente e, comunque, sostituibili da giornate di accesso domiciliare o in RSA;
- ❖ garantire la presa in carico del paziente dimesso precocemente entro le 24/48 ore massimo dalla dimissione;
- ❖ agevolare la partecipazione del medico che dimette sia alla valutazione multidimensionale che ad, eventuali, teleconsulti specialistici ove necessario;

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ agevolare la partecipazione del medico curante durante la fase di presa in carico territoriale in quanto responsabile clinico.



**Figura 10 – L’assistenza attraverso la telemedicina**

Il servizio di Telemedicina aziendale è nato come supporto ed evoluzione tecnologica della gestione dei processi territoriali. Tuttavia, la diffusione pandemica del virus *SARS CoV- 2* e la necessità di assistenza domiciliare ad un numero sempre più elevato di pazienti hanno indotto l’ASL Napoli 3 Sud ad impiegare la Telemedicina anche per l’assistenza domiciliare ai pazienti Covid positivi, riducendo la pressione all’interno dei Presidi Ospedalieri. Nell’ambito dei protocolli di Telemedicina sono state configurate procedure di visite specialistiche pneumologiche, cardiache e pediatriche, in associazione al Teleconsulto ed all’impiego di *device* avanzati. Nello specifico, la tele-visita specialistica è effettuata con la presenza di un infermiere a domicilio che supporta il paziente nella gestione della tecnologia domiciliare e nella rilevazione di parametri che possono essere trasmessi a distanza, tramite la piattaforma informatica, allo specialista che opera da remoto con *devices* “one to many”.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

Sempre nell'ambito del progetto SMART LEA è stata istituita la Cartella clinica psicologia informatizzata. Essa, oltre ad accogliere i dati anagrafici del paziente, contiene anche un quadro generale dell'assistito, della sua situazione e degli eventuali disturbi per cui ha richiesto l'aiuto psicologico. Nell'ambito delle patologie croniche, tramite le moderne tecnologie di comunicazione, i pazienti diabetici possono condividere, agevolmente, con il proprio medico i propri dati glicemici e di terapia insulinica, ottenendo indicazioni terapeutiche sia per la routine quotidiana che per situazioni a rischio di scompenso glicemico come le malattie intercorrenti. Il servizio di Telemedicina, inoltre, è risultato molto utile anche per la gestione dei pazienti affetti da scompensi cardiaci, malattie respiratorie, in fase perinatale o impegnati in percorsi riabilitativi.

La gestione integrata del paziente consente:

- ❖ la valutazione dei bisogni assistenziali della comunità attraverso l'analisi dei fattori che determinano le condizioni di salute;
- ❖ l'organizzazione dei servizi sanitari per aumentare le capacità di risposta ai cittadini affetti da patologie croniche;
- ❖ l'identificazione di équipe multidisciplinari e multi professionali che possano garantire un'assistenza integrata e personalizzata (MMG, specialisti, infermieri, dietisti, riabilitatori, ecc.);
- ❖ la programmazione degli interventi di prevenzione, diagnosi, e cura per migliorare la gestione delle malattie croniche in tutti gli stadi con la definizione di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA);
- ❖ la creazione di un sistema informativo idoneo a valutare i processi di diagnosi e gli esiti delle valutazioni ma, soprattutto, a condividere tra operatori sanitari le informazioni necessarie per la gestione dei pazienti.

## 2.4 *Strategie di innovazione dei processi amministrativo-contabili*

Le aziende sanitarie sono ben consapevoli dei benefici apportati dalla digitalizzazione dei processi più lunghi, come, per esempio, la partecipazione a una gara pubblica o il processo di adozione di provvedimenti dirigenziali. Pertanto, l'informatizzazione dei processi amministrativi rappresenta la leva per semplificare le procedure, ridurre i tempi e i costi di lavorazione. Tale necessità è stata evidenziata ancor di più a seguito dell'emergenza sanitaria derivante dalla diffusione del COVID-19, che ha costretto

molti uffici ad attrezzarsi per individuare forme di lavoro più flessibili e da potersi svolgere da remoto.

In coerenza con quanto previsto dagli obblighi nazionali e regionali, l'ASL Napoli 3 Sud ha implementato un percorso di digitalizzazione volto al miglioramento dei servizi sanitari offerti. Infatti, in questo modo, è possibile ottenere un miglioramento del governo gestionale, con il conseguente miglioramento della capacità di pianificare l'uso di risorse e beni.

## Il ciclo della performance aziendale

In quest'ottica, l'ASL Napoli 3 Sud ha avviato il ciclo delle performance con il sistema GZoom, che consente di gestire le linee programmatiche dell'Ente e gli obiettivi di budget che ne derivano. Tale soluzione consente di quantificare il valore creato dall'organizzazione, misurandone i livelli di efficacia legati alla gestione delle performance ed i livelli di efficienza legati al controllo dei processi di gestione delle attività. Inoltre, è permesso di proteggere l'ASL Napoli 3 Sud dai rischi di *compliance* normativa e corporate, di condividere con gli *stakeholder* la rendicontazione e il bilancio di sostenibilità e di analisi dei dati sanitari.

## Il riordino delle procedure contabili

Il DCA n. 27 del 05/03/2019, riguardante il riordino delle procedure amministrativo-contabili e l'adozione del Piano dei Centri di rilevazione delle attività, dei ricavi, dei costi e delle variabili produttive di interesse regionale, ha l'obiettivo di migliorare il governo del servizio sanitario e di sviluppare un sistema di monitoraggio continuo.

In tale ottica, l'ASL Napoli 3 Sud ha allineato il suo operato ai dettami normativi regionali. In particolare, ha provveduto all'adozione di procedure amministrativo-contabili che disciplinano le attività operative e di controllo minime, necessarie per garantire la corretta rilevazione dei fatti di gestione aziendale e, quindi, l'attendibilità dei dati contabili. In particolare è stata realizzata un'iniziativa progettuale volta al ridisegno di tali processi.

A conclusione delle attività progettuali è stato elaborato, a livello aziendale, un manuale di gestione del processo di liquidazione dei documenti passivi a supporto delle strutture organizzative aziendali per la gestione dei Workflow di liquidazione dei documenti passivi. Quest'ultimo è stato strutturato in linea con il nuovo modello gestionale, disegnato sulla base dei principi declinati dalle attuali spinte evolutive dei processi amministrativo-contabili.

Tali linee di sviluppo interessano:

- ❖ i Percorsi Attuativi della Certificabilità (PAC);
- ❖ l’armonizzazione contabile;
- ❖ la dematerializzazione dei processi (ordine elettronico e fatturazione elettronica);
- ❖ l’efficacia e la semplificazione amministrativa.

Attraverso il manuale gestionale, l’ASL Napoli 3 Sud ha:

- ❖ contestualizzato l’intero processo di acquisizione e liquidazione della fattura in un’azienda Sanitaria;
- ❖ descritto dettagliatamente tutte le sotto-fasi dell’intero processo;
- ❖ individuato i ruoli e le responsabilità dei diversi attori coinvolti per ogni sotto fase del processo;
- ❖ individuati e descritti i casi particolari che derogano quanto di norma definito per la gestione del processo di acquisizione e liquidazione della fattura.

## La privacy

L’ambito sanitario, data la natura sensibile dei dati personali trattati, rappresenta uno scenario in cui le esigenze di protezione individuale in materia di privacy assumono carattere prioritario. In tale prospettiva, l’ASL Napoli 3 Sud si è adoperata, attraverso la Deliberazione Aziendale n. 920 del 04/12/2020, per adottare servizi di data *protection officer* e di *compliance privacy* ai fini dell’accertamento del rispetto delle previsioni del regolamento europeo GDPR da parte dell’ASL stessa.

## Il Nodo Smistamento Ordini

La Legge di Bilancio 2018 (n. 205 del 27/12/2017) ha inteso garantire il rispetto della trasparenza negli approvvigionamenti delle PA. Per far ciò, si prevedeva l’obbligo di creare, trasmettere e conservare, unicamente in formato elettronico, i documenti che riguardano ordini ed esecuzioni degli acquisti.

Per poter rispondere a questa necessità di trasparenza della pubblica azione e di efficientamento della

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

spesa sanitaria, il Ministero dell'economia e finanze ha emanato il D.M. del 07/12/2018 e successive modifiche, che definisce le linee guida da adottare per l'emissione, la trasmissione e la gestione degli ordini e degli altri documenti elettronici attestanti l'ordinazione di acquisto di beni e servizi mediante il Nodo di Smistamento degli Ordini (NSO).

Per tale motivo, l'ASL Napoli 3 Sud ha adeguato il processo di acquisto alle nuove disposizioni normative. Attraverso tale sistema, le amministrazioni e i fornitori, si scambiano documenti elettronici attestanti l'ordinazione di beni e servizi. In quest'ottica, NSO oltre a provvedere al recapito dei beni o servizio acquistati, verifica che i documenti trasmessi siano stati correttamente formati e che siano state inserite tutte le informazioni necessarie al loro successivo utilizzo durante la fase di fatturazione e pagamento. Esso rappresenta una vera e propria rivoluzione per le procedure di *public procurement*.

I principali vantaggi ottenuti da questa regolamentazione sono legati all'uniformità dell'ordine. In questo modo, infatti, si possono impostare elaborazioni automatiche o semiautomatiche, snellendo notevolmente il carico operativo in capo al fornitore, rendendo più rapido il processo di evasione dell'ordine e riducendo drasticamente gli errori. Inoltre, digitalizzando tutte le fasi del processo, sono ridotti al minimo anche i tempi legati all'analisi della liquidabilità e la messa in pagamento delle fatture, poiché l'Ente non dovrà verificare se la merce è stata consegnata o il servizio erogato.

## 2.5 *Le misure di benessere equo e sostenibile*

Nel corso degli ultimi anni si è sempre più alimentato il dibattito in tema di misurazione del benessere degli individui e delle società, tanto da far generare nell'opinione pubblica la domanda “la società sta progredendo in tale ambito?”. Sulla scia delle crisi vissute negli ultimi anni (alimentare, energetica ed ambientale, finanziaria, economica e sociale), non si è potuto fare a meno di sviluppare dei criteri statici di analisi, in grado di coadiuvare i politici nella predisporre dei giusti interventi da attuare e gli attori coinvolti con i corretti comportamenti da intraprendere.

L'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) ed il Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro (Cnel), con il “Benessere Equo e Sostenibile (Bes)”, hanno sviluppato indicatori di salute di carattere economico, ambientale e sociale che permettano la misurazione e la valutazione sullo stato e sul progresso delle società del Paese che vadano oltre al Pil. Il progetto Bes, nato nel 2010, ha lo scopo di misurare e valutare il Benessere equo e sostenibile, integrando – rispetto ai tradizionali indicatori economici – il sistema con misuratori della qualità della vita delle persone e dell'ambiente.

Il considerevole compito, svolto alla Consulta CNEL / ISTAT, ha riguardato la definizione dei temi che costituiscono la colonna portante del benessere della vita delle persone.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

Le aree di analisi individuate sono:

- ❖ Ambiente;
- ❖ Salute;
- ❖ Benessere economico;
- ❖ Istruzione e formazione;
- ❖ Lavoro e conciliazione dei tempi di vita;
- ❖ Relazioni sociali;
- ❖ Sicurezza personale;
- ❖ Benessere soggettivo;
- ❖ Paesaggio e patrimonio culturale;
- ❖ Ricerca e innovazione;
- ❖ Qualità dei servizi;
- ❖ Politica e istituzioni.

Per la prima volta, con la riforma della Legge di contabilità n. 196 del 2009, operata dalla Legge n. 163/2016, gli indicatori di benessere equo e sostenibile sono stati introdotti nell'ordinamento italiano, annessi agli strumenti di programmazione e valutazione della politica economica nazionale esistenti.

Tra questi macro indicatori vi rientra quello della salute, quale dimensione essenziale del benessere individuale, che impatta su tutte le dimensioni della vita delle persone. La categoria Salute contiene n. 14 indicatori, individuati dall'Istat e dalle varie realtà coinvolte nello sviluppo di questo strumento. Il decreto del 6 ottobre 2017 del Ministro dell'Economia e delle Finanze, al comma 1 dell'art. 1, sancisce per la suddetta categoria solo due indicatori Bes da inserire nel ciclo di programmazione economico-finanziaria, ovvero:

- ❖ speranza di vita in buona salute alla nascita: numero medio di anni che un bambino nato nell'anno di riferimento può aspettarsi di vivere in buona salute, nell'ipotesi che i rischi di malattia e morte

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

alle diverse età osservati in quello stesso anno rimangano costanti nel tempo- Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana e Indagine Aspetti della vita quotidiana;

- ❖ eccesso di peso: proporzione standardizzata di persone di 18 anni e più in sovrappeso o obese sul totale delle persone di 18 anni e più. L'indicatore fa riferimento alla classificazione dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) dell'Indice di Massa corporea (Imc: rapporto tra il peso, in kg, e il quadrato dell'altezza in metri)- Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.

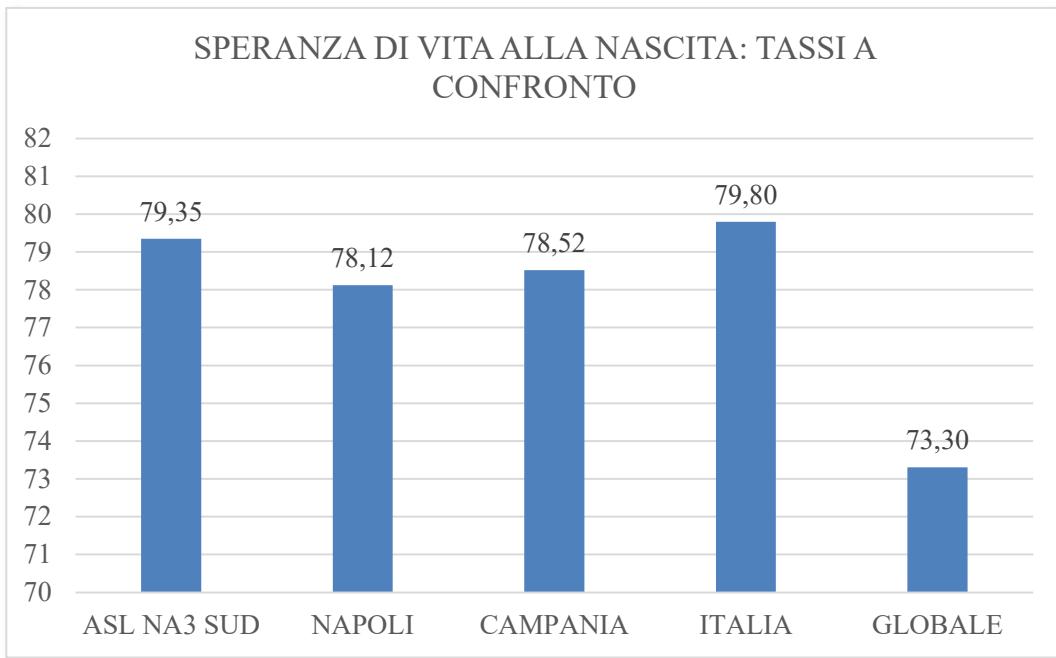
L'ASL Napoli 3 Sud, al fine di raggiungere tale risultato, vede coinvolte le varie Unità Operative Aziendali che detengono i dati e che effettuano le analisi richieste, consentendo la definizione di una visione coerente, completa e chiara della qualità della vita collettiva della popolazione insita nel territorio Aziendale.

### La speranza di vita in buona salute alla nascita

La speranza di vita rappresenta è un indicatore dei livelli di sopravvivenza della popolazione, che misura il tempo medio di vita di una persona in buona salute alla nascita.

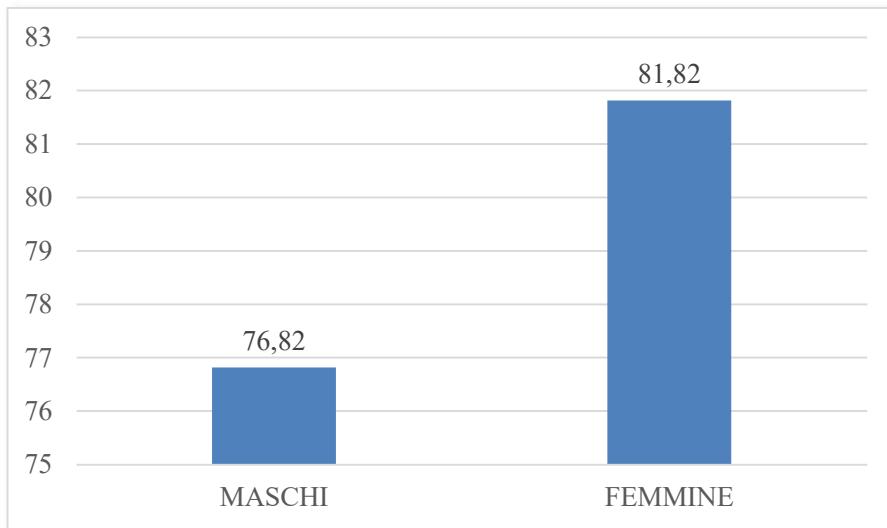
La speranza di vita è ottenuta attraverso il rapporto tra la somma degli anni di vita della popolazione deceduta ed il numero totale della popolazione deceduta, nel periodo oggetto di analisi.

La speranza di vita alla nascita per la popolazione dell'ASL Napoli 3 Sud si colloca al di sopra della media provinciale e regionale e poco al di sotto del tasso nazionale. La speranza di vita alla nascita a livello globale è mediamente di circa 73 anni, nettamente inferiore al tasso di vita registrato in Italia.



**Figura 11 – La speranza di vita**

Il dato raccolto dall'ASL Napoli 3 Sud conferma quanto registrato a livello globale ovvero che le donne vivono (in media) 5 anni più a lungo degli uomini in quasi tutti i paesi del mondo.



**Figura 12 – La speranza di vita per maschi e femmine all’ASL Napoli 3 Sud**

#### La speranza di vita alla nascita – Indicatore BES ASL Napoli 3 Sud

Formula di calcolo	Dati in rapporto		<i>Baseline</i>	<i>Target</i>
	Somma degli anni di vita della popolazione deceduta nell’anno 2020	Numero totale della popolazione deceduta nell’anno 2020		
	686.659	8.654	79,35	80,5

Riguardo allo stato di salute ed al calcolo della speranza di vita in buona salute, l’ASL Napoli 3 Sud ha ritenuto opportuno applicare la metodologia basata sulle tecniche classiche di analisi della sopravvivenza, partendo dalla considerazione che la speranza di vita in salute altro non è che la speranza di vita in cui l’evento d’interesse non è più solo la morte, ma anche l’insorgenza di una malattia oncologica. Una stima non distorta di tale presumibilità si ottiene dall’analisi del Registro tumori.

Il Registro Tumori di popolazione dell’ASL Napoli 3 Sud rappresenta il primo Registro attivato in Regione Campania (luglio 1995 – ex ASL Napoli 4) ed il secondo attivato nell’Italia Meridionale; fino al 2014, anno di attivazione del Registro/Rete di Registrazione oncologica della Regione Campania. Il Registro Tumori, in questo scenario, ha rappresentato il Registro di riferimento dell’intera Regione. Dal 1° gennaio del 2017 è stata istituita l’Unità Operativa Semplice Dipartimentale Registro tumori, diretta

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

dal Dott.re Mario Fusco, afferente al Dipartimento di Prevenzione aziendale.

Il Registro Tumori svolge tre funzioni principali:

- ❖ monitora nel tempo l'andamento della patologia oncologica sul territorio di riferimento, ovvero nei n. 57 Comuni afferenti alla ASL Napoli 3 Sud;
- ❖ fornisce alla Direzione Strategica Aziendale i dati indispensabili alla programmazione sanitaria aziendale in ambito oncologico: numero di nuovi casi annui di tumori, numero di persone viventi residenti sul territorio aziendale con una pregressa diagnosi di tumore, sopravvivenza delle persone affette da tumore;
- ❖ valuta l'impatto che le azioni messe in atto a livello aziendale hanno sull'andamento della patologia oncologica sul territorio (screening di popolazione, nuove procedure diagnostiche, nuovi percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali).

Le analisi dei dati oltre che alla Direzione Strategica Aziendale ed agli operatori sanitari sono rese disponibili anche alla popolazione, attraverso l'attivazione del portale dedicato “OPEN DATA” sul sito: [www.registrotumorinapoli3sud.it](http://www.registrotumorinapoli3sud.it).

Dai dati ottenuti, grazie al Registro tumori, l'ASL Napoli 3 Sud ha ritenuto necessario effettuare, con cadenza triennale, le analisi come di seguito riportate:

### Incidenza oncologica

L'incidenza oncologia è ottenuta dal rapporto del numero medio annuo di casi di neoplasia diagnosticati ed il numero medio annuo della popolazione, per il periodo oggetto di analisi.

### L'incidenza oncologica – Indicatore BES ASL Napoli 3 Sud

	Dati in rapporto	Baseline	Target
Formula di calcolo	Numero medio annuo di casi di neoplasia diagnosticati negli anni 15-19	Numero medio annuo della popolazione negli anni 15-19	5,53 (* 1.000 ab) 5,20 (* 1.000 ab)
	5.879	1.063.176	

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

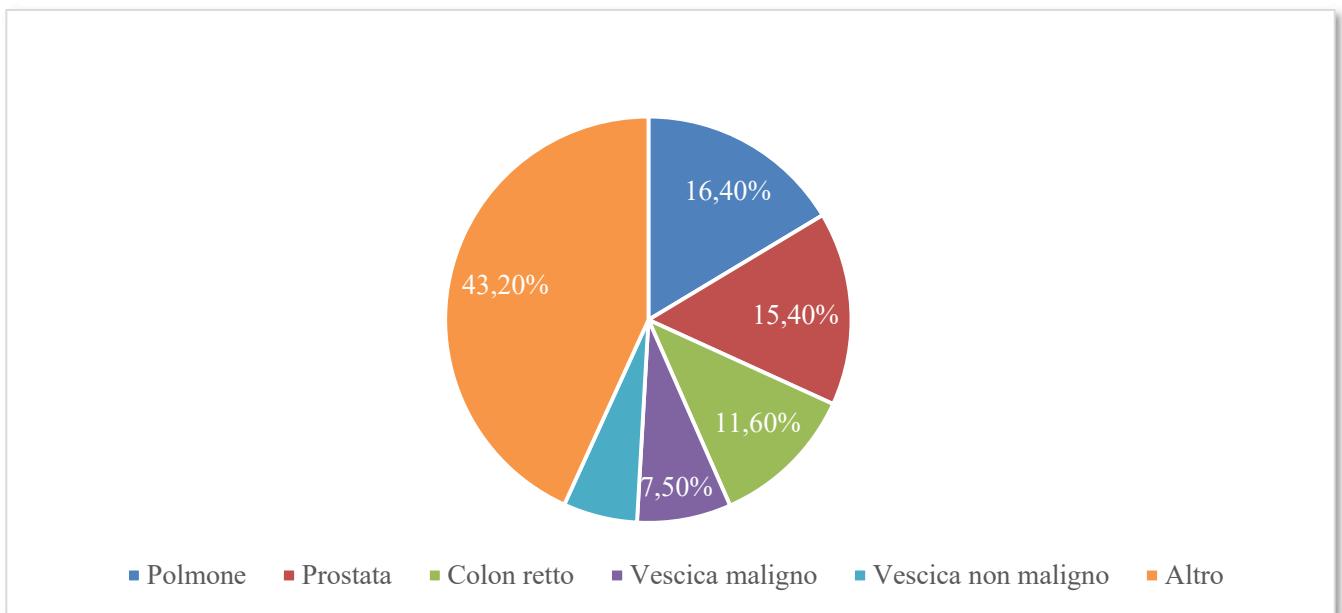
*(art. 6 del DL 80/2021)*

Nel periodo di riferimento, ovvero per il triennio 2015-2019, sono stati diagnosticati in totale n. 28.946 nuovi casi di cancro, con una media annua di n. 5.879 casi (tutti i tumori tranne i tumori della cute non melanomi).

Sul totale è disponibile la seguente analisi:

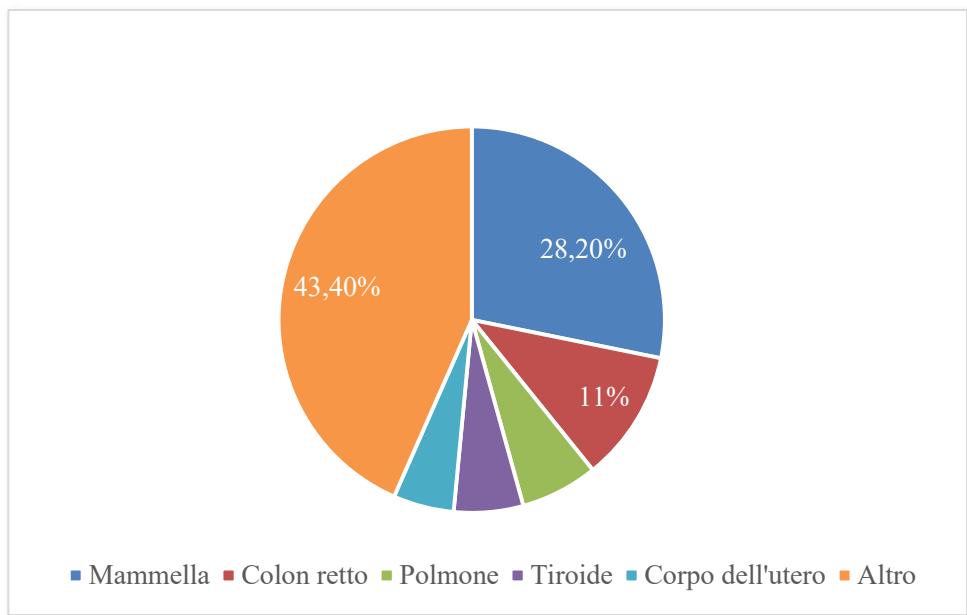
- ❖ n. 15.566 casi sono a carico della popolazione maschile, con una media annua di n. 3.113 casi;
- ❖ n. 13.380 casi sono a carico della popolazione femminile, con una media annua di n. 2.676 casi;
- ❖ la fascia di età in cui si registra la maggiore percentuale di tumori è la fascia compresa tra i 75 e gli 84 anni;
- ❖ in entrambi i generi; il trend di andamento temporale dal 2008 al 2019 registra una riduzione dei tumori nel genere maschile mediamente dell'1% annuo nei maschi (dato statisticamente significativo) ed un incremento medio dello 0,7% nelle donne (dato statisticamente non significativo). Questo andamento complessivo non esclude che tra i diversi tumori ve ne siano alcuni in aumento ed altri in diminuzione (vedi portale "OPEN DATA");
- ❖ sul decremento complessivo rilevato nei maschi incide in modo determinante la riduzione dei tumori del polmone ( -2,4% annuo), mentre nell'aumento complessivo rilevato nelle donne incide l'aumento delle diagnosi del tumore della mammella ( + 2,7% annuo).

I grafici successivi mostrano i primi cinque tumori diagnosticati nell'ASL Napoli 3 Sud, nel periodo 2015-2019, e la loro proporzione sul totale dei tumori per sesso.



**Figura 13 – Primi cinque tumori tra i maschi (2015-2019)**

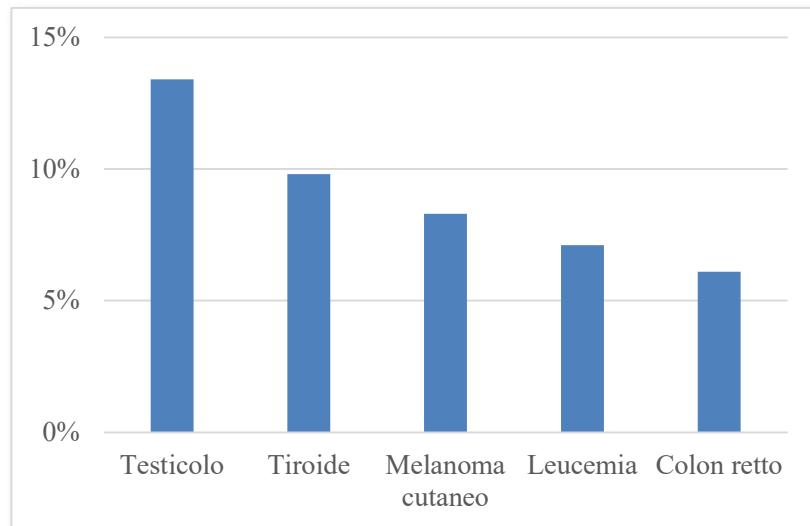
Nella popolazione maschile, per gli anni oggetto di analisi, il primo tumore diagnosticato è quello del polmone.



**Figura 14 – Primi cinque tumori tra le femmine (2015-2019)**

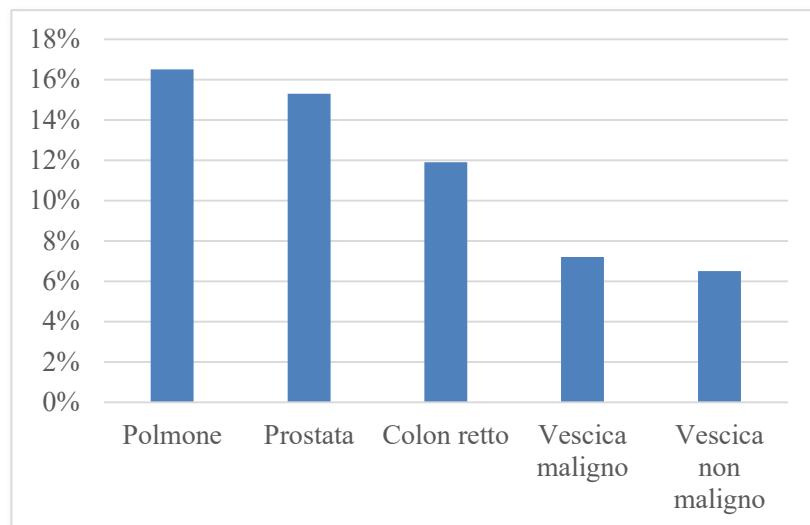
Nella popolazione femminile, per gli anni oggetto di analisi, il primo tumore diagnosticato è quello della mammella.

Nei prossimi grafici, è rappresentata la distribuzione dei primi cinque tumori nella popolazione maschile, suddivisa in fasce d'età.



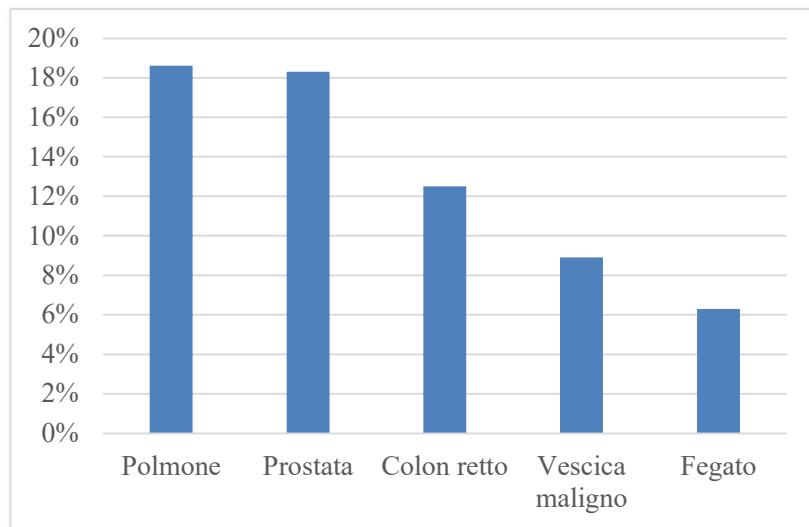
**Figura 15 – Primi cinque tumori tra i maschi nella fascia di età 0-49 aa (2015-2019)**

Nella popolazione maschile, nella fascia d'età 0-49 aa, il primo tumore diagnosticato è quello del testicolo.



**Figura 16 – Primi cinque tumori tra i maschi nella fascia di età 50-69 aa (2015-2019)**

Nella popolazione maschile, nella fascia d'età 50-69 aa, il primo tumore diagnosticato è quello del polmone.

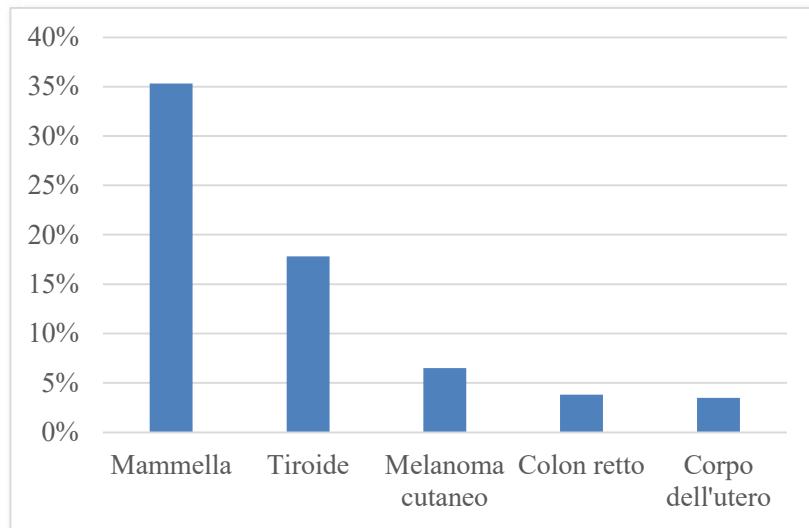


**Figura 17 – Primi cinque tumori tra i maschi nella fascia di età 70+ aa (2015-2019)**

Nella popolazione maschile, nella fascia d'età 70+ aa, il primo tumore diagnosticato è quello del polmone.

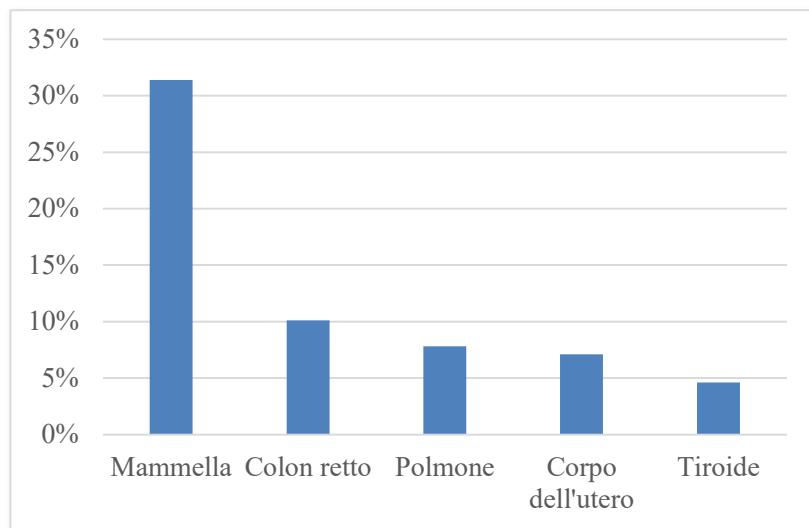
Dall'analisi dei dati raccolti, e sopra rappresentati, si registra che tra gli uomini più giovani sono più frequenti i tumori al testicolo e alla tiroide, mentre tra i più anziani prevalgono i tumori al polmone e alla prostata.

Nei prossimi grafici, è rappresentata la distribuzione dei primi cinque tumori nella popolazione femminile, suddivisa in fasce d'età.



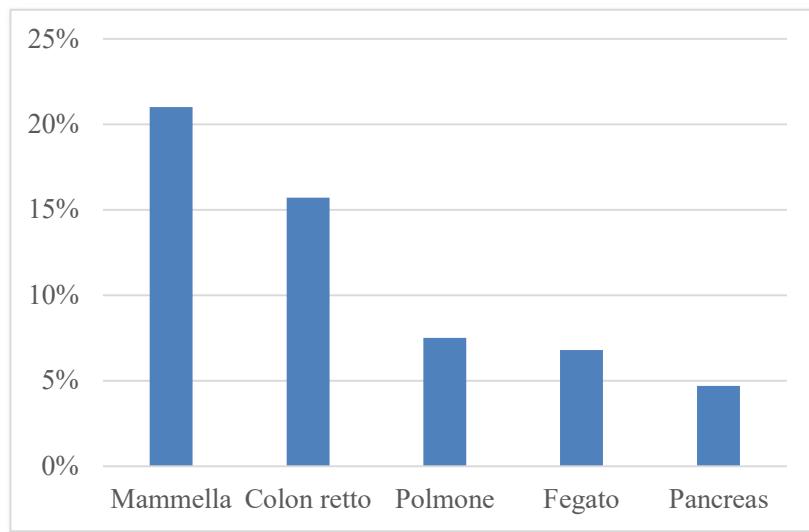
**Figura 18 – Primi cinque tumori tra le femmine nella fascia di età 0-49 aa (2015-2019)**

Nella popolazione femminile, nella fascia d'età 0-49 aa, il primo tumore diagnosticato è quello del mammella.



**Figura 19 – Primi cinque tumori tra le femmine nella fascia di età 50-69 aa (2015-2019)**

Nella popolazione femminile, nella fascia d'età 50-69 aa, il primo tumore diagnosticato è quello del mammella.



**Figura 20 – Primi cinque tumori tra le femmine nella fascia di età 70+ aa (2015-2019)**

Nella popolazione femminile, nella fascia d'età 70+ aa, il primo tumore diagnosticato è quello del polmone.

Dall'analisi dei dati raccolti, e sopra rappresentati, si evince che il tumore alla mammella è il più frequente ad essere diagnosticato tra le donne in tutte le fasce di età. Per la fascia di età 70+ anni risulta rilevante, anche il dato registrato per il tumore al colon retto.

## Il tasso di mortalità oncologica

La mortalità oncologica è ottenuta dal rapporto fra il numero medio annuo di decessi per neoplasia ed il numero medio annuo della popolazione, per il periodo oggetto di analisi.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

### Il tasso di mortalità oncologica – Indicatore BES ASL Napoli 3 Sud

Formula di calcolo	Dati in rapporto		<i>Baseline</i> 2,32 (* 1.000 ab)	<i>Target</i> 2,13 (* 1.000 ab)
	Numero medio annuo di decessi per neoplasia negli anni 15-19	Numero medio annuo della popolazione negli anni 15-19		
	2.464	1.063.176		

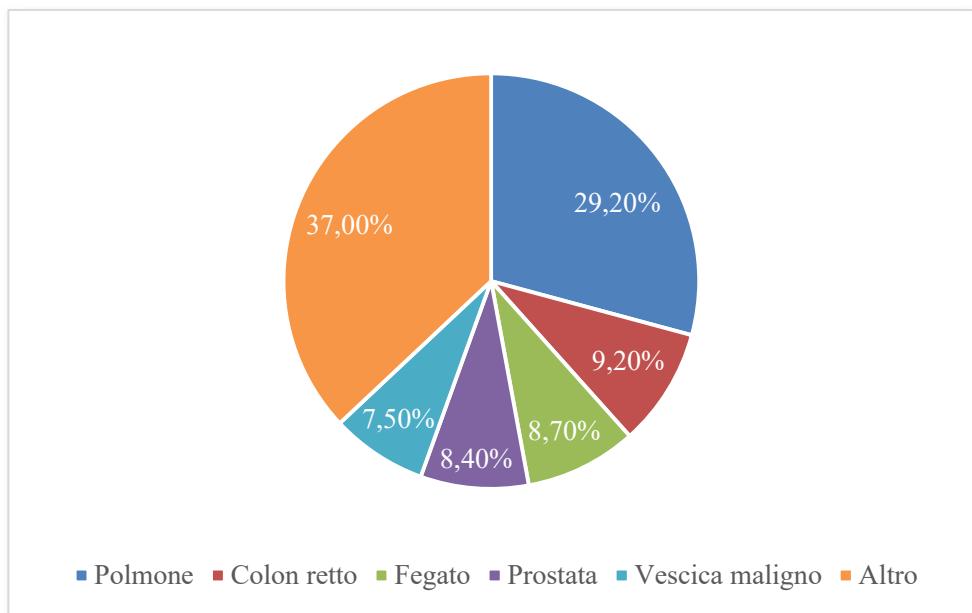
I dati di mortalità sono correntemente registrati dal Registro Nominativo delle Cause di Morte aziendale (RE.N.CA.M.) e da questo trasmessi al Registro tumori per l'inserimento degli stessi nel data base del Registro e le successive analisi.

Nel periodo di riferimento, triennio 2015-2019, sono stati diagnosticati in totale n. 12.318 decessi per cancro (media annua di n. 2.464 casi).

Sul totale è disponibile la seguente analisi:

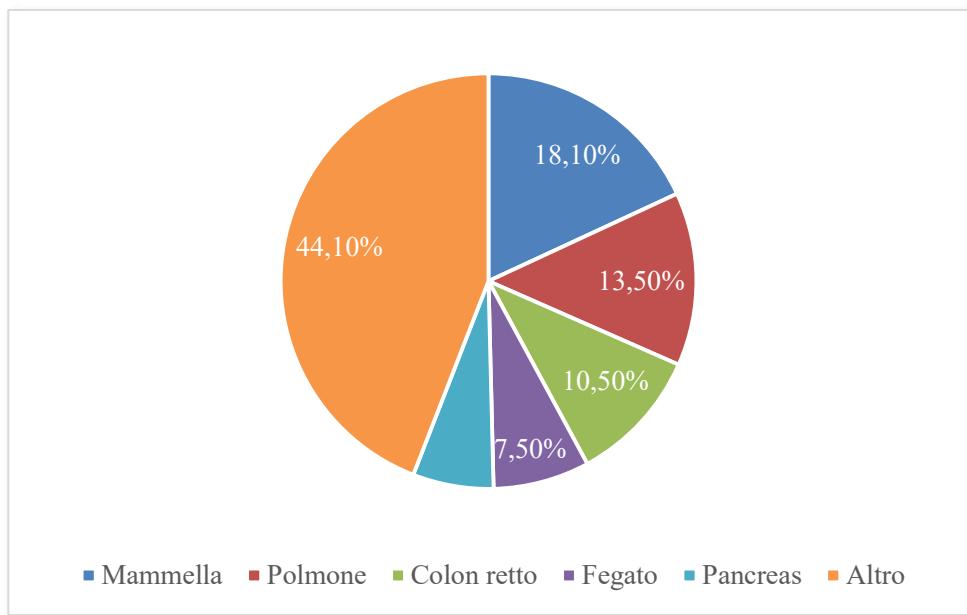
- ❖ n. 7.074 interessano la popolazione maschile, con una media annua n. 1.415 casi;
- ❖ n. 5.244 interessano la popolazione femminile, con una media annua di n. 1.049 casi;
- ❖ la fascia di età in cui si registra la maggiore percentuale di decessi per cancro è la fascia compresa tra gli 80 – 84 ed over 84;
- ❖ in entrambi i generi; il trend di andamento temporale dal 2008 al 2019 registra una riduzione dei decessi per cancro nel genere maschile mediamente del 2,7% annuo (dato statisticamente significativo) ed un dato stabile nelle donne;
- ❖ sul decremento complessivo rilevato nei maschi incide in modo determinante la riduzione dei decessi per tumori del polmone ( -3,7% annuo); considerata la pessima prognosi che tutt'ora ha il tumore del polmone, la riduzione della mortalità è chiaramente correlata alla diminuzione del numero dei nuovi casi annui di tumore polmonare.

I grafici successivi mostrano i primi cinque tumori come causa di morte nell'ASL Napoli 3 Sud, nel periodo 2015-2019, e la proporzione sul totale dei tumori per sesso. In questo modo, è consentita una migliore comprensione delle cause di morte, correlate all'insorgenza di neoplasie, sul territorio aziendale.



**Figura 21 – Primi cinque tumori tra i maschi come causa di morte (2015-2019)**

Nella popolazione maschile, la prima causa di morte legata all’insorgenza di neoplasie è riferita al tumore del polmone.



**Figura 22 – Primi cinque tumori tra le femmine come causa di morte (2015-2019)**

Nella popolazione femminile, la prima causa di morte legata all’insorgenza di neoplasie è riferita al tumore della mammella.

Alle tre funzioni principali, svolte della UOSD Registro Tumori dell’ASL Napoli 3 Sud, si affiancano le attività di ricerca specifiche che il Registro mette in campo in relazione a situazioni particolari. La principale attività di studio e ricerca messa in campo, sin dal 2008, si riferisce alla possibile correlazione tra inquinamento ambientale e cancro.

La conduzione di studi di epidemiologia ambientale risulta particolarmente complessa in relazione principalmente a fattori:

- ❖ la numerosità delle variabili da tenere in considerazione;
- ❖ la molteplicità delle competenze richieste.

Questo comporta che l’avanzamento di tali studi comporterebbe un approccio epidemiologico articolato, oltre che l’attivazione di collaborazioni scientifiche tra varie istituzioni e gruppi di ricerca, al fine di condividere le diverse conoscenze e competenze specifiche in tale ambito.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

In un’ottica propositiva, già a partire dal 2008, il Registro Tumori dell’ASL Napoli 3 Sud ha attivato, in tale ambito, diverse collaborazioni con altre istituzioni scientifiche, dedicate anche al monitoraggio ambientale, di cui due in particolare:

- ❖ Agenzia Regionale Protezione Ambientale della Campania (ARPAC);
- ❖ Istituto Zooprofilattico Sperimentale Meridionale (IZSM – Portici).

Il nuovo approccio utilizzato in questi studi è l’utilizzo dei dati di incidenza oncologica (numero di nuovi casi per ciascun di tumori), registrata nel territorio dell’ASL Napoli 3 Sud, e la loro geolocalizzazione non solo a livello comunale ma anche a livello di particelle censuali all’interno dei diversi Comuni.

Tale approccio è determinato dalla constatazione che in Campania si riscontra una diffusione puntiforme ed un’estrema eterogeneità dei fattori inquinanti che il più delle volte sono coesistenti.

Tale eterogeneità implica, di conseguenza, la necessità di valutare diversi elementi, quali:

- ❖ le diversità delle matrici inquinate (suolo, acqua, aria);
- ❖ la tipologia e diverse modalità di diffusione dei fattori inquinanti oltre che di esposizione delle popolazioni coinvolte;
- ❖ la diversità degli organi o dei sistemi potenzialmente interessati.

Appare evidente come la definizione di intere macroaree geografiche, o anche di interi Comuni di grandi dimensioni come un unico insieme di area «soggetta a rischio ambientale», risponda principalmente ad esigenze di carattere amministrativo, ma mal si presta ad una definizione epidemiologica di area omogenea di rischio ambientale. Ciò implicherebbe, infatti, che intere macroaree e milioni di persone, residenti in insiemi di Comuni o singoli grandi Comuni, siano esposte nel tempo in modo omogeneo ad uno stesso fattore di rischio e con la medesima intensità.

Un limite oggettivo all’inquadramento epidemiologico di tali macroaree resta, appunto, l’estrema eterogeneità presente all’interno di esse: diversi livelli di urbanizzazione e densità abitativa, di occupazione, di condizioni socio economiche, etc. Tale specificità rende l’approccio epidemiologico di analisi per macroaree geografiche non applicabile in genere, ma particolarmente in Campania, per

la possibilità del verificarsi di numerosi errori, quali ad esempio:

- ❖ l'attribuzione di un unico livello di esposizione ed un effetto sanitario comune all'intera popolazione residente nella macroarea o in un intero Comune di dimensione medio grande;
- ❖ la presenza di fattori confondenti nell'area in esame oltre che nella macroaree di confronto;
- ❖ la sottostima dei possibili effetti sanitari localizzati (effetto diluizione) o, all'inverso, l'amplificazione di effetti localizzati all'intera popolazione.

In presenza di tali specificità territoriali, gli studi di correlazione tra fattori di rischio ambientale e patologie oncologiche necessitano di fare riferimento ad un diverso approccio metodologico, che prevede:

- ❖ l'identificazione e lo studio di microaree geografiche, con dettagli comunali e sub comunali, fino alle particelle censuali;
- ❖ la costituzione di gruppi di lavoro inter-istituzionali interdisciplinari e multiprofessionali;
- ❖ la condivisione degli studi con le popolazioni esposte, sia in fase progettuale che di divulgazione dei risultati.

Tale approccio permette:

- ❖ la definizione in modo puntuale delle aree geografiche a rischio;
- ❖ l'acquisizione ed analisi puntuali di dati su potenziali sorgenti inquinanti e la valutazione delle relative vie di diffusione e livelli di esposizione;
- ❖ la capacità di individuazione di effetti sanitari localizzati;
- ❖ una maggiore possibilità di mettere in relazione i rischi sanitari con possibili determinanti ambientali;
- ❖ la possibilità di elaborare e proporre alle popolazioni esposte soluzioni puntuali rispetto alle criticità emerse in ambito sanitario.

Gli elementi prioritari dell'approccio epidemiologico seguito sono:

- ❖ l'utilizzo di dati di incidenza oncologica perché meglio rappresentano un indicatore di rischio;

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

- ❖ la strutturazione di un modulo GIS (Geographic Information Systems) finalizzato a rilevare le possibili relazioni spaziali tra indicatori di salute e dati ambientali, demografici ed economici;
- ❖ la geolocalizzazione, con dettaglio di particella censuale, non solo dei casi di incidenza oncologica, ma dell'intera popolazione residente nell'area di riferimento; ciò implica l'acquisizione e l'aggiornamento annuale delle Anagrafi comunali di tutti i Comuni afferenti al territorio in studio;
- ❖ la storicizzazione degli indirizzi per la tracciabilità dei casi e la definizione del tempo di esposizione;
- ❖ l'inclusione nell'analisi di variabili confondenti, quale l'Indice di Deprivazione socio-economica, al fine di poter quantizzare l'impatto di tale variabile sul rischio (la povertà è uno dei fattori di rischio per patologia oncologica);
- ❖ il coinvolgimento nel gruppo multidisciplinare delle istituzioni regionali impegnate nel monitoraggio ambientale (ARPA, IZSM) per l'inclusione nello studio dei loro dati di monitoraggio ambientale con le relative coordinate geografiche da importare nel modello GIS del Registro;
- ❖ la correlazione dei dati ambientali con i dati di incidenza oncologica e l'analisi dei stessi per microaree geografiche, con un livello di dettaglio Comunale e sub-comunale per particella censuale.

Nonostante il livello di dettaglio con cui vengono condotti gli studi, questi ultimi restano studi di tipo ecologico/descrittivo, basati su dati di popolazione e, conseguentemente, non in grado di pronunciarsi in merito a rapporti diretti di causalità, ma capaci di rilevare la presenza di possibili associazioni tra il dato sanitario osservato e fattori di rischio indagati e suggerire ipotesi eziologiche; tali ipotesi necessitano di essere successivamente verificate attraverso l'attivazione di studi di carattere analitico, basati su dati non più di popolazione ma individuali.

L'interazione e la ricostruzione di un rapporto di fiducia tra le istituzioni scientifiche e le popolazioni esposte restano obiettivi prioritari per la ricerca in ambito di epidemiologia ambientale; ciò permetterà:

- ❖ la rilevazione dei bisogni di salute sul territorio, anche se non chiaramente espressi;
- ❖ l'attività di informazione/formazione in merito alle correlazioni tra fattori di pressione ambientale e deprivazione socio economica con l'incidenza di cancro;

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ la condivisione con le popolazioni esposte dei progetti di studio oltre che dei risultati e l'attivazione di misure di prevenzione mirate, sui di carattere primario che secondario.

### L'eccesso di peso

L'obesità è una patologia cronica complessa che rappresenta un rilevante problema di salute pubblica a causa dell'elevato tasso di mortalità ad essa associato. In particolare, l'obesità pediatrica, determinata prevalentemente da uno stile di vita sedentario e da una scorretta alimentazione, condiziona negativamente la qualità di vita in quanto comporta una più precoce insorgenza di patologie tipiche dell'età adulta (ipertensione, diabete, dislipidemie, apnee notturne, ecc.).

L'eccesso di peso è ottenuto dal rapporto fra il numero medio annuo di bambini obesi in età evolutiva (8-9 aa) ed il numero totale di bambini in età evolutiva (8-9 aa) inclusi nel campione di analisi, per il periodo oggetto di analisi.

### L'eccesso di peso nell'età evolutiva (8-9 aa) – Indicatore BES ASL Napoli 3 Sud

Formula di calcolo	Dati in rapporto	Baseline	Target	
Formula di calcolo	Numero medio annuo di bambini obesi negli anni 17-19	Numero medio annuo dei bambini del campione negli anni 15-19	25,2	24,2

In tale contesto, l'indice di massa corporea (BMI) è utilizzato per determinare l'appartenenza di un individuo ad una classe di peso secondo una definita scala di valori: *Sottopeso*, *Normopeso*, *Sovrappeso*, *Obeso*. Esso rappresenta uno strumento semplice ma utile per misurare il livello di obesità individuale o di una popolazione ed i relativi rischi di salute associati. Il calcolo di tale indicatore è dato dalla seguente formula:

$$\text{BMI} = \frac{\text{Peso dell'individuo in Kg}}{(\text{altezza individuo in metri})^2}$$

I valori che esso può assumere sono indipendenti dall'età e simili per entrambi i sessi; la sua interpretazione viene effettuata secondo i criteri definiti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che ha previsto le seguenti categorie di classificazione:

Classificazione	BMI
Sottopeso	< 18,50
Normopeso	$18,50 \leq X \leq 24,99$
Sovrappeso	$\geq 25$
Pre-obeso	$25 \leq X \leq 29,99$
Obeso classe I	$30,00 \leq X \leq 34,99$
Obeso classe II	$35,00 \leq X \leq 39,99$
Obeso classe III	$\geq 40$

Al fine di intraprendere strategie utili a prevenire e contrastare il fenomeno dell'obesità, sia in età pediatrica che in età adulta, l'ASL Napoli 3 Sud ha definito diversi **Sistemi di Sorveglianza** attraverso i quali ottenere informazioni utili per il monitoraggio dello stato di salute della popolazione, degli stili di vita e, mediante la rilevazione sistematica e continua delle abitudini, dello stato di attuazione dei programmi di intervento che il Paese sta realizzando per modificare i comportamenti a rischio.

Nello specifico, i sistemi individuati sono:

- ❖ OKkio alla Salute;
- ❖ Passi – Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia;
- ❖ HBSC – Comportamenti collegati alla salute dei ragazzi in età scolare.

Con riferimento a **OKkio alla Salute**, esso rappresenta un sistema di sorveglianza sullo stato ponderale e sugli stili di vita nei bambini delle scuole primarie. Esso ha lo scopo di descrivere la variabilità geografica e l'evoluzione nel tempo dello stato ponderale, delle abitudini alimentari, dei livelli di attività fisica e delle attività scolastiche sostenenti la sana nutrizione e l'esercizio fisico, al fine di orientare la realizzazione di iniziative utili ed efficaci per il miglioramento delle condizioni di vita e di salute dei bambini delle scuole primarie. Il presente sistema nasce nel 2008 e prevede una periodicità di raccolta dati biennale fino all'anno 2016 e triennale per gli anni a seguire.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

La popolazione campionata è costituita da bambini di età compresa tra 8-9 anni. In particolare, la raccolta dati prevede la rilevazione delle misure antropometriche (peso e altezza) degli alunni, effettuata da operatori ASL, e la somministrazione di quattro questionari da sottoporre ai bambini in aula, ai genitori agli insegnanti e ai Dirigenti scolastici.

Il Report Finale relativo alla raccolta dati del triennio 2017 - 2019 ha evidenziato come, nel tempo, si sono raggiunti importanti traguardi in termini di riduzione dell'obesità, contrasto alla sedentarietà e miglioramento degli stili alimentari.

In particolare un significativo risultato è apprezzabile confrontando i dati dell'ultimo triennio con le rilevazioni relative al biennio 2014 – 2016:

Valori aziendali	2014 - 2016	2017 - 2019
Prevalenza di bambini sovrappeso	27%	25,2%
Prevalenza di bambini obesi	21,8%	19,3%
Prevalenza di bambini sovrappeso e obesi	48,9%	44,5%

Per quanto riguarda i consumi alimentari, si riportano i dati riferiti al consumo della merenda adeguata ed il consumo delle bibite gassate/zuccherate:

Valori aziendali	2014 - 2016	2017- 2019
Consumo di una merenda adeguata	42,4%	56,4%
Consumo di Bibite gassate/ zuccherate	40,6%	27%

Allo stesso modo sono rilevanti i risultati relativi alla pratica di attività motoria:

Valori aziendali	2014- 2016	2017 - 2019
Bambini impegnati in attività ludico-motorie per almeno 2 giorni alla settimana	18,6%	24,4%
Bambini che hanno praticato attività sportiva strutturata il pomeriggio prima dell'indagine	43,3%	46,7%

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

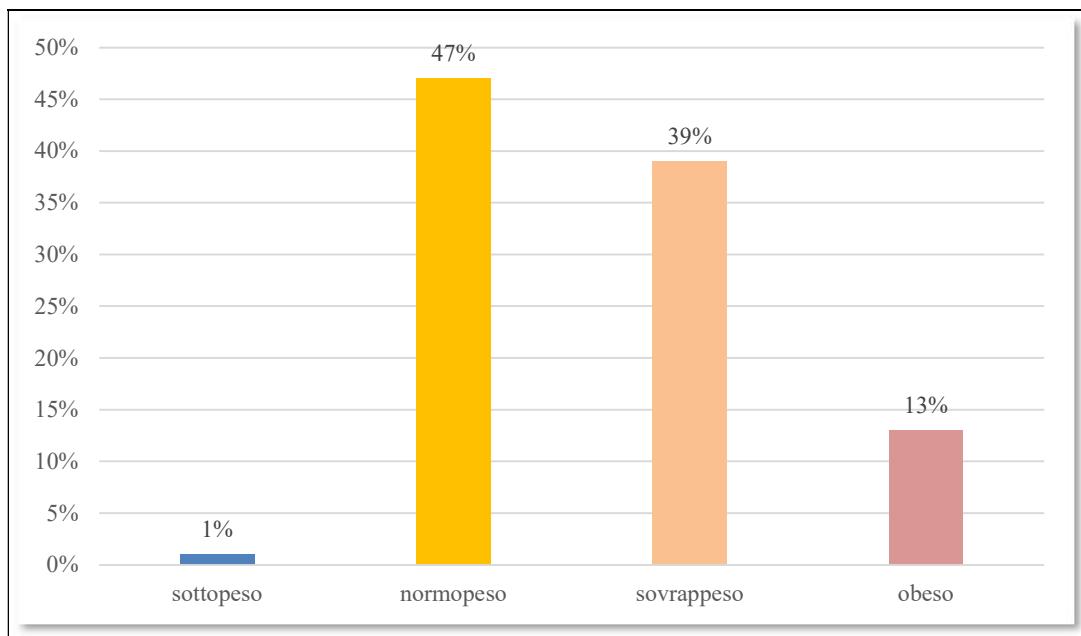
**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

Con riferimento a **Passi – Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia**, esso rappresenta un programma promosso dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali e coordinato dal Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) per il monitoraggio delle attività di prevenzione sulle più importanti malattie nel nostro Paese. Esso è stato designato per monitorare e favorire i cambiamenti. In particolare, mediante interviste telefoniche effettuate direttamente dalle ASL, vuole cogliere l'evoluzione e gli eventuali cambiamenti nella percezione della salute e dei comportamenti a rischio nella popolazione. Infatti, tramite le risposte dei cittadini, si ottiene una fotografia aggiornata, capillare e continua degli stili di vita della popolazione adulta.

La popolazione campionata è costituita da persone di età compresa tra 18-69 anni residenti nel territorio aziendale. Nello specifico, l'indagine si fonda su un campione mensile stratificato proporzionale, per sesso e classi di età (18-34, 35-49, 50-69 anni), estrapolato dalle liste delle anagrafi sanitarie dell'ASL. La dimensione minima del campione mensile prevista è di 25 unità per un totale annuo di almeno n. 275 unità campionarie. L'intervista si basa su un questionario standardizzato e validato a livello nazionale e internazionale. Nel corso del tempo, la Regione Campania ha stabilito che il report da annuale diventasse quadriennale. Con riferimento al quadriennio 2017 – 2020, l'ASL Napoli 3 Sud ha registrato complessivamente che il 52% della popolazione intervistata presenta un eccesso ponderale.

Di seguito si mostra graficamente il dettaglio dello stato nutrizionale secondo il programma PASSI nel quadriennio 2017-2020.



**Figura 23 – Stato nutrizionale PASSI (2017-2020)**

Con riferimento a **HBSC – Comportamenti collegati alla salute dei ragazzi in età scolare**, esso rappresenta uno studio internazionale svolto in collaborazione con l'Ufficio Regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Europa ed ha lo scopo di fotografare e monitorare la salute degli adolescenti italiani di 11, 13, 15 e 17 anni, rappresentando un supporto per l'orientamento delle politiche di educazione e promozione della salute in tale fascia di età. Le indagini campionarie sono eseguite su scala nazionale ogni 4 anni seguendo le linee guida tracciate a livello internazionale.

Le informazioni esaminate sono state raccolte attraverso due questionari: uno sottoposto ai ragazzi e uno al Dirigente. Il questionario rivolto ai ragazzi ha la finalità di indagare gli aspetti sulla salute nella sua accezione più ampia ovvero legata al benessere fisico, psicologico, relazionale e sociale. Il questionario rivolto al dirigente scolastico, somministrato contestualmente alla raccolta dati rivolta ai ragazzi, indaga alcune dimensioni relative ad aspetti della scuola rispetto alle caratteristiche strutturali, alle misure di promozione della salute adottate e alle informazioni relative al quartiere in cui è situata la scuola.

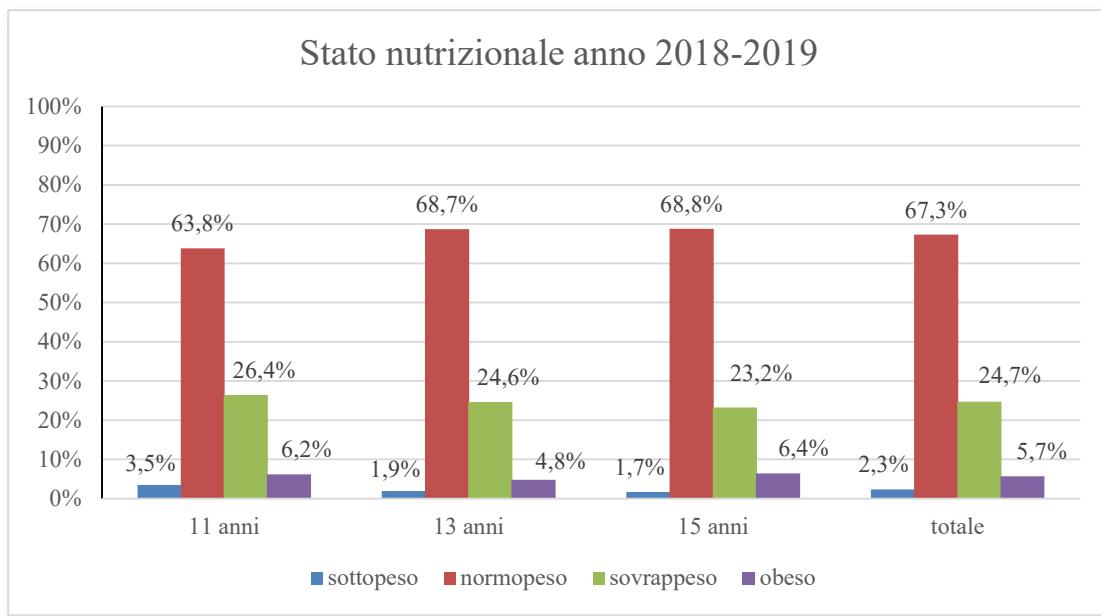
L'indagine HBSC svolta dall'ASL Napoli 3 Sud relativa al periodo 2018 – 2019 ha interessato n. 30 scuole locali, di cui n. 19 classi afferenti a Istituti Scolastici di II° Grado e n. 25 classi ad Istituti Scolastici

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

di I° Grado, per un totale complessivo di n. 753 alunni. Nel grafico sottostante vengono riportati i dati raccolti per le classi di età 11, 13 e 15 anni.



**Figura 24 – Stato nutrizionale HBSC (2018-2019)**

La visione strategica dell’ASL Napoli 3 Sud, in linea prospettica con la programmazione, è legata al miglioramento dello stato di salute degli utenti. In tale ottica, sono state portate avanti azioni di promozione dei corretti stili di vita dei bambini e adolescenti, nonché azioni di cura e contrasto dell’obesità e delle patologie associate all’età evolutiva. In particolare, nell’ambito del programma “Scuole che promuovono Salute”, l’ASL Napoli 3 Sud ha implementato due interventi legati alla sana alimentazione ed alla riduzione della sedentarietà. Nello specifico, sono stati istituiti corsi di formazione/aggiornamento e laboratori destinati ad insegnanti e rappresentanti dei genitori delle classi coinvolte. Contestualmente, è stato fornito il materiale necessario per lo svolgimento dello spuntino in classe per una “Merenda Salutare”; successivamente è stato consegnato, a tutti i genitori, il Patto dello spuntino contenenti indicazioni per una corretta merenda e, a tutti i docenti, il “Calendario della merenda” utile per monitorare il numero di alunni che hanno consumato una merenda salutare. Inoltre, sono state create occasioni per favorire il movimento in aula, luogo in cui i bambini trascorrono gran parte delle loro giornate.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

Infine per la cura e la prevenzione del diabete e dell'obesità nell'età evolutiva, l'ASL Napoli 3 Sud ha istituito il **centro di II° livello Diabete e Obesità in età evolutiva** che accoglie bambini e adolescenti con diversi gradi di obesità e/o patologia diabetica, erogando prestazioni sanitarie altamente qualificate grazie ad un'equipe multidisciplinare che prende in carico l'intero nucleo familiare.

### Le azioni di miglioramento

Per favorire l'aumento della speranza di vita alla nascita, anche al fine del raggiungimento dell'obiettivo BES, l'ASL Napoli 3 Sud intende giocare un ruolo attivo:

- ❖ nella promozione di una vita sana (alimentazione salutare, attività fisica, contrasto al fumo ed all'abuso di alcool);
- ❖ nella promozione e gestione di campagne di sensibilizzazione alle vaccinazioni;
- ❖ nella realizzazione di azioni mirate alla prevenzione dell'obesità ed al contrasto dell'insorgenza di patologie neoplastiche;
- ❖ nella gestione proattiva dei processi di innovazione tecnologica e trasformazione digitale per offrire servizi di assistenza di alto livello.

Il contrasto alle patologie neoplastiche necessita di un approccio multi-disciplinare e richiede interventi coordinati e sinergici a più livelli, dalla prevenzione alla diagnosi precoce, fino al miglioramento del percorso complessivo della presa in carico del paziente oncologico.

Le linee strategiche che l'ASL Napoli 3 Sud ha intrapreso ed in parte intende intraprendere per la prevenzione dell'incidenza oncologica e del tasso di mortalità da causa specifica, anche al fine del raggiungimento dell'obiettivo BES, prevedono la realizzazione di:

- ❖ interventi di comunità finalizzati a contrastare i determinanti primari dei tumori (fumo, alimentazione non salutare, inattività fisica, abuso di alcol, agenti infettivi oncogeni, oncogeni negli ambienti di vita e di lavoro);
- ❖ diagnosi precoce dei tumori e/o delle lesioni pretumorali, mediante programmi di screening oncologico per i tumori per i quali c'è evidenza di efficacia (utero, mammella, colon retto);
- ❖ identificazione, quanto più possibile precoce, dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per tumori o che, in assenza di sintomatologia evidente, ne siano già affetti e la loro conseguente presa in carico da parte del sistema sanitario;

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

- ❖ formazione interdisciplinare, congiunta de aggiornamento di tutti gli operatori coinvolti nei programmi di screening (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, altri medici specialisti quali ginecologici, proctologi, radiologi, endoscopisti), nonché iniziative di comunicazione in grado di fornire informazioni chiare che possono contribuire ad aumentare la partecipazione ai programmi organizzati, riducendo il ricorso a interventi di prevenzione individuale spontanea, meno efficaci, e favorire l'adesione agli screening da parte dei gruppi vulnerabili.

Infine, per prevenire l'obesità nell'età evolutiva, anche al fine del raggiungimento dell'obiettivo BES, l'ASL Napoli 3 Sud ha intrapreso azioni volte al miglioramento sia degli stili alimentari che del livello di attività fisica, in particolare attraverso le seguenti attività:

- ❖ la promozione di una sana e corretta alimentazione e dell'attività fisica, attraverso la distribuzione nelle scuole di opuscoli rivolti a bambini, genitori e insegnanti che forniscono suggerimenti su alimentazione sana, attività fisica e corretto utilizzo di TV e videogiochi;
- ❖ l'azione "Spuntino in classe: per una merenda salutare", al fine di consolidare ed estendere il consumo di una merenda salutare di metà mattina a tutte le classi della Scuola dell'Infanzia e Scuola Primaria presenti sul territorio aziendale;
- ❖ l'azione, "Aul Attiva", rivolta alla riduzione della sedentarietà creando occasioni che favoriscono il movimento in aula, luogo in cui i bambini trascorrono gran parte delle loro giornate;
- ❖ l'assistenza sanitaria ai bambini obesi, dove l'Unità aziendale a cura dell'Igiene degli alimenti e della nutrizione (SIAN) svolge un ruolo fondamentale nella cura e nella prevenzione del Diabete e dell'Obesità in età evolutiva.

## 3 Le Performance

### 3.1 *Introduzione*

Il Piano della performance, previsto all'art. 10 del D.Lgs. 150/2009 e regolamentato dal Decreto Legislativo n. 74/2017, è il documento programmatico triennale attraverso il quale l'Azienda individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle performance, organizzativa ed individuale.

Il Piano della Performance è lo strumento che dà avvio al ciclo della performance che, ai sensi di quanto previsto all'art. 4 del D.Lgs. n. 150/2009, deve essere sviluppato in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e del bilancio.

In risposta alle specifiche disposizioni normative emanate negli ultimi anni, il Piano della Performance viene inoltre articolato in coerenza con il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza (PTPCT).

Il Piano ha lo scopo di supportare i processi decisionali, attraverso la verifica della coerenza tra risorse e obiettivi, in funzione del miglioramento del benessere dei destinatari diretti e indiretti. Il Piano della performance è uno strumento per migliorare la consapevolezza del personale rispetto agli obiettivi dell'amministrazione, mostrando i percorsi realizzati e guidando i comportamenti dei singoli, nonché uno strumento di accountability, comunicando anche all'esterno ai propri portatori di interessi priorità e risultati attesi.

Il Piano è redatto in coerenza con gli obiettivi di pianificazione strategica definiti nei programmi operativi regionali nel settore sanitario, con la pianificazione in materia di investimenti in edilizia sanitaria, con la programmazione economico - finanziaria della Regione Campania, con le misure attuative del potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale prevista dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - PNRR, oltre che con gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali delle aziende sanitarie regionali, tenendo presente il rispetto dei livelli essenziali di assistenza e il proseguimento dello stato emergenziale con il contrasto alla Pandemia sanitaria COVID-19.

Parte integrante del presente Piano è il Documento di Direttive, strumento di programmazione annuale che indica, in aderenza ai contenuti del Piano triennale aziendale, gli obiettivi per l'anno di riferimento nonché indicazioni per la formulazione del budget.

## 3.2 *L'identificazione delle aree di intervento*

I Livelli essenziali di assistenza (LEA), vale a dire le prestazioni e i servizi che l'ASL Napoli 3 Sud fornisce a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), sono organizzati in tre grandi aree:

L'ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO	L'ASSISTENZA DISTRETTUALE	L'ASSISTENZA OSPEDALIERA
Comprende tutte le attività di prevenzione primaria e alcune di prevenzione secondaria rivolte alla collettività e ai singoli: tutela dagli effetti dell'inquinamento e dagli altri rischi in ambiente di vita, tutela dai rischi per la salute e la sicurezza negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, vaccinazioni e altre forme di prevenzione delle malattie infettive, tutela degli alimenti, programmi di diagnosi precoce, medicina legale.	Comprende le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali (consulenti familiari, SERD, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, etc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche)	In pronto soccorso, in ricovero ordinario, in day hospital e day surgery, in strutture per la lungodegenza e la riabilitazione, e così via.

Nel rispetto delle risorse a disposizione, l'Azienda persegue i seguenti obiettivi:

- ❖ garantire i livelli essenziali di assistenza;
- ❖ garantire su tutto il territorio della ASL uguali opportunità di risorse sanitarie per soddisfare il bisogno di salute;
- ❖ garantire equità di trattamento a tutti i cittadini italiani, comunitari e stranieri anche momentaneamente presenti o domiciliati nel territorio della ASL CE;
- ❖ garantire una corretta gestione degli accessi alle prestazioni, attraverso un sistema di prenotazione efficace ed efficiente e precisi percorsi sanitari;
- ❖ garantire la gestione dei tempi di attesa di erogazione delle prestazioni (liste di attesa) al fine di erogare le stesse nel rispetto delle esigenze di cura dei cittadini;

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

- ❖ promuovere ed attivare una rete integrata di servizi sanitari e socio-sanitari per l'assistenza a tutti i cittadini, con particolare attenzione ai malati cronici, agli anziani, ai disabili e alle fasce più deboli della popolazione;
- ❖ promuovere la domiciliarizzazione degli interventi sanitari e socio-sanitari;
- ❖ ridurre il tasso di ospedalizzazioni improprie;
- ❖ promuovere e attivare l'ospedale a domicilio;
- ❖ promuovere, attivare e potenziare interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria in particolare rivolta alle fasce a più alto rischio;
- ❖ attuare campagne di educazione e promozione della salute.

Nel secondo semestre 2020 la Direzione Strategica ha inteso aggiungere in dettaglio:

- ❖ Intervento di potenziamento delle Risorse Umane con un piano straordinario di assunzione e di stabilizzazione del personale precario e di formazione/aggiornamento per quello esistente;
- ❖ Intervento di radicale ammodernamento tecnologico;
- ❖ Piano di utilizzo ottimale delle risorse: investimenti;
- ❖ Piano dell'edilizia sanitaria;
- ❖ Potenziamento dell'assistenza territoriale;
- ❖ Miglioramento del confort ospedaliero e dei servizi alberghieri;
- ❖ Rafforzare, inoltre, la funzione di committenza rispetto ai fabbisogni della popolazione, attivare un programma aziendale di investimenti in sanità Digitale per tendere alla migliore governance del sistema salute-sanità per accogliere in tempo reale i dati del rapporto domanda di salute-offerta di servizio (big data) con uno stanziamento triennale di 1,5 milioni di euro con particolare riferimento alla e-health e ICT. In particolare potenziare la gestione informatizzata delle patologie croniche.

### 3.3 *L’azienda in cifre*

Per i dati utili a fornire un quadro di riferimento generale, inerenti le attività di seguito elencate, si rimanda alla pagina web “Amministrazione Trasparente”:

- ❖ Attività di Ricovero;
- ❖ Attività di Pronto Soccorso;
- ❖ Attività Specialistica Ambulatoriale;
- ❖ Attività di Prevenzione;
- ❖ Attività DSM;
- ❖ Attività ADI (assistenza domiciliare integrata);
- ❖ Attività SerD.

Dalla verifica dei predetti dati si evince che durante l’emergenza COVID si è rilevata una riduzione delle prestazioni. Obiettivo delle singole UU.OO., titolari delle attività di cui sopra, è aggiornare i predetti dati almeno con cadenza trimestrale

Per i dati inerenti i punti di seguito elencati, si rimanda alla pagina web “Amministrazione Trasparente”:

- ❖ Risorse Umane;
- ❖ Dati Economici.

I titolari dei predetti dati, con cadenza trimestrale, avranno cura di aggiornare gli stessi.

I dati di produzione, di specifica competenza dei titolari, Direttori Dipartimenti, Direttori di PP.OO., Direttori di Distretti Sanitari, Direttori di UU.OO.CC. e Responsabili di SS.SS.DD., vanno monitorati dall’UOC Controllo di Gestione. La pubblicazioni dei dati di produzione sono attestati dal Responsabile della Trasparenza.

## 3.4 *Analisi del contesto esterno*

La presente sezione è finalizzata a rappresentare in quale contesto organizzativo e strutturale l’Azienda opera (contesto interno), nonché gli stakeholder di riferimento ed i soggetti con cui l’Azienda interagisce (contesto esterno); tali elementi sono fondamentali nell’analisi preliminare sui bisogni della collettività, la mission istituzionale, le strategie, gli obiettivi e i relativi indicatori.

Oltre all’invecchiamento della popolazione, nella valutazione dei fabbisogni di salute, impatta in modo determinante la prevalenza delle patologie croniche. Già oggi, circa il 40% della popolazione dei territori di competenza dell’ASL Napoli 3 Sud è affetto da una patologia cronica e circa il 20% da due o più patologie croniche.

L’elemento di preoccupazione riguarda l’evidenza che il tema della cronicità interessa, in prevalenza, le persone con più di 65 anni e che la prospettiva, al 2035, di una popolazione di over 65 pari a circa un terzo della popolazione complessiva, fa riflettere sull’evoluzione dei bisogni e come poterli fronteggiare in assenza di interventi capaci di modificare le modalità di invecchiamento della popolazione (vita più lunga ma sana), o di incrementare significativamente le risorse disponibili.

Già oggi, osservando i dati di utilizzo del sistema ospedaliero e della specialistica ambulatoriale, è agevole comprendere che il controvalore dei servizi utilizzati dalla popolazione over 65 sono di gran lunga superiori al valore della quota capitaria. Un incremento di pazienti anziani e cronici, renderebbe il sistema difficilmente sostenibile alle attuali condizioni.

La situazione di emergenza nazionale generata dalla diffusione pandemica del COVID-19 e le misure conseguenziali emanate ai fini del contenimento della propagazione del contagio, hanno fortemente condizionato le strutture sanitarie e amministrative dell’Azienda.

Il perdurare dello stato di emergenza ha reso altresì necessario la rifunzionalizzazione delle attività sanitarie con riflessi sulle attività e sulle prestazioni rese dall’ASL Napoli 3 Sud.

Le stesse peraltro risultano condizionate anche dalle misure emanate dal decreto legge nr.34/2020 che ha previsto per la P.A. il lavoro agile come modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa.

Dal punto di vista epidemiologico, all'invecchiamento della popolazione corrisponde un aumento della prevalenza di persone con condizioni patologiche croniche e di pluri-patologie cardiache, neoplastiche, cerebrovascolari, respiratorie e metaboliche che impongono alla ASL la necessità di riorientare l'attuale modello assistenziale basato sulla risposta al singolo evento acuto, verso un modello basato invece sulla presa in carico della persona con patologia cronica.

La prima causa di morte tra i residenti nel territorio di competenza (dati ISTAT 2018) è rappresentata dalle malattie del sistema cardiocircolatorio, che hanno provocato il 30,29% dei decessi negli uomini ed il 35,79% nelle donne. La seconda causa di morte è costituita dai tumori, responsabili del 30,92% dei decessi, negli uomini ed il 21,42 nelle donne. Seguono in ordine decrescente le malattie del sistema respiratorio, traumatismo e avvelenamento, malattie del sistema nervoso, endocrine, nutrizionali e metaboliche.

A partire dall'anno 2020 si sta assistendo al forte impatto sanitario, sociale ed economico determinato dalla pandemia Sars - Cov 2.

### **3.5 Analisi del contesto interno**

Si descrivono, in breve, le articolazioni dell'ASL Napoli 3 Sud:

- ❖ la Direzione Aziendale, composta dal Direttore generale, dal Direttore amministrativo e dal Direttore sanitario, avvalendosi del Collegio di direzione, esercita il governo strategico dell'Azienda;
- ❖ le UU.OO.CC. e UU.OO.SS.DD. presenti nel Governo Clinico e nel Governo Tecnico, Amministrativo e Professionale, nonché le UU.OO.CC. incluse nella Direzione Strategica, supportano la Direzione nei processi di pianificazione strategica, di sviluppo delle risorse umane, delle politiche della qualità e del governo clinico, nonché del controllo di gestione.
- ❖ le funzioni di supporto amministrativo e tecnico sono essenziali per il corretto funzionamento dei processi aziendali di gestione delle risorse e di erogazione dei servizi ai cittadini.

Il territorio dell'ASL Napoli 3 Sud è suddiviso in tredici Distretti Socioanitari:

- ❖ Distretto n.34;

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

- ❖ Distretto n. 48;
- ❖ Distretto n. 49;
- ❖ Distretto n. 50;
- ❖ Distretto n. 51;
- ❖ Distretto n. 52;
- ❖ Distretto n. 53;
- ❖ Distretto n. 54;
- ❖ Distretto n. 55;
- ❖ Distretto n. 56;
- ❖ Distretto n. 57;
- ❖ Distretto n. 58;
- ❖ Distretto n. 59.

La Rete Ospedaliera Aziendale, individuata nell'atto aziendale in vigore, è costituita nel territorio da cinque ospedali:

- ❖ Presidi ospedalieri di I livello:
  - P.O. di Nola;
  - Stabilimento di Pollena Trocchia;
  - P.O. di Castellammare di Stabia;
  - Stabilimento di Gragnano;
  - P.O. di Boscorecace;
- ❖ Presidi ospedalieri di base:
  - P.O. di Sorrento;
  - P.O. di Vico Equense;

Direttore Ing. Gennaro Sosto

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

- P.O. di Torre del Greco.

Si precisa che nel periodo di validità del Piano, è programmato dalla Regione Campania la creazione di struttura ospedaliera unica per la Penisola Sorrentina.

L'organizzazione di cui sopra, a seguito del D.C.A. 103 del 28/12/2018 "Piano Regionale di Programmazione della rete Ospedaliera, ai sensi del DM 70/2015", sarà modificata come di seguito esplicitato:

Presidio Ospedaliero	Nuova Classificazione (D.C.A. 103 del 28/12/2018)
P.O. di Nola	Presidio Ospedaliero DEA di I° Livello
Stabilimento di Pollena Trocchia	Stabilimento di Pollena Trocchia
P.O. di Castellammare di Stabia	Presidio Ospedaliero DEA di I° Livello
Stabilimento di Gragnano	Stabilimento di Gragnano
P.O. di Boscorese	Presidio Ospedaliero DEA di I° Livello
Struttura ospedaliera unica per la Penisola Sorrentina: P.O. di Sorrento; P.O. di Vico Equense.	Presidio Ospedaliero di Base – Sede di Pronto Soccorso
P.O. di Torre del Greco	Presidio Ospedaliero di Base – Sede di Pronto Soccorso

L'azienda dispone di n. 3 Dipartimenti strutturali, come già enunciato nella sezione dedicata all'anagrafica, di cui si esplicitano le funzioni a seguire.

Il Dipartimento di Salute Mentale è la struttura unitaria attraverso cui l'Azienda assicura tutti i servizi e le attività necessarie alla tutela e alla promozione della salute mentale nei confronti della popolazione residente nell'ambito territoriale di riferimento.

Il DSM offre i suoi servizi ai cittadini di ogni fascia d'età ed attua i suoi interventi in un sistema di rete interistituzionale che coinvolge anche altri servizi e strutture dell'Azienda nonché tutti i soggetti, pubblici e privati, che concorrono alla tutela della salute mentale (Enti, Istituzioni, Associazioni e Cooperative del privato sociale ed imprenditoriale, Associazioni di familiari e utenti, gruppi di aiuto e di mutuo aiuto).

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

Il DSM è pertanto in grado di rispondere all'intera domanda psichiatrica del territorio di riferimento e svolge, in maniera coordinata ed integrata, attività di prevenzione dei disturbi psichici, nonché di diagnosi, cura, riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo per i cittadini affetti da disturbi mentali.

Il Dipartimento Dipendenze (D. SerD) ha il compito di fornire assistenza e trattamento alle persone, alle famiglie e alla popolazione in generale per superare e prevenire ogni forma di rischio, uso o dipendenza da sostanze psicoattive, patologie correlate o altre situazioni comportamentali (es: gioco d'azzardo, sostanze stupefacenti e psicotrope) in grado di creare dipendenze patologiche, al fine di promuovere uno stile di vita sano, offrendo sempre e comunque risposte alle richieste di aiuto ai nostri cittadini.

Il Dipartimento di Prevenzione organizza e promuove le attività di tutela della salute collettiva e di prevenzione primaria in tutte le realtà in cui è sottoposta a rischi di origine ambientale, alimentare e lavorativa, intervenendo per rimuovere le cause di nocività e malattia, sia di origine umana che animale. Persegue obiettivi fondamentali quali la promozione della salute, la prevenzione delle malattie e delle disabilità e miglioramento della qualità della vita.

Il Dipartimento di Prevenzione è una struttura dipartimentale della ASL (disciplinata dalle Norme Nazionali e da quelle Regionali) dotata di autonomia gestionale, organizzativa e contabile ed organizzata per centri di costo, ai sensi dell'art.7 e successivi del D.Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii.

La Regione Campania ha ritenuto i programmi di sanità pubblica e la "visione" di popolazione tipica del Dipartimento (la visione collettiva dei problemi, l'epidemiologia, la gestione e la comunicazione del rischio, ecc.), elementi strategici per realizzare gli obiettivi di salute affidati alle AA.SS.LL.

Le Aree di Coordinamento (istituite ai sensi del DECRETO N. 83 DEL 31/10/2019) concorrono alla definizione degli atti programmati generali, alla programmazione specifica dell'area, alla rilevazione dei fabbisogni e al monitoraggio dei servizi e delle prestazioni erogate. Con riferimento alla propria sfera di competenza, coordinano la redazione, la diffusione e l'aggiornamento l'elaborazione di Linee Guida Aziendali, Linee di indirizzo, PDTA aziendali e sono partecipi delle Commissioni istituite per la redazione di PDTA interaziendali e/o trans-murali. Garantiscono, inoltre, unitarietà e omogeneità nell'organizzazione del lavoro e dei percorsi clinici nell'area di competenza. Le stesse sono state istituite dall'ASL Napoli 3 Sud con Delibera n. 373 del 28/05/2019.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

In questo scenario, si assiste ad un cambiamento dell’assistenza sanitaria ed ospedaliera. Gli ospedali stanno diventando centri di alta specializzazione, sempre più dedicati alla fase acuta della malattia. Sul piano dei ruoli, l’ospedale tenderà a limitare la propria area di intervento a quelle prestazioni che, per ragioni di complessità, di sicurezza e di impatto tecnologico, non potranno essere garantite dal territorio. I servizi erogati nell’ambito di ciascun ospedale dovranno essere considerati parte di un sistema più complesso, basato sulla gestione di percorsi clinico-assistenziali nei quali la singola struttura operativa è il nodo di una rete che affronta specifici problemi di salute.

Il territorio arriverà ad assumere oltre al primo contatto con il cittadino, l’identificazione, la classificazione e la presa in carico complessiva dei bisogni clinici, assistenziali e sociali.

I servizi territoriali gestiranno l’intero percorso clinico-assistenziale, in particolare per i pazienti cronici, fragili e per tutte le situazioni di parziale o totale non autosufficienza, trattando direttamente, anche a domicilio, episodi o fasi del percorso che oggi presuppongono il ricorso all’ospedale e/o a centri specialistici.

In questo disegno evolutivo del territorio, la Prevenzione dovrà uscire dal modello tradizionale deputato alle attività di controllo e ai temi della prevenzione collettiva, per assumere sempre più un ruolo fondamentale nella prevenzione individuale, primaria e secondaria e coinvolgendo le strutture di assistenza territoriale ed ospedaliera.

L’Azienda inoltre opera mediante strutture private accreditate, presenti nel territorio provinciale: Case di Cura, hospice, RSA, strutture ambulatoriali, strutture riabilitative ex art.26 L.833/1978, strutture riabilitative psichiatriche, stabilimenti termali che dovranno essere integrate in questo nuovo modello di assistenza

Si evidenzia, inoltre, che l’Azienda è in fase di rimodulazione del nuovo Atto Aziendale, prevedendo:

- ❖ una profonda revisione del macro livello dell’assistenza territoriale;
- ❖ una revisione delle aree tecnico - amministrative, al fine di ottimizzare i processi gestionali e amministrativi dell’Azienda;
- ❖ una modifica parziale delle UU.OO. di Staff alla Direzione Strategica.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

La programmazione strategica aziendale per i prossimi anni non può pertanto prescindere da tali modifiche, che tendono al mantenimento della consistenza delle strutture esistenti, sostenendo nel contempo l'efficienza dell'offerta assistenziale e sviluppando in egual modo la crescita e la valorizzazione delle risorse umane e professionali; la rilevante azione di riorganizzazione aziendale sarà avviata già nel corso dell'anno 2022, appena completata l'approvazione formale del nuovo Atto Aziendale da parte della Regione.

### ***3.6 Il sistema di misurazione e valutazione delle performance***

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

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa, connessi al sistema di controllo di gestione e sistema informativo, riguarderà:

l'attuazione di piani e programmi, ovvero la misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse;

la modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e la capacità di attuazione di piani e programmi;

l'efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi;

la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati.

L'Azienda utilizza un sistema di programmazione e verifica dei risultati attraverso un documento di indirizzo e orientamento dei comportamenti delle articolazioni organizzative verso logiche multidimensionali (strategia aziendale, volume e qualità delle prestazioni, efficiente utilizzo delle risorse, partecipazione a progetti, organizzazione e sviluppo delle capacità professionali, ecc.).

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

Nell'ASL Napoli 3 Sud la performance viene misurata:

- ❖ a livello complessivo aziendale, rispetto all'efficace raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali (performance aziendale), prioritariamente derivati dagli obiettivi strategici regionali sui quali viene valutata la Direzione Generale;
- ❖ a livello di singola Unità Operativa, per le Strutture Complesse e Strutture Semplici Dipartimentali individuate come autonomo centro di responsabilità (performance organizzativa);
- ❖ a livello di singolo dipendente afferente all'area contrattuale, sia della dirigenza che del comparto (performance individuale).

L'attivazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, di imminente definizione, dovrà assolvere ad una pluralità di scopi:

- ❖ migliorare l'efficienza del sistema di programmazione e di attuazione degli obiettivi,
- ❖ introdurre uno strumento di apprendimento organizzativo e di orientamento dei comportamenti a supporto dei processi decisionali,
- ❖ rafforzare il sistema di orientamento dei comportamenti e di responsabilizzazione degli operatori,
- ❖ rappresentare, misurare e rendere trasparente l'efficacia organizzativa rispetto agli obiettivi istituzionali.

Conseguentemente i processi di individuazione degli obiettivi e di misurazione dei risultati si svolgono con riferimento sia a livello complessivo aziendale che di singola unità operativa, con risultati che si integrano con la valutazione della performance individuale, effettuata secondo le procedure ed i criteri che saranno concordati con le Organizzazioni Sindacali, ai fini del riconoscimento della premialità.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance è fondato su elementi essenziali quali gli obiettivi, gli indicatori, l'infrastruttura di supporto, il processo, gli strumenti, gli ambiti di valutazione e la pubblicità.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

### L’Albero della performance

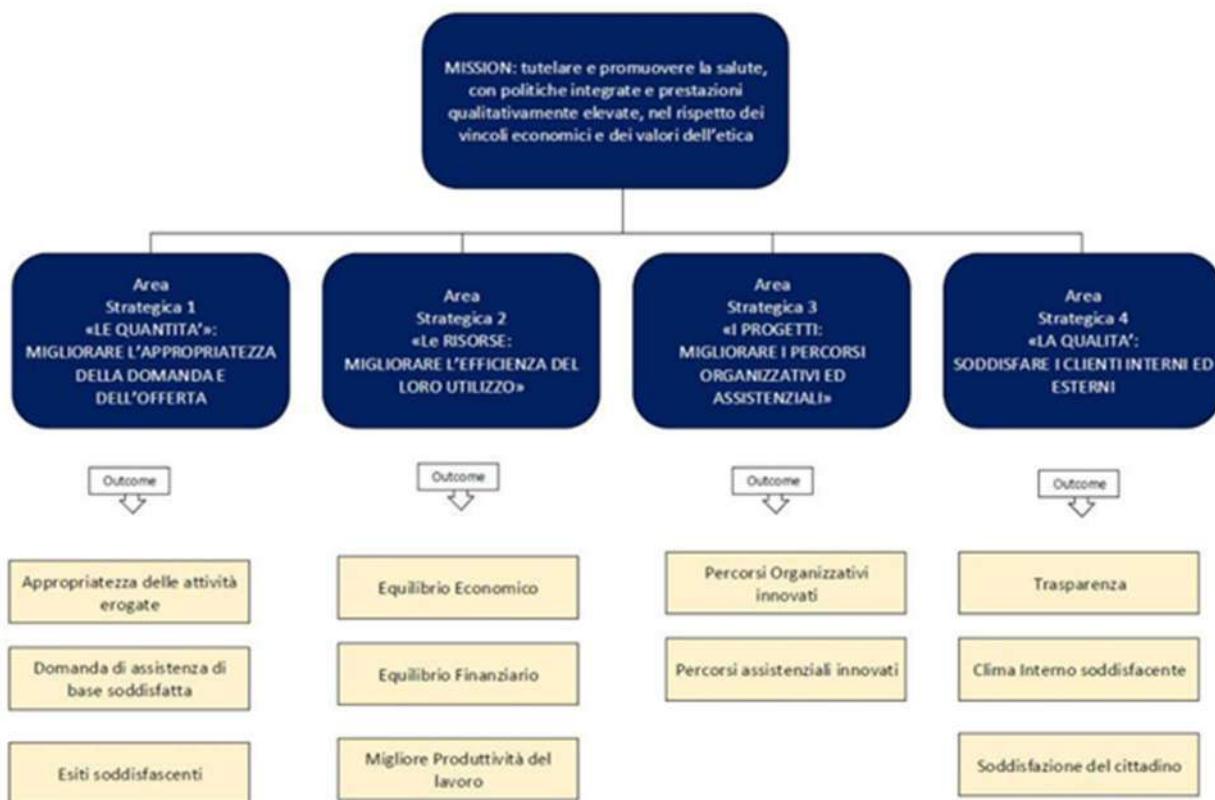


Figura 25 – L’albero delle performance dell’ASL Napoli 3 Sud

### Misurazione e valutazione della performance

Per le finalità di questo piano è utile definire e distinguere le attività di misurazione da quelle di valutazione.

Per misurazione si intende l’attività di quantificazione del livello di raggiungimento dei risultati e degli impatti da questi prodotti su utenti e stakeholder, attraverso il ricorso a indicatori.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

Per valutazione si intende l'attività di analisi e interpretazione dei valori misurati, che tiene conto dei fattori di contesto che possono avere determinato l'allineamento o lo scostamento rispetto ad un valore di riferimento.

Misurazione e valutazione della performance sono attività distinte ma complementari, in quanto fasi del più ampio Ciclo della Performance. La figura seguente illustra il ciclo complessivo.



**Figura 26 – Il ciclo della performance**

Nella prima fase del ciclo (programmazione), l'Azienda definisce gli obiettivi che si prefigge di raggiungere nel medio-lungo e nel breve periodo. La fase di programmazione serve ad orientare le performance individuali in funzione della performance organizzativa attesa e quest'ultima in funzione della creazione di valore pubblico, ovvero del miglioramento del livello di benessere dei destinatari delle politiche e dei servizi.

L'output della fase di programmazione non è unico, ma include diversi documenti di programmazione (anche in virtù delle diverse finalità degli atti di programmazione previsti dalle disposizioni normative vigenti), complementari l'uno all'altro in quanto tutti parte di un unico e più ampio processo di pianificazione e programmazione.

## La misurazione e valutazione della performance organizzativa

La misurazione della performance organizzativa è riferita a tre diverse unità di analisi:

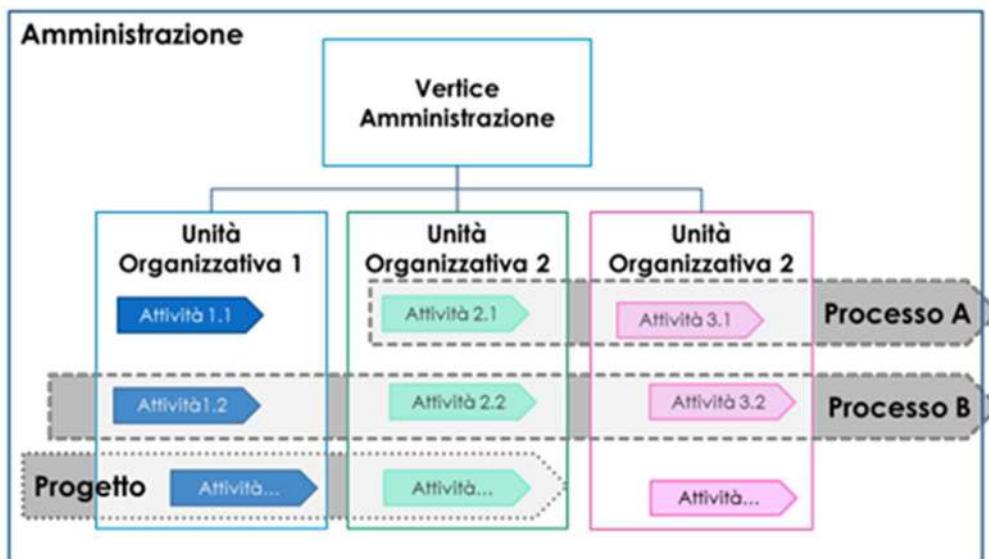
- ❖ amministrazione nel suo complesso;
- ❖ singole unità organizzative dell'azienda;
- ❖ progetti finanziati da fondi extra aziendali.

Si ricorda, tra l'altro, che ai sensi del nuovo articolo 19 del d.lgs. 150/2009 alla retribuzione della performance organizzativa deve essere destinata una quota delle risorse del fondo relativo al trattamento economico accessorio.

Un utile elemento di riferimento per tutte le tre unità di analisi è l'attività quale insieme omogeneo di compiti, realizzato all'interno di una stessa unità organizzativa, caratterizzato da:

- ❖ un output chiaramente identificabile, che per l'azienda può essere un prodotto o servizio;
- ❖ un input, ossia dalle risorse utilizzate per realizzare l'output che possono includere risorse umane, finanziarie o strumentali.

L'attività può essere vista come una unità elementare comune a tutte e tre le unità di analisi sopra declinate. La figura illustra questo legame.



**Figura 27 – Il legame tra le unità di analisi**

L'attività è un utile elemento per la misurazione e valutazione della performance per diverse ragioni:

- ❖ l'attività è un elemento più stabile rispetto alla struttura organizzativa. Se la misurazione viene legata alle attività, nel momento di un cambiamento organizzativo è sufficiente trasferire la responsabilità della performance associata ad una data attività da un'unità organizzativa all'altra;
- ❖ misurare le attività sulla base di un comune glossario, consentirebbe di individuare buone pratiche nella gestione, favorendo il miglioramento della performance.

## Gli indicatori

Valutare le performance delle strutture sanitarie è fondamentale per lo sviluppo di una sanità che sia adeguata al soddisfacimento dei bisogni delle persone, nonché sostenibile dal punto di vista economico. Valutare i processi e i risultati conseguiti in funzione di svariati “indicatori di performance della sanità” è fondamentale per un sistema sanitario moderno ed efficiente, pur nella complessità di un ecosistema.

Gli studi gestionali e manageriali sono concordi nell'approcciare la valutazione delle performance della struttura e del sistema, partendo dalle dimensioni di qualità dell'healthcare di Maxwell, e in particolare:

- ❖ accessibilità, ovvero la semplicità di accesso ai servizi sanitari;

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

- ❖ appropriatezza, cioè la capacità del sistema (o della struttura) di erogare servizi in linea con le necessità concrete dell'individuo/paziente;
- ❖ equità, cioè parità di trattamento a parità di esigenza;
- ❖ efficacia, ovvero capacità del sistema di ottenere i risultati prefissi;
- ❖ efficienza, cioè il maggior numero di prestazioni con le risorse esistenti o il raggiungimento dei risultati prefissi col minor dispendio di risorse.

Ognuna di queste aree/principi, quantificabili in funzione di determinati parametri sono gli indicatori di performance sanità. Gli indicatori di performance della sanità sono moltissimi, e dipende dal sistema e dalla struttura sfrutarli in modo consono per la massimizzazione delle proprie performance. Il fatto che essi possano essere concretamente impiegati dipende peraltro da tre fattori: la quantità, la qualità dei flussi informativi, nonché la capacità di elaborazione degli stessi al fine di fornire indicazioni precise e complete su cui ‘costruirà’ performance di livello superiore.

### Lo stato delle risorse

Gli indicatori sullo stato delle risorse misurano la quantità e qualità (livello di salute) delle risorse dell'amministrazione; le tre principali aree sono:

- ❖ stato delle risorse umane: quantità (numero dipendenti, etc.) e qualità (competenze, benessere, etc.);
- ❖ stato delle risorse economico-finanziarie: quantità (importi, etc.) e qualità (valore del debito, etc.);
- ❖ stato delle risorse strumentali: quantità (mq. spazi, n. computer, etc.) e qualità (adeguatezza software, sicurezza/ergonomia luogo di lavoro, etc.).

Il nucleo centrale della performance organizzativa è costituito dalle dimensioni di efficienza ed efficacia.

L'insieme di queste dimensioni dipende dalla tipologia di amministrazione e dai suoi obiettivi, e proprio la loro definizione permette di specificare meglio il risultato atteso nei confronti dell'utenza. Ad esempio, per misurare l'efficacia di un servizio rivolto al pubblico è possibile prendere varie dimensioni: accessibilità; estetica/immagine; disponibilità; pulizia/ordine; comunicazione; cortesia; correttezza dell'output erogato; affidabilità; tempestività di risposta.

## 3.7 I requisiti degli indicatori

Il set di indicatori associato agli obiettivi dell’azienda e caratterizzato da:

- ❖ comprensibilità (chiaro, contestualizzato, concreto);
- ❖ confrontabilità (comparabile nel tempo rispetto alla stessa organizzazione e/o attività standard);
- ❖ fattibilità (misurabile nei sistemi informativi aziendali, sostenibile dal punto di vista finanziario e rispetto all’arco temporale di riferimento);
- ❖ affidabilità (valutazione qualitativa della capacità di rappresentazione e misurazione di un fenomeno).

### Obiettivi

L’obiettivo è il risultato che un soggetto si prefigge di ottenere, riferito a un preciso periodo temporale e coerente con le responsabilità del valutato. Questo valore, espresso in termini di livello di rendimento, rappresenta un meccanismo molto efficace per monitorare, valutare e modificare i comportamenti, dare un indirizzo ed uno stimolo al miglioramento. Affinché questo avvenga, è necessario che l’obiettivo sia sfidante ma realisticamente raggiungibile dal valutato attraverso le risorse assegnate, l’abilità e le competenze nonché l’adeguatezza dei processi; inoltre deve essere quantificabile e misurabile attraverso l’utilizzo di indicatori. Gli obiettivi negoziati e quindi affidati devono essere misurati con indicatori che devono possedere tali caratteristiche, a tal fine sono in continuo sviluppo gli strumenti del sistema informativo del Controllo di Gestione.

### Infrastruttura di supporto

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance deve possedere un’infrastruttura di supporto, intesa come l’insieme di mezzi e soggetti che rendono possibile l’acquisizione, la selezione, l’analisi, l’interpretazione e la diffusione dei dati di supporto, garantendone la tracciabilità. È responsabilità della Struttura che governa il datawarehouse aziendale sovraintendere il processi di monitoraggio e quindi di valutazione della Performance organizzativa. A tal fine il datawarehouse aziendale è uno strumento prioritario di gestione dei dati di attività e di costo dettagliati a livello delle Unità Operative aziendali.

Il processo di misurazione e valutazione segue uno schema logico-temporale, il ciclo di gestione della performance, che prevede la successione di momenti distinti caratterizzati da attività e dalla partecipazione di soggetti diversi,

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

che sono poi validati dall’Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) come previsto dall’art. 14 del L. Lgs 150/2009, le cui fasi sono:

- ❖ definizione e assegnazione degli obiettivi, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- ❖ collegamento tra gli obiettivi e l’allocazione delle risorse;
- ❖ monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- ❖ misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- ❖ utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- ❖ rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Gli OIV forniscono, lungo tutto il ciclo, un supporto metodologico volto ad assicurare efficacia, solidità e affidabilità al SMVP. Più nel dettaglio, anche alla luce della disciplina introdotta con il d.lgs. 74/2017, le funzioni attribuite agli OIV sono:

- ❖ presidio tecnico metodologico del SMVP che si esprime prevalentemente attraverso la formulazione del parere vincolante sul SMVP , la validazione della Relazione sulla performance e la Relazione annuale sul funzionamento del Sistema;
- ❖ valutazione della performance organizzativa, effettuata nel rispetto degli indirizzi espressi in queste linee guida;
- ❖ monitoraggio della performance organizzativa, ovvero verifica dell’andamento della performance dell’amministrazione rispetto agli obiettivi programmati e segnalazione all’organo di indirizzo politico dell’esigenza di interventi correttivi;
- ❖ proposta di valutazione annuale dei dirigenti di vertice e trasmissione all’organo di indirizzo politico-amministrativo.

In riferimento al ruolo dell’OIV, è opportuno che il disegno del SMVP tenga conto di due requisiti essenziali per la sua efficacia: condivisione, fra OIV e amministrazione, delle modalità ottimali per consentire all’OIV il pieno e autonomo accesso alle informazioni rilevanti e alla conoscenza dei fenomeni gestionali e amministrativi.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

Da sottolineare che non devono confondersi le responsabilità proprie dell'OIV con quelle proprie dei dirigenti. I dirigenti sono responsabili in via esclusiva dell'attività amministrativa, della gestione e dei relativi risultati.

Il processo di gestione e valutazione della performance è formalizzato attraverso la produzione di specifici documenti di supporto:

- ❖ il Piano triennale delle Performance;
- ❖ il Documento delle direttive per l'anno di riferimento;
- ❖ la Metodologia aziendale del processo di budget;
- ❖ il Sistema di misurazione e valutazione individuale;
- ❖ la Relazione annuale sulla Performance.

Il Sistema di misurazione e valutazione della Performance prevede la massima trasparenza dei processi, operata attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale nell'apposita sezione “Amministrazione trasparente”.

## Il percorso aziendale

Il sistema di programmazione e controllo di gestione può essere definito come il meccanismo operativo con il quale l’Azienda formula e articola gli obiettivi aziendali e crea le condizioni informative per garantirne il perseguimento. La Struttura Controllo di Gestione , sulla base dell’articolo art. 20 della L.R. 56/94, applica la metodica di budget al fine di garantire efficacia ed efficienza ai processi di acquisizione e impiego delle risorse e concretizzare il principio della responsabilità economica.

Il sistema adottato si articola nelle quattro fasi fondamentali di:

- ❖ pianificazione/ programmazione;
- ❖ formulazione del budget(da attivare entro il 31/12/2022);
- ❖ svolgimento e misurazione dell’attività;
- ❖ valutazione.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

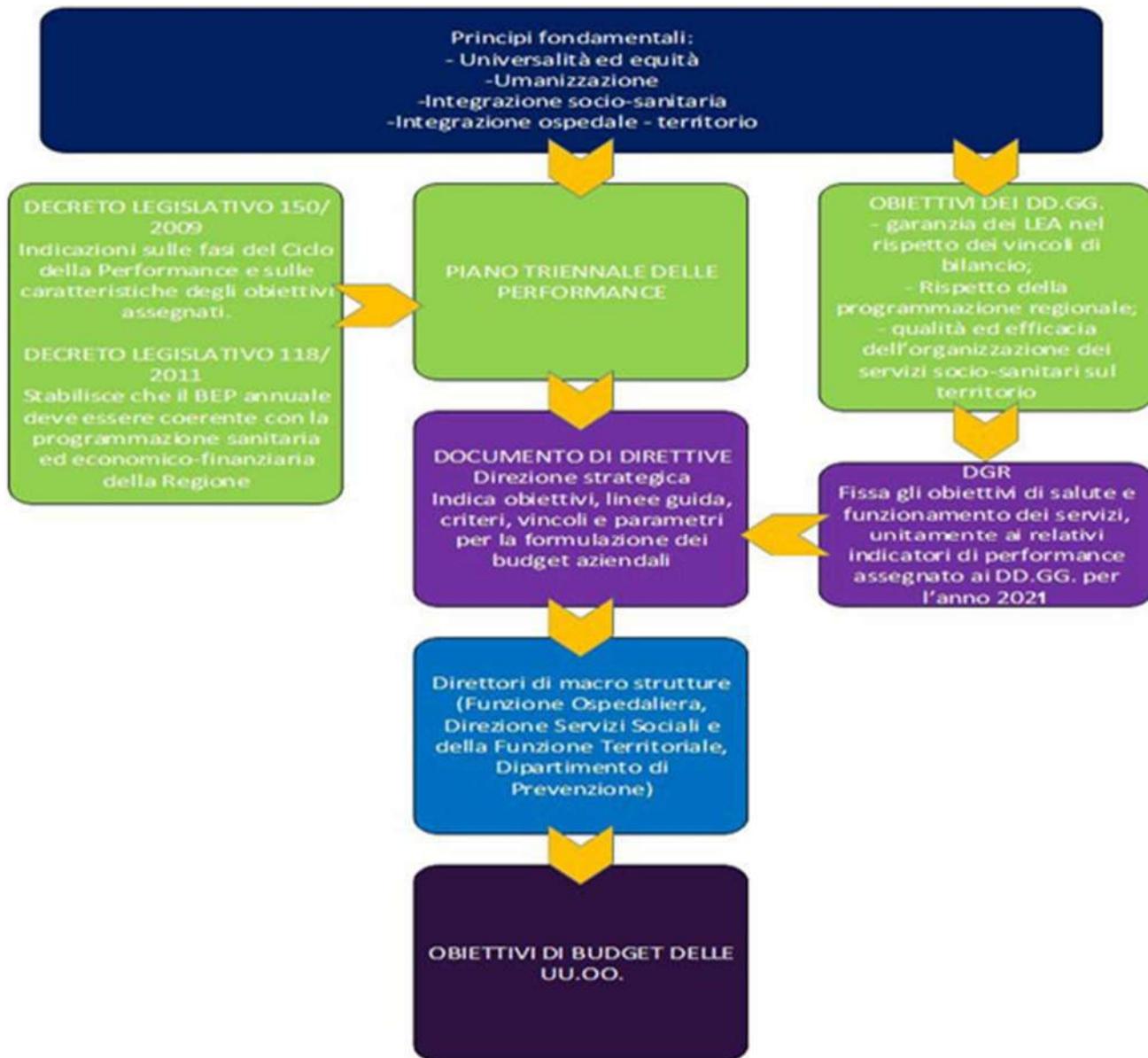


Figura 28 – L'integrazione socio/sanitaria ed ospedale/territorio

### La fase di pianificazione/ programmazione

Entro il 31 gennaio di ogni anno viene predisposto il Piano della Performance quale documento di programmazione strategica triennale attraverso il quale, in conformità alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2022 - 2024

(art. 6 del DL 80/2021)

sanitaria regionale e dei vincoli normativi di bilancio, vengono individuati obiettivi strategici ed operativi, indicatori e risultati attesi. Il Piano è elaborato dalla Direzione Strategica con il supporto tecnico dell'UOOCC individuate ed adottato con delibera del Direttore Generale. Il Piano consente di definire e misurare la performance aziendale valutandone la qualità e consentendo una sua rappresentazione in un'ottica di rendicontabilità e trasparenza.

Come rappresentato nel grafico che segue, la programmazione strategica tiene conto delle risorse assegnate, in un quadro di sostenibilità economica, favorendo l'innovazione, lo sviluppo, l'efficienza e l'efficacia delle azioni aziendali.



**Figura 29 – La fase di pianificazione/ programmazione**

In coerenza con le indicazioni derivanti dalla normativa nazionale e regionale, le principali aree di sviluppo strategico che l'ASL Napoli 3 Sud intende perseguire nel prossimo triennio sono quelle individuate nella DGR

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

riguardante gli obiettivi attribuiti ai Direttori Generali e che l’Azienda s’impegna a garantire e, ove possibile, a migliorare nel biennio successivo.

Il Piano della Performance comprende il Documento delle Direttive che esplicita per l’anno in corso gli obiettivi aziendali e rappresenta lo strumento di programmazione annuale. La definizione degli obiettivi aziendali è strettamente collegata alla programmazione economica e gli obiettivi assegnati devono essere necessariamente coerenti con le risorse economiche disponibili e definite con il Bilancio Economico Preventivo.

### Il percorso di definizione degli obiettivi aziendali

La definizione e contrattazione degli obiettivi performance organizzativa riguarda ogni singolo Dipartimento, Struttura Complessa e Struttura semplice Dipartimentale e ha luogo tra il Direttore di Dipartimento e il Direttore della Struttura Complessa e Struttura semplice Dipartimentale. Ciascun responsabile deve essere coadiuvato da propri collaboratori professionali.

### Valutazione dei risultati ottenuti

Alla chiusura dell’esercizio si procede alla misurazione della performance organizzativa, a livello complessivo aziendale e di unità operativa, e della performance individuale del personale dirigente e del comparto.

La valutazione della performance organizzativa è collegata alla valutazione della performance individuale che misura l’apporto al raggiungimento degli obiettivi di struttura ed è effettuata dal diretto superiore del valutato.

La valutazione della performance organizzativa di Unità Operativa e individuale è finalizzata anche al riconoscimento degli incentivi previsti dal sistema premiante.

A fine periodo l’UOC Controllo di Gestione provvede a predisporre, sulla base delle risultanze derivanti dall’elaborazione dei dati di attività, di costo e in genere dei flussi informativi aziendali, la misurazione a consuntivo di tutti gli obiettivi, compresi quelli collegati ai progetti.

Il monitoraggio finale viene tendenzialmente svolto nei mesi di aprile/maggio dell’anno successivo a quello di riferimento.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

Entro il 30 giugno di ogni anno deve essere inoltre redatta la Relazione sulla Performance (prevista dal D.Lgs. 150/2009) che evidenzia con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti. Nella Relazione sono rendicontati ed evidenziati la performance aziendale, la misurazione del raggiungimento degli obiettivi prefissati e una sintesi dei risultati della valutazione individuale del personale dipendente nel rispetto dei principi di trasparenza, veridicità e verificabilità dei contenuti.

La Relazione sulla Performance viene validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione ed approvata con Deliberazione del Direttore Generale ed il Servizio Risorse Umane può provvedere, sulla base dell'esito della validazione, all'erogazione economica della retribuzione variabile di risultato.

### Il timing del processo

L'Azienda ha iniziato il processo di negoziazione obiettivi performance 2022 già nel mese di dicembre 2021 attraverso una serie di incontri con il personale per illustrare le principali iniziative da perseguire nell'anno e che verranno poi declinate nelle schede delle unità operative aziendali.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

Si riporta di seguito il *timing del processo* descritto:

ANNO X:



ANNO X+1:



Figura 30 – Il timing del processo

### 3.8 L'individuazione degli obiettivi strategici

Gli obiettivi strategici hanno un comune denominatore: l'appropriatezza. Tale dimensione è trasversale rispetto alle aree strategiche e alla struttura dell'ASL in quanto costituisce un principio comune che deve guidare lo sviluppo strategico aziendale. Il concetto di appropriatezza all'interno di quest'azienda si declina come appropriatezza clinica e appropriatezza organizzativa.

Per appropriatezza clinica si intende il ruolo strategico che ASL riveste come "acquirente esperto" secondo criteri di efficacia comparativa ed economicità e come soggetto investito dalla norma del compito di garante della tutela della salute sul territorio di riferimento. Tale dimensione viene presidiata attraverso la formulazione e la gestione di Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali e la promozione dell'educazione all'appropriatezza clinica-professionale. Il raggio di azione di questa dimensione abbraccia tutta la componente di erogazione di servizi sanitari e sociosanitari, la funzione di Programmazione Acquisto e Controllo, il governo della farmaceutica. Per appropriatezza organizzativa si fa riferimento all'adeguatezza dei livelli di erogazione ed all'efficienza della gestione e riguarda il complesso della realtà aziendale.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

### Il paziente in età pediatrica

Accanto alle tradizionali attività proprie della pediatria delle cure primarie (cura delle patologie acute non complesse che pure rimangono causa frequente di consultazione) sono emerse nuove priorità nell’assistenza primaria:

Minori con patologie croniche, gravi disabilità e/o malattie rare complesse. L’aumento della sopravvivenza di neonati altamente pretermine (<32 sett. di età gestazionale), il miglioramento della assistenza specialistica per i bambini con patologia grave e il maggiore passaggio in cura dall’ospedale all’area delle cure primarie, sono alla base di questo fenomeno;

Minori con disturbi del neuro-sviluppo e della salute mentale, questi ultimi in aumento soprattutto in età adolescenziale.

Questi pazienti rappresentano ormai il “core” dell’attività territoriale, impegnano risorse economiche sempre più ingenti e richiedono la definizione di linee guida e percorsi ad hoc progettati per la loro assistenza.

Vengono fissati per il triennio 2022-2024 i seguenti obiettivi organizzativi, il cui monitoraggio è di specifica competenza dell’UOC Controllo di Gestione:

- ❖ l’integrazione tra ospedale e territorio valorizzando adeguatamente le attività distrettuali, in connessione con quelle ospedaliere, tramite lo sviluppo e la condivisione tra professionisti di percorsi assistenziali integrati (rete delle malattie croniche in età evolutiva), attraverso la presa in carico e la continuità assistenziale;
- ❖ la rimodulazione dell’assistenza territoriale per rispondere ai bisogni di cura dei bambini/adolescenti e per favorire l’adeguamento professionale e formativo del pediatra e degli infermieri; definire una rete socio sanitaria che integri i consultori, i servizi sociali, la scuola (presa in carico e somministrazione dei farmaci a pazienti con malattie croniche) organizzata sulle esigenze del bambino e dell’adolescente;
- ❖ la promozione ed adozione di percorsi diagnostico-assistenziali aderenti a Linee Guida scientificamente validate, orientati all’appropriatezza e alla qualità delle prestazioni erogate.

Tutto questo si realizza attraverso l’area pediatrica e le sue specifiche fasi cioè l’ambiente in cui il sistema sanitario si prende cura del neonato, del bambino e dell’adolescente, costituito da strutture e personale con caratteristiche peculiari per l’età evolutiva potenziando le attività materno infantili ed in particolari i consultori familiari.

## La fase preconcezionale

L'Azienda si prefigge l'obiettivo di promuovere la tutela della fertilità maschile e femminile mediante la promozione di stili di vita sani, il contrasto alle malattie ed infezioni trasmesse per via sessuale e la pianificazione familiare e potenziando e valorizzando le attività consultoriali.

Le sedi consultoriali costituiscono infatti un importante punto di riferimento per la salute sessuale, riproduttiva e psico-relazionale della popolazione, e rappresentano spesso il presidio di accesso prevalente al servizio sanitario anche per alcune fasce svantaggiate della popolazione, con riferimento in particolare alla popolazione straniera.

### Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Potenziare e valorizzare le attività delle sedi consultoriali con l'istituzione di spazi dedicati ad accesso facilitato alla fascia di età 20-34 anni;
  - Numero di consultori che attivano spazi dedicati alla prevenzione nella fascia di età 20-34 anni/totali;
- ❖ Organizzare interventi formativi, in integrazione con i servizi dei dipartimenti materno infantili, rivolti alla popolazione target e agli operatori sanitari per la diffusione della cultura della preservazione della fertilità e della prevenzione della sterilità;
  - Numero di consultori che attivano un progetto di formazione per gli operatori sulla preservazione della fertilità e prevenzione della sterilità in ogni azienda
- ❖ Promuovere la tutela della fertilità maschile e femminile attraverso la promozione di sani stili di vita e di salute riproduttiva, il contrasto alle malattie ed infezioni trasmesse per via sessuale e la pianificazione familiare;
  - Numero di consultori che attivano un progetto di promozione di sani stili di vita e di salute riproduttiva all'interno degli spazi dedicati alla prevenzione;
- ❖ Garantire l'assistenza ostetrica, psicologica e medica nella preconcezione nell'infertilità e nelle problematiche sessuali e relazionali dei singoli e della coppia;
  - Numero di consultori che garantiscono l'assistenza ostetrica, psicologica e medica nella preconcezione, nell'infertilità e nelle problematiche sessuali e relazionali dei singoli e della coppia.

## La fase prenatale

Le cure prenatali forniscono una base di partenza per importanti attività di assistenza sanitaria, tra le quali promozione della salute, procedure di screening e diagnosi, e prevenzione delle malattie.

La fase di concepimento e la successiva gravidanza hanno una particolare importanza per l'adattamento e per costruire la salute di base del bambino. I nove mesi prima della nascita hanno un'influenza pregnante sulla salute in età avanzata.

Durante la gravidanza, parto e primo anno di vita sono in gioco le basi della salute fisica, psichica e relazionale dei bambini e futuri cittadini, la salute della società e pertanto sono indispensabili specifici corsi di accompagnamento alla nascita.

Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Intervento nutrizionale: emanazione di linee di indirizzo per la corretta alimentazione in gravidanza e l'assunzione dei necessari supplementi nutrizionali, e raccomandazione sui corretti stili di vita (fumo, alcol e sostanze d'abuso) al fine di prevenire aborti, malformazioni congenite, parti prematuri e complicanze materne;
  - Numero linee di indirizzo o informative emanate sulla corretta alimentazione e sui corretti stili di vita in gravidanza (almeno due linee di indirizzo all'anno);
- ❖ Tutela della gravidanza fisiologica e della gravidanza a rischio attraverso l'attivazione della diagnostica prenatale specifica del primo trimestre, sulla base delle più recenti Linee guida (come previsto dai LEA 2017), con l'obiettivo di attivare la diagnostica prenatale in almeno il 20% delle aziende sanitarie regionali;
  - Numero di UUOO che attivano la diagnostica prenatale;
- ❖ Aumento fino al 15 % del numero delle donne che si sottopongono alla vaccinazione antinfluenzale e Dtp;
  - Numero pazienti gestanti che effettuano la vaccinazione antinfluenzale e Dtp (aumento del 15%);
- ❖ Riduzione di almeno il 20% delle sepsi precoci da Streptococco beta-emolitico di Gruppo B (SBEGB);

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

- Monitoraggio delle sepsi precoci da SBEGB;
- ❖ Consentire alla donna in gravidanza di operare scelte informate, basate sui propri bisogni e i propri valori;
  - Numero delle donne/coppie che hanno seguito Corsi di accompagnamento alla nascita (CAN).

### La tutela della nascita

La gravidanza ed il parto sono momenti centrali e rilevanti per la donna e per la famiglia, e vanno vissuti con serenità confidando nella qualità del Servizio Sanitario Regionale e nelle competenze dei suoi professionisti. Per questo motivo, occorre :

- ❖ investire risorse per ottimizzare il percorso nascita;
- ❖ un forte impegno contro gli elementi di inappropriatezza dell'assistenza sanitaria;
- ❖ promuovere l'integrazione ospedale-territorio;
- ❖ implementare Corsi di Accompagnamento alla nascita;
- ❖ predisporre un Libretto della gravidanza condiviso e informatizzato può contribuire ad un ulteriore riduzione del ricorso improprio al Taglio Cesareo.

Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Garantire una diffusione omogenea di corsi di accompagnamento alla nascita sul territorio e allattamento materno, inserendo nel corso una sezione per la depressione post-partum;
  - Numero di percorsi formativi attivati per Distretto;
- ❖ Favorire dimissioni protette delle puerpere e dei neonati facilitando il ritorno al territorio, promuovendo le visite domiciliari da parte delle ostetriche del territorio;
  - Numero di consultori che effettuano Home visiting;
- ❖ Garantire l'accoglienza del neonato con il contatto pelle a pelle (skin to skin) in Sala Parto (SP) e Sala Operatoria (SO);

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

- Formalizzare specifici PDTA inerenti le tematiche del percorso nascita in accordo con le linee guida ministeriali: PTDA VBAC (parto spontaneo dopo cesareo); PTDA EPP (gestione emorragia post partum); PTDA (disordini ipertensivi in gravidanza).

### Il paziente cronico e/o fragile

Occorre programmare un modello assistenziale costruito per categorie omogenee e affiancare in un'unica dimensione i fattori comuni di condizioni quali la cronicità e la fragilità.

La cronicità è espressione tuttavia di una patologia identificata, la cui evoluzione naturale è storia conosciuta dalla medicina e si inquadra in genere perfettamente nel disegno di un percorso diagnostico terapeutico valido di massima per tutti i pazienti.

La fragilità attiene a fenomeni di scompenso psico-fisico generalmente temporanei o limitati nel tempo o può, nel tempo, sovrapporsi ad una cronicità complicandone la storia naturale, anzi rendendola meno prevedibile. Due facce di una stessa medaglia nella nostra visione perché necessitanti di un percorso complessivo di presa in carico multidimensionale, multidisciplinare, multiprofessionale, insomma un team. Entrambe richiedono integrazioni di servizi con un primario gestore del processo che viene individuato nel Medico di Medicina Generale o nel Pediatra di Libera Scelta. È intorno a questo nucleo centrale Medico/Paziente che si dipanano i setting assistenziali domiciliari, residenziali, ambulatoriali, alternandosi nella variabilità dell'espressione della malattia e ricondotti sempre all'unità dal case manager.

L'ASL riconosce come propedeutica nei processi assistenziali di cronicità e di fragilità la figura del case manager, descritto nel corrispondente PDTA di cura, identificandolo nel MMG/PLS o nell'infermiere professionale in UCCP, nell'ambulatorio distrettuale, o delle cure domiciliari.

### La presa in carico del paziente

Il paziente territoriale cronico/fragile è preso in carico dal proprio MMG/PLS che conosce la storia clinica, le condizioni socio-ambientali e familiari, desideri e aspettative.

Il rapporto Medico/Paziente è regolamentato dal Codice deontologico, dalle normative nazionali in materia professionale, dagli Accordi Nazionali e Regionali, dalle leggi in materia di privacy e di trasparenza. La presa in carico avviene di norma nell'ordinario rapporto MMG/PLS che nel triennio a venire si arricchisce per la costituzione di aggregati funzionali (AFT) o organizzati (UCCP) individuati

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

sull'intero territorio regionale.

I percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA) rappresentano uno strumento di clinical governance che, attraverso l'implementazione delle migliori evidenze scientifiche nei contesti reali, permette di ridurre la variabilità dei comportamenti professionali e organizzativi incrementando l'appropriatezza, contribuendo al disinvestimento da sprechi e inefficienze e migliorando gli esiti di salute.

Un ruolo importante è costituito dal PDTA sulla BPCO, approvato con DCA n. 24/2017, come provvedimento pilota che coniugasse le criticità emerse dall'analisi dell'applicazione dei PDTA già adottati e il nuovo Piano di sviluppo delle Cure Primarie che ha previsto, fra l'altro, che ogni AFT possa essere dotata delle risorse per l'erogazione della diagnostica strumentale di primo livello nell'ambito dei PDTA definiti a livello regionale. Con il DCA n. 1 del 17.01.2018 è stata approvata la revisione del PDTA sulla BPCO. È stato dato, quindi, avvio alle attività di implementazione del PDTA sulla BPCO attraverso un progetto denominato "AGIRE" che ha previsto, fra l'altro, la formazione di due medici di Assistenza Primaria per ogni AFT a cui affidare l'effettuazione della spirometria di I livello nell'ambito del percorso assistenziale. Il progetto regionale si propone di realizzare il Piano Operativo del PDTA BPCO, migliorare l'appropriatezza diagnostica e l'aderenza terapeutica realizzando un percorso formativo e gestionale per la Presa In Carico (PIC) del Paziente da parte della Medicina Generale e della Specialistica pneumologica. In questo contesto un ruolo centrale è sviluppato dal Distretto, come elemento di snodo organizzativo che, attraverso le nuove strutture delle Cure Primarie, le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e le UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie), si attiva coerentemente con i contenuti del PDTA per:

- ❖ Definire gli obiettivi di salute della BPCO e la loro priorità nel contesto sanitario locale;
- ❖ Individuare le risorse strumentali e formative necessarie alla realizzazione del percorso del paziente;
- ❖ Definire e comunicare l'organizzazione di dettaglio del Percorso del Paziente e la localizzazione dei setting sanitari;
- ❖ Assicurare l'integrazione con gli strumenti di ADI (Assistenza Domiciliare Integrata);
- ❖ Effettuare il monitoraggio delle attività e degli indicatori di processo ed esito di competenza.

La presa in carico unitaria e continua deve garantire l'accompagnamento del paziente anche cronico lungo tutta l'evoluzione della patologia e della condizione di bisogno assistenziale: fanno parte integrante di essa il contrasto al dolore, e le cure palliative.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

La porta di ingresso al distretto si conferma essere la PUA. La Porta Unitaria di Accesso, costituita ai sensi ai sensi della DGRC n. 790/2012, con funzioni di accoglienza e primo orientamento: la porta di accesso al sistema deve essere unitaria e il Distretto deve essere l'unico gate-keeper.

La PUA, oltre ad essere un “luogo funzionale”, è anche un “luogo fisico”, facilmente accessibile ed identificabile, nonché accogliente. La PUA svolge sia funzioni di front- office, con attività di accoglienza dei cittadini, sia funzioni di back-office, con attività di monitoraggio dei casi, di archiviazione e tenuta delle cartelle utenti, di mappatura delle risorse territoriali, della modulistica e delle modalità di accesso ai servizi.

Le sedi di presa in carico delle tematiche complesse sono confermate nelle Unità di Valutazione Distrettuale Multidimensionale e Multidisciplinare (UVMM) e nelle Unità di Valutazione Bisogni Riabilitativi (UVBR) che devono essere garantire in tutti i distretti, in forma multi-disciplinare e multi professionale. L'UVMM, già denominata in precedenti atti regionali quale Unità di Valutazione Integrata (UVI), per i bisogni complessi, effettua la valutazione multidimensionale impiegando un'equipe multiprofessionale costituita da personale fisso, ovvero sempre presente alle sedute di valutazione indipendentemente dall'utente (è il caso del delegato alla spesa del Distretto, dell'Ambito/Comune, ecc.) e da personale variabile, ovvero personale presente in funzione dell'utente in valutazione (MMG/PLS, AS, utente/care giver, medico specialista ecc.). La UVMM risulta composta dal Direttore del Distretto o un suo delegato, da medici specialisti per patologia, sia ospedalieri che territoriali, il MMMG/PLS del paziente, l'assistente sociale; essa rappresenta una categoria logica, non un gruppo di persone; può declinarsi in percorsi geriatrici, per minori, per dimissioni protette, malattie cronico degenerative, disagio, tossicodipendenza, Cure Domiciliari non prestazionali. La UVMM non è solo un momento clinico, ma è anche, e soprattutto, un allocatore di risorse. È l'UVMM, infatti, che stabilisce in quale ambito di cura va posizionato il caso; e non garantisce soltanto l'accesso, ma anche la mobilità all'interno del sistema, in quanto l'approccio migliore è quello che consente di muoversi virtuosamente verso momenti assistenziali che a parità di efficacia individuano la ricerca di efficienza quale fattore discriminante.

Le funzioni di indirizzo e di gestione della presa in carico dei MMG e PLS

Le AFT già individuate sul territorio dell'ASL Napoli 3 Sud sono 30.

Al loro interno sono individuati, oltre al coordinatore, come per legge, medici referenti per le maggiori patologie croniche:

- ❖ Cardiovascolari;
- ❖ Respiratorie;

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

### ❖ Metaboliche.

Come già previsto dal progetto “AGIRE” applicativo del PDTA per la BPCO, la Regione, all’atto dell’adozione di nuovi PDTA, si impegna a istituire percorsi formativi all’interno dei nuclei di AFT affinché per le principali patologie croniche sia definito un medico referente che funga da consulente di primo livello per la patologia in esame. Attraverso percorsi di telemedicina e teleconsulenza, il referente di AFT è collegato a specialisti attivi nelle UCCP o in livelli superiori, anche ospedalieri, per consulti, consulenze o per il passaggio in cura in caso di stato complesso della patologia. Sistemi informatici di rete permetteranno il colloquio tra professionisti, la trasmissione di referti, immagini, documentazioni, secondo le vigenti norme di privacy, archiviate in un sistema cloud confluente infine nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

Come per l’area adulti, anche per l’area pediatrica, si programma la costituzione delle AFT.

Per quanto riguarda le UCCP pediatriche, esse sono state già programmate nel DCA n. 103/2018 (Piano della Rete Ospedaliera) in forma sperimentale per soddisfare un bisogno assistenziale intermedio, tale da intercettare inappropriati afflussi all’AORN Santobono ed ai presidi aziendali regionali.

### Figure coinvolte

Per la presa in carico globale del paziente sono state coinvolte svariate figure professionali, i cui ruoli sono definiti nella Delibera di specifica competenza, al fine di individuare specifiche aree di responsabilità e di collaborazione inter ed intra professionali:

### Indicatori di Processo e Obiettivi:

- ❖ Numero di pazienti presi in carico/ totale pazienti con almeno 2 patologie croniche;
- ❖ Visite specialistiche multidisciplinari effettuate;
- ❖ Numero di piani individuali di cura programmati/ totale pazienti presi in carico;
- ❖ Numero di counseling sociale/totale pazienti presi in carico Indicatori di Esito;
- ❖ Numero di persone prese in carico con tele-monitoraggio domiciliare/ numero di pazienti con scarso controllo di patologia;
- ❖ Riduzione tasso di ospedalizzazione per complicanze di patologie croniche
- ❖ Riduzione accessi in Pronto Soccorso;

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

- ❖ Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) che aderiscono al trattamento farmacologico come da PDTA regionale;
- ❖ Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) che sono sottoposti alla visita pneumologica secondo la tempistica prevista da PDTA regionale;
- ❖ Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico (ace inibitori, sartani o betabloccanti) come previsto da manuale PDTA ministeriale;
- ❖ Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco con un adeguato numero di ecocardiogrammi come previsto dal manuale PDTA ministeriale;
- ❖ Percentuale di pazienti diabetici che eseguono almeno 4 delle seguenti 5 raccomandazioni di controllo di emoglobina glicata, profilo lipidico, microalbuminuria, monitoraggio del filtrato glomerulare o della creatinina o clearance della creatinina, fondo oculare, come previsto da PDTA aziendale;
- ❖ Percezione del servizio sociosanitario erogato.

### I servizi sociosanitari ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali

Con i Programmi Operativi 2016-2018 e il Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021, si è proceduto ad una sistemazione programmatica del quadro complessivo dell'offerta sociosanitaria per Disabilità e Non autosufficienza, con la declinazione puntuale e l'aggiornamento dei fabbisogni in base alla popolazione residente al 01.01.2018 (fonte dati ISTAT) per ciascun setting assistenziale. Inoltre sono state avviate azioni di riqualificazione del sistema attraverso la ridefinizione dei requisiti e vocazioni assistenziali, coerentemente con il progetto Mattoni e il DPCM 17/01/2017 (Aggiornamento dei LEA).

Tali azioni hanno già consentito un progressivo incremento di offerta di strutture e posti letto di nuova autorizzazione, ad un aggiornamento e sistematizzazione della disciplina per i setting residenziali R1, R3, R2D, RD2, e la disciplina per l'accreditamento progressivo della nuova offerta autorizzata. Inoltre è in fase di approvazione il decreto commissoriale per le unità di cure estensive (R2).

I percorsi riabilitativi già definiti e adottati (per Ictus, frattura del femore e BPCO) individuano le modalità e condizioni di appropriato ricorso ai setting residenziali e semiresidenziali, nonché ambulatoriali e domiciliari sociosanitari quali naturali e ordinari strumenti di assistenza in continuità e coerenza con i

percorsi di cura. Nel Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021 è dettagliato il programma di incremento dell'offerta residenziale e semiresidenziale distinto per i diversi setting ed intensità di cure.

### **3.9 L'area delle disabilità**

I servizi sociosanitari residenziali e semiresidenziali per disabilità complesse (art. 34 DPCM 12/01/2017 Aggiornamento LEA) sono caratterizzati in Campania dalla presenza storica e consolidata di servizi per la Riabilitazione estensiva cosiddetta ex art. 26, e da una quota significativa di RSA per Disabili.

Il sistema d'offerta si presenta con le seguenti caratteristiche:

- ❖ Servizi per la riabilitazione residenziali e semiresidenziali: esclusivamente privati accreditati.
- ❖ Servizi sociosanitari residenziali e semiresidenziali: in parte essi sono disponibili in quanto tali; in buona parte però le prestazioni sociosanitarie residenziali e semiresidenziali vengono erogate da strutture ex art. 26, che provvisoriamente sono abilitate a erogare tali prestazioni (con corrispondente remunerazione) laddove la permanenza in struttura superi i 240 giorni. Di fatto i setting residenziali e semiresidenziali per disabili sono sostanzialmente lo sbocco della riabilitazione, che in gran parte accoglie i pazienti per periodi lunghi.

### **L'area di non autosufficienza ed anziani**

In Campania l'assistenza per la Non Autosufficienza si caratterizza per la disponibilità di strutture residenziali Residenze Sanitarie Assistite e di Centri Diurni Integrati per Anziani.

L'offerta presenta sia strutture private accreditate che pubbliche.

Le RSA per Anziani sono riconducibili alla classificazione R3 del progetto Mattoni utilizzata dal flusso FAR del NSIS. Le prestazioni sono remunerate in compartecipazione con i Comuni/Ambiti sociali o con gli utenti se hanno condizioni economiche adeguate.

È attiva anche la tipologia R1, che comprende le Speciali Unità di Accoglienza Permanente (SUAP), che in generale è rivolta a tutte le condizioni che patologie caratterizzate da alto livello di complessità, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità e che necessitano di trattamenti residenziali intensivi di cura e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Attivazione del setting R2;
- ❖ Disciplina del setting R2;
- ❖ Incremento posti letto R3 e R2D;
  - Posti letto attivi, pubblici o accreditati, al termine del triennio;
- ❖ Incremento giornate assistenza;
  - Indicatore 9.1 griglia LEA, posti letto equivalenti.

### L'area delle cure palliative

L'offerta residenziale deve essere assicurata dagli Hospice.

È necessario rafforzare e qualificare la presa in carico del paziente attraverso il rafforzamento dei Coordinamenti aziendali per le cure palliative e il loro raccordo con la rete oncologica e i servizi per la non autosufficienza. I coordinamenti aziendali, che coordinano la rete aziendale per le cure palliative, devono essere costituiti con le funzioni indicate dalla Legge n. 38/2010 e da delibera regionale n. 275 del 2011.

Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Costituzione dei coordinamenti aziendali per le cure palliative;
  - Atti organizzativi delle AASSLL;
- ❖ Incremento dei posti letto attivi Hospice;
  - Numero posti letto attivi;
- ❖ Attivazione Day Hospice;
  - Disciplina del setting Day Hospice.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

### L'assistenza domiciliare

Le Cure Domiciliari Integrate in Campania hanno raggiunto livelli più che adeguati (2,67% anziani trattati in ADI su popolazione anziana residente – anno 2017), come mostra il trend in crescita negli ultimi anni dell'indicatore S05 della griglia LEA, che già dal 2016 ha superato la soglia attesa di 1,88% di anziani over 65 anni in trattamento come risulta dal SIAD, non solo per effetto della migliore alimentazione del flusso informativo.

I valori dell'indicatore S04 – Distribuzione dell'assistenza per intensità di cura – risultano al di sotto dei valori attesi, specialmente per i livelli di minore intensità CIA 1 e 2, ma tale performance come si comprende da un'analisi più accurata dei dati, mostra che ciò è vero soltanto per i soggetti sotto i 65 anni di età, per i quali invece la presa in carico è adeguata in tutti i livelli di intensità assistenziale.

I livelli di intensità 3 e 4 (cure palliative) sono allineati ai livelli attesi (da questionario LEA).

La lettura congiunta dei dati mostra come il sistema sia in grado di offrire assistenza sufficiente e adeguata, come risultato di una maggiore vocazione all'assistenza storicamente rivolta agli anziani e a bisogni di maggiore complessità. Questa connotazione è da considerarsi fattore di qualità del sistema erogatore, quale presupposto di miglioramento quali-quantitativo delle cure domiciliari integrate.

Ferma restando la scelta regionale di privilegiare la popolazione anziana e con bisogni complessi e più intensivi di assistenza, è opportuno incrementare in generale la capacità di presa in carico in cure domiciliari integrate compresi i livelli di minore intensità e anche a favore di aree di bisogno ulteriori, specialmente gli Adulti nelle fasce di età maggiormente a rischio di insorgenza di patologie in grado di determinare condizioni di non autosufficienza nelle fasi successive (es. patologie neurodegenerative), di minori e disabili complessi con elevato bisogno di assistenza medica e infermieristica.

Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Incremento delle prese in carico erogate per pazienti under 65 anni;
  - SIAD 04 – Distribuzione dell'assistenza per intensità di cura – per tutti i soggetti e under 65 anni;
- ❖ Incremento prestazioni mediche per cure palliative domiciliari;
  - Numero di prese in carico domiciliari per 1.000 abitanti, per intensità di cura – Questionario LEA;

- Accessi medici palliativisti flusso SIAD.

## La salute mentale

L'orientamento all'innalzamento della qualità dei servizi, soprattutto nella loro capacità di presa in carico globale e riabilitativa, induce a sviluppare e sostenere la diffusione di programmi di salute mentale improntati alla recovery e all'innalzamento del funzionamento sociale, anche in accordo al PANS 2013, affinché i servizi di salute mentale aggiornino i loro modelli operativi.

Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Sviluppo dei PDTA per Esordi Psicotici e Schizofrenia, e per DCA, finalizzati ad ottenere il più alto grado di recovery dell'utente;
  - Adozione dei PDTA per Esordi Psicotici, Schizofrenia e Disturbi Comportamento Alimentare;
  - Misurazione degli esiti e della recovery con specifici strumenti (es. RAS, Recoverystar, HoNos);
- ❖ Riduzione del numero di TSO e deospedalizzazione;
  - Indicatori rilevati da SISM.

## I disturbi del neurosviluppo in età evolutiva

Nella seduta del 13.11.2014, la Conferenza Unificata ha approvato il documento recante “Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell’infanzia e dell’adolescenza”, recepito dalla regione Campania con DCA n. 45/2015.

Sulla scorta degli indirizzi nazionali, con il citato decreto commissoriale è stata emanata la disciplina relativa alle “Strutture Terapeutiche Intermedie ad intensità variabile per l'accoglienza di minori con disturbo psichiatrico in Regione Campania: Strutture Intermedie Residenziali per Minori ad Intensità Variabile (S.I.R.M.I.V.) - Strutture Intermedie Semiresidenziali per Minori (S.I.Se.M.)”.

L'art. 25 del DPCM 12 gennaio 2017, di definizione ed aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, stabilisce che ai minori con disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo è garantita,

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

nell'ambito dell'assistenza distrettuale, l'individuazione precoce e proattiva del disturbo, l'accoglienza, la valutazione diagnostica e la presa in carico multidisciplinari attraverso la definizione, l'attuazione e la verifica di un programma terapeutico individualizzato, differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate negli ambiti di attività elencati nel citato articolo.

L'art. 32 del citato DPCM individua i trattamenti terapeutico-riabilitativi da garantire in regime residenziale e semiresidenziale, previa valutazione multidimensionale.

L'obiettivo prioritario è quello di proseguire con il rafforzamento e qualificazione dei servizi territoriali per la Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, in coerenza con il Piano Territoriale, dove è ribadita la priorità della costituzione dei servizi pubblici territoriali per le finalità di cui all'art. 25 e art. 32 del DPCM 12.01.2017, per la diagnosi dei disturbi e la presa in carico globale e multidisciplinare dei pazienti e delle loro famiglie, integrando in programmi individualizzati i vari interventi (riabilitativi e socioriusabilitativi, terapeutici, farmacologici, psicologici e psicoterapeutici, ecc.).

Alla luce dell'esperienza maturata, l'ASL Napoli 3 Sud ha l'obiettivo di prendere in carico i pazienti con disturbi del neuro-sviluppo attraverso i Nuclei Territoriali di Neuropsichiatria Infantile e Adolescenziale (NNPIA), i quali, oltre ad effettuare la diagnosi clinica e funzionale dei soggetti autistici, predispongono Progetti Assistenziali Individuali (PAI) in cui vengono definiti i trattamenti adeguati per intensità e durata, laddove ne esistano le indicazioni.

I Nuclei Territoriali di Neuropsichiatria Infantile e Adolescenziale (NNPIA), sulla base delle caratteristiche dei pazienti, formulano un Progetto Assistenziale Individuale (PAI) che ha la durata di 180 gg con rivalutazione intermedia a 90 giorni. Allo scadere dei 180 gg si effettua la rivalutazione del paziente e alla eventuale definizione di un nuovo Progetto Assistenziale Individuale. Nel PAI vengono indicati il numero di ore settimanali e i setting di trattamento: contesti strutturati di vita (domicilio, scuola, ecc.) ed (eventualmente) ambulatoriali.

Nel percorso di presa in carico globale dei pazienti con diagnosi di "Disturbi dello Spettro Autistico", ASL Napoli 3 Sud oltre ai trattamenti riabilitativi ex art. 26 L. 833/78 promuove un progetto che prevede l'utilizzo di metodiche di comprovata validazione.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

### Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Costituzione e attivazione delle unità distrettuali, almeno una per azienda completa di tutte le figure professionali;
  - Atti dell' Azienda di costituzione;
- ❖ Verifica periodica dello stato di attuazione del percorso riabilitativo con rivisitazione del paziente ed eventuale dimissione o passaggio ad altro livello di cura;
  - Numero di pazienti rivisitati.

### Le dipendenze patologiche

Gli indicatori LEA non mostrano particolari criticità del sistema di erogazione.

Con DCA n. 86/2016 è stato approvato il Piano di Azione Regionale di contrasto alle Dipendenze Patologiche teso al potenziamento dei Servizi pubblici per le Dipendenze (Ser.D.) promuovendo la capillarizzazione territoriale e la riqualificazione professionale e strutturale.

In modo complementare, secondo obiettivi di qualificazione anche del sistema privato di cura, e una logica di presa in carico integrata, con DCA n. 76/2017 si è provveduto all'approvazione di nuovi requisiti strutturali ed organizzativi oltre all'adeguamento delle tariffe connesso alla qualità dei nuovi requisiti, dei servizi residenziali e semiresidenziale del privato provvisoriamente accreditato. Successivamente con Decreti del Commissario ad acta nn. 32, 39 e 40 si è provveduto all'accreditamento definitivo di tutte le Comunità Terapeutiche provvisoriamente accreditate. Con queste azioni, tra loro strettamente interconnesse, si è voluto dare una sistematizzazione qualitativa al sistema di offerta pubblico privato in ragione dei nuovi bisogni di salute emergenti e nel rispetto del DPCM 12.01.2017 (nuovi LEA).

I cittadini in carico per Dipendenza da sostanze è rilevato attraverso il Sistema Informativo Dipendenze (SID), mentre il numero di cittadini in carico per disturbo da gioco d'azzardo da anni è monitorato attraverso una rilevazione semestrale con tutte le AASSLL.

Inoltre al fine di adeguare il sistema di offerta alla domanda reale del bisogno di salute si è conclusa una puntuale ricognizione degli invii in Comunità diviso per tipologia assistenziale da cui è emersa l'esigenza di un aggiornamento del fabbisogno delle diverse tipologie di assistenza residenziale e semiresidenziale, come da Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021.

## Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Obiettivo : Promozione di stili di vita salubri e iniziative di prevenzione sulle problematiche delle dipendenze patologiche – Istituzione di Centri Diurni semiresidenziali a bassa soglia under 30;
  - Indicatore: Attivazioni di almeno un centro dedicato alle nuove sostanze e/o alle dipendenze comportamentali;
- ❖ Obiettivo: Miglioramento monitoraggio delle prestazioni erogate nell’ottica di una più elevata qualità assistenziale a favore dell’utenza afferente;
- ❖ Obiettivo: Riduzione dei ricoveri nelle Comunità Terapeutiche extra-Regionali.

## Il paziente oncologico

La Regione Campania ha programmato con DCA n. 98/2016 la propria Rete Oncologica, i cui assi portanti sono rappresentati da:

- ❖ Centralità del paziente;
- ❖ Presa in carico integrata Ospedale/Territorio;
- ❖ Approccio Multidisciplinare;
- ❖ Innovazione.

L’attenzione crescente ai bisogni complessi del paziente oncologico, comprese le sfide legate alla lungo-sopravvivenza e la progressiva cronicizzazione configurano le dimensioni entro cui dispiegare l’azione programmativa per il prossimo triennio.

Il Piano di riorganizzazione della ROC ha inteso rimodulare e riqualificare l’offerta al fine di garantire all’utenza oncologica della Regione il livello di assistenza di qualità che preveda:

- ❖ Equità di accesso;
- ❖ Appropriatezza di setting di cure, appropriatezza clinica ed organizzativa;
- ❖ Integrazione ospedale-territorio per il completamento dei percorsi di cura, sia in accesso che in dimissione dalla struttura ospedaliera;

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

- ❖ Procedure di verifica di qualità, nel rispetto dei criteri di efficacia ed economicità.

In Campania, sulla base dei dati epidemiologici si stima una incidenza di neoplasie annue pari a oltre 30.000 casi con un tasso di mortalità in Campania che oggi si discosta decisamente dalla media nazionale.

La scarsa organizzazione del percorso diagnostico terapeutico per la maggior parte delle neoplasie oncologiche e la mancata sistematizzazione della domanda e dell'offerta, sono stati le principali cause del fenomeno della migrazione sanitaria.

La frammentazione delle casistiche in un numero eccessivo di strutture, in particolare per la chirurgia, rappresenta probabilmente, una delle principali cause della maggiore mortalità che la Regione Campania intende superare e migliorare.

Altri fattori di criticità evidenziano:

- ❖ La bassa compliance agli screening per tumori di cervice, mammella e colon-retto;
- ❖ Difficoltà d'accesso alle strutture sanitarie per diagnosi e cura;
- ❖ Frazionamento dei percorsi sanitari ed assenza di uno standard regionale di riferimento. Per superare tutto questo e offrire ai propri cittadini una adeguata sanità in area oncologica, la Regione Campania ha avviato la costruzione della propria Rete regionale già nel corso nell'anno 2018, predisponendo una serie di documenti costitutivi, programmati, organizzativi e tecnici che rappresentano le infrastrutture della ROC.

## L'implementazione della rete oncologica

I documenti finora prodotti, quali necessari fondamenti per l'implementazione e la governance della ROC sono costituiti da:

- ❖ DCA n. 98 del 20.09.2016, che ha istituito della Rete Oncologica Campana, secondo il modello del Comprehensive Cancer Center Network individuando quattro PDTA per i tumori coperti da screening;
- ❖ DCA n. 19 del 05.03.2018, che ha aggiornato i preesistenti 4 PDTA e ne ha definito in tutto 13 (65% dei tumori incidenti in Campania) e definito un cronoprogramma per le azioni successive;
- ❖ DCA n. 89 del 05.11.2018, che ha ampliato il numero dei PDTA, portandoli a 19 e inserito documenti tecnici relativi a nutrizione e tumori ereditari familiari.

La Regione ha inoltre approntato la mappa dei GOM istituiti e afferenti alla ROC.

Lo strumento di governo della ROC è rappresentato dalla Piattaforma informatica realizzata in house che permette accesso differenziato a operatori e utenti che condividono l'esecuzione del PDTA del rispettivo paziente.

Altri livelli di accesso sono previsti per gli utenti/cittadini/pazienti per le necessarie informazioni.

In piattaforma saranno disponibili tutti i documenti tecnici prodotti dalla ROC per idonea consultazione. Ogni procedura di accesso e di trasmissione dati sarà protetta in ordine alla privacy come previsto per legge. L'implementazione della piattaforma informatica della ROC e la contestuale attivazione dei GOM programmati con relativa interoperabilità ospedale/territorio rappresentano l'end point dell'implementazione della ROC.

#### Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Implementazione della piattaforma informatica della ROC e contestuale attivazione dei GOM programmati con relativa interoperabilità ospedale/territorio;
  - Numero di GOM attivi sulla piattaforma valutati alla fine di ogni semestre;
  - Numero di MMG attivi in piattaforma;
- ❖ Riduzione della frammentazione chirurgica ai sensi del PNE;
  - Adozione documento di programmazione mappe chirurgiche della ROC.

#### Il paziente acuto e post-acute

L'assistenza in ambito ospedaliero ha rappresentato in Regione Campania negli anni passati il riferimento centrale dei processi di cura, in maniera sicuramente distorta ed inappropriata, fino a generare tassi di ospedalizzazione non giustificabili, di per sé portatori di un gravame di risorse che seguivano passivamente l'andamento della domanda. Una scarsa rispondenza dei servizi di continuità assistenziale e le poche effettive esperienze di rete della medicina generale non hanno mai fatto sentire al cittadino la presenza di una quota di servizio sanitario che non fosse l'ospedale.

Un'analisi della domanda e dell'appropriatezza dei setting di cure ha permesso anche di tradurre in PACC

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

i 108 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza dal mese di agosto 2018.

### La salute nella comunità

Con Deliberazione di Giunta Regionale n. 860 del 29.12.2015, e successivo DCA n. 36 del 01.06.2016 è stato adottato il Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, predisposto secondo indicazioni del Piano Nazionale per la Prevenzione per gli anni 2014-2018 approvato con Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131.

Il Piano Regionale della Prevenzione definisce un sistema di azioni di promozione della salute e di prevenzione, attraverso interventi, volti a garantire un invecchiamento attivo e in buona salute, che accompagnano il cittadino in tutte le fasi della vita (approccio life-course), nei luoghi di vita e di lavoro (approccio per setting) con la finalità di conseguire il più elevato livello di salute raggiungibile, ponendo le popolazioni e gli individui al centro delle azioni.

L'elemento strategico di innovazione, che sarà ribadito nel prossimo PRP, sta nella scelta di sostenere il riorientamento di tutto il sistema della prevenzione (nella sua generale declinazione su tutti i servizi sociosanitari del territorio, sviluppata e/o orientata dai Dipartimenti di Prevenzione) affermando il ruolo cruciale della promozione della salute e della prevenzione come fattori di sviluppo della società e di sostenibilità del Welfare.

### La promozione della salute

Per il raggiungimento degli obiettivi di promozione alla salute di cui al Piano Nazionale di Prevenzione 2014- 2018 prorogato al 2019, sono previste azioni su molteplici tematiche con particolar riferimento agli interventi finalizzati all'implementazione del programma "Guadagnare Salute" che ha l'obiettivo di promuovere e facilitare l'assunzione di abitudini e stili di vita salutari nell'ottica della prevenzione delle principali MCNT (malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, obesità, malattie respiratorie croniche, problemi di salute mentale e disturbi muscolo-scheletrici) che hanno in comune fattori di rischio modificabili quali la sedentarietà, la scarsa attività fisica, la scorretta alimentazione, il fumo di tabacco e l'abuso di alcol.

Tenuto conto del preoccupante aumento, già dall'età pediatrica, di sovrappeso-obesità, ipertensione e diabete, condizioni strettamente correlate con l'alimentazione e con l'insufficiente attività fisica, in un'ottica di intersettorialità si prevede la stipula di accordi a livello regionale con istituzioni non sanitarie relativamente alle attività di promozione della salute al fine di facilitare l'adozione di stili di vita sani nella

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

prospettiva di “Salute in tutte le Politiche”.

In particolare emerge la necessità di rivolgere particolare attenzione ai problemi peculiari legati alla sedentarietà di tutte le fasce di età della popolazione, secondo un approccio life course.

A tal fine si reputa necessario stipulare un Protocollo di intesa con il CONI e con le SCUOLE, nell’ambito delle specifiche prerogative sancite dall’atto statutario dell’Ente medesimo, che può quindi svolgere un ruolo.

### **La salubrità di alimenti, acque e mangimi e la sanità pubblica veterinaria**

Le attività di controllo mirate a garantire la salubrità degli alimenti ad uso umano, incluse le acque potabili, nonché gli alimenti destinati all’alimentazione zootechnica, sono pianificate nei Piani pluriennali Nazionali Integrati (PNI) e nelle relative appendici regionali (PRI) ai sensi dell’articolo 41 del Regolamento (CE) n. 882/2004, oggi articolo 109 del Regolamento (UE) n. 625/2017.

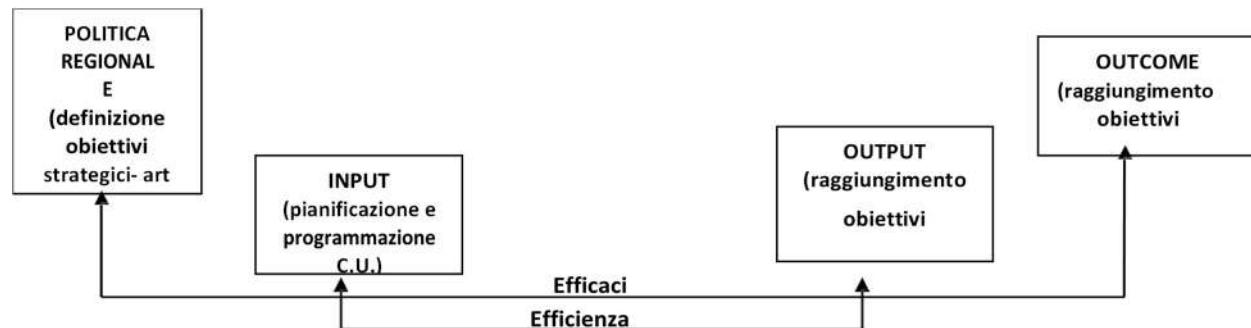
Il PRI definisce gli obiettivi e la politica regionale in materia di sicurezza alimentare, la sanità pubblica veterinaria e la sanità delle piante, descrivendo il Sistema di Gestione dei Controlli Ufficiali (S.G.C.U.) svolti nel corso del periodo di validità. Il PRI include anche gli obiettivi strategici e operativi del Piano Regionale di Prevenzione. I controlli sono mirati a prevenire, eliminare o ridurre a livelli accettabili i rischi per gli esseri umani e gli animali, diretti o veicolati dall’ambiente, a garantire pratiche commerciali leali per i mangimi e gli alimenti e tutelare gli interessi dei consumatori. Le strutture regionali incardinate nella Direzione Generale per la tutela della salute e il coordinamento del SSR ed i Dipartimenti di Prevenzione delle AASSLL rappresentano le Autorità Competenti (AC) nella programmazione ed attuazione dei controlli ufficiali in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria ai sensi dell’articolo 2 del D.Lgs. n. 193/2007. I dati relativi alle attività di controllo, espletate ogni anno dalle AASSLL sulla base di documenti di programmazione regionale e territoriale (DPAR – DPAT), elaborati secondo criteri di priorità in relazione alle risorse disponibili, sono inseriti in tempo reale in un sistema informatico gestionale (GISA) che alimenta le banche dati regionali. I dati sui controlli, estratti ed analizzati dall’Osservatorio Regionale per la sicurezza alimentare (ORSA), struttura di supporto alla Regione, consentono funzione di monitoraggio e programmazione oggettivamente efficaci. Il monitoraggio prevede una cadenza trimestrale, eventualmente intensificata in occasione di particolari criticità. Il sistema GISA consente, altresì, anche all’Azienda l’estrazione dei dati per monitorare l’andamento degli obiettivi operativi assegnati dalla programmazione regionale. Il sistema GISA è, altresì, adeguato alla cooperazione con gli altri sistemi informativi della PA, in particolare del Ministero della Salute e prevede l’inserimento delle attività anche di altri organi di controllo (NAS, Corpo Forestale dello

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

Stato, Guardia di Finanza, Nucleo anti Frodi, Capitaneria di Porto, Polizia stradale).



**Figura 31 – Macro processo CU – Sistema dei controlli ufficiali**

Si riporta di seguito l'elenco delle macro aree e dei settori

Macroaree							
Alimenti	Sanità animale	Mangimi	Benessere animale	Sanità delle piante	Sottoprodotti	Farmaci veterinari	Altro
Settori							
Sicurezza degli alimenti di origine animale	anagrafe	Mangimi	Benessere Animale	Controlli sul territorio	Sottoprodotti origine animale	Farmacovigilanza	Zoonosi nell'uomo eM.T.A.
Sicurezza degli alimenti NON di origine animale	Malattie infettive e parassitari		Speriment. Animale	Fitosanitari	Materiale specific	Farmacosorveglianza	Ambiente
Qualità merceologica	Riproduzione animale						Igiene urbana veterinaria elotta al randagismo
Produzioni Agroalimentari							Sistemi
Acque potabili e Minerali							

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

Macroaree							
Nutrizione umana							
Alimenti destinati ad una							
Materiali a contatto con gli							

Ai fini di una corretta programmazione dei controlli ufficiali, tutti gli stabilimenti/aziende le cui attività ineriscono la sicurezza alimentare e la sanità pubblica veterinaria sono categorizzati in base al rischio accertato o ex ante.

Sono previste cinque classi di rischio a cui corrispondono appropriate frequenze, modalità, tecniche ed intensità dei controlli ufficiali a farsi, secondo il criterio che ad un più alto rischio corrisponde una maggiore frequenza ed intensità di controllo. Le categorie sono divise in base ad un punteggio assegnato in occasione della sorveglianza, calcolato automaticamente attraverso check list inserite nel sistema informatico GISA, secondo il seguente schema:

Categorie di rischio	
da 0 a 150	Categoria di rischio 1
da 151 a 250	Categoria di rischio 2
da 251 a 350	Categoria di rischio 3
da 351 a 450	Categoria di rischio 4
oltre 451	Categoria di rischio 5

Ad un punteggio più elevato corrisponde un rischio più elevato e le imprese rientranti in tale categoria sono soggette a controlli più frequenti (ispezioni, audit) rispetto a quelle di categoria di rischio inferiore. Tale criterio di programmazione consente di mirare i controlli e di ottimizzare l'utilizzo delle risorse dell'AC.

Per consentire una adeguata distribuzione del personale addetto alle attività di controllo è stato standardizzato a livello regionale un sistema di calcolo delle performance, sia individuali che di struttura, che consente valutare la congruità del personale disponibile e di elaborare il piano triennale dei fabbisogni delle AASSL per garantire l'esaustivo espletamento delle attività di sicurezza alimentare e sanità veterinaria.

Il sistema, approvato in occasione del Piano Regionale Integrato 2011-2014 (DGRC n. 377/2011), ha

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

subito nel PRI 2015-2018 (DGRC n. 617/2015), poi prorogato a tutto il 2019, i necessari correttivi sulla base di alcune criticità emerse nel corso della sua applicazione. Il sistema consente di verificare, in occasione della programmazione regionale annuale, le potenzialità dei servizi territoriali a livello capillare e di intervenire sulle Direzioni strategiche aziendali, qualora emergano carenze di personale, per sollecitare il reclutamento nelle forme previste.

Alla valutazione di carattere quantitativo delle risorse umane, attraverso il citato sistema di calcolo delle performance, si associa il monitoraggio sulla qualità delle prestazioni attraverso il Piano degli audit interni e delle attività di verifica dell'efficacia. Il sistema regionale di verifica dell'efficacia dei controlli prevede, infatti, sia audit interni, sia apposite "supervisioni" secondo le procedure stabilite con il Decreto del Commissario ad Acta per il piano di rientro sanitario DCA n. 97/2010, effettuati dal Nucleo Regionale dei Controlli Ufficiali (Nu.Re.C.U.). La Regione (ACR) trasmette alle AASSLL (ACL) un programma di audit e di supervisioni elaborato secondo i seguenti criteri:

- ❖ nei quattro anni tutte le AASSLL e tutti i settori del "audit universe";
- ❖ valutazione del rischio legato a pericoli emergenti del territorio;
- ❖ follow up di audit precedenti.

Il livello qualitativo delle prestazioni del personale medico e veterinario incaricato dell'esecuzione dei controlli ufficiali viene elevato attraverso un'intensa attività di formazione. Quest'ultima, oltre che nelle iniziative delle singole AASSLL, trova attuazione nel Piano formativo annuale regionale la affidato sia l'IZSM che, per le materie di rispettiva competenza, ai Centri di riferimento regionali, sedi operative del Polo Didattico Integrato.

Tra gli obiettivi strategici regionali è prioritario l'ottenimento per la Regione della qualifica di territorio ufficialmente indenne da brucellosi, tubercolosi e leucosi bovina enzootica. Attraverso la consulenza dell'IZSS e la condivisione con il Ministero della Salute ed i competenti centri di riferimento nazionali è stato elaborato un Piano straordinario che prevede misure particolari quali:

- ❖ Definizione e standardizzazione delle misure di biosicurezza per gli allevamenti bufalini per contrastare l'ingresso e l'uscita degli agenti patogeni;
- ❖ Identificazione delle aree a rischio attraverso criteri di natura epidemiologica nelle quali attuare misure straordinarie;
- ❖ Protocolli diagnostici maggiormente efficaci nell'identificazione degli animali infetti della specie bufalina;

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ Realizzazione della banca genetica dell'intero patrimonio bufalino campano per contrastare le movimentazioni irregolari e la sostituzione di capi infetti con i sani.

Anche in materia di igiene urbana veterinaria e di prevenzione e controllo del fenomeno del randagismo la Regione ha inteso dotarsi di un Centro regionale di riferimento (DGRC n. 209/2010 - CRIUV), considerandone le attività di particolare interesse per le ripercussioni sia di carattere sanitario che sociale. Oltre alle funzioni tipiche dei Centri di riferimento, quali l'affiancamento, la formazione del personale delle AASSLL, il CRIUV eroga prestazioni di elevata complessità e monitora costantemente tutti i canili presenti nel territorio regionale, assicurandone il rispetto delle condizioni strutturali ed igienico-sanitarie, nonché l'esatto allineamento con l'anagrafe canina regionale.

Altro obiettivo strategico è il controllo del fenomeno dell'antimicrobico resistenza in attuazione dell'intesa della Conferenza Permanente per i rapporti tra le Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 2 novembre 2017 recante il "Piano Nazionale di contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017- 2020" che declina indicazioni omogenee per le Regioni e le Province Autonome. In questo contesto si colloca il DMS dell'8 febbraio 2019 concernente le modalità applicative delle disposizioni in materia di tracciabilità del farmaco veterinario e dei mangimi medicati. Ai fini del controllo della ricetta elettronica in termini numerici e di congruenza con i farmaci prescritti, è stato attivato un piano di monitoraggio di farmacosorveglianza che prevede il controllo del 33% all'anno delle aziende zootecniche, così da garantire in tre anni il controllo dell'intero patrimonio zootecnico. In merito alle aziende zootecniche con autorizzazione alla scorta farmaci, così come le parafarmacie, le farmacie, i depositi, sia con vendita all'ingrosso che al dettaglio, e le strutture veterinarie con scorta, il controllo è attuato con cadenza annuale sul 100% delle imprese esistenti. Nel corso dei controlli ufficiali viene verificata l'appropriatezza e la congruenza della ricetta. In sostanza non essendo prevista più la ricetta cartacea, presso le AASSLL non corre più l'obbligo di registrare e numerare le ricette in quanto tale compito è già assolto dal sistema elettronico nazionale, che consente un conteggio puntuale ed immediato di tutto ciò che riguarda il farmaco veterinario.

### Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Gestione del rischio delle filiere agro-alimentari e della rete idrica potabile;
  - Riduzione del livello medio della categoria di rischio assegnato alle imprese del settore agro- alimentare;
- ❖ Eradicazione delle malattie infettive degli animali con riduzione del fenomeno del 10% rispetto all'anno precedente;

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

- Numero aziende zootecniche coinvolte nei programmi di profilassi;
- Riduzione del 10% della prevalenza di infezione dell'anno precedente per la tubercolosi e brucellosi;
- ❖ Riduzione del fenomeno del randagismo canino;
  - Riduzione numero dei cani vaganti con allineamento agli indici nazionali.

### La sorveglianza epidemiologica da rischio ambientale

Scopo primario della sorveglianza epidemiologica da rischio ambientale è favorire azioni di prevenzione primaria: identificare possibili fonti ambientali di rischio per la salute delle popolazioni e proporne la loro rimozione e/o mitigazione. L'identificazione di possibili correlazioni tra fonti di rischio e salute, ricerca che richiede tempi spesso lunghi e procedure complesse.

Una corretta e non generica sorveglianza epidemiologica mirata si concretizza attraverso:

- ❖ Identificazione puntuale, di aree territoriali a rischio specifico per fattori di rischio puntuali; analisi della letteratura evidenziano che in genere si tratta di microaree geografiche e non di macro aree di grandi dimensioni;
- ❖ Identificazione, nelle aree identificate a rischio, di effetti sanitari definiti e con possibile correlazione ai fattori di rischio individuati;
- ❖ Indicazione di misure puntuali, sanitarie e non, mirate a fornire una risposta specifica al problema rilevato ed al rischio identificato.

A queste considerazioni di carattere generale, si aggiungono alcune considerazioni riferite alla patologia oncologica. Questa si caratterizza per essere una patologia cronico degenerativa a genesi multifattoriale e con lunghi tempi di latenza: in tale multifattorialità l'ambiente può rivestire un ruolo determinante. Negli studi di epidemiologia oncologica appare opportuno, inoltre, considerare che a fronte di una generica definizione di "patologia neoplastica" ci si confronta quotidianamente con oltre 230 diversi tipi di tumori tra loro distinti per cancerogenesi, sedi/organi interessati, tempi di latenza. La sorveglianza epidemiologica da rischio ambientale implica la conoscenza e la puntuale definizione degli elementi in studio, tra cui i principali:

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ Caratterizzazione del rischio ambientale riferito al territorio che si va a sorvegliare: tipologia dell'inquinante rilevato e sue vie di diffusione;
- ❖ Complessità delle interazioni ambiente/cancro che si vanno a realizzare: vie di trasmissione inquinante/soggetto esposto, tempi di esposizione, fattori confondenti;
- ❖ Strumenti di epidemiologia che si intendono utilizzare: tipologia degli indicatori di rischio e degli indicatori di esito, metodologie di analisi, misure per la definizione del rischio.

La realizzazione dei punti sopra indicati implica come pre-condizione la messa a sistema dei flussi informativi sanitari da utilizzare in ambito di sorveglianza epidemiologica: Schede di Dimissioni Ospedaliere, dati di incidenza oncologica, di mortalità, generale e causa specifica, dati riferiti a malformazioni congenite.

### Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Implementare sull'intera azienda un sistema di sorveglianza epidemiologica continua correlata a rischio ambientale. Strutturazione per fini epidemiologici dei flussi informativi in ambito sanitario: Schede di Dimissione Ospedaliera, dati di mortalità generale e specifici per causa, dati di incidenza oncologica prodotti dalla Rete di Registrazione Oncologica Regionale, dati prodotti dal Registro Regionale delle malformazioni e difetti congeniti;
  - Pubblicazione di un atlante aziendale di incidenza oncologica, con dettaglio comunale, per il periodo 2008/2018;
  - Pubblicazione di un atlante aziendale di mortalità generale e specifico per causa, con dettaglio comunale, per il periodo 2006/2018;
  - Pubblicazione di un atlante aziendale dei Ricoveri Ospedalieri, con dettaglio comunale, per il periodo 2006/2018;
- ❖ Georeferenziazione e linkage dei dati di incidenza e mortalità oncologica con dati ambientali, con dettaglio di particella censuale;
  - Pubblicazione di mappe riferite alla rilevazione, se presente, di cluster di incidenza e mortalità oncologica con dettaglio comunale.

## 3.10 *Le politiche di prevenzione*

### **Le politiche di prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili**

Il PRP 2014-2018 include principalmente azioni finalizzate all'implementazione di programmi di Promozione della Salute che mirano all'assunzione di sani stili di vita in contrasto verso i principali determinanti delle Malattie Croniche non Trasmissibili (MCNT): cattiva alimentazione, sedentarietà, fumo, l'abuso di alcol.

In particolare, nel Programma B, è prevista l'Azione B.5, “Migliorare la salute delle persone con aumentato rischio di MCNT attraverso un adeguamento del sistema d'individuazione del target e grazie all'adesione a proposte di miglioramento comportamentale o di trattamento farmacologico “con l'identificazione e la presa in carico dei pazienti a rischio di MCNT.

Identificazione e presa in carico di pazienti a rischio di MCNT attraverso “lo studio di fattibilità regionale del programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT” con interventi volti alla valutazione attiva del rischio cardiovascolare e di prevenzione delle malattie cardiovascolari nei soggetti cinquantenni.

Nello specifico il programma B del PRP 2014-2018 prevede una serie di interventi volti alla valutazione attiva del rischio cardiovascolare e di prevenzione delle malattie cardiovascolari nei soggetti cinquantenni. Ciò rappresenta un'opportunità nel campo della prevenzione perché propone accanto all'analisi del rischio cardiovascolare (sul modello della “carta del rischio”) una valutazione degli stili di vita e di una serie di parametri (pressione arteriosa, altezza, peso, BMI, ecc.) su popolazione sana nella coorte dei 50enni al fine di indirizzare i soggetti selezionati a percorsi di prevenzione e diagnostico-terapeutici appropriati.

Il programma B - azione B.5 del PRP 2014-2018 prevede attività finalizzate all'identificazione e alla presa in carico dei soggetti a rischio di MCNT al fine di ridurre il carico prevedibile ed evitabile di morbosità, mortalità e ulteriore disabilità in tali soggetti, anche attraverso la promozione e la diffusione dell'attività fisica, utile per la prevenzione di numerose patologie e disturbi e per la promozione del benessere.

Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Identificazione e presa in carico di pazienti a rischio di MCNT attraverso “lo studio di fattibilità del programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT” che prevede interventi volti alla valutazione attiva del rischio cardiovascolare e di prevenzione delle malattie cardiovascolari nei soggetti cinquantenni;

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

- Numero di soggetti ad alto rischio individuati ed avviati agli ambulatori/centri di cardiologia per la valutazione, la diagnosi e la terapia;
- Numero di counselling sull'adozione di corretti stili di vita promossi nei soggetti a rischio medio Numero materiale informativo sulle conoscenze e l'adozione di corretti stili di vita consegnato ai soggetti a rischio basso;
- ❖ Promozione dell'Attività Fisica Adattata (AFA) alle caratteristiche di soggetti con patologie croniche stabilizzate, condizioni di fragilità, fattori di rischio, età avanzata ridotta autonomia funzionale con la costruzione di una rete territoriale di strutture che erogano attività fisica adattata in soggetti con MCNT stabilizzate;
- Numero di strutture, individuazione da parte dei Distretti, che erogano attività fisica adattata in soggetti con MCNT stabilizzate al fine della creazione della rete territoriale.

### Le politiche di prevenzione delle patologie oncologiche

La prevenzione delle patologie oncologiche, così come tutte le patologie croniche non trasmissibili, si esplica prioritariamente in attività di prevenzione primaria che, nello specifico, sono principalmente rappresentate dalla lotta al fumo di tabacco, attivo e passivo, e dalla messa in atto di azioni finalizzate alla educazione a corretti stili di vita, quali attività fisica e corretta alimentazione.

Oltre a tali attività di prevenzione primaria il campo dove maggiormente, e più immediatamente, è possibile acquisire risultati tangibili è il campo della prevenzione secondaria: anticipazione diagnostica di patologie oncologiche in fase preclinica; tale azione si traduce, in molti casi, in guarigione clinica ed in altri in un significativo aumento della sopravvivenza netta per malattia.

Tali risultati sono ampiamente dimostrati per tre patologie neoplastiche: tumori della mammella, del colon retto e della cervice uterina, per i quali sono stati validati gli specifici Screening Organizzati di Popolazione.

La sopravvivenza oncologica e la qualità di vita dei pazienti affetti da patologia oncologica, sono significativamente influenzati da due elementi prioritari: anticipazione diagnostica e qualità del successivo percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale. Relativamente ai tre tumori per i quali sono stati validati gli screening organizzati di popolazione, la Regione Campania presenta un significativo differenziale (negativo) della sopravvivenza oncologica rispetto al POOL Italiano dei Registri Tumori (dati AIRTUM): mammella -3,5, cervice uterina -2,5, colon retto -5,5 punti percentuali di sopravvivenza netta a cinque

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

anni dalla diagnosi; inoltre, in riferimento al tumore del colon retto, non si evidenzia in Campania il trend temporale in diminuzione del tasso di incidenza annuo, trend che è influenzato da un efficiente screening organizzato di popolazione e che è presente in altre macroaree geografiche dell'Italia.

Obiettivo della presente linea di attività è strutturare sull'intero territorio regionale un efficiente sistema di anticipazione diagnostica per i tre tumori oggetto di screening organizzati di popolazione, mirato a:

- ❖ anticipare la diagnosi del tumore della mammella e migliorare la sopravvivenza oncologica e qualità di vita alle pazienti affette da tale neoplasia;
- ❖ ridurre l'incidenza dei tumori della cervice uterina e del colon retto attraverso la rilevazione e rimozione delle rispettive lesioni precancerose, spostare le diagnosi iniziali di tali tumori agli stadi iniziali della malattia, migliorare la sopravvivenza e qualità di vita dei pazienti affetti da tali patologie.

In merito alla sopravvivenza va rilevato che attualmente la Regione Campania, rispetto alle altre regioni italiane, presenta una sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi significativamente più bassa, rispetto alla media nazionale, proprio per i tumori screening detected. Nel caso del tumore del colon retto e della cervice uterina lo screening non solo ha dimostrato una potente azione di anticipazione diagnostica e aumento della sopravvivenza, ma anche una significativa azione di prevenzione primaria: con la rimozione precoce di lesioni precancerose se ne impedisce la progressione verso la cancerizzazione, ottenendo l'importante risultato della riduzione della incidenza dei tumori del colon – retto e della cervice uterina.

Relativamente allo screening della cervice uterina la Regione Campania ne ha avviato il passaggio dal Pap test al test HPV per la popolazione in età 30/64 anni.

In coerenza con quanto stabilito nel “Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021” la Regione, entro 90 giorni dalla sua approvazione, definisce un Programma Regionale degli screening oncologici, comprensivo sia della cognizione che del potenziamento dei singoli centri che effettuano tali screening. Per pervenire a tale programma è già in corso di adozione un apposito decreto commissoriale con il quale, da un lato, si avvia la cognizione della struttura di offerta per screening oncologici da parte delle Aziende:

- ❖ La definizione puntuale dei carichi di lavoro attesi, inerenti le singole procedure dei programmi di screening, relativamente al I e II livello, per ciascuna ASL;

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ La definizione degli standard relativi alle figure professionali da dedicare alle specifiche attività, con relativo monte ore da impegnare in rapporto ai carichi di lavoro attesi;
- ❖ Le modalità di accesso allo screening, le procedure di invito e di chiamata, le azioni di recall e quant'altro necessario per raggiungere elevati livelli di adesione;
- ❖ Il monitoraggio dell'aderenza delle attività di screening a quanto previsto nei corrispettivi PDTA di patologia oncologica;
- ❖ Strutturare sull'intero territorio regionale, un efficiente sistema di anticipazione diagnostica per i tre tumori screening detected, mirato a migliorare la sopravvivenza oncologica per i tumori della mammella, migliorare la sopravvivenza e ridurre l'incidenza relativamente ai tumori della cervice uterina e del colon retto;
- ❖ Coinvolgere i MMG nel percorso di sensibilizzazione e di chiamata attiva della popolazione target, con adesione obbligatoria alle campagne di screening promosse dalla Regione, utilizzando procedure concordate attraverso accordi definiti nel Comitato Regionale ex art. 24 e nelle forme e modalità previste nel redigendo AIR;
- ❖ Dare impulso allo screening HPV secondo quanto previsto dal DCA n. 39 del 03.05.2019 "Approvazione Linee di indirizzo per lo Screening del cervico-carcinoma con TEST HPV DNA";
- ❖ Condurre analisi epidemiologiche e comportamentali, anche per l'identificazione di determinanti socio-ambientali che determinano resistenza culturale all'adesione alle campagne di screening e profilare le persone "non aderenti" al fine di predisporre azioni mirate per migliorare la loro adesione ai test, anche mediante i principi dell'Health Equity Audit.

### Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Rimodulazione procedure operative;
  - Screening del colon retto;
    - raggiungimento di una estensione del 90% e di una adesione al 30%;
  - Screening della mammella fascia di età 50/69 anni;
    - raggiungimento di una estensione dell'85% e di una adesione del 40%;
  - Screening della mammella fascia di età 45/49;

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

- raggiungimento per fascia di età 45/49 anni, indicata nel DCA n. 38/2016, di una estensione dell'85% e di una adesione del 30%;
  - Screening della cervice uterine;
  - raggiungimento di una estensione dell'85% e di una adesione del 35%;
- ❖ Programmazione di corsi di formazione annuali per i tre screening; particolare attenzione sarà dedicata alla formazione degli operatori dello screening del cervicocarcinoma in considerazione del passaggio dello screening dal Pap Test all'HPV test, su tutto il territorio regionale;
  - Documento di formalizzazione corsi di formazione;
- ❖ Anticipazione diagnostica e miglioramento della sopravvivenza oncologica dei tre tumori oggetto di screening organizzato di popolazione;
  - Aumento significativo su base regionale delle percentuali di stadiazione iniziali delle neoplasie oggetto di screening;
- ❖ Raggiungimento per i tre screening di una estensione reale dell'85% e di una adesione del 60%;
- ❖ Implementazione sull'intero territorio regionale dello screening per il cervico carcinoma con test HPV/DNA nella fascia di popolazione 30-64 anni;
- ❖ Identificazione delle famiglie a rischio genetico, come previsto dal PDTA dei tumori ereditari familiari, in modo universale per i pazienti affetti da K ovaio e colon, e secondo categorie di rischio per la mammella. Si istituirà un registro delle mutazioni incidenti sul territorio regionale. I centri di genomica regionali saranno messi in rete per soddisfare i bisogni di prevenzione ereditario-familiare per colon mammella e ovaio;
  - Numero di famiglie a rischio identificate rispetto all'atteso aziendale.

## Le politiche di prevenzione delle patologie cardiovascolari

### Prevenzione infarto

Fondamentale risulta il percorso integrato Ospedale-Territorio per la gestione del Paziente con Infarto Acuto del Miocardio. Tale percorso vede impegnati gli specialisti delle UO di Cardiologia dei PP.OO dell'ASL, con l'attuazione degli indicatori di processo per la corretta gestione del paziente nel post-infarto. Sul Portale Saniarp è disponibile il Registro Infarto che viene compilato in dimissione e visibile al curante

del paziente.

### Prevenzione e trattamento scompenso cardiaco

Valido il percorso integrato Ospedale –Territorio per la gestione del Paziente con Scompenso Cardiaco. Sul Portale Saniarp è disponibile la scheda on line di arruolamento paziente scompensato e possibilità da parte del MMG di prenotare la visita.

### Obiettivo aziendale:

- ❖ Ridurre il numero di ricoveri per scompenso cardiaco;
  - N. di ricoveri per scompenso cardiaco con riduzione di almeno il 30 % rispetto al 2019.

### La politica del farmaco e dei dispositivi medici

La Regione Campania, nel triennio 2019-2021, per quel che concerne la governance farmaceutica ha intrapreso le seguenti azioni:

- ❖ Monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata;
- ❖ Monitoraggio dell'aderenza alle terapie farmacologiche;
- ❖ Incentivazione dell'utilizzo dei farmaci equivalenti;
- ❖ Incentivazione dell'utilizzo dei farmaci biosimilari;
- ❖ Attuazione della Distribuzione per Conto (DPC) con logistica centralizzata;
- ❖ Farmacia dei servizi;
- ❖ Dispositivi Medici.

### Farmaceutica territoriale: monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata

I dati OSMED 2018, in merito alla spesa lorda pro-capite pesata erogata in regime convenzionato mostrano che la Regione Campania ha una spesa pro-capite lorda ben superiore rispetto alla media nazionale. Pertanto, tutte le azioni che la Regione Campania intende mettere in atto sono volte a ricondurre la spesa pro-capite lorda convenzionata entro la media nazionale.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

In particolare, al fine di rispondere alle esigenze di monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica campana è stata implementata una piattaforma di analisi dei dati, in grado di fornire risultati aggregati su tre distinti livelli: ASL, Distretto Sanitario di Base e Medico Prescrittore.

Tale reportistica da sviluppare, nel prossimo triennio comprenderà: dati di spesa e consumo; indicatori di benchmarking riferiti a ciascuno dei tre livelli di analisi (ASL, DSB, MMG) con possibilità di effettuare ulteriori approfondimenti ove necessario; indicatori relativi ai farmaci equivalenti; indicatori relativi al consumo di antibiotici (J01) così come previsto dal Decreto n. 138/2018.

Periodicamente, tale reportistica da inviare ai responsabili dei Distretti, i quali dovranno provvedere ad inoltrare all'interno delle proprie strutture le informazioni in base alle specifiche richieste.

Attraverso tale sistema sarà possibile valutare ciclicamente gli esiti delle politiche sanitarie attuate in modo da poter assegnare a ciascuna distretto specifici obiettivi da perseguire al fine di diminuire la spesa farmaceutica convenzionata entro i tetti programmati.

### Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Realizzazione di un Sistema di monitoraggio attraverso il Sistema Informatico Regionale Sani.Arp/CIRFF che monitori la spesa ed il consumo della farmaceutica convenzionata;
  - Numero di report prodotti relativi la spesa ed il consumo dei farmaci con particolare riferimento a dati di spesa e di consumo relativi alla spesa farmaceutica convenzionata stratificati per ASL, DSB e MMG.

### Farmaceutica territoriale: monitoraggio dell'aderenza alle terapie

La cronicità oggigiorno rappresenta una delle sfide prioritarie per i Servizi Sanitari Regionali. Alla luce del nuovo Piano Nazionale della cronicità risulta fondamentale che la governance farmaceutica, entro i tetti di spesa finanziati, abbia come missione quella di garantire al paziente un percorso di cura appropriato implementando l'aderenza alle terapie farmacologiche. Pertanto necessita mettere in atto tutte le strategie volte al monitoraggio dell'aderenza alle terapie farmacologiche al fine di migliorare la stessa ed ottimizzare la spesa farmaceutica, entro i tetti di spesa finanziati.

A tal fine è necessario realizzare un sistema di monitoraggio che vada a valutare l'aderenza alle terapie farmacologiche per le principali patologie croniche in modo da intervenire tempestivamente sulle eventuali inappropriatezze prescrittive riscontrate.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

In particolare, saranno oggetto di valutazione l'aderenza alle terapie nelle seguenti patologie croniche: Diabete, Osteoporosi, Asma e BPCO (con possibilità di integrarne ulteriori).

Inoltre, al fine di coinvolgere quanto più possibile il paziente nei percorsi di cura sarà fornita una piattaforma informatica volta al miglioramento dell'aderenza alle terapie.

I dati dell'ASL Napoli 3 Sud per gli anni 2019, 2020 e 2021 per l'aderenza per il Diabete, per l'Osteoporosi, per la BPCO e per l'ASMA, sono pubblicati sul sito aziendale

Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Definizione di nuovi obiettivi da assegnare inerenti la farmaceutica territoriale erogata in regime convenzionale che incentivino l'aderenza alle terapie farmacologiche;
- ❖ Realizzazione di Sistema di monitoraggio attraverso il Sistema Informatico Regionale Sani.Arp./CIRFF che valuti l'aderenza alle terapie farmacologiche;
  - Numero di report prodotti;
- ❖ Realizzazione di una piattaforma volta al miglioramento dell'aderenza alle terapie;
  - Divulgazione dell'applicazione informativa regionale MiCuro.

### Farmaceutica territoriale: farmaci equivalenti

L'incremento dell'utilizzo appropriato dei farmaci equivalenti è strettamente collegato alla sostenibilità della spesa farmaceutica all'interno del tetto di spesa programmato (7,96%), oltre che quella a carico del cittadino, in relazione alla circostanza che la quota di spesa differenziale è posta per legge in capo allo stesso. Pertanto, occorre potenziare le azioni di monitoraggio dell'andamento della spesa farmaceutica convenzionata rispetto al periodo dell'anno precedente, verso l'andamento nazionale e all'interno della Regione e per singolo distretto. Attraverso i dati mensili rilevabili dal sistema TS- Sogei, verranno effettuate analisi dettagliate per singola classe di farmaco. Le analisi troveranno il proprio razionale anche dalla variabilità dei consumi per classi di farmaci specifici e ad alto impatto prescrittivo.

Verranno intraprese anche azioni correlate ad una corretta informazione relativamente ai farmaci equivalenti al fine di incrementare consapevolmente l'utilizzo appropriato degli stessi da parte dei cittadini.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

Nell'ASL Napoli 3 Sud la percentuale di equivalente è visibile sulla pagina internet di competenza.

### Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Promozione di percorsi formativi/informativi che coinvolgano operatori sanitari e cittadini;
  - Campagne formative/informative realizzate di concerto con il settore comunicazione supportate dai dati rilevati dal Centro Regionale di Farmacovigilanza relativamente alle segnalazioni di reazioni avverse ai farmaci equivalenti e non;
- ❖ Definizione di specifici obiettivi relativi alle classi terapeutiche a maggiore spesa da assegnare a ciascuna Distretto;
  - Prevedere specifici indicatori che ciascuna distretto dovrà monitorare relativamente alle 5 classi terapeutiche a maggiore spesa al fine di aumentare la percentuale di utilizzo dei farmaci equivalenti e diminuire la spesa farmaceutica (almeno del 5%/anno).

### Incentivazione dell'utilizzo dei farmaci biosimilari

I farmaci biosimilari, oggigiorno, rappresentano un'enorme opportunità per i Servizi Sanitari Regionali al fine di recuperare risorse da reinvestire, in modo da favorire l'accesso alle cure ai pazienti. Pertanto, l'ASL per il triennio 2022-2024 dovrà potenziare quanto più possibile l'utilizzo dei farmaci biosimilari nella reale pratica clinica, sia attraverso il monitoraggio costante e continuo degli stessi che attraverso una revisione delle disposizioni normative regionali.

L'incentivo all'utilizzo dei farmaci biosimilari si intende tanto nell'arruolamento dei pazienti naive, dove il medico deve indicare attraverso la piattaforma informatica regionale prescrittiva le motivazioni al non utilizzo del farmaco biosimilare o biologico con prezzo più basso nell'anagrafe delle gare messe in essere dalla centrale di committenza So.Re.Sa. SpA, quanto nell'utilizzo nei pazienti già in trattamento (switch terapeutico) secondo quanto indicato nel secondo position paper redatto dall'AIFA.

In particolare, attraverso il sistema informatico prescrittivo regionale (piani terapeutici informatizzati-Saniarp), consentirà alla Direzione Strategica e ai Direttori dei Distretti di valutare l'andamento prescrittivo per singolo Centro Prescrittore, per singolo Medico afferente allo stesso, per singolo farmaco e per specifica indicazione terapeutica.

Le valutazioni prescrittive che verranno richieste ai Direttori dei Distretti (DS) dovranno tenere conto dell'andamento prescrittivo dei farmaci biosimilari rispetto ai corrispondenti farmaci biologici originator

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

per singola indicazione terapeutica.

Inoltre, verrà valutato per singola indicazione terapeutica anche l'andamento prescrittivo del biosimilare verso altre classi di farmaci con diverso ATC, ma con medesima indicazione terapeutica.

Inoltre, i DS relazioneranno circa l'andamento prescrittivo e gli obiettivi % di utilizzo di biosimilari.

Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Realizzazione di un Sistema di monitoraggio che valuti l'utilizzo dei biosimilari nella reale pratica clinica
  - Numero di report prodotti;
- ❖ Definizione di nuovi obiettivi volti all'incentivazione dell'utilizzo di farmaci biosimilari. Il disposto indicherà le % di utilizzo dei farmaci biosimilari che i distretti dovranno raggiungere. Le % saranno diverse per singolo farmaco e varieranno in maniera % per anno, in quanto terranno conto sia degli obiettivi raggiunti nell'anno precedente che della patologia;
- ❖ Realizzazione di modelli specifici di approvvigionamento dei farmaci biosimilari volti all'utilizzo del farmaco a minor costo.

## Distribuzione per Conto (DPC) con logistica centralizzata

Con il DCA n. 97/2016 è stato definito l'elenco unico dei farmaci Distribuiti in nome e per Conto e la tariffa massima di remunerazione in tutta la Regione Campania.

Ciò nonostante per quel che concerne la logistica distributiva dei farmaci dispensati in DPC, ad oggi, ogni ASL utilizza un proprio magazzino per lo stoccaggio e la distribuzione e diverse forme retributive. Al fine di ottimizzare l'intero processo, si prevede la centralizzazione della logistica del farmaco, con abbattimento delle scorte e dei relativi scaduti con un notevole minor impiego di capitale per la Regione Campania oltre che di risorse umane per singola AASSLL.

La centralizzazione permetterà di ridurre ulteriormente la fuga in convenzionata dei farmaci A-PHT in quanto si centralizzeranno gli acquisti per l'intera Regione, ottimizzando i tempi necessari correlati alle procedure di gara. La centralizzazione permetterà di minimizzare i tempi di acquisizione dei farmaci A-PHT quando introdotti per la prima volta sul mercato (nuove classi di farmaci A-PHT). La stessa procedura permetterà di ottimizzare anche i tempi di acquisizione dei farmaci quando si esauriscono i contratti degli

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

stessi già in essere a causa di variazione dei consumi dovuti per delle variazioni prescrittive, rotture di stock da parte delle Aziende Farmaceutiche ecc.

Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Realizzazione di un Sistema di monitoraggio attraverso il Sistema Informatico Regionale Sani.Arp/CIRFF che valuti l'utilizzo dei farmaci in DPC;
  - Numero di report prodotti.

### La gestione delle liste di attesa

La Regione Campania, nel corso di questi ultimi anni, ha emanato numerose disposizioni per garantire l'adozione delle classi di priorità previste dal Piano Nazionale e Regionale di governo delle liste di attesa. A rafforzare l'azione di governo dei tempi di attesa, in data 8 agosto 2017 la Regione Campania ha approvato il DCA n. 34 "Interventi per l'efficace governo dei tempi e delle liste d'attesa. Obiettivi per gli anni 2017 e 2018" che ha emanato le Linee di indirizzo regionali affinché le Aziende Sanitarie realizzassero interventi atti a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni sentinella, nonché a raggiungere il giusto equilibrio tra i tempi di attesa dell'attività istituzionale e dell'attività libero professionale.

Il DCA n. 34/2017 ha previsto azioni, obiettivi e tempi di attuazione degli stessi.

Con successivo DCA n. 47/2017 è stato previsto un costantemente monitoraggio dell'attuazione delle Linee Guida sulle liste di attesa di cui al DCA n. 34/2017 attraverso strumenti di valutazione (griglia di indicatori) nonché incontri continui di briefing con i referenti aziendali delle Liste di attesa e con le Direzioni strategiche aziendali.

In relazione agli obiettivi previsti dal DCA n. 34/2017 in tutte le Aziende Sanitarie è stato nominato un referente unico per le liste di attesa e si è proceduto ad informatizzare le agende aziendali, a strutturarle in modo da tenere separati i primi accessi dagli accessi successivi e l'attività istituzionale da quella libera professionale, nonché ad organizzarle secondo le classi di priorità.

Le Aziende per garantire il rispetto dei tempi d'attesa, hanno proceduto all'implementazione dell'offering ambulatoriale, in base alle classi di priorità, grazie ad una riorganizzazione delle ore di specialistica ambulatoriale, regolamentazione dell'attività in overbooking, apertura supplementare di sedute ambulatoriali nelle branche con maggiore criticità (cardiologia, gastroenterologia ed endoscopia digestiva

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

e radiologia), attività di recall e proceduto alla sospensione temporanea dell’attività libera professionale tesa ad una riduzione del 70% del disallineamento dei tempi di attesa tra attività istituzionale e attività intramoenia.

A tal fine con DCA n. 56/2019 è stato modificato, anche alla luce del PNGLA 2019-2021, il DCA n. 95 del 05.11.2018, già a integrazione e modifica del DCA n. 60/2018.

Con tale decreto la Regione Campania ha emanato le Linee di indirizzo regionali per l’adozione del Piano Aziendale in materia di Attività Libero Professionale Intramuraria e, con successivo DD n. 24/2019, ha costituito l’Organismo Paritetico ALPI.

A supporto delle attività di governo dei tempi d’attesa, la Regione ha implementato l’adozione di una Piattaforma regionale per il monitoraggio delle Liste di Attesa in grado di monitorare in tempo reale e/o in intervalli di tempo codificati, la prima disponibilità e la performance delle prestazioni per ciascuna Azienda.

La Piattaforma liste di attesa consente l'estrazione dei dati del monitoraggio ex ante previsto dal Questionario LEA nonché l'analisi delle performance anche in funzione degli obiettivi previsti dal monitoraggio ex post. Oltre il cruscotto "Monitoraggio ex ante", essa comprende i seguenti cruscotti:

- ❖ Performance prenotati;
- ❖ Performance erogati;
- ❖ Performance ricoveri;
- ❖ Prima disponibilità;
- ❖ Monitoraggio Volumi Istituzionali/ALPI.

La Piattaforma include una sezione "Trasparenza" che presenta un cruscotto "Liste di attesa performance" da dove si evince la percentuale di garanzia dei tempi di attesa e un cruscotto "Liste di attesa prime disponibilità" che consente al cittadino di accedere in tempo reale alla prima disponibilità per ogni prestazione di ciascuna Azienda Sanitaria.

Con DD n. 93/2019, è stata recepita l'Intesa del 21 febbraio 2019 sul PNGLA 2019-2021 e promosso, quale strumento di governo clinico, il modello RAO - Raggruppamenti di Attesa Omogenei – con la finalità di ridurre al minimo la disomogeneità di comportamento da parte di chi gestisce prescrizione,

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

prenotazione ed erogazione della prestazione specialistica, oltre che la raccolta dati.

Con DCA n. 52/2019 la Regione ha provveduto all'adozione del PRGLA 2019-2021 in linea con il PNGLA 2019-2021.

Il Piano regionale mira, tra l'altro, ad individuare strumenti e modalità di collaborazione tra tutti gli stakeholders per una concreta presa in carico dei pazienti da parte di MMG, PLS e specialisti, prevedendo modelli di gestione integrata dell'assistenza attraverso l'attuazione e la gestione programmata dei PDTA coerentemente con quanto previsto dal Piano di riorganizzazione delle Cure Primarie. Inoltre, il Piano Regionale prevede la revisione degli ambiti territoriali e la realizzazione dei Percorsi di Tutela a Garanzia del cittadino in collaborazione sia con altre strutture Pubbliche che con le strutture accreditate presenti sul territorio.

Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Recepimento dell'Intesa sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021;
  - Adozione del Decreto Dirigenziale;
- ❖ Monitoraggio e Valutazione Tempi di attesa delle prestazioni indice;
- ❖ Valutazione del numero di prestazione erogate in attività ordinaria rispetto a quelle erogate in intra moenia.

## La gestione del rischio e della sicurezza del paziente e dell'operatore

La Raccomandazione del Consiglio d'Europa del 9 giugno 2009 sulla sicurezza dei pazienti chiarisce che: "La scarsa sicurezza dei pazienti rappresenta un grave problema per la sanità pubblica ed un elevato onere economico per le scarse risorse sanitarie disponibili. Gli eventi sfavorevoli, sia nel settore ospedaliero che in quello delle cure primarie, sono in larga misura prevenibili e la maggior parte di essi sono riconducibili a fattori sistemici".

La "gestione del rischio clinico" rientra tra gli interventi del "governo clinico" per il miglioramento della qualità delle prestazioni attraverso un processo sistematico, comprendente sia la dimensione clinico-assistenziale che quella gestionale. Sicurezza dei pazienti e "Clinical Governance" sono strettamente connessi; una solida "Clinical Governance" costituisce una valida garanzia di sicurezza delle cure e, conseguentemente, è in grado di contenere, riducendoli ad un livello fisiologico, gli eventi avversi.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

Nell’ambito delle azioni da mettere in atto per garantire la sicurezza dei pazienti rientra anche la prevenzione e il controllo delle infezioni associate all’assistenza sanitaria.

L’ASL in ottemperanza alle direttive nazionali ha avviato nelle proprie strutture sanitarie un percorso di implementazione delle attività di risk management, finalizzate al miglioramento della qualità delle prestazioni e della sicurezza dei pazienti e degli operatori attuando il programma Regionale di Gestione del Rischio declinato nei Programmi Operativi precedenti.

Sono stati raggiunti i seguenti risultati:

- ❖ l’ASL si è dotato di una struttura interna per la gestione del Rischio clinico ;
- ❖ sono stati resi operativi strumenti e metodologie manageriali per una strategia di governo del rischio clinico. In particolare, sono state avviate diverse iniziative per promuovere la conoscenza e l’applicazione di alcune procedure e metodologie utili per la gestione del rischio nel campo della prevenzione, identificazione e analisi degli eventi avversi, anche tramite il Progetto di gemellaggio con l’ASR Emilia Romagna “Trasferimento di buone pratiche per il potenziamento degli strumenti applicabili alla gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie”;
- ❖ è stato attivato il flusso informativo SIMES (sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità- Eventi Sentinella), in attuazione degli adempimenti previsti dal Decreto Ministeriale 11.12.2009 (G.U. n. 8 del 12.1.2010);
- ❖ monitoraggio delle azioni aziendali a seguito dell’occorrenza di eventi sentinella attraverso la produzione periodica di report regionali;
- ❖ pubblicazione di un report periodico relativo alla sorveglianza delle antibiotico resistenze;
- ❖ attuazione del Piano Regionale per la prevenzione delle cadute di pazienti ospedalizzati.

Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Monitorare l’Implementazione delle Raccomandazioni ministeriali nei PPOO;
  - Numero di raccomandazioni del Ministero della Salute implementate/totale raccomandazioni in ogni presidio;
- ❖ Integrare il piano regionale cadute con la definizione ed emissione di linee di indirizzo per la prevenzione delle cadute in ambito pediatrico;

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

- Monitorare il piano regionale cadute attraverso gli indicatori forniti nel documento di indirizzo alle aziende;
- Report annuale di attività;
- ❖ Monitorare la reale attuazione dei Piani di miglioramento comunicati dalle aziende a seguito dell'occorrenza di eventi sentinella;
  - Report annuale di attività;
- ❖ Centralizzazione della preparazione dei Farmaci antineoplastici: Implementazione, nelle Aziende Sanitarie che erogano prestazioni oncologiche, delle Unità Farmaci Antitumorali (UFA) interne al Presidio o esterne, in service aziendale o interaziendale;
  - Rapporto tra le strutture che utilizzano UFA interne o esterne al presidio, per l'allestimento delle preparazioni antiblastiche, rispetto al totale delle strutture che erogano prestazioni oncologiche;
- ❖ Gestione del paziente in corso di terapia con farmaci antiblastici: Recepimento e attuazione, da parte dell'ASL Napoli 3 Sud, del documento relativo alla Rete Oncologica Campana.

### **3.11 Gli obiettivi di riorganizzazione**

#### **Gli obiettivi di riorganizzazione dei distretti sociosanitari**

La Regione Campania riconosce nel Distretto Sanitario il soggetto centrale nel governo delle attività territoriali, affermando i paradigmi dell'appropriatezza e dell'efficacia e orientando la dinamica di offerta “sanitaria” (servizi, prestazioni) verso l’offerta di “salute” (outcomes, esiti), in adesione agli standard previsti dai sistemi di garanzia e dal programma nazionale esiti.

In coerenza con tali assunti, la Regione individua il Territorio quale ambito elettivo per il trattamento delle patologie a sfondo cronico-degenerativo e presidiando fortemente l'integrazione sanitaria e sociosanitari.

In ogni distretto sanitario devono essere organizzati:

- ❖ La Porta Unitaria di Accesso, costituita ai sensi ai sensi della DGRC n. 790/2012, con funzioni di accoglienza e primo orientamento. La porta di accesso al sistema deve essere unitaria e il Distretto deve essere l'unico gate-keeper, dove si concentrano le potestà di organizzazione ed orientamento, superando la dispersione indotta da porte di accesso settoriali. La PUA, oltre ad essere un “luogo

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

funzionale”, deve essere anche un “luogo fisico”, facilmente accessibile ed identificabile, nonché accogliente. La PUA svolge sia funzioni di front- office, con attività di accoglienza dei cittadini e decodifica della domanda, sia funzioni di back-office, con attività di monitoraggio dei casi, di archiviazione e tenuta delle cartelle utenti, di mappatura delle risorse territoriali ma anche ospedaliere e sociali per quanto necessario al percorso clinico;

- ❖ L’Unità di Valutazione Distrettuale Multidimensionale e Multidisciplinare (UVMM), già denominata in precedenti atti regionali quale Unità di Valutazione Integrata (UVI), per i bisogni complessi. L’Unità di Valutazione effettua la valutazione multidimensionale impiegando un’equipe multiprofessionale costituita da personale fisso, ovvero sempre presente alle sedute di valutazione indipendentemente dall’utente (è il caso del delegato alla spesa del Distretto, dell’Ambito/Comune, ecc.) e da personale variabile, ovvero personale presente in funzione dell’utente in valutazione (MMG/PLS, AS, utente/care giver, medico specialista ecc.). La UVMM è composta dal Direttore del Distretto o un suo delegato, da medici specialisti per patologia, sia ospedalieri che territoriali, il MMMG/PLS del paziente, l’assistente sociale. Essa può declinarsi in percorsi geriatrici, per minori, per dimissioni protette, malattie cronico degenerative, disagio, tossicodipendenza, cure domiciliari non prestazionali. La UVMM non è solo un attore clinico, ma è anche, e soprattutto, un allocatore di risorse: stabilisce in quale ambito di cura appropriato va posizionato il caso. Fatta eccezione per l’accesso dell’utente ai servizi specialistici tramite prescrizione del Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta e il caso di urgenza che prevede un proprio specifico percorso di accesso ai servizi, l’Unità di Valutazione Multidisciplinare e Multiprofessionale costituisce l’unico punto di accesso per i bisogni complessi a tutti i servizi in rete di tipo domiciliare, semiresidenziale, residenziale a qualsiasi tipologia essi appartengano. Protocolli definiti con il Presidio Ospedaliero di riferimento potranno individuare percorsi che includono come risposta erogativa il ricovero, e questo comporterà la partecipazione alla UVMM anche di professionalità ospedaliere competenti per patologia.

### Gli obiettivi di riorganizzazione del Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è macrostruttura operativa dell’Azienda Sanitaria Locale preposta, in attuazione del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i, e della Legge Regionale n. 32/1994 di riordino del Servizio Sanitario Regionale, alla promozione della tutela della salute collettiva, perseguitando obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie acute e croniche e delle disabilità ed al miglioramento della qualità della vita. Ai sensi dell’articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, il Servizio Sanitario Nazionale assicura i livelli essenziali di assistenza (L.E.A.): con l’articolo 1, comma 1, del DPCM 12.01.2017 sono stati rimodulati i livelli essenziali di assistenza e, nello specifico, alla lettera a) è

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

previsto il livello "Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica", riferito al Dipartimento di Prevenzione. All'articolo 2 del medesimo D.P.C.M. sono inclusi nel livello "Prevenzione Collettiva e Sanità pubblica" i seguenti LEA:

- ❖ sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- ❖ tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- ❖ sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- ❖ salute animale e igiene urbana veterinaria;
- ❖ sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
- ❖ sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- ❖ attività medico legali per finalità pubbliche.

### Gli obiettivi di riorganizzazione del Dipartimento delle Dipendenze

La Legge 79/2014, di modifica di alcuni articoli del T.U. 309/90, disciplina il cambio di denominazione dei Servizi in materia da Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T.) a Servizi per le Dipendenze (Ser.D.). Tale cambiamento, non solo terminologico, prende atto della complessità del fenomeno non più legato esclusivamente sull'uso della sostanza, prevalentemente eroina, ma anche da altri comportamenti che inducono dipendenza senza uso di sostanze (gioco d'azzardo, internet, shopping compulsivo, ecc....). Questa nuova visione dei servizi impone di conseguenza una riorganizzazione del Sistema pubblico che sia in grado di proporre risposte complesse a bisogni sempre più complessi e articolati. Attualmente sono operative le tipologie assistenziali Terapeutico-riabilitativo e minor misura Pedagogico-riabilitativo, mentre le tipologie specialistiche Doppia Diagnosi, Accoglienza, Minori TD, Madre Bambino sono in corso di attivazione, coerentemente all'accordo di riconversione posti letto approvato con DCA 54/2019.

Con un aumento dei consumatori di cocaina, cannabis e alcool anche se la sostanza prevalente rimane l'eroina con aumento di cittadini poliassuntori. La fascia di età prevalente relativa alla prima iscrizione permane quella 35-40 anni. Mentre per quanto attiene il numero di iscritti relativi alle cosiddette "Dipendenze senza sostanze" emerge il dato allarmante del numero di cittadini in carico, 2.376, al 31/12/2018 per Disturbo da Gioco D'Azzardo, dato che nell'ultimo triennio aumenta del 50% rispetto al numero di assistiti dell'anno precedente, che impone una riorganizzazione dei servizi pubblici per le

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

dipendenze, inizialmente tarati sul consumo di eroina e su una visione prevalentemente medica. Riorganizzazione che la Regione ha già avviato attraverso l'attuazione del Piano di Azione Regionale di contrasto alle dipendenze patologiche (DCA 86/2016) e del Piano Regionale di contrasto al disturbo da gioco d'azzardo (DCA 81/2018).

Questo dato sommato alla slatentizzazione, in diversi consumatori, di patologie di rilevanza psichiatrica costringe il sistema integrato di presa in carico , pubblico (Ser.D.) e privato accreditato (Comunità terapeutiche), ad un forte raccordo sia interdipartimentale nelle AASSLL con la Salute Mentale e la Prevenzione che inter-istituzionale con i Comuni associati in Ambiti Territoriali (L.R. 11/2007) al fine di pianificare e realizzare servizi adeguati alla complessità dell'evoluzione del fenomeno delle dipendenze (vedi doppia diagnosi, percorsi brevi residenziali per il Disturbo da gioco d'azzardo, reinserimento socio lavorativo ecc ).

Il raccordo è attualmente garantito dal Dipartimento Dipendenze, che include Servizi medici, psicologici, sociali ed educativi. I Ser.D. nel tempo hanno avviato anche Centri antifumo per il contrasto al Tabagismo e assistenza mirata a cittadini con dipendenza da Alcool con un aumento dei cittadini in carico. Il cambiamento dei nuovi stili di consumo e la crescita esponenziale del poliabuso (cocaina, nuove sostanze ed alcol), impongono oggi ai servizi nuove sfide: gli attuali organici devono essere necessariamente rivisti, così come devono essere rivisti gli spazi della cura e l'approccio stesso con i nuovi consumatori e i cittadini con dipendenza di questo millennio. Nell'anno 2020, la politica degli interventi del Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL Napoli 3 Sud si muoverà seguendo proprio questo cambiamento in continuità con le azioni già svolte negli anni passati. L'attenzione sarà rivolta alla Prevenzione universale e selettiva delle addiction (chimiche e comportamentali) negli Istituti Scolastici Secondari di 2° grado di tutto il territorio dell'ASL Napoli 3 Sud, attraverso programmi di prevenzione attuati dai singoli Ser.D. e coordinati nelle modalità e finalità generali dal Dipartimento Dipendenze; alle problematiche correlate alla comorbilità psichiatrica e al poliabuser; grande attenzione sarà data alla presa in carico dei cittadini con dipendenze comportamentali, in particolare il disturbo da gioco d'azzardo. Inoltre, si integreranno le attività trattamentali già in essere presso i Ser.D. e le Comunità Terapeutiche con interventi terapeutico-riabilitativi di semiresidenzialità presso i Centri deputati. Inoltre, proseguiranno gli interventi volti all'eradicazione delle patologie infettive correlate ai disturbi di dipendenza, con interesse precipuo all'attuazione degli screening finalizzati all'attuazione dei percorsi terapeutici per la negativizzazione dell'epatite C per tutti i pazienti in carico. Fondamentale risulta anche uno studio attento dell'efficacia degli interventi dei Ser.D. sulla popolazione degli utenti presi in carico, per poter meglio orientare interventi, protocolli e terapie. Non solo. Un follow up sistematico serve anche a calibrare i percorsi formativi per il personale, garantendo una costante crescita della qualità stessa degli interventi.

## Percorsi di cura a forte integrazione ospedale-territorio-Le Reti

### Rete Materno-Infantile

La Regione Campania programma una rinnovata Rete Materno-Infantile con i seguenti obiettivi:

- ❖ Integrazione tra territorio-ospedale-territorio valorizzando adeguatamente le attività distrettuali, in connessione con quelle ospedaliere, tramite lo sviluppo e la condivisione tra professionisti di percorsi assistenziali integrati per la madre e il nascituro, attraverso una migliore presa in carico e la continuità assistenziale;
- ❖ Rimodulazione dell’assistenza territoriale per rispondere ai bisogni di cura delle gestanti e dei neonati, bambini e adolescenti favorendo l’adeguamento professionale e formativo delle ostetriche dei ginecologi, dei pediatri, degli infermieri e delle altre figure sanitarie inseriti nel percorso di cure perinatali;
- ❖ Definizione di una rete socio-sanitaria che integri i consultori, i servizi sociali e la scuola (presa in carico e somministrazione dei farmaci a pazienti con malattie croniche) organizzata sulle esigenze del neonato, del bambino e dell’adolescente.

### Integrazione delle reti tempo-dipendenti

Nell’ambito della definizione delle Reti tempo-dipendenti correlate all’assistenza ospedaliera, la Regione ha definito con DCA n° 64 del 2018 e DCA n°63 del 2019, la propria rete IMA e la propria rete ICTUS. Tali documenti, rispondenti ad un’esigenza prioritariamente legata all’area dell’emergenza, devono necessariamente essere estesi da un lato al versante della prevenzione della patologia, dall’altro alla presa in carico del paziente dopo l’evento acuto.

## 3.12 La comunicazione sanitaria

L’ASL ritiene fondamentale per l’area sanitaria strutturare processi di comunicazione specifici. La Comunicazione Sanitaria rivolta al cittadino permette di informare, accrescere le competenze, divulgare informazioni sanitarie appropriate.

L’ASL da anni attua campagne di comunicazione specifiche su temi di grande impatto sociosanitario tali da poter indurre cambiamenti positivi nell’approccio degli individui alla salute o prevenire cambiamenti negativi rispetto al peggioramento dello stato di salute della popolazione residente nel territorio.

Saranno utilizzati i diversi canali della comunicazione, prodotti editoriali, cartellonistica, campagne media mediante i giornali, la radio, la televisione; differenziando di volta in volta il messaggio in base all’argomento, alla finalità ed al target.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

L'uso dei social network ha apportato un profondo cambiamento nella prospettiva dell'organizzazione, passando da una comunicazione top-down a una comunicazione orizzontale, dando la possibilità ai cittadini di parlare sui profili social dell'ASL.

Il web sociale sta perciò emergendo sempre più come grande repository di informazioni sulla salute e come spazio di dialogo, condivisione e partecipazione dei cittadini/pazienti: in virtù di ciò è necessario che la comunicazione istituzionale si aggiorni, si adegui e si "impossessi" di questi nuovi canali per utilizzarli al meglio per veicolare informazioni e messaggi corretti

### Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Fornire informazioni specifiche e dettagliate rispetto alle cure, messaggi chiari, semplici ma professionalmente corretti, tali da combattere le false credenze e le fake news che troppo spesso provengono dai media e dalla rete;
- Redazione annuale di un Piano della Comunicazione Sanitaria con indicatori di volta in volta individuati in relazione agli scopi e finalità delle singole Campagne di Comunicazione;
- ❖ Formare e coinvolgere i cittadini più giovani. La prevenzione e l'orientamento a stili di vita corretti devono necessariamente iniziare in giovane età, per questo il processo di empowerment deve iniziare con la scolarizzazione, fino a far divenire i giovani maestri e motore di cambiamento del mondo adulto;
- Redazione annuale di un Piano della Comunicazione Sanitaria con indicatori di volta in volta individuati in relazione agli scopi e finalità delle singole Campagne di Comunicazione;
- ❖ Rivolgere maggior attenzione alla comunicazione tra medici, operatori e pazienti. Percorsi di Audit negli ospedali e nei Servizi territoriali, formazione agli operatori ed ai medici affinché vi sia una maggior attenzione all'accoglienza dell'ammalato e una disponibilità professionale ai bisogni "umani";
  - Numero interventi informativi e formativi prodotti nel corso dell'anno, numero di pubblicazioni di buone pratiche e testi di divulgazione prodotti;
- ❖ “Umanizzazione delle cure” è una definizione spesso non totalmente accolta nella pratica, la Sanità desidera recuperare realmente l'aspetto “umano” della cura, accostandosi, oltre che con le

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

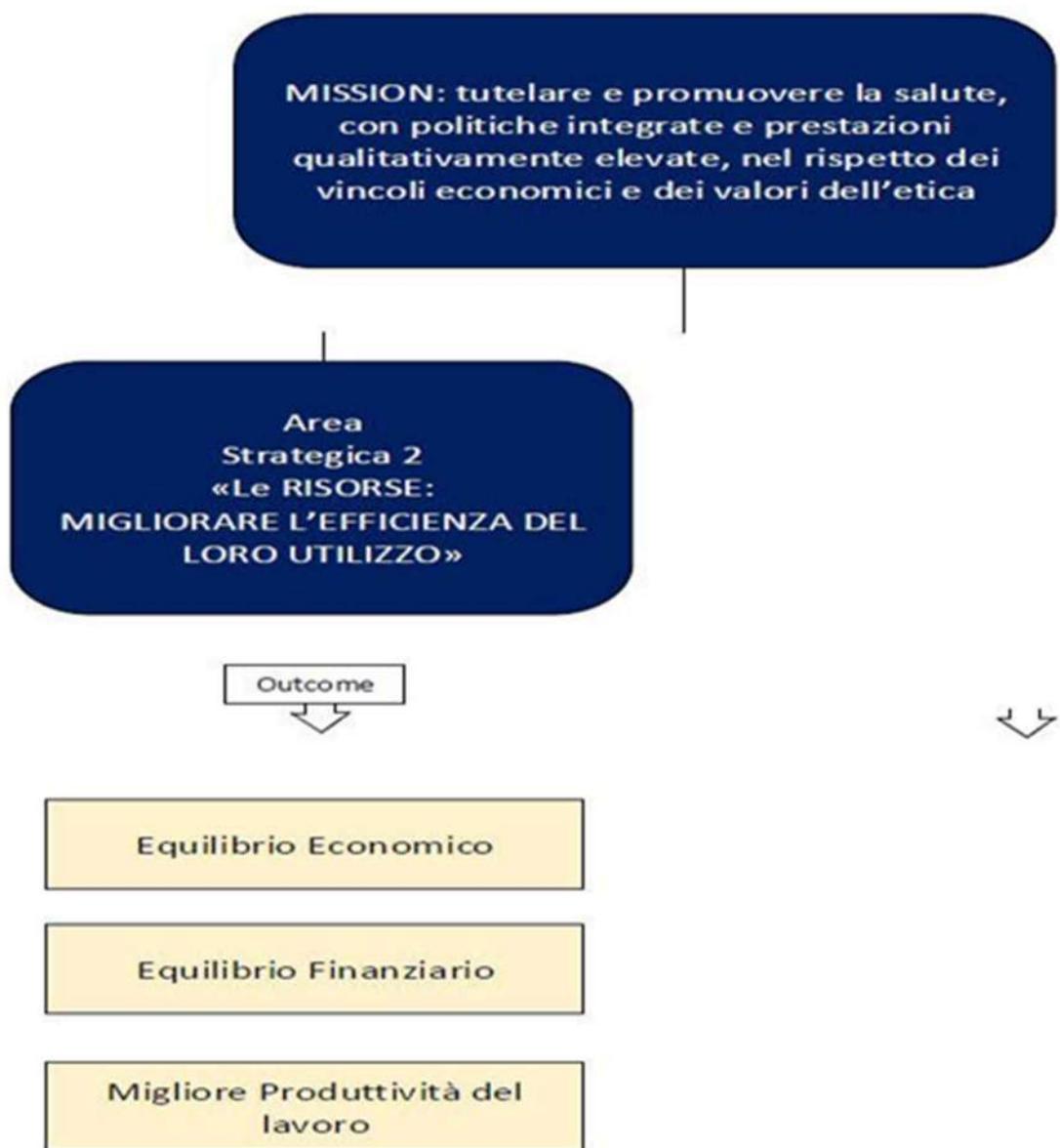
*(art. 6 del DL 80/2021)*

competenze mediche e l'aggiornamento delle proprie strutture sanitarie, anche con una rinnovata capacità di accoglienza;

- Numero interventi informativi e formativi prodotti nel corso dell'anno, numero di pubblicazioni di buone pratiche e testi di divulgazione prodotti.

### Obiettivi economici

Si riporta di seguito una rappresentazione grafica degli obiettivi economici che l'ASL Napoli 3 Sud intende perseguire.



**Figura 32 – Obiettivi economici**

### La tempestività dei pagamenti

La Regione Campania, intende proseguire anche nel triennio 2022-2024, le azioni volte al completamento della Centrale Unica di Pagamento ed alla riduzione dei tempi di pagamento.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

Attualmente la Centrale Unica di Pagamento è attiva per tutti i tipi di pagamenti sulle Aziende Sanitarie. Alla progressiva entrata a regime del (SIAC) Sistema Informativo Amministrativo Contabile Sistema Informativo Amministrativo Contabile in ambiente SAP in tutte le aziende sanitarie si affiancherà l'entrata a regime dei servizi centralizzati di pagamento (CUP So.Re.Sa.) come da DCA 68/2019.

Nonostante per i debiti correnti delle aziende sanitarie si registrino ad oggi tempi di pagamento entro i 60 giorni, la presenza in PCC di stock residui di debitioria pregressa inficia le performances dell'ITP. La riduzione dei tempi di pagamento e la definitiva normalizzazione dell'ITP deriveranno da una duplice azione:

- ❖ entrata a regime del SIAC e nodo del MEF (NSO), che consentirà di consolidare e stabilizzare performances di pagamento sul corrente sotto i 60 giorni;
- ❖ azzeramento della debitioria pregressa.

Obiettivi e indicatori:

- ❖ Riduzione dell'ammontare dell'indebitamento commerciale residuo del SSR ad un livello da considerare fisiologico;
  - Tempi di pagamento nel limite di 60 giorni previsti dalla legislazione vigente, con ulteriore riduzione (dicembre 2019) fino a completo azzeramento, entro dicembre 2022, dei ritardi di pagamento anche sul pregresso (ITP);
- ❖ Stabilizzazione dell'ITP dei singoli Enti entro i limiti previsti dalla normativa;
  - Rispetto della tempistica prevista dalla normativa vigente da parte di ogni azienda per l'anno 2021 anche sul debito pregresso.

## Il programma n. 6: Certificabilità dei Bilanci del SSR

Con il programma di cui all'art. 79 comma 1 sexies della L.133/2008, la Regione Campania ha previsto specifiche attività, finalizzate al ridisegno dei processi e delle procedure amministrativo contabili, alla definizione ed implementazione delle procedure di contabilità analitica a livello di singola azienda e gestione sanitaria accentrata ed alla realizzazione di una metodologia ed un modello regionale di controllo di gestione. Un'ulteriore azione intrapresa è stata l'avvio dell'estensione dell'attivazione del nuovo Sistema Amministrativo Contabile (di seguito SIAC) in tutti gli Enti e nella Gestione Sanitaria Accentrata

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

(GSA) che doterà il SSR di uno strumento tecnologico unico in grado di rilevare, gestire e, quindi, monitorare e controllare tutte le operazioni realizzate nelle strutture operanti a livello aziendale, offrendo la possibilità di indagare e analizzare il dato in tempo reale, sia nella prospettiva sintetica delle grandezze macro-aziendali e di sistema, sia nella prospettiva analitica delle grandezze micro-aziendali e di singola transazione.

La contabilità analitica, cardine dell’UOC Controllo di Gestione non è più rinviabile, l’attuazione della stessa è obiettivo precipuo dell’U.O. di cui sopra.

L’adeguamento di tutte le procedure amministrativo contabili, come definito del DCA 63/2018, da applicare nel rispetto delle aree aziendali definite dal PAC (Parte Generale, Area Immobilizzazioni, Area Rimanenze, Area Crediti e Ricavi, Aree Disponibilità Liquide, Area Patrimonio Netto e Area Debiti e Costi), avrà il principale obiettivo di miglioramento dei processi aziendali delle Aziende Sanitarie, incidendo in maniera efficace sulla corretta definizione di ruoli e responsabilità. Tale attività inoltre rappresenta uno dei primi fondamentali passi nel percorso di certificabilità dei bilanci consentendo inoltre di monitorare nel corso del tempo lo stato di avanzamento di ogni singola Azienda.

Un altro importante obiettivo da raggiungere, previsto dal programma ex art. 79, su cui la Regione Campania ha investito fortemente, è rappresentato dallo sviluppo di un sistema di controllo interno contabile volto a garantire ad ogni Azienda Sanitaria del SSR la possibilità di valutare l’efficienza dei processi aziendali e l’attendibilità del sistema di informazioni economiche-finanziarie.

### Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Implementazione dell’impianto contabile necessario all’accompagnamento della Certificabilità dei Bilanci;
  - Monitoraggio dell’applicazione delle procedure amministrativo contabili adottate;
- ❖ Sviluppo ed avviamento operativo del sistema di controllo interno contabile;
  - Percentuale di implementazione del sistema di Internal Audit.

### Le risorse, l’efficienza e l’economicità

Si sviluppano sinteticamente le informazioni rilevanti di carattere economico-finanziario desumibili dal ciclo di bilancio, ad integrazione degli obiettivi e risultati riportati nei precedenti paragrafi. In particolare sono esplicitati i principali valori di bilancio e i risultati, prevalentemente in termini di efficienza ed

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

economicità. Il principale documento di riferimento è costituito dal bilancio consuntivo e relativo “Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio”, come previsto dall’art. 22 del D. Lgs. n. 91/2011 che, per le amministrazioni centrali dello Stato, corrisponde alle note integrative disciplinate dall’art. 21, comma 11, lettera a), e dall’art. 35, comma 2, della legge n. 196/2009. Un ulteriore riferimento è costituito dai processi di analisi e valutazione della spesa, ai sensi dell’art. 4, del D. Lgs. n. 123/2011, anche nell’ambito delle attività previste dall’art. 27 dello stesso decreto.

### ***3.13 Gli obiettivi strategici ed operativi per l’anno 2022***

Il ciclo di programmazione aziendale, di seguito rappresentato, si compone delle seguenti fasi:

- ❖ pianificazione strategica (livello strategico);
- ❖ programmazione operativa (livello operativo);
- ❖ monitoraggio degli obiettivi (sistema di controllo);
- ❖ valutazione degli obiettivi.

#### **La pianificazione strategica e la programmazione**

La pianificazione strategica è la funzione con la quale la Direzione Aziendale, nel rispetto dei principi e degli obiettivi del PSSR e degli obiettivi regionali, definisce gli obiettivi generali aziendali e le strategie per il loro raggiungimento.

Il processo di programmazione e controllo direzionale è il meccanismo attraverso il quale l’Azienda procede al coinvolgimento dei dirigenti nell’assegnazione o negoziazione degli obiettivi per livello di responsabilità interna e procede al loro sistematico monitoraggio al fine di garantirne il raggiungimento. Il sistema di programmazione e controllo direzionale deve necessariamente dotarsi di strumenti di supporto tra i quali il sistema di budget, non più rinviabile, il sistema di contabilità direzionale e il sistema di reporting.

Il sistema di budget, una volta attivato, rappresenta il sistema operativo principale della programmazione e del controllo di gestione. Tale sistema può essere definito come l’insieme delle regole aziendali attraverso le quali vengono articolati e pesati gli obiettivi di breve periodo con riferimento al Dipartimento e alla Unità Operative Complesse e Semplici Dipartimentali che vi afferiscono nel rispetto delle responsabilità e autonomie interne, al fine del loro concreto perseguimento. Il sistema di contabilità direzionale è lo strumento operativo mediante il quale l’Azienda misura e archivia tutti i dati utile al fine

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

di supportare il processo decisionale. Il sistema di reporting rappresenta lo strumento di rappresentazione e comunicazione periodica delle misure di performance attraverso appositi report di gestione.

L'articolazione delle linee strategiche individuate nel presente documento è rappresentata nel prospetto riportato nell'Allegato 2 "Schede obiettivi negoziati", nel quale ad ogni obiettivo strategico vengono associati uno o più obiettivi operativi che, a loro volta, in fase di predisposizione del budget saranno assegnati ai Dirigenti e alle strutture aziendali e declinati attraverso indicatori, target e articolazioni temporali. Gli obiettivi potranno anche derivare dall'assegnazione di progetti di particolare rilevanza aziendale ed essere aggiornati e/o modificati in corso d'anno.

### I documenti della programmazione sanitaria regionale

Nella predisposizione del sistema degli obiettivi vanno considerati in particolare i seguenti documenti della programmazione sanitaria regionale:

- ❖ Delibera della Giunta Regionale n. 19 del 18/01/2020 avente ad oggetto “PRESA D'ATTO E RECEPIIMENTO DEL "PIANO TRIENNALE 2019-2021 DI SVILUPPO E RIQUALIFICAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO CAMPANO EX ART. 2, COMMA 88, DELLA LEGGE 23 DICEMBRE 2009, N. 191", APPROVATO CON DECRETO COMMISSARIALE N. 6 DEL 17/01/2020, AI FINI DELL'USCITA DAL COMMISSARIAMENTO”;
- ❖ Deliberazione Giunta Regione Campania n. 372 del 06.08.2019 e Decreto Presidente Giunta Regione Campania n. 104 del 08.08.2019;
- ❖ Deliberazione Giunta Regione Campania avente ad oggetto: “Accordo Rep. Atti n. 150/CSR del 4 agosto 2021, ex art. 1, c. 34 e 34 bis, Legge n. 662/1992, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della salute di linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2021. Approvazione del Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2021 e ripartizione delle stesse e Approvazione Relazioni Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale 2020”;
- ❖ Indicazioni regionali riguardanti l'attuazione del PNRR;
- ❖ Provvedimenti, circolari e indicazioni relativi alla gestione dell'emergenza COVID-19 che richiedono una tempestiva e importante risposta del Servizio Sanitario nazionale e l'adozione di misure, anche straordinarie, di interesse per tutto il territorio nazionale.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

Le linee di indirizzo e gli obiettivi regionali

Le linee strategiche individuate dal Piano triennale 2019 – 2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009, n. 191, sono:

- ❖ promozione della salute e prevenzione attiva;
- ❖ modelli di risposta reattiva alle acuzie e ai bisogni di nuova insorgenza;
- ❖ modelli di intervento proattivi per l’individuo con bisogni cronici/complessi e interventi per le fasce di popolazione vulnerabili;
- ❖ revisione dell’assetto dell’offerta;
- ❖ comunicazione al cittadino;
- ❖ umanizzazione del sistema di cure;
- ❖ sistemi informativi, sanità digitale, programmazione acquisti e logistica sanitaria, ricerca, innovazione ed health technology assessment;
- ❖ regole del SSR, contenzioso;
- ❖ risorse economico – finanziarie;
- ❖ risorse umane e professionali;
- ❖ governance farmaci e dispositivi medici;
- ❖ investimenti in patrimonio e tecnologie.

Gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali sono:

gli adempimenti previsti da disposizioni normative, nazionali e regionali, da provvedimenti giuntali e/o governativi;

- ❖ il raggiungimento dell’equilibrio economico dell’azienda sanitaria;
- ❖ la predisposizione e l’attuazione del nuovo atto aziendale, in coerenza con i relativi provvedimenti di programmazione regionale con particolare riferimento al piano regionale di programmazione della rete ospedaliera (DCA 103/2019) e al Piano regionale di programmazione della rete territoriale;

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

- ❖ l'adozione e l'attuazione di misure idonee a garantire il perseguimento, su base aziendale, degli obiettivi individuati nel piano di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano (DCA 99/2018);
- ❖ la prosecuzione e conclusione delle azioni di regolarizzazione delle carte contabili, nonché delle azioni di implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, attraverso una puntuale attuazione del percorso della certificabilità;
- ❖ il rispetto dei tempi di pagamento.

Indicare quali obiettivi specifici di natura preliminare:

- ❖ erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (attraverso specifici indicatori della cosiddetta ‘Griglia LEA’ - punto E degli Adempimenti LEA), riportati nell’allegato A) della delibera di nomina o dei nuovi obiettivi fissati dal “Nuovo Sistema di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza” a far data dalla loro adozione;
- ❖ rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionale Intramurarie;
- ❖ continuità, completezza e qualità nell’alimentazione dei flussi informativi.

Assegnare ulteriori obiettivi tematici di cui all’allegato B) della Deliberazione Giunta Regione Campania n. 372 del 06.08.2019

Le linee progettuali per l’utilizzo, da parte delle Regioni, delle risorse vincolate ex articolo 1, comma 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662 sono le seguenti:

- ❖ percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per i pazienti con multi- cronicità, anche in relazione all’emergenza COVID-19;
- ❖ promozione dell’equità in ambito sanitario;
- ❖ costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica;
- ❖ Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione;
- ❖ la tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

### La programmazione sanitaria aziendale

I documenti della programmazione sanitaria aziendale:

- ❖ La rimodulazione dell'atto aziendale approvato con DCA n. 39 del 25/09/2017 e s.m.i. e provvedimenti di attuazione;
- ❖ Il processo seguito per la valutazione della performance annuale del personale dirigente e del comparto dell'Azienda ASL Napoli 3 Sud, valido sino alla prossima pubblicazione del Regolamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della performance;
- ❖ La deliberazione n. 642/2021, avente ad oggetto l'adozione del Piano della Performance 2021-2023 e del Documento di Direttive 2021, che individuano gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi aziendali;
- ❖ Deliberazione n. 1042 del 19.11.2021 avente ad oggetto l'approvazione del Bilancio Consuntivo dell'esercizio 2020;
- ❖ Piano del fabbisogno di personale per il triennio 2021 – 2023;
- ❖ Indicazioni aziendali riguardanti la gestione dell'emergenza COVID-19;
- ❖ Indicazioni aziendali riguardanti l'attuazione del PNRR.

### Le linee di indirizzo della programmazione aziendale 2022

In generale, si premette che l'individuazione di scelte per il futuro non può prescindere dalle grandi discontinuità che caratterizzano le dinamiche evolutive dei sistemi sanitari: il trend demografico ed epidemiologico, i nuovi modelli assistenziali guidati anche dall'evoluzione tecnologica e scientifica, la sostenibilità economica. Al tempo stesso, si rappresenta che le azioni previste per l'anno 2022, in analogia con i due anni precedenti, saranno fortemente condizionate dal perdurare dell'emergenza COVID-19.

È sulla base di queste considerazioni che si procederà nell'implementazione di un modello di servizio che sappia adeguarsi e modularsi correttamente alle mutate esigenze epidemiologiche ed assistenziali della popolazione, alla necessità di una focalizzazione della rete ospedaliera, ricondotta alla sua specificità di luogo di cura per patologie acute e complesse, all'organizzazione dei sistemi di cura territoriali sempre più a portata della popolazione di riferimento del territorio.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

Anche grazie ai fondi del PNRR, sarà avviata una stagione di investimenti che consentirà di definire un nuovo modello di assistenza sanitaria che guardi ai bisogni delle persone e dei territori, attraverso una completa riorganizzazione delle strutture intermedie e delle reti territoriali in una logica di prossimità, multi - disciplinarità e multi - professionalità, con nuovi ospedali ma anche sanità del territorio e nuove tecnologie per una offerta di prossimità, più vicina ai bisogni delle persone. La presenza di presidi sanitari sul territorio si moltiplicherà, dando una proposta più immediata ai bisogni di cura espressi dal territorio. Inoltre, l'ampliamento e l'ammodernamento del parco tecnologico migliorerà la qualità delle cure negli ospedali, permettendo anche di aumentare il numero di esami che possono essere effettuati.

Si guarda quindi ad un sistema delle cure in grado di fornire livelli assistenziali di qualità, sicurezza, appropriatezza e sostenibilità, ma nella visione più ampia, si tratta anche di disincentivare comportamenti e stili di vita a rischio, promuovere stili di vita salubri fin dalla più tenera età, interventi di prevenzione primaria negli ambienti di vita e lavorativi e di prevenzione secondaria orientati anche a fasce di popolazione con atteggiamenti, valori e culture diversi dalla nostra fino alla riorganizzazione dei servizi sanitari.

Il modello dei Percorsi Clinico assistenziali (PDTA) quale modalità di gestione dei problemi di salute, basati sulla centralità del paziente, sulla continuità assistenziale, sulla condivisione e sulla integrazione con i percorsi di prevenzione, che vanno oltre quindi il semplice processo di cura, rappresenta uno dei pilastri della riprogettazione assistenziale e, oltre a garantire efficacia, efficienza e appropriatezza, favorisce l'integrazione e la condivisione di un ragionare comune tra i vari professionisti.

Assistenza territoriale: rafforzamento dei servizi territoriali in termini di organizzazione integrazione ospedale territorio, messa a regime della telemedicina e potenziamento delle attività' sociosanitarie.

La proposta di riorganizzazione dei servizi territoriali va letta nel disegno più ampio che la ASL Napoli 3 sud ha intrapreso negli ultimi anni ragionando sull'esigenza di un modello di servizio che sappia adeguarsi e modularsi correttamente alle mutate esigenze epidemiologiche ed assistenziali della popolazione, secondo una logica di prossimità e di integrazione degli interventi, con forte potenziamento del territorio e delle realtà di confine che rappresentano il punto di incontro tra ospedale - territorio, territorio -territorio e ospedale - ospedale.

In particolare le linee di azione sono le seguenti:

- ❖ Un modello di servizio per la presa in carico e la continuità assistenziale dei pazienti cronici e fragili;

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

- ❖ Sviluppo dell'integrazione ospedale - territorio e dell'integrazione socio - sanitaria, con particolare attenzione alla persona anziana/disabile presso la propria abitazione, promuovendo alleanze e sinergie con i diversi soggetti operanti in campo sanitario, sociale, assistenziale, culturale, formativo e di tutela ambientale;
- ❖ Potenziamento e miglioramento appropriatezza dell'assistenza domiciliare - RSA - cure palliative;
- ❖ Potenziamento e miglioramento appropriatezza dell'assistenza riabilitativa e protesica;
- ❖ Interventi per riduzione tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali;
- ❖ Attività previste nel PNRR, riguardanti la realizzazione di reti di prossimità, di strutture e presidi territoriali come Case di Comunità e Ospedali di Comunità, l'integrazione con tutti i servizi socio-sanitari attraverso l'istituzione delle Centrali Operative Territoriali (COT), l'ammodernamento e il rafforzamento delle dotazioni e dell'infrastruttura tecnologiche;
- ❖ L'utilizzazione della telemedicina anche al fine di superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità di servizi offerti sul territorio e a sostegno dell'assistenza domiciliare.

## ASSISTENZA OSPEDALIERA

Si proseguirà il percorso, già avviato nell'anno 2021, basato sulla focalizzazione della rete ospedaliera, ricondotta alla sua specificità di luogo di cura per patologie acute e complesse, attraverso l'adozione di modalità organizzative di offerta dei servizi ospedalieri coerenti con l'evolversi della domanda e del bisogno, al fine di garantire una più efficace e concreta tutela della salute dei cittadini.

Nella misura in cui l'emergenza COVID lo consentirà, si procederà all'implementazione delle seguenti linee di intervento:

- ❖ Decongestionamento dei Pronto soccorso;
- ❖ Miglioramento della gestione del rischio clinico;
- ❖ Ruolo dei Presidi nelle reti regionali emergenza e tempo dipendenti;
- ❖ Integrazione tra le strutture ospedaliere aziendali;
- ❖ Sinergia con le altre strutture del territorio, con i servizi/centrali di continuità ospedale - territorio, con i servizi di prevenzione e collaborazione con le strutture private accreditate;
- ❖ Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni critiche;

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

- ❖ Implementazione della telemedicina, con particolare attenzione alle persone anziani/disabili;
- ❖ Implementazione di percorsi aziendali;
- ❖ Potenziamento dell'appropriatezza prescrittiva e della ricetta dematerializzata;
- ❖ Orientamento delle prestazioni specialistiche ospedaliere verso l'alta diagnostica;
- ❖ Incremento della produzione ospedaliera;
- ❖ Riduzione della mobilità passiva;
- ❖ Efficientamento della gestione dei Presidi Ospedalieri.

## PREVENZIONE

Si rappresenta preliminarmente che parte delle risorse destinate alle attività di prevenzione sarà utilizzata per affrontare l'emergenza COVID-19.

Per quanto riguarda la prevenzione delle patologie croniche o infettive, l'obiettivo da perseguire è quello di abbandonare il modello tradizionale deputato alle attività di controllo a favore di un innovativo approccio multidisciplinare, attraverso l'adozione di interventi integrati tra Dipartimento di prevenzione, altre strutture aziendali, istituzioni, parti sociali, con un ampio spettro di interventi miranti a:

- ❖ prevenire l'insorgenza della patologia stessa;
- ❖ assicurare la precoce presa in carico dei soggetti a rischio o ancora allo stadio iniziale, per bloccarne o rallentare la progressione/diffusione;
- ❖ prevenire le complicanze nelle persone già malate.

Saranno perseguiti gli obiettivi regionali relativi alla copertura dei programmi di screening oncologici regionali

## Il contesto generato dal covid 19, principali azioni attuate nel periodo 2020/2021

Nell'ambito dell'emergenza COVID-19, dall'anno 2020, sono state adottate a livello di sistema complesse riorganizzazioni dell'assistenza e azioni volte a contenere la diffusione del virus e a garantire la sicurezza della popolazione.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

L’Azienda si è trovata a sperimentare nuove modalità organizzative di offerta dei servizi coerenti con l’evolversi della domanda e del bisogno, con la nuova cultura della salute e con l’innovazione continua delle nuove conoscenze scientifiche e tecniche in ambito medico.

D’altra parte, i nuovi modelli organizzativi di presa in carico e continuità assistenziale, gli interventi di decongestionamento del pronto soccorso, di gestione del rischio clinico ed in particolare delle infezioni, il ruolo dei presidi nelle reti aziendali e regionali, la sinergia tra ospedale, strutture del territorio, centrali di continuità ospedale-territorio, l’implementazione di percorsi aziendali, l’integrazione ed uniformità delle procedure e dei protocolli già in essere hanno aiutato a fronteggiare la fase emergenziale e si sono significativamente consolidati, estesi e qualificati.

Anche per l’anno 2022 si procederà in accordo con le indicazioni regionali comunicate alle aziende sanitarie nell’attuazione del “Piano di Risposta all’evoluzione dell’epidemia da infezione SARS-CoV-2”, che definisce gli scenari di rischio e la risposta della rete ospedaliera e dell’intera Azienda oltre che le azioni necessarie per far fronte all’esigenza di avviare la ripresa delle attività assistenziali ordinarie.

Non si potrà ovviamente prescindere dalle disposizioni normative e dai provvedimenti emanati per fronteggiare la pandemia sanitaria COVID-19 su tutto il territorio nazionale con i relativi decreti di proroga e ulteriori misure per il contenimento della diffusione dell’epidemia da COVID-19.

In considerazione delle esigenze straordinarie ed urgenti derivanti dall’emergenza COVID-19, è stato istituito uno specifico centro di costo aziendale in linea con quanto previsto dall’art. 18 del DL 18/2020, che stabilisce “... le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano e gli enti dei rispettivi servizi sanitari regionali provvedono, sulla contabilità dell’anno 2020, all’apertura di un centro di costo dedicato contrassegnato dal codice univoco “COV 20”, garantendo pertanto una tenuta distinta degli accadimenti contabili legati alla gestione dell’emergenza che in ogni caso confluiscono nei modelli economici di cui al decreto ministeriale del 24 maggio 2019”.

Si ricorda che la Regione Campania, a seguito della dichiarazione dello stato di emergenza, ha approntato un Piano Operativo d’Emergenza COVID 19, mediante il quale sono state indicate le modalità di trattazione dei pazienti suscettibili di essere infetti dal virus della SARS COV2. Si è disposto l’immediato potenziamento dei reparti ospedalieri di terapia intensiva, diramando linee di indirizzo assistenziali specificamente individuate dal Ministero della salute per i pazienti affetti da COVID-19.

Il decreto-legge 34/2020 convertito nella Legge 77/2020 (Decreto Rilancio), all’articolo 1 ha previsto l’adozione, da parte delle Regioni di Piani di potenziamento e riorganizzazione dell’assistenza territoriale con l’obiettivo di assicurare la presa in carico precoce dei pazienti contagiati, dei loro contatti e delle

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

persone in isolamento, nonché dei pazienti fragili, cronici e affetti da patologie invalidanti.

È stato previsto, in particolare, il rafforzamento delle principali funzioni del territorio coinvolte nel sistema di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della malattia da SARS-CoV-2 e il potenziamento delle attività di assistenza domiciliare sia per i pazienti contagiati, sia per i soggetti affetti da malattie croniche, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative e di terapia del dolore. È stato rafforzato inoltre il sistema di monitoraggio e sorveglianza di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi per l'infanzia, attraverso una stretta collaborazione tra i dipartimenti di prevenzione territoriali e le scuole.

La Regione Campania ha prontamente messo in atto un approccio composto di due fondamentali momenti:

- ❖ Organizzativo – Strutturale: mediante realizzazione di piani strategici di contenimento e mitigazione sia ospedaliero che territoriale (Protocollo operativo identificazione/gestione dei casi sospetti e accertati di infezione da Coronavirus (2019-nCoV). (versione 4 e 14 febbraio 2020);
- ❖ Analisi previsionale della pandemia mediante algoritmi di Machine Learning per valutare andamento dell'infezione in termini di: Contagio, occupazione posti letto (Degenza Ordinaria e Intensiva da cui derivarne il peso su SSR, mortalità, guarigioni e relativi rapporti tra l'andamento di questa ed ipotetiche misure di contenimento).

La Campania è stata afflitta da un notevole aumento del numero dei contagiati nei 2 mesi antecedenti al mese di Dicembre, in particolare nella metà di Ottobre, con un numero di contagi pari a 19.192 individui.

Dai dati, rinvenibili sul sito aziendale, emerge chiaramente una situazione di aumentata richiesta di posti letto, la cui possibile progressione in crescendo desta serie preoccupazioni e richiede un monitoraggio continuo.

Agli indicati elementi di criticità si aggiungono, infine, i rischi connessi alla crescente diffusione delle cd. varianti (inglese, brasiliiana, sud-africana) del virus, rilevate in diverse realtà regionali, connotate da maggiore contagiosità e posta in connessione con le fasce d'età più giovani della popolazione.

L'Azienda inoltre, nel pieno del periodo pandemico, ha posto massima attenzione su:

- ❖ Soluzioni organizzative emergenziali per la gestione dei pazienti COVID (gestione domiciliare, telemedicina);

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

- ❖ Soluzioni organizzative per la gestione di pazienti non COVID dettate dall'emergenza COVID.

L'ASL Napoli 3 sud, come tutte le Aziende Sanitarie, ha dovuto fronteggiare l'emergenza Covid con le seguenti criticità:

- ❖ un numero elevato di soggetti positivi, con le problematiche connesse al controllo dei soggetti in isolamento rispetto al numero non sufficiente di operatori territoriali, con le norme di prevenzione legate al distanziamento sociale;
- ❖ rischi di contagio per gli operatori sanitari durante gli accessi domiciliari anche in relazione alle scarse disponibilità di dpi appropriati;
- ❖ necessità di fornire ad una vasta popolazione assistita, in particolare ai soggetti fragili, l'informazione, la vicinanza e soprattutto la certezza che l'assistenza continua anche se si è in isolamento, evitando l'affollamento non necessario dei Pronto Soccorso ospedalieri;
- ❖ esigenza di avere un monitoraggio completo o di tutti i soggetti positivi e dei soggetti in solo isolamento o in attesa del test del tampone; o monitoraggio delle diverse fasi organizzative per l'esecuzione dei tamponi a livello territoriale, anche in relazione ai debiti informativi esterni.

Per maggior dettagli si rinvia al link aziendale.

Nell'ambito dell'emergenza legata al nuovo Coronavirus SARS-CoV-2 e alla patologia ad esso correlata (COVID-19), come in parte già visto, sono state adottate a livello di sistema profonde modifiche, azioni volte a contenere la diffusione del virus e a garantire la sicurezza della popolazione.

D'altra parte, come già evidenziato, i nuovi modelli organizzativi di presa in carico e continuità assistenziale, gli interventi di decongestionamento del pronto soccorso, di gestione del rischio clinico ed in particolare delle infezioni, il ruolo dei presidi nelle reti aziendali e regionali, la sinergia tra ospedale, strutture del territorio, centrali di continuità ospedale-territorio, l'implementazione di PDTA aziendali, l'integrazione ed uniformità delle procedure e dei protocolli già in essere hanno aiutato a fronteggiare l'emergenza Covid e si sono significativamente consolidati, estesi e qualificati:

- ❖ Prevenzione:
  - le attività e le risorse nel 2020/2021 sono state utilizzate, prevalentemente, per affrontare l'emergenza Covid e si prevede che la situazione rimarrà tale anche nel 2021;

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

- sono state riorganizzate le attività di vaccinazione e screening provvedendo all’adeguamento delle procedure di sicurezza;

❖ Assistenza territoriale:

- il modello di servizio per la presa in carico e la continuità assistenziale “PDTA – telemedicina” già implementato dall’azienda, ha permesso di approntare il telemonitoraggio domiciliare dei pazienti Covid-19 positivi;

❖ Assistenza ospedaliera;

- L’elevata circolazione dei virus SARS-CoV-2 e l’alto numero di casi COVID-19 ha comportato, nel 2020/2021, una profonda riorganizzazione dei processi e modifiche organizzative rilevanti quali:
  - l’Ospedale P.O. di Boscotrecase è stato individuato “Ospedale di Intervento COVID - Hub COVID”, struttura di riferimento per tutta la ASL Napoli 3 Sud ed è stato oggetto di notevoli interventi di riorganizzazione delle aree di ricovero;
  - l’attuazione di percorsi separati di accesso nel pronto soccorso degli ospedali per pazienti COVID e non COVID, con la predisposizione di Tende di Pre Triage all’esterno degli stessi;
  - attivazione del laboratorio di virologia/microbiologia dell’Ospedale P.O. “S. Maria della Pietà” di Nola per l’effettuazione del test di ricerca del COVID-19 per l’ASL Napoli 3 Sud.

Nell’ultimo trimestre 2020 e nell’anno 2021, in accordo con indicazioni regionali è stato predisposto il Piano di Risposta all’evoluzione dell’epidemia da infezione SARS-CoV-2 che definisce crescenti scenari di rischio e diversi livelli di risposta della rete ospedaliera e dell’intera azienda all’evoluzione dell’epidemia.

### **3.14 Lo schema degli obiettivi**

Si rimanda al Piano della Performance 2022-2024, adottato con Deliberazione Aziendale n. 370 del 28 aprile 2022, per la consultazione dello schema egli obiettivi (Allegato n. 1 al PTP 2022-2024) e degli obiettivi negoziati 2022 (Allegato n. 2 al PTP 2022-2024).

## 4 I rischi corruttivi e la trasparenza

### 4.1 *Introduzione*

La normativa sul PIAO, di recente emanazione, indirizza e prescrive alle Pubbliche Amministrazioni l'adozione di un piano integrato di programmazione che armonizzi, progressivamente, in un unico atto, una pluralità di piani previsti dalla normativa vigente. Il PIAO ha, quindi, l'obiettivo di assimilare molti degli atti di pianificazione, cui sono tenute le amministrazioni, razionalizzando la complessa disciplina in un'ottica di massima semplificazione.

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) 2022-2024, pertanto, deve essere sviluppato tenendo conto del momento storico in cui ci si trova ad operare, dettato dalla prosecuzione della crisi pandemica, dove l'attenzione è volta soprattutto all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), e in cui è stata fortemente sentita l'esigenza di razionalizzare, semplificare, informatizzare le procedure gestite dalla Pubblica Amministrazione. Le misure di prevenzione della corruzione discenderanno, quindi, dalla pianificazione e programmazione strategica aziendale e declinate negli obiettivi progettuali della Performance.

Gli adempimenti, i compiti e le responsabilità previsti nel Piano Triennale della Prevenzione della corruzione trovano spazio, infatti, anche nel PIAO come elemento fondamentale della programmazione triennale.

La presente esposizione, come la precedente, confluì nella Deliberazione del Direttore Generale, su proposta del RPCT, n. 251 del 26/03/2021, al fine di garantire un certo grado di qualità redazionale degli atti amministrativi, sarà sintetica per le ragioni di seguito specificate. D'altronde, si ritiene che la sinteticità degli atti rappresenti essa stessa una corretta misura di prevenzione della corruzione. Infatti, si è fermamente convinti dell'importanza da porre in essere all'atto della produzione di documenti amministrativi che, pur necessariamente connotati di completezza, esaustività, logica e efficacia probativa, siano, in ogni caso, il più possibile stringati, asciutti, sintetici, caratterizzati da brevità e concisione. Un atto prolioso, verboso, ridondante e logorroico, ancor più se è un atto di indirizzo, un regolamento o un atto di pianificazione, già di per sé contrasta con il concetto di prevenzione della corruzione, perché è un atto che sostanzialmente e incontrovertibilmente mal si presta ad essere letto con attenzione, applicazione, impegno e diligenza. La superficialità, la negligenza e svagatezza nella lettura di un atto di indirizzo già costituiscono il vulnus in cui possono inserirsi e fare presa fenomeni corruttivi.

## 4.2 *Gli aspetti normativi*

Il principale strumento individuato nel complesso ed articolato sistema di lotta alla corruzione a livello nazionale, resta quello costituito dal Piano Nazionale Anticorruzione, PNA, predisposto in principio dal Dipartimento della Funzione Pubblica ed approvato dall'ANAC con Delibera n. 72/2013. Il PNA costituisce il primo momento essenziale del sistema di prevenzione della corruzione, adottato dall'ANAC annualmente, ed è volto ad agevolare la piena attuazione delle misure legali di prevenzione della corruzione disciplinate dalla legge, assicura l'attuazione coordinata delle strategie di prevenzione e contiene le indicazioni dei contenuti minimi da prevedersi nei Piani triennali di prevenzione della corruzione che ciascuna amministrazione deve adottare entro il 31 gennaio di ogni anno.

I singoli piani aziendali, aggiornati annualmente, costituiscono lo strumento attraverso il quale la Pubblica Amministrazione realizza le azioni di prevenzione della corruzione ed è in grado di intervenire nei comportamenti, nei processi, nelle regole di funzionamento e nel coinvolgimento di tutti i soggetti che costituiscono l'ente stesso nei c.d. procedimenti di mappatura del rischio, ponendo sempre più attenzione nei confronti della L. 190/2012 e dei suoi decreti attuativi.

Purtroppo, per alcuni enti, la predisposizione del Piano ed il suo aggiornamento annuale ha significato, spesso, un mero adempimento burocratico, senza che in esso fossero identificabili quei valori fondamentali di cui il pubblico dipendente dovrebbe essere permeato e che si possono ricondurre al senso del dovere, allo spirito di appartenenza, lealtà, correttezza ed integrità. Ciò ha reso inevitabile i numerosi interventi dell'ANAC con integrazioni e chiarimenti dei PNA via via approvati, affinché divenisse uno strumento sempre più aderente alle specifiche realtà organizzative, economiche, socio-ambientali e culturali.

Oltre alla già citata L. 190/ 2012, l'assetto normativo in materia di prevenzione della corruzione è completato dal contenuto dei decreti attuativi:

- ❖ Testo unico delle disposizioni in materia di incandidabilità e di divieto di ricoprire cariche elettive e di governo successive a sentenze definitive di condanne per delitti non colposi, a norma dell'art. 1 comma 63, della legge 6 novembre 2012, n. 190, decreto legislativo 14 /03/2013 n. 33;
- ❖ Riordino della disciplina riguardanti gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, approvato dal Governo il 15/02/2013, in attuazione dei commi 35 e 36 dell'art. 1 della L. 190/2012, decreto legislativo 14 /03/2013 n. 33;

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le P.A. e per gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1 commi 49 e 50 della legge 190/2012 e decreto legislativo 39/2013
- ❖ Codice di comportamento per i dipendenti delle pubbliche amministrazioni approvato con D.P.R. 62/2013, in attuazione dell'art. 54 del D. Lgs. N. 165/2001, come sostituito dalla L.190/2012 – Determinazione ANAC n. 8 del 17/06/2015 “Linee guida per l’attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte di società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici;
- ❖ Decreto legislativo 18/04/2016 n. 50 ( Codice degli Appalti) – Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE, 2014/25/UE sull’aggiudicazione dei contratti di concessione sugli appalti pubblici e sulle procedure di appalto degli enti erogatori nei settori dell’acqua, dell’energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture;
- ❖ Decreto legislativo n. 97 del 2016 “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza”, correttivo della L. 190/2012 e del D. Lgs. 33/2013, ai sensi dell’art. 7 L. 124/2015, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche.

## 4.3 Ulteriori sviluppi normativi

L'art. 6 del D.L. n. 80/2021, nel rispetto delle vigenti discipline di settore ed in particolare del D. Lgs. 150/2009 e della L. 190/2012, le Pubbliche Amministrazioni di cui all'art. 1 co. 2 del D. Lgs. 165/ 2001, prevede che entro il 31 gennaio di ogni anno, (eccezione fatta per l'anno 2022 la cui scadenza, per l'adozione è stata fissata per il 30.04.2022), con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, con più di n. 50 dipendenti adottino un “PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA’ E DI ORGANIZZAZIONE” (d’ora in avanti PIAO). Il PIAO ha, anch’esso, come il PTPCT, durata triennale, e dovrà essere aggiornato annualmente.

Tale adempimento è orientato al miglioramento della qualità e della trasparenza dell’attività amministrativa, per potenziare la qualità dei servizi resi ai cittadini ed alle imprese e procedere alla progressiva e costante semplificazione dei processi anche in materia di diritto di accesso.

## 4.4 Ruolo del Responsabile della prevenzione della corruzione

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, Dott.ssa C. Frontoso, è stato nominato con

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

Deliberazione del Direttore Generale n. 570 del 05/08/2020. La figura del Responsabile della prevenzione della corruzione è stata introdotta dalla L. 190/2012 e interessata dalle modifiche introdotte dal D. Lgs. 97/2016. La nuova disciplina prevede la possibilità di unificare in capo ad un solo soggetto l’incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, rafforzandone il ruolo.

Nell’ASL Napoli 3 Sud l’incarico del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e quello del Responsabile della Trasparenza sono stati distinti. Il Responsabile per la prevenzione della corruzione è individuato dall’organo di indirizzo, che nelle ASL è costituito dal Direttore Generale, tra i Dirigenti di ruolo in servizio che abbiano adeguata conoscenza dell’amministrazione in cui operano, che siano dotati della necessaria autonomia valutativa e che non siano in una posizione che presenti profili di conflitto di interessi.

L’art. 1 co.8 L. 190/2012 stabilisce che il RPCT predispone - in via esclusiva, essendo vietato l’ausilio esterno, - il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) e lo sottopone all’organo di indirizzo per l’approvazione. L’approvazione e la relativa pubblicazione devono avvenire entro il 31 gennaio successivo all’anno al quale il Piano si riferisce, fa eccezione il presente piano che sarà approvato, quale parte integrante del PIAO entro il 30 aprile 2022.

Il RPCT deve segnalare all’organo di indirizzo e all’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) le “disfunzioni” relative all’attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indica agli uffici competenti all’esercizio delle azioni disciplinari, i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza. L’art 1 co. 9 della medesima legge dispone che il PTPCT deve prevedere “obblighi di informazione nei confronti del RPC chiamato a vigilare sul funzionamento e sull’osservanza del Piano” con particolare riguardo alle attività ivi individuate. Il RPCT verifica l’efficace attuazione del Piano e la sua idoneità e propone modifiche dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell’organizzazione o nell’attività dell’amministrazione. Il RPCT ha anche il compito di verificare con i dirigenti responsabili, l’effettiva rotazione degli incarichi negli uffici maggiormente esposti ai reati di corruzione nonché quello di definire le procedure appropriate per la selezione e la formazione dei dipendenti destinati ad operare in aree esposte al rischio di corruzione in collaborazione con il Responsabile della Formazione del personale.

I paragrafi successivi sono elaborati in coerenza alle indicazioni del PNA, rispettando ovvero la definizione di:

- ❖ la valutazione di impatto del contesto esterno;
- ❖ la valutazione di impatto del contesto interno;

- ❖ la mappatura dei processi;
- ❖ l'identificazione e valutazione dei rischi corruttivi;
- ❖ la progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio;
- ❖ il monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure;
- ❖ la programmazione dell'attuazione della trasparenza e il monitoraggio delle misure e il monitoraggio delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato, ai sensi del d.lgs. n. 33 del 2013.

## 4.5 *La valutazione di impatto del contesto esterno*

La valutazione di impatto del contesto esterno evidenzia se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico nel quale l'amministrazione opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi. Nell'ambito del contesto esterno, in alcune aree ricadenti nel territorio di operatività della ASL Napoli 3 Sud, si sono acuiti i fenomeni di povertà, dovuti alla crisi economica che hanno determinato in molte aree della popolazione esclusione sociale. Analizzando tali contesti, e tenendo presenti gli ambiti principali che strutturano la vita degli individui: - famiglia-formazione-lavoro, si evidenziano comportamenti legati alla ricerca della sopravvivenza, dai quali prendono vita fenomeni criminosi, le devianze e spesso anche le dipendenze (es. il ricorso al riconoscimento di una qualche invalidità, per usufruire di indennità come fonte di reddito).

Nell'analisi del contesto esterno, sebbene oggetto di completa esposizione in altre sezioni del presente Piano, bisogna tenere conto che il territorio dell'ASL Napoli 3 Sud è suddiviso in n. 57 Comuni della Provincia di Napoli, composto da n. 13 Distretti Sociosanitari, con una popolazione di circa 1.100.000 abitanti in costante calo. La popolazione è così suddivisa: il 15,23% è composta da giovani, il 18,24% da anziani ed il 66,53 % da adulti. Come è facile verificare, gli anziani sono in numero maggiore rispetto ai giovani, quindi più bisognosi di assistenza socio-sanitaria.

La crisi economica nonché sociale che affligge il territorio della Provincia di Napoli, dove opera l'ASL Napoli 3 Sud, aggravata poi dalla delocalizzazione in altre regioni e/o nazioni di alcune aziende anche multinazionali, dalla chiusura di alcuni stabilimenti e di alcune piccole imprese e, nell'ultimo anno, dagli effetti della pandemia in corso, fa sì che in tali territori si possano insinuare fenomeni di malavita organizzata allo scopo di riciclare ingenti somme di denaro, derivato da attività illecite, in attività lecite. I reati più comuni, in tale momento storico, sono i reati di usura e le estorsioni perpetrati con modalità innovative e con il coinvolgimento di professionisti in operazioni di credito.

Purtroppo, ciò che risulta ancora evidente è la riluttanza delle vittime alla denuncia, probabilmente per paura di ritorsioni o per mancanza di fiducia nelle istituzioni.

## **4.6 La valutazione di impatto del contesto interno**

La valutazione di impatto del contesto interno evidenzia se lo scopo dell'ente o la sua struttura organizzativa possano influenzare l'esposizione al rischio corruttivo. L'analisi del contesto interno riguarda gli aspetti legati all'organizzazione ed alla gestione dei processi che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruttivo ed è volta a far emergere il sistema delle responsabilità ed il livello di complessità dell'amministrazione. Entrambi gli aspetti contestualizzano il sistema di prevenzione della corruzione e sono in grado di incidere sul suo livello di attuazione e di adeguatezza.

Al fine di non appesantire il documento de quo, tale analisi è visibile sul sito istituzionale, al link Amministrazione Trasparente - Prevenzione della corruzione - Analisi del contesto esterno ed interno, secondo le indicazioni del PNA 2019 Delibera 1064 del 13 novembre 2019.

Nell'analisi del contesto interno della ASL Napoli 3 Sud non si può prescindere dalla valutazione della struttura organizzativa della stessa. Per quanto concerne i dati numerici relativi al personale, vi è da dire che nel contesto storico in cui ci troviamo, caratterizzato dalla persistente convivenza con la pandemia da Covid-19, l'ASL Napoli 3 Sud ha notevolmente incrementato il numero dei dipendenti. Basti pensare alla creazione di nuove U.S.C.A. (Unità Speciali di Continuità Assistenziale), alla creazione di centri per i tamponi, all'apertura di centri vaccinali, per non dimenticare poi l'assunzione di medici ed infermieri destinati sia a reparti Covid, sia a reparti ordinari, per alcuni dei quali potrà essere possibile la stabilizzazione per colmare, ma solamente in parte, il blocco delle assunzioni che ha determinato, nel tempo, un lungo e progressivo depauperamento dell'organico di risorse umane con compromissione, talvolta, della quantità e qualità delle prestazioni sanitarie.

A causa dell'emergenza dovuta alla propagazione del virus Sars-Cov-2, proprio per contenerne la diffusione, l'ASL Napoli 3 Sud ha fatto ricorso al cosiddetto "lavoro agile", naturalmente nei settori non sanitari. A tal proposito, l'individuazione della disciplina del lavoro agile (smart working), oggetto di un capitolo dedicato, potrà garantire condizioni di lavoro trasparenti, che favoriranno la produttività e l'orientamento ai risultati senza trascurare il benessere psico/fisico dei lavoratori, soprattutto quelli connotati da condizioni di fragilità.

Sempre a proposito del personale dipendente, si precisa che l'ASL Napoli 3 Sud, nell'ultimo periodo, continua a riscontrare difficoltà a reperire personale medico specializzato in anestesia e rianimazione,

per cui ha dovuto stipulare convenzioni con alte aziende per reperire specialisti che potessero fornire prestazioni aggiuntive in tali branche.

## 4.7 *La mappatura dei processi*

Per individuare le criticità che, in ragione della natura e delle peculiarità dell’attività, espongono l’amministrazione a rischi corruttivi, particolare attenzione viene prestata ai processi per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico. L’analisi dei processi si sviluppa, all’interno dell’ASL Napoli 3 Sud, attraverso un percorso consolidato di individuazione, analisi e proceduralizzazione delle funzioni/attività dell’Azienda.

Il percorso indicato consente di documentare e sviluppare, in applicazione dei principi di miglioramento continuo, le modalità organizzative nonché le prassi e gli strumenti con i quali le strutture dell’azienda sanitaria svolgono le attività affidate dal piano aziendale. Le procedure, le istruzioni operative e tutti i documenti di supporto, sono gestite attraverso un sistema documentale, fruibile dai dipendenti in internet, con codificazione dei documenti. Si precisa che a partire dal 05.01.2022 all’11.04.2022, tale sistema è stato “hackerato” per cui è stato complicato gestire la normale attività amministrativa, avendo dovuto fare ricorso ad attività di gestione documentale in forma cartacea.

La mappatura dei processi è consistita nella individuazione e nell’analisi dei processi organizzativi all’interno dell’ASL Napoli 3 Sud, cioè nell’analisi dell’intera attività svolta dall’amministrazione al fine di identificare le aree che in ragione della natura o della particolarità dell’attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi. La mappatura dei processi di volta in volta, monitorata, in relazione ad eventuali ed ulteriori attività, viene integrata con i sistemi di gestione presenti nell’organizzazione aziendale (controllo di gestione, sistemi performance management, sistemi di auditing) secondo il principio della integrazione, creando interazioni di tipo organizzativo e gestionale. Si giunge così all’elenco completo dei processi dell’amministrazione, aggregati secondo le “aree di rischio”, elaborato con il coinvolgimento dei responsabili delle strutture organizzative principali di seguito riportate:

- ❖ Attività della Direzione Strategica;
- ❖ Attività del Collegio Sindacale;
- ❖ Attività della UOC Acquisizione Beni e Servizi;
- ❖ Gestione del patrimonio immobiliare- Area della manutenzione- Appalti Pubblici;
- ❖ Attività della UOC Gestione Risorse umane;

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ Attività dei Distretti Sanitari: Analisi per Unità operative medicina di Base, Riabilitazione, Medicina Legale, Materno-Infantile, Anziani, Assistenza domiciliare e residenziale. Attività Presidi Ospedalieri;
- ❖ Attività della UOC Gestione Economica Finanziaria;
- ❖ Attività della UOC Affari Legali;
- ❖ Attività della UOC Medicina Pubblica Valutativa/Affari Generali/Affari Legali (valutazione dei sinistri);
- ❖ Attività correlate al sistema dei controlli Interni ed Esterni;
- ❖ Attività degli organismi deputati al controllo dei centri accreditati;
- ❖ Attività ispettive rese dalle unità operative Prevenzione collettiva;
- ❖ Attività del Dipartimento di Prevenzione;
- ❖ Attività del Dipartimento Farmaceutico;
- ❖ Attività della UOC Assistenza Riabilitativa (ausili e presidi);
- ❖ Area di attività Libero-Professionale intramoenia ALPI e UOSD ALPI;
- ❖ Area di attività della Medicina Legale e della Medicina Fiscale e delle UU.OO.SS. Medicina Legale e delle Commissioni Invalidi Civili;
- ❖ Attività fondi extra-aziendali dedicati a specifici obiettivi, non gestiti ed integrati per centri di costo;
- ❖ Attività del Dipartimento di salute mentale;
- ❖ Controlli sulle presenze del personale dipendente e convenzionato;
- ❖ Gestione delle liste di Attesa;
- ❖ Attività legate alle certificazioni sanitarie, quali quelle dei Pronto Soccorso e Dipartimento della Salute Mentale, del Dipartimento di prevenzione e del Dipartimento Ser.D;
- ❖ Attività relative all’organizzazione dei laboratori di analisi.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

A valle della definizione delle attività, è stato possibile elaborare la Mappatura dei processi e dei rischi corruttivi correlati alle singole strutture, di cui all'**Allegato n. 1**, quale parte integrante del PIAO.

La mappatura dei processi e valutazione dei rischi interessano le aree organizzative individuate quali maggiormente coinvolte nella programmazione degli interventi pianificati dalla Direzione Strategica, anche in previsione dell'attuazione del PNRR, che potrebbero essere suscettibili di accusare un più elevato rischio, effettuando una graduazione dello stesso in relazione ai processi sottesi alle varie attività. Nelle stesse tabelle sono state declinate le rispettive misure di prevenzione della corruzione per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa, per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione secondo quanto previsto dalla L. 190/2012 ed in conformità agli indirizzi adottati da ANAC con il PNA. La mappatura dei processi attuati dall'amministrazione, come già esposto, è stata effettuata per le aree ritenute maggiormente a rischio corruzione ed è stata finalizzata ad individuare il contesto entro cui è stato valutato il rischio, individuando non solo il processo, ma le varie fasi e le diverse responsabilità per ciascuna fase; nell'ambito delle aree potrebbero risultare a rischio più processi oppure uno solo e l'area di rischio potrebbe coincidere con l'intero processo o con una sola sua fase. Nella mappatura sono stati coinvolti i dirigenti competenti *ratione materiae*.

Per ciascun processo è stata effettuata la valutazione del rischio, identificando, in primis, il rischio e descrivendolo nell'ambito del gruppo di lavoro con il coinvolgimento dei Dirigenti preposti, analizzando il rischio e cioè valutare le probabilità che si verifichi e l'impatto, cioè le conseguenze a livello economico, organizzativo. I rischi vengono confrontati tra loro allo scopo di deciderne la priorità e l'urgenza del trattamento. Nelle tabelle vengono riportate le risultanze delle misure, individuate dal Responsabile della prevenzione della corruzione con il coinvolgimento dei Dirigenti delle diverse articolazioni aziendali, per neutralizzarlo o ridurlo. Secondo quanto stabilito dall'ANAC nell'Allegato n. 1 al PNA 2019 "*Il trattamento del rischio è la fase volta ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi. In tale fase, le amministrazioni non devono limitarsi a proporre delle misure astratte o generali, ma devono progettare l'attuazione di misure specifiche e puntuale e prevedere scadenze ragionevoli in base alle priorità rilevate e alle risorse disponibili...*

Gli adempimenti riportati all'interno delle tabelle, alla voce "misure di prevenzione della corruzione", richiederanno un monitoraggio costante della loro attuazione. Purtroppo, il Responsabile della prevenzione della corruzione, sia per la mancanza di risorse umane che finanziarie, sia per le dimensioni dell'ente, potrà incontrare grandi difficoltà nel poter garantire un controllo costante delle attività di rischio, secondo la calendarizzazione prevista dal RPC.

Nel proseguo dei paragrafi vengono descritti, in dettaglio, i punti cardine che hanno guidato la mappatura dei rischi.

## 4.8 *L'identificazione e la valutazione dei rischi corruttivi*

Il contributo fornito dai diversi Direttori/ Responsabili, nella qualità di Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione, finalizzato alla costituzione della mappatura dei processi costituisce, infatti, la base di sviluppo delle attività del RPCT per l'analisi delle attività e la valutazione dei rischi. L'analisi del rischio è fondamentale al fine di individuare correttamente le misure di prevenzione da porre in essere. Nell'ambito dell'attività svolta in merito dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione, un contributo importante per l'identificazione e la valutazione dei rischi corruttivi, viene dalle relazioni elaborate dai singoli Direttori di strutture, in particolare è stata fornita specifica relazione da parte dei Direttori della UOC Sviluppo e Gestione Impianti Tecnologici-Adeguamento Sismico e Antincendio, della UOC Valorizzazione e Manutenzione del Patrimonio immobiliare, della UOC Acquisizione Beni e Servizi, della U.O.C Controlli Interni ed Esterni, della UOC Affari Legali, della UOC Medicina Pubblica Valutativa, della UOC Risk Management, che evidenziano un elevato rischio nelle procedure di affidamento dei servizi e, al fine di evitare favoritismi, vengono individuate quali iniziative di prevenzione della corruzione:

- ❖ la rilevazione interna dei fabbisogni;
- ❖ la creazione di strumenti utili per la predisposizione di documenti per la programmazione dei servizi;
- ❖ la previsione dell'intervento di più soggetti nel procedimento;
- ❖ il coinvolgimento della Direzione Strategica nella definizione dei progetti e la tracciabilità nei verbali delle riunioni.

Gli stessi Direttori delle UU.OO.CC. sopra menzionate individuano un'altra fase esposta a rischio elevato ed è la Fase di Esecuzione-Rendicontazione dei contratti, di cui ne specificano, al contempo, gli interventi correttivi previsti per l'implementazione del monitoraggio di secondo livello sulla esecuzione dei contratti attraverso la verifica dei documenti; l'inserimento dei dati all'interno della Banca Dati dei Contratti ex L. 190/2012.

Le relazioni dei Direttori delle UU.OO.CC. individuano, ancora, una serie di attività in relazione alle quali appare piuttosto elevato il rischio corruttivo, riferendosi a: la gestione degli esposti anonimi, gli inquadramenti giuridici ed economici del personale dipendente, le procedure di conferimento incarichi,

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

procedure concorsuali, le attività relative alle strutture sanitarie accreditate e le prestazioni da queste erogate, l’ipotesi di eventuali doppi pagamenti, l’operatività delle commissioni medico-legali, taluni profili di incompatibilità del personale dipendente, la regolarità amministrativa e sanitaria, ipotizzati casi di “malasanità”, i connotati da clamore mediatico, le procedure attinenti l’acquisto di materiale sanitario e l’acquisizione di beni, servizi e forniture. In tal proposito, i Direttori suggeriscono, al contempo, il pieno rispetto di tutte le indicazione previste dal Piano della Prevenzione della Corruzione, in particolare, ad esempio, la rotazione degli incarichi nei Servizi preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione, intensificazione dell’attività formativa, stante la sua positiva ricaduta sulla operatività dei dipendenti, rispetto degli obblighi di trasparenza, la semplificazione dei flussi documentali, costante monitoraggio dei tempi procedimentali.

### ***4.9 La progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio***

Le misure organizzative ritenute valide ai fini del trattamento del rischio sono state centrate, prevalentemente, su quelle di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità dell’azione amministrativa e soprattutto privilegiando l’attuazione del codice di comportamento.

In ottemperanza a quanto prescritto dall’art. 54 del Codice di comportamento, di cui al D. Lgs n. 165/2001 e ss.mm.ii, riferito alle “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle Amministrazioni pubbliche” (nel testo novellato dalla citata L. 190/2012), è stato emanato il D.P.R. 16/04/2013 n. 62 inerente il “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici”, redatto al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta dei dipendenti pubblici.

Il Codice di comportamento dei dipendenti e collaboratori dell’ASL Napoli 3 Sud è stato adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 813 del 2013, il quale:

- ❖ integra e specifica le previsioni del codice generale di comportamento dei dipendenti pubblici, approvato con D.P.R. 16/04/2013 n. 62, ai sensi dell’art. 54 co. 5 come modificato dall’art. 1 co. 44 L. 190/2012 e D. Lgs 165/2001;
- ❖ tiene conto delle Linee Guida in materia di codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni emanate da CIVIT-ANAC con Deliberazione n. 75/2013, di quanto previsto nella determinazione ANAC n. 12 del 29/03/2017.

## **4.10 Il monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure**

Per verificare l'idoneità delle misure adottate e la contestuale attuazione delle stesse, è stata prevista una programmazione di interventi, con cadenza semestrale, finalizzati a tale accertamento.

## **4.11 La trasparenza**

La trasparenza è uno dei principi cardine dell'azione amministrativa e uno degli strumenti di maggiore valore nell'ottica della prevenzione della corruzione. È un obiettivo da perseguire, consentendo al cittadino di partecipare ai processi decisionali dell'amministrazione pubblica e di controllare il perseguitamento dell'interesse pubblico e il corretto uso delle risorse pubbliche. La trasparenza va intesa anche come criterio di "chiarezza", nel senso che i dati e le informazioni da pubblicare devono essere comprensibili, facilmente consultabili, completi, tali da non generare equivocità.

È con la Legge n. 190/2012 che vengono valorizzati i contenuti della trasparenza ai fini della prevenzione della corruzione e della cattiva amministrazione. La richiamata Legge ha fissato i criteri di delega per il riordino della disciplina, attuata con il D. Lgs n. 33/2013. La trasparenza diventa quindi misura generale di prevenzione di corruzione.

In relazione alla programmazione in materia di trasparenza si rimanda all'**Allegato n. 2**, quale parte integrante del PIAO, redatto dalla Dott.ssa Angela Improta, Direttore dell'UOC Relazioni con il pubblico e pubblica tutela , nella qualità di Responsabile della Trasparenza dell'ASL Napoli 3 Sud.

## **4.12 Il codice di comportamento**

Il Codice di comportamento aziendale è stato adottato dall'organo di indirizzo, su proposta del RPCT, dove quest'ultimo ne ha curato la diffusione mettendo in rilievo che la violazione degli obblighi previsti dal Codice vengono registrati quali comportamenti contrari ai doveri d'ufficio e possono rappresentare fonte di responsabilità disciplinare, nonché, nei casi previsti, di responsabilità penale, civile, amministrativa o contabile.

Il D. Lgs n. 165/2001, ad oggetto “*Norme generali sull'ordinamento alle dipendenze delle Amministrazioni pubbliche*” (nel testo novellato dalla più volte citata L.190/2012), all'art. 54 rubricato “Codice di comportamento”, comma 1, ha previsto quanto segue “*Il Dipartimento della Funzione Pubblica, sentite le confederazioni sindacali rappresentative ai sensi dell'art. 43, definisce un codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni, anche in relazione alle necessarie misure organizzative da adottare al fine di assicurare la qualità dei servizi che le stesse amministrazioni*

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

*rendono ai cittadini". Tale Codice di comportamento è stato emanato con DPR n. 62/2013. Il comma 5 stesso articolo prevede "L'organo di vertice di ciascuna pubblica amministrazione verifica, sentite le organizzazioni sindacali rappresentative ai sensi dell'art. 43 e le associazioni di utenti e consumatori, l'applicabilità del codice di cui al comma 1, anche per apportare eventuali integrazioni e specificazioni al fine della pubblicazione e dell'adozione di uno specifico codice di comportamento per ogni singola amministrazione".*

Ambedue codici, assolvono alla funzione di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta dei dipendenti pubblici.

### **4.13 La rotazione del personale**

La rotazione del personale è una misura anticorruzione a carattere generale, finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possono alimentare dinamiche impropi nella gestione della cosa pubblica conseguenti alla permanenza nel tempo di posizioni, funzioni e ruoli in capo allo stesso soggetto che per lungo tempo si è occupato dello stesso tipo di attività, servizio, procedimento, instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, con il pericolo che il soggetto pubblico, titolare della funzione, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche illecite/inadeguate. L'attivazione della rotazione degli incarichi del proprio personale va effettuato tenendo conto che la misura va correlata all'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione dell'Azienda, garantendo la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con contenuto tecnico e professionale.

Si tratta di esigenze già evidenziate dall'ANAC nella propria Delibera del 4 febbraio 2015 n. 13, per l'attuazione dell'art. 1, commi 60 e 61, della L. n. 190/2012, ove si esclude che la rotazione possa implicare il conferimento di incarichi a soggetti privi delle competenze necessarie per assicurare la continuità dell'azione tecnica-sanitaria-amministrativa. Esistono comunque dei limiti alla rotazione, relativamente agli incarichi c.d. "infungibili".

A tal proposito si fa presente che nel settore sanitario l'applicazione di tale misura è oltremodo delicata, in particolare, l'applicabilità del principio della rotazione presenta criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni. Un altro condizionamento all'applicazione del principio della rotazione nel settore sanitario è costituito dalla infungibilità derivante

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

dall'appartenenza a categorie professionali specifiche, anche tenuto conto di ordinamenti peculiari di settore o di particolari requisiti per il reclutamento. Il settore sanitario è infatti sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di expertise consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicazione.

Le posizioni apicali di Direttore di UOC per il personale medico e sanitario non medico (es. biologi, farmacisti, infermieri), le cui funzioni cliniche prevalgono su quelle gestionali, sono generalmente infungibili all'interno delle Aziende.

Per quanto riguarda le posizioni di Direttore di Dipartimento, funzioni prevalentemente gestionali, l'incarico deve essere conferito ad un Dirigente di UOC tra quelli appartenenti al Dipartimento; pertanto, è possibile ritenere che tutti i suddetti Dirigenti di quel Dipartimento siano potenzialmente in grado di ricoprire - a rotazione - l'incarico.

Gli incarichi di Direzione in ambito amministrativo-tecnico-professionale richiedono anch'essi in molti casi competenze specifiche (es. ingegneria clinica, informatica, fisica sanitaria) e le figure in grado di svolgere questi compiti sono in numero abbastanza limitato nelle Aziende Sanitarie.

In ogni caso, è utile che la rotazione sia programmata su base pluriennale, tenendo in considerazione i vincoli soggettivi ed oggettivi come sopra descritti, dopo che sono state individuate le aree a rischio corruzione ed al loro interno, gli uffici maggiormente esposti a fenomeni corruttivi. Ciò consente di rendere trasparente il processo di rotazione e di stabilirne i nessi con altre misure di prevenzione della corruzione.

La programmazione delle rotazioni richiede il coordinamento del RPC ed il coinvolgimento di tutti i referenti del RPC e dei Dirigenti, presenti all'interno della struttura. Inoltre, come ogni misura specifica, la rotazione deve essere adattata alle caratteristiche intrinseche di ogni struttura (dimensione, dotazione organica, qualità del personale addetto, modalità di funzionamento degli uffici, distribuzione delle mansioni).

Infine, laddove per le ragioni suseinte diventi impossibile assicurare concrete forme di rotazione nella assegnazione di incarichi di lavoro all'interno delle articolazioni stesse, rimane, come più concreta azione

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

di prevenzione della corruzione, la possibilità in capo ai Direttori di struttura complessa di prevedere ed assicurare la intercambiabilità delle assegnazioni delle varie mansioni espletate da ciascun operatore, soprattutto nell’ambito del personale non dirigenziale dei vari ruoli, tra quelli specificamente assegnati.

### **4.14 L’inconferibilità e l’incompatibilità**

L’ANAC, con Delibera n. 149/2014, ha stabilito che per le Aziende Sanitarie la normativa sulla inconferibilità e incompatibilità degli incarichi previsti dal D. Lgs n. 39/2013, riguardi esclusivamente il Direttore Generale, il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo e il Direttore dei Servizi Sociali.

L’obiettivo è quello di prevenire l’insorgere di situazioni di conflitto di interesse in grado di compromettere sin da subito l’imparzialità del pubblico funzionario, assicurando le migliori condizioni affinché l’attività amministrativa sia sottratta a condizionamenti esterni impropri, in ossequio ai principi sanciti dalla nostra Costituzione agli artt. 54 e 97.

Pertanto, le norme che disciplinano le ipotesi di inconferibilità ed incompatibilità, rientrano nell’ambito della strategia complessiva di prevenzione della corruzione, della quale costituiscono uno dei principali strumenti.

Per inconferibilità si intende la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi dirigenziali e amministrativi di vertice a chi si trova in una delle condizioni di seguito descritte:

- ❖ inconferibilità in caso di condanne penali per reati contro la P.A. anche con sentenza non passata in giudicato;
- ❖ inconferibilità per provenienza da enti finanziati dal SSR;
- ❖ inconferibilità per provenienza da incarichi politici.

Trattasi di una misura temporanea, che viene meno con il trascorrere del tempo, atta ad impedire che il soggetto che si trovi in una delle condizioni su indicate, possa compromettere la sua imparzialità. L’impeditimento viene meno trascorso un lasso di tempo, individuato dalla normativa, e il soggetto può assumere l’incarico. Si precisa che la situazione di inconferibilità non può essere sanata.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

Nell’ipotesi in cui le cause di inconferibilità, sebbene esistenti ab origine non fossero note all’amministrazione ed emergessero nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione è tenuto ad effettuare la contestazione all’interessato, il quale, previo contraddittorio, deve essere rimosso dall’incarico.

All’atto del conferimento dell’incarico, l’interessato presenta una dichiarazione in ordine all’insussistenza delle cause di inconferibilità. Tale dichiarazione è prodotta prima del conferimento dell’incarico ed è condizione legale di efficacia dell’incarico stesso. Qualora siano stati conferiti incarichi in violazione delle norme contenute nel decreto in esame, scatta la nullità degli atti di conferimento e la conseguente nullità dei relativi contratti. Infine, in caso di dichiarazione mendace, per cinque anni, il soggetto che ha reso la falsa dichiarazione non può essere destinatario di incarichi.

Per incompatibilità, invece, si intende l’obbligo per il soggetto cui viene conferito l’incarico di direzione di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza dell’incarico e l’assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla P.A. che conferisce l’incarico, lo svolgimento di attività professionali o l’assunzione della carica di componenti di organi di indirizzo politico.

La dichiarazione in ordine alla insussistenza di cause di incompatibilità va prodotta annualmente, dal momento che tale situazione può sorgere in capo allo stesso titolare o a un suo congiunto, anche nel corso dell’incarico, a differenza della dichiarazione relativa all’insussistenza di cause di inconferibilità che va prodotta prima del conferimento, perché come già detto, è condizione legale di efficacia dell’incarico.

La causa di incompatibilità può essere rimossa appunto, mediante rinuncia dell’interessato a uno degli incarichi che la legge ha considerato incompatibili tra loro.

### **4.15 I conflitti di interessi**

Come scriveva il Presidente dell’ANAC, Dott. Raffaele Cantone, testualmente “*il conflitto di interessi rappresenta il vero brodo di coltura della corruzione. Chi opera deve rispettare i criteri di imparzialità e soprattutto non trarre vantaggi in contrasto con quelli amministrativi di cui è portatore. Proprio per tale motivo il nostro sistema ha introdotto nuovi meccanismi di incompatibilità e inconferibilità, oltre all’istituto del pantoufage e una stretta rilevante sulla possibilità di svolgere incarichi di altro tipo all’infuori dell’ente pubblico di appartenenza*”.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2022 - 2024

(art. 6 del DL 80/2021)

Il conflitto di interessi viene generalmente definito come la situazione, condizione o insieme di circostanze che determinano o accrescono il rischio che gli interessi primari – consistenti nel corretto e imparziale adempimento dei doveri istituzionali, finalizzati al perseguimento del bene pubblico – possano essere compromessi da interessi secondari, privati o comunque particolari.

Il conflitto di interessi reale è quindi la situazione in cui l'interesse secondario (finanziario o non finanziario) di una persona tende ad interferire con l'interesse primario di un'altra parte, verso cui la prima ha precisi doveri di responsabilità.

Mentre il dipendente è in conflitto di interesse solo potenziale, avendo un interesse secondario, normalmente a seguito del verificarsi di un certo evento o per il fatto di avere relazioni sociali e/o finanziarie con individui o organizzazioni, tale interesse, potrebbe potenzialmente tendere ad interferire in un momento successivo, con un interesse primario, portando il dipendente in una situazione di conflitto di interesse reale. In ogni caso, il dipendente ha l'obbligo di astenersi.

La definizione dell'obbligo di astensione è presente nel Decreto del Presidente della Repubblica n. 62/2013, cioè il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici che all'art.7 dispone testualmente: “*Il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possono coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di crediti o debito, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza*”.

In relazione allo specifico ambito sanitario, in caso di conflitto di interessi si fa riferimento al Codice di deontologia medica, che all'art. 30 così dispone: “*il medico evita qualsiasi condizione di conflitto di interessi nella quale il comportamento professionale risulti subordinato a indebiti vantaggi economici o di altra natura. Il medico dichiara le condizioni di conflitto di interessi riguardanti aspetti economici o di altra natura che possono manifestarsi nella ricerca scientifica, nella formazione, nell'aggiornamento professionale, nella prescrizione diagnostico -terapeutica, nella divulgazione scientifica, nei rapporti individuali e di gruppo con industrie, enti, organizzazioni e istituzioni, o con la Pubblica Amministrazione, attenendosi agli indirizzi applicativi allegati*”.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

In ambito sanitario, particolare rilevanza riveste la questione relativa agli appalti. In materia è intervenuto il PNA 2016, il quale ha dedicato un apposito paragrafo agli “*Acquisti in sanità*” prevedendo che: “*Nell’ambito degli appalti in sanità, l’esigenza di affrontare in modo sistematico e strategico le situazioni di conflitto di interesse appare maggiormente sentita a causa delle caratteristiche strutturali di potenziale intrinseca prossimità di interessi presenti nell’organizzazione sanitaria con specifico riferimento al settore degli acquisti, generata dal fatto che i soggetti proponenti l’acquisto sono spesso anche coloro che utilizzano il materiale acquistato*”.

Lo stesso PNA su indicato, rinvia al Nuovo Codice degli appalti pubblici contenuto nel D. Lgs. n. 50/2016, che all’art.42, rubricato per l’appunto “ Conflitto di interessi”, così recita: “*Si ha conflitto di interessi quando il personale di una stazione appaltante o di un prestatore di servizi che, anche per conto della stazione appaltante, interviene nello svolgimento della procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni o può influenzare, in qualsiasi modo, il risultato, ha, direttamente o indirettamente, un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di appalto o di concessione*”.

Ad ogni buon conto, appare opportuno delineare la differenza tra conflitto di interesse e corruzione: una persona in conflitto di interessi, potrebbe non agire mai in modo improprio. Infatti, il conflitto di interesse non è un evento come la corruzione, ma un insieme di circostanze che creano il rischio che gli interessi primari possano essere compromessi dal perseguitamento di quelli secondari.

La corruzione è la degenerazione di un conflitto di interessi, in quanto c’è sempre il prevalere di un interesse secondario su quello primario.

## 4.16 L’attività extra istituzionale

Per attività extra istituzionale si intende l’attività, non ricompresa nei compiti e nei doveri d’ufficio, da svolgersi in assenza di vincolo di subordinazione, al di fuori dell’orario di servizio, dalle sedi e dagli uffici dell’amministrazione di appartenenza, senza l’utilizzo di attrezzature o personale dell’azienda, a favore di altra amministrazione pubblica ovvero di soggetti privati, ai sensi dell’art. 53 del D. Lgs n. 165/2001 ed in conformità alla disciplina dettata in materia di incompatibilità e divieto di cumulo di impieghi.

## **4.17 Il conflitto di interessi negli incarichi extra istituzionali**

Secondo il principio di esclusività del rapporto di pubblico impiego fissato dalla costituzione, il dipendente pubblico non può svolgere incarichi extra servizio se non previamente autorizzati dall'amministrazione di appartenenza. Ovvero l'azienda può autorizzare gli incarichi effettuati al di fuori dell'orario di servizio - incarichi extra istituzionali – ai sensi dell'art. 53 D.lgs. 165/2001 soltanto se questi si configurano come “saltuari ed occasionali” e comunque sempre in assenza di conflitto di interessi.

## **4.18 Il pantouflag**

La L. n. 190/2012 ha introdotto il comma 16 *ter* all'art. 53 del D.lgs. 165/2001, una norma volta ad evitare il conflitto di interesse del dipendente in un periodo successivo alla cessazione del rapporto di lavoro. Tale divieto non riguarda indiscriminatamente tutti i dipendenti pubblici, ma soltanto coloro i quali negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'azienda.

Per questi soggetti è vietato svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto sopra previsto, sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti, di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i tre anni successivi, con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti ed accertati ad essi riferiti.

La norma intende prevenire uno scorretto esercizio dell'attività istituzionale da parte del dipendente pubblico, un conflitto di interessi ad effetto differito, finalizzato a precostituirsi un *favor* nei confronti di colui che in futuro potrebbe conferirgli incarichi professionali, in relazione al diretto collegamento con il principio costituzionale di trasparenza, imparzialità, buon andamento e di quello che impone ai pubblici impiegati esclusività del servizio a favore dell'amministrazione. (vedi art. 97 e 98 Cost).

## 4.19 I rapporti con gli Stakeholder

Gli stakeholder (o portatori di interessi), ovvero i pazienti e i loro familiari, i cittadini, le organizzazioni di rappresentanza della collettività, le associazioni di volontariato no profit, gli enti locali, il personale e i dirigenti delle aziende sanitarie, i sindacati e tutti quelli citati nella sezione dedicata al Valore Pubblico, rappresentano per l’Azienda un fattore di confronto di fondamentale importanza.

Il coinvolgimento di questi soggetti all’interno dell’organizzazione è una componente fondamentale di un sistema sanitario che voglia migliorare i propri livelli di sicurezza e qualità dell’assistenza.

Il loro contributo è utile per le attività di segnalazione, di informazione, indagine e miglioramento.

In tutto il mondo, le organizzazioni sanitarie incoraggiano una stretta collaborazione con i pazienti e loro famiglie. Addirittura, l’OMS ha promosso un’area “*Patients for patients Safety*”, dedicata all’approfondimento delle possibili iniziative in questo ambito.

Il coinvolgimento del paziente al processo decisionale di cura che lo riguarda, garantisce una migliore aderenza alle cure, migliore è la sua soddisfazione e migliori saranno i risultati clinici. In particolare, attraverso il consenso informato, il paziente riceve delle informazioni sulle opzioni di cura, ha quindi le informazioni e le preferenze necessarie al fine di prendere una decisione.

## 4.20 La Carta dei servizi

Con l’adozione della Carta dei servizi, le Aziende sanitarie introducono un altro strumento di partecipazione a favore dei cittadini. Si tratta di uno strumento che risponde alle richieste provenienti da un’utenza sempre più attenta alla tutela dei propri interessi, nel tentativo di adeguare l’erogazione di servizi di pubblica utilità a quelle che sono le istanze e i bisogni effettivi dei consumatori-utenti, rispettando determinati standard qualitativi e quantitativi.

Ciò avviene anche per il settore della salute nell’ambito del quale le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere sono tenute a pubblicare una Carta dei servizi per illustrare ai cittadini le strutture disponibili, i servizi offerti e gli strumenti di tutela a loro disposizione.

L’ASL Napoli 3 Sud utilizza il proprio sito per informare i cittadini dell’offerta dei servizi sanitari, fondata su alcuni principi fondamentali:

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

- ❖ Uguaglianza. L'accesso ai servizi sanitari deve essere garantito senza alcuna distinzione per motivi di sesso, razza, religione ed opinioni politiche;
- ❖ Imparzialità. La prestazione dei servizi sanitari deve avvenire senza alcun tipo di favoritismo;
- ❖ Continuità. L'erogazione dei servizi sanitari deve essere continua e regolare. In caso di funzionamento irregolare debbono essere adottate misure volte ad arrecare agli utenti il minor disagio possibile.
- ❖ Partecipazione. I cittadini, direttamente o tramite le associazioni che li rappresentano, devono sempre poter esprimere le proprie opinioni sui servizi che li riguardano, prevedendo appositi strumenti di partecipazione e coinvolgimento. Ad esse deve essere prestata massima attenzione nell'ottica di un miglioramento continuo della qualità dei servizi stessi.
- ❖ Efficacia ed efficienza. Il servizio deve essere erogato secondo gli obiettivi prefissati e in modo tale da non disperdere le risorse umane ed economiche a disposizione;
- ❖ Diritto di scelta. Il cittadino ha diritto di scegliere, tra i soggetti che erogano servizi sul territorio, quelli di cui ha necessità.

Nel caso in cui i principi di cui si è detto vengano violati, i cittadini possono facilmente accedere a procedure di reclamo all'Ufficio Relazioni con il Pubblico URP, istituito presso l'Azienda. L'URP, oltre ai compiti di informazione e orientamento, si occupa anche della raccolta e della gestione delle segnalazioni provenienti dai cittadini, allo scopo di migliorare i servizi forniti dalla struttura.

### **4.21 Il monitoraggio dei tempi procedimentali**

Il monitoraggio periodico dei tempi procedimentali costituisce un obbligo previsto nell'art. 1 co. 28 della L.190/2012, ai sensi del quale *"Le amministrazioni provvedono altresì al monitoraggio periodico del rispetto dei tempi procedimentali attraverso la tempestiva eliminazione delle anomalie. I risultati del monitoraggio sono consultabili nel sito web istituzionale di ciascuna amministrazione"*.

In linea con la previsione normativa contenuta all'art. 1 co. 9 lett. d) della già menzionata legge, come modificata dal D.lgs. 97/2016, il Piano triennale della prevenzione della corruzione dell'ASL Napoli 3 sud ha definito le modalità di monitoraggio del rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

Il monitoraggio tende all'accertamento dell'eventuale inosservanza dei termini di conclusione dei procedimenti amministrativi e, conseguentemente, all'avvio di azioni necessarie per l'eliminazione delle eventuali anomalie riscontrate.

La procedura di verifica dei termini procedurali si articola in diverse fasi:

- ❖ la fase della rilevazione: alla fase di rilevazione sono chiamati a collaborare i Responsabili delle UU.OO. e/o altre strutture e/o i Responsabili dei procedimenti amministrativi, nonché i Referenti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, ai quali è attribuito il compito di raccolta dei dati di competenza della struttura di afferenza. Tali Responsabili e/o Referenti devono indicare, per ogni tipologia di procedimento amministrativo di propria competenza e per ciascun procedimento:
  - la data di avvio del procedimento;
  - la data di conclusione del procedimento;
  - la durata del procedimento;
  - le eventuali cause di inosservanza del termine stabilito di conclusione;
  - le iniziative eventualmente adottate per assicurare il rispetto dei termini procedurali;
- ❖ la fase della verifica dei dati e del controllo: in tali fasi si verificano la completezza e la coerenza delle informazioni raccolte e la verifica degli stessi, anche attraverso sorteggi a campione;
- ❖ la fase della pubblicazione: conclusa la fase di verifica dei dati il RPCT all'esito della rilevazione, provvede alla pubblicazione nella sezione “Amministrazione Trasparente - Altri contenuti - Prevenzione della corruzione” del sito web istituzionale.

## 4.22 La tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti

L'art. 54 bis del D. Lgs.165/2001, come novellato dall'art. 1 co. 51 della L. 190/2012, prevede specificamente il divieto di discriminazione nei confronti del “whistleblower”, ovvero del dipendente che segnali illeciti o comportamenti meritevoli di considerazioni, stabilendo che la denuncia sia sottratta al diritto di accesso: “l'anonimato del dipendente che segnali illeciti, viene garantito, al fine di evitare che lo stesso ometta di effettuare segnalazioni per il timore di subire conseguenze pregiudizievoli, fatte salve le disposizioni di legge in materia penale, civile, amministrativa”.

L'ASL Napoli 3 Sud attraverso il sistema informatico, ai fini dell'attuazione della tutela del dipendente che effettui segnalazioni di cui all'art. 54 bis del D.lgs. n. 165/2001, rispetta gli specifici obblighi di

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

riservatezza.

Infatti, sono stati previsti canali differenziati e riservati per ricevere le segnalazioni la cui gestione è affidata ad un ristretto numero di persone. Inoltre, vengono disposti codici sostitutivi dei dati identificativi del denunciante e predisposti modelli per ricevere le informazioni utili per individuare gli autori della condotta illecita e le circostanze dei fatti.

Sono previsti obblighi di riservatezza a carico di tutti coloro che ricevano o vengano a conoscenza della segnalazione e di coloro che successivamente venissero coinvolti nel processo di gestione della segnalazione, salve naturalmente le comunicazioni che per legge o in base al P.N.A. debbano essere effettuate.

Le segnalazioni, di regola, vengono indirizzate al Responsabile della prevenzione della corruzione e all’Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD), che, ricevuta la segnalazione, assume le adeguate iniziative a seconda del caso.

La tutela del segnalatore è supportata anche da una efficace attività di sensibilizzazione, comunicazione e formazione sui diritti e gli obblighi relativi alla divulgazione delle azioni illecite.

I dipendenti ed i collaboratori, che vogliono segnalare situazioni di illecito, fatti di corruzione ed altri reati contro la pubblica amministrazione, fatti di presunto danno erariale o altri illeciti amministrativi, di cui sono venuti a conoscenza, seguono le istruzioni ed utilizzano il modello scaricabile dal sito istituzionale dell’Amministrazione link Amministrazione Trasparente – Prevenzione della corruzione.

## ***4.23 Le disposizioni conclusive***

Per quanto non espressamente indicato nel presente piano, trovano applicazione le norme dettate dalla L. 190/2012 e il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione vigente in questa Azienda, di cui questo costituisce aggiornamento.

Il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione ed il Piano della Trasparenza sono stati adottati dall’ASL Napoli 3 Sud con la Deliberazione Aziendale n. 371 del 28 aprile 2022.



# ASL Napoli 3 Sud

Direttore Ing. Gennaro Sosto

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

## SEZIONE 3

## 5 La struttura organizzativa

### 5.1 L'organigramma dell'ASL Napoli 3 Sud

Per l'ASL Napoli 3 Sud, l'aggregazione delle unità segue le logiche di efficienza clinica, in quanto orientata all'ottimizzazione diretta del processo assistenziale ed all'ottimizzazione indiretta del consumo di risorse, e le logiche di efficienza manageriale, orientata alla definizione delle priorità di allocazione delle risorse in funzione del raggiungimento di obiettivi di efficienza.

L'organizzazione dell'ASL Napoli 3 Sud viene rappresentata con un'articolazione sviluppata su quattro macrolivelli: la Direzione Aziendale (Generale, Amministrativa e Sanitaria) e la rete dei servizi territoriali (Dipartimenti, Presidi Ospedalieri e Distretti). Le strutture che afferiscono a ciascun livello individuato, aggregate per Dipartimento funzionale (nell'ambito dei Presidi Ospedalieri), per Dipartimento strutturale (nell'ambito del Territorio) di afferenza e per Distretto Sociosanitario, sono classificabili come Unità Operative complesse.

L'organigramma dell'ASL Napoli 3 Sud viene, quindi, rappresentato per:

- ❖ l'organizzazione dell'area centrale;
- ❖ l'organizzazione dell'area dipartimentale;
- ❖ l'organizzazione dell'area ospedaliera (presidi);
- ❖ l'organizzazione dell'area distrettuale.

## 5.2 Area centrale

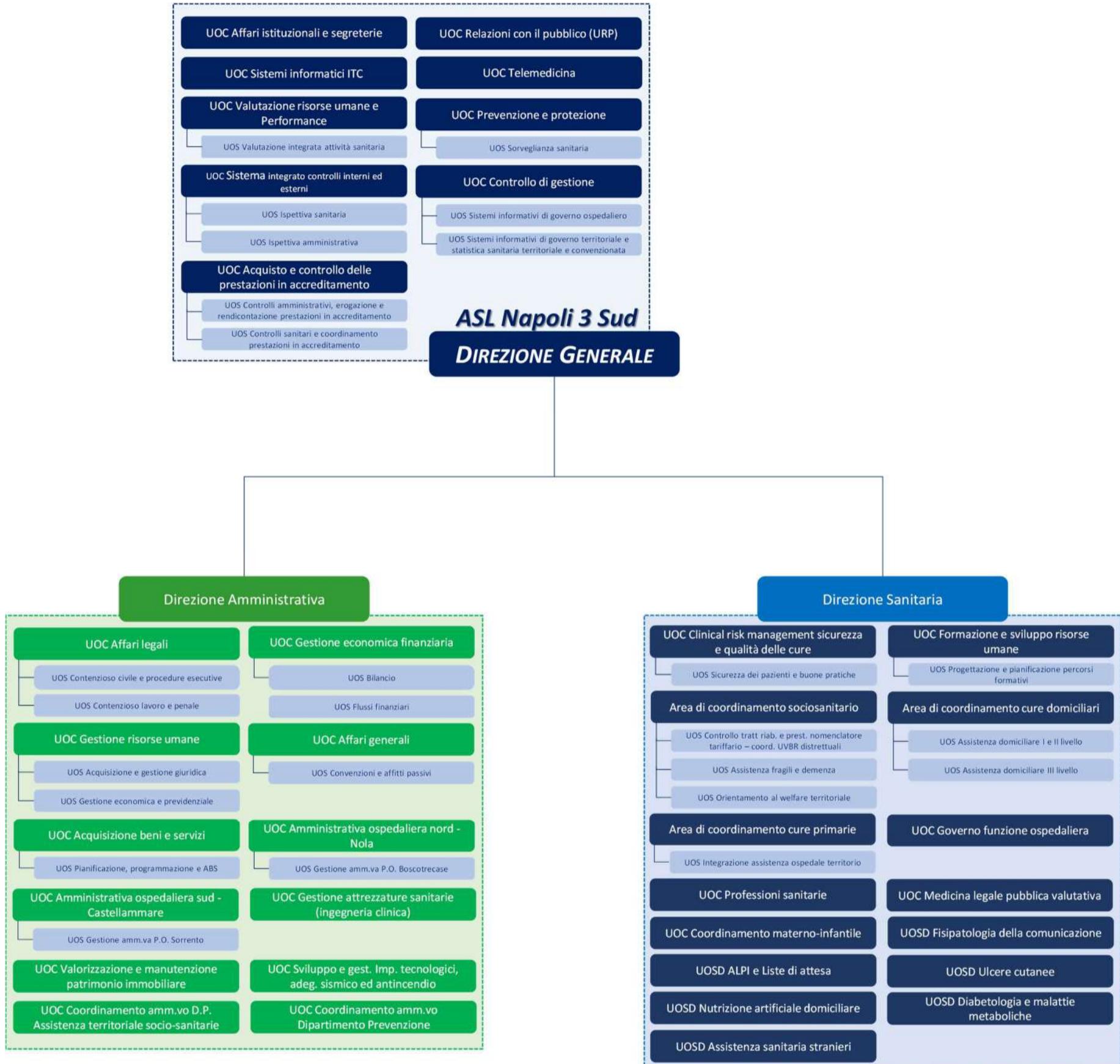


Figura 33 – Organigramma area centrale

### 5.3 Area dipartimentale

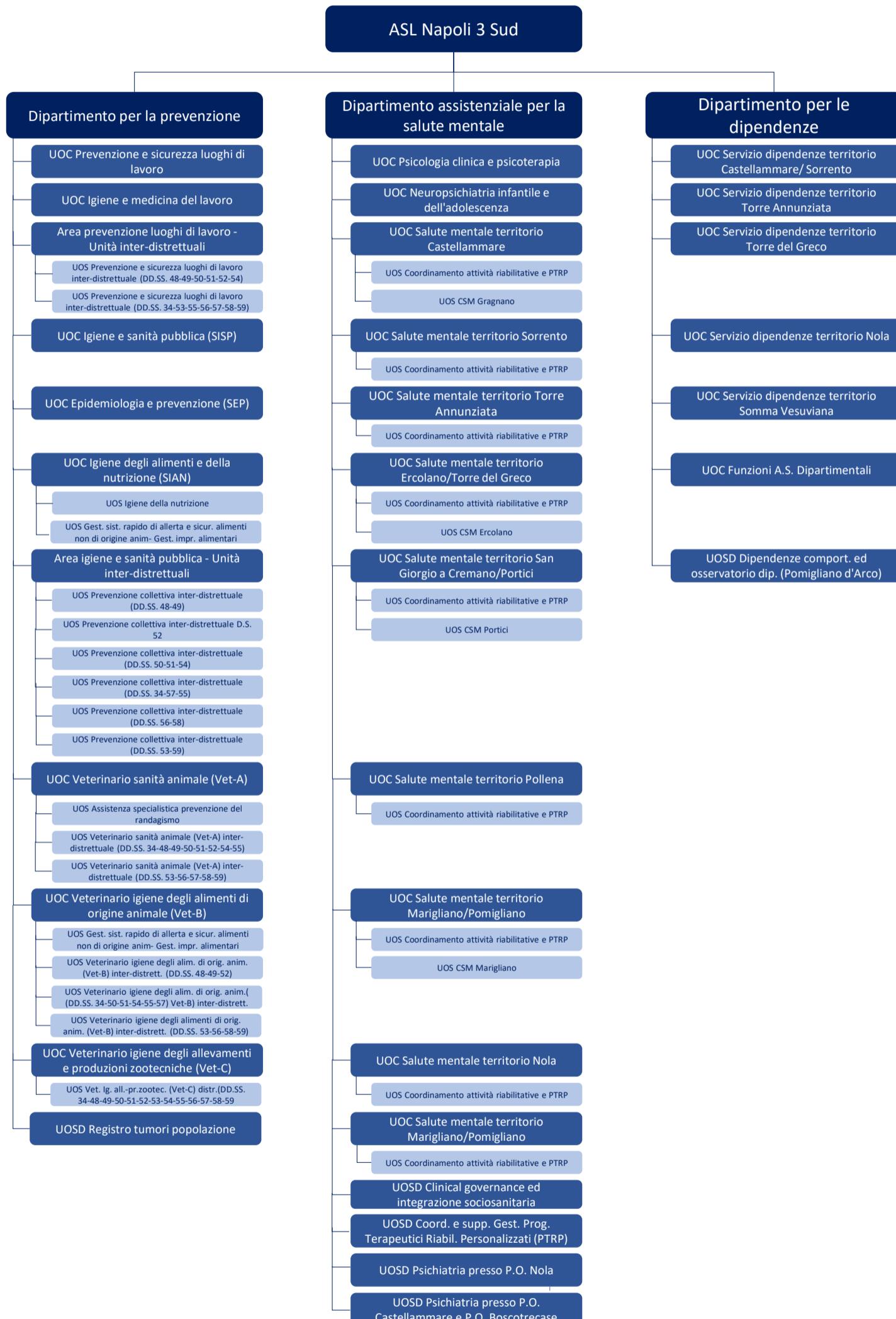


Figura 34 – Organigramma area dipartimentale

## **5.4 Area ospedaliera**



**Figura 35 – Organigramma area ospedaliera**

## 5.5 Area distrettuale

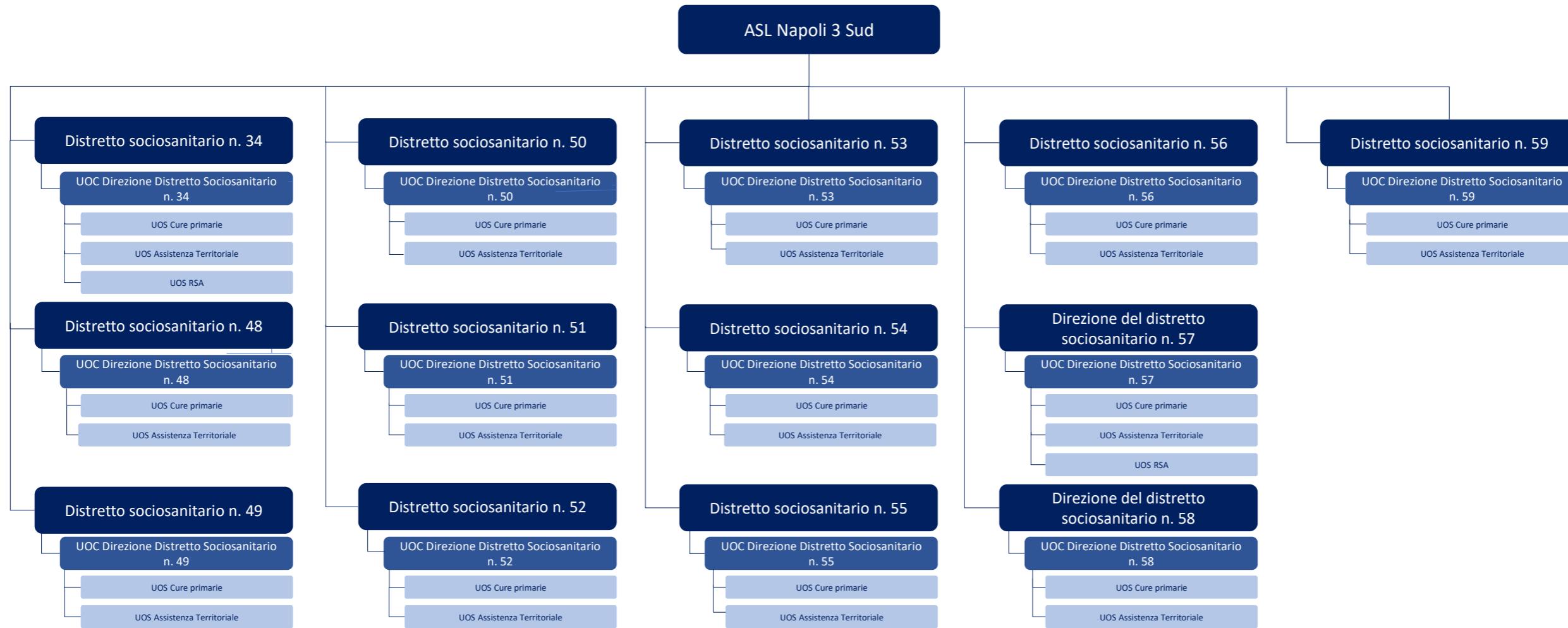


Figura 36 – Organigramma area distrettuale

## 5.6 I dati dell'organizzazione

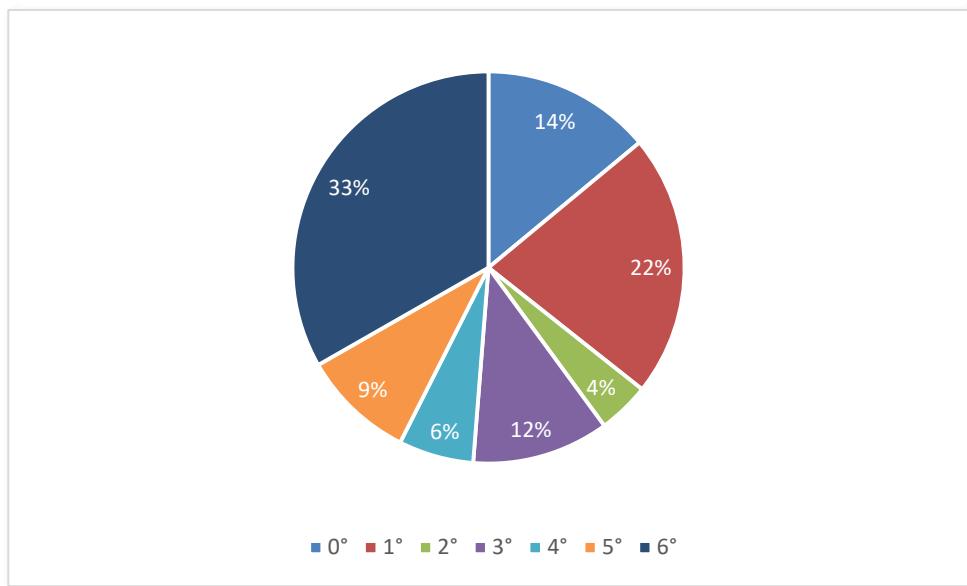
Il personale dipendente, appartenente all'area della dirigenza ed all'area del comparto, in servizio al 31/12/2021, è pari a n. 5.550 unità.

Al personale appartenente all'area del comparto, corrispondente a n. 3.731 unità, sono assegnate fasce corrispondenti al proprio ruolo, al proprio profilo ed alla propria anzianità di servizio.

La distribuzione delle fasce, per il personale del comparto, è mostrata nella seguente tabella.

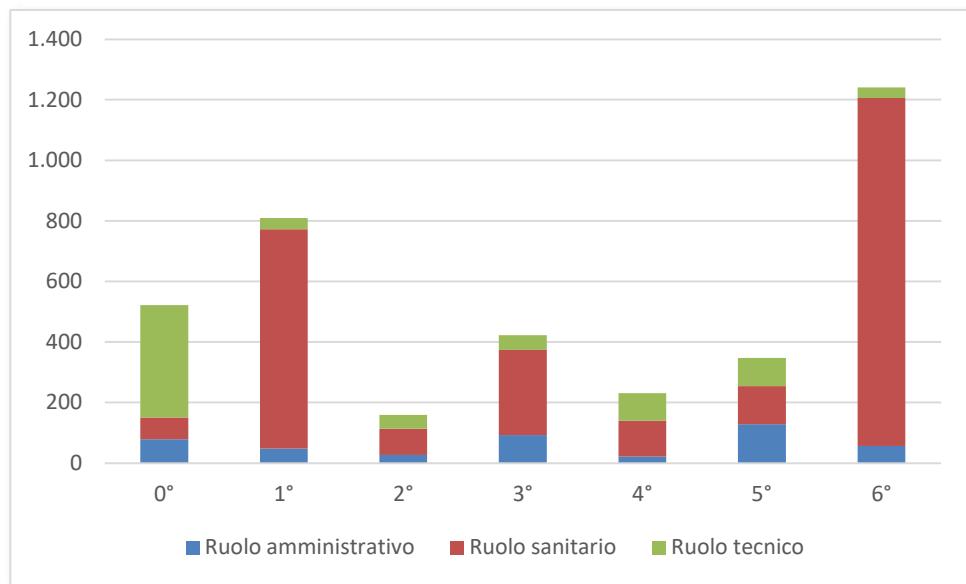
Ruolo	Fascia							Totale
	0°	1°	2°	3°	4°	5°	6°	
Amministrativo	79	48	27	93	22	129	57	455
Sanitario	72	724	87	281	118	125	1.149	2.556
Tecnico	371	37	45	48	91	93	35	720
<b>Totale</b>	<b>522</b>	<b>809</b>	<b>159</b>	<b>422</b>	<b>231</b>	<b>347</b>	<b>1.241</b>	<b>3.731</b>

Dal grafico che segue è possibile affermare che la fascia 6°, ovvero la fascia di ingresso, corrisponde a quella maggiormente attribuita al personale del comparto.



**Figura 37 – Distribuzione delle fasce nell’ASL Napoli 3 Sud**

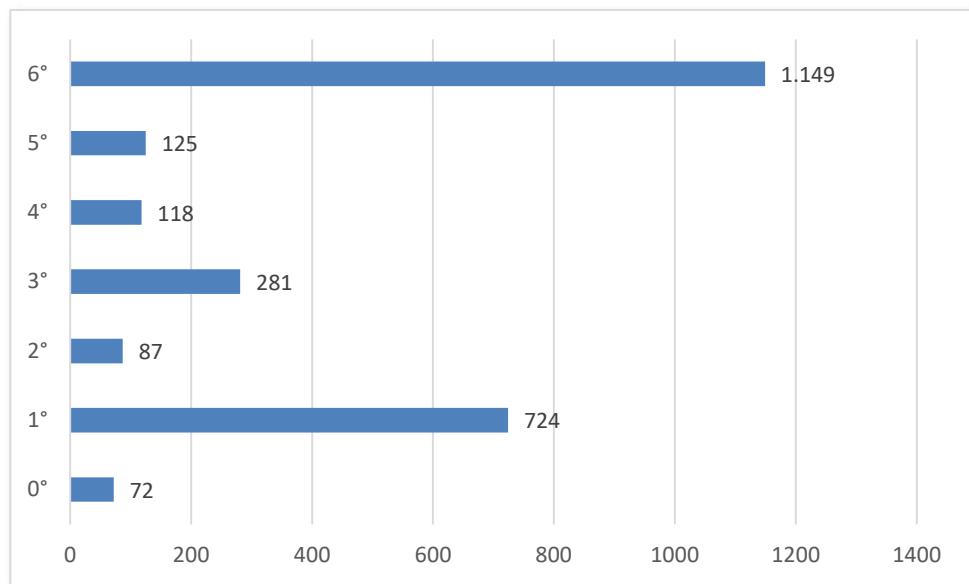
Si rappresenta, di seguito, la distribuzione delle fasce per ruolo.



**Figura 38 – Distribuzione delle fasce per ruolo**

Il totale del personale del comparto a cui è assegnata la 6° fascia è pari a n. 1.241 unità ed il ruolo sanitario ne ha il numero più elevato.

Si rappresenta, di seguito, la distribuzione delle fasce per il ruolo sanitario.

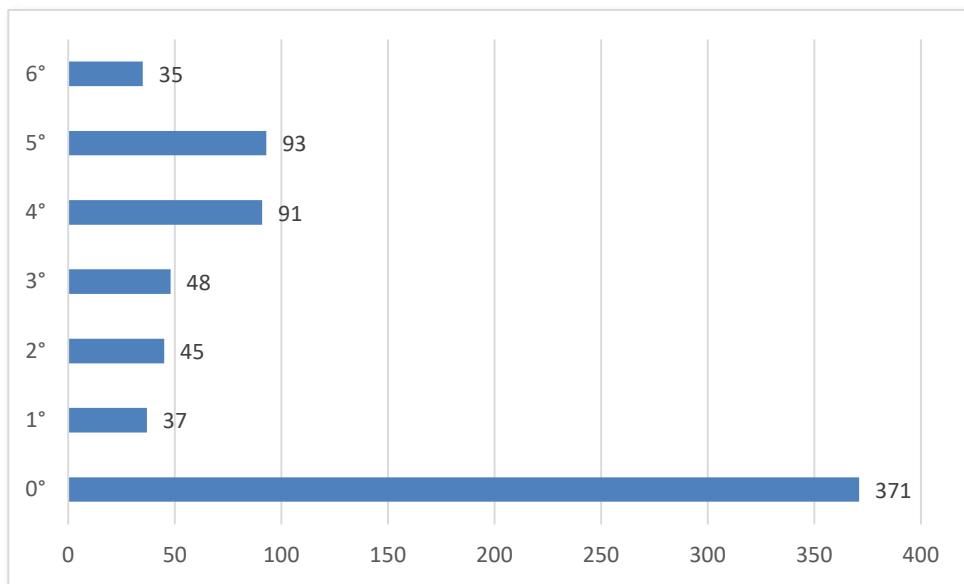


**Figura 39 – Distribuzione delle fasce per il ruolo sanitario**

Per il ruolo sanitario, di cui si mostrano i valori assoluti nel grafico, la distribuzione percentuale è la seguente:

- ❖ 0° fascia – 3%;
- ❖ 1° fascia – 28%;
- ❖ 2° fascia – 3%;
- ❖ 3° fascia – 11%;
- ❖ 4° fascia – 5%;
- ❖ 5° fascia – 5%;
- ❖ 6° fascia – 45%.

Si rappresenta, di seguito, la distribuzione delle fasce per il ruolo tecnico.

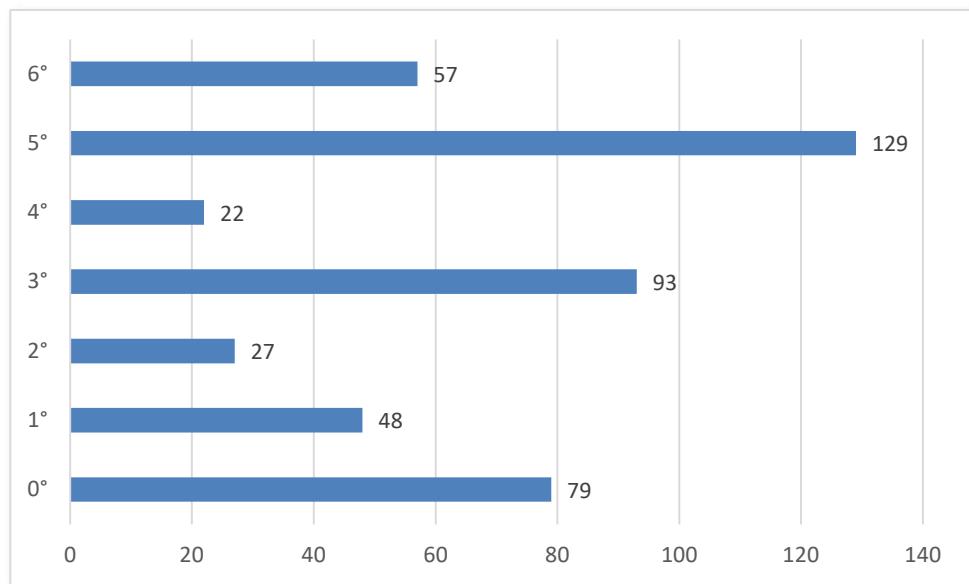


**Figura 40 – Distribuzione delle fasce per il ruolo tecnico**

Per il ruolo tecnico, di cui si mostrano i valori assoluti nel grafico, la distribuzione percentuale è la seguente:

- ❖ 0° fascia – 52%;
- ❖ 1° fascia – 5%;
- ❖ 2° fascia – 6%;
- ❖ 3° fascia – 7%;
- ❖ 4° fascia – 13%;
- ❖ 5° fascia – 13%;
- ❖ 6° fascia – 5%.

Si rappresenta, di seguito, la distribuzione delle fasce per il ruolo amministrativo.



**Figura 41 – Distribuzione delle fasce per il ruolo amministrativo**

Per il ruolo amministrativo, di cui si mostrano i valori assoluti nel grafico, la distribuzione percentuale è la seguente:

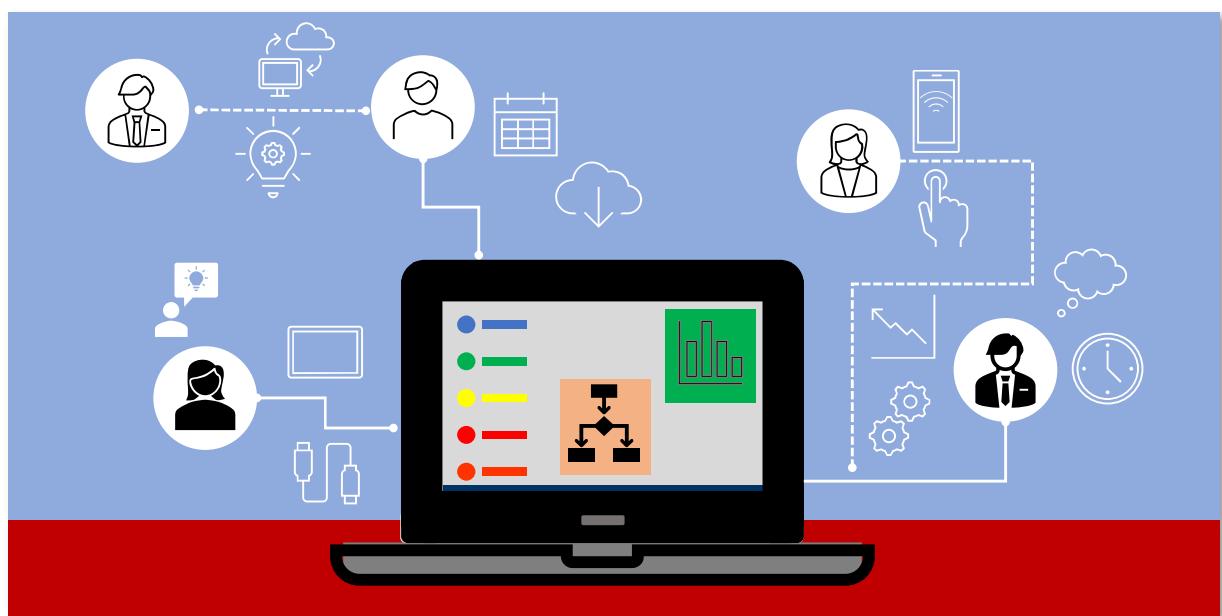
- ❖ 0° fascia – 17%;
- ❖ 1° fascia – 11%;
- ❖ 2° fascia – 6%;
- ❖ 3° fascia – 20%;
- ❖ 4° fascia – 5%;
- ❖ 5° fascia – 28%;
- ❖ 6° fascia – 13%.

## 6 Il lavoro agile

### 6.1 L'organizzazione del lavoro agile dell'ASL Napoli 3 Sud

L'attacco hacker subito in data 07/01/2022 dall' ASL Napoli 3 Sud ha impedito all' Azienda di poter procedere con celerità alla definizione del Piano organizzativo del Lavoro Agile (d'ora in avanti POLA) che, tuttavia, è in fase di elaborazione, sarà inoltre oggetto di contrattazione decentrata stabilire il numero di giornate lavorative in un mese da svolgere in lavoro agile, in conformità alle disposizioni normative vigenti, di cui all'art. 263 del D.L. n. 34/2020 convertito con modificazioni dalla Legge n. 77/2020.

Il POLA (PIAO) definito dall'ASL Napoli 3 Sud rispetterà le modalità attuative del lavoro agile, che consentono al 60% dei dipendenti – con riferimento ad ogni attività che può essere svolta da remoto – di avvalersi del lavoro agile senza incorrere in penalizzazioni in termini di riconoscimento della propria professionalità e delle relative progressioni di carriera.



**Figura 42 – Il lavoro agile per l'ASL Napoli 3 Sud**

L'ASL Napoli 3 Sud, attraverso l'organizzazione del lavoro agile, intenderà stabilire le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale (sia dirigenziale che di comparto),

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

e gli strumenti di monitoraggio periodico dei risultati raggiunti mediante lo stesso.

Tale organizzazione, nonché il relativo monitoraggio, perseguità l'obiettivo di misurazione di:

- ❖ miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa;
- ❖ digitalizzazione dei processi;
- ❖ qualità dei servizi erogati, anche grazie al coinvolgimento dei cittadini (sia presi individualmente che nelle loro forme associative).

Lo svolgimento del lavoro agile seguirà la valutazione dei seguenti aspetti:

- ❖ salute organizzativa: si osserveranno tutti i processi aziendali al fine di individuare le attività che possono o non possono essere svolte in modalità agile;
- ❖ salute professionale: si osserveranno le competenze direzionali, intese quali attitudini allo svolgimento delle attività in chiave innovativa e con l'uso di tecnologie digitali avanzate, e le competenze del personale;
- ❖ salute digitale: si osserverà la disponibilità 1. degli accessi sicuri dall'esterno agli applicativi ed ai dati di interesse per l'esecuzione del lavoro, con l'utilizzo di VPN criptate, 2. delle funzioni applicative di conservazione dei dati e dei prodotti intermedi del lavoro per i dipendenti che prestano la propria attività al di fuori del contesto lavorativo, 3. di applicativi software che permettono ai lavoratori – nell'ambito di lavoro intermedi in un flusso di attività più ampio – di lavorare su una fase del processo lasciando all'applicativo l'onere della gestione dell'avanzamento del lavoro con diversi attori.

L'ASL Napoli 3 Sud stabilirà che, nello scenario attuale, il rientro in presenza è considerato come "modalità ordinaria di espletamento dell'attività lavorativa da parte dei dipendenti pubblici". Parimenti, sarà consentito lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile, nel rispetto di specifiche condizioni che evidenziano la presenza di uno stato di necessità (ad esempio in considerazione dell'acuirsi dei pericoli di contagio), finalizzando tale modalità all'utilizzo di ogni strumento utile a diminuire le possibilità del diffondersi del virus.

In particolare, l'ASL Napoli 3 Sud si porrà l'obiettivo di promuovere:

- ❖ la flessibilità e l'autonomia nell'organizzazione del lavoro;

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

- ❖ l'utilizzo di strumenti digitali;
- ❖ la cultura organizzativa basata sulla collaborazione ed ispirata al raggiungimento dei risultati;
- ❖ il benessere dei dipendenti e l'utilità per l'amministrazione;
- ❖ la necessaria riprogettualità degli spazi di lavoro in presenza.

L'ASL Napoli 3 Sud definirà nel dettaglio i requisiti che consentono al personale di svolgere il proprio lavoro in modalità agile e che sono di seguito dettagliati:

- ❖ l'attività si presta ad essere delocalizzata, almeno in parte, rispetto alla sede ordinaria di lavoro;
- ❖ l'attività si presta ad essere condotta, almeno in parte, in autonomia;
- ❖ l'attività può essere efficacemente condotta con il supporto delle strumentazioni tecnologiche;
- ❖ le comunicazioni inerenti la prestazione lavorativa, sia con interlocutori interni che esterni, possono aver luogo con la medesima efficacia mediante il supporto delle strumentazioni tecnologiche;
- ❖ i risultati conseguiti (sia in termini qualitativi che quantitativi) possono essere monitorati e valutati in maniera accurata per l'attività condotta non presso la sede di lavoro.

Oltre alla definizione dei requisiti, saranno identificate anche le attività che è possibile svolgere in modalità agile, ovvero:

- ❖ attività di protocollazione atti in entrata ed uscita;
- ❖ attività di trasmissione dei documenti in uscita (a mezzo PEC o a mezzo di posta ordinaria);
- ❖ attività di archiviazione elettronica di documenti e atti;
- ❖ attività di analisi, studio e ricerca;
- ❖ attività di modellazione dei dati e reportistica;
- ❖ gestione dei progetti;
- ❖ attività di monitoraggio dei dati e dei documenti, pertinenti con le competenze delle strutture;
- ❖ redazione degli atti giuridico-amministrativi e degli atti a contenuto tecnico-scientifico;

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

- ❖ elaborazione di provvedimenti amministrativi, pareri, atti normativi e circolari, memorie difensive, verbali, procedure operative standard e revisioni delle stesse, presentazioni, dossier e note tematiche, working papers;
- ❖ preparazione di riunioni nazionali ed internazionali (dossier, presentazioni ecc.), nonché svolgimento delle predette riunioni interne ed esterne, con la presenza degli stakeholders, in virtù delle tecnologie in uso;
- ❖ attività connesse alle ispezioni nazionali ed internazionali, con particolare riferimento alla fase di preparazione ed alla stesura di verbali ispettivi, attività di data entry ed adempimenti connessi ai Sistemi informativi AIFA ed alle attività inerenti la gestione di banche dati;
- ❖ attività di validazione delle domande presentate per i procedimenti ad iniziativa di parte;
- ❖ attività di valutazione della documentazione presentata a corredo dei procedimenti ad iniziativa d'ufficio e ad iniziativa di parte;
- ❖ attività di rassegna stampa e aggiornamento sito istituzionale;
- ❖ attività di informazione sui farmaci agli operatori sanitari e ai cittadini tramite il numero verde;
- ❖ attività di formazione al personale;
- ❖ attività di notifica telematica di provvedimenti amministrativi autorizzativi.

L'ASL Napoli 3 Sud svilupperà una specifica strategia per lo sviluppo del modello innovativo aziendale di organizzazione del lavoro agile.

Nello scenario Aziendale, per consentire a ciascun dipendente di usufruire del lavoro agile, sarà necessario che vengano rispettate le seguenti condizioni:

- ❖ sarà necessaria l'effettuazione di un'adeguata rotazione del personale che potrà prestare lavoro in modalità agile, dovendo essere prevalente per ciascun lavoratore l'esecuzione della prestazione in presenza;
- ❖ sarà necessaria la previsione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove fosse stato accumulato;

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ sarà necessario il pieno utilizzo della flessibilità lavorativa consentita dall'attuale orario di servizio dell'ASL Napoli 3 Sud, prevedendo che il personale che accede alle sedi non si concentri nella medesima fascia oraria e si favorisca la minore compresenza possibile negli spazi di lavoro condivisi;
- ❖ sarà necessaria la corretta applicazione delle misure contenute nei documenti di sicurezza;
- ❖ sarà necessario assicurare la continuità della corretta funzionalità degli uffici e garantire il consueto e regolare adempimento dei compiti istituzionali di ciascuna struttura;
- ❖ sarà necessario che l'accordo individuale, elaborato tra l'amministrazione ed il dipendente, definisca almeno gli specifici obiettivi resi da ciascun dipendente in modalità agile, le modalità ed i tempi di esecuzione della prestazione medesima;
- ❖ sarà necessario inoltre che siano definite le fasce orarie di contattabilità, nel rispetto dei tempi di riposo e del diritto alla disconnessione del lavoratore dagli apparati di lavoro, nonché delle modalità e dei criteri di misurazione dell'attività svolta.

## 7 Il piano triennale del fabbisogno di personale

### 7.1 *Introduzione*

Il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale è stato adottato dall'ASL Napoli 3 Sud con la deliberazione Aziendale n. 402 del 4 maggio 2022, è stato inviato in Regione Campania e l'azienda è in attesa della approvazione con provvedimento regionale.

Il Piano triennale dei fabbisogni di personale (di seguito denominato PTFP) per il periodo 2021/2023, in continuità con il PTFP 2020/2022, definisce le politiche di reclutamento del personale dell'Azienda sanitaria di livello dirigenziale e non, nel rispetto dei principi della efficiente organizzazione degli uffici e della ottimizzazione delle risorse finanziarie a disposizione. Il PTFP è adottato in attuazione di quanto disposto dall'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, in coerenza con le linee di indirizzo per la pianificazione dei fabbisogni di personale, ai sensi dell'articolo 6-ter dello stesso decreto legislativo, con decreto del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro della salute dell'8 maggio 2018, nonché, i contenuti sono organizzati ed elaborati secondo quanto previsto dal Disciplinare tecnico Monitoraggio di determinazione del Fabbisogno di Personale del SSR allegato alla DGR n. 593 /2020.

Scopo della presente pianificazione è favorire il ricambio generazionale indispensabile all'esercizio delle numerose e complesse competenze attribuite all'azienda sanitaria garantendo, attraverso l'ottimale distribuzione delle risorse disponibili, il buon funzionamento delle unità operative. In tal senso, la presente programmazione assunzionale persegue l'obiettivo di colmare, attraverso procedure concorsuali, scorimento di graduatorie di idonei di concorsi banditi da altre amministrazioni e/o procedure di mobilità ai sensi dell'art. 30 del decreto legislativo 165/2001, le carenze di personale conseguenti ai collocamenti a riposo che sono intervenuti nel corso del 2020 e a quelli che si verificheranno negli anni 2021 e 2022 tenendo conto del fabbisogno di personale conseguente al processo riorganizzativo interno in atto poiché è in corso di adozione il nuovo atto aziendale.

### 7.2 *La normativa di riferimento*

Gli articoli 6 e 6 bis del d.lgs. n. 165/2001, come modificati dal d.lgs. n. 75 del 25 maggio 2017, nonché l'articolo 6 ter (introdotto dal predetto decreto n. 75/2017) stabiliscono le modalità di definizione dei fabbisogni di personale nell'ambito delle pubbliche amministrazioni. Nello specifico, gli articoli in questione prevedono quanto segue.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

### Art. 6 (Organizzazione degli uffici e fabbisogni di personale)

1. Le amministrazioni pubbliche definiscono l'organizzazione degli uffici per le finalità indicate all'articolo 1, comma 1, adottando, in conformità al piano triennale dei fabbisogni di cui al comma 2, gli atti previsti dai rispettivi ordinamenti, previa informazione sindacale, ove prevista nei contratti collettivi nazionali.
2. Allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, le amministrazioni pubbliche adottano il piano triennale dei fabbisogni di personale, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate ai sensi dell'articolo 6-ter. ... Il piano triennale indica le risorse finanziarie destinate all'attuazione del piano, nei limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà assunzionali previste a legislazione vigente.
3. In sede di definizione del piano di cui al comma 2, ciascuna amministrazione indica la consistenza della dotazione organica e la sua eventuale rimodulazione in base ai fabbisogni programmati e secondo le linee di indirizzo di cui all'articolo 6-ter, nell'ambito del potenziale limite finanziario massimo della medesima ... Resta fermo che la copertura dei posti vacanti avviene nei limiti delle assunzioni consentite a legislazione vigente.
4. ... Per le altre amministrazioni pubbliche il piano triennale dei fabbisogni, adottato annualmente nel rispetto delle previsioni di cui ai commi 2 e 3, è approvato secondo le modalità previste dalla disciplina dei propri ordinamenti. Nell'adozione degli atti di cui al presente comma, è assicurata la preventiva informazione sindacale, ove prevista nei contratti collettivi nazionali. 5....
6. Le amministrazioni pubbliche che non provvedono agli adempimenti di cui al presente articolo non possono assumere nuovo personale. 6-bis. ... Per gli enti del servizio sanitario nazionale sono fatte salve le particolari disposizioni dettate dalla normativa di settore.

### Art. 6-bis (Misure in materia di organizzazione e razionalizzazione della spesa per il funzionamento delle pubbliche amministrazioni)

1. Le pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, ... sono autorizzate, nel rispetto dei principi di concorrenza e di trasparenza, ad acquistare sul mercato i servizi, originariamente prodotti al proprio interno, a condizione di ottenere conseguenti economie di gestione e di adottare le necessarie misure in materia di personale.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

2. Le amministrazioni interessate dai processi di cui al presente articolo provvedono al congelamento dei posti e alla temporanea riduzione dei fondi della contrattazione in misura corrispondente, fermi restando i processi di riallocazione e di mobilità' del personale.

3. I collegi dei revisori dei conti e gli organi di controllo interno delle amministrazioni che attivano i processi di cui al comma 1 vigilano sull'applicazione del presente articolo, dando evidenza, nei propri verbali, dei risparmi derivanti dall'adozione dei provvedimenti in materia di organizzazione e di UOC Gestione Risorse Umane/2019/148 2 personale, anche ai fini della valutazione del personale con incarico dirigenziale di cui all'articolo 5 del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 286.

Art. 6-ter (Linee di indirizzo per la pianificazione dei fabbisogni di personale).

1. Con decreti di natura non regolamentare adottati dal Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono definite, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, linee di indirizzo per orientare le amministrazioni pubbliche nella predisposizione dei rispettivi piani dei fabbisogni di personale ai sensi dell'articolo 6, comma 2, anche con riferimento a fabbisogni prioritari o emergenti di nuove figure e competenze professionali.

3. Con riguardo alle regioni, agli enti regionali, al sistema sanitario nazionale e agli enti locali, i decreti di cui al comma 1 sono adottati previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131. Con riguardo alle aziende e agli enti del Servizio sanitario nazionale, i decreti di cui al comma 1 sono adottati di concerto anche con il Ministro della salute.

5. Ciascuna amministrazione pubblica comunica secondo le modalità' definite dall'articolo 60 le predette informazioni e i relativi aggiornamenti annuali che vengono resi tempestivamente disponibili al Dipartimento della funzione pubblica. La comunicazione dei contenuti dei piani è' effettuata entro trenta giorni dalla loro adozione e, in assenza di tale comunicazione, è' fatto divieto alle amministrazioni di procedere alle assunzioni.

6. Qualora, sulla base del monitoraggio effettuato dal Ministero dell'economia e delle finanze di intesa con il Dipartimento della funzione pubblica attraverso il sistema informativo di cui al comma 2, con riferimento alle amministrazioni dello Stato, si rilevino incrementi di spesa correlati alle politiche assunzionali tali da compromettere gli obiettivi e gli equilibri di finanza pubblica, il Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, con decreto di natura non regolamentare, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, adotta le necessarie misure correttive delle linee di indirizzo di cui al comma 1. Con riguardo alle regioni, agli enti regionali, al sistema sanitario nazionale ed agli enti

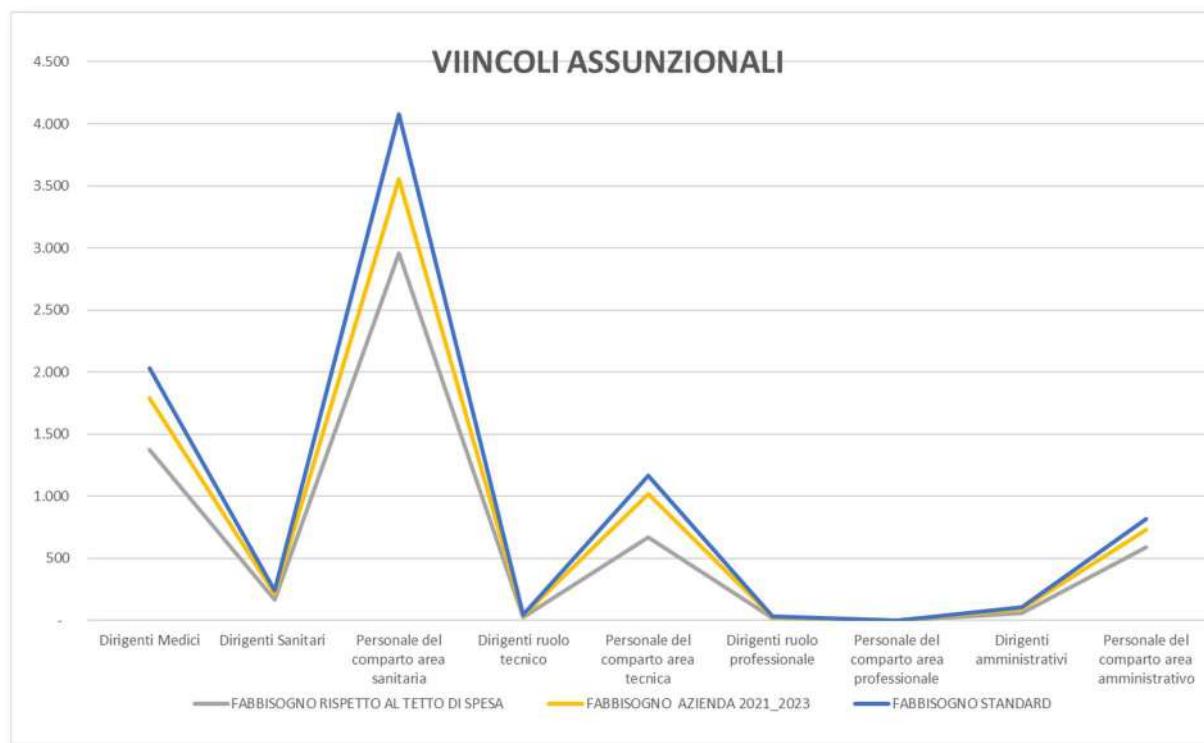
## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

locali, le misure correttive sono adottate con le modalità di cui al comma 3.

La predisposizione del piano dei fabbisogni nell’ambito del S.S.R. è fortemente condizionata dalle norme nazionali che pongono limiti alla spesa del personale. Infatti, l’art. 1, comma 565, della legge 27.12.2006, n. 296, i cui contenuti sono stati confermati dall’articolo 2, comma 71, della legge 23/12/2009, n. 191 e successive modificazioni, stabilisce che gli enti del SSN concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica adottando misure necessarie a garantire che la spesa del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell’Irap, non superi il corrispondente ammontare dell’anno 2004 diminuito dell’1,4%.



**Figura 43 – I vincoli assunzionali**

Il Piano dà evidenza delle politiche aziendali di attuazione dell’Atto Aziendale, con particolare riferimento ai servizi ospedalieri, oggetto di profonda revisione organizzativa con conseguente sensibile riflesso in termini di definizione del relativo fabbisogno. Tali percorsi organizzativi, sia in ambito sanitario/socio-sanitario che dei servizi amministrativi, trovano riscontro nel Piano per una più efficiente

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

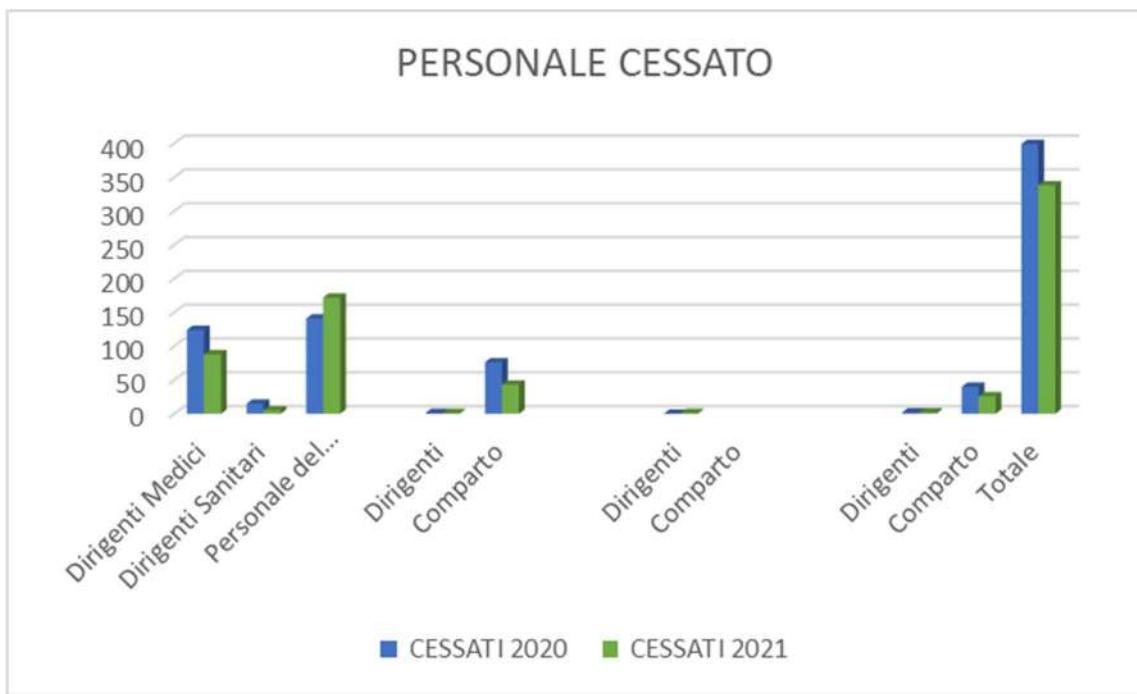
ed efficace gestione delle risorse umane. Il coordinamento fra risorse umane necessarie e risorse finanziarie disponibili viene definito nella tabelle indicanti il Piano dei fabbisogni per gli anni 2021-2022-2023 . La spesa viene esposta nelle tabelle allegate al Piano, per ciascuno degli anni in questione. Sin d'ora si precisa che la revisione del Piano Triennale per gli anni seguenti terrà in considerazione le valutazioni strategiche aziendali in materia di eventuali esternalizzazioni da effettuarsi, con riferimento all'area dei servizi/attività di supporto in ambito ospedaliero e territoriale. Particolare attenzione sarà inoltre riservata alla politica di fabbisogno di personale in attuazione di modifiche dell'Atto Aziendale, quali conseguenza in primis di quanto definito a livello regionale in ambito di schede di dotazione ospedaliera. Scopo della presente pianificazione è favorire il ricambio generazionale indispensabile all'esercizio delle numerose e complesse competenze attribuite all'azienda sanitaria garantendo, attraverso l'ottimale distribuzione delle risorse disponibili, il buon funzionamento delle unità operative. In tal senso, la presente programmazione assunzionale in considerazione dei presenti alla data del 31\_12\_2020, persegue l'obiettivo di colmare, attraverso procedure concorsuali, scorrimento di graduatorie di idonei di concorsi banditi da altre amministrazioni e/o procedure di mobilità ai sensi dell'art. 30 del decreto legislativo 165/2001, le carenze di personale conseguenti ai collocamenti a riposo che sono intervenuti nel corso del 2020 e a quelli che si verificheranno negli anni 2021 e 2022 tenendo conto del fabbisogno di personale conseguente al processo riorganizzativo interno in atto poiché è in corso di adozione il nuovo atto aziendale.

Di seguito si rappresenta graficamente la distribuzione del personale, distinto per profilo professionale, in servizio al 31/12/2020.



**Figura 44 – Il personale in servizio al 31/12/2020**

Inoltre, si rappresenta graficamente l'andamento del personale cessato, distinto per profilo professionale, per gli anni 2020 e 2021.



**Figura 45 – Il personale in servizio al 31/12/2020**

### 7.3 *Criteri e modalità di elaborazione del Piano*

I criteri utilizzati per definire il fabbisogno teorico hanno avuto tre driver principali, meglio dettagliati nel proseguo:

- ❖ l'organizzazione della rete di offerta: identificazione del ruolo delle strutture nella rete ospedaliera e di emergenza-urgenza secondo la classificazione del DM n. 70/2015;
- ❖ la produzione: l'attività ospedaliera, specialistica e di emergenza urgenza, erogate in ambito ospedaliero;
- ❖ il tempo di lavoro con rispetto all'orario di lavoro e alla turnistica come previsto dalla Legge n. 161/2014.

Per la definizione del fabbisogno di personale, così come indicato dalle linee guida ministeriali, risulta fondamentale definire gli "standard" organizzativi per categorie di ospedali e le dotazioni minime necessarie a garantire la funzionalità prevista per quel presidio, in relazione al suo ruolo nella rete.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

definizione del cosiddetto “metabolismo minimo” = fabbisogno di funzionamento:  
la dotazione di personale che garantisce la possibilità di “rendere disponibile” il servizio.

Il concetto di “metabolismo minimo” è definito avendo a riferimento un reparto “completo”, nel quale si svolgono attività in regime di ricovero ordinario, diurno, ambulatoriale, consulenze dal pronto soccorso, attività di sala operatoria e supporto agli altri reparti. Qualora il reparto non sia organizzato per garantire tutte queste attività, il fabbisogno dovrà essere conseguentemente ridimensionato.

In alcuni casi diventa necessario considerare l’attività svolta, per garantire un fabbisogno di personale aggiuntivo rispetto al minimo, che permetta di tenere conto della complessità trattata o delle peculiarità dell’ospedale considerato facendo riferimento ai valori di produzione conseguiti nell’esercizio precedente, ovvero stimati.

### Organizzazione della rete dell’offerta

La corretta determinazione del fabbisogno di personale dovrà avvenire, a pieno regime, in relazione alle reti ospedaliere rispondenti alle disposizioni ed ai criteri previsti dal DM 70/2015 e s.m.i.

Ciò comporta che il dimensionamento del fabbisogno non deriva esclusivamente dai posti letto di cui una struttura dispone quanto piuttosto dall’offerta di salute programmata: il fabbisogno così determinato sarà quello utile a far funzionare le strutture previste dalla programmazione stessa in ragione del loro ruolo all’interno della rete.

### Produzione

La dotazione organica va correlata non solo al numero e alla tipologia di posti letto per singola specialità, al numero di posti letto complessivi della struttura ospedaliera, ma anche all’attività svolta per soddisfare le esigenze assistenziali e garantire l’offerta sanitaria, alla complessità di patologie trattate, alla mission delle singole strutture e alla funzione attribuita dalla programmazione.

Per la determinazione del fabbisogno di personale è, altresì, necessario tener conto di tutte le attività che i professionisti ospedalieri svolgono nelle singole unità operative:

▪ <i>continuità clinica per i ricoverati</i>	▪ <i>degenza ordinaria e diurna</i>
▪ <i>attività cliniche ordinarie</i>	▪ <i>attività ambulatoriale</i>
▪ <i>attività chirurgiche strumentali in urgenza ed elezione</i>	▪ <i>consulenze da pronto soccorso</i>

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2022 - 2024

(art. 6 del DL 80/2021)

- |  |  |
|--|--|
| ▪ <i>consulenza specialistica per i pazienti ricoverati in altri reparti</i> | ▪ <i>attività di formazione continua</i> |
|--|--|

### Ore lavorate di riferimento

Ai fini del calcolo del fabbisogno e della conseguente dotazione organica **minima** è necessario calcolare le ore annuali medie di lavoro dei professionisti sanitari, in modo da poter tradurre le ore in personale equivalente necessario.

In relazione al tempo è stato utilizzato come parametro il numero di ore lavorate per **Full Time Equivalent (FTE)**, *identificato sulla base delle ore lavorabili a tempo pieno al netto di ore di non presenza per festività infrasettimanale, ferie e festività soppresse, ore non assistenziali (formazione), assenze per malattie, per infortunio, aspettativa, legge 104/92, maternità e altre assenze a vario titolo*.

Il numero di ore lavorate stimate sono state quindi pari a:

Dirigenza sanitaria	Comparto (Infermieri, OSS, altre figure del comparto)
<b>1.560 ore</b>	<b>1.480 ore</b>

Per la definizione della dotazione minima standard nell'ambito della rete ospedaliera (applicando le linee guida contenute nella DGRC 593/2020) si è tenuto conto di:

- ❖ posti letto programmati (DCA 103/2018 integrati dalla DGRC 378/2020 relativamente ai posti letto di terapie intensiva e semi intensiva).

Per la definizione della dotazione minima standard nell'ambito delle strutture territoriali si è tenuto conto delle linee guide di cui alla DGRC 475 del 3/11/2020 “Piano di potenziamento e riorganizzazione della rete di assistenza territoriale”.

DGRC 593/2020 per la determinazione del fabbisogno di Personale Medico e del personale del comparto si è tenuto conto delle aggregazioni funzionali di attività, sulla base delle Aree di Aggregazione delle specialità tra loro omogenee rispetto al fabbisogno assistenziale di cui alla **Tabella 1 del Decreto**.

### Personale Dirigente Medico

La metodologia adoperata permette di individuare una dotazione minima, definito “metabolismo minimo”, e un valore massimo a cui lo standard potrà tendere al verificarsi di specifiche condizioni.

## I valori minimi

- ① fabbisogno relativo per ogni disciplina all'interno del presidio, nell'ambito di aree funzionali di attività utili per la determinazione del numero di professionisti necessari come previsto dalla DGRC 593/2020 (*rif. ....tenendo altresì conto dell'organizzazione delle guardie che, in relazione al numero di posti letto e alla funzione del presidio, possono o meno essere organizzate in forma "interdivisionale" o per area omogenea, ossia in forma "divisionale"*);
- ② utilizzata la **Tabella 2 del DGRC 593/2020** (*cfr. ..... che indica la dotazione minima di Personale Medico per ogni singola specialità, al netto delle posizioni apicali, individuata in base al numero annuo di ore lavoro necessario*);
- ③ La dotazione minima è stata integrata come previsto dalla DGRC 593/2020 (*.....La dotazione minima, così individuata, va poi integrata tendendo conto dell'attività di guardia medica notturna e festiva: il carico di ore annue necessarie all'espletamento di un turno di guardia è stato posto equivalente a n. 3 unità di Personale Medico (FTE – Full Time Equivalent. Per la determinazione del numero di unità necessarie a garantire le attività di guardia, laddove non si ravvisi la necessità di strutturare una guardia per unità operativa (ex divisionale), è prevista la presenza di una guardia "interdivisionale" ogni 100 PL)*);
- ④ La DGRC 593/2020 prevede che per le **guardie per Area omogenea possono essere gestite nelle aree “Medicina Interna” e “Chirurgia”**.

Sono state previste le guardie per le seguenti unità operative (come previsto dalla DGRC 593/2020):

- ❖ nelle aree “intensive” (Anestesia, Utic, TIN, Stroke Unit di I livello di Castellammare e Nola);
- ❖ per il servizio di anestesia, ove prevista attività chirurgica nelle 24 ore e attività di ostetricia (Nola, Castellammare, Boscorecase, Maresca, Sorrento e Vico Equense);
- ❖ nei servizi di pronto soccorso (Nola, Castellammare, Maresca, Boscorecase, Sorrento e Vico Equense);
- ❖ nell’area ostetrico-ginecologica, con attività di ostetricia (Nola, Castellammare e Vico Equense);
- ❖ nelle pediatrie (Nola, Castellammare, Vico Equense, Boscorecase);
- ❖ nella Psichiatria SPDC (Nola, Castellammare, Boscorecase).

È stata utilizzata la Tabella n. 2 del DGRC 593/2020 per la dotazione dei minimi con le guardie divisionali, al netto delle posizioni apicali (*.....l’attività di coordinamento e di direzione - In particolare, per l’attività di direzione di reparto, andrà aggiunta un’unità di Personale Medico in tutti i casi ove sia prevista la struttura complessa e quindi la relativa apicalità*).

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2022 - 2024

(art. 6 del DL 80/2021)

*In particolare, per definire correttamente il fabbisogno di professionisti sarà necessario conoscere il ruolo attribuito a livello di programmazione regionale al singolo presidio rispetto all'articolazione "in rete" di cui la regione si è dotata. Ciò dovrà avvenire con particolare riferimento alle seguenti reti:*

- Rete infarto;
- Rete ictus;
- Rete traumatologica.

*Di conseguenza, con riferimento alle specialità di Cardiologia e Unità coronarica (H008 e H050), Neurologia (H032) e Ortopedia (H036), così come evidenziato in **Tabella 2** nella colonna Parametro, il valore minimo di Personale Medico varierà in funzione del ruolo attribuito al presidio rispetto alla rete. Ad esempio, con riferimento alla rete infarto occorrerà distinguere tra presidio di base, presidio di base con UTIC e presidio con UTIC + emodinamica. Si rimanda al Paragrafo 2.4 per una maggiore disamina.*

### Calcolo del Fabbisogno minimo di Personale Medico

*Minimo operativo Medici =*

$$\begin{aligned} & (\sum_{D=1}^n Fte \min Dir. Med. D + Fte Coord + \\ & \sum_{D=1}^n Fte \min per Guardia Divisionale D + \\ & \sum_{AO=1}^n Fte \min Guardie Intervisionali AO + Fte \min S ) \end{aligned}$$

Dove:

D = specialità di afferenza

AO = Area Omogenea di Afferenza

Dir. Med. = Dirigente Medico

Min = numero minimo

FTE = Full time Equivalent

GD = Guardia "Divisionale"

GI = Guardia "Interdivisionale"

S = Servizi

I valori massimi

Con riferimento all'individuazione di valori massimi di Personale Medico, determinabili attraverso l'introduzione del driver Produzione, occorre distinguere tra la dotazione da destinare alle discipline di degenza e quella da destinare all'attività ambulatoriale e di day hospital:

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

### Attività di degenza

Un fabbisogno di personale superiore ai valori minimi, così come determinati nel paragrafo precedente, generato da esigenze di produzione, sarà valutato positivamente qualora si attesti all'interno di un predeterminato range.

Per la determinazione del range di Personale Medico “giustificato dalla produzione”, la metodologia adopera “Pesi Medici” differenziati per ogni specialità, implementati sulla base di un’analisi statistica dei dati delle 5 regioni partecipanti al Gruppo di Lavoro che assumono quindi il ruolo di benchmark e rappresentano cioè le buone pratiche ovvero le situazioni riconosciute come efficaci e efficienti all’interno del medesimo sistema.

Rispetto a tali “Pesi Medici” si perviene quindi all’individuazione di due valori (FTE’ e FTE’’), che costituiscono il cd. “margini di tolleranza”, limite inferiore e superiore della forbice, ossia i valori entro i quali il numero di FTE presenti nella specialità di riferimento è ritenuto accettabile.

Per la definizione dei “range di peso medico” per disciplina, si è proceduto come segue:

- ❖ Definizione dei criteri di imputazione dei DRG;
- ❖ Sommatoria dei DRG prodotti per ogni specialità (al netto di quelli Medici erogati in regime di ricovero diurno);
- ❖ Definizione dei criteri di imputazione degli FTE assegnati alle singole specialità;
- ❖ Rapporto tra DRG/FTE per specialità;
- ❖ Verifica del dato su base regionale: analisi della distribuzione statistica, eliminazione delle code;
- ❖ Prima analisi di valori statistici rilevanti (mediana, media, 1° e 3° quartile);
- ❖ Confronto interregionale del dato;
- ❖ Verifica dei valori rispetto alle 5 regioni partecipanti;
- ❖ Analisi della bontà del campione e delle code e verifica della distribuzione;
- ❖ Determinazione del range dei Pesi.

Il risultato è la somma dei pesi prodotti per ogni specialità, che rapportati ai “pesi medici” di Tabella 3, restituiscono il valore degli FTE necessari per la produzione erogata:

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

### Attività ambulatoriale e day hospital

Per quanto attiene alla determinazione della dotazione di Personale Medico da destinare alle attività ambulatoriali e di Day Hospital, si precisa che i pesi calcolati per specialità sono determinati dal rapporto DRG erogati rispetto agli FTE medici complessivi e quindi dedicati a tutte le attività tipiche dell’ospedale (degenza, ambulatorio, day hospital e altre attività tipiche di reparto). Ne consegue che il peso così determinato è in qualche modo rappresentativo anche di queste attività.

### Personale infermieristico ed operatori socio sanitari

Con riferimento alla dotazione standard di Personale Infermieristico e di Operatori Socio-Sanitari (OSS), la metodologia ministeriale prevede che la stessa non può prescindere dalla programmazione regionale in materia sanitaria. In particolare, la determinazione della dotazione di tale personale dedicato alle attività di degenza ordinaria deve avvenire sulla base dei posti letto computati al 90% così come definito al punto 3.1 dell’allegato 1 del DM 70/2015:

① In prima applicazione sono stati utilizzati i posti letto così come rinvenibili dai flussi ministeriali HSP 12 relativi agli anni 2019 e 2020.

② Poi sono stata definita la dotazione standard sulla base dei posti letto della programmazione delle reti ospedaliere regionali attive (DCA 103/2018);

Si è proceduto alla definizione della dotazione standard di personale medico utilizzando le aree omogenee come previsto dalla Tabella n. 1 della DGRC 593/2020.

Per la dotazione dello standard di personale di comparto il dato ospedaliero complessivo tenuto conto del procedimento previsto dalle linee guida della DGRC 593/2020, cioè:

Per la determinazione del numero di Infermieri e Operatori Socio-Sanitari necessari per le attività di degenza, occorre procedere come segue:

- Somma dei posti letto per Area Omogenea;
- Computo al 90%;
- Attribuzione dei minuti di Assistenza Infermiere e Oss (**Tabella 4**);
- Prodotto della somma dei posti letto per i minuti (minimo e massimo) di assistenza attribuiti;
- “Trasformazione in ore” = Totale minuti/60;
- “Trasformazione in personale tempo equivalente” (FTE)/1480;
- Attribuzione del numero di infermieri complessivi necessari per l’attività di degenza;
- Attribuzione del numero di operatori complessivi necessari per l’attività di degenza.

### Personale non sanitario

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

### Ruolo tecnico

Con riferimento al personale del ruolo tecnico, ad esclusione del profilo di Operatore Socio-Sanitario analizzato in precedenza, il fabbisogno di personale è da determinarsi sulla base dei seguenti parametri, differenziati tra Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie Locali per far fronte alle specifiche peculiarità:

- ❖ Aziende Ospedaliere: 6% del fabbisogno di personale sanitario ospedaliero;
- ❖ Aziende Sanitarie Locali: 10% del fabbisogno di personale sanitario ospedaliero.

Si precisa che il fabbisogno così determinato andrà, di norma, ripartito tra personale Dirigente e

Comparto sulla base delle seguenti percentuali:

- ❖ Personale Dirigente: in misura pari o inferiore al 15% del totale;
- ❖ Personale Comparto: a copertura della restante parte.

### Ruolo professionale

Con riferimento al fabbisogno di personale per il ruolo professionale, è da determinarsi nella misura pari allo 0,5% del fabbisogno di personale di personale del ruolo sanitario ospedaliero, così come individuato in base alle suddette metodologie.

Si precisa che il fabbisogno così determinato andrà, di norma, ripartito tra personale Dirigente e Comparto sulla base delle seguenti percentuali:

- ❖ Personale Dirigente: in misura pari o inferiore al 15% del totale;
- ❖ Personale Comparto: a copertura della restante parte

### Ruolo amministrativo

Con riferimento al personale del ruolo amministrativo il fabbisogno è da determinarsi, in base ai parametri seguenti per far fronte alle specifiche peculiarità:

- ❖ Aziende Sanitarie Locali: 14% del fabbisogno di personale sanitario, professionale e tecnico ospedaliero.

Si precisa che il fabbisogno così determinato andrà, di norma, ripartito tra personale Dirigente e Comparto sulla base delle seguenti percentuali:

- ❖ Personale Dirigente: in misura pari o inferiore al 15% del totale;

- ❖ Personale Comparto: a copertura della restante parte.

## 7.4 *Area dei distretti e della prevenzione*

Con riferimento al Personale da destinare all’assistenza distrettuale e della prevenzione, in considerazione del progressivo spostamento di risorse dall’area ospedaliera, conseguente all’attuazione della programmazione sanitaria regionale e in particolare della nuova rete ospedaliera, le aziende dovranno procedere innanzitutto alla riallocazione sul territorio di eventuale personale in esubero presso le strutture ospedaliere, in conseguenza della realizzazione dei processi di riorganizzazione del rapporto ospedale – territorio.

Si sottolinea, inoltre, che nell’ambito delle attività territoriali e del fabbisogno di personale, ciascuna Azienda dovrà tenere in debito conto l’apporto delle unità di specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato.

Si specifica inoltre, che occorrerà valutare anche l’eventuale esternalizzazione di servizi aziendali in presenza dei quali, il parametro di riferimento della relativa figura professionale dovrà essere rimodulato in riduzione. La ricognizione dei servizi sanitari assistenziali esternalizzati avverrà sulla base dei modelli ministeriali registrati su piattaforma NSIS; nello specifico si farà riferimento ai modelli STS e RIA.

### Personale dirigente medico

Con riferimento al **Personale Dirigente Medico distrettuale** si stabilisce uno standard di fabbisogno parametrato sulla popolazione residente nell’ambito dell’area territoriale di riferimento di ciascuna ASL, individuandosi come pari allo 0,4 il rapporto tra dirigenti medici in servizio presso i Servizi Distrettuali e della Prevenzione rispetto alla popolazione residente/1000.

Il fabbisogno di Dirigenti Medici afferenti al Servizio 118 è ricompreso nell’ambito della dotazione standard complessiva di Personale Medico relativo al Servizio Distrettuale.

Per i **Dipartimenti (Prevenzione, Salute Mentale e Dipendenze)** si stabilisce un fabbisogno parametrato sulla popolazione residente nell’ambito dell’area territoriale di riferimento di ciascuna ASL, individuandosi come pari allo 0,2 il rapporto tra dirigenti medici in servizio rispetto alla popolazione residente/1000.

Per quanto riguarda i **Dirigenti Veterinari** si stabilisce un fabbisogno parametrato rispetto alle seguenti

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

aree: sanità animale, ispezione alimenti e igiene zootechnica.

La norma comunitaria (Reg. (UE) 2017/625) in materia di prevenzione connessa alla sicurezza alimentare ed alla sanità pubblica veterinaria, prevede la pianificazione pluriennale con la definizione degli obiettivi strategici di medio-lungo termine, cui consegue la programmazione annuale degli obiettivi operativi assegnati al servizio sanitario territoriale.

In Campania, in coerenza con quella nazionale, viene approvata dalla Giunta regionale la pianificazione pluriennale, alla quale segue per ciascun anno la redazione di un documento di programmazione annuale regionale (DPAR), nonché di documenti di programmazione territoriale (DPAT). In questi ultimi ciascuna ASL rappresenta le proprie dotazioni in termini di risorse strumentali, umane e finanziarie e, attraverso un sistema di calcolo delle performance individuali e di struttura definito dalla stessa programmazione regionale, assegna al personale ed alle proprie strutture gli obiettivi operativi.

Il sistema di calcolo delle performance consente, quindi, alle AASSLL di valutare le proprie capacità prestazionali, da impiegare secondo l'ordine di priorità stabilito nelle sezioni della programmazione regionale (DPAR), e nello stesso tempo di verificare l'eventuale ulteriore fabbisogno di personale necessario per soddisfare appieno gli obiettivi operativi assegnati.

Il citato criterio per la definizione del fabbisogno, definito nel dettaglio dalla programmazione regionale in relazione alla tipologia di attività (ispezione, audit), si basa sull'unità di misura per la quantizzazione delle attività di controllo ufficiale svolto dal personale e definita "unità/ispezione ad personam" (UIP), cioè il tempo stimato affinché un sanitario mediamente effettui una ispezione "semplice", quantizzato in 4 ore. Tale impegno orario è comprensivo anche del tempo necessario all'espletamento di attività non propriamente legate al controllo, ma facenti parte dei compiti istituzionali (attività giudiziarie, registrazione dati nei sistemi informativi, ricezione del pubblico, partecipazione riunioni, attività di Polizia Giudiziaria sia pre che post ispettive).

L'UIP rappresenta, quindi, l'unità di misura per la quantizzazione dei controlli cui il singolo operatore deve partecipare nell'anno. Il numero di controlli espresso in UIP, cui il singolo operatore deve partecipare, costituisce la performance minima ad personam. Sulla base delle ore annuali di effettivo lavoro che ogni sanitario è in grado di effettuare, epurate delle ore di congedo e di quelle dedicate alla formazione, determinano il carico di lavoro annuale minimo ad personam espresso in UIP.

Per il calcolo dei volumi prestazionali delle strutture (unità operative territoriali) viene stabilita come unità di misura l'unità di performance di struttura (UPS), che si ottiene sommando, con opportune formule per le quali si rimanda al DPAR/DPAT, le UIP delle persone ad essa afferenti. La somma delle UPS di ogni struttura semplice, ovvero delle singole unità organizzate afferenti ad una struttura

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

complessa dipartimentale, definisce la quantità minima di controlli in UPS che tale struttura deve svolgere nell'anno.

### Personale dirigente sanitario non medico

Con riferimento al fabbisogno di personale **Dirigente sanitario non medico** da destinare al territorio, lo stesso è ricompreso nella percentuale individuata al Paragrafo 2.2.3,

Per i **Dirigenti Farmacisti** è previsto un fabbisogno aggiuntivo pari a n. 2 unità di personale per Distretto.

Dirigente sanitario non medico (= 7% del fabbisogno di Medici)	43
FARMACISTI (2 x Distretto)	26

### Personale infermieristico

Per i **Distretti** si stabilisce un fabbisogno di Personale Infermieristico parametrato sulla popolazione residente nell'ambito dell'area territoriale di riferimento di ciascuna ASL, individuandosi come pari allo 0,56 il rapporto tra Personale Infermieristico in servizio presso i Servizi Distrettuali rispetto alla popolazione residente/1000.

La dotazione standard di Personale Infermieristico afferente il Servizio 118, è ricompresa nell'ambito della dotazione standard complessiva di Personale Infermieristico relativo ai Servizi Distrettuali e della Prevenzione.

Per i **Dipartimenti (Prevenzione, Salute Mentale e Dipendenze)** si stabilisce un fabbisogno di Personale Infermieristico parametrato sulla popolazione residente nell'ambito dell'area territoriale di riferimento di ciascuna ASL, individuandosi come pari allo 0,17 il rapporto tra Personale Infermieristico in servizio presso i Dipartimenti di Prevenzione rispetto alla popolazione residente/1000.

### Piano di potenziamento e riorganizzazione della rete di assistenza territoriale

Per quanto attiene l'assistenza territoriale, il Decreto Legge n. 34 del 19 maggio 2020, convertito in legge n. 77 del 17 luglio 2020, all'art.1 "disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale" fornisce indicazioni alle Regioni in merito agli interventi da adottare al fine di potenziare l'assistenza territoriale necessari sia a garantire la dovuta assistenza ai pazienti con COVID19 ma anche di cogliere l'occasione per un intervento di più ampio respiro e di più lunga durata per tutte le persone con fragilità e cronicità.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

### Dipartimenti di Prevenzione

Per garantire la disponibilità di operatori di Sanità pubblica presso i Dipartimenti di Prevenzione, tali da poter assicurare adeguatamente le attività di ricerca e gestione dei contatti, come previsto dal DM 30/04/2020 (Adozione dei criteri relativi alle attività di monitoraggio del rischio sanitario di cui all'allegato 10 del decreto del presidente del Consiglio dei ministri del 26/04/2020) le AASSL regionali sono state autorizzate a reclutare almeno 1 operatore ogni 10.000 abitanti.

Popolazione residente(57 comuni) Rif. DCA 39/2017 – Atto aziendale	1.073.79
	3
<b>Tot. operatore di Sanità pubblica (1 ogni 10.000 abitanti)</b>	<b>107</b>

### USCA – Unità Speciali di Continuità Assistenziale

La Regione Campania, con nota dell’Unità di Crisi UC/2020/0001128 del 27 marzo 2020, ha istituito le USCA, demandando alle Direzioni Generali delle AA.SS.LL. la costituzione delle stesse e la successiva comunicazione delle azioni intraprese (specificando numero, sedi attivate, ubicazione e relativo numero di medici arruolati) al Direttore Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR, quale parte integrante dell’Unità di Crisi CoViD-19.

La Regione Campania, come stabilito nel Piano di Potenziamento dell’assistenza territoriale, si propone di potenziare l’attività delle USCA per tendere allo standard di una ogni 50.000 abitanti incrementando il numero di operatori coinvolti.

A tal fine la Regione resta in attesa di ricevere dalle AA.SS.LL. un piano di potenziamento che tenga conto delle attività svolte e della disponibilità di automezzi, al fine di consentire alla Direzione Generale Salute di effettuare una valutazione relativa alle esigenze per singola ASL.

Popolazione residente (57 comuni) - Rif. DCA 39/2017 – Atto aziendale	1.073.79
	3
<b>Tot. USCA (1 ogni 50.000 abitanti)</b>	<b>21,5</b>

### Cure Domiciliari

Al fine di realizzare il potenziamento dell’assistenza domiciliare, a decorrere dall’anno 2021 la Regione ha programmato un incremento del personale dedicato all’ADI, in considerazione dei fondi di cui al DL n. 34/2020, di circa 450 unità, tra OSS e infermieri.

L’acquisizione di personale farà seguito alla definizione, da parte delle AA.SS.LL. di un piano di fabbisogno - che descriva in modo dettagliato le attività svolte e la quantificazione del potenziale

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

incremento del numero di prese in carico.

### Infermiere di famiglia

Sulla base di quanto disposto dal Decreto-Legge del 19 maggio 2020, n. 34 “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da CoViD-19” all’art. 1, comma 5 è prevista l’introduzione di una nuova figura di Personale Infermieristico (c.d. “infermiere di famiglia”) per la quale il DL dispone:

*“Al fine di rafforzare i servizi infermieristici, con l’introduzione altresì dell’infermiere di famiglia o di comunità, per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-CoV-2 identificati COVID-19, anche supportando le Unità speciali di continuità assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie, nonché di tutti i soggetti di cui al comma 4, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, in deroga all’articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, possono, in relazione ai modelli organizzativi regionali, utilizzare forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, con decorrenza dal 15 maggio 2020 e fino al 31 dicembre 2020, con infermieri che non si trovino in costanza di rapporto di lavoro subordinato con strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate, in numero non superiore a otto unità infermieristiche ogni 50.000 abitanti. Per le attività assistenziali svolte è riconosciuto agli infermieri un compenso lordo di 30 euro ad ora, inclusivo degli oneri riflessi, per un monte ore settimanale massimo di 35 ore. Per le medesime finalità, a decorrere dal 1° gennaio 2021, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, possono procedere al reclutamento di infermieri in numero non superiore ad 8 unità ogni 50.000 abitanti, attraverso assunzioni a tempo indeterminato e comunque nei limiti di cui al comma 10.”*

Pertanto, alla luce dell’intervento normativo è necessario procedere, ai fini dell’introduzione dell’Infermiere di famiglia, alla puntuale verifica del personale già incardinato in tali attività, e successivamente individuare nell’ambito del fabbisogno di personale il rispetto degli standard individuati dal DL n. 34/2020 convertito in Legge n. 77 del 17 luglio 2020.

## 7.5 *Il rispetto dei vincoli di finanza pubblica*

In relazione ai vincoli di finanza pubblica il piano dei fabbisogni di personale per il triennio 2020-2022 è stato formulato modulandolo all'art. 11 del DL 35/2019 nella parte in cui consente di individuare quale tetto di spesa del personale, a decorrere dall'anno 2019, la somma più capiente tra il valore della spesa registrato nell'anno 2004, ridotto dell'1,4% e il valore della spesa registrato nell'anno 2018. Il tetto di spesa è stata individuato quale differenziale tra il costo sostenuto nell'anno 2020 e il costo sostenuto nell'anno 2004(- 1,4%).

La tabella sottostante riporta il riepilogo dei fabbisogni espressi in numero di teste del personale per gli anni 2021 2022 e 2023, suddivisi per ruolo professionale.

ASL NA 3 SUD	PERSONALE IN SERVIZIO AL	STANDO RIO AZIENDA	FABBISOGN O AZIENDA 2021/2023	FABBISOGNO NEL RISPETTO DEL TETTO	PTFP 2021	PTFP 2022	PTFP 2023
<b>RUOLO SANITARIO</b>							
Dirigenti Medici	3.421	4.489	1.068	796	228	496	72
Dirigenti Sanitari	953	1.372	419	241	86	105	20
Personale del comparto area sanitaria	2.565	1.62	47	32	32	-	
<b>RUOLO TECNICO</b>	326	692	366	149	88	61	
Dirigenti ruolo tecnico	12	26	14	5	-	5	
Personale del comparto area tecnica	314	666	352	144	88	56	
<b>RUOLO PROFESSIONALE</b>	16	20	4	4	4	-	
Dirigenti ruolo professionale	16	20	4	4	4	-	
Personale del comparto area professionale	-	-	-	-	-	-	
<b>RUOLO AMMINISTRATIVO</b>	470	647	177	121	24	92	5
Dirigenti amministrativi	25	59	34	13	1	12	
Personale del comparto area amministrativa	445	588	143	108	23	80	5
<b>TOTALE</b>	4.233	5.848	1.615	1.070	344	649	77

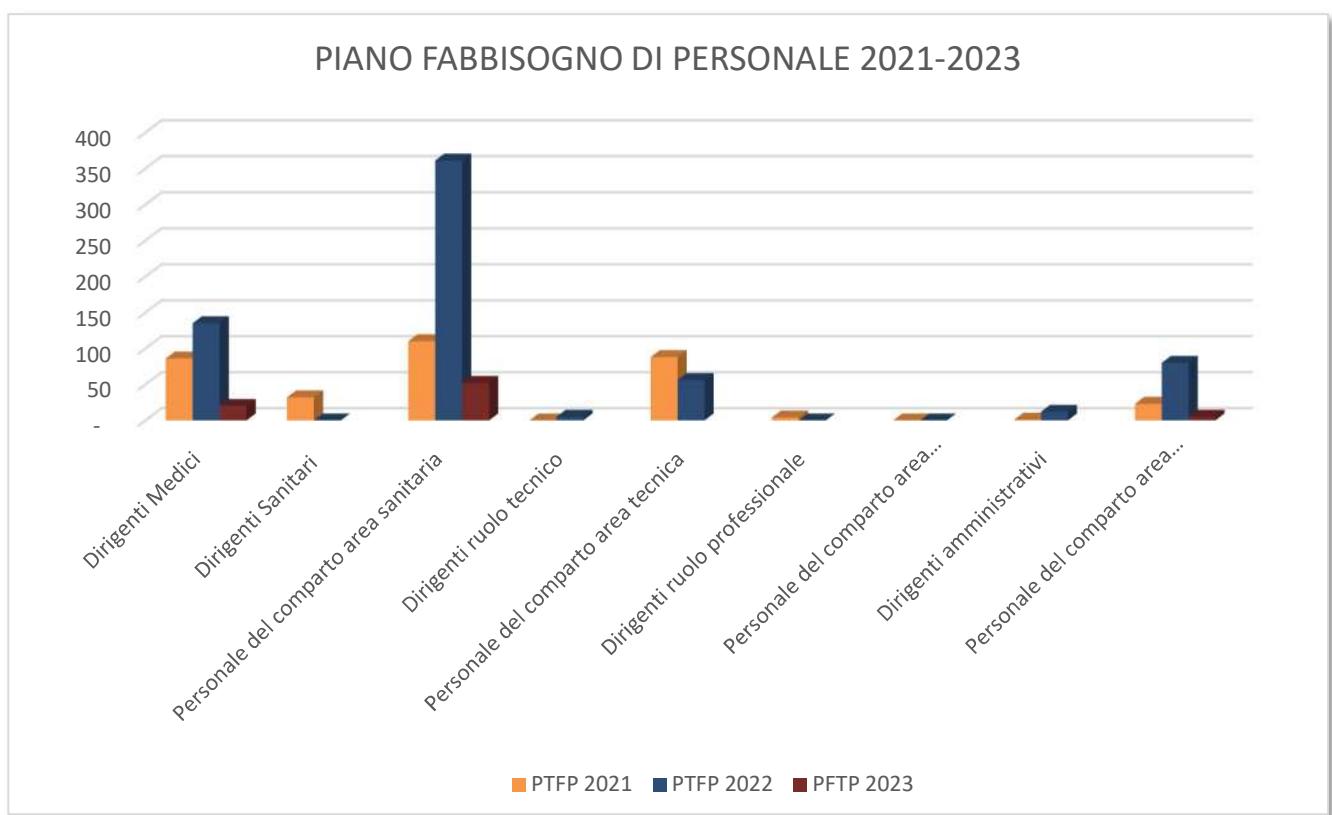
Figura 46 – Il fabbisogno del personale 2021-2023

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

Si rappresenta graficamente l'andamento del Piano del Fabbisogno di Personale, distinto per profilo professionale, per ciascun anno oggetto di programmazione (2021-2023).



**Figura 47 – Piano del fabbisogno di personale 2021-2023**

## 7.6 *La formazione del personale*

L'ASL Napoli 3 Sud ha adottato con Deliberazione Aziendale n. 863 del 17/09/2021 un Piano di formazione Triennale (2021-2023).

Il primo obiettivo dell'ASL Napoli 3 Sud, in termini di formazione, è quello di potenziare, per il personale dipendente, le conoscenze e le competenze nei seguenti ambiti:

- ❖ "tecnico professionali", ovvero specifiche della professione e della disciplina di appartenenza, anche con specifici corsi di Formazione Continua in Medicina previsti dal Programma di ECM , che consentono il raggiungimento dei crediti formativi;
- ❖ di "sistema", ovvero destinati a tutti gli operatori mediante corsi per il miglioramento di qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei sistemi sanitari;
- ❖ di "processo", per programmare eventi e corsi destinati ad operatori ed équipe che operano in un determinato settore,/ambito;
- ❖ "trasversali", ovvero destinati a tutti gli operatori mediante l'utilizzo sia di corsi di formazione a distanza anche denominati FAD (come ad esempio i corsi di formazione base sulla "Privacy", "sulla sicurezza dei lavoratori " ai sensi del D. Lgs 81/08), che organizzando corsi di formazione in presenza come quelli di " Primo soccorso" , destinati a tutti gli operatori sanitari e non.

Il secondo obiettivo dell'ASL Napoli 3 Sud è quello di consentire lo sviluppo delle competenze aziendali mediante il coinvolgimento di risorse interne ed esterne. In tal proposito, dal 2020 è presente presso l'ASL Napoli 3 Sud un Centro di Formazione e simulazione avanzata, dotato di manichini di ultima generazione, altamente tecnologici, utilizzati per l'erogazione di corsi di formazione di livello avanzato, con docenti ed istruttori certificati IRC appartenenti al personale dipendente. I corsi erogati in questo centro di simulazione afferiscono principalmente all'area dell'emergenza-urgenza, alla rianimazione cardiopolmonare, nonché dell'area ostetrica, neonatale e pediatrica. Tali corsi vengono organizzati avvalendosi anche di docenti appartenenti ad altre Aziende sanitarie pubbliche, con cui esiste un rapporto di collaborazione e di interscambio.

Il terzo obiettivo è quello di attuare specifici percorsi di sviluppo del personale (in tema di istruzione e specializzazione). Al fine di favorire ed incentivare l'accesso ai percorsi di istruzione e qualificazione del personale laureato e non, l'ASL Napoli 3 Sud ha stipulato una convenzione con una Università prestigiosa per garantire al personale dipendente di fruire di percorsi formativi facilitate, sia individuali che ad iniziativa aziendale.

## 7.7 Il piano delle azioni positive

Il Piano della Azioni Positive (PAP) dell’ASL Napoli 3 Sud rappresenta lo strumento operativo per l’applicazione concreta di principi di parità e non discriminazione, diretta (situazione nella quale una persona è trattata, in base al sesso, meno favorevolmente di quanto sia, sia stata o sarebbe trattata un’altra in una situazione analoga) ed indiretta (situazione nella quale una disposizione, un criterio o una prassi apparentemente neutri possono mettere in una situazione di svantaggio le persone di un determinato sesso rispetto a persone dell’altro), per età, orientamento sessuale, razza, origine etnica, disabilità e lingua, estendendola all’accesso, al trattamento ed alle condizioni di lavoro, alla formazione, alle progressioni di carriera ed alla sicurezza.

Le azioni positive sono qualificabili come:

- ❖ speciali poiché specifiche e ben definite che intervengono in un determinato contesto per eliminare ogni forma di discriminazione, sia diretta sia indiretta;
- ❖ temporanee in quanto essenziali per il limitato periodo di tempo utile alla rimozione della disparità di trattamento.

Per ciascuna azione positiva prevista, l’ASL Napoli 3 Sud definisce:

- ❖ gli obiettivi dell’intervento;
- ❖ una breve descrizione degli obiettivi;
- ❖ qualora prevista, la metodologia applicata per il raggiungimento degli obiettivi.

La prima azione positiva si riferisce all’analisi ed alla percezione delle condizioni lavorative del personale, ovvero alla valutazione del “benessere organizzativo” riferito alle condizioni lavorative del personale. L’obiettivo di tale azione è valutare la conoscenza del concetto di “benessere organizzativo” in collaborazione con il Comitato Unico di Garanzia e con ulteriori *stakeholders* interni o esterni (ad esempio Università, Enti istituzionali, Organizzazioni *no-profit*). Ai fini del raggiungimento di tale obiettivo, l’ASL Napoli 3 Sud intende predisporre, per il personale dipendente, un gruppo di discussione al fine di valutare la conoscenza del concetto di benessere organizzativo. Nello specifico saranno strutturate indagini di *Customer Satisfaction*, al fine di valutare il grado di soddisfazione del lavoro per il personale dipendente rispetto alla carriera professionale, all’orario di lavoro svolto e, più in generale, al concetto di benessere organizzativo. Per adempiere a tale scopo, sarà predisposta un’intervista/

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

questionario mediante l'app di google "moduli", analizzando la sicurezza e la salute sul luogo di lavoro, le relazioni, il clima, le discriminazioni e la conoscenza del personale sugli organismi di parità. A valle di tale indagine, sarà elaborato un report finale di analisi.

La seconda azione positiva si riferisce alla lotta contro la violenza nei luoghi di lavoro, in riferimento alle molestie sessuali ed al mobbing. L'obiettivo di tale iniziativa è avviare azioni concrete per la prevenzione contro le molestie sessuali ed il mobbing. Ai fini del raggiungimento di tale obiettivo, l'ASL Napoli 3 Sud intende istituire una figura interna deputata all'esecuzione di tale attività, al fine di segnalare tempestivamente i disagi di carattere lavorativo e attivare, qualora necessario, un percorso con la U.O.C Prevenzione e Protezione. Inoltre, si intende implementare un codice di condotta specifico per la tutela della dignità della persona e la prevenzione di ogni forma di discriminazione, molestia morale, sessuale e *mobbing*. Infine sarà potenziato il centro ascolto lavoratori che intervenire per la risoluzione dei casi di disagio lavorativo. Per adempiere a tale scopo, sarà aggiornato il codice di comportamento contro le molestie sessuali, prevedendo un articolo specifico, e istituiti organismi e figure istituzionali.

La terza azione positiva si riferisce al riequilibrio di rappresentanza. L'obiettivo di tale iniziativa è diffondere la nuova normativa riguardante la maternità e i congedi parentali e favorire il reinserimento lavorativo del personale che rientra dal congedo di maternità/ paternità o da assenze prolungate dovute ad esigenze familiari, attraverso l'affiancamento del responsabile del servizio o del soggetto che ha sostituito la persona assente. Ai fini del raggiungimento di tale obiettivo, l'ASL Napoli 3 Sud intende promuovere l'utilizzo dei congedi parentali anche da parte degli uomini e facilitare la fase di reinserimento dopo lunghe assenze dal lavoro.

La quarta azione positiva si riferisce all'analisi del fabbisogno formativo. L'obiettivo di tale azione è avviare l'analisi del fabbisogno formativo, al fine di favorire l'uguaglianza di genere ed accrescere le conoscenze e le competenze personali. Nello specifico, saranno identificate le esigenze di formazione e sviluppo delle risorse aziendali, essenziali per la progettazione del piano formativo aziendale e per la definizione delle relative finalità e obiettivi. Ai fini del raggiungimento di tale obiettivo, l'ASL Napoli 3 Sud intende adottare strumenti utili per l'analisi del fabbisogno formativo. In particolare, saranno sottoposti questionari / interviste individuali al personale dipendente e costituiti dei Focus group.

La quinta azione positiva si riferisce alla gestione di seminari/ eventi di formazione e comunicazione mediante il sito web istituzionale. L'obiettivo di tale azione è sensibilizzare la cultura della differenza di



# ASL Napoli 3 Sud

Direttore Ing. Gennaro Sosto

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

genere e delle pari opportunità mediante la pianificazione di corsi di formazione / seminari, dandone comunicazione a tutti i dipendenti aziendali. Nello specifico risulta opportuno diffondere norme, buone prassi, notizie ed eventi attinenti alle Politiche di Genere e di Pari Opportunità. Ai fini del raggiungimento di tale obiettivo, l'ASL Napoli 3 Sud intende organizzare, almeno una volta l'anno, manifestazioni aperte alla cittadinanza sulle tematiche sopracitate favorendone la partecipazione del genere femminile e pubblicando, costantemente, le iniziative sul sito istituzionale dell'Azienda.



# ASL Napoli 3 Sud

Direttore Ing. Gennaro Sosto

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2022 - 2024*  
*(art. 6 del DL 80/2021)*

## SEZIONE 4

## 8 Il monitoraggio delle linee programmatiche

### 8.1 Le attività di monitoraggio dell'ASL Napoli 3 Sud

L'ASL Napoli 3 Sud ha identificato strumenti e modalità di monitoraggio specifiche, misurabili e rilevanti in riferimento ad ogni ambito di programmazione previsto nel PIAO, definendo per ciascuno di essi il soggetto responsabile, incluse le rilevazioni di soddisfazione degli utenti..

---

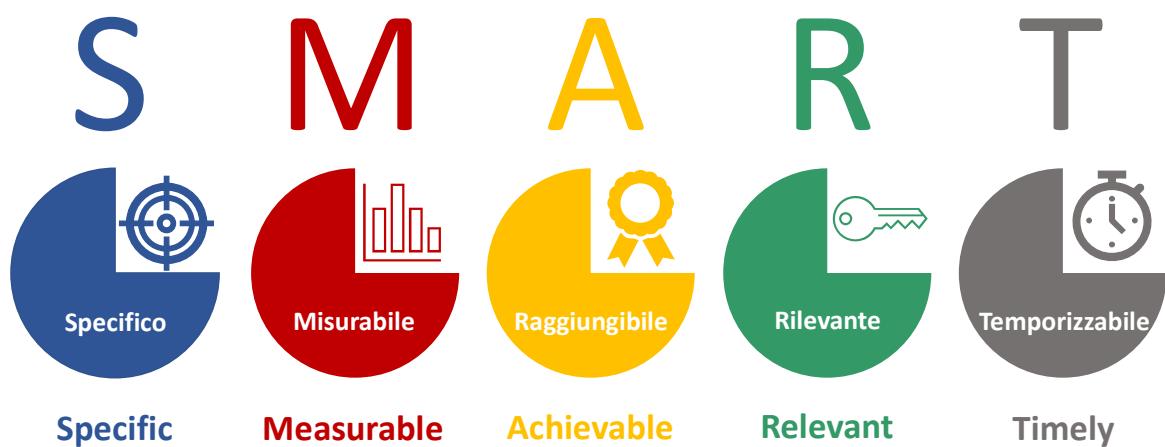


Figura 48 – La metodologia SMART utilizzata per il monitoraggio del PIAO

Si precisa che, in coerenza alle indicazioni normative vigenti, il monitoraggio del Valore Pubblico ed il monitoraggio delle Performance è previsto secondo le modalità stabilite dagli artt. 6 e 10, comma 1, lett. b) del D. Lgs n. 150/2009 ed il monitoraggio dei Rischi corruttivi e della trasparenza è previsto secondo le modalità stabilite dall'ANAC.

Inoltre, il monitoraggio rivolto all'Organizzazione aziendale, al Lavoro Agile ed al Piano triennale dei fabbisogno di personale è previsto secondo le modalità stabilite, su base triennale, dall'Organismo Indipendente di Valutazione.

## 8.2 *Il monitoraggio del Valore pubblico*

L'ASL Napoli 3 Sud intende favorire la creazione del Valore Pubblico per l'ASL Napoli 3 Sud, orientato ad uno sviluppo equo e sostenibile, attraverso ogni misura possibile.

In questa direzione, l'ASL Napoli 3 Sud ha specificato esattamente gli Indicatori BES cui fare riferimento, per concorrere allo sviluppo equo e sostenibile del paese.

Nello specifico, gli indicatori BES previsti sono:

- ❖ la speranza di vita alla nascita;
- ❖ l'incidenza oncologica;
- ❖ il tasso di mortalità oncologica;
- ❖ l'eccesso di peso nell'età evolutiva (8-9 aa).

Il monitoraggio degli indicatori BES guarda alla verifica degli scostamenti che avverranno, nel periodo oggetto di programmazione del PIAO, nei valori di baseline, al fine di raggiungere i valori target previsti.

I soggetti responsabili del monitoraggio del Valore Pubblico, nell'ASL Napoli 3 Sud, sono il Dipartimento di Prevenzione e l'UOC Controllo di Gestione.

## 8.3 *Il monitoraggio delle Performance*

Fondamentale è il monitoraggio continuo delle performance aziendali e di singola struttura in modo da permettere una valutazione dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi inizialmente proposti.

Il monitoraggio degli obiettivi aziendali e delle strutture organizzative viene realizzato con cadenza periodica con la finalità di evidenziare eventuali scostamenti rispetto a quanto programmato e consentire ai responsabili la possibilità di effettuare azioni correttive. Questo processo consente il miglioramento continuo della qualità della prestazione offerta al cittadino, garantendo l'efficienza della gestione e la sostenibilità economica aziendale.

Il Reporting aziendale a supporto del monitoraggio degli obiettivi operativi e degli obiettivi trasversali deve avvenire con cadenza semestrale, di norma entro 40 giorni dalla chiusura del semestre. I report di monitoraggio devono riflettere il reale andamento delle voci oggetto di osservazione. Il proponente supporterà l'azienda nella predisposizione della reportistica e delle dashboard a supporto della direzione strategica all'interno delle quali andranno indicati:

- ❖ il valore del periodo dell'anno corrente;

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

- ❖ il valore del periodo dell'anno precedente;
- ❖ il valore dell'anno precedente;
- ❖ il valore dell'anno in corso inserito nel bilancio preventivo;
- ❖ la proiezione fino a fine anno corrente;
- ❖ i differenziali in valore assoluto e in percentuale tra i diversi aggregati.

Nel corso dell'anno, laddove il monitoraggio rilevi scostamenti rilevanti tra i dati effettivi e quelli di negoziati, si avvia il processo di revisione degli obiettivi. L'ultimo monitoraggio dell'anno chiude il processo del controllo periodico e sistematico e coincide con la rendicontazione di fine anno.

Nelle schede, che riguardano sia il personale dirigente sia il comparto, vengono riportati:

- ❖ gli obiettivi da perseguire con il riferimento agli obiettivi operativi descritti nel Documento di Direttive;
- ❖ gli indicatori di misurazione degli obiettivi;
- ❖ il peso dei singoli obiettivi che identifica il livello di impegno e di importanza connesso all'obiettivo;
- ❖ il responsabile del monitoraggio del singolo obiettivo.

La fase di negoziazione si conclude con un atto deliberativo complessivo.

Nei mesi di agosto/settembre sarebbe opportuno effettuare una verifica intermedia sul grado di raggiungimento degli obiettivi durante la quale vengono valutate eventuali azioni correttive o l'eventuale revisione degli stessi. Per gli obiettivi con indicatori non numerici, cioè quelli per cui la positiva valutazione risulta strettamente collegata alla presentazione di una relazione scritta o alla verifica di una modifica organizzativa e che non sono strettamente desumibili da procedure informatizzate aziendali, il livello di raggiungimento degli stessi viene attestato dal Responsabile del monitoraggio della struttura, attraverso specifiche relazioni supportate da idonea documentazione. Nel caso in cui emergano rilevanti scostamenti nei valori registrati rispetto al valore atteso vengono analizzate le relative motivazioni e le eventuali modifiche del contesto interno ed esterno, che possono condurre ad una revisione degli obiettivi.

Il soggetto responsabile del monitoraggio delle Performance, nell'ASL Napoli 3 Sud, è l'UOC Controllo di Gestione, in collaborazione con tutte le UUOCC aziendali deputate alla raccolta e trasmissione dei dati.

## **8.4 Il monitoraggio dei Rischi corruttivi e della trasparenza**

Il monitoraggio dei rischi corruttivi e della trasparenza va inteso come strumento risolutivo dei problemi.

La disciplina vuole che il monitoraggio si effettui, in sinergia, tra l'anticorruzione e la trasparenza, in modo da incrociare i dati presenti ed avere un quadro chiaro e dettagliato delle criticità. Pertanto, è preciso dovere dell'amministrazione garantire un reale supporto (in risorse umane e tecnologiche) per consentire l'espletamento della suddetta attività di controllo, da parte dei Responsabili della Prevenzione della Corruzione e del Responsabile della Trasparenza. Questo consente ai responsabili delle aree di evidenziare le criticità riscontrate.

Si precisa che il monitoraggio costituisce una fase fondamentale del processo di gestione del rischio attraverso cui verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione, nonché il complessivo funzionamento del processo stesso e consentire in tal modo di apportare tempestivamente le modifiche necessarie. Tale attività va svolta in modo continuativo per la verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio.

Il monitoraggio dell'attuazione delle misure dei Piani, di cui all'**Allegato n. 1** ed all'**Allegato n. 2**, serve anche a misurare la loro sostenibilità, consentendo il loro adeguamento alle caratteristiche peculiari dell'ASL Napoli 3 Sud.

Per verificare l'idoneità delle misure adottate e la contestuale attuazione delle stesse, è prevista la programmazione di specifici *audit* interni tra il RPC ed i Direttori delle strutture complesse, da avvenire con cadenza semestrale, finalizzati a tale accertamento. I soggetti responsabili del monitoraggio dei rischi corruttivi e della trasparenza, nell'ASL Napoli 3 Sud, sono il Responsabile Prevenzione Corruzione ed il Responsabile Trasparenza.

Inoltre, al fine di assicurare un'idonea governance aziendale della funzione per la promozione della salute, ai sensi della Delibera di Giunta Regionale n. 501 del 01.08.2017 è disposta l'istituzione del Coordinamento delle attività di Educazione e Promozione della Salute (EPS) che trova collocazione unitaria in tutte le Aziende Sanitarie Locali nel Dipartimento di Prevenzione, con funzioni di pianificazione, programmazione, indirizzo, coordinamento, supporto metodologico, valutazione e monitoraggio delle attività di educazione e promozione della salute.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

Tra i compiti del Coordinamento è previsto quello di effettuare annualmente una rilevazione delle attività di promozione in essere realizzate dalle strutture aziendali di competenza sui diversi temi e nei diversi setting (comunità, scuola, luoghi di lavoro e strutture sanitarie) e delle nuove proposte di intervento e valutarle sulla base dei criteri di buone prassi (di cui agli allegati 3 e 4 del DGR n. 501/2017) e dei risultati raggiunti e/o previsti. In base degli esiti del lavoro di rilevazione e valutazione delle attività di EPS viene elaborato il “Programma attuativo aziendale intersetoriale di promozione ed educazione alla salute” ed il “Catalogo delle attività di EPS offerte alle scuole”.

Il Sistema di Monitoraggio ha quindi lo scopo di rilevare i dati sulle attività individuate quali buone prassi per temi/setting/ target che si sono realizzate in ciascun distretto e permettere all’Azienda ed alla Regione la realizzazione di report quantitativi/qualitativi dove si riportano anche i punti di forza e le criticità emerse nel corso della realizzazione delle attività al fine di valorizzare, rafforzare ed estendere quanto di significativo e utile è in atto e poter intraprendere azioni per il superamento delle criticità riscontrate.

## 8.5 *Il monitoraggio del Lavoro agile*

Il lavoro di analisi sullo stato di implementazione del lavoro agile costituisce il punto di partenza per le organizzazioni che, come l'ASL Napoli 3 Sud, vogliono rivedere i propri modelli organizzativi in un'ottica innovata ed ispirata alla digitalizzazione. In tale scenario, l'ASL Napoli 3 Sud si propone di monitorare l'adozione ed il rispetto del POLA (PIAO).

Tale monitoraggio si espleterà attraverso:

- ❖ l'attenta valutazione dello stato di implementazione del POLA (PIAO), ovvero analizzando le diverse fasi e gli esiti dei progetti finalizzati all'introduzione del lavoro agile in tutta l'organizzazione aziendale;
- ❖ la misurazione del potenziale contributo del lavoro agile al raggiungimento degli obiettivi organizzativi e/o individuali.

E' da considerare che già in precedenza era stato fornito il target generale per l'adozione del lavoro agile, con la Legge n. 124/2015 (c.d. Riforma Madia), prevedendo appunto che nell'arco del triennio successivo tutte le PA avrebbero dovuto rendere possibile il lavoro agile ad almeno il 10% del personale, conseguentemente alle richieste ottenute, con relativo monitoraggio. Nel corso del tempo, la sperimentazione inherente il lavoro agile e la percentuale del 10%, previste entrambe dall'art. 14 della Legge sopra citata, sono state integralmente modificate. A partire dal 19 luglio 2020, con l'introduzione del POLA (PIAO) e quindi una programmazione specifica del lavoro agile, l'indicazione normativa ha portato al 60% il numero di dipendenti a cui lo stesso può essere riconosciuto, purché impegnati in attività che possono essere svolte in tale modalità.

Come enunciato in premessa, l'ASL Napoli 3 Sud intende procedere alla misurazione concreta dell'effettiva adozione del POLA (PIAO), per il periodo temporale a cui la pianificazione strategica si rivolge, mediante l'utilizzo di un indicatore chiaro e specifico, in grado di identificare l'effettiva implementazione del lavoro agile.

Occorre considerare che, nell'eventualità fosse autorizzato tutto il personale richiedente allo svolgimento della propria attività in modalità agile ed emergesse che le giornate effettive, fossero percentualmente irrilevanti, l'ASL Napoli 3 Sud intende approfondire le cause di tale irrilevanza (per approfondire, ad esempio, se non è stata adeguatamente sostenuta la politica di organizzazione del lavoro agile con interventi mirati alla gestione dei tempi, alla dotazione di infrastrutture informatiche ed alle competenze digitali).

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

L'ASL Napoli 3 Sud svolgerà il monitoraggio del POLA (PIAO) attraverso i seguenti indicatori:

- ❖ Indicatore quantitativo: riferito alla valutazione della misura di adozione del POLA (PIAO). La formula di calcolo proposta è: (N. Ore o Giorni in lavoro agile/ N. Ore o Giorni lavorativi);
- ❖ Indicatore di efficienza produttiva: riferito al monitoraggio della variazione registrata nelle “Assenze” nell’ottica della riduzione. La formula di calcolo proposta è: ((Giorni di assenza/giorni lavorabili mese A anno X) – (Giorni di assenza/giorni lavorabili mese A anno X-1) / (Giorni di assenza/giorni lavorabili mese A anno X-1));
- ❖ Indicatore economico: riferito al monitoraggio dei “Costi” rilevati per la produzione dell’output correlato al servizio svolto in modalità agile nell’ottica della riduzione. La formula di calcolo proposta è: ((Straordinario mese A anno X) -(Straordinario mese A anno X-1) / (Straordinario mese A anno X-1)).

I soggetti responsabili del monitoraggio del POLA (PIAO), nell'ASL Napoli 3 Sud, sono l'UOC Gestione Risorse Umane e l'UOC Controllo di Gestione.

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

### **8.6 Il monitoraggio del Piano triennale del fabbisogno di personale**

Come sancito dagli artt. 6, 6 bis e 6 ter del D. Lgs. n. 165/2001, l'ottimizzazione dell'impiego delle risorse pubbliche disponibili è orientato verso gli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità definiti a livello aziendale, con uno sguardo attento alla qualità dei servizi offerti ai cittadini. In tale contesto, le PA adottano il piano triennale dei fabbisogni di personale, il quale stabilisce le risorse finanziarie destinate all'attuazione dello stesso, in coerenza con i limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà assunzionali previste dalla legislazione vigente. Le PA hanno poi facoltà di procedere al congelamento dei posti ed alla temporanea riduzione dei fondi della contrattazione nelle misure previste dalla normativa, fermi restando i processi di riallocazione e di mobilità del personale.

Ogni anno, rispetto al periodo di programmazione, l'ASL Napoli 3 Sud, secondo le modalità definite dall'art. 60 del D. Lgs. n. 165/2001, gli aggiornamenti da prevedere al PTFP, resi poi tempestivamente disponibili al Dipartimento della funzione pubblica.

In funzione del monitoraggio effettuato dal Ministero dell'economia e delle finanze, di intesa con il Dipartimento della funzione pubblica attraverso il sistema informativo di cui al comma 2 dell'art. 6 ter del D. Lgs. n. 165/2001, è previsto che - laddove si rilevino incrementi di spesa correlati alle politiche assunzionali tali da compromettere gli obiettivi e gli equilibri di finanza pubblica - il Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, con decreto di natura non regolamentare, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, adotta le necessarie misure correttive delle linee di indirizzo di cui al comma 3 dello stesso articolo, che sancisce misure specifiche per le amministrazioni facenti parte del SSN.

E' necessario considerare che la predisposizione del PTFP, nell'ambito del SSR, è fortemente condizionata dalle norme nazionali che pongono limiti alla spesa del personale. Il PTFP dell'ASL Napoli 3 Sud attua i piani programmatici stabiliti dall'Atto Aziendale vigente. Nella sua elaborazione, per gli anni 2021-2013, l'ASL Napoli 3 Sud ha osservato il bilanciamento fra le risorse umane necessarie e le risorse finanziarie disponibili e, secondo le diretrici di tale bilanciamento, intende monitorarne l'adozione.

Il soggetto responsabile del monitoraggio del Piano triennale del fabbisogno di personale, nell'ASL Napoli 3 Sud, è l'UOC Gestione Risorse Umane.

## 8.7 *La soddisfazione degli utenti*

La realizzazione della customer satisfaction rientra tra le misure previste dalla normativa in materia di “Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati delle attività svolte dalle Amministrazioni Pubbliche, a norma dell’art. 11 della Legge n. 59 del 15 marzo 1997”.

La Regione Campania, attraverso la D.D. n. 75 del 18/08/2017, ha approvato la Linea Progettuale n. 2 relativa allo “Sviluppo dei processi di umanizzazione” del DCA n. 134 del 28/10/2016, prevedendo per le PA l’obbligo di adottare adeguati metodi e strumenti per la misurazione e la valutazione della performance dei servizi erogati.

L’ASL Napoli 3 Sud, in tale scenario, ha previsto la costituzione di un Gruppo di Lavoro (d’ora in avanti GdL) dedicato alla pianificazione delle azioni volte a costruire il processo organizzativo della qualità percepita:

- ❖ nell’Assistenza Domiciliare Integrata;
- ❖ nell’Assistenza Pediatrica ospedaliera;
- ❖ nell’Assistenza Neonatalogica.

Con riferimento a tutte le aree citate, è stata svolta preliminarmente una fase di analisi interna, volta a comprendere le prestazioni erogate, i servizi resi ed i bisogni espressi dalla popolazione target. Successivamente, è stato somministrato un pre-test per la valutazione della soddisfazione degli utenti nell’ambito di queste aree, a cui è seguita la fase di strutturazione definitiva del pre-test. Infine, l’ASL Napoli 3 Sud si è dotata di un software dedicato alla customer satisfaction, mediante la piattaforma elettronica del market place di CONSIP.

### Assistenza domiciliare integrata

La rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti in merito all’assistenza domiciliare integrata, a valle della raccolta dei numeri di cellulare e/o degli indirizzi mail degli utenti/caregiver in assistenza domiciliare, è stata avviata attraverso la somministrazione di uno specifico questionario.

Il questionario, disponibile anche al form online raggiungibile attraverso il seguente indirizzo <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfUJmkEeuioHZDfAPgvkI9cyDFimZFllw3AXcQZioNQyITOnQ/viewform>, prevede una sezione anagrafica, una sezione dedicata all’Area delle cure domiciliari,

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

elaborata in coerenza con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 artt. 22 e 23”, le informazioni relative alla tipologia di assistenza ottenuta, raccolte dal PAI. Nel proseguo, il test mira a raccogliere il grado di soddisfazione valutando la capacità informativa, le prestazioni del MMG o del PLS, le prestazioni erogate dal personale medico/specialista, le prestazioni erogate dagli operatori, il servizio erogato durante l’emergenza epidemiologica da COVID-19 ed il rispetto della propria dignità e privacy. Inoltre, il cittadino viene messo al corrente della possibilità di presentare reclami e si offre la possibilità di esprimere opinioni personali sull’assistenza ricevuta, anche attraverso la formulazione di proposte di miglioramento.

### Assistenza Pediatrica ospedaliera ed Assistenza Neonatologica

La rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti in merito all’assistenza pediatrica ospedaliera ed alla neonatologia viene eseguita sul campione di analisi ottenuto secondo le linee proposte dal Dipartimento della Funzione Pubblica per l’efficienza delle amministrazioni. I questionari, per il campione di pazienti prescelto, sono generalmente compilati dalle mamme, a seguito della consegna da parte dei medici o dei capo sala con la lettera di presentazione dell’indagine.

Il questionario è disponibile sul sito istituzionale al link [https://www.aslnapoli3sud.it/sitoweb/common/AmyDownload.jsp?ID\\_BLOB=32061&saveAS=QUESTIONARIO%20REPARTO%20DI%20PEDIATRIA.docx&mimetype=null](https://www.aslnapoli3sud.it/sitoweb/common/AmyDownload.jsp?ID_BLOB=32061&saveAS=QUESTIONARIO%20REPARTO%20DI%20PEDIATRIA.docx&mimetype=null) per l’assistenza pediatrica ospedaliera ed al link [https://www.aslnapoli3sud.it/sitoweb/common/AmyDownload.jsp?ID\\_BLOB=32062&saveAS=QUESTIONARIO%20REPARTO%20DI%20NEONATOLOGIA\\_OST.docx&mimetype=null](https://www.aslnapoli3sud.it/sitoweb/common/AmyDownload.jsp?ID_BLOB=32062&saveAS=QUESTIONARIO%20REPARTO%20DI%20NEONATOLOGIA_OST.docx&mimetype=null) per l’assistenza neonatale.

Il questionario del reparto di Pediatria è stato suddiviso in tre sessioni, ovvero:

- ❖ una prima area dedicata alle patologie del paziente che deve essere compilato dal medico che supporta il familiare nella compilazione del questionario;
- ❖ una seconda area dedicata all’area informativa, quali comune di residenza, giorno di accesso al reparto, scelta della struttura ospedaliera, età del paziente, sesso, giorno del ricovero, chi al momento della compilazione risponde alle domande, età e titolo di studio del familiare che compila il questionario;
- ❖ una terza ed ultima sessione dedicata alle sei aree di indagine. Nello specifico:

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

- I Area indagine: Valutazione dell'accessibilità/ accoglienza in ospedale;
- II Area Indagine: Valutazione delle informazioni e della comunicazione con il familiare, mediante opuscoli, avvisi, lavagne informative, etc;
- III Area Indagine: Valutazione dei servizi strutturali e comfort;
- IV Area Indagine: Valutazione dell'assistenza e delle relazioni con il personale medico ed infermieristico;
- V Area Indagine: Valutazione relativa al rispetto della privacy – Umanizzazione;
- VI Area Indagine: Valutazioni delle informazioni ricevute al momento della dimissione.

Il questionario del reparto di Neonatologia è stato suddiviso in due sessioni, ovvero:

- ❖ una prima sessione dedicata all'area informativa, quali: comune di residenza, scelta della struttura ospedaliera, età del paziente, numero di figli, modalità del parto, giorni di ricovero, scelta della camera per la degenza, titolo di studio;
- ❖ una seconda sessione dedicata alle sei aree di indagine. Nello specifico:
  - I Area indagine: Valutazione dell'accessibilità/ accoglienza in ospedale;
  - II Area Indagine: Valutazione delle informazioni e della comunicazione con il familiare, mediante opuscoli, avvisi, lavagne informative, etc;
  - III Area Indagine: Valutazione dei servizi strutturali e comfort;
  - IV Area Indagine: Valutazione dell'assistenza e delle relazioni con il personale medico ed infermieristico;
  - V Area Indagine: Valutazione relativa al rispetto della privacy – Umanizzazione;
  - VI Area Indagine: Valutazioni delle informazioni ricevute al momento della dimissione.

Le ultime domande sono dedicate alla soddisfazione complessiva del servizio erogato, all'individuazione di punti da segnalare che non sono stati trattati nel questionario ed, infine, da eventuali suggerimenti da proporre per migliorare l'assistenza.

Al termine delle compilazione i pazienti possono riconsegnare i questionari al reparto di riferimento, che

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

**Triennio 2022 - 2024**

(art. 6 del DL 80/2021)

procederà all’invio all’UOC Relazioni con il Pubblico.

Per la valutazione dei questionari è stata introdotta la scala Likert (scala additiva). La scelta di tale strumento è riconducibile al fatto che si presenta come una modalità semplice ed intuitiva da parte di chi deve compilare il questionario.

L’UOC Relazioni con il Pubblico dell’ASL Napoli 3 Sud ha supportato i reparti dedicati all’Assistenza Pediatrica Ospedaliera ed all’Assistenza Neonatale nella comprensione delle finalità dell’indagine di customer satisfaction, rivolgendosi direttamente al personale medico ed infermieristico, anche attraverso specifici momenti di formazione circa le modalità di compilazione e consegna dei questionari. Inoltre, ha provveduto alla consegna del materiale cartaceo riportante i questionari, le lettere di presentazione delle indagini alle mamme e le lettere di comunicazione sulle modalità di consegna e compilazione dello strumento di indagine al personale medico ed infermieristico. A campione, l’UOC Relazioni con il Pubblico ha svolto la somministrazione dei questionari “face to face” sulla qualità percepita nei reparti.

Infine, il soggetto responsabile del monitoraggio della soddisfazione degli utenti, nell’ASL Napoli 3 Sud, è l’UOC Relazioni con il Pubblico.

## 9 Bibliografia e sitografia

Definizione degli indicatori BES. Articolo Novantanove – Lo sviluppo locale che vorrei – MYBES.  
URL: <https://www.istat.it/it/files//2018/04/12-domini-commissione-scientifica.pdf>

Linee guida per il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance Ministeri N. 2 Dicembre 2017

Digital Talk – Il valore pubblico nell’epoca COVID 19

RELAZIONE 2019 AL PARLAMENTO E AL GOVERNO sui livelli e la qualità dei servizi offerti dalle Pubbliche amministrazioni centrali e locali alle imprese e ai cittadini (art. 10-bis, legge 30 dicembre 1986, n. 936) – CNEL

Ricci P. (2007), Lo standard G.B.S. per la rendicontazione sociale nella pubblica amministrazione, Franco Angeli, Milano

La “piramide del Valore Pubblico”. Fonte: Deidda Gagliardo, 2015; Papi et al. 2018

Cardillo E. (2008), I presupposti scientifici e culturali dei percorsi di social accounting nel settore pubblico, G. Giappichelli, Torino

ASL Napoli 3 SUD: la Performance affidata a GZOOM. URL: <https://gzoom.mapsgroup.it/asl-napoli-3-sud-la-performance-affidata-a-gzoom>

Sistema informativo per la riabilitazione (SIR) – Regione Campania. URL:  
<https://sinfonia.regione.campania.it/preview/sir>

Sistema Informativo per le Dipendenze (SID) – Regione Campania:  
<https://sinfonia.regione.campania.it/preview/sid>

NSO – MEF - Linee Guida per l’emissione e la trasmissione degli ordini elettronici. URL:  
[https://www.rgs.mef.gov.it/\\_Documenti/VERSIONE-I/e-GOVERNME1/apir/NSO-Linee-guida-IT.pdf](https://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/e-GOVERNME1/apir/NSO-Linee-guida-IT.pdf)

Sanità Digitale – Regione Campania. URL: <http://www.regione.campania.it/regione/it/la-tua-campania/servizi-af3a/sanita-digitale>

Liste di Attesa – Regione Campania. URL:

<http://www.regione.campania.it/regione/it/amministrazione-trasparente-fy2n/servizi-erogati/liste-di-attesa-qgfo>



# ASL Napoli 3 Sud

Direttore Ing. Gennaro Sosto

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) – Regione Campania. URL:

<http://www.regione.campania.it/regione/it/tematiche/fascicolo-sanitario-elettronico/fascicolo-sanitario-elettronico-fse>

La creazione del valore pubblico – FPA Digital 360. URL: <https://www.forumpa.it/riforma-pa/come-creare-valore-pubblico/>

Focus on | L'esperienza dei cittadini per il miglioramento dei servizi. Il cittadino stakeholder della sanità di Angelo Tanese e Alessio Terzi

Il monitoraggio anticorruzione: aspetti teorici e pratici – Un confronto costruttivo. ANAC. URL:  
<https://www.anticorruzione.it/documents/91439/2616163/NL02.3.Il%2Bmonitoraggio%2Banticossuzione.pdf/381300bf-b53e-6dac-79c6-aaa0de4d5ab1?t=1635166485197>



## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2022 - 2024*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

### **Allegato n. 1**

### **Mappatura processi e valutazione rischi**

**Allegato n. 1**  
**Mappatura processi e valutazione rischi**

AREA DI RISCHIO	PROCESSI	ID	RISCHI SPECIFICI	VALUTAZIONE RISCHIO	STRUTTURE	MISURE DI PREVENZIONE
Acquisizione e progressione del personale (incarichi e nomine)	Reclutamento per concorso pubblico, mobilità (avviso pubblico)	1	Carenza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire allo scopo di reclutare candidati particolari.	Basso	UOC Gestione Risorse umane	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Rispetto di norme di legge e regolamenti e direttive ministeriali e regionali;</li> <li>2) Giurisprudenza;</li> <li>3) Utilizzo di procedure informatizzate per l'acquisizione delle domande;</li> <li>5) Procedura di acquisizione personale dipendente;</li> <li>6) Pubblicazione/Trasparenza.</li> </ul>
		2	Abuso nei processi di stabilizzazione finalizzato al reclutamento di candidati particolari.	Basso	UOC Gestione Risorse umane	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Norme di legge e regolamenti;</li> <li>2) Direttive ministeriali e regionali;</li> <li>3) Audizioni personale e sindacati;</li> <li>4) Pubblicazione/Trasparenza.</li> </ul>
		3	Irregolare composizione della commissione di concorso finalizzata al reclutamento di candidati particolari.	Basso	UOC Gestione Risorse umane	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Norme di legge e regolamenti/inconferibilità;</li> <li>2) Direttive ministeriali e regionali;</li> <li>3) Controlli di eventuali incompatibilità;</li> <li>4) Regolamenti aziendali;</li> <li>5) Pubblicazione sul sito aziendale, nella sezione concorsi, delle nomine delle commissioni.</li> </ul>
		4	Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali, a titolo esemplificativo, la cogenza della regola dell'anonimato nel caso di prova scritta e la predeterminazione dei criteri di valutazione delle prove allo scopo di reclutare candidati particolari.	Basso	UOC Gestione Risorse umane	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Norme di legge e regolamenti;</li> <li>2) Direttive ministeriali e regionali;</li> <li>3) Criteri predefiniti dalla Commissione;</li> <li>4) Regolamenti aziendali;</li> <li>5) Verbalizzazione della procedura concorsuale;</li> <li>6) Pubblicazione/Trasparenza.</li> </ul>
	Progressioni di carriera	5	Progressioni economiche o di carriera accordate illegittimamente allo scopo di agevolare dipendenti/candidati particolari.	Basso	UOC Gestione Risorse umane	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Norme negoziali ( C.C.N.L., C.C.I.A);</li> <li>2) Accordi Aziendali;</li> <li>3) Procedure Selettive;</li> <li>4) Atto deliberativo.</li> </ul>

**Allegato n. 1**  
**Mappatura processi e valutazione rischi**

AREA DI RISCHIO	PROCESSI	ID	RISCHI SPECIFICI	VALUTAZIONE RISCHIO	STRUTTURE	MISURE DI PREVENZIONE
Acquisizione e progressione del personale (incarichi e nomine)	Conferimento di incarichi libero professionali	6	Motivazione generica e tautologica circa la sussistenza dei presupposti di legge per il conferimento di incarichi professionali allo scopo di agevolare soggetti particolari.	Basso	UOC Gestione Risorse umane	1) Norme di legge nazionale e regionale; 2) Giurisprudenza; 3) Adozione Regolamento aziendale per il conferimento degli incarichi come previsto dall'atto aziendale; 4) Adozione Regolamento per il conferimento di incarichi individuali con rapporto di lavoro autonomo, ai sensi dell'art. 7, comma 6, del D.lgs. 165/2001; 5) Conferimento incarico con Atto deliberativo.
	Istituti incentivanti trattamento economico accessorio	7	Mancato rispetto dei criteri definiti dall'atto aziendale in relazione all'assegnazione dei budget per la retribuzione di risultato.	Basso	UOC Gestione Risorse umane	1) C.C.N.L.; 2) Accordi sindacali; 3) Procedura informatizzata per il calcolo dell'incentivo individuale.
	Conferimenti incarichi di docenza Corsi ECM e non ECM	8	Abuso nell'affidamento discrezionale dell'incarico allo scopo di favorire un docente rispetto ad altri.	Basso	UOC Gestione Risorse umane UOC Formazione e Sviluppo risorse Umane	1) Norme di legge e regolamenti; 2) Direttive ministeriali e regionali; 3) Normativa Negoziale (CCNL); 4) Adozione Regolamento aziendale per il conferimento di incarichi di docenza a cura della UOC Formazione e Sviluppo risorse Umane; 5) Individuazione congiunta con Direttore Scientifico del corso, Direttore Dipartimento e Referenti Formazione.
	Autorizzazione incarichi, attività dipendenti e vigilanza	9	Violazione del rispetto delle norme sull'incompatibilità e sul conflitto di interesse	Basso	UOC Gestione Risorse umane UOC Formazione e Sviluppo risorse Umane	1) Norme di legge; 2) Controlli Servizio ispettivo- Verifica da parte del RPC; 3) Verifiche sulle richieste finalizzate ad accertare se il soggetto che conferisce l'incarico sia inserito o meno nelle check list aziendale.

**Allegato n. 1**  
**Mappatura processi e valutazione rischi**

AREA DI RISCHIO	PROCESSI	ID	RISCHI SPECIFICI	VALUTAZIONE RISCHIO	STRUTTURE	MISURE DI PREVENZIONE
Acquisizione e progressione del personale (incarichi e nomine)	Incarichi dirigenziali e di facente funzioni	10	Violazione delle norme in materia, al fine di agevolare candidati particolari	Basso	UOC Gestione Risorse umane	1) Norme di legge; 2) Giurisprudenza; 3) Regolamenti aziendali ai sensi dell'atto aziendale; 4) Conferimento con adozione atto deliberativo.
Rilevazione presenze	Attestazione della presenza in servizio.	11	Falsa attestazione della presenza in servizio.	Basso	UOC Gestione Risorse umane	1) Misure specifiche del Codice di Comportamento; 2) Regolamento aziendale per la concessione dei permessi orari retribuiti, approvato con deliberazione n.744 del 2018; 3) Direttive aziendali; 4) Piano dei controlli presenze personale dipendente GOP; 5) Informatizzazione autorizzazioni, ferie, regolarizzazione omesse timbrature (Portale del Dipendente); 6) Verifica in tempo reale della timbratura del dipendente da parte dei Responsabili.
Affidamento di lavori, servizi e forniture (contratti pubblici)	Definizione dell'oggetto dell'affidamento	12	Restrizione del mercato nella definizione delle specifiche tecniche, attraverso l'indicazione nel disciplinare di prodotti che favoriscano una determinata impresa.	Medio	UOC Acquisizione Beni e Servizi	1) Procedure informatiche CONSIP/MEPA; 2) Determinazione a contrarre; 3) Pubblicità; 4) Segregazione delle funzioni ripartite su più dipendenti; 5) Richiesta svolgimento procedure centralizzate per importo pari o superiore a € 40,000 attraverso Procedure informatiche CONSIP/MEPA.
	Individuazione dello strumento/ istituto o per l'affidamento	13	Elusione delle regole di evidenza pubblica, mediante l'improprio utilizzo del modello procedurale dell'affidamento mediante concessione, laddove invece ricorrono i presupposti di una tradizionale gara di appalto.	Medio	UOC Acquisizione Beni e Servizi UOC Valorizzazione e manutenzione del patrimonio immobiliare UOC Sviluppo e Gestione Attrezzature Sanitarie	1) Revisione Regolamenti aziendali: Acquisizione di beni servizi, lavori, attrezzature elettromedicali; 2) Procedure informatiche CONSIP/MEPA per gare sotto soglia; 3) Pubblicità sul sito aziendale.

**Allegato n. 1**  
**Mappatura processi e valutazione rischi**

AREA DI RISCHIO	PROCESSI	ID	RISCHI SPECIFICI	VALUTAZIONE RISCHIO	STRUTTURE	MISURE DI PREVENZIONE
Affidamento di lavori, servizi e forniture (contratti pubblici)	Requisiti di qualificazione	14	Negli affidamenti di servizi e forniture, favoreggiamento di una impresa mediante l'indicazione nel bando di requisiti tecnici ed economici calibrati sulle sue capacità.	Basso	UOC Acquisizione Beni e Servizi UOC Valorizzazione e manutenzione del patrimonio immobiliare	1) Norme di legge e regolamenti; 2) Procedure informatiche CONSIP/MEPA/ per gare sotto soglia; 3) Segregazioni funzioni; 4) Richiesta svolgimento procedure centralizzate per importi pari o superiore a € 40.000.
	Requisiti di aggiudicazione	15	Mancato rispetto dei criteri fissati dalla legge e dalla giurisprudenza nella nomina della commissione giudicatrice.	Basso	UOC Acquisizione Beni e Servizi UOC Valorizzazione e manutenzione del patrimonio immobiliare	1) Norme di legge e regolamenti.
	Valutazione delle offerte	16	Mancato rispetto dei criteri indicati nel disciplinare di gara cui la commissione giudicatrice deve attenersi per decidere i punteggi da assegnare all'offerta, con particolare riferimento alla valutazione degli elaborati progettuali.		UOC Acquisizione beni e servizi UOC Valorizzazione e manutenzione del patrimonio immobiliare	1) Norme di legge e regolamenti; 2) Integrazione della Commissione giudicatrice con personale esperto.
	Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte	17	Mancato rispetto dei criteri di individuazione e di verifica delle offerte anormalmente basse, anche sotto il profilo procedurale.		UOC Acquisizione Beni e Servizi UOC Valorizzazione e manutenzione del patrimonio immobiliare UOC Formazione e sviluppo Risorse Umane	1) Norme di legge e regolamenti; 2) Formazione mirata del personale concordata con UOC Formazione e sviluppo Risorse Umane.
	Procedure negoziate	18	Utilizzo della procedura negoziata al di fuori dei casi previsti dalla legge ovvero suo impiego nelle ipotesi individuate dalla legge, pur non sussistendone effettivamente i presupposti.	Basso	UOC Acquisizione Beni e Servizi UOC Valorizzazione e manutenzione del patrimonio immobiliare	1) Norme di legge e regolamento; 2) Revisione Regolamento aziendale degli acquisti; 3) Pubblicazione sul sito aziendale.

**Allegato n. 1**  
**Mappatura processi e valutazione rischi**

AREA DI RISCHIO	PROCESSI	ID	RISCHI SPECIFICI	VALUTAZIONE RISCHIO	STRUTTURE	MISURE DI PREVENZIONE
Affidamento di lavori, servizi e forniture (contratti pubblici)	Affidamenti diretti	19	Elusione delle regole minime di concorrenza stabilite dalla legge per gli affidamenti diretti di importo fino ad un milione di euro	Basso	UOC Acquisizione Beni e Servizi UOC Valorizzazione e manutenzione del patrimonio immobiliare	1) Regolamenti aziendali ( Acquisizioni beni e servizi) - (lavori); 2) Rotazione delle ditte; 3) Pubblicazione avviso volontario trasparenza.
		20	Abuso nel ricorso agli affidamenti in economia ed ai cottimi fiduciari al di fuori delle ipotesi legislativamente previste.	Medio	UOC Acquisizione beni e Servizi UOC Valorizzazione e manutenzione del patrimonio immobiliare	1) Regolamenti aziendali pubblicati sul sito istituzionale (Acquisizione di beni e servizi e lavori). 2) Rotazione delle ditte;. 3) Pubblicazione avviso volontario trasparenza
Affidamento di lavori, servizi e forniture (contratti pubblici)	Revoca del bando	21	Adozione di un provvedimento di revoca del bando strumentale all'annullamento di una gara, al fine di evitare l'aggiudicazione in favore di un soggetto diverso da quello atteso, ovvero al fine creare i presupposti per concedere un indennizzo all'aggiudicatario.	Basso	UOC Acquisizione Beni e Sevizi UOC Valorizzazione e manutenzione del patrimonio immobiliare	Comunicazione agli Enti preposti all'Attività di Vigilanza compresa ANAC.

**Allegato n. 1**  
**Mappatura processi e valutazione rischi**

AREA DI RISCHIO	PROCESSI	ID	RISCHI SPECIFICI	VALUTAZIONE RISCHIO	STRUTTURE	MISURE DI PREVENZIONE
Affidamento di lavori, servizi e forniture (contratti pubblici)	Redazione del cronoprogramma	22	Mancanza di sufficiente precisione nella pianificazione delle tempistiche di esecuzione dei lavori, che consenta all'impresa di non essere eccessivamente vincolata ad un'organizzazione precisa dell'avanzamento dell'opera, creando in tal modo i presupposti per la richiesta di eventuali extra guadagni da parte dello stesso esecutore. Pressioni dell'appaltatore sulla direzione dei lavori, affinché possa essere rimodulato il cronoprogramma in funzione dell'andamento reale della realizzazione dell'opera.	Medio	UOC Acquisizione Beni e Sevizi UOC Valorizzazione e manutenzione del patrimonio immobiliare	1) Norme di legge e regolamenti; 2) Verifiche da parte del RUP sugli Stati Avanzamento Lavori. Controlli ispettivi e rivalutazione in sede di controllo.
	Varianti in corso di esecuzione del contratto	23	Ammissione di varianti durante la fase esecutiva del contratto, al fine di consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire guadagni ulteriori, addebitabili in particolar modo alla sospensione dell'esecuzione del lavoro o del servizio durante i tempi di attesa dovuti alla redazione della perizia di variante.	Basso	UOC Acquisizione Beni e Sevizi UOC Valorizzazione e manutenzione del patrimonio immobiliare	1) Norme di legge e regolamenti 2) Verifica da parte di soggetti preposti Audizione dei Responsabili del procedimento

**Allegato n. 1**  
**Mappatura processi e valutazione rischi**

AREA DI RISCHIO	PROCESSI	ID	RISCHI SPECIFICI	VALUTAZIONE RISCHIO	STRUTTURE	MISURE DI PREVENZIONE
Affidamento di lavori, servizi e forniture (contratti pubblici)	Subappalto	24	Mancato controllo della stazione appaltante nell'esecuzione della quota-lavori che l'appaltatore dovrebbe eseguire direttamente e che invece viene scomposta e affidata attraverso contratti non qualificati come subappalto, ma alla stregua di forniture.	Medio	UOC Acquisizione Beni e Sevizi UOC Valorizzazione e manutenzione del patrimonio immobiliare	1) Norme di legge e regolamenti; 2) Economato: Controllo del direttore esecuzione e referente del servizio interessato.
	Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto	25	Condizionamenti nelle decisioni assunte all'esito delle procedure di accordo bonario, derivanti dalla presenza della parte privata all'interno della commissione.	Basso	UOC Acquisizione Beni e Sevizi UOC Valorizzazione e manutenzione del patrimonio immobiliare	1) Norme di legge e regolamenti; 2) Involgimento U.O. C. Affari Legali.
	Proroghe/ Prosecuzioni rapporto contrattuali	26	Elusione delle norme sulle procedure ad evidenza pubblica per favorire il fornitore.	Basso	UOC ABS UOC Valorizzazione e manutenzione del patrimonio immobiliare	1) Regolamenti aziendali (Acquisizione di beni e servizi) - (lavori); 2) Attenzione attività di programmazione; 3) Solleciti inoltrati alla Soresa in funzione di Centrale Regionale di Acquisto.
Rapporti contrattuali con privati accreditati	Accreditamento di soggetti privati	27	Possibili condizionamenti o interferenze o abuso nel riconoscimento dei requisiti di accreditamento al fine di avvantaggiare il soggetto accreditando.	Alto	Dipartimento di Prevenzione UOC Controlli Integrati Interni ed Esterni	1) Norme di legge (DGRC 7301/01) e regolamenti; 2) Assiduità nell'espletamento dei lavori della Commissione preposta alla valutazione dei requisiti strutturali, organizzativi e Tecnologici delle strutture che fanno istanza di accreditamento ovvero da parte dei Comuni ove insistono; 3) Attività di vigilanza ordinaria e straordinaria: controllo da parte UOC Controlli Integrati Interni ed Esterni; 4) Adozione Atto deliberativo di accreditabilità; 5) tempestività di invio Atto deliberativo all'Ente Regionale.

**Allegato n. 1**  
**Mappatura processi e valutazione rischi**

AREA DI RISCHIO	PROCESSI	ID	RISCHI SPECIFICI	VALUTAZIONE RISCHIO	STRUTTURE	MISURE DI PREVENZIONE
Rapporti contrattuali con privati accreditati	Gestione centri convenzionati esterni per l'erogazione di prestazioni sanitarie /branche specialistiche in accreditamento	28	Mancato rispetto delle previsioni contrattuali in merito alla tipologia e alla qualità delle prestazioni; riconoscimenti economici indebiti per prestazioni inappropriate o non erogate.	Medio	DISTRETTI Dipartimento salute mentale Riabilitazione SerD UOC Controllo di Gestione	1) Normativa regionale; 2) Contratti stipulati con i gestori su schema tipo regionale; 3) Controllo dei tetti di spesa annuali sottoscritti dai gestori; 4) Verifica e controllo mensile delle prestazioni rendicontate; 5) attività di vigilanza straordinaria UOC Controlli Integrati Interni ed Esterni.
Rapporti contrattuali con strutture socio-sanitarie private accreditate.	Gestione dei rapporti per l'erogazione di prestazioni residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali, domiciliari in favore dell'utenza anziana e disabile.	29	Mancato rispetto delle previsioni contrattuali in merito alla tipologia e alla qualità delle prestazioni; riconoscimenti economici indebiti per prestazioni inappropriate o non erogate.	Medio	DISTRETTI Dipartimento salute mentale Riabilitazione SerD UOC Controllo di Gestione UOC Coordinamento cure domiciliari	1) Normativa regionale; 2) Contratti stipulati con i gestori su schema tipo regionale; 3) Schede tetti di spesa annuali sottoscritti dai gestori; 4) Verifica e controllo mensile delle prestazioni rendicontate; 5) Attività di vigilanza ordinaria e straordinaria con l'utilizzo di strumento omogeneo e codificato.
Attività di vigilanza, controllo e ispezione di strutture socio-sanitarie private accreditate.	Sorveglianza sulle strutture socio-assistenziali e sanitarie.	30	Omissioni o irregolarità nelle attività di vigilanza al fine di ottenere o procurare a sé o ad altri indebiti vantaggi.	Medio	Dipartimento Prevenzione UOC Coordinamento cure domiciliari DISTRETTI Dipartimento salute mentale Riabilitazione SerD	1) Normativa regionale; 2) Attività di vigilanza ordinaria e straordinaria con l'utilizzo di strumento omogeneo e codificato a livello regionale; 3) Report trimestrali sulle verifiche ed ispezioni da inviare alla UOC Controlli Interni ed Esterni.

**Allegato n. 1**  
**Mappatura processi e valutazione rischi**

AREA DI RISCHIO	PROCESSI	ID	RISCHI SPECIFICI	VALUTAZIONE RISCHIO	STRUTTURE	MISURE DI PREVENZIONE
Liste di attesa	Gestione delle liste di attesa per la presa in carico da parte di strutture socio-sanitarie pubbliche e private accreditate, mediante: ricezione domanda/valutazione / inserimento in lista di attesa	31	Abuso nell'adozione di provvedimenti di inserimento in strutture socio-sanitarie pubbliche e private al fine di favorire particolari soggetti.	Medio	DISTRETTI Dipartimento salute mentale Riabilitazione SerD UOC Cure domiciliari	1) Normativa regionale; 2) Procedure informatiche per la gestione delle autorizzazioni al trattamento presso le strutture pubbliche e private accreditate.
Liste di attesa	Prenotazione/erogazione di prestazioni e servizi sanitari in regime ambulatoriale	32	Irregolarità nella gestione delle liste di attesa al fine di favorire particolari soggetti (esempio inserimento in posizione privilegiata)	Medio	Front End Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali	1) Normativa Regionale; 2) Utilizzo applicativo CUP sia per le prestazioni prenotabili in circolarità regionale sia per le agende riservate ai reparti (Comunicazione Dipartimenti).
Liste di attesa	Prenotazione/erogazione di prestazioni e servizi sanitari	33	Abuso nell'adozione di provvedimenti al fine di favorire particolari soggetti (es. inserimento in posizione privilegiata nelle liste di attesa).	Medio	S.C. Medicina di Base e Specialistica	1) Disposizioni Regionali; 2) Linee guida CUP Accettazione; 3) Direttive aziendali; 4) Procedure informatiche relative alla prenotazione ed alla accettazione; 5) Controlli Servizio Ispettivo aziendale.
			Abuso della relazione professionale con gli utenti per indirizzarli verso strutture private o attività libero professionale.	Basso	S.C. Medicina di Base e Specialistica	1) Disposizioni Regionali; 2) Linee guida CUP Accettazione; 3) Direttive aziendali; 4) Procedure informatiche relative alla prenotazione e all'accettazione; 5) Controlli Servizio Ispettivo aziendale.

**Allegato n. 1**  
**Mappatura processi e valutazione rischi**

AREA DI RISCHIO	PROCESSI	ID	RISCHI SPECIFICI	VALUTAZIONE RISCHIO	STRUTTURE	MISURE DI PREVENZIONE
Liste di attesa	Inserimenti in Strutture Socio Sanitarie pubbliche e private per disabili minori	34	Abuso nell'adozione di provvedimenti di inserimento in strutture socio sanitarie pubbliche e private al fine di favorire particolari soggetti.	Basso	S.S.D. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	1) Norme di legge regionali; 2) Controlli Direzione Distretto su atti autorizzativi; 3) procedure informatiche relative alle liste di attesa.
	Inserimenti in Strutture Socio Sanitarie pubbliche e private a carico del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze	35	Abuso nell'adozione di provvedimenti di inserimento in strutture socio sanitarie pubbliche e private al fine di favorire particolari soggetti.	Basso	Dipartimento di Salute Mentale SerD	1) Norme di legge e disposizioni regionali; 2) Procedura specifica codificata secondo il Sistema Qualità; 3) riunione mensile rappresentanti Strutture private e referenti servizio DSM); 4) Minori: " liste di attesa unica aziendale" PUA.
Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (Provvedimenti di tipo autorizzatorio e concessorio (incluse figure simili quali: abilitazioni, approvazioni, nulla-osta, licenze, registrazioni, dispense, permessi a costruire)	Rilascio di autorizzazioni sanitarie o di pareri finalizzati al rilascio di provvedimenti di autorizzazione/concessione	36	Superficialità nel rilascio di autorizzazioni/pareri con omissione di controllo al fine di agevolare determinati soggetti (es. controlli finalizzati all'accertamento del possesso di requisiti per apertura di esercizi commerciali).	Medio	UOC SIAN	1) pareri sanitari per provvedimenti autorizzativi espressi collegialmente da due o più operatori (segregazione delle procedure); 2) monitoraggio procedimenti amministrativi di tipo autorizzativo mediante relazione semestrale da inviare al direttore del Dipartimento di Prevenzione.
				Basso	UOC Dipartimento di Prevenzione Sanità animale	Monitoraggio procedimenti amministrativi, mediante relazione semestrale da inviare al direttore del Dipartimento di Prevenzione.
					UOC Prevenzione e sicurezza ambienti di lavoro	1) Attività congiunta a rotazione del personale incaricato, laddove praticabile senza interferire con gli attesi obiettivi di efficacia ed efficienza del servizio; 2) Firma congiunta delle relazioni di controllo da parte di operatori e soggetti interessati.
	Valutazioni medico-legali	37	Superficialità nel rilascio di idoneità medico-legali inerenti la conduzione di veicoli, di natanti, porto e detenzione armi da fuoco ecc.	Basso	S.C. Igiene Pubblica	Monitoraggio procedimenti amministrativi mediante relazione semestrale da inviare al direttore del Dipartimento di Prevenzione
			Possibile condizionamento o interferenza	Medio	S.C. Igiene Pubblica	Norme di legge e regolamenti e ove possibile rotazione dei medici certificatori.

**Allegato n. 1**  
**Mappatura processi e valutazione rischi**

AREA DI RISCHIO	PROCESSI	ID	RISCHI SPECIFICI	VALUTAZIONE RISCHIO	STRUTTURE	MISURE DI PREVENZIONE
Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (Provvedimenti di tipo autorizzatorio e concessorio (incluse figure simili quali: abilitazioni, approvazioni, nulla-osta, licenze, registrazioni, dispense, permessi a costruire)	Valutazioni medico-legali	38	da parte dell'interessato o di terzi nella valutazione.		DISTRETTI	Norme di legge e regolamenti, valutazione collegiale e ove possibile rotazione dei medici certificatori.
		39	Possibile condizionamento o interferenza da parte: dell'interessato o della Direzione, o del Direttore o Coordinatore del servizio, nella valutazione dell'idoneità; o da parte dell'interessato o del Datore di Lavoro o del Medico Competente	Basso	Medicina del Lavoro (Medico Competente)	d.lgs. 81/2008, Codice etico del Medico del lavoro (ICOH).
	Erogazione prestazioni di assistenza protesica	40	Ritardi nell'iter dell'autorizzazione e consegna agli utenti dei presidi per favorire un utente rispetto ad un altro. Abuso della relazione professionale con l'assistito per indirizzarlo verso determinate ditte autorizzate alle forniture dirette	Basso	DISTRETTI	1) Verifica e controllo attività operatori attraverso valutazione dei tempi trascorsi tra data di ricezione della domanda, data del protocollo e data di autorizzazione (che devono quindi essere rilevate); 2) Definizione di criteri condivisi per l'autorizzazione (a parità di codice: spesa inferiore) e richiesta di preventivi a più ditte con comunicazione alle stesse delle modalità di richiesta del preventivo, per presidi non personalizzati e il cui acquisto non è regolamentato da gara.
	Inserimenti lavorativi	41	Abuso nell'adozioni di provvedimenti di inserimenti lavorativi al fine di favorire particolari soggetti.	Medio	DISTRETTI	1) Adozione e controllo del rispetto delle procedura specifica redatta a livello regionale.
	Concessione contributi per la modifica degli strumenti di guida e per l'adattamento dell'autoveicolo di persone disabili.	42	Abuso nell'assegnazione dei contributi al fine di favorire determinati soggetti.	Medio	DISTRETTI	Normativa nazionale e regionale.
		43	Indebito riconoscimento del diritto all'esenzione dal pagamento del ticket.	Basso	DISTRETTI	1) Norme di legge; 2) Sistema informatico del M.E.F. per le esenzioni per reddito; 3) Sistema informatico per le esenzioni patologie; 4) Applicativi informatici per i controlli.

**Allegato n. 1**  
**Mappatura processi e valutazione rischi**

AREA DI RISCHIO	PROCESSI	ID	RISCHI SPECIFICI	VALUTAZIONE RISCHIO	STRUTTURE	MISURE DI PREVENZIONE
Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (Provvedimenti di tipo autorizzatorio e concessorio (incluse figure simili quali: abilitazioni, approvazioni, nulla-osta, licenze, registrazioni, dispense, permessi a costruire)	Valutazione sanitaria per assegni/sussidi	44	Abuso nell'assegnazione dei contributi al fine di favorire determinati soggetti.	Medio	Distretti sanitari	1) Valutazione in equipe integrata socio-sanitaria di tutte le domande pervenute; 2) Valutazione del caso da parte di tutti gli enti interessati.

**Allegato n. 1**  
**Mappatura processi e valutazione rischi**

AREA DI RISCHIO	PROCESSI	ID	RISCHI SPECIFICI	VALUTAZIONE RISCHIO	STRUTTURE	MISURE DI PREVENZIONE
Gestione Patrimonio	Stipula e Gestione di contratti di locazione e acquisizione di beni immobili e mobili registrati	45	Individuazione del bene immobile e/o definizione delle condizioni di acquisto o locazione in base a criteri finalizzati a far prevalere l'interesse pubblico.	Basso	UOC.AFFARI GENERALI	1) Norme di legge nazionale e regionale- Regolamenti aziendali; 2) Codice civile.
Attività di vigilanza, controllo e ispezione	Sorveglianza sulle Strutture socio-assistenziali e sanitarie.	46	Superficialità nelle attività di vigilanza al fine di ottenere o procurare a sé o ad altri indebiti vantaggi.	Medio	S.C. Igiene e Sanità Pubblica	1) Norme di legge nazionale e regionale esame collegiale delle pratiche ed esecuzione di interventi collegiali di vigilanza.

**Allegato n. 1**  
**Mappatura processi e valutazione rischi**

AREA DI RISCHIO	PROCESSI	ID	RISCHI SPECIFICI	VALUTAZIONE RISCHIO	STRUTTURE	MISURE DI PREVENZIONE
				Medio	UOC igiene degli alimenti di o.a. /UOC SIAN	1) Attività congiunta o rotazione del personale incaricato, laddove praticabile senza interferire con gli attesi obiettivi di efficacia ed efficienza del servizio; 2) Sottoscrizione delle relazioni di controllo da parte di operatori e soggetti interessati.
				Medio	S.C. Igiene e Sanità Pubblica	1) Attività congiunta o rotazione del personale incaricato, laddove praticabile senza interferire con gli attesi obiettivi di efficacia ed efficienza del servizio; 2) Sottoscrizione congiunta delle relazioni di controllo da parte di operatori e soggetti interessati.
				Medio	UOC Prevenzione e sicurezza ambienti di lavoro	1) Attività congiunta o rotazione del personale incaricato, laddove praticabile senza interferire con gli attesi obiettivi di efficacia ed efficienza del servizio; 2) Sottoscrizione congiunta delle relazioni di controllo da parte di operatori e soggetti interessati.
Attività di vigilanza, controllo e ispezione	Attività di vigilanza, controllo e ispezione nelle materie di competenza del Dipartimento di Prevenzione	47	Azioni od omissioni volte a favorire il destinatario dei controlli al fine di evitargli conseguenze negative	Medio	S.C. Sanità animale e Igieni degli allevamenti e delle Produzioni Zootecniche	1) attività congiunta di controllo da parte di due o più operatori, laddove praticabile senza interferire con gli attesi obiettivi di efficacia e di efficienza del servizio; 2) rotazione periodica degli incarichi di supervisione veterinaria negli stabilimenti riconosciuti ex Reg. (CE) 853/2004, laddove praticabile senza interferire con gli attesi obiettivi di efficacia e di efficienza del servizio; 3) firma congiunta delle relazioni di controllo ufficiale da parte di operatori e soggetti interessati.
				Medio	S.C. Sanità animale e Igieni degli allevamenti	1) attività congiunta di due o più operatori, laddove praticabile senza interferire con gli attesi obiettivi di efficacia e di efficienza della SC; 2) firma congiunta delle relazioni di controllo da parte degli incaricati del controllo e dei soggetti interessati.

**Allegato n. 1**  
**Mappatura processi e valutazione rischi**

AREA DI RISCHIO	PROCESSI	ID	RISCHI SPECIFICI	VALUTAZIONE RISCHIO	STRUTTURE	MISURE DI PREVENZIONE
Attività legale e procedimenti sanzionatori	Procedimenti disciplinari e sanzionatori nei confronti del personale dipendente	48	Favorire il dipendente sottoposto a procedimento disciplinare.	Basso	UOC Gestione Risorse Umane	1) Norme di legge; 2) C.C.N.L.; 3) Codice comportamento aziendale; 4) Composizione collegiale UPD.
	Assistenza legale peritale ai dipendenti sia in forma diretta sia in forma indiretta	49	Favorire il dipendente e/o l'avvocato e/o il perito.	Basso	Di competenza della UU.OO.CC. Affari Generali e Legali	Fonti giuridiche di natura contrattuale: C.C.N.L. Dirigenza medica (art. 25 C.C.N.L. 8/6/2000), Dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa (art. 25 C.C.N.L. 8/6/2000) e Comparto Sanità (art. 26 C.C.N.L. 20/9/2001). Normativa disciplinata dall'Asl con Regolamento INTERNO.

**Allegato n. 1**  
**Mappatura processi e valutazione rischi**

AREA DI RISCHIO	PROCESSI	ID	RISCHI SPECIFICI	VALUTAZIONE RISCHIO	STRUTTURE	MISURE DI PREVENZIONE
Attività legale e procedimenti sanzionatori	Rimborso spese di giustizia	50	Favorire il dipendente e/o l'avvocato e/o il perito.	Basso	Di competenza della UU.OO.CC. Affari Generali e Legali	1) Norme/direttive regionali; 2) C.C.N.L.; 3) Regolamento aziendale patrocinio legale; 4) regolamento gestione sinistri .Delibera 229 del 15/03/2022.
	Recupero crediti	51	Favorire utenti non solventi.	Medio	UOC GEF e UOC AFFARI LEGALI	1) Codice civile; 2) Principi generali di contabilità; 3) "Regolamento per la gestione del recupero dei crediti insoluti.
	Recupero crediti a seguito di sentenza giudiziale o di azione contro terzi	52	Favorire utenti non solventi.	Basso	Di competenza della UU.OO.CC. Affari Generali e Legali	1) Codice civile, codice di procedura civile e codice di giustizia contabile.
	Gestione richieste di risarcimento danni di terzi	53	Favorire il soggetto danneggiato.	Basso	Di competenza della UU.OO.CC. Affari Generali e Legali	1) Definizione di un protocollo per la gestione sinistri - Regolamento CVS approvato con Delibera 229 del 15/03/2022; 2) Trasmissione alla Corte dei Conti di tutti i fascicoli relativi al contenzioso liquidato (UOC AA.LL).
	Perizie medico legali redatte in ambito della gestione diretta del rischio	54	Favorire il dipendente/terzo danneggiato (non risultando del tutto comprensibile la formulazione del rischio specifico si è integrata la descrizione introducendo oltre al dipendente anche il terzo danneggiato)	Basso	UOC Medicina Legale	Applicazione del Regolamento per la gestione sinistri e CVS definito dalla Direzione Strategica sulla base di approfondimenti trattati nei tavoli tecnici, dedicati, approvato su proposta della UOC Affari Generali ( Delibera n. 229 del 15/03/2022).
	Assicurazioni	55	Favorire una determinata compagnia assicuratrice	Medio	Di competenza UOC Affari Generali UOC ABS	1) Tempestività d'indizione delle gare per la scelta della compagnia assicurativa da parte della UOC ABS con nomina di RUP in capo al Direttore della UOC ABS; 2) Nomina del DEC ( direttore esecuzione contrattuale) in capo al Direttore della UOC AA.GG.

**Allegato n. 1**  
**Mappatura processi e valutazione rischi**

AREA DI RISCHIO	PROCESSI	ID	RISCHI SPECIFICI	VALUTAZIONE RISCHIO	STRUTTURE	MISURE DI PREVENZIONE
Libera professione	Organizzazione attività intramoenia	56	Mancato rispetto della normativa vigente in materia.	Medio	UOC Gestione Risorse umane ALPI Strutture ospedaliere	1) Regolamenti aziendali per la disciplina delle modalità organizzative dell'attività libero professionale intramuraria e per la disciplina dell'area a pagamento del personale medico e veterinario e delle altre professionalità della dirigenza del ruolo sanitario, autorizzazioni regionali; 2) Dichiarazione assenza conflitto di interesse nei casi necessari (utilizzo apposito modulo aziendale denominato "Dichiarazione di insussistenza conflitto di interesse resa ai sensi dell'art. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000").
	Gestione attività intramoenia	57	Errata indicazione al paziente delle modalità di accesso. Violazione limiti volume attività e delle modalità organizzative. Mancata rilevazione dell'attività	Medio	ALPI	1) Integrazione sito web; 2) Utilizzo agende di prenotazione/erogazione prestazioni per l'intramoenia allargata (procedura informatizzata); 3) Collegamento informatico delle strutture convenzionate esterne alla procedura aziendale di prenotazione ed emissione fatture; 4) Tracciabilità dei pagamenti mediante installazione di POS presso le strutture convenzionate; 5) Spazi aziendali con personale dedicato: in corso riconoscimento spazi aziendali da utilizzare per l'espletamento dell'attività libero professionale intramoenia allo scopo di predisporre ed avviare un piano aziendale di graduale rientro dell'attività intramoenia "allargata" e di possibile assorbimento in Azienda dell'attività intramoenia attualmente eseguita presso Strutture convenzionate esterne.
	Liquidazione attività intramoenia	58	Assenza di trasparenza nella gestione e liquidazione dell'attività .	Medio	UOC GEF	Procedure informatiche-unica infrastruttura di rete.
Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Gestione e distribuzione interna e agli utenti di farmaci e materiale sanitario.	59	Indebita appropriazione di farmaci e materiale sanitario.	Basso	Distretti/ P.O.	Istruzioni operative Aziendali Gestione delle specialità medicinali e dei Dispositivi Medici nella S.C. Farmacia, Distribuzione diretta farmaci e Istruzione per la rilevazione della tempistica di consegna dei farmaci / dispositivi medici ai reparti.

**Allegato n. 1**  
**Mappatura processi e valutazione rischi**

AREA DI RISCHIO	PROCESSI	ID	RISCHI SPECIFICI	VALUTAZIONE RISCHIO	STRUTTURE	MISURE DI PREVENZIONE
Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Gestione e distribuzione interna e agli utenti di farmaci e materiale sanitario.	60	Indebita appropriazione di farmaci e materiale sanitario.		Distretti. /P.O.	<p>Per ogni dispensazione di farmaci e di materiale sanitario viene predisposta una scheda intestata all'assistito con l'elenco quali e quantitativo e la durata del trattamento concesso; per ogni fornitura l'assistito firma la presa in carico di quanto erogato. Vengono effettuate verifiche periodiche mensili sulla quadratura fra entrate e uscite di tutti i prodotti a magazzino e l'inventario di fine anno (con eventuale presenza dei revisori dei Conti). Inoltre per tutti i farmaci vengono registrati i rispettivi numeri di lotto e la scadenza: è prevista infatti la completa tracciabilità del farmaco dal momento dell'acquisto alla dispensazione.</p>
	Sorveglianza sulle farmacie e parafarmacie	61	Preavvertire il destinatario dell'ispezione ordinaria o straordinaria.	Basso	DISTRETTI	<p>1) Svolgimento e verbalizzazione della sorveglianza da parte della Commissione di VIGILANZA sulle FARMACIE;      2) Specifica procedura definita a livello regionale;      3) Segretezza del cronoprogramma della sorveglianza ordinaria;      4) Ispezioni straordinarie svolte quando necessario congiuntamente con i Carabinieri del NAS.</p>
	Gestione Farmaci e Dispositivi	62	Abuso autonomia professionale del Medico prescrittore al fine di favorire la diffusione di un farmaco.	Basso	Distretti /P.O.	<p>Evidenza, attraverso le elaborazioni informatiche, di anomalie prescrittive; individuazione di comportamenti rivolti a favorire l'utilizzo di un determinato farmaco; confronto con i medici che presentano criticità prescrittive; eventuale contestazione al medico delle anomalie rilevate, in particolare se queste sono in contrasto con quanto stabilito dal DPR 270/2000 "Appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse".</p>

**Allegato n. 1**  
**Mappatura processi e valutazione rischi**

AREA DI RISCHIO	PROCESSI	ID	RISCHI SPECIFICI	VALUTAZIONE RISCHIO	STRUTTURE	MISURE DI PREVENZIONE
Gestione delle entrate e delle spese	Gestione delle Entrate - Reversali di incasso	63	Mancata comunicazione dei crediti da parte di Strutture terze. Mancata gestione recupero crediti (per la parte di competenza S.C. Bilancio e Contabilità)	Basso	UOC GEF	1) In sede di Bilancio d'esercizio sollecito a tutte le Strutture Aziendali per comunicazione crediti (Fatture da emettere); 2) Regolamenti per la gestione del recupero dei crediti insoluti.
	Incassi Ticket	64	Appropriazione indebita delle somme incassate a titolo di pagamento ticket	Basso	Distretti/P.O.	1) Norme di legge; 2) Linee guida CUP Accettazione/Cassa; 3) Procedure informatiche per gli incassi e le accettazioni; 4) Controlli Servizio Ispettivo aziendale.
	Gestione delle spese - Emissione mandati di pagamento	65	Abuso nella liquidazione delle spese Mancato rispetto dell'ordine cronologico dei pagamenti	Basso	UOC GEF	1) Procedura aziendale relativa all'emissione degli ordinativi di pagamento; 2) Liquidazione delle spese da parte delle Strutture terze; 3) Doppia firma sugli ordinativi di pagamento
Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	Gestione decessi in ambito ospedaliero	66	Comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa, segnalazione ai parenti di una specifica impresa, accettazione impropria di regali	Medio	P.O.	1) Norme di legge; 2) "Presa in carico della Salma" e "Norme comportamentali per il personale in caso di decesso di paziente"; 3) "Modulo di incarico Onoranze Funebri"; 4) Applicazione del Regolamento vigente per i Servizi Mortuari dei Presidi Ospedalieri.

**Allegato n. 1**  
**Mappatura processi e valutazione rischi**

AREA DI RISCHIO	PROCESSI	ID	RISCHI SPECIFICI	VALUTAZIONE RISCHIO	STRUTTURE	MISURE DI PREVENZIONE
Misure relative alla erogazione di prestazioni e servizi sanitari	Prenotazione/erogazione di prestazioni e servizi sanitari in regime ambulatoriale	67	Gestione liste di attesa per prenotazione interventi chirurgici programmati attraverso applicativo informatizzato che ne garantisca la totale trasparenza in ossequio alle procedure aziendali per la gestione delle liste di attesa e delle liste operatorie	Medio	Distretti/P.O.	Utilizzo corretto degli applicativi disponibili.
		68	Mancato utilizzo delle procedure informatiche per la prenotazione delle prestazioni sanitarie ambulatoriali di primo e secondo livello (prestazioni prenotate direttamente dai servizi erogatori nell'ambito di percorsi di presa in carico) e governo delle liste di attesa	Medio	Distretti/P.O.	Pubblicazione giornaliera dei tempi di attesa sul sito aziendale.

**Allegato n. 1**  
**Mappatura processi e valutazione rischi**

AREA DI RISCHIO	PROCESSI	ID	RISCHI SPECIFICI	VALUTAZIONE RISCHIO	STRUTTURE	MISURE DI PREVENZIONE
Dipartimento diagnostico - Area Laboratori	Prestazione utente esterno	69	Mancato rispetto delle procedure amministrative di accettazione e del pagamento ticket	Basso		Azioni per il monitoraggio delle attività e verifica delle procedure/ Carta dei Servizi e previsione di procedure per reclami.
		70	Utilizzo improprio delle procedure per svolgimento accertamenti diagnostici	Basso	Distretti/P.O.	Azioni per il monitoraggio delle attività e verifica delle procedure/ Verifica prescrizioni.
		71	Referto non consegnato/ritirato (entro 30 giorni) in base all'organizzazione del servizio (tracciatura della consegna)	Basso	Distretti/P.O.	Azioni per il monitoraggio delle attività e verifica delle procedure/ Controllo del rispetto della tempistica.
	Accettazione utente interno	72	Mancata corrispondenza (es. pazienti non in carico alla struttura) della richiesta per svolgimento accertamenti diagnostici con ricovero	Basso	Distretti/P.O.	Azioni per il monitoraggio delle attività e verifica delle procedure/ Verifica SDO.
		73	Esecuzione di prestazioni diagnostiche per utenti per i quali non segue effettiva attività di ricovero	Basso	Distretti/P.O.	Azioni per il monitoraggio delle attività e verifica delle procedure/ Controllo prescrizioni.
	Gestione magazzino diagnostici	74	Utilizzo improprio delle risorse attribuite	Basso	Distretti/P.O.	Azioni per il monitoraggio delle attività e verifica delle procedure/ Controllo materiale utilizzato e corrispondenza giacente.

**Allegato n. 1**  
**Mappatura processi e valutazione rischi**

AREA DI RISCHIO	PROCESSI	ID	RISCHI SPECIFICI	VALUTAZIONE RISCHIO	STRUTTURE	MISURE DI PREVENZIONE
Dipartimento diagnostico - Area Radiologica	Prestazione utente esterno	75	Mancato rispetto delle procedure amministrative di accettazione e del pagamento ticket	Basso	Distretti /P.O.	Azioni per il monitoraggio delle attività e verifica delle procedure/ Rispetto procedure e tempistiche.
		76	Utilizzo improprio delle procedure per svolgimento accertamenti diagnostici	Basso	Distretti/P.O.	Azioni per il monitoraggio delle attività e verifica delle procedure/ Verifica prescrizioni diagnostiche/ Controllo e ostacolo alla medicina difensiva.
		77	Referto non consegnato/ritirato (entro 30 giorni) in base all'organizzazione del servizio (tracciatura della consegna)	Basso	Distretti/P.O.	Azioni per il monitoraggio delle attività e verifica delle procedure/ Previsione diverse modalità consegna, anche telematica.
	Accettazione utente interno	78	Mancata corrispondenza (es. pazienti non in carico alla struttura) della richiesta per svolgimento accertamenti diagnostici con ricovero	Basso	Distretti/P.O.	Azioni per il monitoraggio delle attività e verifica delle procedure /Verifica SDO.
		79	Esecuzione di prestazioni diagnostiche per utenti per i quali non segue effettiva attività di ricovero	Basso	Distretti/P.O.	Azioni per il monitoraggio delle attività e verifica delle procedure/ Verifica prescrizioni e SDO.



## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2022 - 2024  
(art. 6 del DL 80/2021)*

## **Allegato n. 2**

## **LA TRASPARENZA**

A cura

Responsabile Trasparenza

Direttore UOC Relazioni con il Pubblico

(Tutela – Trasparenza – Comunicazione)

Dr.ssa Angela Improta

# **INDICE**

Premessa .....	1
Art.1 Il Piano Triennale Della Trasparenza.....	2
Art. 2 L'Integrità e la Prevenzione della Corruzione.....	3
Art. 3 Ulteriori azioni di Trasparenza.....	4
Art. 4 Accesso civico .....	4
Art. 5 Responsabile della Trasparenza .....	9
Art. 6 Violazioni degli obblighi di Trasparenza – Sanzioni.....	9
Art. 7 Compiti dell'Organismo Indipendente di Valutazione .....	9
Art.8 Compiti dell'Autorità Nazionale Anticorruzione e per la valutazione e la trasparenza.....	10
Art. 9 Carta dei Servizi.....	11
Art. 10 Giornate della Trasparenza .....	12
Art.11 Regolamento Pubblica Tutela .....	12
Art. 12 Aggiornamento sito aziendale .....	13
Art.13 Gli obblighi .....	13
Art.14 Pubblicità e diritto alla conoscibilità.....	13
Art. 15 Limiti della trasparenza .....	14
Art. 16 Decorrenza e durata dell'obbligo di pubblicazione .....	14
Art. 17 Trasparenza e Privacy – Le Disposizioni del Garante Privacy .....	15
Art. 18. Emergenza Covid 19 - Interventi straordinari di emergenza .....	18
Art.19 Qualità delle informazioni .....	19
Art. 20 Accessibilità delle informazioni .....	19
Art. 21 Tutela giurisdizionale .....	19
Art. 22 Norme di Rinvio.....	20

## Premessa

La trasparenza è uno dei principi cardine dell’azione amministrativa e uno degli strumenti di maggiore valore nell’ottica della prevenzione della corruzione.

È un obiettivo da perseguire, consentendo al cittadino di partecipare ai processi decisionali dell’amministrazione pubblica e di controllare il perseguitamento dell’interesse pubblico e il corretto uso delle risorse pubbliche.

La trasparenza va intesa anche come criterio di «*chiarezza*», nel senso che i dati e le informazioni da pubblicare devono essere comprensibili, facilmente consultabili, completi, tali da non generare equivocità.

È con la legge 190/2012 che vengono valorizzati i contenuti della trasparenza ai fini della prevenzione della corruzione e della cattiva amministrazione. La legge ha fissato criteri di delega per il riordino della disciplina, attuata con il d.lgs. 33/2013.

La trasparenza diventa quindi misura generale di prevenzione di corruzione.

### La legge 190/2012 e s.m.i.

La legge 190/2012 e s.m.i assicura la trasparenza mediante la pubblicazione sui siti web delle P.A. secondo criteri di facile accessibilità, completezza, semplicità di consultazione nel rispetto del segreto di Stato, di segreto d’ufficio e di protezione dei dati personali.

Ribadisce che è livello essenziale delle prestazioni erogate dalle Amministrazioni Pubbliche ai sensi dell’articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione.

### I pilastri del D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i.

La trasparenza viene definita come: “*accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all’attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguitamento delle funzioni istituzionali e sull’utilizzo delle risorse pubbliche*” (art.1).

Il principio della trasparenza, declinato come libertà di accesso di chiunque, è assicurato attraverso due strumenti:

- ❖ Pubblicazione obbligatoria;
- ❖ Accessibilità attraverso il FOIA.

### D.lgs. 33/2013: pubblicazione obbligatoria

Il primo strumento che garantisce la corretta applicazione del principio della trasparenza è la pubblicazione obbligatoria di determinati documenti e informazioni, concernenti l’organizzazione e l’attività, da realizzarsi nella sezione «*Amministrazione trasparente*» (o «*società trasparente*» per le società pubbliche) nei siti istituzionali.

All'alimentazione della sezione provvedono i Responsabili (da individuare nella parte dedicata alla trasparenza del PTPCT) sotto il coordinamento del RPCT (back office).

## Piano Integrato di Attività e di Organizzazione

Nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del d.lgs. n. 150/2009 e della l. n. 190/2012, l'art. 6, del D.L. n. 80/2021 prevede che entro il 31 gennaio di ogni anno, le Pubbliche Amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, d.lgs. 165/2001 adottano un Piano integrato di attività e di organizzazione (PIAO). Per il 2022 è previsto che il PIAO sia adottato entro il 30 aprile 2022.

Ciò nell'ottica di assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione dei processi anche in materia di diritto di accesso.

Il PIAO ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e definisce, tra l'altro gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla Corruzione secondo quanto previsto dalla l.190/2012 e in conformità agli indirizzi adottati da ANAC con il PNA.

## Art.1 Il Piano Triennale Della Trasparenza

**1.1.** La Trasparenza è un livello essenziale delle prestazioni erogate dall'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud, ai sensi dell'art. 117 comma 2 lettera "m", della Costituzione Italiana; “...è intesa come *accessibilità totale (...), allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa, favorire forme diffuse di controllo sul perseguitamento delle funzioni istituzionali, sull'utilizzo delle risorse pubbliche, alle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, agli indicatori relativi ad andamenti gestionali ed all'utilizzo delle risorse per il proseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione...*”(art.11,comma 1 d.lgs. 150/09 e d.lgs. 33/2013 e s.m.i.).

**1.2.** E' una nozione diversa da quella del diritto di accesso agli atti amministrativi ex art. 22 della legge 7 agosto 1990, n. 241 s.m.i. che istituisce altresì l'accesso ai documenti amministrativi (art.27, come sostituto dell'art 18 della legge 11 febbraio 2005, n.15) attivabile solo per acquisire quei documenti necessari per azioni legali relative ad interessi individuali.

**1.3.** L'accessibilità totale è l'accesso da parte di chiunque a «**tutte le informazioni pubbliche**», azioni che l'Amministrazione deve garantire prioritariamente, favorendo da parte dei cittadini forme diffuse di controllo, nel rispetto dei principi di buon andamento ed imparzialità (art. 11, d.lgs. 150/09). Chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'articolo 5-bis del d.lgs 33/2013 e s.m.i. (Art. 4 Accesso Civico).

**1.4.** Il Radicamento della trasparenza riconosce a ogni cittadino una posizione qualificata rispetto all'operato dell'ASL Napoli 3 Sud. Significativa, della richiamata differenza di ratio e di

consequenziale regolamentazione tra disciplina della trasparenza e disciplina sull'accesso, è la disposizione di cui all'art. 24, comma 3 della l. n. 241/90 secondo cui “*non sono ammissibili istanze di accesso preordinate ad un controllo generalizzato dell'operato delle pubbliche amministrazioni*” laddove, come si è detto, ai sensi dell'art.11 comma 1 del d.lgs. n. 150/09, la trasparenza è finalizzata proprio a forme diffuse di controllo sociale dell'operato delle Pubbliche Amministrazioni e delinea, quindi, un diverso regime di accessibilità alle informazioni.

L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud garantisce la massima trasparenza in ogni fase del ciclo di gestione della performance; responsabile del flusso documentale e del coordinamento di tale attività è la UOC Valutazione Risorse Umane e Performance che ha funzioni di supporto dell'OIV.

## **Art. 2 L'Integrità e la Prevenzione della Corruzione**

**2.1.** In riferimento alla legalità ed alla cultura dell'integrità, la trasparenza, anche per il tramite della pubblicazione di determinate informazioni pubbliche risulta strumentale alla prevenzione della corruzione.

**2.2.** È obbligatoria l'indicazione dei nominativi dei soggetti responsabili della trasmissione dei dati, intesi quali uffici tenuti alla individuazione e/o alla elaborazione dei dati, e di quelli cui spetta la pubblicazione. In altre parole, nell'allegato al presente documento, dove sono elencati gli obblighi, è previsto uno schema in cui, per ciascun obbligo, sono espressamente indicati i nominativi dei soggetti e gli uffici responsabili di ognuna delle citate attività.

L'ASL Napoli 3 Sud aggiorna costantemente i nomi dei responsabili considerate le complessità e le funzioni; è compito della UOC Gestione Risorse Umane comunicare alla UOC Relazioni con il Pubblico l'aggiornamento delle nomine dei responsabili.

È in ogni caso consentita la possibilità di indicare, in luogo del nominativo, il responsabile in termini di posizione ricoperta nell'organizzazione, purché il nominativo associato alla posizione sia chiaramente individuabile all'interno dell'organigramma.

**2.3.** Nell'allegato succitato, dedicato alla programmazione della trasparenza sono, inoltre, definiti, in relazione alla periodicità dell'aggiornamento fissato dalle norme, i termini entro i quali prevedere l'effettiva pubblicazione di ciascun dato nonché le modalità stabilite per la vigilanza ed il monitoraggio sull'attuazione degli obblighi.

**2.4.** La legge n. 190 del 2012 sulla Prevenzione della Corruzione ed il d.lgs. n. 33 del 2013 sulla Trasparenza, modificati dal d.lgs. 97/2016 (Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle Amministrazioni Pubbliche), hanno dato vigore e motivazione al fine di rafforzare tutte le azioni messe in campo per la partecipazione democratica di tutti i portatori d'interesse alla vita amministrativa dell'ASL Napoli 3 Sud.

**2.5.** Nel PTPCT è evidente il rapporto forte tra Prevenzione della Corruzione e pubblicazioni di informazioni inerenti i processi organizzativi a rischio di «**malagestio**» ove più facilmente la corruzione possa insidiarsi, concretizzata con la programmazione di azioni ed impegni per la pubblicazione obbligatoria sul sito istituzionale di informazioni previste dalla normativa, prevedendo inoltre pubblicazioni aggiuntive proposte grazie ad un coinvolgimento di tutti i portatori d'interesse.

**2.6.** La performance dell'organizzazione è percepita anche dalla capacità della stessa di analizzare i processi a rischio «**malagestio**», individuando gli strumenti di prevenzione quali ad esempio la rotazione ed ulteriori obblighi di trasparenza.

Infatti è previsto l'inserimento degli obblighi e degli obiettivi del Piano Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza negli obiettivi aziendali del Piano della Performance, l'intento è quello di dare maggiore impulso con, finalmente, un coinvolgimento di tutti i dipendenti che vedranno collegati gli obiettivi di Trasparenza e di Prevenzione della Corruzione al salario di risultato.

È da rilevare che nel Codice di Comportamento aziendale (Delibera n. 813 del 5 dicembre 2013) sono inseriti e messi in evidenza l'importanza degli impegni del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

## **Art. 3 Ulteriori azioni di Trasparenza**

Nella sezione Altri Contenuti, in Amministrazione Trasparente, sono pubblicati ulteriori obblighi di trasparenza individuati proprio nell'approfondimento di processi organizzativi ritenuti a rischio di «**malagestio**».

## **Art. 4 Accesso civico**

**4.1.** La disciplina dell'accesso civico è stata rafforzata dalle modifiche espresse dal d.lgs. 97/2016. Tale nuova tipologia di accesso (detto «**accesso generalizzato**»), delineata nel novellato art. 5, comma 2 del d.lgs. 33/2013 e s.m.i, ai sensi del quale “*chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, secondo quanto previsto dall'art. 5-bis*”, si traduce in un diritto di accesso non condizionato dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti ed avente ad oggetto tutti i dati e i documenti e informazioni detenuti dalle Pubbliche Amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione.

La ratio della riforma risiede nella dichiarata finalità di favorire forme diffuse di controllo sul perseguitamento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico.

**4.2.** L'art.5, comma 1 del d.lgs. 33 /2013 stabilisce che l'accesso civico è lo strumento che permette ai cittadini di esercitare il diritto costituzionale alla Trasparenza, infatti attraverso l'accesso civico, il legislatore ha inteso ampliare i confini tracciati dalla legge n. 241 del 1990. L'accesso

generalizzato deve essere però tenuto distinto dalla disciplina dell'accesso ai documenti amministrativi di cui agli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241. La finalità dell'accesso agli atti ex l. 241/90 è, in effetti, ben differente da quella sottesa all'accesso generalizzato ed è quella di porre i soggetti interessati in grado di esercitare al meglio le facoltà - partecipative e/o positive e difensive – che l'ordinamento attribuisce loro a tutela delle posizioni giuridiche qualificate di cui sono titolari. Più precisamente, dal punto di vista soggettivo, ai fini dell'istanza di accesso ex l. 241/90 il richiedente deve dimostrare di essere titolare di un “*interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso*”.

**4.3.** Dunque, l'accesso agli atti di cui alla l. 241/90 continua certamente a sussistere, ma parallelamente all'accesso civico (generalizzato e non), operando sulla base di norme e presupposti diversi.

Tenere ben distinte le due fattispecie è essenziale per calibrare i diversi interessi in gioco allorché si renda necessario un bilanciamento caso per caso tra tali interessi. Tale bilanciamento è, infatti, diverso:

- ❖ nel caso dell'accesso ex l. 241/90, la tutela può consentire un accesso più in profondità a dati pertinenti;
- ❖ nel caso dell'accesso generalizzato «**accesso civico**», dove le esigenze di controllo diffuso del cittadino devono consentire un accesso meno in profondità (se del caso, in relazione all'operatività dei limiti) ma più esteso, avendo presente che l'accesso in questo caso comporta, di fatto, una larga conoscibilità (e diffusione) di dati, documenti e informazioni.

**4.4.** A questa impostazione consegue, il rovesciamento della precedente prospettiva che comportava l'attivazione del diritto di accesso civico solo strumentalmente all'adempimento degli obblighi di pubblicazione; ora l'accesso civico, è la libertà di accedere ai dati e ai documenti, in analogia agli ordinamenti aventi il *Freedom of Information Act* (FOIA), ove il diritto all'informazione è generalizzato e la regola generale è la trasparenza mentre la riservatezza e il segreto l'eccezione.

In coerenza con il quadro normativo, il diritto di accesso civico generalizzato si configura - come il diritto a titolarità diffusa, potendo essere attivato “*da chiunque*” e non essendo sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente. A ciò si aggiunge un ulteriore elemento, ossia che l'istanza “*non richiede motivazione*”. In altri termini, tale nuova tipologia di accesso civico risponde all'interesse dell'ordinamento di assicurare ai cittadini, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridiche soggettive, un accesso a dati, documenti e informazioni detenute da pubbliche amministrazioni e dai soggetti indicati nell'art. art. 2-bis del d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016.

Inoltre l'obbligo previsto dalla normativa vigente di pubblicare documenti, informazioni o dati comporta il diritto di chiunque di richiedere i medesimi, nei casi in cui sia stata omessa la loro pubblicazione.

**4.5.** L'ASL Napoli 3 Sud riconoscendo ai portatori di interesse il ruolo attivo per contribuire al cambiamento migliorativo, sotteso alla normativa in materia di prevenzione della Corruzione, ha disposto, già dal 7 maggio 2013, la pubblicazione del LINK Accesso Civico sull'homepage del sito istituzionale, nel link è stata prevista anche idonea modulistica.

**4.6.** Per presentare la richiesta di accesso generalizzato non è necessario fornire una motivazione: tutti i soggetti cui si applica il diritto di accesso generalizzato sono tenuti a prendere in considerazione le richieste di accesso generalizzato, a prescindere dal fatto che queste rechino o meno una motivazione o una giustificazione a sostegno della richiesta. Con la richiesta di accesso generalizzato possono essere richiesti i documenti, dati e informazioni in possesso dell'Amministrazione.

Questa Azienda:

- ❖ non è tenuta a raccogliere informazioni che non siano in suo possesso per rispondere ad una richiesta di accesso generalizzato, **ma deve limitarsi a rispondere sulla base dei documenti e delle informazioni che sono già in suo possesso**;
- ❖ non è tenuta a rielaborare informazioni in suo possesso, per rispondere ad una richiesta di accesso generalizzato: **deve consentire l'accesso ai documenti, ai dati ed alle informazioni così come sono già detenuti, organizzati, gestiti e fruitti**;
- ❖ ammette, invece, le operazioni di elaborazione che consistono **nell'oscuramento dei dati personali presenti nel documento o nell'informazione richiesta, e più in generale nella loro anonimizzazione, qualora ciò sia funzionale a rendere possibile l'accesso**;

**4.7.** La richiesta di accesso generalizzato deve identificare i documenti e i dati richiesti. Ciò significa che la richiesta deve indicare i documenti o i dati richiesti, **ovvero che la richiesta consente all'Amministrazione di identificare agevolmente i documenti o i dati richiesti**.

**Devono essere ritenute inammissibili le richieste formulate in modo così vago da non permettere all'Amministrazione di identificare i documenti o le informazioni richieste. In questi casi, l'Amministrazione destinataria della domanda dovrebbe chiedere di precisare l'oggetto della richiesta.**

L'Amministrazione è tenuta a consentire l'accesso generalizzato anche quando riguarda un numero cospicuo di documenti ed informazioni, a meno che la richiesta risulti manifestamente irragionevole, tale cioè da comportare un carico di lavoro in grado di interferire con il buon funzionamento dell'Amministrazione. Tali circostanze, adeguatamente motivate nel provvedimento di rifiuto, devono essere individuate secondo un criterio di stretta interpretazione, ed in presenza di oggettive condizioni suscettibili di pregiudicare in modo serio ed immediato il buon funzionamento dell'Amministrazione.

L'istanza può essere trasmessa per fax, email ed è presentata alternativamente ad uno dei seguenti uffici: alla UOC Relazioni con il Pubblico in qualità di responsabile della Trasparenza, che procede, nel caso di art. 5 comma 1 d.lgs. 33/13 e s.m.i. di trasmettere al richiedente il link di riferimento all'obbligo di pubblicazione; mentre nel caso di richiesta di cui all'art. 5 comma 2

d.lgs. 33/13 e s.m.i. ad attivare la procedura della richiesta al responsabile di struttura in possesso delle informazioni richieste.

**4.8.** Il rilascio di dati o documenti in formato elettronico o cartaceo è gratuito, salvo il rimborso del costo effettivamente sostenuto e documentato dall'amministrazione per la riproduzione su supporti materiali (Delibera n. 100 del 18.02.2016).

**4.9.** Il responsabile del procedimento individuato, se individua soggetti controinteressati, è tenuto a dare comunicazione agli stessi, mediante invio di copia con raccomandata con avviso di ricevimento, o tramite Posta Elettronica Certificata (PEC) per coloro che abbiano consentito tale forma di comunicazione. Entro dieci giorni dalla ricezione della comunicazione, i controinteressati possono presentare una motivata opposizione, anche per via telematica, alla richiesta di accesso. A decorrere dalla comunicazione ai controinteressati, il termine di trenta giorni è sospeso fino all'eventuale opposizione dei controinteressati, decorso tale termine l'ASL Napoli 3 sud provvede sulla richiesta.

**4.10.** Laddove la richiesta di accesso generalizzato possa incidere su interessi connessi alla protezione dei dati personali, o alla libertà e segretezza della corrispondenza oppure agli interessi economici e commerciali (ivi compresi la proprietà intellettuale, il diritto d'autore e i segreti commerciali), l'ASL Napoli 3 sud deve darne comunicazione ai soggetti titolari di tali interessi, mediante invio di copia con raccomandata con avviso di ricevimento (o tramite PEC per coloro che abbiano consentito tale forma di comunicazione).

Il soggetto controinteressato può presentare (anche per via telematica) una eventuale e motivata opposizione all'istanza di accesso generalizzato, entro dieci giorni dalla ricezione della comunicazione della richiesta di accesso generalizzato. Decorso tale termine, l'Amministrazione provvede sulla richiesta di accesso generalizzato, accertata la ricezione della comunicazione da parte del controinteressato.

**4.11.** Il procedimento di accesso civico si conclude con provvedimento espresso e motivato nel termine di trenta giorni dalla presentazione dell'istanza con la comunicazione al richiedente e agli eventuali controinteressati. In caso di accoglimento, il responsabile del procedimento individuato provvede a trasmettere tempestivamente al richiedente i dati o i documenti richiesti, ovvero, nel caso in cui l'istanza riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 33/2013 e s.m.i., a pubblicare sul sito i dati, le informazioni o i documenti richiesti e a comunicare al richiedente l'avvenuta pubblicazione dello stesso, indicandogli il relativo collegamento ipertestuale e ne dà comunicazione al Responsabile della Trasparenza. In caso di accoglimento della richiesta di accesso civico nonostante l'opposizione del controinteressato, salvi i casi di comprovata indifferibilità, questa Amministrazione ne dà comunicazione al controinteressato e provvede a trasmettere al richiedente i dati o i documenti richiesti non prima di quindici giorni dalla ricezione della stessa comunicazione da parte del controinteressato.

Il rifiuto, il differimento e la limitazione dell'accesso devono essere motivati con riferimento ai casi e ai limiti stabiliti dal presente piano.

**4.12.** L'ASL Napoli 3 Sud ha disposto che:

- ❖ tutti i responsabili di struttura, in ottemperanza a quanto stabilito nell'art.5 del d.lgs. 33/13 e s.m.i., devono garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto delle norme di riferimento ed inoltre sono tutti coinvolti nel garantire gli impegni presi circa il rispetto dei tempi di attesa di trasmissione dati, informazioni e documenti richiesti ai sensi dell'articolo succitato;
- ❖ alla pubblicazione sul sito del documento, dell'informazione o del dato richiesto entro un tempo massimo di trenta giorni, individuando questo tempo di attesa quale standard aziendale con una diffusa responsabilità ascritta ai singoli responsabili di struttura, nel caso il documento richiesto non sia pubblicato;
- ❖ se il documento, l'informazione o il dato richiesti risultano già pubblicati nel rispetto della normativa vigente, l'ASL Na 3 Sud, per il tramite dell'UOC Relazioni Pubbliche/Responsabile della Trasparenza, si impegna entro 7 giorni lavorativi (la normativa non prevede nessun tempo), ad indicare al richiedente il relativo collegamento ipertestuale. Questo standard è obiettivo dell'UOC Relazioni con il Pubblico/Trasparenza.

**4.13.** Il responsabile della Trasparenza direttore Unità Operativa Relazioni con il Pubblico segnalerà all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente.

**4.14.** Nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine indicato di trenta giorni, il richiedente può presentare richiesta di riesame al responsabile della trasparenza, che decide con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni se l'accesso è stato negato o differito a tutela degli interessi di cui all'articolo 5-bis, comma 2, lettera a del d.lgs. 33/2013 e s.m.i.), **il suddetto responsabile provvede sentito il Garante per la protezione dei dati personali, il quale si pronuncia entro il termine di dieci giorni dalla richiesta.** A decorrere dalla comunicazione al Garante, il termine per l'adozione del provvedimento da parte del responsabile è sospeso, fino alla ricezione del parere del Garante e comunque per un periodo non superiore ai predetti dieci giorni. Avverso la decisione dell'Amministrazione competente o, in caso di richiesta di riesame, avverso quella del Responsabile della Trasparenza, il richiedente può proporre ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale ai sensi dell'articolo 116 del Codice del processo amministrativo di cui al d.lgs. 2 luglio 2010, n. 104.

**4.15.** L'ASL Napoli 3 Sud valuterà se attivare eventuali procedimenti disciplinari, applicando in tal modo quanto indicato dall'art.43 del d.lgs. 33/2013 e s.m.i., e secondo il regolamento aziendale vigente.

**4.16.** L'OIV utilizza i dati e le informazioni relative agli obblighi di trasparenza anche per la valutazione della performance organizzativa ed individuale del Responsabile della Trasparenza e di tutti i responsabili di struttura obbligati alla trasmissione e pubblicazione dei dati.

## **Art. 5 Responsabile della Trasparenza**

**5.1.** Nell'ASL Napoli 3 Sud per la complessità dell'organizzazione è individuato quale responsabile Aziendale della Trasparenza il Direttore di Unità Operativa Complessa Relazioni con il Pubblico con funzioni di coordinamento di tutte le azioni aziendali riferite alla Trasparenza, alla Pubblica Tutela, alla Comunicazione Istituzionale, all'Ufficio Stampa e con responsabilità riferite al Content System Management (C.M.S.) del Sito Istituzionale.

**5.2.** Il responsabile individuato è il Referente del procedimento di formazione, adozione e attuazione della Trasparenza 2022-23-24 e dell'intero processo di sostegno per la realizzazione di tutte le iniziative volte nel loro complesso a garantire un adeguato livello di trasparenza e di controllo anche ai fini dell'attribuzione del salario accessorio.

**5.3.** Tale responsabilità graverà sul Responsabile Trasparenza, Direttore UOC Relazioni con il Pubblico, come sopra indicato, unitamente al Responsabile del procedimento e/o dei procedimenti in relazione ai quali si sia verificata la violazione dell'obbligo di trasparenza.

**5.4.** Il Responsabile della Trasparenza segnala i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente e dal PTPCT vigente, all'Ufficio Procedimenti Disciplinari, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare.

**5.5.** Il Responsabile della Trasparenza segnala altresì gli inadempimenti alla Direzione Strategica, all'OIV ed alla UOC Gestione Risorse Umane per l'inserimento nel fascicolo personale.

## **Art. 6 Violazioni degli obblighi di Trasparenza – Sanzioni**

**6.1.** L'inadempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente o la mancata predisposizione del PTPCT costituiscono elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'Amministrazione e sono comunque valutati ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale dei responsabili e del personale tutto.

**6.2.** Il Responsabile del procedimento di pubblicazione non risponde all'inadempimento degli obblighi previsti dalla norma se prova che tale inadempimento è dipeso da causa a lui non imputabile.

## **Art. 7 Compiti dell'Organismo Indipendente di Valutazione**

**7.1** L'OIV verifica la coerenza tra gli obiettivi previsti nel PTPCT ed il Piano della Performance, valutando altresì l'adeguatezza dei relativi indicatori.

**7.2.** L'Organismo Indipendente di Valutazione (d.lgs. 150/2009 e s.m.i.):

- ❖ **utilizza le informazioni ed i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della misurazione e della valutazione delle performance organizzativa, ed individuale dei dirigenti responsabili di struttura e di tutto il personale dipendente;**

- ❖ valuta gli obblighi di pubblicazione;
- ❖ verifica, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, che i **piani triennali per la prevenzione della corruzione e della trasparenza siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi alla prevenzione della corruzione ed alla trasparenza**. Esso verifica i contenuti della relazione di cui in rapporto agli obiettivi inerenti alla Prevenzione della Corruzione e alla Trasparenza. A tal fine, l'Organismo medesimo può chiedere al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e al Responsabile della Trasparenza le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo e può effettuare audizioni di dipendenti. L'Organismo medesimo riferisce all'Autorità Nazionale Anticorruzione sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- ❖ verifica che il P.T.P.C.T. sia inserito nel processo di adozione del P.I.A.O. (d.lgs. n. 80/2021).

## **Art.8 Compiti dell'Autorità Nazionale Anticorruzione e per la valutazione e la trasparenza delle Amministrazioni Pubbliche (ANAC)**

### **8.1. L'ANAC, in qualità di Autorità Nazionale Anticorruzione:**

- ❖ controlla l'esatto adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, esercitando poteri ispettivi mediante la richiesta di notizie, informazioni, atti e documenti alle amministrazioni pubbliche e ordinando l'adozione di atti o provvedimenti richiesti dalla normativa vigente, ovvero la rimozione di comportamenti o atti contrastanti con i piani e le regole sulla trasparenza;
- ❖ controlla l'operato dei responsabili della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza a cui può chiedere il rendiconto sui risultati del controllo svolto all'interno delle amministrazioni. L'ANAC può inoltre chiedere all'O.I.V. ulteriori informazioni sul controllo dell'esatto adempimento degli obblighi di trasparenza previsti dalla normativa vigente può inoltre avvalersi delle banche dati istituite presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri –Dipartimento della Funzione Pubblica per il monitoraggio degli adempimenti degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente.

### **8.2. In relazione alla loro gravità, l'ANAC segnala i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente all'ufficio di disciplina dell'Amministrazione interessata ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare a carico del Responsabile o del Dirigente tenuto alla trasmissione delle informazioni. L'ANAC segnala altresì gli inadempimenti ai vertici delle amministrazioni, gli OIV e, se del caso, alla Corte dei Conti, ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità.**

## **Art. 9 Carta dei Servizi**

**9.1.** La Carta dei Servizi dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud, adottata con Delibera n. 194/2016, verifica se stessa apportando, anno per anno, i cambiamenti necessari per raggiungere una funzionalità sempre migliore, grazie alle segnalazioni di disservizi e disagi segnalati dai cittadini stessi.

È un'occasione per l'Azienda di mettere in pratica o rafforzare forme di collaborazione con le associazioni di volontariato e di tutela dei cittadini.

**9.2.** La Carta dei Servizi introdotta nel nostro Paese con la Direttiva del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994 Principi sull'erogazione dei servizi pubblici - è stata poi resa vincolante dalla legge del 11 luglio 1995 n. 273 - Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 12 maggio 1995, n. 163, recante misure urgenti per la semplificazione dei procedimenti amministrativi e per il miglioramento dell'efficienza delle pubbliche amministrazioni.

È lo strumento principale per il riconoscimento del ruolo del cittadino, quale soggetto attivo sia in termini di partecipazione democratica alla scelta di politica sanitaria sul territorio, per un controllo diffuso non solo in termini di qualità; percepita, ma soprattutto ai fini dell'utilizzo delle risorse assegnate al management aziendale in termini economici, finanziari, patrimoniali.

**9.3.** La riforma della Pubblica Amministrazione (d.lgs. 150/2009 e s.m.i.), la Legge sulla Prevenzione della Corruzione (l. n. 190/2012 e s.m.i.) ed il d.lgs. sulla Trasparenza n. 33/2013 e s.m.i., hanno dato vigore e nuovo impulso al processo di controllo diffuso per promuovere la cultura della cittadinanza attiva ai fini della partecipazione al miglioramento dei servizi pubblici.

**9.4.** La Carta dei Servizi è uno degli strumenti cardine della performance organizzativa dell'ASL Napoli 3 Sud, a cascata le Carte dei Servizi delle strutture di erogazione dei servizi sanitari, Distretti, Presidi Ospedalieri, Dipartimenti, Servizi per le Dipendenze, etc., sono alla base della performance organizzativa della singola struttura, necessaria premessa anche all'accesso al salario di risultato.

La Carta dei Servizi dell'ASL Napoli 3 Sud è lo strumento finalizzato alla individuazione, promozione e diffusione nei servizi aziendali della metodologia da adottare ai fini della definizione degli standard di qualità dei servizi, che dovranno essere assunti dalle singole strutture di erogazione dell'ASL.

**9.5.** Tutti gli operatori di questa azienda avranno quale compito quello di apprendere, attuare e sostenere la metodologia succitata ai fini dell'assunzione degli impegni e degli obiettivi dell'ASL Napoli 3 Sud.

La carta si articola in quattro sezioni:

- ❖ nella prima sezione l'Azienda si presenta, dichiara i suoi fini istituzionali e i principi fondamentali che devono ispirare l'erogazione delle prestazioni sanitarie;

- ❖ nella seconda sezione vengono indicate tutte le strutture e i servizi, le modalità di accesso e come fruire delle prestazioni sanitarie che vengono offerte;
- ❖ nella terza sezione l’Azienda delinea i suoi obiettivi, gli impegni programmatici ed infine indica con quali meccanismi monitora i risultati (standard) al fine di poter verificare e controllarne l’attività;
- ❖ nella quarta sezione si parla dei meccanismi di tutela del cittadino.

**9.6.** La Carta dei Servizi aziendali è lo strumento finalizzato alla **promozione e diffusione**, sia verso i clienti interni che esterni **della metodologia che deve essere adottata per la definizione degli standard di qualità dei servizi**, assunti quali impegni formali dall’ASL con l’adozione delle Carte dei Servizi per aree di Bisogno e per struttura, da inserire negli obiettivi del piano della Performance (Aree di bisogno individuate: Minori, Coppia e Famiglia – Disabili – Anziani – Assistenza Domiciliare – Salute Mentale - Dipendenze – Ospedali- Assistenza Primaria).

## **Art. 10 Giornate della Trasparenza**

La Giornata della Trasparenza e dell’Integrità, in base alle nuove scadenze dettate dall’ANAC sarà organizzata solo con l’uscita dall’emergenza Covid-19(si spera).

Al finanziamento dell’iniziativa si provvede con il budget assegnato ai fini della formazione aziendale, responsabile dell’organizzazione il Direttore UOC Relazioni con il Pubblico nella funzione di Responsabile della Trasparenza, con il supporto della UOC Formazione e Sviluppo Risorse Umane.

## **Art.11 Regolamento Pubblica Tutela**

**11.1.** La Delibera n. 424 del 12 luglio 2012 “Revoca della delibera n. 5 del 12 ottobre 2011” ha adottato il nuovo regolamento aziendale di Pubblica Tutela, procedura inserita nel processo di certificazione dei servizi veterinari.

**11.2.** Il reclamo, il suggerimento e l’encomio devono essere intesi come uno strumento gestionale che s’inquadrano nell’ambito del processo di riorganizzazione e miglioramento del Sistema Sanitario.

**11.3.** Il reclamo è uno strumento volto all’attenzione di un percorso più ampio di miglioramento della qualità del servizio che quindi, non cerca solo il responsabile, (così come l’encomio non è un premio, ma analizza i fattori di forza) ma analizza la qualità percepita dai cittadini, sono sensori e segnali che tastano il polso della soddisfazione e che mettono in luce la disponibilità dell’Azienda ad avviare da una parte i necessari meccanismi di comunicazione e tutela con il cittadino e dall’altra, gli incentivi ed i correttivi organizzativi interni della struttura che permettono il ripetersi di situazioni di disservizio.

**11.4.** Il monitoraggio dei reclami è pubblicato nel Link Relazioni Pubbliche del sito istituzionale [www.aslnapoli3sud.it](http://www.aslnapoli3sud.it).

È in fase di revisione il regolamento di Pubblica Tutela che sarà adottato nel 2022.

## **Art. 12 Aggiornamento sito aziendale**

**12.1.** Le Pubbliche Amministrazioni hanno l'obbligo di garantire l'accesso universale ai propri servizi informatici e telematici e risulta indispensabile che l'ASL Napoli 3 Sud offra un sito in grado di mettere a disposizione uno strumento informativo che dia risposta al bisogno di salute del singolo cittadino/paziente e che riduca la distanza tra le strutture sanitarie e i cittadini.

Il sito istituzionale, dell'ASL Napoli 3 Sud, che ha compiuto ormai più di 10 anni dovrebbe avere l'intento di consentire l'accesso e l'utilizzabilità dei servizi sanitari e socio sanitari in maniera agevole e fornire informazioni, chiare e corrette.

Risulta, inoltre, indispensabile oltre che informare, consentire analisi e verifica dei dati, conseguendo, altresì il risultato accessorio, ma assolutamente non secondario, di migliorare l'immagine dell'ASL Na 3 Sud nei confronti dei cittadini, potenziando la capacità di controllo di tutti gli stakeholder sull'attività dell'Amministrazione. Un portale moderno deve garantire una facile accessibilità.

Il portale dovrà essere uno strumento per creare un livello elevato di interattività tra gli attori, interni ed esterni. Questo attualmente è molto difficile che avvenga con semplicità e velocità.

È chiaro che il lavoro di content management e del personale individuato dalle strutture per l'aggiornamento delle informazioni nei link delle singole strutture del sito è ostacolato dalla vetustà dello stesso.

La Direzione Strategica ha posto come obiettivo 2022 l'espletamento di una gara per un nuovo sito aziendale che sia conforme alla normativa vigente in materia.

## **Art.13 Gli obblighi**

**13.1.** Il PTPCT individua gli obblighi di pubblicazione e di pubblicità ai fini della partecipazione relativi alla propria organizzazione per tutte le procedure amministrative, le prestazioni erogate, le modalità per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria e Sociosanitaria.

**13.2.** La pubblicazione deve essere in conformità alle specifiche regole tecniche (inserite nell'allegato "A" ed Allegato B del d.lgs. 33/013 così modificato dal d.lgs 97/2016) riferiti ai documenti, informazioni dati concernenti l'organizzazione di tutto il sistema sanitario del territorio di competenza cui corrisponde il diritto di chiunque di accedere ai siti direttamente ed immediatamente senza autenticazione ed identificazioni.

**13.3.** Gli obblighi, le responsabilità ed i tempi sono individuati nell'allegato al presente documento.

## **Art.14 Pubblicità e diritto alla conoscibilità**

**14.1.** Tutti i documenti, le informazioni ed i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente sono pubblici e chiunque ha diritto di conoscerli e riutilizzarli.

**14.2.** Tutti i dati resi disponibili sono pubblicati in formato tipo aperto ai sensi dell'art. 69 del codice dell'Amministrazione digitale, di cui al d.lgs. 7/03/05, n. 82 e s.m.i., e sono riutilizzabili ai sensi del d.lgs. 24/01/06 n. 36 e della normativa vigente in materia di Privacy senza ulteriori restrizioni diverse dall'obbligo di citare fonti e di rispettare l'integrità.

## **Art. 15 Limiti della trasparenza**

**15.1.** Gli obblighi di pubblicazione dei dati personali diversi dai dati sensibili e dai dati giudiziari di cui al GDPR 679/2016 comportano la possibilità di una diffusione dei dati medesimi attraverso siti istituzionali, nonché il loro trattamento secondo modalità che ne consentano la indicizzazione e la rintracciabilità tramite i motori di ricerca web ed il loro riutilizzo ai sensi dell'art. 7 del d.lgs. 33/2013 e s.m.i. e quindi pubblicati in formato aperto ai sensi dell'art 68 del codice dell'Amministrazione digitale n. 82/05 e s.m.i. e del D.lgs. n. 36 /06, senza ulteriori restrizioni diverse dall'obbligo di citare la fonte e rispettarne l'integrità.

**15.2.** Nei casi in cui norme di legge, o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, le Pubbliche Amministrazioni provvedono a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, sensibili giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione.

**15.3.** Le notizie concernenti lo svolgimento delle prestazioni di chiunque sia addetto a una funzione pubblica e la relativa valutazione sono rese accessibili. Non sono invece ostensibile, se non nei casi previsti dalla legge, le notizie concernenti la natura delle infermità e lavoro, nonché le componenti della valutazione o le notizie concernenti il rapporto di lavoro tra il predetto dipendente e l'amministrazione idonee e rilevare taluna delle informazioni di cui all'art. 4, comma 1, lettera d del d.lgs. n.196 del 2003.

**15.4.** Rimangono fermi i limiti alla diffusione e all'accesso delle informazioni di cui all'art. 24, comma 1 e 6, della l. 7 agosto 1990, n.241, e successive modifiche, di tutti i dati di cui all'art. 9 del d.lgs. 6 settembre 1989, n. 322, di quelli previsti dalla normativa Europea materia di tutela del segreto statistico e di quelli che siano espressamente qualificati come riservati dalla normativa nazionale ed Europea in materia statistica, nonché quelli relativi alla diffusione dei dati idonei a rilevare lo stato di salute e la vita sessuale.

## **Art. 16 Decorrenza e durata dell'obbligo di pubblicazione**

- ❖ I documenti contenenti atti oggetto di pubblicazione obbligatori sono pubblicati tempestivamente sul sito Istituzionale.
- ❖ I documenti contenenti altre informazioni obbligatorie sono inoltre pubblicati e mantenuti aggiornati.
- ❖ I dati, le informazioni ed i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria sono pubblicati **per un periodo di 5 anni decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quelle da cui decorre l'obbligo di pubblicazione**, e comunque fino a che gli atti pubblicati producano gli effetti fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa in materia di trattamento dei dati personali.

- ❖ I responsabili delle strutture in possesso delle informazioni richiedono la pubblicazione al direttore UOC Relazioni con il Pubblico con richiesta formale specificando il link dove i dati devono essere pubblicati.

## **Art. 17 Trasparenza e Privacy – Le Disposizioni del Garante Privacy**

Il Garante della Privacy ha emanato le “Linee Guida” in materia di trattamento di dati personali contenuti anche in atti e documenti amministrativi effettuati da soggetti pubblici per finalità di pubblicazione e diffusione sul web. (G.U. n.134 del 12/06/2014).

Bisogna distinguere, considerato il diverso profilo giuridico le disposizioni che:

- ❖ regolano gli obblighi di pubblicità dell’azione amministrativa per finalità di trasparenza;
- ❖ regolano forme di pubblicità per finalità diverse (pubblicità legale/Albo Pretorio Informatico).

Nel presente piano si approfondiscono le problematiche relative all’applicazione degli obblighi del d.lgs. 33/2013 e s.m.i..

### **17.1 Pubblicità per finalità di Trasparenza**

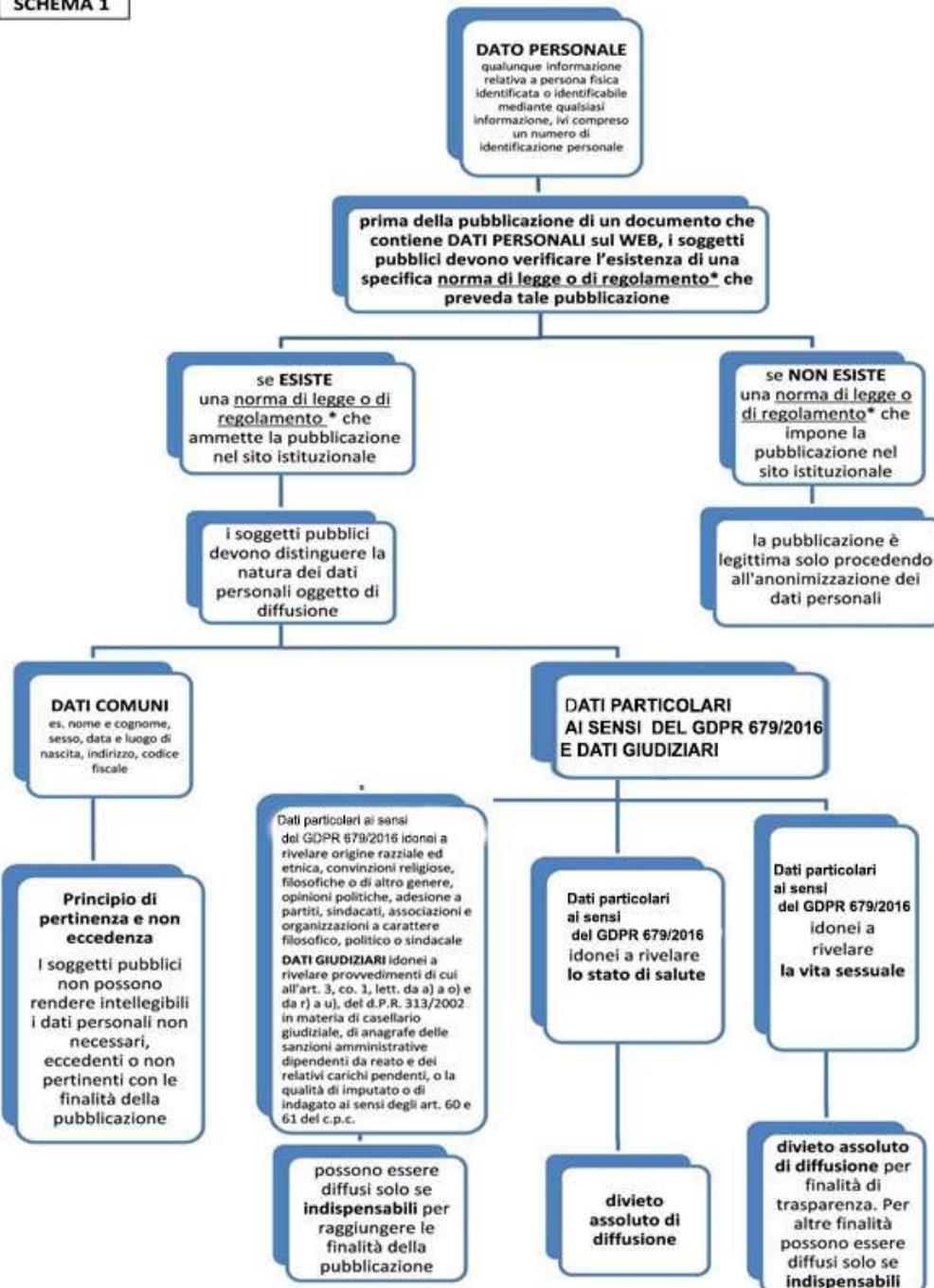
Il d.lgs. 33/2013 e s.m.i. ha quale oggetto l’individuazione degli obblighi di trasparenza concernenti l’organizzazione e l’attività delle Pubbliche Amministrazioni e che (art. 2 comma 1, ed art. 3) “*tutti i documenti le informazioni ed i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente sono pubblici e chiunque ha diritto di conoscerle, di fruire gratuitamente e utilizzarli e riutilizzarli ai sensi dell’art. 7*”;

- ❖ La tipologia dei predetti obblighi di pubblicazione per finalità di trasparenza concernenti l’organizzazione e le attività dell’ASL è schematicamente assunta nell’allegato al presente Piano secondo gli obblighi di pubblicazione previsti nell’allegato al d.lgs. 33/2013 e s.m.i..
- ❖ È qui che si comprende come la sezione Amministrazione Trasparente deve essere organizzata in sotto sezioni all’interno delle quali devono essere inseriti i documenti, le informazioni ed i dati previsti dallo stesso decreto. La minuziosa definizione degli obblighi classificati nell’allegato al decreto 33/2013 e s.m.i. ci conduce quindi ad escludere dagli obblighi di trasparenza l’obbligo della pubblicazione all’albo pretorio aziendale che, si ricorda assolve all’obbligo di pubblicità legale ed è regolamentato da diversa.
- ❖ I principi e la disciplina della protezione dei dati personali devono essere rispettati anche nell’attività di pubblicazione di dati sul web per finalità di trasparenza. Nel rimandare alla specifica definizione di dati alla normativa vigente in materia di Privacy è utile sottolineare che la diffusione di dati personali, ossia “*il dare conoscenza dei dati personali a soggetti indeterminati, in qualunque forma, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione da parte dell’ASL è ammessa unicamente quando la stessa è prevista dalla normativa vigente in materia di Privacy*”. L’ASL Napoli 3 Sud e la dirigenza responsabile della pubblicazione degli atti per gli incarichi affidati si impegna a verificare che la

normativa in materia di Trasparenza preveda l'obbligo di pubblicazione e che i contenuti degli atti amministrativi siano coerenti con le linee guida emanate dal Garante Privacy.

- ❖ Tuttavia, in ossequio alla nuova disciplina privacy europea e alla nuova disciplina privacy nazionale adeguata alla prima, nonché alla luce delle linee guida del garante, già oggetto di richiamo l'interno del presente documento di cui all'art. 52, si darà seguito alla valutazione, anche caso per caso, e secondo il dettato dell'art. 5 del GDPR ad eventuali operazioni di oscuramento di *“categorie particolari di dati personali”* di cui all'art. 9 del GDPR.
- ❖ L'ASL Napoli 3 Sud si impegna a ridurre al minimo l'utilizzazione dei dati personali e di dati identificativi ed identificare il relativo trattamento quando le finalità perseguiti nei singoli casi possano essere realizzate mediante dati anonimi o altre modalità che permettono di identificare l'interessato solo in caso di necessità. Pertanto anche in presenza degli obblighi di pubblicazione di atti o documenti contenuti nel d.lgs. 33/2013 e s.m.i. l'ASL Napoli 3 Sud si impegna a non rendere intellegibile i dati personali non pertinenti oppure se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto delle specifiche finalità di Trasparenza della pubblicazione. Sarà consentita la diffusione dei soli dati personali la cui inclusione in atti e documenti da pubblicare sia strettamente necessaria e proporzionata alla finalità di trasparenza perseguita dal caso concreto. È sempre vietata la diffusione di dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale.
- ❖ Per esigenza di chiarezza si riporta lo schema 1 allegato al provvedimento del Garante della privacy.

**SCHEMA 1**



\* N.B. Si precisa che la diffusione di dati comuni è ammessa solo se prevista da una norma di legge o di regolamento, mentre la diffusione di dati particolari ai sensi del GDPR 679/2016 o giudiziari è ammessa se prevista espressamente solo da una norma di legge.

## 17.2. Aggiornamento obblighi di pubblicazione dei curricula professionali (Art. 15, comma 1 lett. B d.lgs 33/2013 e s.m.i.).

La disciplina obbliga la pubblicazione del curriculum vitae redatto dal vigente modello europeo (Art. 15, comma 1 lett. b e art. 41 comma 3 d.lgs 33/2013 e s.m.i.).

Nell' ASL Napoli 3 Sud sono obbligati a pubblicare il proprio Curriculum Vitae:

- il Direttore Generale o Commissario Straordinario;
- il Direttore amministrativo o Sub Commissario amministrativo;
- il Direttore sanitario o sub commissario sanitario;
- i componenti del collegio sindacale;
- i componenti O.I.V.;
- i direttori di struttura complessa;
- i dirigenti responsabili di unità operativa semplice dipartimentali;
- il responsabile della Prevenzione della corruzione;
- i responsabili di commissioni aziendali;
- i componenti Comitato Etico e tutti i dipendenti che per la specificità degli obiettivi assegnati potranno assumere ruoli o posizioni specifiche e quindi tutti i dipendenti che ricoprono una posizione organizzativa o coordinamento secondo il C.N.L. vigente del comparto sanità.
- ❖ È il direttore dell'UOC GRU che comunica al responsabile dell'UOC Relazioni con il Pubblico, responsabile della trasparenza, l'elenco nominativo del personale obbligato alla pubblicazione dei propri curriculum entro il 28 febbraio di ogni anno. Per il 2022 entro il 30/04.
- ❖ Il direttore UOC GRU sarà responsabile del monitoraggio della veridicità di quanto dichiarato nei curricula pubblicati.
- ❖ I curricula non dovranno contenere dati personali. (Tel. Personale, e-mail personale, codice fiscale, indirizzi privati).

## **Art. 18. Emergenza Covid 19 - Interventi straordinari di emergenza**

**18.1.** L'art. 42 d.lgs. 33/2013 e s.m.i. stabilisce gli obblighi di pubblicazione concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente.

Nello specifico le Pubbliche Amministrazioni che adottano provvedimenti contingibili e urgenti e in generale provvedimenti di carattere straordinario in caso di calamità naturali o di altre emergenze, o riferiti a provvedimenti legislativi di urgenza tutte le disposizioni nazionali e regionali in tema di Covid 19, pubblicano:

- ❖ i provvedimenti adottati, con indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derivate e dei motivi della deroga, nonché l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti;
- ❖ i termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari;
- ❖ il costo previsto degli interventi e il costo effettivo sostenuto dall'amministrazione;
- ❖ inoltre è stata individuata una procedura per il governo delle donazioni in denaro e in beni nel rispetto anche degli indirizzi dell'ANAC; infatti nel link -Amministrazione Trasparente- Interventi straordinari di emergenza- è stata prevista la pubblicazione secondo lo schema dell'Autorità Nazionale Anticorruzione.

Fino alla fine dell'emergenza Covid-19 sarà obbligo pubblicare anche le relazioni sulla gestione della pandemia.

## **Art.19 Qualità delle informazioni**

**19.1.** L’Azienda Sanitaria garantisce la qualità delle informazioni riportate nei siti istituzionali ne rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge assicurando:

- l’Integrità;
- il costante aggiornamento;
- la Completezza;
- la tempestività;
- la semplicità di consultazione;
- la comprensibilità;
- l’omogeneità;
- la facile accessibilità.

**19.2.** Tutti i Direttori e/o Dirigenti responsabili di struttura e responsabili di funzioni di coordinamento concorrono al fine della citata garanzia di qualità.

## **Art. 20 Accessibilità delle informazioni**

- ❖ Al fine di semplificare l’accessibilità di tutte le informazioni obbligatorie previste dal presente piano sul sito istituzionale dell’ASLNAPOLI3SUD è attiva una apposita sezione denominata Amministrazione Trasparente.
- ❖ E’ assolutamente vietato disporre filtri ed altre soluzioni tecniche atte ad impedire i motori di ricerca web di indirizzare ed effettuare ricerche all’interno della sezione Amministrazione Trasparente.
- ❖ Alla scadenza del termine di durata dell’obbligo di pubblicazione previsto per singolo provvedimento anche ai sensi di regolamenti aziendali il sito è organizzato in specifiche sezioni di archivio collocate e debitamente segnate nell’ambito della sezione Amministrazione Trasparente.
- ❖ Responsabile della gestione degli archivi informatici è individuato Il Direttore UOC Sistemi Informatici I.T.C. (Delibera n. 4/2016), che avrà cura di predisporre il regolamento di gestione secondo le normative vigenti.

## **Art. 21 Tutela giurisdizionale**

**21.1.** Le controversie relative agli obblighi di trasparenza previsti dalla normativa vigente sono disciplinate dal d.lgs. 2 luglio 2010, n. 104.

## **Art. 22 Norme di Rinvio**

**22.1.** Per tutto quanto non previsto dal presente Piano si rimanda al d.lgs. n. 33/2013 e s.m.i. ed alle direttive dell'ANAC, del Dipartimento della Funzione Pubblica e della Regione Campania sull'argomento.

# **“Obblighi di pubblicazione d.lgs. 33/2013 e s.m.i.”**

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC

Il link è gestito dalla UOC Relazioni con il Pubblico I responsabili degli obblighi di pubblicazione trasmettono alla UOC Relazioni con il Pubblico le informazioni da pubblicare individuando sotto link ed obbligo. La UOC Relazioni con il Pubblico pubblica entro un tempo massimo di 5 giorni. La Direzione Strategica garantisce le risorse umane e professionali per la garanzia di questo livello essenziale.

<b>Disposizioni generali</b>	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) ( <u><a href="#">link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione</a></u> )	Annuale	RESP. PREV. CORRUZIONE Per il tramite UOC RELAZIONI CON IL PUBBLICO Inserimento Piattaforma ANAC
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo	UOC AFFARI ISTITUZIONALI E SEGRETERIE COORDINA LA RACCOLTA DELLE DIRCHIARAZIONI E LE TRASMETTE
			Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo	
			Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo	

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC</b>

		Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione (Sistema Sanitario Regionale)	Tempestivo	
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	
<b>Disposizioni generali</b>	Atti generali	Decreto legge 9 giugno 2021, n. 80 convertito con modificazioni dalla l. 6 agosto 2021, n. 113	Piano integrato di attività e organizzazione	Entro il 30 aprile 2022	UOC Controllo di Gestione

<b>Organizzazione</b>	Titolari di incarichi politici, di amministrazione,	Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Tempestivo	LEGALE RAPPRESENTANTE
-----------------------	---	--	---	------------	-----------------------

## OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC

di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo	Trasmette UOC Affari Istituzionali
	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Curriculum vitae	Tempestivo	
	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo	
	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo	
	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo	
		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo	

## OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC</b>
---	--	------------------------------	-------------------------------	----------------------	------------

<b>Organizzazione</b>	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	LEGALE RAPPRESENTANTE Trasmissione UOC Affari Istituzionali e Segreterie
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC</b>
---	--	------------------------------	-------------------------------	----------------------	------------

<b>Organizzazione</b>	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982	3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo	LEGALE RAPPRESENTANTE  Trasmissione UOC Affari Istituzionali e Segreterie
		art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 art. 3, l. n. 441/1982	4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
--	---	-----------------------	------------------------	---------------	-----

<b>Organizzazione</b>	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico		UOC Affari Istituzionali e Segreterie
	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Curriculum vitae		
	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica		
	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici		DIREZIONE STRATEGICA
		art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti		
			Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti		

## OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
--	---	-----------------------	------------------------	---------------	-----

<b>Organizzazione</b>	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web) Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	"1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili) "  art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		
			3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)		

## OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC</b>

		art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982	4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]		
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo	RAPPRESENTANTE LEGALE

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC</b>

<b>Organizzazione</b>	Articolazione degli uffici	art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo	UOC Gestione Risorse Umane
		art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo	UOC Relazioni con il Pubblico
		art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo	UOC Gestione Risorse Umane
	Telefono e posta elettronica	art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo	UOC SISTEMI INFORMATICI e ITC

## OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
--	---	-----------------------	------------------------	---------------	-----

<b>Consulenti e collaboratori</b>	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza  (Da pubblicare in tabelle)	art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo	UUOOCC UUOSSDD (PUBBLICAZIONE IN PERLAPA) <i>A cura della UOC Affari Generali ed UOC GRU</i>  Per i conflitti d'interesse tutti i direttori uu.oo.cc. Coordina le attività al UOC GRU Che trasmette alla UOC Relazioni con il Pubblico.
			Per ciascun titolare di incarico:		
		art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo	
		art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo	
		art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo	

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC</b>

		art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo	
		art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	

<b>Personale</b>	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice  (Da pubblicare in tavelle)		Per ciascun titolare di incarico:		
		art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
		art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Strategica Direttori Dipartimenti/UOOCC UUOSSD
		art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Strategica Direttori Dipartimenti/UOOCC UUOSSD

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC

Personale	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione Risorse Umane
		art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Strategica Direttori Dipartimenti/UOOCC UUOSSD
		art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Strategica Direttori Dipartimenti/UOOCC UUOSSD
		art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico)	

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
				o del mandato).	

			2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	
			3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC</b>
---	--	------------------------------	-------------------------------	----------------------	------------

<b>Personale</b>	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA DIREZIONE AMMINISTRATIVA
		art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale	
		art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	UOC GESTIONE RISORSE UMANE per l'Asl Napoli 3 Sud. Per le altre amministrazioni tutte gli altri titolari di incarico precitati

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
--	---	-----------------------	------------------------	---------------	-----

<b>Personale</b>	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)  (da pubblicare in tabelle che distinguono le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)		Per ciascun titolare di incarico:		
		art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo	TUTTI I DIRIGENTI Quadri sinottici a cura UOC GRU
		art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo	TUTTI I DIRIGENTI
		art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo	UOC GESTIONE RISORSE UMANE
		art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo	UOC GESTIONE RISORSE UMANE
		art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo	UOC GESTIONE RISORSE UMANE
			Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo	UOC GESTIONE RISORSE UMANE

## OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC

<b>Personale</b>	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB:dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]		Sospesa
		art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	sospesa

## OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC

		art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 art. 3, l. n. 441/1982	3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	sospesa
		art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	RESPONSABILE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
		art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	
		art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	UOC GESTIONE RISORSE UMANE
		art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo	UOC GESTIONE RISORSE UMANE
		art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dei dirigenti	Annuale	UOC GESTIONE RISORSE UMANE

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC</b>

Dirigenti cessati  Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno	UOC GESTIONE RISORSE UMANE
	art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Curriculum vitae	Nessuno	UOC GESTIONE RISORSE UMANE
	art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	UOC GESTIONE RISORSE UMANE
	art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	Coordinamento Direttori UUO OCC e UUO OSSDD e Direttori Dipartimenti
	art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	UOC GESTIONE RISORSE UMANE
		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	UOC GESTIONE RISORSE UMANE

## OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC

		art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno	
		art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 art. 4, l. n. 441/1982	3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno	
Personale	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo	LEGALE RAPPRESENTANTE

## OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC</b>
---	--	------------------------------	-------------------------------	----------------------	------------

	Posizioni organizzative	art. 14, c. 1- quinque, d.lgs. n. 33/2013	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo	UOC GESTIONE RISORSE UMANE
	Dotazione organica	art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale	UOC GESTIONE RISORSE UMANE
		art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale	

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC</b>

<b>Personale</b>	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale	UOC GESTIONE RISORSE UMANE
		art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013) A Cura UOC GRU	

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC</b>
---	--	------------------------------	-------------------------------	----------------------	------------

<b>Personale</b>	Tassi di assenza	art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Mensile	UUOOCC UUOOSSDD Coordinamento UOC GRU
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	art. 18, d.lgs. n. 33/2013 art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo	UOC Gestione Risorse Umane (SISTEMA PERLAPA)
	Contrattazione collettiva	art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo	UOC GESTIONE RISORSE UMANE
	Contrattazione integrativa	art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo	UOC GESTIONE RISORSE UMANE

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC</b>
---	--	------------------------------	-------------------------------	----------------------	------------

		art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 art. 55, c. 4,d.lgs. n. 150/2009	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale	UOC GESTIONE RISORSE UMANE
--	--	--	--	---------	----------------------------

<b>Personale</b>	OIV (da pubblicare in tabelle)	art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Nominativi Curricula Compensi	Tempestivo	Organismo Indipendente di Valutazione Trasmissione UOC VRU.Performance
		Par. 14.2, delib. CiVIT n. 12/2013			
<b>Bandi di concorso</b>		art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonche' i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte (da pubblicare in tabelle)	Tempestivo	UOC GESTIONE RISORSE UMANE

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC</b>
---	--	------------------------------	-------------------------------	----------------------	------------

<b>Performance</b>	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CiVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	UOC V.R.U. Performance struttura di supporto dell'Organismo Indipendente di Valutazione
	Piano della Performance	art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo	(UOC V.R.U. PERFORMANCE)
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo	UOC V.R.U. PERFORMANCE)
	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)	art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo	UOC GESTIONE RISORSE UMANE

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC</b>
	Dati relativi ai premi  (da pubblicare in tabelle)	art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio  Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi  Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo	UOC GESTIONE RISORSE UMANE

	Dati relativi ai premi  (da pubblicare in tabelle)	art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio  Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi  Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo	UOC GESTIONE RISORSE UMANE

<b>Attività e procedimenti</b>	Tipologie di procedimento  (da pubblicare in tabelle)		<b>Per ciascuna tipologia di procedimento:</b>	UOCC UUOOSSDD
		art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	
		art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	
		art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC

Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	
		art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardino	Tempestivo	
		art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013	6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo	
		art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013	7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tempestivo	
		art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013	8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo	
		art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013	9) link di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo	

## OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC

		art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013	10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonchè i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo	UOC Gestione Economica e Finanziaria
		art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013	11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonchè modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Delibera n. 307/2015
			<b>Per i procedimenti ad istanza di parte:</b>		
		art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo	Tutte le UUOOCC e UUOSSDD
		art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e art. 1, c. 29, l. 190/2012	2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo	Tutte le UUOOCC e UUOSSDD

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC</b>

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC</b>

<b>Attività e procedimenti</b>	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni precedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo	Ogni direttore di struttura complessa con atto formale (determinazione dirigenziale) individua i procedimenti di propria competenza
<b>Provvedimenti</b>	Provvedimenti dirigenti amministrativi	art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale	UOC Acquisizione Beni e Servizi e tutte le UUOCC che gestiscono Bandi di Gara e Contratti

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC

<b>Bandi di gara e contratti</b>	Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	art. 4 delib. ANAC n. 39/2016	Codice Identificativo Gara (CIG)	Tempestivo	Attività Coordinata dalla UOC
		art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 art. 4 delib. ANAC n. 39/2016	Struttura proponente, Oggetto del bando, Procedura di scelta del contraente, Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, Aggiudicatario, Importo di aggiudicazione, Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, Importo delle somme liquidate	Tempestivo	Acquisizione Beni e Servizi Eventuali UUOCC coinvolte nel procedimento, che saranno individuate dalla UOC ABS.
		art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 art. 4 delib. ANAC n. 39/2016	Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	Annuale	

## OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC

<b>Bandi di gara e contratti</b>	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 artt. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali Programma Triennale manutenzione	Tempestivo	UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI Eventuali UUOCC coinvolte nel procedimento,
			Per ciascuna procedura:		
		art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	<b>Avvisi di preinformazione</b> - Avvisi di preinformazione (art. 70, c. 1, 2 e 3, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI – (Eventuali UUOCC coinvolte nel procedimento
<b>Bandi di gara e contratti</b>	Atti delle amministrazioni	art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	<b>Delibera a contrarre o atto equivalente</b> (per tutte le procedure)	Tempestivo	

## OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC

<b>Bandi di gara e contratti</b>	aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura  Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori	art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	<b>Avvisi e bandi -</b> Avviso (art. 19, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1, e 4, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 127, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso relativo all'esito della procedura; Pubblicazione a livello nazionale di bandi e avvisi; Bando di concorso (art. 153, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di aggiudicazione (art. 153, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concessione, invito a presentare offerta, documenti di gara (art. 171, c. 1 e 5, dlgs n. 50/2016); Avviso in merito alla modifica dell'ordine di importanza dei criteri, Bando di concessione (art. 173, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 183, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso costituzione del privilegio (art. 186, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 188, c. 3, dlgs n. 50/2016)	tempestivo	Coordinamento. UOC Acquisizione Beni e Servizi, Servizi Tecnici ed eventuali UUO OCC coinvolte nel procedimento
----------------------------------	--	--	--	------------	---

## OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC

<b>Bandi di gara e contratti</b>	distintamente per ogni procedura  Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e	art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	<b>Avviso sui risultati della procedura di affidamento</b> - Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141, dlgs n. 50/2016); Avvisi relativi l'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3, dlgs n. 50/2016); Elenchi dei verbali delle commissioni di gara	Tempestivo	Come sopra
		art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	<b>Avvisi sistema di qualificazione</b> - Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione, di cui all'Allegato XIV, parte II, lettera H; Bandi, avviso periodico indicativo; avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione; Avviso di aggiudicazione (art. 140, c. 1, 3 e 4, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	
		art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	<b>Affidamenti</b> Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10, dlgs n. 50/2016); tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti (art. 192 c. 3, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	Coordinamento UOC UOC Acquisizione Beni e Servizi ed

## OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
--	---	-----------------------	------------------------	---------------	-----

	degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	<b>Informazioni ulteriori</b> - Contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante (art. 22, c. 1, dlgs n. 50/2016); Informazioni ulteriori, complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal Codice; Elenco ufficiali operatori economici (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	eventuali UUO OCC coinvolte nel procedimento
		art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Provvedimenti di esclusione e di ammissione (entro 2 giorni dalla loro adozione)	Tempestivo	
		art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Tempestivo	
		art. 1, co. 505, l. 208/2015 disposizione speciale rispetto all'art. 21	Testo integrale di tutti i contratti di acquisto di beni e di servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di euro in esecuzione del programma biennale e suoi aggiornamenti	Tempestivo	

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC

		del d.lgs. 50/2016)			
		art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Tempestivo	

Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo	Distretti sociosanitari
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Atti di concessione da pubblicare in tabelle creando	art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo	Distretti sociosanitari

## OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
--	---	-----------------------	------------------------	---------------	-----

	<p>un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali)            (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)</p>	art. 27, c. 1, lett. a), b), c), d), e), f), d.lgs. n. 33/2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario</li> <li>2) importo del vantaggio economico corrisposto</li> <li>3) norma o titolo a base dell'attribuzione</li> <li>4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo</li> <li>5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario</li> <li>6) <i>link</i> al progetto selezionato</li> <li>7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato</li> </ul>	Tempestivo	Distretti sociosanitari coordinamento UOC Gestione Economica e Finanziaria
--	---	--	---	------------	---

## OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Atti di concessione da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali) (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4,	art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro La tabella prevede solo le iniziali del beneficiario.	Annuale	Distretti sociosanitari coordinamento UOC Gestione Economica e Finanziaria

Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Atti di concessione da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali) (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4,	art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro La tabella prevede solo le iniziali del beneficiario.	Annuale	Distretti sociosanitari coordinamento UOC Gestione Economica e Finanziaria
--	--	----------------------------------	---	---------	--

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC</b>
	del d.lgs. n. 33/2013)				

## OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC</b>

<b>Bilanci</b>	Bilancio preventivo e consuntivo	art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo	UOC GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA
		art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016	Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo	
		art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo	UOC GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA
		art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016	Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo	

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC</b>

<b>Bilanci</b>	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo	DOCUMENTO PRESENTATO DA UOC GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA E UOC CONTROLLO DI GESTIONE DA INSERIRE NEL PIANO PERFORMANCE NEGLI OBBLIGHI DI PERFORMANCE.
----------------	---	---	---	------------	---

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC</b>

<b>Beni immobili e gestione patrimonio</b>	Patrimonio immobiliare	art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC AFFARI GENERALI
	Canoni di locazione o affitto	art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC AFFARI GENERALI

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC</b>
---	--	------------------------------	-------------------------------	----------------------	------------

<b>Controlli e rilievi sull'amministrazione</b>	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	Organismo Indipendente di Valutazione
			Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Organismo Indipendente di Valutazione Trasmissione a cura della UOC VRU e Performance
			Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Organismo Indipendente di Valutazione Trasmissione a cura della UOC VRU e Performance
			Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione , nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Organismo Indipendente di Valutazione Trasmissione a cura della UOC VRU e Performance
	Organi di revisione amministrativa e contabile		Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	COLLEGIO SINDACALE UOC Affari Istituzionali e S.

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC</b>
---	--	------------------------------	-------------------------------	----------------------	------------

	Corte dei conti		Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorché non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo	Trasmissione UOC Affari Istituzionali e S.
--	-----------------	--	--	------------	--

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC</b>
---	--	------------------------------	-------------------------------	----------------------	------------

<b>Servizi erogati</b>	Carta dei servizi e standard di qualità	art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo	Tutte le UUO OCC individuate nella carta dei Servizi Generali/ Coordinamento UOC Relazioni con il Pubblico
	Class action	art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	UOC AFFARI LEGALI
		art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	
		art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009	Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	
	Costi contabilizzati da pubblicare in tabelle)	art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale	UOC CONTROLLO DI GESTIONE

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC</b>
---	--	------------------------------	-------------------------------	----------------------	------------

	Liste di attesa  (da pubblicare in tabelle)	art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo	RESPONSABILE COORDINAMENTO AZIENDALE LISTE DI ATTESA
	Servizi in rete	art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo	UOC RELAZIONI CON IL PUBBLICO

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
--	---	-----------------------	------------------------	---------------	-----

<b>Pagamenti dell'amministrazione</b>	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	art. 4-bis, c. 2, dlgs n. 33/2013	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	Gestione Economica e Finanziaria (Portale Soldi Pubblici)
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale (da pubblicare in tabelle)	art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	Gestione Economica e Finanziaria (Portale Soldi Pubblici)
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale	UOC GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA
			Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale	UOC GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA
			Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale	UOC GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA

## OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC</b>

<b>Pagamenti dell'amministrazione</b>	IBAN e pagamenti informatici	art. 36, d.lgs. n. 33/2013 art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonchè i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo	UOC GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA - UOC SISTEMI INFORMATICI ITC
---------------------------------------	------------------------------	---	--	------------	--

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC</b>
---	--	------------------------------	-------------------------------	----------------------	------------

<b>Opere pubbliche</b>	Atti di programmazione delle opere pubbliche	art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 rt. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche ( <i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n 50/2016	Tempestivo	UOC Acquisizione Beni e Servizi, Servizi Tecnici ed eventuali UUOCC coinvolte nel procedimento
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013  art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate  Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo	UOC Valorizzazione e Manutenzione Patrimonio Immobiliare

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC

<b>Informazioni ambientali</b>	art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Tempestivo	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
			1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi	Tempestivo	
			2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	Tempestivo	
			3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo	
			4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo	
			5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo	

## OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC</b>
			6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	Tempestivo	UOC Valutazione Risorse Umane e Performance

<b>Strutture sanitarie private accreditate</b>  (da pubblicare in tabelle)		art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	UOC CONTROLLO DI GESTIONE
			Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC</b>

<b>Altri contenuti</b>	<b>Prevenzione della Corruzione</b>	art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1,comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale	Responsabile della Prevenzione della corruzione. Compito relativo alla pubblicazione UOC RELAZIONI CON IL PUBBLICO
		art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e Responsabile della trasparenza	Tempestivo	Come sopra
			Manuali per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo	UOC Controlli Integrati Interni ed Esterni
		art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)	Responsabile Prevenzione della corruzione
		art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	Responsabile Prevenzione della corruzione

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC</b>
		art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	Responsabile Prevenzione della corruzione

## OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC

<b>Altri contenuti</b>	<b>Accesso civico</b>	art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Nome del Responsabile della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	UOC RELAZIONI CON IL PUBBLICO In qualità di Responsabile della Trasparenza
		art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	UOC RELAZIONI CON IL PUBBLICO In qualità di Responsabile della Trasparenza
		Linee guida ANAC FOIA (del. 1309/2016)	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	UOC RELAZIONI CON IL PUBBLICO In qualità di Responsabile della Trasparenza

## OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC

<b>Altri contenuti</b>	<b>Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati</b>	art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali ( <a href="http://www.rndt.gov.it">www.rndt.gov.it</a> ), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati <a href="http://www.dati.gov.it">www.dati.gov.it</a> e <a href="http://basidati.agid.gov.it/catalogo">http://basidati.agid.gov.it/catalogo</a> gestiti da AGID	Tempestivo	UOC SISTEMI INFORMATICI E ITC
		art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	
		art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Annuale	

## OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC

<b>Altri contenuti</b>	<b>Dati ulteriori</b>	art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate:  formazione del personale in materia di Prevenzione della corruzione		
			Predisposizione di modelli per eventuali segnalazioni di cui all'art. 54 bis del D.Lgs n. 165/2001, nell'ambito delle misure di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito a garanzia della riservatezza	Tempestivo	RESP. PREV. CORRUZIONE, UOC FORMAZIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE
			misure di consultazione attuate in sede di elaborazione del P.T.P.C.T.	ANNUALE	RESPONSABILE PREV. CORRUZIONE
			numero sentenze di condanna dei giudici penali e della corte dei conti nei confronti di funzionari in riferimento a fatti corruttivi nel triennio 2013-2015	ANNUALE	UOC AFFARI LEGALI
			Questionario sulla percezione della corruzione e sul valore dell'integrità / metodologia da concordare con CPC	TEMPESTIVO	RESPONSABILE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
			Prevenzione della corruzione: Valutazione questionari		

## OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC</b>
			<p>Prevenzione della corruzione: esiti rilevazione qualità percepita procedure di formazione del personale</p> <p>Prevenzione della corruzione: risposte alle domande più frequenti FAQ</p> <p>Prevenzione della corruzione: risultanze statistiche elaborazione degli interventi organizzativi realizzati dalle strutture aziendali per assicurare il rigoroso rispetto della legge e l'osservanza della massima trasparenza nella formazione nell'attuazione nel controllo delle decisioni</p>		

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC

<b>Altri contenuti</b>	<b>Dati ulteriori</b>	art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013  art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Prevenzione della corruzione: pubblicazione risultati monitoraggio rispetto termini per la conclusione dei procedimenti	TEMPESTIVO	RESPONSABILE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE con il supporto della UOC Formazione e SRU. UOC GRU.
			Prevenzione della corruzione: personale formato diviso per unità operative - costi		
			Prevenzione della corruzione: risultati analisi bisogni formativi		
			Prevenzione della corruzione: Modello web per la segnalazione di illecito		
			Prevenzione della corruzione: Numero e denominazione delle aree di rischio individuate e inserite nel PTPCT per le quali l'azienda prevede ulteriori misure di prevenzione oltre a quelle obbligatorie per legge		
			Prevenzione della corruzione: Tipologia di misura adottata per assicurare la tutela del whistleblower		
			Prevenzione della corruzione: Tipologia di misura adottata per assicurare l'attuazione dell'art. 53, comma 16 ter, del D.Lgs. N 165 del 2001 (svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro)		
			Prevenzione della corruzione: Adozione del codice di comportamento settoriale		
			Prevenzione della corruzione: tipologia di misure attinenti al codice di comportamento ulteriori rispetto a quelle disciplinate nel codice di comportamento generale		

## OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
--	---	-----------------------	------------------------	---------------	-----

			Prevenzione della corruzione: misura ulteriore introdotta, diversa da quelle previste come obbligatoria dalla legge, che a giudizio del Responsabile della prevenzione della corruzione presenta il miglior livello di efficacia per la prevenzione		
--	--	--	---	--	--

## OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC</b>
---	--	------------------------------	-------------------------------	----------------------	------------

<b>Altri contenuti</b>	<b>Altri contenuti</b>		formazione ed aggiornamento professionale effettuato	ANNUALE	UOC FORMAZIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE
<b>Dati ulteriori</b>		art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Pubblicazione schede performance	ANNUALE	LE SINGOLE UUOOCC E UUOOSD TRASMETTONO I DATI ALLA UOC V.R.U. PERFORMANCE CHE DOPO AVERLE VERIFICATE LE INVIA PER LA PUBBLICAZIONE ALLA UOC RELAZIONI CON IL PUBBLICO
			straordinario diviso per UUOO. Relazione annuale schede performance 01	ANNUALE	UOC Gestione Risorse Umane diviso per struttura

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC</b>

<b>Altri contenuti</b>	<b>Dati ulteriori</b>	art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	rimborso spese	ANNUALE	UOC Gestione Risorse Umane
			pubblicazione verbali collegio di direzione	ENTRO 15 GIORNI	UOC AFFARI ISTITUZIONALI E SEGRETERIE
			Link consiglio dei sanitari, pubblicazione verbali consiglio dei sanitari, regolamento e tutte le informazioni ritenute utili (delibere, etc)	TEMPESTIVO	UOC AFFARI ISTITUZIONALI E SEGRETERIE
			Link collegio sindacale, curricula, costi e rimborsi e tutte le informazioni ritenute utili	TEMPESTIVO	UOC AFFARI ISTITUZIONALI E SEGRETERIE
			Link CUG, pubblicazione verbali Comitato Unico di Garanzia . Regolamento e tutte le informazioni ritenute utili	TEMPESTIVO	UOC GRU/COMITATO UNICO DI GARANZIA
			Link, pubblicazione verbali Commissione Liste di Attesa, regolamento e tutte le informazioni ritenute utili.	TEMPESTIVO	REFERENTE COORD. LISTE DI ATTESA
			Link, pubblicazione verbali riunioni sindacali, regolamenti e tutte le informazioni ritenute utili	TEMPESTIVO	UOC GESTIONE RISORSE UMANE E UUOSS
			Comitato di Dipartimento :Link, pubblicazione verbali, regolamenti e tutte le informazioni ritenute utili	TEMPESTIVO	COMITATO DI DIPARTIMENTO
			Link pubblicazione verbali Comitato Partecipativo e Consultivo e tutte le informazioni ritenute utili	TEMPESTIVO	UOC RELAZIONI

## OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC</b>

<b>Altri contenuti</b>	<b>Dati ulteriori</b>	art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012			<b>CON IL PUBBLICO</b>
			modalità di affidamento, mutamento e revoca della direzione delle strutture e degli incarichi le modalità di valutazione degli stessi e la graduazione delle funzioni	TEMPESTIVO	UOC GESTIONE RISORSE UMANE
			guide ai servizi per distretti sociosanitari; per PP.OO; per Dipartimenti; per UUO OCC	TEMPESTIVO	SINGOLE UUO OCC
			Regolamento attività libero professionale "intramoenia" /Pubblicazione per Anno n° fatture rilasciate per Professionista/ Tabella Professionisti per Specialistica tempo di Attesa in attività ALPI ed in attività d'Istituto/ Tutto quanto venga valutato ai fini dell'accessibilità e per il controllo pubblico.	TEMPESTIVO	UOSD ALPI
			Obbligo pubblicazione regolamenti	TEMPESTIVO	Trasmissione per la pubblicazione Direttore UOC Affari Istituzionali e Segreterie.
			Regolamento di beni e servizi nel rispetto del Codice degli Appalti Pubblici	TEMPESTIVO	UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI
			Dati relativi screening per la prevenzione dei tumori: Colon retto, Cervice uterina, Mammella.	TEMPESTIVO	Tutti i Responsabili degli Screening e dei

## OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
			Dati Relativi a tutte le attività di Tutte le informazioni utili per i PDTA aziendali		Progetti di Prevenzione Responsabili PDTA

<b>Altri contenuti</b>	<b>Commissioni Mediche Integrate</b>	art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	<p>Commissioni Mediche Integrate</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modalità di accesso al servizio;</li> <li>• Tempi di attesa per le Commissioni;</li> <li>• Nomi presidenti e componenti Commissioni;</li> <li>• Numeri telefonici degli uffici distrettuali di riferimento;</li> <li>• Tutte le normative di riferimento;</li> <li>• Numero verde INPS;</li> <li>• Costi sostenuti dall'Azienda per tutte le attività delle Commissioni.</li> </ul>	TEMPESTIVO	UOC MEDICINA LEGALE PUBBLICA VALUTATIVA
<b>Altri contenuti</b>	<b>Sicurezza delle cure e della relative azioni di miglioramento</b>	art. 2 comma 5 della legge 8 marzo 2017, n. 24	Relazione sugli accadimenti relativi alla Sicurezza delle cure e della relative azioni di miglioramento 2017-2018	TEMPESTIVO	UOC RISK MANAGEMENT

## OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC

<b>Altri contenuti</b>	<b>Dati ulteriori</b>	art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	modalità di gestione per obiettivi e di negoziazione del budget, nonché collegamento con il sistema premiante;	TEMPESTIVO	UOC CONTROLLO DI GESTIONE/UOC VRU e Performance
			modalità di funzionamento dei distretti e dei dipartimenti;	TEMPESTIVO	DIREZIONE Sanitaria
			procedure di controllo interno e valutazione dirigenziale	TEMPESTIVO	Coordinamento UOC Controllo Integrati Interni ed Esterni con partecipazione di tutte le UUO OCC coinvolte nel processo organizzativo
			vigilanza su orario espletato dal personale convenzionato e dipendente dall'Asl Napoli 3 sud	TEMPESTIVO	Coordinamento UOC GRU - SINGOLE UUO OCC CONTROLLO DI 2° E 3° LIVELLO
			individuazione, da parte di ogni direttore di struttura complessa, del supplente per assenze e/o impedimenti	ANNUALE O ENTRO UN MESE DAL CONFERIMENTO DELL'INCARICO	Coordinamento UOC GRU - TUTTI I DIRETTORI DI UUO OCC E UUO OSSDD

## OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC

<b>Altri contenuti</b>	<b>Dati ulteriori</b>	art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Conflitto di interesse	TEMPESTIVO	Coordinamento UOC GRU/TUTTI
			Relazioni dei referenti del responsabile della Prevenzione della corruzione	ANNUALE ENTRO IL 31/12	TUTTI I DIRETTORI DI UUOCC E UUOSSDD/ Pubblicazione UOC Relazioni con il Pubblico
			mobilità del personale in entrata, in uscita, interna	TEMPESTIVO	UOC GESTIONE RISORSE UMANE
			Progetti finanziati con fondi extra aziendali	TEMPESTIVO	UOC VRU e PERFORMANCE secondo regolamento vigente
			Registro UOC Relazioni con il Pubblico: monitoraggio reclami	TEMPESTIVO	UOC RELAZIONI CON IL PUBBLICO
			ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO: Numero ginecologi	TEMPESTIVO	Distretti socio sanitari – DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE - PP.OO.

## OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC

			ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO: dati vaccinali per fasce d'età	TEMPESTIVO	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
			ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO: aggiornamento Registro Tumori	TEMPESTIVO	U.O.S.D. Registro Tumori
			ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO: sanzioni dlgs 81/08	TEMPESTIVO	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
			ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO: statistica avvelenamento da sostanze velenose,	TEMPESTIVO	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
			ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO: guardie mediche		UOC GESTIONE RISORSE UMANE
			ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO parto analgesia		UOC MATERNO INFANTILE
			ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO assunzioni personale medico e paramedico		UOC GESTIONE RISORSE UMANE
			ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO scorrimento graduatorie concorsi		UOC GESTIONE RISORSE UMANE
			ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO		Dipartimento delle Dipendenze)

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC</b>
			<p>Numero pazienti in cura presso i Ser.Dper ogni tipo di dipendenza trattata</p> <p>ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO Organico CPS infermieri nei Distretti e nei PP.OO.</p> <p>ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO Dati su accessi al Pronto Soccorso</p> <p>ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO Dati Complessivi sulle prescrizioni di apparecchi acustici</p> <p>ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO Numero Controlli su animali al seguito di circhi e mostre itineranti</p>		<p>Distretti Socio Sanitari PP.OO.</p> <p>PP.OO./ UOC Governo Assistenza Ospedaliera</p> <p>Dipartimento Salute Mentale</p> <p>Dipartimento di Prevenzione</p>

			<p>Numero pazienti in cura presso i Ser.Dper ogni tipo di dipendenza trattata</p> <p>ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO Organico CPS infermieri nei Distretti e nei PP.OO.</p> <p>ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO Dati su accessi al Pronto Soccorso</p> <p>ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO Dati Complessivi sulle prescrizioni di apparecchi acustici</p> <p>ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO Numero Controlli su animali al seguito di circhi e mostre itineranti</p>		<p>Distretti Socio Sanitari PP.OO.</p> <p>PP.OO./ UOC Governo Assistenza Ospedaliera</p> <p>Dipartimento Salute Mentale</p> <p>Dipartimento di Prevenzione</p>
--	--	--	---	--	--

## OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC

<b>Altri contenuti</b>	<b>Dati ulteriori</b>	<b>art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012</b>	ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO numero interventi chirurgici in elezione eseguiti e numero di operazioni chirurgiche in elezione rinviate, suddivise per reparto di afferenza, ove possibile suddivisi per presidio ospedaliero; numero interventi chirurgici in emergenza/urgenza eseguiti e numero di operazioni chirurgiche in emergenza/urgenza rinviate, suddivise per reparto di afferenza, ove possibile suddivisi per presidio ospedaliero; numero di visite ambulatoriali eseguite e numero di visite ambulatoriali rinviate, suddivise per reparto di afferenza, ove possibile suddivisi per presidio ospedaliero; numero esami strumentali eseguiti e numero di esami strumentali rinviai, suddivise per reparto di afferenza, ove possibile suddivisi per presidio ospedaliero	Dati riferiti anno precedente entro il 30.06.2021	PP.OO. UOC GOVERNO FUNZIONE OSPEDALIERA

## OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC</b>
			<p>numero di visite di follow-up oncologico eseguiti e numero di visite di follow-up oncologico rinviati, ove possibile suddivisi per presidio ospedaliero;</p> <p>numero di trattamenti chemioterapici eseguiti e numero di trattamenti chemioterapici rinviati, ove possibile suddivisi per presidio ospedaliero;</p> <p>numero di casi di positività al Sars-CoV-2 tra il personale medico, infermieristico ed amministrativo, ove possibile suddivisi per presidio ospedaliero;</p> <p>numero di pazienti positivi al Sars-CoV-2 ricoverati nel reparto di terapia intensiva, ove presente,, ove possibile suddivisi per presidio ospedaliero-</p>		

			<p>numero di visite di follow-up oncologico eseguiti e numero di visite di follow-up oncologico rinviati, ove possibile suddivisi per presidio ospedaliero;</p> <p>numero di trattamenti chemioterapici eseguiti e numero di trattamenti chemioterapici rinviati, ove possibile suddivisi per presidio ospedaliero;</p> <p>numero di casi di positività al Sars-CoV-2 tra il personale medico, infermieristico ed amministrativo, ove possibile suddivisi per presidio ospedaliero;</p> <p>numero di pazienti positivi al Sars-CoV-2 ricoverati nel reparto di terapia intensiva, ove presente,, ove possibile suddivisi per presidio ospedaliero-</p>		
--	--	--	--	--	--

<b>Altri contenuti</b>	<b>Dati ulteriori</b>	<b>art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012</b>	<b>ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO</b> numero visite di screening per il cancro al seno, al colon retto, alla prostata eseguite nel periodo compreso tra il 1 marzo	<b>TEMPESTIVO</b> Dati riferiti anno precedente entro il 30.06.2021	<b>RESPONSABILI AZIENDALI SCREENING</b>
------------------------	-----------------------	---	---	--	---

## OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
			<p>ed il 30 aprile 2020 e numero di visite di screening per il cancro al seno, al colon retto rinviate nel medesimo periodo, suddivise per reparto di afferenza, ove possibile suddivisi per presidio ospedaliero</p> <p>ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO</p> <p>numero vaccinazioni dell'età pediatrica eseguite e numero di vaccinazioni dell'età pediatrica rinviate nel medesimo periodo</p>		UOC MEDICINA CONSULTORIALE E DI GENERE

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC

<b>PORCALE AZIENDALE</b>	<b>UUOCCC E UUOOSSDD</b>	<b>STRUTTURA</b>	Struttura: Organizzazione della U.O.C.,ecc. Chi, Dove- Quando-Come Tel. Fax E-mail PEC	<b>COSTANTE</b>	<b>UUOCCC E UUOCCC</b>
		PERSONALE, PERFORMANCE – BUDGET ASSEGNATO (Personale della UOC)	(N° Personale diviso per qualifica e posizione, straordinario anno precedente, progetti speciali a cui il personale afferente partecipa, rimborsi spese su base annua. BUDGET ASSEGNATO		
		ELENCO DEI PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI	Tutti i procedimenti Amministrativi con nomina responsabili dei procedimenti e tempi di esecuzione (censimento già effettuato nell'ASL NA 3 SUD).		
		REGOLAMENTI PRODOTTI DALLA STRUTTURA	REGOLAMENTI PRODOTTI DALLA STRUTTURA		
		MODULISTICA IN USO	Modulistica con inserito sempre il logo aziendale (delibera n°1101 del 04/10/2010).		

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC

<b>PORTEALE AZIENDALE</b>	<b>DIPARTIMENTI</b>	<b>DIPARTIMENTO</b>	Organizzazione del Dipartimento. Unità operative complesse e semplici Uffici, Ambulatori, ecc. Chi, Dove- Quando- Come Tel. Fax E-mail PEC.	<b>COSTANTE</b>	<b>DIPARTIMENTI</b>
		<b>PRESTAZIONI SANITARIE</b>	Prestazioni sanitarie erogate (Costi Ticket – Tempi di Attesa – Dove e quando e come si prenota, cosa fare per ottenere...) divise per unità operative con nomi e cognomi dei direttori delle UUOOCC e dei medici e medici veterinari nel caso del dipartimento di prevenzione, farmacisti nel caso del dipartimento assistenza farmaceutica che operano nelle rispettive UU.OO..		
		<b>PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI</b>	Tutti i procedimenti Amministrativi con nomina responsabili dei procedimenti e tempi, Modulistica con inserito sempre il logo aziendale divisi per UU.OO. e per tipologia di attività.		
		<b>ALPI</b>	Tutte le informazioni circa l'erogazione delle prestazioni erogate in attività libera professionale attività		

## OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
			<p>intramoenia (Nome e Cognome del Professionista, autorizzazione, modalità di prenotazione e pagamento, luogo ed indirizzo, giorni di erogazione, tempi di attesa, Tariffa e tempo di attesa).</p> <p><b>ASSOCIAZIONI</b></p> <p>Tutte le associazioni di tutela presenti sul territorio con le quali quel dipartimento ha rapporti.</p> <p><b>CARTELLA CLINICA</b></p> <p>Tutte le informazioni per accedere alla copia della cartella clinica ad altre attestazioni etc. Informazione per tipologia di pazienti.</p> <p><b>INIZIATIVE DI TIPO SCIENTIFICO, EVENTI</b></p> <p>Iniziative di tipo scientifico, Eventi convegni etc.</p>		

			<p>intramoenia (Nome e Cognome del Professionista, autorizzazione, modalità di prenotazione e pagamento, luogo ed indirizzo, giorni di erogazione, tempi di attesa, Tariffa e tempo di attesa).</p> <p><b>ASSOCIAZIONI</b></p> <p>Tutte le associazioni di tutela presenti sul territorio con le quali quel dipartimento ha rapporti.</p> <p><b>CARTELLA CLINICA</b></p> <p>Tutte le informazioni per accedere alla copia della cartella clinica ad altre attestazioni etc. Informazione per tipologia di pazienti.</p> <p><b>INIZIATIVE DI TIPO SCIENTIFICO, EVENTI</b></p> <p>Iniziative di tipo scientifico, Eventi convegni etc.</p>		
--	--	--	--	--	--

## OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC

PORTALE AZIENDALE	DIPARTIMENTI	INFORMAZIONI UTILI	Tutte le informazioni ritenute utili dal Comitato di redazione coordinato dal Direttore del Dipartimento (Le Domande più frequenti – Circolari – accordi con le associazioni – Accordi con le attività dei distretti degli Ambiti Sociali si pensi al Dipartimento di Salute mentale news etc).	COSTANTE	DIPARTIMENTI
		PERSONALE E CICLO DELLA PERFORMANCE	Risorse Umane assegnate, divise per qualifica e posizione ed Unità operative – Straordinario anno precedente – Partecipazione progetti speciali. –.		
		ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE	Come accedere all'assistenza residenziale e semiresidenziale .		
		CARTA DEI SERVIZI	Pubblicazione Carta dei Servizi (analisi dei Fattori di criticità, Azioni di miglioramento – Impegni/Standard di Qualità – Sistema di monitoraggio e Controllo per gli impegni presi). Organizzazione ospedaliera del DSM (cos'è il TSO)		

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC</b>

<b>PORTALE AZIENDALE</b>	<b>DISTRETTI SOCIOSANITARI</b>	<b>IL DISTRETTO</b>	Organizzazione del distretto Unità operative, Uffici, Ambulatori, ecc. Dove- Quando-Come Tel. Fax E-mail PEC.	<b>COSTANTE</b>	<b>DISTRETTI SOCIOSANITARI</b>
		<b>PRESTAZIONI SANITARIE /TUTTO SUGLI Screening</b>	(Costi – Tempi di Attesa –Chi Dove e quando, modalità di prenotazione e pagamento).		

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC

<b>PORTALE AZIENDALE</b>	<b>DISTRETTI SOCIOSANITARI</b>	INFORMAZIONI DI TIPO SCIENTIFICO EVENTI	Avvisi, informazione sanitaria e sociale, problematiche ticket sanitari, popolazione di riferimento – Tutte le informazioni di tipo epidemiologico forniti dal Dipartimento di Prevenzione (Cause di Morte e determinanti della Salute) anche in considerazione della programmazione territoriale P.A.T. (art.4 ex Dlvo 502/92 è a carico dei direttori dei distretti).	COSTANTE	DISTRETTI SOCIOSANITARI
		SISTEMA INTEGRATO DI ACCESSO	Sistema integrato di accesso ai servizi per le fasce deboli per porta unitaria di accesso secondo le tipologie di bisogno, in questo spazio inoltre vanno inserite tutte le informazioni circa gli Enti Locali di competenza di quel distretto (N° telefonici utili servizi sociali- protezione civile- polizia municipali ed inoltre Ambito sociale di riferimento con l'informazione su tutti i servizi erogati dall'ambito sociale e n° di telefono più nome e cognome del Coordinatore dell'Ufficio di Piano di riferimento) Pubblicazione PAT.		
		URGENZE	Continuità Assistenziale, ecc.		
		PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI	Tutti i procedimenti Amministrativi con nomina responsabili dei procedimenti e tempi di esecuzione Modulistica con inserito sempre il logo aziendale uniforme su tutto il territorio aziendale e scaricabile per la compilazione on-line.		
		FARMACIE	Tutte le Informazioni circa le farmacie territoriali (Indirizzi Numeri di telefono e turni di apertura e chiusura, importante turni ferie).		

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC</b>

		TERRITORIALI			
--	--	--------------	--	--	--

## OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
--	---	-----------------------	------------------------	---------------	-----

<b>PORCALE AZIENDALE</b>	<b>DISTRETTI SOCIOSANITARI</b>	MEDICI DI MEDICINA GENERALE E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA	Tutte le Informazioni Circa i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera scelta (Indirizzi Telefoni Convenzioni ed accordi specifici).	COSTANTE	DISTRETTI SOCIOSANITARI
		CENTRI DI EROGAZIONE	Tutte le Informazioni circa i centri di erogazione di prestazioni inserite nel processo di accreditamento con il Sistema Sanitario Regionale (elenco prestazioni, modalità di accesso, tempi di attesa per liste di attesa).		
		ALPI	Tutte le informazioni circa l'erogazione delle prestazioni erogate in attività libera professionale (Nome e Cognome del Professionista, autorizzazione, Tariffa, modalità di pagamento, luogo ed indirizzo, tempo di attesa).		
		ASSOCIAZIONI	Tutte le associazioni di tutela e di rappresentanza dei cittadini presenti sul territorio di competenza, Tutte le associazioni /o cooperative con le quali sono vigenti		

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC</b>
			<p>protocolli d'intesa e convenzioni. È fondamentale avere una mailing list per le associazioni.</p>		

			<p>PERSONALE E CICLO DELLA PERFORMANCE</p> <p>Risorse Umane assegnate, divise per qualifica e posizione ed Unità operative – Straordinario anno precedente – Partecipazione progetti speciali. –.</p>		
<b>PORCALE AZIENDALE</b>	<b>DISTRETTI SOCIOSANITARI</b>	<b>CARTA DEI SERVIZI</b>	<p>Pubblicazione Carta dei Servizi (analisi dei Fattori di criticità, Azioni di miglioramento – Impegni/Standard di Qualità – Sistema di monitoraggio e Controllo per gli impegni presi).</p>	<b>COSTANTE</b>	<b>DISTRETTI SOCIOSANITARI</b>

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
--	---	-----------------------	------------------------	---------------	-----

<b>PORCALE AZIENDALE</b>	<b>PP.OO.</b>	<b>L'OSPEDALE</b>	Organizzazione del P.O. Unità operative, Uffici, Ambulatori, ecc. Chi, Dove- Quando- Come Tel. Fax E-mail PEC, Modalità per il ricovero, modalità per accedere alle prestazioni sanitarie.	<b>COSTANTE</b>	<b>PP.OO.</b>
		<b>PRESTAZIONI SANITARIE</b>	Prestazioni sanitarie, ambulatoriali e di ricovero, erogate (Costi Ticket – Tempi di Attesa – Dove e quando e come si prenota) divise per unità operative con nomi e cognomi dei direttori delle UUOCC e dei medici che operano nei reparti e nei servizi.		
		<b>IL SISTEMA DEL PRONTO SOCCORSO</b>	Cosa è il Triage. Cosa è il Codice Bianco e come si paga. Comunicazioni sull'utilizzo appropriato dei servizi di emergenza ed urgenza, tutte le informazioni che il comitato di redazione ritiene utile (dove pagare i ticket).		
		<b>URGENZE</b>	Continuità Assistenziale, ecc.		

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC</b>

		ACCESSO PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI	Tutti i procedimenti Amministrativi con nomina responsabili dei procedimenti e tempi di esecuzione (censimento già effettuato nell'ASL NA 3 SUD) Modulistica con inserito sempre il logo aziendale.		
--	--	-------------------------------------	--	--	--

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
--	---	-----------------------	------------------------	---------------	-----

<b>PORTALE AZIENDALE</b>	PP.OO.	COME COMPORTARSI IN OSPEDALE	Le regole di convivenza – Orario Pasti – Orario Visite, Sostegno per la libertà di culto, Rapporto con il Medico di Famiglia ed Il Pediatra di Libera Scelta, Modalità per la fruizione di diete particolari (celiaci, allergici, vincoli religiosi) Le modalità per le dimissioni protette. E rapporto con il distretto di residenza del cittadino. Servizio Sociale dove esistente.	COSTANTE	PP.OO.
		ALPI	Tutte le informazioni circa l'erogazione delle prestazioni erogate in attività libera professionale attività intramoenia (Nome e Cognome del Professionista, autorizzazione, tariffa, modalità di pagamento, luogo ed indirizzo, orari di offerta delle prestazioni, tempo di attesa).		
		ASSOCIAZIONI	Tutte le associazioni e/o cooperative presenti nell'ospedale con le quali		

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC

			esistono protocolli d'intesa e/o convenzioni.		
	CARTELLA CLINICA		Tutte le informazioni per accedere alla copia della cartella clinica ad altre attestazioni (modulistica e costi e modalità di ritiro).		
	INIZIATIVE DI TIPO SCIENTIFICO, EVENTI		Iniziative di tipo scientifico, eventi etc.		
	INFORMAZIONI UTILI		Tutte le informazioni ritenute utili dal Comitato di redazione coordinato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo del Presidio Ospedaliero (Le Domande più frequenti – Circolari – accordi con le associazioni – news etc).		

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE D.L.GS 33/2013 E S.M.I.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
--	---	-----------------------	------------------------	---------------	-----

<b>PORTALE AZIENDALE</b>	PP.OO.	PERSONALE E CICLO DELLA PERFORMANCE	Risorse Umane assegnate, divise per qualifica e posizione ed Unità operative – Straordinario anno precedente – Partecipazione progetti speciali. –	COSTANTE	PP.OO.
		CARTA DEI SERVIZI	Pubblicazione Carta dei Servizi (analisi dei Fattori di criticità, Azioni di miglioramento – Impegni/Standard di Qualità – Sistema di monitoraggio e Controllo per gli impegni presi).		
		Iniziative per pazienti covid e familiari	procedure adottate durante il periodo di emergenza Covid		

# Obblighi di pubblicazione non di competenza Asl Napoli 3 Sud

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Motivazione mancato obbligo di pubblicazione</b>
<b>Disposizioni generali</b>	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
	Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
<b>Organizzazione</b>	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	Non di pertinenza
	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Atti e relazioni degli organi di controllo	Non di pertinenza



<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Motivazione mancato obbligo di pubblicazione</b>
Performance	Benessere organizzativo	Livelli del Benessere organizzativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
<b>Enti controllati</b>	Enti pubblici	Elenco Enti pubblici vigilati	Non di pertinenza
	Società partecipate	Elenco Società partecipate	Non di pertinenza
	Enti di diritto privato controllati	Elenco Enti di diritto privato controllati	Non di pertinenza
<b>Attività e procedimenti</b>	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
	Monitoraggio tempi procedurali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Motivazione mancato obbligo di pubblicazione</b>
<b>Provvedimenti</b>	Provvedimenti organi indirizzo politico	concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
<b>Controlli sulle imprese</b>		Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
		Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016