



PIAO - PIANO INTEGRATO ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE 2023 – 2025

Aggiornamento 2023




IL NUOVO PORTALE WEB
www.aslnapoli2nord.it


**LA TUA
CARTELLA CLINICA
A PORTATA DI CLICK**
VAI SUL SITO
www.aslnapoli2nord.it
accedi con SPID, CNS o CIE

1. Indice

SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	7
1.1 GENERALITÀ DEL TERRITORIO E DELLA POPOLAZIONE ASSISTITA	7
1.2 PROFILO DEMOGRAFICO	9
1.3 ORGANIZZAZIONE DELL'AZIENDA	9
1.4 ASSISTENZA TERRITORIALE	10
1.5 ASSISTENZA OSPEDALIERA	11
1.6 LA MISSIONE AZIENDALE	12
1.7 LA VISIONE STRATEGICA AZIENDALE	13
1.8 OBIETTIVI ASSEGNATI DALLA REGIONE AL DIRETTORE GENERALE	15
2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	16
2.1 VALORE PUBBLICO	16
2.1.1 ACCESSIBILITÀ FISICA	21
2.1.2 ACCESSIBILITÀ E TRANSIZIONE AL DIGITALE	23
2.2 PERFORMANCE	25
2.2.1 IL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE	25
2.2.2 IL CICLO DI PROGRAMMAZIONE DELLE PERFORMANCE	26
2.2.3 OBIETTIVI STRATEGICI	27
2.2.4 OBIETTIVI ASSEGNATI DALLA REGIONE AL DIRETTORE GENERALE	28
2.2.5 DIRETTIVA ANNUALE DEL DIRETTORE GENERALE	29
2.2.6 RISULTATI AZIENDALI 2022	31
2.2.7 OBIETTIVI 2023	35
2.2.8 CALENDARIO PERFORMANCE	43
2.3 RISCHI CORRUTTIVI	44
2.3.1 OBIETTIVI E AZIONI DEL PIANO	47
SEZIONE A: ISOGGETTI CHE CONCORRONO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO	49
SEZIONE B: ANALISI DELLE CONDIZIONI DI RISCHIO	54
SEZIONE C: LA PREVENZIONE DEL RISCHIO	56
3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	72
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA	72
3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE (POLA)	73
3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE	81
3.3.1 INQUADRAMENTO NORMATIVO PERSONALE	81
3.3.2 CONSISTENZA E COSTI DEL PERSONALE	84
3.3.3 PROCEDURE SELETTIVE ANNO 2023	85
3.3.4 BILANCIO DI GENERE (PIANI DI AZIONI POSITIVE -ART. 48, COMMA 1, DEL D.LGS. 198/2006)	91
3.3.4.1 ATTIVITÀ DI STUDIO, MONITORAGGIO E ANALISI CONNESSE ALLA PROMOZIONE DELLE PARI OPPORTUNITÀ	93
3.3.4.2 AMBITI DI INTERVENTO DI DURATA TRIENNALE	94
3.3.5 FORMAZIONE DEL PERSONALE	95
4 MONITORAGGIO, DOVE VENGONO INDICATI GLI STRUMENTI E LE MODALITÀ DI MONITORAGGIO, INSIEME ALLE RILEVAZIONI DI SODDISFAZIONI DEGLI UTENTI E DEI RESPONSABILI	110
4.1 MONITORAGGIO DEL VALORE PUBBLICO E DELLA PERFORMANCE	110
4.2 MONITORAGGIO DEI RISCHI CORRUTTIVI	111
4.3 MONITORAGGIO DELLA CUSTOMER SATISFACTION	111
4.4 MONITORAGGIO DELLE AZIONI POSITIVE	111
CONCLUSIONI	112

Premessa

Il PIAO, Piano integrato di attività e organizzazione, è un nuovo adempimento semplificato per le pubbliche amministrazioni. È stato introdotto dall'articolo 6 del decreto-legge n. 80/2021, "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113.

In base a quanto disposto dai commi 5 e 6 dell'art. 6 del citato D.L. n. 80/2021, sono stati emanati il D.P.R. del 24 giugno 2022 n. 81 "Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione" e il DM del 30 giugno 2022 n. 132, "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione" che hanno definito la disciplina del PIAO.

Il PIAO rappresenta un documento unico di programmazione e governance che assorbe, in ottica di semplificazione e integrazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni ed in particolare, tra gli altri, il Piano della performance, il Piano Organizzativo del Lavoro Agile, Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e di promozione della Trasparenza e il Piano triennale del fabbisogno del personale.

L'art. 1, del citato D.P.R. "Individuazione di adempimenti assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione" dispone per le amministrazioni, tenute alla redazione del PIAO, la soppressione dei seguenti adempimenti assorbiti nel PIAO:

- Piano dei fabbisogni (ex art. 6, commi 1, 4, 6 del D.lgs. 165/2001);
- Piano delle azioni concrete (ex artt. 60-bis e 60-ter del D.lgs. 165/2001);
- Piano della performance (ex art. 10, commi 1 e 1-ter, del D.lgs. 150/2009; D.lgs. 25 maggio 2017, n. 74; Linee guida n. 1 e n. 2 del Dipartimento della Funzione pubblica);
- Piano di prevenzione della corruzione (ex art. 1, commi 5 e 60 della L. 190/2012; Delibera ANAC n.1064/2019);
- Piano organizzativo del lavoro agile (ex art. 14, c. 1, della L. 124/2015; Legge 22 maggio 2017, n. 81; Legge n. 77 del 17 luglio 2020);
- Piani di azioni positive (ex art. 48, c. 1, del D.lgs. 198/2006);
- Piano delle dotazioni strumentali (ex art. 2, c. 594 della L. 244/2007).

Il principio che guida la definizione del PIAO è ispirato alla volontà di superare la molteplicità, e conseguente frammentazione, degli strumenti di programmazione oggi in uso ed introdotti in diverse fasi dell'evoluzione normativa. Il PIAO rappresenta pertanto una sorta di "testo unico" della programmazione, nella prospettiva di semplificazione e visione integrata rispetto alle strategie da adottare. Il documento è finalizzato a promuovere la qualità e la trasparenza da parte dell'Azienda, migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e attivare una progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi, anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del d.lgs. 150/2009 e della legge 190/2012.

In particolare il Piano si pone un duplice obiettivo:

1. integrare gli atti di programmazione in una prospettiva strategica unitaria;
2. orientare i sistemi di programmazione (e rendicontazione) anche verso la misurazione degli outcome e del valore pubblico generato.

Con Deliberazione n.1183 del 04.07.22 l'ASL Napoli 2 Nord ha adottato il PIAO 2022 – 2024, su proposta del Direttore pro tempore dell'UOC SIA, incaricato anche quale RPCT.

Il presente documento, redatto secondo le Linee guida fornite dal Dipartimento della Funzione Pubblica che costituiscono indirizzo e indicazione, costituisce un modello che consente di avere una visione organica e coerente di tutti gli elementi della programmazione con una rappresentazione delle influenze che ciascuno di essi può esercitare sul contenuto degli altri.

Il Piano mira ad assolvere a una funzione di strumento razionale di pianificazione, non connotandosi come mero adempimento formale e permettendo di raggiungere gli obiettivi auspicati dal legislatore in termini di utile supporto ai processi decisionali, in grado di migliorare la consapevolezza del personale rispetto agli obiettivi dell'amministrazione e di aumentare il grado di accountability verso l'esterno.

Il Piano, redatto di concerto con gli altri atti di programmazione economico- finanziaria, è un documento di pianificazione triennale, con un aggiornamento e programmazione annuale; nel caso specifico delle attività per l'anno 2023.

Esso raccoglie, come detto in precedenza, i contenuti di una serie di documenti di programmazione fino ad oggi prodotti, dei quali, secondo l'auspicio del legislatore, non deve rappresentare una loro mera sommatoria.

In particolare, in coerenza con quanto previsto dall'articolo 6 del DL n. 80 del 9/06/2021, il PIAO descrive:

- gli obiettivi strategici e operativi della performance;
- la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante ricorso al lavoro agile;
- gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne;
- 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;
- l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere.

Il PIAO può rappresentare, quindi, un'opportunità di miglioramento e di semplificazione delle decisioni programmatiche per le amministrazioni pubbliche. La prospettiva è quella di adottare una logica di pianificazione integrata e organica, che permette di offrire una visione complessiva di tutti gli elementi che costituiscono l'impianto programmatico dell'Azienda, assicurandone la sinergia, l'allineamento e la coerenza reciproca.

La logica di pianificazione integrata prevede sostanzialmente che il nucleo informativo iniziale sia costruito a partire dal livello strategico, nel quale viene illustrato il "valore pubblico" che l'ente intende creare: le linee pluriennali definite dalla Direzione Strategica, sono tradotte in obiettivi strategici triennali, in coerenza coi quali sono quindi individuati gli obiettivi operativi annuali; in questo corpus, occorre prevedere e inserire le dimensioni del contrasto alla corruzione, della trasparenza e delle pari opportunità.

Il PIAO è organizzato nelle seguenti sezioni:

- Scheda anagrafica dell'amministrazione, compilata con tutti i dati identificativi dell'amministrazione;
- Valore pubblico dove sono definiti:
 - ✓ I risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici;
 - ✓ Le modalità e le azioni finalizzate, nel periodo di riferimento, a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, alle pubbliche amministrazioni da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
 - ✓ L'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare;
 - ✓ Gli obiettivi di valore pubblico generato dall'azione amministrativa, inteso come incremento del benessere economico, sociale, assistenziale ed ambientale a favore del cittadino.
- Performance:
 - ✓ Obiettivi di Performance aziendali;
 - ✓ Obiettivi di semplificazione;
 - ✓ Obiettivi di digitalizzazione;
 - ✓ Obiettivi per realizzare la piena accessibilità;
 - ✓ Obiettivi per favorire la pari opportunità e l'equilibrio di genere.
- Rischi corruttivi e trasparenza elaborata dal RPCT:
 - ✓ La valutazione dell'impatto del contesto esterno;
 - ✓ La valutazione di impatto del contesto interno;
 - ✓ La mappatura dei processi, per individuare le criticità;
 - ✓ L'identificazione e valutazione dei rischi corruttivi;
 - ✓ La progettazione delle misure organizzative per il trattamento del rischio;
 - ✓ Il monitoraggio sull'attuazione delle misure;
 - ✓ La programmazione dell'attuazione della trasparenza e l'accesso civico.
- Sezione Organizzazione e Capitale Umano:
 - ✓ Struttura organizzativa, in cui vengono presentati l'organigramma aziendale e i livelli di responsabilità organizzativa;
 - ✓ Organizzazione del Lavoro Agile;
 - ✓ Piano triennale dei fabbisogni di personale;
 - ✓ Bilancio di Genere (Piani di azioni positive -art. 48, comma 1, del d.lgs. 198/2006);
 - ✓ Formazione del personale.
- Monitoraggio, dove vengono indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio, insieme alle rilevazioni di soddisfazioni degli utenti e dei responsabili.



PdP

Piano della performance



PTPCT

Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza



PAP

Piano delle azioni positive



PIAO



PTFP

Piano triennale dei fabbisogni di personale



POLA

Piano organizzativo del lavoro agile



PFT

Piano di formazione triennale

4. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 Nord è stata costituita con D.G.R.C n.504 e 505 del 20 marzo 2009 (nasce dalla fusione della ex ASL Napoli 2 e della ex ASL Napoli 3, insieme ai Comuni di Acerra e Casalnuovo della ex ASL Napoli 4), ed ha l'obiettivo di organizzare ed erogare i livelli essenziali di assistenza in maniera uniforme su tutto il territorio. Ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 1-bis, del D. Lgs. n. 502/1992, come modificato dal D. Lgs. n. 229/1999, l'Azienda è dotata di personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale; essa è un ente strumentale della Regione Campania ed opera con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, utilizzando i mezzi e gli strumenti operativi dell'imprenditore privato per raggiungere gli obiettivi di prevenzione, diagnosi e cura, nel rispetto delle normative vigenti.

Denominazione: Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 nord

Sede Legale: via M. Lupoli n. 27- Frattamaggiore (NA) 80027.

Partita IVA: 06321661214

Codice Fiscale: 96024110635

Direttore Generale: Dott. Mario Iervolino

Direttore Amministrativo: Dott.ssa Carmela Cardella

Direttore Sanitario: Dott.ssa Monica Vanni

1.6 GENERALITÀ DEL TERRITORIO E DELLA POPOLAZIONE ASSISTITA

L'ambito territoriale dell'A.S.L. NA2 Nord è costituito dalla zona continentale nord e nord-ovest della provincia di Napoli, confinante con la provincia di Caserta, e dall'area insulare di Procida ed Ischia. Il territorio completamente conurbato è suddiviso in 32 comuni (di cui 7 sulle isole di Ischia e Procida) con una popolazione residente al 01.01.2022 di 1.010.477 abitanti, distribuiti in 411,43 Km^q di superficie.





PRESIDI OSPEDALIERI (5)

Santa Maria delle Grazie - Pozzuoli

San Giuliano - Giugliano

San Giovanni di Dio – Frattamaggiore

Anna Rizzoli - Lacco Ameno-Isola d'Ischia

Gaetanina Scotto - Procida



DISTRETTI SANITARI (13)

n. 35 - Pozzuoli

n. 36 - Ischia

n. 37 - Giugliano

n. 38 - Marano

n. 39 - Villaricca

n. 40 - Mugnano

n. 41 - Frattamaggiore

n. 42 – Arzano

n. 43 - Casoria

n. 44 - Afragola

n. 45 - Caivano

n. 46 - Acerra

n. 47 - Casalnuovo

1.7 PROFILO DEMOGRAFICO

L'analisi demografica dell'ASL Napoli 2 Nord evidenzia la presenza di centri abitati di grandi dimensioni caratterizzati da una popolazione giovane e con tassi di natalità più alti di quelli della media nazionale. A fronte di un sia pur modesto saldo naturale positivo, si registra un notevole decremento del saldo migratorio.

L'area continentale in cui si sviluppa il territorio dell'A.S.L. NA2 Nord ha subito, nell'ultimo cinquantennio, un tumultuoso processo di urbanizzazione, quasi sempre disgiunto da un adeguato ed armonico sviluppo di servizi ed infrastrutture. Di converso, il processo di industrializzazione ha visto registrare nell'ultimo ventennio un graduale degradamento con una forte diminuzione dei livelli occupazionali.

Il contesto territoriale insulare, che presenta consistenti nuclei residenziali stanziali in tutte le stagioni dell'anno, ma con vocazione prettamente turistica e marinara, vede la domanda di assistenza, nel semestre maggio-ottobre, quadruplicata per l'enorme afflusso di visitatori e turisti, mettendo a dura prova le strutture socio-sanitarie isolane.

La densità media di popolazione è di 2440 ab/Kmq, con valori più che triplicati nelle aree distrettuali di Arzano/Casavatore e di Melito/Mugnano, più che raddoppiati nei Distretti Sanitari di Casoria e di Casalnuovo oltre che nell'area distrettuale di Casandrino/Grumo Nevano/ Sant'Antimo /Frattamaggiore/Frattaminore. Di poco superiore alla media la densità dei distretti sanitari di Afragola, di Marano/Quarto e di Calvizzano/Qualiano/Villaricca. Di poco inferiore alla media quella riferita alle aree distrettuali di Pozzuoli/Bacoli/Monte di Procida e di Caivano/Cardito/Crispano. La minore densità si registra, invece, nell'area distrettuale isolana ed in assoluto nei Distretti Sanitari di Acerra e di Giugliano, pur essendo quest'ultimo il primo comune per popolazione residente.

1.8 ORGANIZZAZIONE DELL'AZIENDA

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

- A. il Direttore Generale
- B. il Collegio Sindacale;
- C. il Collegio di Direzione

Lo svolgimento delle funzioni direzionali è supportato da:

- Strutture di Staff
- OIV
- Organismi previsti (Conferenza dei Sindaci, Consiglio dei Sanitari, Comitato Etico, Collegio Tecnico, ecc.)

La funzione di prevenzione è presidiata dal Dipartimento di Prevenzione e si articola in:

- Prevenzione Collettiva della Salute Umana
- Prevenzione della Sanità e benessere animale

La funzione territoriale è svolta attraverso il Dipartimento di Salute Mentale, il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche, altri Dipartimenti funzionali, i Distretti Sanitari di Base, e si articola nelle seguenti attività assistenziali:

- Assistenza Primaria

- Assistenza Consultoriale, Familiare, Pediatrica e Psicologica
- Assistenza Specialistica Ambulatoriale
- Assistenza Domiciliare
- Assistenza Protesica e Riabilitativa
- Assistenza Farmaceutica
- Assistenza Sociosanitaria
- Assistenza alle Dipendenze Patologiche
- Hospice e RSA anziani
- Emergenza-urgenza

La funzione ospedaliera si articola nei Presidi Ospedalieri per acuti a gestione diretta e nelle strutture sanitarie accreditate.

1.9 ASSISTENZA TERRITORIALE

La rete dei Distretti dell'ASL Napoli 2 Nord

Distretto	Comuni afferenti	Sede
35	Pozzuoli, Bacoli, Monte di Procida	C.so Nicola Terracciano, 21 80078- Pozzuoli
36	Ischia, Barano d'Ischia, Forio, Lacco Ameno, Casamicciola, Serrara Fontana, Procida	Via Alfredo De Luca, 20 80077 - Ischia
37	Giugliano	C.so Campano, 316 80014 – Giugliano in Campania
38	Marano, Quarto	Via Mario Musella 80016 – Marano di Napoli
39	Villaricca, Qualiano, Calvizzano	Corso Italia 80010 - Villaricca
40	Mugnano, Melito	Via Aldo Moro, 8 80018 - Mugnano di Napoli
41	Frattamaggiore, Frattaminore, Casandrino, Grumo Nevano, Sant'Antimo	Via Padre Mario Vergara 228 80027 – Frattamaggiore
42	Arzano, Casavatore	Via Antonio Cardarelli, 1 80022 – Arzano
43	Casoria	Via Alcide De Gasperi 43 80026
44	Afragola	Via Alcide De Gasperi n. 1 80026 - Afragola
45	Caivano, Cardito, Crispano	Via Santa Chiara 80023 - Caivano

46	Acerra	Via Flavio Gioia, 2 80011 - Acerra
47	Casalnuovo	Via Ravello, 47 Parco Meteora 80013

Il Distretto Sanitario assicura l'assistenza primaria nella rete dei servizi territoriali offrendo una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione. Il Distretto si pone come organizzazione che realizza un elevato livello di integrazione tra le diverse strutture che erogano le prestazioni sanitarie e tra queste e i servizi socio-assistenziali e, oltre ad assicurare l'erogazione dei servizi attraverso interventi diretti di produzione o indiretti, tramite l'esternalizzazione di alcuni servizi, svolge il ruolo di regolatore della domanda di salute sulla base dell'analisi dei bisogni della popolazione e della definizione degli obiettivi.

1.10 ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'Azienda attraverso l'assistenza ospedaliera garantisce il trattamento di condizioni patologiche che necessitano di interventi diagnostico-terapeutici di emergenza o di urgenza, patologie acute non gestibili in ambito ambulatoriale e/o domiciliare, e condizioni patologiche di lunga durata che richiedono un trattamento diagnostico-terapeutico non erogabile in forma extraospedaliera.

Le principali attività che costituiscono il livello essenziale di assistenza ospedaliera sono identificate nelle seguenti: pronto soccorso, ricovero ordinario per acuti, day surgery, day hospital, riabilitazione e lungodegenza post-acuzie.

STRUTTURE A GESTIONE DIRETTA

L'azienda svolge la propria attività per acuti attraverso cinque presidi a gestione diretta:

- Presidio Ospedaliero di Pozzuoli
- Presidio Ospedaliero di Giugliano
- Presidio Ospedaliero di Frattamaggiore
- Presidio Ospedaliero di Ischia
- Presidio Ospedaliero di Procida

Il totale dei posti letto per acuti attivi per i 5 presidi a gestione diretta è pari a 567 p.l. per i ricoveri ordinari e 94 p.l. per i ricoveri a ciclo diurno, ripartiti per le singole discipline.

STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE E OSPEDALE CLASSIFICATO

Il Decreto 33/2016 prevede che alcune strutture, sussistendone le condizioni, sono individuate come nodi essenziali nella rete di emergenza urgenza e inserite in alcuni casi anche nelle reti tempo dipendenti.

Il Piano Ospedaliero Regionale di cui al DCA 103 del 28/12/2018 conferma quanto già previsto nel predetto Decreto, prevedendo le seguenti integrazioni private accreditate nella rete dell'emergenza: Pronto Soccorso, HUB I nella rete IMA, Posti letto di neonatologia (n° 6), tutte c/o la Casa di Cura Villa dei Fiori di Acerra. Nella ASL Napoli 2 Nord la programmazione dei posti letto, come risulta dal DCA 103 del 28/12/2018, risulta essere di n. 409 pl per le Case di Cura Accreditate e n. 115 pl per l'Ospedale Religioso Classificato.

1.11 LA MISSIONE AZIENDALE

L'ASL Napoli 2 nord è una azienda pubblica di carattere sanitario e socio-sanitario, senza finalità di lucro, la cui funzione è garantire la tutela della salute come diritto di cittadinanza.

L'ASL Napoli 2 nord assicura l'accoglienza, il conforto umano ed il trattamento clinico-assistenziale e socio-sanitario più appropriato a tutte le persone che ad essa si rivolgono in quanto portatrici di bisogni di salute, espressi in forma individuale o collettiva, in fase acuta e/o di patologie inguaribili.

La risposta alla domanda socio-sanitaria della popolazione assistita è realizzata tramite la promozione della salute ed interventi appropriati di prevenzione, cura e riabilitazione garantendo i livelli essenziali di assistenza previsti dalla programmazione nazionale, regionale e locale consolidando l'integrazione socio-sanitaria fra assistenza territoriale e specialistica in una logica di corretto ed economico utilizzo delle risorse.

L'Azienda, al fine di perseguire la sua missione mantenendo i più elevati standard di qualità ed efficienza, promuove e sostiene, nel rispetto degli indirizzi della programmazione sanitaria nazionale e regionale iniziative dirette a pianificare e favorire l'innovazione e la ricerca in campo clinico e gestionale, anche attraverso l'attivazione di forme di collaborazione con soggetti pubblici o privati. In quest'ottica si propone di favorire la promozione e il trasferimento dei risultati della ricerca scientifica nella pratica clinica, assistenziale e gestionale.

L'Azienda svolge attività formative in area sanitaria, sociale e della prevenzione e l'aggiornamento professionale del personale dipendente e convenzionato, nonché attività di studio e ricerca, nel rispetto delle competenze istituzionali.

Le attività dell'Azienda sono svolte sulla base delle moderne conoscenze tecnico- scientifiche e delle più avanzate tecnologie a disposizione nel rispetto dei principi di etica, efficacia, efficienza ed economicità.

Rientrano nell'ambito dei compiti dell'Azienda, in accordo con le altre aziende sanitarie, la garanzia della continuità delle cure e l'assistenza territoriale ai pazienti al fine di contribuire al miglioramento dello stato di salute della popolazione.

In tal senso, la soddisfazione della domanda sanitaria, mediante la produzione e l'erogazione di prestazioni di ricovero, ambulatoriali, residenziali, domiciliari e di prevenzione, avviene con lo svolgimento di attività orientate:

- alle azioni di sviluppo di un'ampia cultura della salute;
- agli interventi di prevenzione-educazione per impedire l'insorgere della malattia rivolti al singolo paziente, ai suoi familiari, al personale ed in altri specifici ambiti;
- alla diagnosi ed alla cura di patologie acute e/o cronico-degenerative;
- al recupero psico-fisico e funzionale del paziente anche in caso di forme di invalidità temporanea o permanente.

Il perseguimento degli obiettivi, derivanti dalla missione aziendale, è assicurato mediante l'attuazione di principi, logiche e strumenti di governo clinico ed economico quale declinazione dei principi di autonomia e responsabilità impliciti nel processo di aziendalizzazione.

L'Azienda indirizza la propria attività alla produzione, all'erogazione ed all'acquisizione di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali ad elevata integrazione, per favorire politiche di prevenzione e di mantenimento, promozione e recupero della salute psico-fisica dei cittadini, in conformità ai livelli

essenziali ed uniformi di assistenza previsti dai Piani socio sanitari Nazionale e Regionale.

L'Azienda, nel rispetto di quanto previsto dalle norme regionali sui principi, criteri per l'organizzazione delle Aziende, Istituti ed Enti del SSR e linee guida per la redazione degli atti di autonomia aziendale, orienta i propri assetti organizzativi:

- agli indirizzi per lo sviluppo della continuità dei percorsi assistenziali multidisciplinari attraverso l'integrazione fra assistenza primaria, ospedaliera, domiciliare e residenziale;
- ai modelli di presa in carico della persona e in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

La missione aziendale è fondata sulla promozione della tutela degli assistiti:

- globalità dell'intervento socio-sanitario e clinico-assistenziale;
- integrazione della risposta assistenziale sanitaria e sociosanitaria, in stretta sinergia con le politiche sociali espresse dagli Enti territoriali;
- equità di accesso ai servizi per tutte le persone assistite dal servizio sanitario;
- riconoscimento dei diritti dei pazienti e dei loro familiari entro cui definire i livelli quali-quantitativi delle prestazioni da erogare ai cittadini ed i correlati livelli organizzativi.

Per raggiungere tali fini l'Azienda si avvale delle strutture sanitarie, socio- sanitarie e sociali, anche di diritto privato, accreditate, presenti sul proprio territorio e concorre per la quota di spettanza alla gestione di attività e servizi socio-assistenziali unitamente ai singoli Enti territoriali attraverso specifici accordi, favorendo la valorizzazione delle risorse umane e professionali dei propri operatori.

1.12 LA VISIONE STRATEGICA AZIENDALE

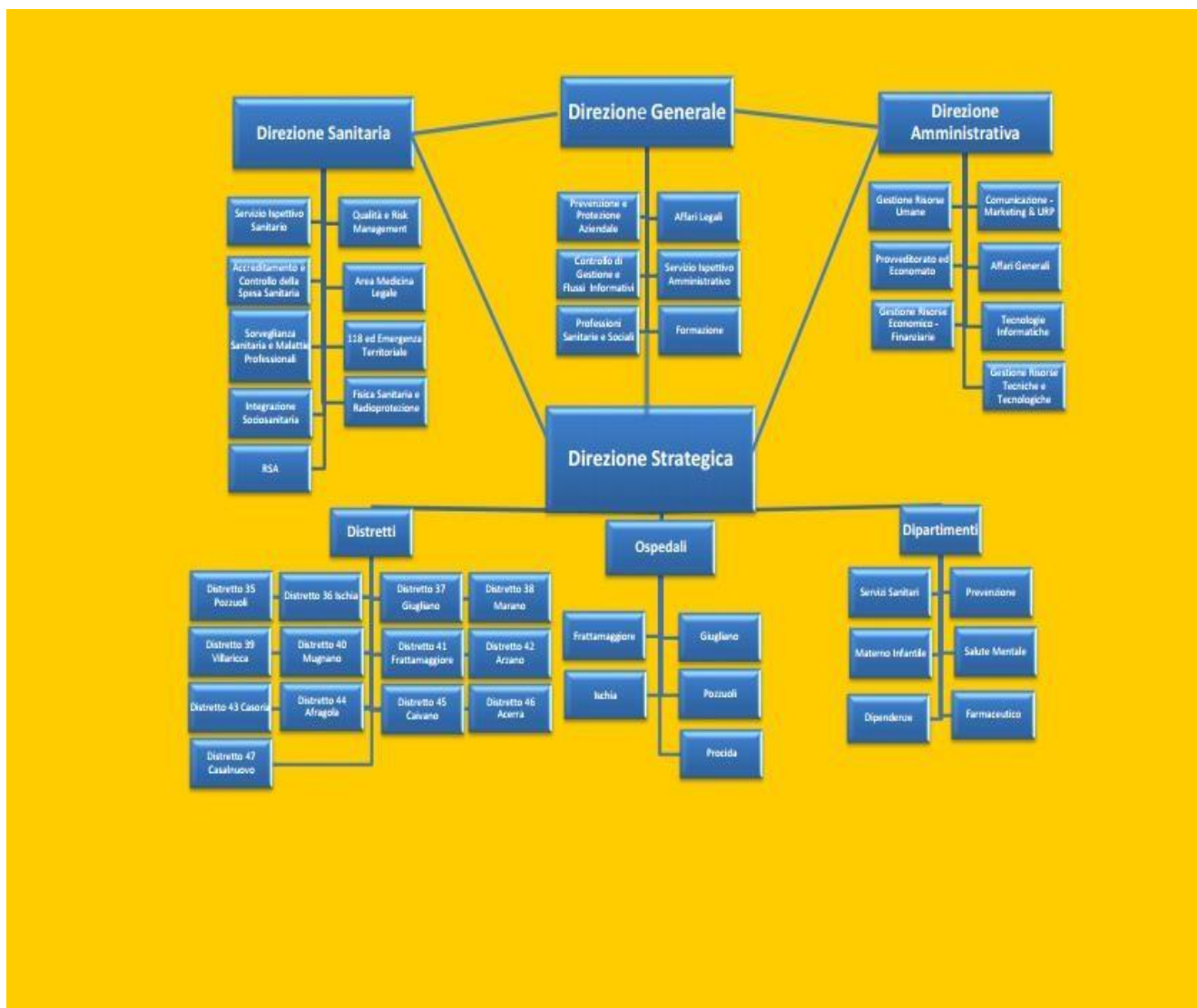
L'ASL Napoli 2 nord è struttura di riferimento della sanità, secondo le aree di intervento specifiche, a livello locale-regionale e nazionale. Il posizionamento dell'Azienda deriva dall'elevato livello clinico-scientifico conseguito negli anni dai professionisti che operano in Azienda, dalla capacità di assicurare uno sviluppo tecnologico coerente con gli specifici settori di intervento e dall'implementazione di soluzioni gestionali che favoriscono il miglioramento dei livelli di efficacia ed efficienza delle prestazioni prodotte.

L'azione aziendale, sulla base delle risorse a disposizione, nel rispetto di quanto previsto dalla programmazione regionale e dai rapporti di collaborazione instaurati con le altre aziende sanitarie, si sviluppa allo scopo di:

- assicurare la risposta quali-quantitativa alla domanda di salute del bacino locale di riferimento per le aree di intervento valorizzando la vocazione per acuti dei presidi ospedalieri;
- favorire lo sviluppo dei necessari processi di integrazione, al proprio interno e nei rapporti con le strutture sanitarie e territoriali, volti ad assicurare ai pazienti la continuità assistenziale anche attraverso la definizione di specifici accordi con le altre strutture sanitarie e socio-assistenziali;
- consolidare e potenziare le aree che caratterizzano l'Azienda incrementando, nel rispetto dei principi di appropriatezza, il case mix trattato e sviluppando i rapporti di cooperazione con le altre strutture sanitarie regionali e nazionali;
- rafforzare il ruolo di riferimento svolto dall'Azienda nella risposta all'emergenza- urgenza in ambito provinciale e regionale.

A tale scopo l'Azienda agisce, sul piano gestionale, per:

- assicurare i più elevati standard qualitativi per il soddisfacimento delle esigenze dei pazienti e dei loro familiari, sia sotto il profilo della competenza sanitaria che della cortesia e della disponibilità del personale oltre che della rapidità nella gestione della pratica amministrativa e del confort alberghiero;
- realizzare un modello di sviluppo continuo delle professionalità individuando nel patrimonio professionale aziendale la leva fondamentale per poter perseguire le finalità dell'azienda ed assicurare alla stessa la possibilità di mantenere e migliorare nel tempo il posizionamento già conseguito;
- avviare logiche e strumenti del miglioramento continuo dei risultati sia sul fronte clinico-assistenziale che su quello dell'efficienza gestionale;
- favorire lo sviluppo di soluzioni organizzative basate sui principi della flessibilità e dell'economicità, anche agendo nel ridisegno complessivo della struttura organizzativa e del sistema delle responsabilità;
- partecipare alla realizzazione ed implementazione del sistema delle reti regionali;
- realizzare tutti i supporti tecnologici necessari per garantire la progressiva misurazione dei fenomeni gestionali, utili alla produzione di informazioni per supportare il processo decisionale strategico e direzionale, oltre che rendere evidenti i risultati aziendali raggiunti, in campo clinico-assistenziale ed economico, alla Regione, agli Enti interessati ed ai cittadini.



1.13 OBIETTIVI ASSEGNATI DALLA REGIONE AL DIRETTORE GENERALE

Con la Delibera di Giunta della Regione Campania n. 320 del 21.06.2022 e del D.P.G.R.C. n.105 del 04.08.2022 sono stati assegnati al Direttore Generale gli obiettivi così come di seguito indicati:

Obiettivi di carattere generale

- raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda sanitaria;
- conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Livelli essenziali di Assistenza;
- rispetto dei tempi di pagamento.

Obiettivi specifici

- garanzia dei livelli essenziali di assistenza monitorati attraverso il sottoinsieme di 22 indicatori definito "CORE" del Nuovo Sistema di Garanzia;
- rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionale Intramurarie;
- continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi;
- obiettivi di produzione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale come determinati nel documento allegato alla delibera di Giunta regionale n. 210 del 4 maggio 2022.

Obiettivi tematici

- a) attuazione della rete aziendale dei laboratori pubblici in conformità con la programmazione regionale;
- b) digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali nel rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite nel D.M. 23.12.2019 e ss.mm.ii. e nei provvedimenti regionali;
- c) erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico secondo le linee di indirizzo regionali;
- d) puntuale monitoraggio delle attività inerenti alle prestazioni rese in regime di accreditamento.

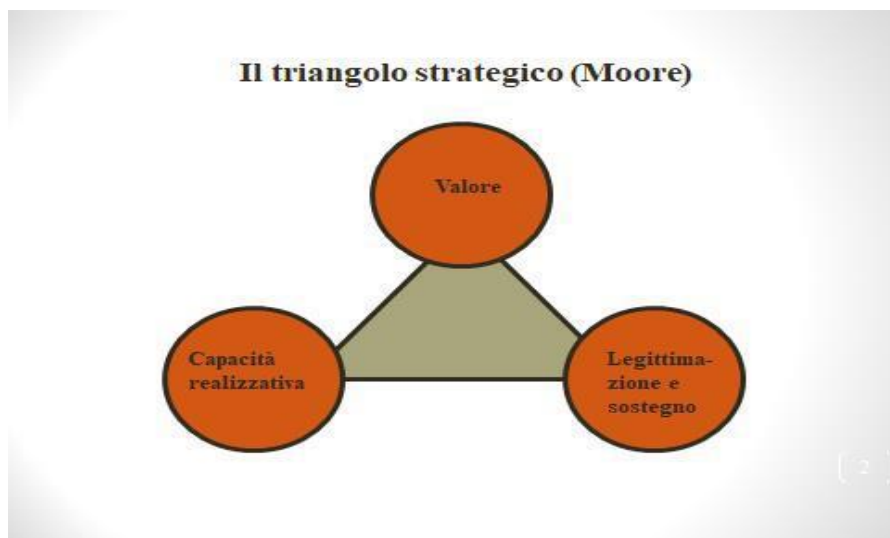
Per il raggiungimento degli obiettivi assegnati, l'ASL NA2 Nord si avvale delle proprie risorse gestite direttamente, nonché di soggetti esterni accreditati con il SSR nel rispetto della programmazione pluriennale. L'Azienda riconosce la necessità di perseguire obiettivi che richiedono elasticità nella gestione del servizio, rapidità e sensibilità nel cogliere i nuovi bisogni emergenti della popolazione, con conseguente rapidità nel cambiamento delle modalità e caratteristiche dell'offerta dei servizi sanitari.

5. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

5.1. VALORE PUBBLICO

La mission istituzionale di ogni Pubblica Amministrazione è la creazione di Valore Pubblico. Un'Azienda genera Valore Pubblico quando riesce a gestire in modo razionale le risorse economiche a disposizione ed a valorizzare il proprio patrimonio in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze degli utenti, degli stakeholders e dei cittadini in generale.

Secondo lo studioso Moore, il valore pubblico è una "strategia sostanzialmente valida: produce qualcosa che vale per rappresentati e beneficiari, legittimata e sostenibile politicamente: in grado di attrarre continuamente autorità e denaro dall'ambiente istituzionale di autorizzazione sostenibile dal punto di vista operativo e amministrativo con le risorse disponibili" (vedi figura)



Una Pubblica Amministrazione è in grado di generare Valore Pubblico, quindi, nel momento in cui il livello di benessere dei suoi utenti e il livello di salute del proprio contesto, interno ed esterno, grazie al miglioramento delle proprie performances, diventano superiori rispetto alle condizioni di partenza, delle politiche pubbliche e dei progetti di miglioramento dello stesso.

Il successo dell'azione pubblica dipende dalla capacità di un'organizzazione di coordinare e realizzare simultaneamente tre condizioni:

1. produrre risultati oggettivamente validi per i soggetti pubblici, per i cittadini e per gli stakeholders (occorre che l'azione pubblica sia giudicata desiderabile da parte di un gruppo di destinatari);
2. intraprendere iniziative sostenibili dal punto di vista organizzativo (le risorse da destinare alle politiche pubbliche devono essere adeguate agli obiettivi istituzionali);
3. essere legittimata a godere di sostegno esterno (deve saper attrarre il sostegno degli attori rilevanti).

In tempi di costante contrazione di risorse e di esigenze sociali crescenti, viene creato Valore Pubblico quando si riesce a utilizzare le risorse a disposizione in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze del contesto sociale (utenti, cittadini, stakeholders in generale). Le esperienze degli ultimi anni danno evidenza al fatto che per generare Valore Pubblico serva un mix equilibrato di economicità e socialità, in cui porre una forte attenzione al fattore ambientale e alle modalità con cui gestire, da parte della Pubblica Amministrazione, le proprie risorse (vedi figura).

La Creazione di Valore



Il presente P.I.A.O. è strettamente connesso anche al disegno organizzativo delineato dall'Atto Aziendale dell'A.S.L. Napoli 2 nord, da cui derivano gli obiettivi e le linee di sviluppo da perseguire.

Attraverso i propri strumenti programmatori, l'Azienda intende:

- confermare il modello ordinario di organizzazione e gestione operativa delle attività;
- implementare gli elementi innovativi in tema di organizzazione e gestione;
- favorire la razionalizzazione delle Strutture organizzative, sia dell'ambito sanitario sia dell'ambito amministrativo;
- valorizzare, in maniera più incisiva e nel rispetto delle disposizioni contrattuali, le professionalità presenti in Azienda;
- garantire l'omogeneità di erogazione delle prestazioni rispetto ai bisogni, l'efficacia dei risultati e l'efficienza nell'impiego delle risorse.

Il collegamento degli obiettivi assegnati alle varie strutture dell'Azienda assicura che le azioni previste nel P.I.A.O. abbiano tutte come obiettivo il mantenimento dei servizi resi finora agli utenti finali e il miglioramento degli stessi, grazie anche agli stakeholders, creando un forte collegamento tra la performance e la creazione di valore pubblico.

L'Azienda deve perseguire, quindi, la tutela della salute degli individui e della popolazione, realizzando un sistema organizzativo veramente orientato, nella sostanza, al cittadino dando il coerente rilievo ai principi di appropriatezza, efficacia, adeguatezza e qualità dei servizi messi a disposizione per i bisogni dei cittadini in coerenza con il livello delle risorse disponibili e nella garanzia della erogazione dei LEA (livelli essenziali di assistenza) Nazionali e Regionali (vedi figura).

La gestione strategica per il Valore di un Ente Pubblico



Si può affermare che esista una sorta di triangolazione che costituisce la base del valore pubblico, il cui presupposto si fonda sul fatto che un Ente Pubblico crea Valore Pubblico quando ottiene, in modo efficiente ed efficace, un insieme di risultati che siano allineati alle aspettative prioritarie dei cittadini. Se la Mission è allineata con le aspettative dei cittadini, il raggiungimento della Mission crea Valore Sociale. (vedi figura).

Il Triangolo del Valore Pubblico



L'esigenza sottesa alla creazione del Valore sta nel fatto che, sotto le spinte del cambiamento, il Settore Pubblico deve costantemente rivedere la propria sostenibilità, a prescindere dagli orientamenti politici prevalenti. In conseguenza, deve dimostrare di saper sempre competere con altre Organizzazioni Pubbliche o Private. Da tutto ciò consegue che:

- esiste una crescente necessità, anche per i Leader pubblici (Politici ed Operativi) di porsi l'obiettivo di creare Valore;

- come per i Leader privati, anche quelli pubblici devono agire nella ricerca di ogni opportunità che consenta di usare bene le poche risorse disponibili, al fine di creare Valore per i cittadini, i clienti e la comunità.

La Gestione Strategica delle Aziende Pubbliche comporta:

- la definizione del Valore pubblico-sociale obiettivo (Vision – Mission – Obiettivi concreti);
- la mobilitazione della legittimità e del supporto per quel Valore;
- la capacità di formulare una Strategia idonea e di sintetizzarla in un Piano;
- la capacità di una realizzazione operativa efficiente ed efficace della Strategia scelta;
- un idoneo sistema di misura dei risultati (Performance Measurement).

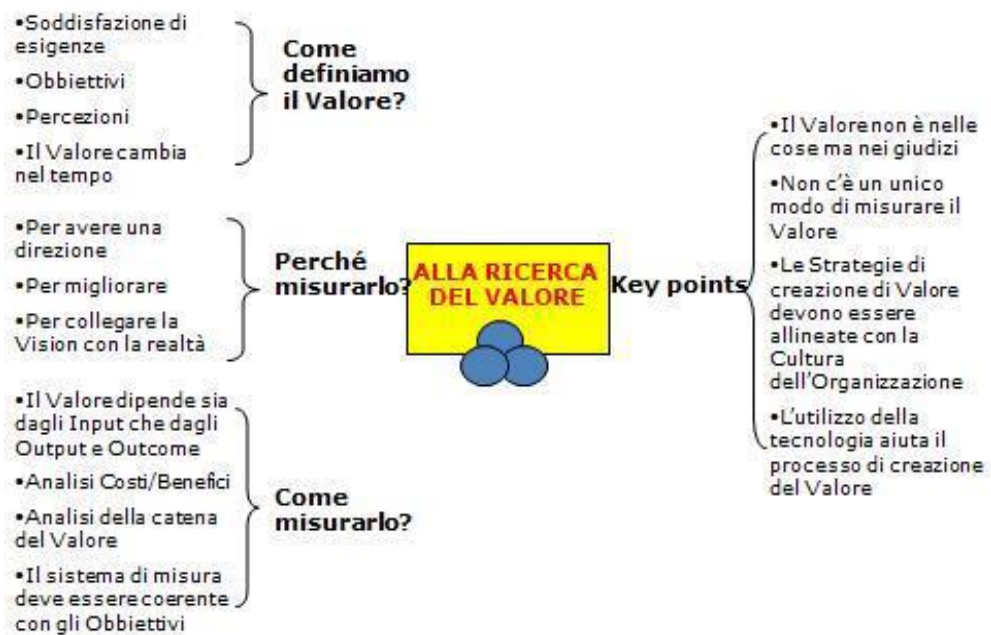
In sintesi, una possibile definizione di Valore Pubblico è: un quadro di riferimento che ci aiuta a collegare quello che riteniamo essere importante nel pubblico e che richiede delle risorse, con i modi migliori di capire quello che il “pubblico” (cittadini, finanziatori, gruppi d’interesse etc.) valuta positivamente e come ci colleghiamo con loro (vedi figura).



In questo quadro molto articolato e, talora, anche frastagliato, le componenti fondamentali del Valore Pubblico vengono individuate dall’A.S.L. Napoli 2 nord, anche nei seguenti items:

quantità e qualità dei servizi resi;

- customer service;
- informazioni;
- libertà di scelta;
- facilità d’uso e di accesso;
- risultati concreti ottenuti;
- fiducia generata.



Tra gli obiettivi del P.I.A.O. trovano spazio anche quelli legati ad azioni per migliorare l'accessibilità, sia fisica che digitale dell'Azienda, e quelli legati alla semplificazione e reingegnerizzazione delle varie procedure.

La digitalizzazione, difatti, offre soluzioni inimmaginabili con un impatto immediato sulla vita delle persone.

L'esperienza vissuta nel corso della pandemia ha fatto emergere l'importante ruolo che sia l'innovazione tecnologica, sia quella digitale, possono giocare nel rendere più efficiente il nostro Sistema Sanitario Nazionale.

Non da ultimo, si pensi all'impatto che la digitalizzazione ha avuto sulle prestazioni lavorative, permettendo di superare il concetto di sede fisica di lavoro, con innumerevoli vantaggi sia per il lavoratore stesso sia per l'Azienda traducendosi in benefici per l'utente finale.

2.1.1 ACCESSIBILITA' FISICA

L'accessibilità e la politica sulle barriere architettoniche, nella legislazione italiana corrente, sono regolate da diverse norme:

- la legge finanziaria 41/1986, in base alla quale viene imposto l'abbattimento delle barriere architettoniche agli enti locali e territoriali;
- la legge 104/1992, che introduce tutele per il cittadino disabile in materia di barriere architettoniche sotto diversi punti di vista (sanità, scuola, lavoro ecc.) e sancisce l'assoluto diritto, da parte dei disabili, di godere agevolmente dei medesimi spazi di cui godono tutti i cittadini;
- il D.P.R. 503/1996, sull'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici pubblici;
- il D. M. 114/2008, relativa invece ai luoghi storici o di interesse culturale.

Soprattutto, però, è opportuno fare riferimento alla legge 13/1989, che ha disciplinato nel dettaglio l'accessibilità degli ambienti e soprattutto dei luoghi pubblici, garantendo tra le altre cose anche dei contributi ai cittadini per l'abbattimento delle barriere architettoniche edifici privati.

Il decreto attuativo della medesima legge, il D. M. 236/89, ha introdotto ulteriori distinzioni e precisazioni tecniche sul tema.

In particolare, nel decreto 236/89 vengono individuati tre criteri di qualità degli spazi, relativamente al problema delle barriere architettoniche:

- l'accessibilità, ovvero la possibilità che le persone con invalidità motoria o sensoriale possano entrare con facilità nell'edificio e muoversi con sicurezza nei suoi locali;
- la visitabilità, intesa come opportunità per i disabili di accedere ad almeno un servizio igienico apposito e agli "spazi di relazione", cioè tutti i luoghi interni di soggiorno, lavoro, servizio e incontro;
- l'adattabilità, che implica una relativa facilità di modifica nel tempo degli spazi costruiti, al fine di renderli progressivamente sempre più accessibili e fruibili anche per i disabili.

Il medesimo decreto, nel suo aspetto strettamente pratico, definisce anche tutti i parametri che gli edifici privati devono rispettare al fine di garantire i suddetti livelli qualitativi, assicurando dunque l'assenza di barriere architettoniche interne ed esterne. In base alla legge, dunque, ogni immobile (pubblico o privato, lavorativo o residenziale) deve presentare tutte le attrezzature, gli ausili e gli strumenti necessari a rimuovere ogni barriera architettonica, come ascensori, montascale e così via. Che si tratti di edifici pubblici, di percorsi pedonali o di parcheggi, di una scuola, di un ospedale, ma anche di un esercizio commerciale di un qualsiasi settore, la legge obbliga in tutte le circostanze ad abbattere o rimuovere le barriere architettoniche presenti, e a costruire o ristrutturare gli edifici in modo che non ve ne siano.

L'ASL Napoli 2 nord, in tutti i suoi interventi edili, ha seguito e continuerà a seguire la normativa sopra descritta per favorire l'accessibilità fisica agli utenti su tutti i presidi sanitari di competenza. Per migliorare il servizio sanitario e conseguentemente anche favorire l'accessibilità dell'utenza sul territorio, sono previsti interventi edili di ristrutturazione su presidi esistenti, tramite i fondi del PNRR, per la realizzazione delle Case di Comunità, degli Ospedali di Comunità e delle COT.

Case di Comunità (ambulatori): la Casa della Comunità è finalizzata a costituire il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso un'infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica, e ha il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento. L'obiettivo è agire su più fronti, da una parte diminuendo la pressione dei soccorsi rapidi, dall'altra di aumentare il controllo sanitario locale e garantire un più facile accesso a diagnosi e cure preventive.

Ospedali di Comunità: la funzione degli Ospedali di Comunità è quella di costituire un ponte tra il domicilio e l'ospedale in senso stretto. I destinatari sono infatti pazienti che hanno bisogno di un ricovero solo di breve durata e per un intervento di intensità media. Lo scopo principale è quello di assistere al meglio chi non potrebbe rimanere a casa, alleggerendo al contempo la pressione sui pronti soccorsi e sui reparti in genere.

COT (Centrale Organizzativa Territoriale): strutture che svolgono una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti al fine di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

2.1.2 ACCESSIBILITA' E TRANSIZIONE AL DIGITALE

In tale contesto si inserisce la pianificazione degli investimenti relativi agli stanziamenti derivanti dal PNRR, con l'obiettivo di rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio, modernizzare e digitalizzare il sistema sanitario e garantire equità di accesso alle cure.

Tale missione prevede, in base alle strategie condivise a livello regionale:

- interventi di aggiornamento tecnologico delle apparecchiature elettromedicali;
- interventi relativi alle infrastrutture e progetti di digitalizzazione dei sistemi informativi ospedalieri;
- aggiornamenti previsti dalle strategie nazionali relative al nuovo Fascicolo Sanitario Elettronico;
- interventi relativi all'informatizzazione del cosiddetto "territorio" (ospedali di comunità, case di comunità, centrali operative territoriali);
- interventi legati alla telemedicina.

Il piano di transizione al digitale dell'ASL Napoli 2 Nord pone grande attenzione ai servizi al cittadino e al supporto degli operatori, in stretta e continua correlazione con la Regione Campania. Il principio che guida lo sviluppo dei servizi innovativi è mettere il cittadino al centro.

La nostra Azienda lavora per soddisfare le esigenze del cittadino, per cercare di fornire un'esperienza personalizzata, semplice e intuitiva. Per questo stiamo portando avanti un'attività che mira a modernizzare i servizi offerti e a migliorare i processi, il tutto in stretta sinergia con la Regione Campania. A tale scopo è stato attivato un servizio on-line che consente ai cittadini di prenotare un'ampia gamma di visite ed esami.

L'obiettivo è quello di gestire l'erogazione delle prestazioni sanitarie con tempi di accesso certi e adeguati ai problemi clinici. La crescente richiesta ha infatti portato alla formazione di liste e di tempi di attesa che richiedono un'appropriata gestione, per ottenere che l'inquadramento diagnostico e le successive terapie non siano ingiustamente procrastinati, compromettendo la prognosi e la qualità di vita delle persone.

Per prenotare visite specialistiche e prestazioni sanitarie è possibile collegarsi al sito Portale Salute del Cittadino via web (pc, tablet o cellulare). Occorre essere in possesso della ricetta elettronica dematerializzata e inserire il codice fiscale e il numero della ricetta elettronica (NRE). Continua, quindi, il processo di digitalizzazione dell'Azienda: un modo per essere più vicini al cittadino e facilitare la raggiungibilità, in qualsiasi momento della giornata.

L'obiettivo finale è quello di mettere a disposizione strumenti utili ed efficaci che permettano agli utenti e agli uffici di ottimizzare l'attività, senza lunghe attese telefoniche. E' una grande occasione di crescita e di miglioramento dei servizi. Il lavoro da fare è ancora tanto, ma la strada è tracciata.

La nostra Azienda permette anche di pagare i ticket per visite ed esami specialistici. Per effettuare il pagamento occorre collegarsi al Portale Salute del Cittadino. Attraverso la piattaforma, disponibile sul sito web, è possibile pagare gli importi legati a visite ed esami specialistici prenotati attraverso il CUP, ma anche quelli dei ticket di Pronto Soccorso. Per ridurre al minimo la permanenza negli spazi comuni di attesa, il pagamento va effettuato prima di accedere alla struttura che eroga la prestazione. I cittadini sono quindi invitati a pagare il ticket utilizzando gli strumenti disponibili on-line o le altre modalità messe a disposizione. Oltre che con il Portale Salute del Cittadino (da computer, smartphone e tablet), è infatti possibile effettuare il pagamento tramite le casse automatiche o nelle farmacie pubbliche e private.

Digitalizzazione, semplificazione, ripensamento dei processi e integrazione dei sistemi sono gli elementi per arrivare a realizzare la Pubblica Amministrazione ideale: quella che mette i cittadini al centro. Gli investimenti sono stati fatti non solo sugli strumenti, ma anche sul personale, potenziando

i servizi agli sportelli, e sull'organizzazione, introducendo il concetto di "sportello polifunzionale" finalizzato a massimizzare i servizi forniti all'utenza.

Al fine di dare seguito alla Direttiva del Ministro della Pubblica Amministrazione ed aumentare le competenze digitali per la PA (necessarie per abilitare e rendere efficace a tutti i livelli la transizione digitale delle PA), sarà inserita, nei documenti di programmazione, la pianificazione di interventi di formazione e sviluppo delle competenze funzionali alla transizione digitale, ecologica e amministrativa promosse dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza che saranno curate dal Team della Transizione al Digitale aziendale.

L'ASL Napoli 2 nord ha aderito alla piattaforma di formazione digitale utilizzata Syllabus, realizzata dal Dipartimento della Funzione Pubblica, dedicata ai dipendenti della Pubblica Amministrazione che mira a potenziare conoscenze, competenze e abilità attraverso un'esperienza di apprendimento personalizzata, multi tematica e in continuo aggiornamento.

In Syllabus, ogni dipendente ha la possibilità di misurare le sue conoscenze, individuare i suoi bisogni formativi attraverso un test di valutazione e fruire dei moduli formativi più adatti a colmare il gap di competenze rilevato tra quelli previsti nel Catalogo. Al termine della formazione sarà possibile ripetere il test per poter verificare e attestare l'aumento delle proprie competenze.

In quell'ambito, oltre i vincoli di aggiornamento tecnologico, saranno implementati gli strumenti per l'innovazione in termini di:

- Cyber security (La sicurezza è l'insieme delle misure di carattere tecnologico, organizzativo e procedurale volte a garantire la protezione dei sistemi informatici e dei dati in essi contenuti);
- Transizione ecologica (Gli strumenti necessari a rendere le città davvero sostenibili e migliorare la consapevolezza sui temi ambientali).

2.2 PERFORMANCE

L'ASL NA 2 NORD redige annualmente il Piano della performance, documento programmatico triennale, sulla base degli indirizzi della Regione Campania e della pianificazione di area vasta. Il Piano della performance è adottato in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, individuando gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi; al contempo definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse assegnate, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione e di quella operativa. Tutto il personale, dirigente e comparto, concorre al raggiungimento degli obiettivi definiti dalla Direzione.

La Performance è il concetto centrale introdotto dal D.Lgs.150/09, modificato con il D. Lgs 74/17, che assume il significato di contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che il soggetto (organizzazione, unità organizzativa, gruppi di individui, singolo individuo) apporta, attraverso la propria azione, al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita.

Il Piano della Performance è coordinato con il Piano triennale di Prevenzione della Corruzione e definisce gli obiettivi strategici di trasparenza e di prevenzione ai sensi dell'art. 1 della L. 190/2012 e del D. Lgs. 33/2013. Il sistema di valutazione permanente del personale dipendente, disegnato con apposita regolamentazione, rappresenta lo strumento aziendale per l'esercizio delle funzioni previste. Il processo di valutazione del personale dipendente, con le sue diverse fasi (definizione, negoziazione e assegnazione degli obiettivi, misurazione dei risultati ottenuti, valutazione delle attività svolte e delle capacità possedute), è momento fondamentale e premessa di un efficace e coerente piano di sviluppo delle risorse umane, che costituiscono il fattore principale per la qualità del servizio. Il sistema di valutazione, in applicazione dei CCNL e dei contratti integrativi aziendali, rappresenta lo strumento annuale per la gestione della produttività/retribuzione di risultato, intesa quale premio collettivo e individuale da distribuire al personale del comparto e della dirigenza.

La valutazione delle attività professionali di competenza del collegio tecnico, prevista per i dirigenti del SSN, è svolta nel rispetto delle vigenti disposizioni legislative e contrattuali e disciplinata nell'apposita regolamentazione dell'Ente.

2.2.1 IL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE

Dal punto di vista metodologico, l'impianto finalizzato alla definizione del Sistema di misurazione e valutazione della performance è stato sviluppato nel rispetto del quadro normativo delineato in attuazione del D.lgs. n.150/2009, come modificato ed integrato dal D.lgs. n.74/2017, e dei criteri metodologici ed interpretativi contenuti nelle delibere della ex Civit (Delibera n. 89/2010; Delibera n. 104/2010; Delibera n. 114/2010; Delibera n. 1/2012, paragrafi 3 e 4) e delle Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica (n.2/2017 e n. 5/2019).

Le linee guida del Dipartimento della Funzione Pubblica, seppur focalizzate sulle peculiarità delle strutture dei Ministeri, su indicazione del citato Dipartimento, sono da considerarsi di carattere generale e, quindi, possono essere estese, nelle more dell'adozione di specifiche linee guida, anche alle altre amministrazioni dello Stato.

Ai fini di una efficace gestione del processo di pianificazione e programmazione e di una sua corretta formalizzazione, sono fornite indicazioni alle funzioni proprie dei tre documenti principali:

1. Piano della Performance;
2. Nota Integrativa al Bilancio di Previsione;
3. Direttiva del Direttore Generale sull'azione amministrativa e la gestione.

La Proposizione del Piano ha visto il supporto delle Strutture Aziendali. Sulla base delle attività istituzionali, l'ASL Napoli 2 Nord declina gli obiettivi specifici (di cui all'art. 5, comma 1, lettera b) del D. Lgs 150/2009 e ss.mm.ii.). Gli stessi sono programmati, in coerenza con gli obiettivi generali, su base triennale, prima dell'inizio del rispettivo esercizio, dall'Organo di indirizzo politico-amministrativo dell'ASL NA 2 NORD, sentito il Direttore Generale e i dirigenti dell'Azienda.

2.2.2 IL CICLO DI PROGRAMMAZIONE DELLE PERFORMANCE (sistema di misurazione e valutazione)

Il ciclo della performance è stato avviato in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e del bilancio. In particolare, il Bilancio di previsione per l'esercizio 2023 (Delibera del Bilancio di Previsione n. 1668 del 20.10.22 settembre 2022), in coerenza con quanto richiesto dall'art. 19 del D. Lgs. 91/2011, sarà declinato in apposite schede di budget a cura del UOC Controllo di Gestione, che contengono il Piano degli indicatori e dei risultati attesi che collega, per missioni e programmi di bilancio, il centro di costo, l'obiettivo strategico, l'azione, l'indicatore e il target. Il Piano degli indicatori costituisce la base su cui avviare il ciclo della performance 2023 con l'adozione del Piano della performance al 31 gennaio 2023 (parte integrante e sostanziale del presente documento Aggiornamento del PIAO 2023), come richiesto dall'art. 10 del D. Lgs. 150/2009 e s.m.i..

In considerazione dell'evento pandemico che ha costretto, negli ultimi anni, ad una rimodulazione di tutte le attività gestionali aziendali, contribuendo ad una "alterazione delle ordinarie azioni Obiettivi di Servizio, e quindi, la conseguente declinazione degli obiettivi dei Servizi Aziendali, potrà essere suscettibile dell'andamento dei contagi e delle conseguenti emergenze e restrizioni già in atto (Ordinanza Giunta Regione Campania n.1 del 07.01.22 – Nota Unità di crisi Regionale UC – 2022 - 0000018 – Nota del Direzione Sanitaria del 10.01.22 Prot.0000920/i DS).

L'impianto di costruzione del Piano, costituisce la premessa per l'affinamento dell'attività di controllo di gestione e delle analisi in termini di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti, di miglioramento del livello di efficienza, efficacia ed economicità della gestione (D. Lgs. 286/1999 e ss.mm.ii.). Il ciclo della performance sarà migliorato anche alla luce della sperimentazione promossa dall'Ufficio per la valutazione della performance del Dipartimento della Funzione Pubblica, volta alla individuazione di indicatori comuni per le funzioni di supporto nelle amministrazioni pubbliche (Delibera n.1503 del 30.09.21: Accordo di Collaborazione con il MEF per l'utilizzo del Modulo di Valutazione della Performance (MVP) ai sensi dell'art.15 della L.241/90 e ss.mm.ii.).

Il processo complessivo di valutazione della performance di tutto il personale, soggetto ad una logica di gradualità e miglioramento continuo, dovrà essere correlato al monitoraggio costante nel tempo della formazione individuale, anche al fine di stimolare la crescita e l'aggiornamento professionale per il raggiungimento dei risultati attesi anche da parte di coloro che non li hanno conseguiti (in toto o in parte) nella specifica annualità oggetto di valutazione.

Questo aspetto dinamico della valutazione concorre anche al miglioramento dello sviluppo della carriera e alla gestione del sistema premiante della risorsa valutata. (in data 21.11.22 è stata inviata, la Proposta del Nuovo Sistema di Valutazione e Misurazione del Sistema delle Performance (ancora in attesa di *Nulla Osta*, per l'invio all'OIV, che ne dovrà esprimere "formale parere" e per l'invio dell'informativa/ Organismo Paritetico per l'Innovazione Comparto/ Dirigenza/PTA alle parti sindacali, come previsto dal CCNL 16-18 comma 3, lett.a) e b) dell'art.7 - Contrattazione collettiva integrativa: soggetti e materie).

Il ciclo di programmazione, misurazione e valutazione della performance è un processo circolare che prende avvio con la programmazione sanitaria regionale, le delibere annuali regionali di assegnazione degli obiettivi alle aziende e della pianificazione di area vasta. Tutto il personale, dirigente e comparto,

concorre al raggiungimento degli obiettivi definiti dalla Direzione. La Direzione Generale in coerenza con quanto sopra, e attraverso il Controllo di Gestione, promuove un processo relazionale e negoziale con i responsabili delle articolazioni organizzative individuate quali centri di responsabilità/costo, definisce le proprie linee di azione strategica e il programma delle attività (piano della performance) che poi vengono declinate per ciascuna struttura organizzativa aziendale in piani e obiettivi operativi attraverso il processo di negoziazione degli obiettivi stessi. La scheda obiettivi diviene il documento base che, per ciascuna macro struttura (referente territoriale, dipartimento, area, strutture afferenti alla Direzione), sintetizza gli obiettivi assegnati (la performance organizzativa da raggiungere), i valori attesi, le modalità di misurazione e il peso dei medesimi anche in riferimento alle varie tipologie di personale dipendente, ovvero la rilevanza e significatività rispetto alle strategie aziendali di riferimento, entro un totale complessivo di peso per ciascuna struttura organizzativa di 100%. Il direttore di ciascuna macrostruttura organizzativa provvede a illustrare gli obiettivi assegnati ai direttori delle strutture afferenti e a declinarli, tramite apposita di struttura, in attività specifiche al fine di individuare, in raccordo con loro, l'apporto richiesto e le responsabilità connesse, nel rispetto degli standard di qualità attesi. Ciascun direttore di struttura organizzativa dovrà comunicare al personale della struttura, dirigenziale e non, gli obiettivi assegnati (tale azione rappresenta per lo stesso direttore la condizione necessaria per l'accesso alla retribuzione di risultato) e assegnare, nei tempi previsti dai dispositivi Aziendali e dai Regolamenti previsti sull'argomento, gli obiettivi individuali con le modalità ivi previste, tenendo sostanzialmente in considerazione le due seguenti dimensioni: 1. misurazione e valutazione della prestazione individuale, relativa al grado di raggiungimento degli obiettivi individuali assegnati come declinazione di quelli della struttura organizzativa di assegnazione; 2. misurazione e valutazione dei comportamenti e delle competenze organizzative, ovvero valutazione delle caratteristiche individuali che definiscono la risorsa dentro l'organizzazione; vale a dire l'insieme integrato di saperi (aspetti tecnici, relazionali e educativi, nonché conoscenze in genere, abilità ed esperienza), che caratterizzano l'agire e la realizzazione concreta delle attività lavorative nell'organizzazione;

Il ciclo di gestione della performance viene supportato dall'OIV, che ad inizio d'anno valuta il processo di elaborazione del Budget e, con verifiche periodiche (monitoraggio), oltre a quella di fine anno, il raggiungimento degli obiettivi generali e specifici, tenendo conto dei rendiconti del Controllo di Gestione e della Relazione Sanitaria, evidenziando eventuali criticità del processo di valutazione.

A supporto dell'OIV operano l'UOS Gestione del Piano delle Performance, il Controllo di Gestione ed il Servizio risorse umane di sistema ed Economico Finanziario e Appropriately Clinica che forniscono gli elementi per valutare se i comportamenti gestionali siano in linea con i programmi definiti, per monitorare le attività e supportare il processo di valutazione dell'efficacia ed efficienza aziendale. All'inizio dell'anno successivo a quello di riferimento, e nei tempi previsti dalla norma e dalle regolamentazioni dell'Ente in materia, si avvia il processo di valutazione della performance organizzativa aziendale nel suo complesso, a livello di struttura organizzativa aziendale e individuale che, tramite le schede individuali di valutazione, tende a verificare le prestazioni individuali e i risultati raggiunti dal singolo dipendente, espressi nel periodo di riferimento e nell'ambito delle funzioni svolte.

2.2.3 OBIETTIVI STRATEGICI

Il processo di definizione degli obiettivi prevede la suddivisione in macroaree nel cui ambito si sviluppa il processo di pianificazione e dove trovano corrispondenza gli obiettivi specifici dell'Ente. La valutazione è strutturata identificando tre macroaree di riferimento nelle quali si collocano gli obiettivi corrispondenti;

- Performance di strategia organizzativa, riferita alla dimensione interdisciplinare e relazionale al fine di ottimizzare il funzionamento introdotto con l'organizzazione aziendale per processi;
- Performance di strategia funzionale, legata alla programmazione aziendale in termini di attività e risultati attesi;
- Performance regionale legata alla declinazione specifica degli obiettivi stabiliti da Regione Campania per l'ASL Napoli 2 Nord. Definizione e pianificazione del percorso ritenuto più conveniente per il conseguimento della propria mission - Individuazione di un sistema di obiettivi ed indicatori per la misurazione e valutazione di obiettivi e risultati - Attuazione del ciclo di gestione delle performance, per orientare le risorse disponibili al conseguimento degli obiettivi - Analisi degli apporti individuali in relazione al contributo assicurato per il conseguimento dei suddetti risultati organizzativi.



Come premessa, rispetto al processo complessivo, l'ASL NA 2 Nord stabilisce obiettivi prerequisites comuni al fine di stigmatizzare la coerenza con altri processi interni e adempimenti, quali ad esempio il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC); a questo proposito ogni struttura è tenuta al rispetto di quanto previsto nel Piano e alla rendicontazione delle attività anche in fase di budget. In questo modo si crea il raccordo previsto tra i due processi.

2.2.4 OBIETTIVI ASSEGNATI DALLA REGIONE AL DIRETTORE GENERALE

In aderenza alle sopraesposte direttrici, gli obiettivi per l'anno 2023, riconducibili agli atti di riferimento nazionale, regionale o interno, sono stati assegnati al Direttore Generale con D.G.R.C. n. 320 del 21/06/2022, trasferiti alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Amministrativa, e da queste trasmessi a cascata alle articolazioni aziendali coinvolte: Dipartimenti, Distretti, Presidi Ospedalieri, Servizi e Servizi Centrali.

Obiettivi di carattere generale:

- raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda sanitaria;
- adempimenti previsti da disposizioni normative, nazionali e regionali, da provvedimenti giuntali e/o governativi;

- il conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza;
- il rispetto dei tempi di pagamento.

Obiettivi specifici:

- garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza monitorati attraverso 22 indicatori definito “CORE” del Nuovo Sistema di Garanzia
- rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionale Intramurarie;
- continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi che devono essere costantemente aggiornati;
- obiettivi di produzione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale come determinati nel documento allegato alla D.G.R.C. n. 210 del 4 maggio 2022.

Obiettivi tematici:

- attuazione della rete aziendale dei laboratori pubblici in conformità con la programmazione regionale;
- digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali nel rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite nel D.M. 23.12.2019 e ss.mm.ii. e nei provvedimenti regionali;
- erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico secondo le linee di indirizzo regionali;
- attuazione delle azioni previste dal Piano della Prevenzione 2020-2025, di cui alla D.G.R.C. n.600/2021;
- puntuale monitoraggio delle attività inerenti alle prestazioni rese in regime di accreditamento.

Per il raggiungimento degli obiettivi assegnati, l'ASL NA2 Nord si avvale delle proprie risorse gestite direttamente, nonché di soggetti esterni accreditati con il SSR nel rispetto della programmazione pluriennale.

L'Azienda riconosce la necessità di perseguire obiettivi che richiedono elasticità nella gestione del servizio, rapidità e sensibilità nel cogliere i nuovi bisogni emergenti della popolazione, con conseguente rapidità nel cambiamento delle modalità e caratteristiche dell'offerta dei servizi sanitari.

2.2.5 DIRETTIVA ANNUALE DEL DIRETTORE GENERALE

Nella Direttiva del Direttore Generale sull'azione amministrativa e la gestione 2023, giusta deliberazione n.480 del 15.03.23, sono definiti gli obiettivi annuali di tutte le unità dirigenziali, compresi gli obiettivi che non sono direttamente riconducibili al livello triennale della programmazione.

La Direttiva costituisce un elemento del Sistema di misurazione e Valutazione della Performance, in coerenza con l'art.9 del d.lgs. 150/09, che prevede che “La misurazione e valutazione della performance individuale dei dirigenti titolare degli incarichi di cui all'art.19, commi 3 e 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165, è collegata altresì, al raggiungimento degli obiettivi individuati nella direttiva generale per l'azione amministrativa e la gestione, nonché di quelli specifici definiti nel contratto individuale”

La Direttiva, nonché gli altri documenti all'interno dei quali sono formalizzati gli obiettivi, costituiscono tutti elementi del ciclo della performance, con la conseguenza che:

- Il monitoraggio previsto dall'art. 6 del d.lgs. 150/2009 ha per oggetto tutti gli obiettivi programmati durante il periodo di riferimento, sia quelli inseriti nel Piano che quelli individuati nella Direttiva, in

relazione ai quali l'OIV deve segnalare la necessità o l'opportunità di interventi correttivi in corso di esercizio all'organo di indirizzo politico-amministrativo;

- l'OIV, in sede di redazione della Relazione annuale sul funzionamento complessivo del sistema, analizzando le modalità di svolgimento del processo di misurazione e valutazione, rappresenta il documento di riferimento per la fase attuativa e per il successivo ciclo di valutazione.

La Direttiva annuale costituisce lo strumento attraverso il quale l'Azienda definisce la programmazione e gli obiettivi generali annuali, cui vengono orientate la gestione e le attività assistenziali, in un quadro di compatibilità con le risorse economiche disponibili.

La Direttiva deve pertanto esprimere una visione condivisa tra il vertice aziendale ed il personale dipendente circa le finalità ed i percorsi di sviluppo dell'Azienda, configurando al contempo una specifica linea guida del processo di programmazione e controllo, ispirata al principio della trasparenza e alla individuazione delle azioni da porre in essere per garantire l'efficienza e l'efficacia dei processi produttivi aziendali.

Essa è elaborata in aderenza a quanto previsto nell'ambito dei Percorsi Attuativi per la Certificabilità dei Bilanci di cui ai DD.CC.AA n. 5 /2015, n. 53 /2017 e n. 63 /2018 e dalla programmazione aziendale di cui alla ultima deliberazione n. 1748 del 19/10/2022, in particolare con riferimento all'Azione A2.1 del cronoprogramma denominata "Sistema formalizzato di programmazione e controllo di gestione, disciplinante la definizione degli obiettivi strategici ed operativi aziendali con relative responsabilità e tempistiche, la predisposizione dei bilanci di previsione ed i relativi budget da assegnare ai Centri di Responsabilità".

Direttiva Annuale del D.G. 2023



- OBIETTIVI RELATIVI ALL'EROGAZIONE DEI L.E.A (NSG e LEA)
- OBIETTIVI RELATIVI AI PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI (Es. PDTA, Investimenti, Piano Prevenzione, Rete Oncologica, Rete laboratori, Percorsi Certificabilità Bilancio, ecc.)
- OBIETTIVI RELATIVI alla SICUREZZA dei PAZIENTI-RISCHIO CLINICO (Es. sicurezza percorso nascita, prevenzione infezioni, sicurezza luoghi di lavoro, ecc.)
- OBIETTIVI RELATIVI ALLA COMUNICAZIONE e ACCESSIBILITA' (Soddisfazione utenza, diritto di accesso, ecc.)
- OBIETTIVI RELATIVI alla TRASPARENZA e PREVENZIONE della CORRUZIONE (applicazione del piano prevenzione corruzione e trasparenza)

OBIETTIVI DI GOVERNO ECONOMICO FINANZIARIO

Direttiva Annuale del D.G. 2023



L'approvazione della Direttiva darà avvio al processo di Budgeting per l'anno 2023:

- Fase di negoziazione;
- Comitato di Budget;
- Definizione obiettivi operativi da assegnare nelle Schede di Budget dei CDR

2.2.6 RISULTATI AZIENDALI 2022

Relazione risultati aziendali 2022 NSG CORE PREVENZIONE



	Indicatore	Risultato		Valore soglia	% Raggiunta 2021	% Raggiunta 2022	Fonte 2021	Fonte 2022	
		2021	2022						
OBIETTIVI PRODUZIONE AREA SANITARIA - NSG PREVENZIONE									
P01C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib).	94,56	94,18	>	92	100%	100%	CIRS	CIRS
P02C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	94,62	92,37	>	92	100%	100%	CIRS	CIRS
P10Z	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il Cittadino.	99,06	100	>	70	100%	100%	CIRS	Appropriatezza
P12Z	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale.	96,64	95	>	80	100%	100%	CIRS	Appropriatezza
P14C	Indicatore composito sugli stili di vita	36		<	40	100%		Appropriatezza	
P15Ca	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina.	17,2	20,8	>	25	69%	83%	Nota Dir.San. e CIRS	Nota Dir.San. e Appropriatezza
P15Cb	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	13,5	23,8	>	35	39%	68%	Nota Dir.San. e CIRS	Nota Dir.San. e Appropriatezza
P15Cc	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	12,1	15,1	>	25	48%	60%	Nota Dir.San. e CIRS	Nota Dir.San. e Appropriatezza

Relazione risultati aziendali 2022

NSG CORE OSPEDALIERI



	Indicatore	Risultato		Valore soglia	% Raggiunta 2021	% Raggiunta 2022	Fonte 2021	Fonte 2022
		2021	2022					
OBIETTIVI PRODUZIONE AREA SANITARIA - NSG ASSISTENZA OSPEDALIERA								
H01Z	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente	53,3	52,05	< 160	100%	100%	Appropriatezza	Appropriatezza
H02Z	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui	78,84	83,12	> 70	100%	100%	Appropriatezza	Appropriatezza
H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Allegato B Patto per la Salute 2010- 2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.	0,1	0,1	< 0,24	100%	100%	Appropriatezza	Appropriatezza
H05Z	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	72,8	74,9	> 70	100%	100%	CIRS	Appropriatezza
H13C	Percentuale di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	58,01	72,86	> 60	97%	100%	Appropriatezza	Appropriatezza
H17C	Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con < 1000 parti (SOLO PUBBLICO)	28,68	28,19	< 20	57%	59%	Appropriatezza	Appropriatezza
H18C	Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con => 1000 parti (SOLO PRIVATO)	46,95	52,98	< 25	12%	-12%	Appropriatezza	Appropriatezza

Relazione risultati aziendali 2022

NSG CORE DISTRETTUALI



	Indicatore	Risultato		Valore soglia	% Raggiunta 2021	% Raggiunta 2022	Fonte 2021	Fonte 2022
		2021	2022					
OBIETTIVI PRODUZIONE AREA SANITARIA - NSG ASSISTENZA DISTRETTUALE								
D03C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco.	170,7	111,39	< 373	100%	100%	CIRS	Appropriatezza
D04C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite.	50,59	18,87	< 176	100%	100%	CIRS	Appropriatezza
D09Z	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	24,6	21,65	< 20	77%	92%	Piattaforma Regionale 118	Piattaforma Regionale 118
D10Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.	71,74	78,25	> 60	100%	100%	CIRS (solo pubblico 44,84)	CIRS (solo pubblico 70,02)
D14C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici.	5.800	6059	< 7.263	100%	100%	CIRS	Appropriatezza
D22Z	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	3,7	3,3	> 2,6	100%	100%	Appropriatezza	Appropriatezza
		2,1	2,5	> 1,9	100%	100%	Appropriatezza	Appropriatezza
		1,8	2	> 1,5	100%	100%	Appropriatezza	Appropriatezza
D27C	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	6,17	4,45	< 6,9	100%	100%	CIRS	DSM
D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	23,48	29,41	> 35	67%	84%	Appropriatezza (in CIRS a sett. 3,09%)	Appropriatezza (in CIRS a sett. 1%)
D33Z	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)	2,59	3,78	> 24,6	11%	15%	CIRS	Appropriatezza

Relazione risultati aziendali 2022

OBIETTIVI PRODUZIONE (NON NSG)



Indicatore	Risultato	Risultato	Valore soglia	% Raggiunta 2021	% Raggiunta 2022	Fonte 2021	Fonte 2022
	2021	2022					
OBIETTIVI PRODUZIONE AREA SANITARIA - NON NSG							
Incrementi sedute dedicate agli interventi successivi a screening mammella	88	90	> 2021		100%	Breast Unit	Breast Unit
Incrementi sedute dedicate agli interventi successivi a screening cancro colon retto	170	225	> 2021		100%	Incremento n. interventi - SDO	Incremento n. interventi - SDO
Incrementi sedute dedicate alle prestazioni di I e II livello screening mammella	58	320	> 2021		100%	Centro screening	Centro screening
Incrementi sedute dedicate agli interventi nell'ambito di screening cancro colon retto	25	80	> 2021		100%	Centro screening	Centro screening
Riscontro in CUP regionale di tutte le attività di specialistica ambulatoriale nei tempi e modalità previste dal flusso, in condivisione con la UOC Cure Primarie e per il monitoraggio con la UOC Controllo di gestione	53,23	71,96	> 80	67%	90%	UOC Cure Primarie	UOC Cure Primarie
AREE DI MIGLIORAMENTO							
Attuazione a pieno regime dei PDTA frattura femore, BPCO, demenze, piede diabetico, PDTA Disturbi Specifici dell'Apprendimento. - https://www.salute.gov.it/portale/ica/dettaglioContenutiIca.jsp?lingua=italiano&id=5238&arca=ica&menu=monitoraggioIca&tab=4							
Incremento attività delle UVBR e delle UVI.							
Consentire ai Distretti le valutazioni multidimensionali per le prese in carico ADI entro due giorni dalla dimissione, tramite segnalazione tempestiva al distretto dei pazienti necessitanti di presa in carico ADI							
Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa: attivazione/potenziamento dei PACC							

Relazione risultati aziendali 2022

Area Amministrativa e Formazione



Indicatore	Esito					
AREA AMMINISTRATIVA						
Percorsi Attuativi Certificabilità del Bilancio	Aggiornamento cronoprogramma delle azioni come da delibera n. 1748 del 10/10/22. È stata garantita la partecipazione delle articolazioni aziendali ai processi importanti sui percorsi attuativi di certificabilità, attraverso il miglioramento del popolamento delle informazioni amministrativo-contabili in SAP SIAC, in maggiore coerenza con le manualistiche e le procedure. Sono in corso le predisposizioni delle bozze delle procedure, in conformità al DCA 27/2010. Nel 2023 saranno effettuate riunioni per la condivisione delle procedure di cui alle azioni programmate con la delibera 1748/2022.					
Indice tempestività pagamenti	IV trimestre 2022 (fonte PAT- Portale Anticorruzione e Trasparenza): +26,8					
Contabilità analitica: alimentazione corretta dei flussi Sap-Siac per centri di costo, secondo le indicazioni impartite tramite i referenti di contabilità analitica, e comunicazione dei provvedimenti di assegnazione e trasferimento del personale alla U.O.C. GRU e per conoscenza alla U.O.C. Controllo di Gestione e Budgeting	Rispetto al 2021, anno di avvio dell'utilizzo della piattaforma Sap-Siac, una buona parte delle anomalie rilevate nella reportistica del IV trimestre 2021, grazie alla fattiva partecipazione delle articolazioni aziendali coinvolte nella produzione e registrazione dei dati, è stata migliorata. Riguardo al personale, ad ogni risorsa umana è stato assegnato il cdc di competenza, il cui processo di abbinamento è in fase di perfezionamento. È in corso la migrazione dei costi del personale, divisi per cdc da Jsipe e Siac. Nelle more della migrazione ad oggi attraverso Jsipe è possibile determinare i costi del personale suddivisi per cdc.					
Rispetto delle procedure di budgeting in applicazione del Regolamento di Budget di cui alla delib. 577-2017 e del Regolamento di amministrazione e contabilità di cui alla delib. 555-2017	Gli obblighi previsti dal regolamento e implementati nel 2022, sono stati adempiuti dai CDR e in particolare, vi è stata tempestiva partecipazione alla negoziazione, al monitoraggio semestrale e alla comunicazione di richieste di revisione degli obiettivi. Criticità da migliorare: maggiore tempestività per i riscontri alle richieste via email e firma digitale.					
Monitoraggio trimestrale del ricorso al budget di straordinario e reperibilità del personale del Cdr	Il monitoraggio ha dato luogo alla adozione e pubblicazione di apposita procedura al fine di perfezionare il processo delle UOC. Criticità da migliorare: perfezionamento reportistica per UOC/UOSD in Time Manager.					
Indicatore	Risultato 2022	Valore soglia	% Raggiunta 2022	Fonte 2022		
AREA DELLA FORMAZIONE						
Garantire la partecipazione ai corsi aziendali sui PDTA/procedure/ecc. formalizzati. Indicatore: Nr. Partecipanti/nr. Posti programmati per ciascun PDTA aziendale.	75,62%	50-70%	100%	UOC Formazione		
Analisi dei bisogni formativi del personale e relativa attuazione Piano Formativo Annuale	Su 34 CDR assegnatari dell'obiettivo, 7 non hanno presentato il fabbisogno formativo 2023 né il piano della formazione 2023.					

Relazione risultati aziendali 2022

% Ricoveri entro soglia



TEMPI DI ATTESA RICOVERI OSPEDALIERI BENCHMARK % RICOVERI ENTRO SOGLIA 2021 – 2022 (gen-nov)

REGIONE		ASL		AO	
2022	2021	2022	2021	2022	2021
87,6	89,4	94,4	95,4	67,3	73,0

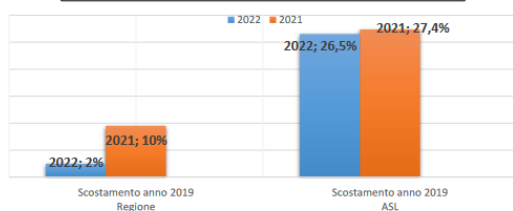
ASL NAPOLI 2 NORD
% RICOVERI ENTRO SOGLIA
2022: 87,1 2021: 87,3

Relazione risultati aziendali 2022

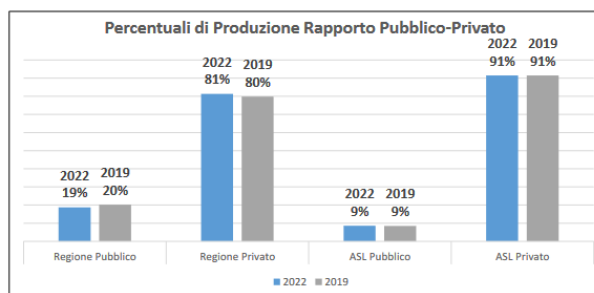


SPECIALISTICA AMBULATORIALE												
Produzione	Totale	Scostamento anno 2019 Regione	Pubblico		Privato		Totale	Scostamento anno 2019 ASL	Pubblico		Privato	
2022	57.513.300	2%	10.767.656	19%	46.745.644	81%	10.342.149	26,5%	885.412	9%	9.456.737	91%
2021	61.455.003	10%	8.281.506	13%	53.173.497	87%	10.410.474	27,4%	446.697	4%	9.963.777	96%
2019	56.111.344		11.332.728	20%	44.778.616	80%	8.173.362		697.004	9%	7.476.358	91%
REGIONE						ASL						

Specialistica Ambulatoriale
Scostamento Produzione (Pubblico e Privato)
2022 e 2021 vs 2019



Percentuali di Produzione Rapporto Pubblico-Privato



PRODUZIONE PRESIDI OSPEDALIERI PUBBLICI

(Fonte CIRS gen.-nov. 2022 - vs 2019)

	2022 (Prowisori - gen. nov. 2022)		2019		Variazione (2022 - 2019)			
	Casi	Importo	Casi	Importo	Var. Casi	Var. % casi	Var. Importo	Var. % imp.
Regime ordinario	21.604	74.262.823,00	25.715	76.425.163,00	-4.111	-16%	- 2.162.340,00	-3%
Day Hospital	4.673	5.685.309,00	7.557	11.288.037,00	-2.884	-38%	- 5.602.728,00	-50%
Totale	26.277	79.948.132,00	33.272	87.713.200,00	-6.995	-21%	- 7.765.068,00	-9%

Tempi di Attesa Pazienti oncologici

- SOLO SSN - Fonte CIRS - Anno 2022

*Sono contemplate le sole prenotazioni che prevedono accettazione della prima disponibilità aziendale

	U - Urgente (entro 3 gg)				B - entro 10 gg				D - entro 30 gg (visite) 60 gg (prestazioni)				P - Programmabile											
	Regione	Asl	Scostamento Asl-Regione		Regione	Asl	Scostamento Asl-Regione		Regione	Asl	Scostamento Asl-Regione		Regione	Asl	Scostamento Asl-Regione									
	%Gara nzia	MEDIA (TDA)	%Garan zia	MEDIA (TDA)	%Garan zia	MEDIA (TDA)	%Garan zia	MEDIA (TDA)	%Garan zia	MEDIA (TDA)	%Garan zia	MEDIA (TDA)	%Garan zia	MEDIA (TDA)	%Garan zia	MEDIA (TDA)								
Prima vista	46%	13,7	57%	15,89	11%	2,2	53%	20,6	79%	11,00	20%	-0,0	93%	21,9	97%	14,22	4%	-7,7	96%	32,1	97%	15,88	1%	-10,3
Visita di controllo	46%	33,3	47%	11,98	1%	-21,3	52%	51,9	77%	10,47	25%	-41,4	50%	101,4	94%	11,35	44%	-90,0	63%	110,9	96%	13,81	33%	-97,0
Diagnostica	37%	30,4	30%	16,78	-7%	-13,0	32%	52,3	62%	18,60	30%	-33,8	58%	73,6	83%	29,00	25%	-44,0	70%	94,5	91%	37,63	21%	-50,9
Terapeutiche e Riabilitative	54%	25,3	96%	2,20	42%	-23,1	65%	32,6	98%	2,55	33%	-30,1	82%	36,0	100%	2,78	18%	-33,2	92%	28,5	100%	4,12	8%	-24,4
Laboratorio	96%	3,3	100%	0,52	4%	-2,8	99%	2,4	100%	0,41	1%	-2,0	99%	1,5	100%	0,63	1%	-0,0	99%	2,6	100%	0,79	1%	-1,8
Totale	53%	18,2	76%	7,35	23%	-10,0	56%	31,5	91%	4,73	30%	-20,7	82%	36,8	99%	3,55	17%	-33,2	85%	50,4	99%	4,85	14%	-45,5

2.2.7 OBIETTIVI 2023

Nella Nota Integrativa al Bilancio di Previsione/all.6 della deliberazione N. 1668 del 05/10/2022 ad oggetto "Bilancio Preventivo Economico 2023, sono riportati gli obiettivi strategici e strutturali assegnati ai CRA unitamente ai rispettivi stanziamenti di bilancio.

AZIENDA SANITARIA LOCALE "NAPOLI 2 NORD"		
Sede Via Lupoli, 27 - 80027 Frattamaggiore (Na)		
CONTO ECONOMICO PREVENTIVO 2023		
		Importi: Euro
SCHEMA DI BILANCIO		
A) VALORE DELLA PRODUZIONE		
1) Contributi in c/esercizio		
a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale		1.563.729.515
b) Contributi in c/esercizio - extra fondo		1.562.734.891
1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati		994.624
2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura LEA		-
3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura extra LEA		-
4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - altro		-
5) Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo)		-
6) Contributi da altri soggetti pubblici		994.624
c) Contributi in c/esercizio - per ricerca		-
1) da Ministero della Salute per ricerca corrente		-
2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata		-
3) da Regione e altri soggetti pubblici		-
4) da privati		-
d) Contributi in c/esercizio - da privati		-
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti		-14.476.054
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti		21.189.621
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria		125.661.949
a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche		118.470.600
b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia		3.700.529
c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro		3.490.821
5) Concorsi, recuperi e rimborsi		4.991.011
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)		4.201.665
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio		13.562.200
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni		-
9) Altri ricavi e proventi		1.492.796
Totale A)		1.720.452.703
B) COSTI DELLA PRODUZIONE		
1) Acquisti di beni		
a) Acquisti di beni sanitari		252.791.179
b) Acquisti di beni non sanitari		251.186.946
2) Acquisti di servizi sanitari		1.098.142.427
a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base		138.490.273
b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica		149.764.207
c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale		225.403.650
d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa		82.004.260
e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa		18.073.515
f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica		21.179.260
g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera		351.884.322
h) Acquisti prestazioni di psichiatrica residenziale e semiresidenziale		10.776.184
i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci Fale F		55.897.027
j) Acquisti prestazioni termali in convenzione		2.160.634
k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario		5.130.403
l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria		22.889.968
m) Compartecipazione al personale per att. Laboro-prof. (autonomia)		3.489.558
n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari		1.578.408
o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie		8.835.343
p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria		2.585.415
q) Costi per differenziale Tariffe TLIC		-
3) Acquisti di servizi non sanitari		52.540.852
a) Servizi non sanitari		50.973.826
b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie		1.548.062
c) Formazione		218.964
4) Manutenzione e riparazione		11.121.442
5) Godimento di beni di terzi		3.928.207
6) Costi del personale		241.248.949
a) Personale dirigente medico		96.188.386
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico		7.103.787
c) Personale comparto ruolo sanitario		90.031.406
d) Personale dirigente altri ruoli		4.786.853
e) Personale comparto altri ruoli		43.138.517
7) Oneri diversi di gestione		4.311.267
8) Ammortamenti		15.465.993
a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali		724.952
b) Ammortamenti dei Fabbricati		4.223.289
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali		10.517.751
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti		273.572
10) Variazione delle rimanenze		-9.394.673
a) Variazione delle rimanenze sanitarie		-9.325.339
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie		-69.334
11) Accantonamenti		32.278.731
a) Accantonamenti per rischi		6.867.316
b) Accantonamenti per premio operosità		2.067.865
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati		8.657.438
d) Altri accantonamenti		14.686.112
Totale B)		1.702.707.945
DIF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)		
17.744.758		
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI		
1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari		
2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari		
Totale C)		
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE		
1) Rivalutazioni		
2) Svalutazioni		
Totale D)		
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI		
1) Proventi straordinari		
a) Plusvalenze		
b) Altri proventi straordinari		
2) Oneri straordinari		
a) Minusvalenze		
b) Altri oneri straordinari		
Totale E)		
RESULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)		
17.744.758		
V) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO		
1) IRAP		
a) IRAP relativa a personale dipendente		17.744.758
b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente		15.384.990
c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)		2.314.748
d) IRAP relativa ad attività commerciali		45.019
2) IRES		-
3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)		-
Totale V)		17.744.758
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO		
0		

Il documento degli obiettivi si sostanzia nella volontà di dare attuazione agli indirizzi programmatici formulati dalla Regione e si sostanzia attraverso l'indicazione degli obiettivi strategici di seguito riportati:

- piena realizzazione delle misure previste dai provvedimenti nazionali e regionali in ragione del governo della riduzione e razionalizzazione dei costi;
- messa a regime del Piano ospedaliero regionale;
- analisi della offerta/domanda di salute al fine di prevedere percorsi "appropriati";

- valorizzazione dei servizi territoriali, riconosciuti quali strumenti di soddisfacimento del bisogno di salute ed elementi attuativi della ridefinizione dell'offerta in termini di appropriatezza;
- riqualificazione e valorizzazione dei Distretti Sanitari al fine di garantire la “governance” della presa in carico e della cura dei pazienti fragili, cronici e poli cronici e rinforzare il ruolo delle "cure primarie" quale punto nevralgico nel processo di costruzione di modelli sinergici che creino relazioni efficaci ed efficienti nel rapporto collaborativo assistenza territoriale/assistenza ospedaliera;
- progettazione e implementazione di percorsi per migliorare la qualità dei servizi consultoriali nell’ottica dell’accessibilità e dell’umanizzazione delle cure;
- semplificazione dell'accesso alla rete dei servizi e contenimento dei tempi di attesa;
- completamento dei percorsi di certificabilità del bilancio alla luce di quanto previsto nel DCA 27/2019;
- valorizzazione delle risorse umane;
- integrazione e sviluppo degli strumenti informativi;
- potenziamento degli strumenti di monitoraggio e controllo;
- miglioramento nella gestione dei sistemi di valutazione delle performance;
- potenziamento dei servizi attraverso l’innovazione tecnologica.

Gli obiettivi strategici richiedono un processo di ristrutturazione da attuarsi con nuovi modelli gestionali che, interessando l'intera architettura aziendale, siano in grado di guidare il cambiamento e valorizzare le opportunità offerte dal processo di ripensamento delle strategie d'intervento.

Il monitoraggio continuo e costante dei processi garantirà la possibilità di conoscere tempestivamente gli andamenti aziendali, onde attivare le procedure correttive in tempo utile.

L'organizzazione snella e flessibile di cui l’azienda si dota, in grado di adattarsi alle mutevoli condizioni che si presentano nell'ambiente di riferimento, garantirà l’implementazione di modelli organizzativi della “gestione per obiettivi” per perseguire gli sfidanti obiettivi strategici.

L'assetto organizzativo dell'Azienda, in grado di operare per deleghe successive, creerà canali comunicazionali in grado di tradurre gli obiettivi in strategie e quest'ultime in azioni operative.

La programmazione 2023 dovrà tener conto di una serie di elementi derivanti da un’attenta analisi di contesto aziendale, dell’offering e delle leve di service management, al fine di:

- predisporre e attuare il nuovo atto aziendale;
- implementare percorsi efficaci ed efficienti basati sull’analisi della offerta/domanda di salute;
- valorizzazione dei servizi territoriali mirata alla riqualificazione dei Distretti Sanitari, elementi attuativi della ridefinizione dell'offerta delle cure territoriali nei setting ambulatoriale e domiciliare;
- riaffermazione del ruolo delle "cure primarie" quale punto nevralgico del rapporto collaborativo assistenza territoriale/ assistenza ospedaliera;
- semplificazione dell'accesso alla rete dei servizi e contenimento dei tempi di attesa;
- potenziamento delle procedure di reclutamento delle risorse umane;
- integrazione e sviluppo degli strumenti informatici e informativi esistenti;
- potenziamento degli strumenti di monitoraggio e controllo;
- valorizzazione della gestione dei sistemi di valutazione delle performance;
- potenziamento e integrazione dei servizi attraverso l’innovazione tecnologica.

La programmazione aziendale sarà, inoltre, coerente anche con gli obiettivi e con le risorse messe in campo dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), con riguardo agli ambiti della Missione 6 SALUTE.

Sono altresì rivolte al conseguimento degli obiettivi assistenziali assegnati anche tutte le attività progettuali programmate in aderenza al D.C.A n. 134/2016, per l’utilizzo delle risorse vincolate alla

realizzazione degli Obiettivi del vigente Piano Sanitario Nazionale nell'ambito delle Linee di attività ivi previste.

OBIETTIVI RELATIVI ALL'EROGAZIONE DEI L.E.A

atto di riferimento	Area	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Area Preventiva	Area Diagnostica	Area della Cura Primaria	Area Materno-Infantile	Area della Dipendenza	Area della Salute Mentale	Area Farmaceutica	Area Diagnostica e dell'Emergenza	Area Radiodiagnostica, Cure Domiciliari, Socio-sanitarie, Riabilitazione pubblica	Area Operativa e dell'Emergenza	Area dei Dipartimenti Ospedalieri	Area Diagnostica per Immagini	Area Patologia Clinica e Laboratorio	Area Amministrativa (funzioni Generali)	Area Sanitarie (funzioni Generali)	
DGRC 320/2022 e NSG (P01C-P02C-P06C)	Vaccinazione	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	incremento della copertura vaccinale sino all'ottenimento del valore del 95% per tutte le vaccinazioni	X	X	X	X			X									
		Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1 ^a dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	incremento della copertura vaccinale sino all'ottenimento del valore del 92%	X	X	X	X			X									
		Copertura vaccinale anti-influenzale anziani	Copertura vaccinale anti-influenzale almeno tra il 60% e il 75% negli assistiti di età >65 anni	X	X	X					X								
DGRC 320/2022 e NSG P15C	Screening	Screening di primo livello, in un programma organizzato per la prevenzione del K-mammella, K-cervice e K-colore-retto	Incremento della popolazione target che ha effettuato un test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice, mammella e colore-retto, con valori attesi rispettivamente del 35%, 25% e 25%	X	X	X	X								X	X	X	X	
DGRC 320/2022 e NSG P14C	Stili di vita	Indicatore composto sugli stili di vita	garantire la quota percentuale prevista di interviste sulla popolazione	X															

DGRC 320/2022 e NSG (P10Z - P12Z)	Anagrafe animali	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il Cittadino	Incremento fino al raggiungimento delle soglie previste per i controlli sulle anagrafi animali delle aziende bovine, ovicaprine, suine, equine, apistiche per la prevenzione della salute umana e animale. Controlli per la prevenzione della tubercolosi bovina e brucellosi ovicaprina - controlli di farmacoovveglianza veterinaria.	X														
	Controllo alimenti	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di tossine, microrganismi, contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale	(% di coperture del PPRU x 0,4) + (% di coperture del controllo ufficiale di residui di prodotti fitofarmaci x 0,4) + (% di coperture del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari x 0,2)	X														
DGRC 320/2022 P07C P08Z	Sicurezza luoghi di lavoro	Controllo Unità locali sicurezza sui luoghi di lavoro	Incremento del valore percentuale fino alla soglia di copertura complessiva almeno tra il 2,50 e il 50	X														
DGRC 320/2022 e NSG D03Z, D04C	Appropriatezza dei ricoveri	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (> 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine, per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), e scompenso cardiaco)	Infrastruttura un valore aziendale tale da restare entro la soglia regionale stabilita 373 e/o mantenere un numero totale di ricoveri < 919 (anno 2021)		X	X					X	X						X
		Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	Infrastruttura un valore aziendale tale da restare entro la soglia regionale stabilita 176 e/o mantenere un numero totale di ricoveri < 27 (anno 2021)		X	X						X	X					
DGRC 320/2022 Allegato A del DG; Garanzia LEA ob. 15.2 e 15.3	Appropriatezza setting ospedaliero	Tasso di ricoveri di tipo diagnostico per 1.000 residenti e/o la situazione dei ricoveri di tipo diagnostico	Garantire per il tasso un valore <= 7,00, e/o riferito al numero assoluto dei ricoveri -300 rispetto allo standard dell'anno precedente										X	X				X
		Tasso di accessi di tipo medico standardizzato per età per 1.000 residenti e/o la situazione degli accessi di tipo medico	Garantire per il tasso un valore <= 20,00, e/o riferito al numero assoluto degli accessi -250 rispetto allo standard dell'anno precedente											X	X			
DGRC 320/2022 e NSG D09Z	Emergenza Terrore	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	Infrastruttura un valore aziendale tale da restare entro la soglia regionale stabilita 20 sec								X							
DGRC 320/2022 e NSG D10Z, D11Z	Liste di attesa	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.	garantire una performance aziendale non inferiore al valore soglia del 90%		X	X							X	X	X			X
		Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D	garantire una performance aziendale non inferiore al valore soglia del 90%		X	X								X	X	X		
DGRC 320/2022 NSG D14C	Appropriatezza farmacoterapia	Consumo di farmaci essenziali/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	garantire un valore aziendale di DDD entro la soglia stabilita di 7,503		X	X				X								
DGRC 320/2022 NSG D22Z; Garanzia LEA ob. 8	Cure domiciliari	Percentuale di anziani >65 anni trattati in ADI	garantire un valore complessivo tra >=1,10 e 7,50 per 100 residenti		X	X				X								X
		Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	Garantire per ogni CIA i valori soglia previsti pari a 2,6 per CIA 1, 1,9 per CIA 2, e 1,5 per CIA 3		X	X					X							
DGRC 320/2022 e Allegato B del DG	Integrazione Ospedale Territorio	Percentuale >=100 di pazienti (età <65) sottoposti a valutazione multidimensionale per la presa in carico ADI entro 2 giorni dalla dimissione ospedaliera	garantire almeno la percentuale del 100		X	X				X	X	X						X
		Percentuale >=90 di prese in carico (con data di dimissione effettiva) con almeno 1 accesso sul totale	garantire almeno la percentuale del 90%		X	X					X							

OBIETTIVI RELATIVI AI PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI

atto di riferimento	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Area Prevenzione	Area Diagnostica	Area delle Cure Primarie	Area Materno-Infantile	Area delle Dipendenze	Area della Salute Mentale	Area Neuropsichiatrica	Area Residuale	Area Ospedaliera e dell'Emergenza	Area Residuale Cure domiciliari Socio-sanitario Riabilitazione pubblica	Area Sanitaria Funzioni Centrali	Area Amministrativa Funzioni Centrali
DCA 108/2014; Bilancio di Previsione; Piano investimenti DCA6/2020	Investimenti	adeguamenti strutturali di edilizia sanitaria e ammodernamento delle tecnologie biomedicali (Piano degli investimenti)											X	X
DCA 106/2014; DCA 108/2016; L.161/2014; DCA 14/2017; DCA 6/2020	Razionalizzazione organizzativa del personale	Razionalizzazione interna delle unità operative e dei turni del personale finalizzata sia alla riduzione dell'autocostruzione interna per la diligenza medica e sanitaria, e al contenimento del lavoro straordinario per il comparto	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
DCA 66/2016; DCA 44/2018; DCA 138/2018; DCA 6/2020; D.D. 330/2020.	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	Incentivazione dell'appropriatezza prescrittiva e razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera.		X	X				X		X	X		
		Incentivazione dei farmaci a brevetto scaduto e dei biosimilari			X				X		X			
		Monitoraggio e contenimento dell'utilizzo degli antibiotici classe J01 entro le DDD stabilite come target		X	X				X		X	X		X
		Appropriatezza prescrittiva farmaci oncologici - uniformità comportamenti prescrittivi ed erogativi dei centri prescrittori				X			X		X	X		X
Direttiva UE sui ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali DCA 125/2012; DCA 23/2018; DCA 63/2018; DCA 6/2020; DGRC n. 599/2021; DGRC 215/2022; DGRC 609/2022; DGRC 168/2021; DGRC 320/2022	Risoluzione dei ritardi di pagamento dei fornitori	Liquidazione e pagamento delle fatture con ritardo di liquidazione	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
	Rapporti con gli erogatori	Verifica tecnica del rispetto dei tempi di cura per gli Erogatori privati accreditati. E puntuale monitoraggio delle attività inerenti alle prestazioni rese in regime di accreditamento.		X			X	X	X				X	X
	Tempo di pagamento dei fornitori	Pagamento delle fatture entro i termini previsti	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
percorsi PAC/SIAC D.lgs. 118/2011; DCA 5/2015; DCA 108/2014; DCA 53/2017; DCA 22/2018; DCA 63/2018; DCA 6/2020; DCA n. 67/2019; deliberazioni aziendali n.173/2016, n. 88/2017, n. 555/2017, n.249/2019, n. 1549/2020, n. 1280/2022	Percorsi PAC	Applicazione delle azioni previste nel Manuale dei percorsi strutturali per la certificabilità (PAC)	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
	Ottimizzazione del magazzino	Registrazione del carico e scarico di magazzino entro 10 ES	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
	Tempi di registrazione fatture	Registrazione delle fatture entro 15 gg												X
	SIAC - Progetto regionale art.70 comma 1 teries lettere c) della legge 133/2008	Consolidamento delle procedure amministrative riconfigurate in seguito all'entrata in esercizio del sistema SIAC	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
DCA 108/2014; DCA 6/2016; DCA 14/2017; DCA 53/2019; DCA 55/2019; DCA 6/2020.	Gestione del personale	attuazione delle misure regionali relative alla gestione del personale: procedure di reclutamento secondo il piano dei fabbisogni; rispetto degli adempimenti regionali relativi agli specialisti ambulatoriali; rideterminazione dei fondi per la contrattazione integrativa; procedure concorsuali per l'affidamento degli incarichi dirigenziali.			X								X	X
DCRG 271/2012; DCA 34/2017; D.L. 104/2020; DCA 52/2019; DCA 6/2020; DGRC 209/2022; NSG D09Z, D10Z.	Miglioramento dei tempi di attesa	Governo delle liste di attesa e garanzia dei percorsi di tutela dei tempi massimi di attesa		X	X								X	X

DCRG 102/2009; DCA 17/2014;DCA 35/2017; DCA 4/2018; DCA 31/2018; DCA 6/2020; delibera 528/2022; 930/2019; 929/2019; 1493/ 2018.	DAY-SERVICE	Promozione e implementazione dei day-service (FACC)		X	X										X	X	X	X			
DCA 70/2017;DCA 3/2018;DCRG 320/2022; DCA 108/2014; DCA 26/2014; DCA 43/2014; et successivi; DCA 32/2019; PND accordo C.U. del 30/10/2014, DCA 52/2015, DGRC 618/2020	FDTA delle seguenti patologie: EPCCO - Scompenso cardiaco - Diabete e complicanze - Demenze	metta a regime dei FDTA e dei relativi flussi sanitari per il monitoraggio di cui alle deliberazioni aziendali: n. 515/2022 e 579/2017; n. 184/2022; n. 902/2019; n. 703/2018.		X	X				X	X	X	X								X	
DCA 132/2013; DCA 69/2017; delibera 1101/2017; delibera 1186/2018.	fase acuta della frattura collo femore e fase riabilitativa	implementazione FDTA e flussi informativi sanitari per il monitoraggio		X	X						X	X	X							X	
DCA 23/2015; DCA 63/2019; delibera 977/2018	STROKE in fase acuta e fase riabilitativa	implementazione FDTA e flussi sanitari informativi per il monitoraggio		X	X						X	X	X	X						X	
DCA 98/ 2016; DCA 19/2018; DCA 89/2018;D.D. 221/2021	Rete Oncologica Campana	Attuazione delle misure regionali previste dai documenti di indirizzo relativamente alla gestione del paziente oncologico nell'ambito dei GOM aziendali. Potenziamento degli strumenti di monitoraggio della qualità e tempi di presa in carico nelle varie fasi del percorso		X	X						X	X	X	X	X	X				X	
DGRC n.111 del 27.05.2013; DPCM 159/2013; L. 328/2000; D.P.C.M. del 29/11/2001	Equità in salute	Integrazione socio-sanitaria dei migranti e dei senza fissa dimora	X	X	X	X	X	X			X	X									
DCA 103/2019; DCA 21/2018, DCA 6/2020; DCA 69/2021	Riqualificazione attività di ricovero	Riqualificazione del care mix delle prestazioni di ricovero anche al fine di ridurre la migrazione sanitaria											X	X						X	
DCA 103/2019;	Riqualificazione dell'emergenza urgenza	riqualificazione del circuito dell'emergenza urgenza nella gestione delle patologie tempo-dipendenti											X	X						X	
DCA 99/2018	Rete assistenza territoriale	Completamento delle misure organizzative dell'assistenza territoriale sul modello APT, UCCP e delle Strutture Intermedie (Case di Comunità, Ospedali di Comunità)	X	X									X							X	X
DCA108/2014; DD192/2017; DGRC 394/2016; L.g. 120/2007; DGRC 373/2019; DCA 6/2020; DCA 103/2019; DCA 69/2019	Flussi Informativi Sanitari	Adozione delle misure più idonee per il miglioramento della continuità, completezza e qualità dei flussi informativi consolidati: File F, Flusso EMUR, FILE C, SIMES, Tessera sanitaria, FAR, SIAD, SDO,etc....	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
D.lvo 286/1999; D.lvo 29/1993; DCA 14/2009; DD 192/2017;DCA 67 /2019; delibera 127/2017; DCA n. 6 /2020;DGRC 168/2021 Deliberazione n. 249 del 09/10/2019.	Controllo di gestione e contabilità analitica	Attuazione dei corretti processi contabili analitica e gestionale aziendale per C&C e C&R , e potenziamento dei sistemi di monitoraggio, misurazione e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati aziendali	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
DM 23.12.2019 e ss.mm.ii., D.M. 20/5/2022; Nota DGTSSSR 0096576/2022; DCA 34/2019; DGRC 426/2020	Fascicolo elettronico	digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali nel rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite nel DM	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

DCA 60/2018; DCA 95/2018; DGRC 46/2022; DCA/25/2020	ALPI	rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionali Intramurarie; revisione regolamento aziendale alla luce della ultima normativa.	X	X	X				X						X	X				X	X	
DGRC 108/2014; DGRC 716/2016; DGRC 134/2018 et successivi	Sanità Penitenziaria	Progetti a finanziamento vincolato per : valutazione pericolosità sociale, progetto doppia diagnosi area penale, prevenzione del suicidio negli istituti penitenziari			X			X	X													
D.L. 170/2010; D.L. 134/2015;DCA 24/2015; DCA 93/2019	Neuropsichiatria infantile e autismo	disturbi specifici dell'apprendimento, percorso clinico-organizzativo di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico, riorganizzazione rete autismo.		X	X	X			X												X	
DGRC 656 del 07/12/2022	Salute Mentale	Piano Regionale per il Contrasto dei Disturbi della nutrizione e dell'Alimentazione - Potenziamento dell'attività ambulatoriale per i DNA e implementazione residenzialità						X		X												
DPCM del 12/01/2027 artt. 28 e 35; D.M. n. 136 del 16/07/2021:	Dipendenze Patologiche	Garantire i LEA di cui agli artt. 28 e 35 del DPCM del 2017 secondo le linee guida ministeriali in relazione alle attività di prevenzione- cura - presa in carico- riabilitazione dei pazienti affetti da dipendenze patologiche, con particolare riferimento al gioco d'azzardo.	X							X												
DGRC 320/2022; DGRC 210/2022; delibera aziendale 290/2023	Fabbisogno aziendale di prestazioni sanitarie pubbliche di assistenza specialistica ambulatoriale e degli obiettivi di produzione anni 2022-2023	Obiettivi di produzione per l'ASL anno 2023 per le branche di Patologia clinica, medicina fisica e Riabilitativa, Cardiologia, Radiodiagnostica, branche a visita, dialisi		X	X								X	X	X	X	X	X	X	X	X	
DGRC 600/2021; D.D. 110/2022 deliberazione 208/2022; 482/2022; 1194/2022; nota reg. Prot.0514502/2022	Piano della Prevenzione 2020-2025 di cui alla DGRC 000/2021	raggiungimento del valore percentuale atteso (70%) per l'anno 2023, così come previsto dalla DGRC	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
DGRC 320/2022	Gestione della presa in carico	erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico secondo le linee di indirizzo regionali;								X			X	X								
DCA 55/2010; DGRC 320/2022; DD 145/2021; DD 129/2021.	Riorganizzazione dei Servizi di Medicina di Laboratorio in Regione Campania	attuazione della rete aziendale dei laboratori pubblici in conformità con la programmazione regionale;	X	X					X						X					X	X	X

OBIETTIVI RELATIVI alla SICUREZZA dei PAZIENTI-RISCHIO CLINICO

atto di riferimento	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Area Sanitaria funzioni Centrali	Area Amministrativa funzioni Centrali	Area Diagnostica per immagini	Area Diagnostica per immagini	Area Diagnostica per immagini	Area dei Dipartimenti Operatori	Area Operatoria e dell'Emergenza	Area Radiologia Cure Specialistiche, Riabilitazione pubblica	Area Farmaceutica	Area della Salute Mentale	Area della Dipendenza	Area della Salute Mentale	Area della Dipendenza	Area Materno-Infantile	Area delle Cure Primarie	Area Diagnostica	Area Prevenzione	
DPCM 23/02/2020 e seguenti; ordinanza regionale n.1/2020 et successive	Sicurezza Emergenza covid	Riconversione laddove necessario per andamento epidemiologico di riconversione strutture a destinazione COVID Distribuzione puntuale DPI Monitoraggio andamento casi campagna vaccinale anticovid	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

atto di riferimento	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Area Sanitaria funzioni Centrali	Area Amministrativa funzioni Centrali	Area Diagnostica per immagini	Area Diagnostica per immagini	Area dei Dipartimenti Operatori	Area Operatoria e dell'Emergenza	Area Radiologia Cure Specialistiche, Riabilitazione pubblica	Area Farmaceutica	Area della Salute Mentale	Area della Dipendenza	Area Materno-Infantile	Area delle Cure Primarie	Area Diagnostica	Area Prevenzione
D.lvo 502/1992; 229/1999; CCNL di categoria; D.lgs 78/2010 convertito in legge 122/2010;deliberazione n° 127/2018	Formazione	Promozione della formazione presso tutte le Strutture aziendali quale indispensabile strumento di miglioramento della qualità delle attività Implementazione del Piano formativo aziendale	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
DCRG 320/2022; DCA 108/2014; DCA 26/2014; DCA 43/2014; et successivi; DCA 70/2017; DCA 3/2018, DCA 32/2019; delibera 515/2022; delibera 308/2022; 579/2017; 763/2018; 902/2019; PND accordo C.U. del 30/10/2014, DCA 52/2015, DGRC 618/2020, delibera aziendale n.184/2022	FDTA	Messa a regime e corretta alimentazione dei flussi sanitari previsti per i FDTA area cronicità sottoriportati : EPSCO, diabete, scompenso cardiaco, oncologia, demenze Miglioramento delle attività di monitoraggio nelle aree assistenziali della cronicità come da FDTA aziendali e analisi delle criticità rilevate -diabete e piede diabetico e ulcere cutanee (DCA 108/2014 e DCA 43/2014); - bronco-pneumopatia cronica ostruttiva (DCA 70/2017, DCA 3/2018); - scompenso cardiaco (DCA 108/2014 e linee guida di riferimento); -FDTA percorsi oncologici della ROC (D.D. 221/2021); -FDTA gestione pazienti in OB- PS (del. 308/2022); - FDTA aziendale Demenze (del.184/2022).	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

DCA 105/2014;DCA 108/2014; deliberazioni aziendali n.523/2018; 528/2021; 1054/2017; 1337/2017; 1801/2021deliberazioni aziendali su raccomandazioni ministeriali: 273/2016; 295/2013; 729/2014; 20/2015; 741/2014; 888/2018; 141/2014; 1160/2017; 637/2011; 1179/2017; 636/2011; 73/2018; 145/2015; 1170/2017; 765/2020; 1050/2020.	Sicurezza dei pazienti	Piano di formazione aziendale per la sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico																		X	X		
		Prevenzione delle infezioni nosocomiali e adesione agli studi di sorveglianza sanitaria delle infezioni correlate all'assistenza; attività di sorveglianza e prevenzione dell'antibiotico-resistenza (FNCAIR).	X	X	X				X	X	X	X										X	
	Sistema Nazionale SIMES	Adesione al SIMES e alimentazione del flusso informativo regionale-ministeriale relativo agli errori in sanità. Attivissimo debito informativo ministeriale flussi informativi																				X	X
	Raccomandazioni Ministeriali	applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali già adottate dall'Azienda, verifica dell'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali già adottate dall'Azienda, e implementazione delle n°9.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
DGRC 532/2011; DCA 37/2016; deliberazione n. 100/2020 et successive; deliberazioni n. 1403/2022; 260/2020;	Sicurezza percorso nascita	Monitoraggio e gestione del rischio clinico nell'ambito del percorso nascita aziendale in particolare per la prevenzione della morte materna e neonatale										X											X
D.Lgs. n. 81/08 e s.m.i.	Tutela della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro	Attuare le misure idonee a garantire la salute e la sicurezza degli operatori con adempimento degli obblighi normativi.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

OBIETTIVI RELATIVI ALLA COMUNICAZIONE e ACCESSIBILITA'

atto di riferimento	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Area Sanitaria funzioni Centrali	Area Amministrativa funzioni Centrali	Area Diagnostica per immagini	Area Diagnostica per immagini	Area dei Dipartimenti Operatori	Area Operatoria e dell'Emergenza	Area Radiologia Cure Specialistiche, Riabilitazione pubblica	Area Farmaceutica	Area della Salute Mentale	Area della Dipendenza	Area Materno-Infantile	Area delle Cure Primarie	Area Diagnostica	Area Prevenzione
DCA 108/2013;D.P.C.M. del 19/5/1995.	Soddisfazione dell'utente	Indagini di rilevazione del grado di soddisfazione dell'utente; gestione, monitoraggio e poortistica dei reclami pervenuti	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Diritto di accesso e informazione	applicazione del Regolamento di accessibilità degli atti	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Comunicazione e relazione con i cittadini	adeguamento continuo del sito web aziendale														X

2.2.8. CALENDARIO PERFORMANCE

Performance: il calendario delle attività				
Data	Riferimento	Amministrazione		OIV
31 gennaio	art. 10, comma 1, let. a) del D. Lgs. n. 150/2009 Delibera Anac n. 112/2010	Piano della <i>performance</i>		
Entro 30 gg dall'adozione del Piano della <i>performance</i>	art. 14, comma 4, lettera a) del D. Lgs. n. 150/2009 Delibere Anac n. 6/2013 (cap. 3.5) e n. 23/2013			Monitoraggio di I livello sull'avvio del Ciclo della <i>performance</i>
30 aprile	art. 14, comma 4, lettera a) del D. Lgs. n. 150/2009 Delibere Anac n. 4/2012 e n. 23/2013		Eventuale aggiornamento del Sistema di misurazione e valutazione delle <i>performance</i> Eventuale pubblicazione /aggiornamento degli Standard di qualità	Relazione degli OIV sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni. Monitoraggio sull'assegnazione degli obiettivi individuali per il personale dirigente e non dirigente
30 giugno	art. 10, comma 1, let. b) del D. Lgs. n. 150/2009 Delibera Anac n. 5/2012	Relazione sulla <i>performance</i>		Realizzazioni di indagini sul personale dipendente ai sensi dell'articolo 14 comma 5 del D. Lgs. 150/09 (Benessere organizzativo).
15 settembre	art. 14, comma 4, lettera c) del D. Lgs. n. 150/2009 Delibere Anac n. 6/2012 e n.23/2013			Documento di validazione e sintesi delle carte di lavoro
30 novembre	art. 14, comma 4, lettera a) del D. Lgs. n. 150/2009 Delibera Anac n.23/2013			Monitoraggio <i>premieria</i>

2.3 RISCHI CORRUTTIVI (LEGGE N. 190/2012 E D.L. N.33/2013)

PIANO ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA - Triennio 2023 – 2025 - Aggiornamento anno 2023, adottato con deliberazione n. 454 del 23 marzo 2023, e redatto dal Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza dell'ASL Napoli 2 nord, dott. Pasquale Bove, coadiuvato dal proprio gruppo di supporto.

Il presente atto di aggiornamento per l'anno 2023, approvato anche con un coinvolgimento attivo degli organi di indirizzo politico amministrativo di questa Azienda, concepito come uno strumento utile alla gestione dell'intero processo relativo alle attività della prevenzione della corruzione e della trasparenza, si inserisce in un momento storico singolare, connotato, tra l'altro, dal termine dello stato di emergenza da Covid-19 (marzo 2022) e dall'avvio del programma europeo per il PNRR.

Nella consapevolezza che il contesto pandemico abbia aggravato il perseguimento degli obiettivi di trasparenza preposti con la programmazione degli anni precedenti, si ritiene che tale strumento si configuri come un importante momento di pianificazione anche alla luce delle novità tecnologiche ed organizzative introdotte dall'Azienda nell'ambito della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza nel corso degli ultimi anni.

A ciò si aggiunge che il Piano si inserisce in un contesto normativo in corso di definizione, infatti con il D.L. 80 del 9 giugno 2021, convertito nella L. 113 del 6 agosto 2021, è stato introdotto il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), il cui obiettivo è quello di raccogliere diversi strumenti di programmazione in un piano unico. Nelle more della definizione del quadro normativo di riferimento - che dovrebbe comportare l'abolizione degli adempimenti relativi al Piano triennale della prevenzione della corruzione si è proceduto all'adozione del presente aggiornamento in coerenza con la normativa vigente e con le indicazioni dell'ANAC.

Altra peculiarità che connota il momento di adozione di tale atto di aggiornamento programmatico risiede nella nomina del nuovo RPCT, dott. Pasquale Bove, giusta deliberazione n. 1965/2022, collaborato dal personale appartenente al gruppo di lavoro a supporto del RPCT, ancora operante nell'Asl Napoli 2 Nord.

L'avvio del programma europeo Next Generation EU (NGEU), strumento temporaneo per una robusta ripresa dell'economia europea all'insegna della transizione ecologica, della digitalizzazione, della competitività, della formazione e dell'inclusione sociale, territoriale e di genere, ha richiesto ad ogni Stato membro la predisposizione di un Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), al fine di garantire l'effettivo raggiungimento degli obiettivi indicati a livello europeo.

Il Decreto-Legge 31 maggio 2021, n. 77, che definisce il quadro normativo nazionale finalizzato a semplificare e agevolare la realizzazione dei traguardi e degli obiettivi stabiliti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, stabilisce a grandi linee i tre capisaldi che guideranno i cambiamenti nella Pubblica Amministrazione:

- Digitalizzazione;
- Reingegnerizzazione dei processi;
- Semplificazione.

Il Legislatore, consapevole del ruolo nevralgico che assumeranno le amministrazioni pubbliche nella realizzazione degli interventi previsti nel PNRR, con il Decreto-Legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito in Legge n. 113 del 6 agosto 2021, ha definito un *modus operandi* a "rete" teso a garantire il rafforzamento della capacità funzionale delle stesse. In particolare, all'art. 6 del citato decreto-legge ha introdotto uno strumento unico di pianificazione delle amministrazioni pubbliche — il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) — che, anche in un'ottica di semplificazione degli strumenti programmatici esistenti, dovrebbe determinare una logica integrata di pianificazione rispetto alle scelte fondamentali di sviluppo delle stesse.

Alcuni degli obiettivi strategici previsti nel PIAO — semplificazione e digitalizzazione di procedure, facile accessibilità alle amministrazioni da parte dei cittadini e delle imprese, sia fisica che digitale, una

gestione del personale che miri alla valorizzazione professionale e culturale, una piena trasparenza amministrativa – si combinano e si intrecciano con gli obiettivi e le misure di prevenzione della corruzione, con la medesima finalità di guidare le amministrazioni pubbliche al corretto e responsabile utilizzo delle risorse e al continuo miglioramento organizzativo e funzionale delle stesse.

La strategia di contrasto della corruzione e delle forme di “cattiva amministrazione” assume dunque sempre maggiore centralità e si rafforza nei suoi connotati “strutturali” di prevenzione amministrativa, con strumenti integrati e obiettivi strategici condivisi, costituendo fattore di stimolo per il miglioramento dei processi organizzativi.

Con l’attività prevista per il 2023 si continuerà a dare piena attuazione all’infrastruttura preventiva realizzata tramite la messa in esercizio del Portale Amministrazione Trasparente, il quale, alimentato dai referenti delle singole strutture aziendali, è allo stato pienamente operativo e ben collaudato, nonché in continua implementazione.

Al fine di assicurare maggiore incisività ed efficienza all’azione volta a garantire l’applicazione dei principi ispiratori della materia, alla luce dell’attività di formazione del personale dipendente svolta fino a questo momento, nel corso dell’anno 2023 si continuerà il monitoraggio dell’adempimento degli obblighi di trasparenza gravanti in capo alle singole strutture ricorrendo principalmente agli strumenti di rilevazione offerti dal portale aziendale.

Le suddette azioni preventive saranno perseguite anche tramite la piattaforma dedicata al cd. “Whistleblowing”, la quale, assicurando al segnalante tutte le tutele previste dalla normativa vigente, costituisce altra risposta smart alla prevenzione della corruzione.

In conclusione, nel corso del 2023 si continuerà il percorso fondato principalmente sulla semplificazione e digitalizzazione delle procedure amministrative in tema di trasparenza e prevenzione della corruzione, orientato all’impiego efficiente ed efficace delle risorse aziendali.

Normativa e direttive di riferimento

- Legge 6 novembre 2012, n. 190, “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”.
- Decreto Legislativo 31 dicembre 2012, n. 235, “Testo unico delle disposizioni in materia di incandidabilità e di divieto di ricoprire cariche elettive e di Governo conseguenti a sentenze definitive di condanna per delitti non colposi, a norma dell’articolo 1, comma 63, della legge 6 novembre 2012, n. 190”.
- Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33, “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”.
- Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39, “Disposizioni in materia di inconferibilità ed incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell’articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190”.
- Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”, entrato in vigore in data 19 giugno 2013.
- Decreto Legislativo 25 maggio 2016, n. 97, “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”.
- Legge 30 novembre 2017, n. 179 “Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell’ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”.

- Circolari del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1/2013 in data 25 gennaio 2013, “Legge n. 190 del 2012 -Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione” e n. 2/2013 in data 19 luglio 2013, avente ad oggetto “D.Lgs. n. 33 del 2013 - attuazione della trasparenza”.
- Linee di indirizzo 13.03.2013 del Comitato Interministeriale contenenti le prime indicazioni sui contenuti fondamentali del Piano Nazionale Anticorruzione e sui contenuti essenziali dei Piani Triennali di prevenzione della corruzione.
- Intesa in Conferenza unificata sancita in data 24 luglio 2013 tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l’attuazione dell’art. 1, commi 60 e 61, della legge 6 novembre 2012, n. 190.
- Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica e adottato in data 11 settembre 2013 dalla Autorità Nazionale Anticorruzione, con delibera n. 72/2013.
- Delibera della CIVIT n. 75/2013 “Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche (art. 54, comma 5, d.lgs. n.165/2001).
- Delibera dell’ANAC n. 146/2014 in materia di esercizio del potere di ordine nel caso di mancata adozione di atti o provvedimenti richiesti dal piano nazionale anticorruzione nonché dalle regole sulla trasparenza dell’attività amministrativa o nel caso di comportamenti o atti contrastanti con i piani e le regole sulla trasparenza citati.
- Delibera dell’ANAC n. 149/2014 “Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario”.
- D.L. n. 66 del 2014 Misure urgenti per la Competitività e la giustizia Sociale.
- D.L. n.90 del 24 giugno 2014 convertito con modificazione in L. 11 agosto 2014.
- n. 114 “Misure Urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l’efficienza degli uffici giudiziari”.
- Circolare n. 6 del 2014 del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica amministrazione Interpretazione e applicazione dell’articolo 5, comma 9, del decreto-legge n.95 del 2012, come modificato dall’articolo 6 del decreto-legge 24 giugno 2014, n.90.
- Delibera dell’ANAC n.10 del 2015 “Individuazione dell’autorità amministrativa competente all’irrogazione delle sanzioni relative alla violazione di specifici obblighi di trasparenza (art.47 del d. lgs.33/2013)”.
- Delibera dell’ANAC n.22 del 2014 pubblica il 15 dicembre 2014 “Attuazione delle disposizioni di cui agli artt. 9, comma 7 e 10, commi 3 e 4 lettere a) e b) del decreto-legge 24 aprile 2014 n.66 convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n.89”.
- Determinazione dell’ANAC n.1 del 2015 “Criteri interpretativi in ordine alle disposizione dell’art. 38, comma 2-bis e dell’art.46, comma 1-ter del D.Lgs. 12 aprile 2006, n. 163”.
- Decreto legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito in legge 11 agosto 2014, n. 114, recante il trasferimento completo delle competenze sulla prevenzione della corruzione e sulla trasparenza dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP) all’ANAC.
- Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 “Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione”, con particolare riguardo all’Area rischio Contratti pubblici.
- Delibera dell’ANAC n. 831 del 3 agosto 2016 “Aggiornamento 2016 al Piano Nazionale Anticorruzione”, con particolare riguardo alla parte VII – Sanità.
- Delibera ANAC n. 1309 del 28 dicembre 2016 “Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e di limiti all’accesso civico di cui all’art. 5 co. 2 del d.lgs. 33/2013”.

- Determinazione ANAC n. 358 del 29/03/2017 “Linee guida per l’adozione dei codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale”.
- Circolare n. 2 del 20 maggio 2017 del Ministero per la semplificazione e l’P.A.
- “Attuazione delle norme sull’accesso civico generalizzato (c.d. FOIA).
- Delibera dell’ANAC n. 1208 del 22 novembre 2017 “Approvazione definitiva dell’aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione”.
- Delibera ANAC n. 215 del 26 marzo 2019 “Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all’art. 16, comma 1, lettera l-quater, del d.lgs. n. 165 del 2001”.
- ANAC – “Schema di Piano Nazionale Anticorruzione 2019 – 2021”.
- Delibera ANAC n. 494 del 5 giugno 2019 “Linee guida per l’individuazione e la gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici”.
- Delibera ANAC n. 469 del 9 giugno 2021 “Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell’art. 54-bis, del d.lgs. 165/2001 (c.d. whistleblowing)”.
- D.L. 80 del 9 giugno 2021, convertito nella L. 113 del 6 agosto 2021.
- D.L. 36 del 30 aprile 2022.
- L. 197 del 29 dicembre 2022.

2.3.1 OBIETTIVI E AZIONI DEL PIANO

L’ASL Napoli 2 nord riconosce e fa proprie le finalità di prevenzione della corruzione, quali essenziali al perseguimento della mission aziendale e delle proprie funzioni istituzionali e, a tal fine, adotta e sviluppa un sistema di prevenzione e monitoraggio dei comportamenti e degli illeciti basato su:

1. “Codice di comportamento dei dipendenti pubblici”, di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, e sul “Codice di comportamento aziendale” adottato ai sensi dell’art. 54 d.lgs. 165/2001 e della delibera CIVIT n. 75/2013, con deliberazione aziendale n. 647 del 2019;
2. Decreto Legislativo 14 marzo 2013 n. 33 in materia di “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni” come modificato da D. Lgs. n. 97 del 25.05.2016 (FOIA);
3. Decreto Legislativo 8 aprile 2013 n. 39, in materia di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi;
4. Piano Nazionale Anticorruzione aggiornamento 2019 approvato con del. ANAC n. 1064 del 13.11.2019.

L’Azienda adempie al dettato normativo di cui all’art. 1, comma 8, della legge 190/2012, che prevede l’aggiornamento annuale del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2023-2025 (di seguito anche Piano o PTPCT).

Mediante l’approvazione del presente aggiornamento del Piano, nel quale sono indicati i progetti e le iniziative che si intendono perseguire, l’Azienda ha lo scopo del miglioramento della qualità delle misure di prevenzione già in atto.

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

La strategia nazionale si realizza mediante il Piano nazionale anticorruzione (PNA) adottato dall’Autorità Nazionale Anticorruzione. Detto Piano costituisce atto di indirizzo per le pubbliche

amministrazioni ai fini dell'adozione dei propri Piani triennali di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT). I PTPCT deve identificare le misure organizzative utili per contenere il rischio di assunzione di decisioni non imparziali. A tale riguardo spetta alle amministrazioni di valutare e gestire il rischio corruttivo, secondo una metodologia che comprende:

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

Il presente aggiornamento del PTPCT è articolato nelle seguenti sezioni principali:

Sezione A - I soggetti che concorrono alla prevenzione del rischio corruttivo; funzioni attribuite e relative responsabilità.

Sezione B - Analisi delle condizioni di rischio generali (contesto di settore e geografico) e analisi delle condizioni di rischio specifico in Azienda.

Sezione C - Le misure di prevenzione della corruzione: generali - perché incidono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione intervenendo in modo trasversale sull'intera amministrazione; specifiche - perché incidono su problemi specifici, individuati tramite l'analisi del rischio e pertanto devono essere contestualizzate rispetto all'amministrazione di riferimento.

Principali azioni che l'ASL intende perseguire per l'anno 2023

1. Gestione ordinaria delle attività dei processi della prevenzione della corruzione mediante il Portale Amministrazione Trasparente.
2. Aggiornamento della rete di referenti per le attività di prevenzione della corruzione, trasversale a ciascun servizio.
3. Formazione del personale gruppo di lavoro del RPCT e – mediante un processo di condivisione delle conoscenze a cascata – prosecuzione di percorsi di formazione continui diretti ai referenti interni ai servizi.
4. Aggiornamento della mappa del rischio interno di corruzione all'interno dell'Azienda, sulla base delle peculiarità dell'ASL.
5. Collaborazione con gli altri servizi aziendali per la definizione e promozione di procedure coordinate volte a limitare il rischio di corruzione.
6. Consolidamento delle procedure per la gestione del whistleblowing.
7. Revisione ed aggiornamento delle procedure aziendali relative alle varie tipologie di conflitto di interesse.
8. Monitoraggio dell'adempimento degli obblighi di pubblicazione tramite il Portale aziendale.

Prevenzione della corruzione e Performance

La percezione dell'efficacia e dell'efficienza in ambito sanitario è fortemente legata a variabili quali:

- Qualità della prestazione sanitaria
- Tempi e qualità della risposta ai bisogni di salute emergenti
- Economicità delle soluzioni e delle prestazioni
- Livello di focalizzazione della risposta ai bisogni della popolazione

Occorre che l'ASL Napoli 2 Nord ponga in primo piano il piano delle Performance e ponga, quali indicatori di qualità del lavoro svolto, la corretta messa in campo delle azioni di prevenzione della corruzione e di monitoraggio dei rischi corruttivi. Tale processo deve maturare da mero adempimento a prassi di management utile ad una migliore gestione delle attività.

SEZIONE A: I SOGGETTI CHE CONCORRONO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO - FUNZIONI ATTRIBUITE E RESPONSABILITÀ

I soggetti attuatori delle azioni di prevenzione della corruzione e della trasparenza

L'azione di prevenzione della corruzione all'interno di un'Azienda Sanitaria delle dimensioni dell'ASL Napoli 2 Nord può essere portata avanti solo mediante l'impegno di diversi soggetti che, ciascuno con competenze e livelli di responsabilità differenti, agiscono nell'ambito di un'azione coordinata. Il coordinamento di tali azioni è dato proprio dal presente Piano.

Sono parte attiva nella gestione della prevenzione della corruzione:

- il Direttore Generale;
- il Responsabile della prevenzione della corruzione, della trasparenza e l'integrità;
- tutti i Direttori di Struttura, i Dirigenti e tutto il personale che ad ogni titolo lavora e collabora con l'Azienda;
- il Gruppo di Supporto al RPCT;
- l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e gli altri organismi di controllo interno;
- Il Servizio Ispettivo Aziendale;
- l'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD).

Il Direttore Generale

- nomina il RPCT e assicura che esso disponga di funzioni e poteri idonei allo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività;
- definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza che costituiscono contenuto necessario del PTPCT;
- adotta il PTPCT.

Il Direttore Generale, inoltre, ha poteri di indirizzo strettamente connessi con quelli che la legge attribuisce al RPCT per la predisposizione del PTPC nonché per la verifica sulla sua attuazione e idoneità con conseguente potere di proporre modifiche dello stesso Piano.

La collaborazione tra Direttore Generale e RPCT si concretizza anche con le comunicazioni sull'attività svolta dal Responsabile e con la sua "relazione annuale" indirizzata ad Anac e alla Direzione aziendale, da pubblicare nel sito web dell'amministrazione ai sensi dell'art. 1, co.14 della l. 190/2012.

In ogni caso il RPCT è tenuto a riferire sull'attività svolta ogni volta ed in ogni caso l'organo di indirizzo lo richieda.

Il Direttore Generale ha nominato a novembre 2022 il Responsabile Anticorruzione e Trasparenza attualmente in carica.

Il Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza

Il RPCT dell'ASL Napoli 2 Nord è stato individuato tra i dirigenti di ruolo in servizio con incarico di Struttura Complessa. In particolare l'RPCT dell'Azienda assolve altresì il ruolo di Direttore del Distretto Sanitario n. 43- Casoria (NA).

Per le molteplici prerogative, competenze, funzioni e tutele del RPCT si rinvia all'allegato 3 del PNA 2019 approvato da ANAC con delibera 1064 del 13-11-2019. In questa sede si evidenziano soltanto alcune funzioni esercitate dal RPCT e previste sia dalla legge anticorruzione la n. 190/2012 che dal D.lgs. 33/2013 (c.d. legge sulla trasparenza).

La legge 190 all'art. 7 comma 1 prevede che il RPCT segnali all'organo di indirizzo e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) le "disfunzioni" inerenti all'attuazione delle misure in materia di

prevenzione della corruzione e di trasparenza; indichi agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

All'art. 1, comma 10, stabilisce che il RPCT verifichi l'efficace attuazione del PTPC e la sua idoneità; propone modifiche dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione.

Per quanto riguarda invece le prerogative stabilite dal decreto sulla trasparenza (D.lgs. 33/2013) l'art. 5, comma 7, attribuisce al RPCT il compito di pronunciarsi sul riesame dell'accesso civico: *"Nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine indicato al comma 6". In questo caso il RPCT decide con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni*".

Con riferimento all'istituto dell'accesso civico, in caso di ritardo o mancata risposta o diniego da parte del RPCT il richiedente può ricorrere al titolare del potere sostitutivo ai sensi dell'art. 2, 9 bis L. 241/90.

Direttori di struttura, dirigenti, personale tutto

I Direttori di Dipartimento e degli Staff della Direzione Strategica, insieme ai direttori delle strutture organizzative ed ai funzionari, sono i soggetti che, all'interno dell'azienda, detengono una profonda conoscenza di come si configurano i processi decisionali di loro competenza, di come sono strutturati i procedimenti amministrativi, dei dati contabili, tecnici, amministrativi e sanitari etc., e quindi rappresentano una fonte preziosa e insostituibile di conoscenze, valutazioni, detenzione di dati, per cui un loro coinvolgimento nel sistema rappresenta un punto di forza dal quale partire, ma anche e soprattutto da sviluppare ed incrementare attraverso incontri, riunioni, scambio di vedute e relazioni che trovano la loro piena attuazione nella partecipazione dei direttori nell'analisi dei processi e nell'attuazione della trasparenza amministrativa.

I Direttori dei Dipartimenti, delle Strutture Complesse e dei centri di Responsabilità interagiscono nel sistema determinato dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione ed hanno ruoli e funzioni di grande rilievo ed evidenza in quanto:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni corruttivi e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti (art. 16, comma 1, lettera l-bis, D. Lgs. 165/2001);
- forniscono informazioni richieste dal RPCT per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione e a formulare specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo (art. 16, comma 1, lettera l-ter, D. Lgs. 165/2001);
- provvedono al monitoraggio di primo livello riguardo l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione già individuate;
- rispettano le prescrizioni contenute nel PTPCT e collaborare con il RPCT (art. 8, D.P.R.62/2013);
- assicurano l'adempimento degli obblighi di trasparenza previsti in capo all'Azienda, attraverso i referenti già individuati per ogni unità operativa, prestando la massima collaborazione nell'elaborazione, reperimento e trasmissione dei dati/informazioni e documenti oggetto di obbligo di pubblicazione sul sito istituzionale (art. 9, D.P.R. 62/2013);
- garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare sul sito istituzionale ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge (art. 43, comma 3, D. Lgs.33/2013; delibera ANAC n. 1310/2016, sostitutiva della Delibera CIVIT n. 50/2013);
- assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione (art. 15, D.P.R. 62/2013);
- controllano ed assicurano la regolare attuazione dell'accesso civico (art. 43, comma 4, D. Lgs. 33/2013, come modificato dal D. Lgs. 97/2016).

Nel sistema aziendale tutti i dipendenti sono comunque gli attori fondamentali ed insostituibili della strategia di prevenzione della corruzione, collaborano con il RPCT per l'attuazione delle misure di prevenzione e si adoperano per l'attuazione della trasparenza, conformano le proprie azioni alle disposizioni contenute nel Codice di comportamento, segnalano le situazioni di illecito, si astengono in caso di conflitto di interesse.

Nel corso del 2021 è stata costituita una rete di referenti PAT presso ciascun servizio/centro di responsabilità, in modo da realizzare un sistema decentrato ispirato ai principi di prossimità e sussidiarietà.

I referenti di ciascuna struttura, previamente individuati da ciascun Direttore/Responsabile, sono stati formati specificamente al fine di assolvere ai doveri di trasparenza tramite la pubblicazione sulla piattaforma aziendale.

¹ Ai sensi della Delibera ANAC n. 1074 del 21 novembre 2018, considerate le caratteristiche dimensionali della ASL Napoli 2 Nord, la pubblicazione di dati, informazioni e documenti è tempestiva quando viene effettuata entro 6 mesi dalla disponibilità definitiva di dati, informazioni e documenti.

Il Gruppo di Supporto al RPCT

In considerazione della complessità e numerosità degli adempimenti, delle problematiche affrontate dalla normativa relativa alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza e delle funzioni dell'ASL Napoli 2 Nord, è stato individuato un idoneo gruppo di lavoro di supporto che coadiuva il RPCT nelle seguenti attività:

- redazione degli atti di natura generale (regolamenti, circolari operative, disposizioni sanzionatorie, relazione annuale RPCT, PTPTC);
- verifica dell'efficace attuazione del piano e della sua idoneità e, eventualmente, della sua modifica;
- collaborazione nell'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione e di proposta delle relative misure di prevenzione;
- collaborazione alla definizione del piano di formazione e individuazione dei dipendenti a cui destinare le attività formative;
- attività di controllo sul rispetto degli adempimenti degli obblighi di pubblicazione relativi alla trasparenza (art. 43, co 1, D.Lgs. 33/2013);
- Supporto ai Dirigenti ed ai referenti circa la corretta attuazione del piano ed il corretto utilizzo dei mezzi informatici.

L'attuale gruppo di lavoro è costituito dai dipendenti: Federica Scala, Margherita Diurno, Giovanni Cavallo, Francesco Russo, Daniela Stabile (come da integrazione deliberativa post-adozione PTPCT).

Nell'ambito delle attività legate alla Trasparenza sono presenti i Referenti in ogni Struttura Organizzativa Aziendale.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V)

L'O.I.V. riveste una funzione rilevante nel sistema di gestione della performance e della trasparenza in quanto svolge, tra l'altro, un'attività di verifica sulla coerenza tra gli obiettivi previsti nel PTPC e quelli indicati nei documenti di programmazione strategico-gestionale, insieme all'obbligo di verifica per l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione dei dati obbligatori in Amministrazione Trasparente (art. 14, co. 4, lett. g), del d.lgs. 150/2009).

L'OIV ha tra i propri compiti:

- partecipare al processo di gestione del rischio attraverso la formulazione di pareri e proposte e attribuendo concreta rilevanza ai rischi e alle azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello

- svolgimento dei compiti attribuiti ai medesimi;
- considerare i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;
- svolgere compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa;
- esprimere parere sul Codice di comportamento adottato dall'Azienda;
- assicurare il coordinamento tra i contenuti del Codice di Comportamento e il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance, attribuendo rilevanza al rispetto del Codice, ai fini della valutazione dei risultati conseguiti dal dipendente o dall'ufficio, verificando, in particolare, l'assolvimento degli obblighi di vigilanza e controllo da parte dei dirigenti sull'attuazione e sul rispetto dei Codici di Comportamento, e prendendo in considerazione i relativi risultati in sede di formulazione della proposta di valutazione annuale;
- svolgere un'attività di supervisione sull'applicazione del Codice di Comportamento, riferendone nella relazione annuale;
- attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed integrità, secondo le linee guida fornite all'Autorità Nazionale Anticorruzione.

Il Servizio Ispettivo Amministrativo

L'UOC Servizio Ispettivo Amministrativo è in Staff alla Direzione Amministrativa, ma svolge attività di supporto alla Direzione Generale nell'ambito delle indagini straordinarie, che il Rappresentante Legale dell'azienda intende avviare ai fini della valutazione del corretto comportamento da parte di personale dipendente e convenzionato. Inoltre, ad esito dell'attività ordinaria di controllo prevista, il SIA relaziona al Direttore Generale su quanto emerso.

Il servizio ispettivo aziendale è stato istituito ai sensi della legge n° 662/1996 "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica", così come integrato dalle disposizioni di cui agli artt. 3 e 6 DM 31.07.1997 e del DPCM 27.03.2000 e dell'art.53 del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 come modificato dal D. Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150.

Il servizio svolge una funzione di controllo e verifica delle disposizioni in materia di conflitto di interessi e incompatibilità del pubblico impiego, al corretto svolgimento dell'attività libero professionale intra ed extra muraria nonché all'applicazione del divieto di cumulo di impieghi affidata al Servizio ispettivo aziendale.

Oltre ai suddetti accertamenti il SIA è anche competente in materia di verifica della presenza in servizio del personale dipendente o assimilato, nonché ogni altro aspetto di verifica attinente al rapporto di lavoro o ai fini istituzionali, che necessita di interventi specifici e riservati nel pieno rispetto delle norme vigenti.

Alcuni dipendenti del Servizio Ispettivo sono parte integrante del gruppo di lavoro di supporto all'RPCT, attesa la necessità di creare un sistema integrato per l'assolvimento di funzioni strettamente correlate.

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari

L'Ufficio Procedimenti disciplinari, relativamente alle attività di prevenzione della corruzione, svolge le seguenti funzioni:

- Attiva e definisce i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria;
- propone l'aggiornamento del Codice di comportamento;
- opera in stretta collaborazione con il Responsabile della prevenzione della corruzione;
- svolge i procedimenti disciplinari rientranti nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis d.lgs. 165/2001);

- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 DPR. 3/1957; art. 1, c. 1, legge 20/1994; art. 331 c.p.p.).

SEZIONE B: ANALISI DELLE CONDIZIONI DI RISCHIO - CONTESTO DI SETTORE E GEOGRAFICO; ANALISI DELLE CONDIZIONI DI RISCHIO SPECIFICO IN AZIENDA

L'Analisi del contesto

L'analisi del rischio di corruzione all'interno dell'Amministrazione si fonda su tre diversi livelli:

- una valutazione derivante da dati di scenario e del settore sanità;
- una valutazione fondata sullo storico delle segnalazioni raccolte all'interno dell'Azienda;
- una valutazione "esperienziale" basata su valutazioni non documentate, ma fondate sul vissuto di quanti hanno partecipato alla redazione del Piano e di quanto rilevato da organismi di ricerca.

In questa sede è possibile riportare valutazioni di scenario e di settore, e valutazioni "esperienziali", mentre le informazioni pregresse sono il risultato di un flusso di dati monitorato tramite la piattaforma PAT.

Gli ultimi anni della pandemia da Covid19 hanno proposto problematiche nuove, determinate dalla necessità di procedere con somma urgenza nell'approvvigionamento di beni scarsi (mascherine, camici monouso, guanti, tecnologie, etc.). Tale condizione è stata segnalata come fortemente rischiosa dall'ANAC, perché la necessità ha richiesto la semplificazione di diverse procedure, modificando le procedure di controllo.

L'analisi del contesto aziendale ed il monitoraggio dei rischi potenziali è lo strumento determinante per poter mettere in atto le misure di prevenzione della corruzione più efficaci. Il Portale Amministrazione Trasparente permetterà di raccogliere flussi di dati utili ad avere un monitoraggio continuo e reale dei processi aziendali.

Risulterà indispensabile attuare una maggiore integrazione tra il servizio di prevenzione della Corruzione e della Trasparenza con il servizio Controllo di gestione, con il servizio deputato alla redazione del Piano delle Performance, con l'UPD e con il SIA. Tale integrazione risulta determinante per poter attuare una definizione ed un monitoraggio dei processi aziendali ed una definizione degli specifici rischi per ciascuno di essi.

Principali azioni che l'ASL intende perseguire per l'anno 2023

Nell'ambito dell'anno corrente, occorrerà progettare sistemi di monitoraggio dei rischi, mediante la determinazione di flussi utili a "storicizzare" episodi corruttivi che possano restituire precise indicazioni

Il contesto esterno

Il contesto territoriale e il tessuto sociale ascrivibili all'ASL Napoli 2 Nord sono connotati da un'estrema complessità e moltitudine di aspetti, descritti al capo I dell'Atto Aziendale di codesta Azienda (consultabile [qui](#)).

Relativamente all'attuale contesto criminale si rinvia alla relazione per l'inaugurazione dell'anno giudiziario 2022 della Corte d'Appello di Napoli, la quale offre una disamina delle dinamiche criminali associative nella provincia di Napoli.

Il contesto interno

Il Capo II dell'Atto aziendale vigente, descrive agli artt. 18 e ss. le strutture organizzative della ASL Napoli 2 Nord. Tra queste, oltre a quelle che ontologicamente si pongono in un'area di rischio particolarmente elevata (si pensi alle strutture aziendali che si occupano di acquisti, gare e concorsi), si ritiene che, sulla scorta di una valutazione prettamente esperienziale, sussistono altri ambiti particolarmente esposti ai fenomeni corruttivi. A titolo meramente esemplificativo, rientrano nel novero dei suddetti ambiti quelli collegati alle attività finalizzate alle valutazioni medico-legali nonché quelle relative alla protesica e alle cure domiciliari.

Lo scenario

Il rapporto Formez "La corruzione – Definizione. Misurazione e impatti economici" (cfr deliberazione n. 454 del 23 marzo 2023)

L'indagine dell'ANAC 2016/2019 (cfr deliberazione n. 454 del 23 marzo 2023)

Valutazioni di rischio specifico nel contesto aziendale

Dalle analisi di cui ai punti 2.1 e 2.2 emerge che la Campania ed il comparto della sanità pubblica rappresentano contesti di rischio specifico, da prevenire in modo puntuale. L'analisi del rischio nell'ASL Napoli 2 Nord mediante l'assunzione di decisioni da parte dell'autorità giudiziaria nei confronti di personale dipendente o convenzionato dell'Azienda Sanitaria, rivela un quadro che potrebbe apparire estremamente tranquillizzante. Nel corso del 2021 e del 2022, infatti, non si è avuto alcun fenomeno di corruzione accertata; né tali fattispecie sono state rilevate nell'anno precedente. Il lavoro svolto dall'UPD e dal Servizio Ispettivo Amministrativo non ha determinato segnalazioni all'autorità giudiziaria per fenomeni di corruzione.

Tuttavia, occorre prestare la massima attenzione alle procedure di acquisizione di beni e servizi. In questa fase storica, infatti, la necessità da parte della sanità di rispondere in modo diretto e immediato ai bisogni di assistenza alla popolazione determinati dal termine dello stato emergenziale, permette di adottare procedure rapide ed estremamente semplificate. Tale condizione risulta essere potenzialmente estremamente rischiosa, in quanto potrebbe favorire fenomeni corruttivi.

In tal senso, le azioni di rotazione dei dirigenti messe in atto dall'ASL Napoli 2 Nord nel corso degli anni scorsi, sono da ritenersi misure utili a limitare tale rischio. Occorre, tuttavia, predisporre un piano organico di rotazione dei dirigenti, compatibilmente con il rispetto delle necessarie competenze e della richiesta di massima efficienza della macchina amministrativa, adottando uno specifico regolamento.

In allegato si riporta la mappatura dei rischi specifici relativa alle singole tipologie di procedimento ed ai rischi ad esso connessi.

Principali azioni che l'ASL intende perseguire per il triennio 2023 - 2025

Definire un piano di rotazione della dirigenza, compatibilmente con le specifiche esigenze tecniche richieste dai singoli servizi, adottando uno specifico regolamento nell'anno 2023.

SEZIONE C: LA PREVENZIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO - MISURE DI PREVENZIONE DEL RISCHIO CORRUZIONE

Un sistema in evoluzione

L'Azienda Sanitaria Napoli 2 Nord sta avviandosi verso una profonda revisione del processo di gestione della prevenzione del rischio corruttivo. L'obiettivo, infatti, è passare da un sistema di controlli volti a monitorare l'esistente ad un modello di gestione dei processi capace di individuare i rischi di corruzione insiti nelle attività e mettere in atto concretamente le misure idonee.

Spesso, infatti, come testimoniato dall'analisi dello scenario riportato nelle pagine precedenti e come visto mediante il bassissimo numero di procedimenti giudiziari che in Italia e nell'ASL Napoli 2 Nord si sono registrati, i fenomeni corruttivi sono capaci di sfuggire ai controlli ex-post in quanto, o si tratta di episodi estremamente puntuali, non facilmente riscontrabili, oppure di situazioni in cui vengono utilizzate sofisticate metodologie per sfuggire ai controlli.

L'amministrazione, dunque, come già evidenziato dagli studi effettuati e dalla stessa ANAC deve orientarsi verso una maggiore attività di prevenzione utilizzando la seguente metodologia:

- Mappatura dei processi e valutazione specifica – per ciascuno di essi – del rischio corruttivo;
- Mettere in atto azioni correttive alla limitazione del rischio;
- Sviluppare un sistema di reportistica utile a monitorare l'efficacia delle azioni messe in atto.

In questo senso, come già detto, il presente piano si propone come un momento di passaggio tra un vecchio approccio basato sui controlli ex-post ed un nuovo modello gestionale fondato su azioni da realizzare ex-ante.

Per far ciò, gli strumenti necessari sono:

- Revisione e verifica dei regolamenti comportamentali in essere e misura della loro efficacia;
- Mappatura dei processi gestionali;
- Adozione di procedure informatiche, capaci di mappare con certezza e di codificare le procedure;
- Continuo aggiornamento del Portale aziendale ai fini del monitoraggio e della rendicontazione delle misure adottate per la prevenzione della corruzione;
- Coinvolgimento attivo del top e middle management nel processo;
- Aggiornamento della rete di referenti PAT all'interno dell'Azienda e loro coinvolgimento nel processo.
- Strutturazione di un'organizzazione a matrice che individua i diversi livelli di responsabilità;
- Formazione continua del personale tutto.

Considerata la complessità organizzativa e la dimensione dell'ASL Napoli 2 Nord, un sistema così articolato e complesso richiede un lavoro strutturato su più anni, con obiettivi strategici di medio periodo ed obiettivi operativi annuali.

Per il triennio 2023 - 2025 gli obiettivi principali sono:

- Realizzazione di voci più specifiche della mappatura dei rischi;
- Definizione di un programma formativo pluriennale, capace di accompagnare l'evoluzione organizzativa ed informativa del sistema di prevenzione della corruzione.

Le misure generali di prevenzione della corruzione

Il presente aggiornamento del PTPCT, sulla base di quanto previsto dalla Legge 190/2012 e dallo “Schema di Piano Nazionale Anticorruzione 2019 – 2021”, identifica le seguenti misure generali di prevenzione della corruzione:

- a. misure sull’accesso/permanenza nell’incarico/carica pubblica;
- b. la rotazione straordinaria;
- c. i doveri di comportamento;
- d. conflitto di interesse;
- e. le inconferibilità/incompatibilità di incarichi;
- f. la prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici (art 35-bis del D.lgs. 165/2001);
- g. gli incarichi extraistituzionali;
- h. divieti post-employment (pantouflage);
- i. i patti d’integrità;
- j. rapporti con i portatori di interessi particolari;
- k. la tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. whistleblower);
- l. la formazione;
- m. la rotazione ordinaria.

a. Misure sull’accesso/permanenza nell’incarico/carica pubblica

L’ordinamento ha predisposto tutele, di tipo preventivo e non sanzionatorio, volte ad impedire l’accesso o la permanenza nelle cariche pubbliche di persone coinvolte in procedimenti penali, nelle diverse fasi di tali procedimenti:

- l’istituto del trasferimento ad ufficio diverso da quello in cui si prestava servizio per il dipendente rinviato a giudizio per alcune tipologie di delitti: il trasferimento è obbligatorio;
- il trasferimento perde efficacia se interviene sentenza di proscioglimento o di assoluzione, ancorché non definitiva;
- in caso di condanna, anche non definitiva, i dipendenti sono sospesi dal servizio;
- in caso di condanna definitiva alla reclusione per un tempo non inferiore ai due anni per gli stessi delitti è disposta l’estinzione del rapporto di lavoro;
- nel caso di condanna alla reclusione per un tempo non inferiore a tre anni si applica il disposto dell’articolo 32-quinquies del codice penale.

Il trasferimento d’ufficio conseguente a rinvio a giudizio e la sospensione dal servizio in caso di condanna non definitiva, non hanno natura sanzionatoria, ma sono misure amministrative, sia pure obbligatorie, di protezione dell’immagine di imparzialità dell’amministrazione, mentre solo l’estinzione del rapporto di lavoro ha carattere di pena accessoria.

b. La rotazione straordinaria

La rotazione straordinaria consiste in un provvedimento dell’amministrazione, adeguatamente motivato, con il quale:

- viene stabilito che la condotta corruttiva imputata può pregiudicare l’immagine di imparzialità dell’amministrazione;
- viene individuato il diverso ufficio al quale il dipendente viene trasferito. In analogia con la legge n. 97 del 2001, art. 3, si deve ritenere che il trasferimento possa avvenire con trasferimento di sede o

con una attribuzione di diverso incarico nella stessa sede dell'amministrazione.

Pur non trattandosi di un procedimento sanzionatorio, di carattere disciplinare, è necessario che venga data all'interessato la possibilità di contraddittorio, senza, però, che vengano pregiudicate le finalità di immediata adozione di misure di tipo cautelare.

Il provvedimento, poiché può avere effetto sul rapporto di lavoro del dipendente/dirigente, è impugnabile davanti al giudice amministrativo o al giudice ordinario territorialmente competente, a seconda della natura del rapporto di lavoro in atto.

L'ambito soggettivo e oggettivo di applicazione, la sua durata, le misure alternative in caso di impossibilità, le conseguenze sull'incarico dirigenziale, sono oggetto di specifica Delibera ANAC².

c. I doveri di comportamento

Tra le misure di prevenzione della corruzione i codici di comportamento costituiscono lo strumento che più di altri si presta a regolare le condotte dei funzionari e orientarle alla migliore cura dell'interesse pubblico, in una connessione con i PTPCT.

Le singole amministrazioni sono tenute a dotarsi di propri codici di comportamento, definiti con procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio dell'OIV. Detti codici rivisitano, in rapporto alla condizione dell'amministrazione interessata, i doveri del codice nazionale – approvato con

D.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013 – al fine di integrarli e specificarli.

L'adozione del codice da parte di ciascuna amministrazione rappresenta una delle azioni e delle misure principali di attuazione della strategia di prevenzione della corruzione/mal amministrazione a livello decentrato perseguita attraverso i doveri soggettivi di comportamento dei dipendenti all'amministrazione che lo adotta. A tal fine, il codice costituisce elemento complementare del PTPCT di ogni amministrazione.

Ne discende che il codice è elaborato in stretta sinergia con il PTPCT. Il fine è quello di tradurre gli obiettivi di riduzione del rischio corruttivo che il PTPCT persegue con misure di tipo oggettivo e organizzativo (organizzazione degli uffici, dei procedimenti/processi, dei controlli interni) in doveri di comportamento di lunga durata dei dipendenti.

L'ASL Napoli 2 Nord e il Codice di Comportamento

Con Delibera 647/2019 l'ASL Napoli 2 Nord ha adottato il proprio codice di comportamento, che sarà aggiornato nel I° semestre 2023, ai sensi del D.L. 36/2022. Obiettivo di questo RPCT è garantire la massima diffusione del Codice, introducendone la conoscenza quale parte di procedimenti ordinari dell'Azienda Sanitaria e sviluppando percorsi formativi ad hoc.

² Delibera ANAC n. 215 del 26 marzo 2019 “Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all’art. 16, comma 1, lettera l- quater, del d.lgs. n. 165 del 2001”.

d. Conflitto di interesse

La situazione di conflitto di interessi si configura laddove la cura dell'interesse pubblico cui è preposto il funzionario potrebbe essere deviata per favorire il soddisfacimento di interessi contrapposti di cui sia titolare il medesimo funzionario direttamente o indirettamente. Si tratta dunque di una condizione che

determina il rischio di comportamenti dannosi per l'amministrazione, a prescindere che ad essa segua o meno una condotta impropria.

Il conflitto può essere:

- attuale – cioè presente al momento dell'azione o decisione del soggetto;
- potenziale – cioè che potrà diventare attuale in un momento successivo;
- apparente – cioè che può essere percepito dall'esterno come tale;
- diretto – cioè che comporta il soddisfacimento di un interesse del soggetto;
- indiretto – ovvero che attiene a soggetti diversi.

Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura e ricondursi a tutti i casi in cui sussista il rischio che il dipendente si avvalga della propria posizione all'interno dell'Azienda per favorire sé medesimo o un soggetto verso il quale è in qualche modo legato o nei casi in cui possa essere messa in dubbio l'imparzialità del dipendente nell'assumere decisioni verso soggetti esterni che hanno con l'Azienda rapporti contrattuali o di fornitura di beni e servizi.

I dipendenti devono astenersi dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle proprie mansioni in situazioni di conflitto di interesse (anche potenziale) con interessi personali del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado, oppure di persone con le quali abbiano rapporti di frequentazione abituale nella fattispecie di soggetti o organizzazioni con cui loro stessi o i coniugi abbiano causa pendente o grave inimicizia, o rapporti di credito/debito, ovvero di soggetti ed organizzazioni di cui siano tutori, procuratori, o agenti, ovvero di enti, associazioni, anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici.

A mero titolo esemplificativo, rappresentano casi di conflitto di interessi:

- gli incarichi che vengono svolti a favore di soggetti nei confronti dei quali la struttura di assegnazione del dipendente rilascia concessioni, autorizzazioni, nulla-osta o atti di assenso comunque denominati;
- gli incarichi che vengono svolti a favore di soggetti di beni e servizi per l'ASL, relativamente ai dipendenti di strutture che partecipano, a qualunque titolo, all'individuazione del fornitore;
- gli incarichi che vengono svolti a favore di soggetti privati che detengono rapporti di natura economica o contrattuale con l'ASL, in relazione alle competenze della struttura di assegnazione del dipendente, salve le ipotesi espressamente autorizzate dalla legge;
- gli incarichi lavorativi o professionali affidati a ex dipendenti ASL, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, svolti presso soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri (incompatibilità successiva o "pantouflage");
- gli incarichi che vengono svolti a favore di soggetti verso cui la struttura di assegnazione del dipendente svolge funzioni di controllo, vigilanza, ispettive o sanzionatorie, salve le ipotesi espressamente autorizzate dalla legge;
- gli incarichi che per il tipo di attività o per l'oggetto possono creare nocumeto all'immagine dell'ASL, anche in relazione al rischio di utilizzo o diffusione illecita di informazioni di cui il dipendente è a conoscenza per ragioni di ufficio;
- gli incarichi e attività per i quali l'incompatibilità è prevista dal D.lgs. 29/2013 o da altre disposizioni di legge (inconferibilità e incompatibilità);

- gli incarichi che, pur rientrando nelle ipotesi di deroga all'autorizzazione di cui all'art. 53, comma 6 del D.Lgs n. 165/2001 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche"³, presentano una situazione di conflitto di interessi.
- In generale, tutti gli incarichi che presentano un conflitto di interesse per la natura o l'oggetto dell'incarico o che possono pregiudicare l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente.

Vista la rilevanza degli interessi coinvolti nel settore degli appalti pubblici, area considerata tra le più esposte a rischio di fenomeni corruttivi, l'ANAC ha ritenuto di dedicare un approfondimento sul tema nella delibera n. 494 del 5 giugno 2019 "Linee guida per l'individuazione e la gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici".

e. Le inconferibilità/incompatibilità di incarichi

Il complesso intervento normativo si inquadra nell'ambito delle misure volte a garantire l'imparzialità dei funzionari pubblici, al riparo da condizionamenti impropri che possano provenire dalla sfera politica e dal settore privato.

Le disposizioni tengono conto dell'esigenza di evitare che lo svolgimento di certe attività/funzioni possa agevolare la pre costituzione di situazioni favorevoli al fine di ottenere incarichi dirigenziali e posizioni assimilate e, quindi, comportare il rischio di un accordo corruttivo per conseguire il vantaggio in maniera illecita.

La legge ha anche valutato in via generale che il contemporaneo svolgimento di alcune attività potrebbe generare il rischio di svolgimento imparziale dell'attività amministrativa costituendo un terreno favorevole a illeciti scambi di favori.

Il legislatore ha inoltre stabilito i requisiti di onorabilità e moralità richiesti per ricoprire incarichi dirigenziali e assimilati fissando il divieto di assumere incarichi in caso di sentenza di condanna anche non definitiva per reati contro la pubblica amministrazione.

La violazione della disciplina comporta la nullità degli atti di conferimento di incarichi e la risoluzione del relativo contratto.

Come precisato dalla Delibera n. 149/2014 dell'ANAC e la sentenza della III sezione del Consiglio di Stato n. 5583/2014, "le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL, devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario".

Le relative dichiarazioni sono acquisite annualmente ai sensi dell'art. 20 del D. Lgs. 39/2013 e pubblicate nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito Internet Istituzionale.

³ Secondo il Comma 6 D.Lgs. 165/2001, gli incarichi che rientrano nelle ipotesi di deroga sono:

- la collaborazione a giornali, riviste, enciclopedie e simili;
- l'utilizzazione economica da parte dell'autore o inventore di opere dell'ingegno e di invenzioni industriali;
- la partecipazione a convegni e seminari;
- incarichi per i quali è corrisposto solo il rimborso delle spese documentate;

- incarichi per lo svolgimento dei quali il dipendente è posto in posizione di aspettativa, di comando o di fuori ruolo;
- incarichi conferiti dalle organizzazioni sindacali a dipendenti presso le stesse distaccati o in aspettativa non retribuita;
- incarichi conferiti dalle organizzazioni sindacali a dipendenti presso le stesse distaccati o in aspettativa non retribuita;
- attività di formazione diretta ai dipendenti della pubblica amministrazione nonché di docenza e di ricerca scientifica

f. a prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici: l'art 35-bis del D.lgs. 165/2001

Per coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale vi è il divieto:

- di far parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- di essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici o privati;
- di far parte di commissioni di gara per l'affidamento di lavori, servizi e forniture, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari e per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

Con l'art. 3 del d.lgs. 39/2013 "Inconferibilità di incarichi in caso di condanna per reati contro la pubblica amministrazione", viene disposto il divieto a ricoprire incarichi dirigenziali e assimilati ove siano intervenute condanne per reati contro la pubblica amministrazione. La durata della inconferibilità può essere perpetua o temporanea, in relazione all'eventuale sussistenza della pena accessoria dell'interdizione dai pubblici uffici e alla tipologia di reato. Gli atti e i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni incorrono nella sanzione della nullità.

g. Gli incarichi extraistituzionali

In via generale i dipendenti pubblici con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato non possono intrattenere altri rapporti di lavoro dipendente o autonomo o svolgere attività che presentano i caratteri dell'abitudine e professionalità o esercitare attività imprenditoriali.

La possibilità per i dipendenti pubblici di svolgere incarichi retribuiti conferiti da altri soggetti pubblici o privati è regolamentata dall'art. 53 del d.lgs. 165/2001 che prevede un regime di autorizzazione da parte dell'amministrazione di appartenenza, sulla base di criteri oggettivi e predeterminati che tengano conto della specifica professionalità e del principio di buon andamento della pubblica amministrazione. Ciò allo scopo di evitare che le attività extra istituzionali impegnino eccessivamente il dipendente a danno dei doveri di ufficio o che possano interferire con i compiti istituzionali.

Le amministrazioni sono tenute a pubblicare i dati relativi agli incarichi conferiti o autorizzati ai propri dipendenti, con l'indicazione della durata e del compenso spettante.

Il dipendente è tenuto a comunicare formalmente all'amministrazione anche l'attribuzione di incarichi gratuiti, ai quali è esteso l'obbligo per le amministrazioni di comunicazione al Dipartimento della funzione pubblica.

Resta comunque estraneo al regime di autorizzazione l'espletamento degli incarichi menzionati nelle lettere da a) ad f-bis) del comma 6 dell'art. 53 del d.lgs. 165/2001, per i quali il legislatore ha compiuto

a priori una valutazione di non incompatibilità.

È inoltre disciplinata esplicitamente un'ipotesi di responsabilità erariale per il caso di omesso versamento del compenso da parte del dipendente pubblico indebitamente percettore, con espressa indicazione della competenza giurisdizionale della Corte dei conti.

h. Divieti post-employment (pantouflage)

È disposto il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

Inoltre, in caso di violazione del divieto, sono previste specifiche conseguenze sanzionatorie nei confronti sia dell'atto sia dei soggetti. Così i contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli e i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrarre con la pubblica amministrazione per i successivi tre anni e hanno l'obbligo di restituire compensi eventualmente percepiti.

La disposizione è volta a scoraggiare comportamenti impropri del dipendente, che facendo leva sulla propria posizione all'interno dell'amministrazione potrebbe precostituirsi delle situazioni lavorative vantaggiose presso il soggetto privato con cui è entrato in contatto in relazione al rapporto di lavoro. Allo stesso tempo, il divieto è volto a ridurre il rischio che soggetti privati possano esercitare pressioni o condizionamenti sullo svolgimento dei compiti istituzionali, prospettando al dipendente di un'amministrazione opportunità di assunzione o incarichi una volta cessato dal servizio, qualunque sia la causa della cessazione.

i. I patti d'integrità

I protocolli di legalità o patti di integrità sono strumenti negoziali che integrano il contratto originario tra amministrazione e operatore economico con finalità di prevedere una serie di misure volte al contrasto di attività illecite e ad assicurare il pieno rispetto dei principi costituzionali di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa e dei principi di concorrenza e trasparenza che presidiano la disciplina dei contratti pubblici. Con i patti di integrità, l'ASL chiede all'impresa di impegnarsi, non tanto e non solo alla corretta esecuzione del contratto di appalto, ma soprattutto a un comportamento leale, corretto e trasparente, sottraendosi a qualsiasi tentativo di corruzione o condizionamento nell'aggiudicazione del contratto.

Le stazioni appaltanti possono prevedere nei bandi di gara che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisca causa di esclusione dalla gara.

A tal fine le pubbliche amministrazioni inseriscono negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere d'invito la clausola di salvaguardia secondo cui il mancato rispetto del protocollo di legalità o del patto d'integrità dà luogo all'esclusione della gara e alla risoluzione del contratto. In particolare, il Patto d'integrità è un documento contenente una serie di condizioni dirette a valorizzare comportamenti eticamente adeguati che la stazione appaltante richiede ai partecipanti alle gare e che permette un controllo reciproco e sanzioni (anche di carattere patrimoniale) in caso di elusione.

Uno specifico riferimento all'obbligo dei singoli fornitori e appaltatori di aderire alle clausole etiche è esplicitamente previsto anche all'art. 14, comma 9 del Codice di comportamento aziendale.

j. Rapporti con i portatori di interessi particolari

Tra le misure generali che le amministrazioni è opportuno adottino, l’Autorità ha fatto riferimento a quelle volte a garantire una corretta interlocuzione tra i decisori pubblici e i portatori di interesse, rendendo conoscibili le modalità di confronto e di scambio di informazioni (PNA 2019, pag. 84).

L’Autorità auspica sia che le amministrazioni e gli enti regolamentino la materia, prevedendo anche opportuni coordinamenti con i contenuti dei codici di comportamento; sia che la scelta ricada su misure, strumenti o iniziative che non si limitino a registrare il fenomeno da un punto di vista formale e burocratico ma che siano in grado effettivamente di rendere il più possibile trasparenti eventuali influenze di portatori di interessi particolari sul processo decisionale.

MISURA GENERALE N. 11:

l’amministrazione intende dotarsi in futuro di un regolamento del tutto analogo a quello licenziato dall’Autorità, con la deliberazione n. 172 del 6/3/2019, che disciplini i rapporti tra amministrazione e portatori di interessi particolari. Al momento non è programmata l’adozione di tale provvedimento nel breve termine da parte dell’ente.

k. La tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblowing)

L’art.1 comma 5 della Legge n. 190/2012 ha inserito un nuovo articolo, il 54 bis, nell’ambito del D.Lgs. n. 165/2001, rubricato “Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti”, in virtù del quale è stata introdotta nel nostro ordinamento una misura specifica finalizzata a favorire l’emersione di fattispecie di illecito, nota nei paesi anglosassoni come “whistleblowing”.

Con l’espressione whistleblower si fa riferimento al dipendente di un’amministrazione che segnala violazioni o irregolarità commesse ai danni dell’interesse pubblico agli organi legittimati ad intervenire. Il whistleblowing è, dunque, la procedura volta a incentivare le segnalazioni e a tutelare, proprio in ragione della sua funzione sociale, il whistleblower, il cui scopo principale è quello di prevenire o risolvere un problema internamente e tempestivamente.

Le segnalazioni che pervengono al RPCT in forma anonima, le quali:

- non presentino alcuna sottoscrizione;
 - rechino una sottoscrizione illeggibile;
 - pur apparendo riferibili a un soggetto non consentano, comunque di individuarlo con certezza;
- non saranno prese in considerazione.

Fanno eccezione alla regola le segnalazioni anonime che riguardano fatti di particolare rilevanza o gravità e presentino informazioni adeguatamente circostanziate, sulle quali verrà valutata l'opportunità di dare seguito alle comunicazioni e verrà individuata la eventuale procedura da sviluppare.

Azioni previste per l'anno 2023

L'ASL Napoli 2 Nord a marzo 2021 si è dotata di un nuovo software capace di gestire in modo criptato le segnalazioni dei whistleblower, garantendo l'assoluta riservatezza delle segnalazioni e, allo stesso tempo, permettendo di acquisire tutte le informazioni utili alla corretta gestione della segnalazione.

A dicembre 2021, l'ASL ha adottato un apposito regolamento disciplinante l'istituto in parola, dandone massima diffusione al fine di informare i dipendenti circa il corretto utilizzo del whistleblowing.

Nel triennio si avvierà il monitoraggio delle segnalazioni, al fine di individuare nuove aree esposte ai rischi corruttivi.

I. La formazione

Tra le principali misure di prevenzione della corruzione rientra la formazione. In coerenza con la linea pluriennale del Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza l'ASL definirà un piano pluriennale di interventi formativi volto a:

- sviluppare percorsi formativi operativi differenziati, in ragione dei ruoli previsti dal Piano per le diverse funzioni.
- Addestrare i referenti circa le procedure e i software da adottare
- Promuovere i principi etici e la cultura della prevenzione della corruzione.

Pertanto il RPCT individua, in raccordo con i dirigenti responsabili delle risorse umane e con l'organo di indirizzo, i fabbisogni e le categorie di destinatari degli interventi formativi.

Il Disciplinare per la formazione 2023

In allegato al presente documento viene riportato il disciplinare per la formazione 2023. Si tratta di un documento che riporta le modalità operative utili a pianificare le azioni di formazione.

È intendimento di quest'Azienda produrre un piano formativo che sia il frutto dell'analisi dei fabbisogni raccolta sia attraverso valutazioni di scenario che mediante la specifica richiesta di contributi da parte dei destinatari della comunicazione.

m. La rotazione ordinaria

La rotazione c.d. ordinaria del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta una misura di importanza cruciale tra gli strumenti di prevenzione della corruzione.

La rotazione del personale è una misura organizzativa preventiva finalizzata al limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla

permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. L'alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo di attività, servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate.

In generale la rotazione rappresenta anche un criterio organizzativo che può contribuire alla formazione del personale, accrescendo le conoscenze e la preparazione professionale del lavoratore.

La rotazione delle funzioni nel triennio 2023-2025

Nel corso degli anni 2020/2021 si è verificata nelle strutture amministrative centrali dell'Azienda una rotazione dei dirigenti per gli uffici:

- U.O.C. Affari Generali; U.O.C. Gestione Risorse Umane; Provveditorato;
- U.O.C. Servizio Ispettivo Amministrativo; Direzione Amministrativa Ospedaliera Area 1; U.O.C. Affari Legali.

Nel corso dell'anno 2022, per l'avvicendamento dei vertici aziendali, nel mese di agosto, non è stata attuata alcuna rotazione ordinaria.

Nel triennio 2023-2025 si adotteranno tutti i provvedimenti volti ad assicurare la rotazione ordinaria, attraverso l'adozione di uno specifico regolamento.

Le misure specifiche

Al di là delle misure generali di prevenzione l'ASL Napoli 2 Nord ha messo in campo delle azioni specifiche di prevenzione. Di particolare rilievo è la mappatura dei processi e la correlata valutazione dei rischi associata a ciascun processo.

Tale attività deve essere approfondita nel corso del 2023, al fine dettagliare in modo preciso e specifico i diversi processi. In allegato si riporta la mappatura dei processi, come emersa dall'attività svolta nel corso di questo anno.

a. La mappatura dei processi

Consiste nella individuazione e nell'analisi dei processi organizzativi.

La mappatura dei processi è un modo efficace di individuare e rappresentare le attività dell'amministrazione, e comprende l'insieme delle tecniche utilizzate per identificare e rappresentare i processi organizzativi, nelle proprie attività componenti e nelle loro interazioni con altri processi. In questa sede, la mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi.

La mappatura dei processi si articola nelle seguenti fasi:

1. Identificazione del processo – è il primo passo. I processi individuati devono far riferimento a tutta l'attività svolta dall'amministrazione e non solo a quei processi che sono ritenuti – per varie ragioni, non suffragate da una analisi strutturata – a rischio;
2. Descrizione del processo – dopo aver identificato i processi è opportuno comprenderne le modalità di svolgimento attraverso la loro descrizione.

Gli elementi utili per la descrizione di un processo sono:

- elementi di ingresso che innescano il processo – input;
- risultato atteso del processo – output;
- sequenza di attività che consente di raggiungere l'output – le attività;
- momenti di sviluppo delle attività – le fasi;
- responsabilità connesse alla corretta realizzazione del processo;
- tempi di svolgimento;
- vincoli;
- risorse e interrelazioni;
- criticità.

La legge 190/2012 e i Piani Nazionali Anticorruzione che si sono succeduti dal 2013 ad oggi, individuano alcune aree che, in base all'esperienza nazionale ed internazionale, sono da ritenersi ricorrenti nell'ambito delle pubbliche amministrazioni. Queste aree sono state via via integrate ed aggiornate e sono state classificate in obbligatorie, generali e specifiche.

Le aree di rischio prese in considerazione dal presente PPCT sono:

- Acquisizione e gestione del personale;
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero;
- Attività di vigilanza, controllo, ispezione;
- Attività Legale e Procedimenti sanzionatori;
- Attività libero professionali e liste di attesa;
- Contratti pubblici;
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- Gestione di risorse economico-finanziarie;
- Incarichi e nomine;
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- Rapporti contrattuali con privati accreditati;
- Rilevazione presenze.

b. La valutazione del rischio

La valutazione del rischio è la macro fase in cui il rischio viene identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure correttive/preventive (trattamento del rischio).

La valutazione del rischio si articola in tre fasi:

- l'identificazione del rischio;
- l'analisi del rischio;
- la ponderazione del rischio.

La identificazione degli eventi rischiosi

L'identificazione del rischio, o meglio degli eventi rischiosi, ha l'obiettivo di individuare i comportamenti o fatti, che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'amministrazione, tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo.

Questa fase è cruciale perché un evento rischioso, non identificato, non potrà essere gestito e la mancata individuazione potrebbe compromettere l'attuazione di una strategia efficace di prevenzione della corruzione. L'identificazione dei rischi deve includere tutti gli eventi rischiosi che, anche solo ipoteticamente, potrebbero verificarsi.

In questa fase, il coinvolgimento della struttura organizzativa è fondamentale poiché i responsabili degli uffici (o processi), avendo una conoscenza approfondita delle attività svolte, possono facilitare l'identificazione degli eventi rischiosi. Per poter procedere all'identificazione degli eventi rischiosi è opportuno che ogni amministrazione utilizzi una pluralità di tecniche e prenda in considerazione il più ampio numero possibile di fonti informative. A titolo esemplificativo, le fonti informative utilizzabili sono costituite da:

- le risultanze dell'analisi del contesto esterno ed interno realizzate nelle fasi precedenti;
- le risultanze dell'analisi della mappatura dei processi;
- l'analisi di eventuali casi giudiziari e di altri episodi di corruzione o cattiva gestione accaduti in passato nell'amministrazione oppure in altre amministrazioni o enti che possono emergere dal confronto con realtà simili;
- incontri (o altre forme di interazione) con i responsabili degli uffici o il personale dell'amministrazione che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità;
- le risultanze dell'attività di monitoraggio svolta dal RPCT e delle attività svolte da altre strutture di controllo;
- interno (es. internal audit) laddove presenti;
- le segnalazioni ricevute tramite il canale del whistleblowing o tramite altre modalità (es. segnalazioni raccolte dall'URP);
- le esemplificazioni eventualmente elaborate dall'ANAC per il comparto di riferimento;
- il registro di rischi realizzato da altre amministrazioni, simili per tipologia e complessità organizzativa, analizzati nel corso di momenti di confronto e collaborazione.

L'analisi del rischio

L'analisi del rischio ha come obiettivi quelli di:

- pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione;
- stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio.

L'analisi dei fattori abilitanti – consente di individuare le misure specifiche di trattamento più efficaci. I fattori abilitanti possono essere, per ogni rischio, molteplici e combinarsi tra loro. Alcuni esempi:

- mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli);
- mancanza di trasparenza;
- eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;

- esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;
- scarsa responsabilizzazione interna;
- inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;
- inadeguata diffusione della cultura della legalità;
- mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione.

Anche in questo passaggio il coinvolgimento della struttura organizzativa è indispensabile. La stima del livello di esposizione al rischio – in questa fase l'analisi è finalizzata a stimare il livello di esposizione al rischio per ciascun oggetto definito nella fase precedente: processo o sua attività.

I criteri per la valutazione dell'esposizione al rischio di eventi corruttivi possono essere tradotti operativamente in indicatori di rischio in grado di fornire delle indicazioni sul livello di esposizione al rischio del processo o delle sue attività componenti. Di seguito vengono forniti alcuni esempi di indicatori di stima del livello di rischio:

- livello di interesse esterno: la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio;
- grado di discrezionalità del decisore interno alla PA: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato;
- manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo / attività esaminata: se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi;
- opacità del processo decisionale: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio;
- livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare in una opacità sul reale grado di rischiosità;
- grado di attuazione delle misure di trattamento: l'attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi.

La rilevazione dei dati e delle informazioni necessarie ad esprimere un giudizio motivato sui criteri di valutazione di stima del livello di esposizione del rischio deve essere coordinato dal RPCT. Le informazioni possono essere rilevate da soggetti con specifiche competenze o adeguatamente formati, oppure attraverso forme di autovalutazione da parte dei responsabili delle unità organizzative coinvolte nello svolgimento del processo (c.d. self assessment). In ogni caso, per le valutazioni espresse bisognerà esplicitare sempre la motivazione del giudizio espresso e fornire delle evidenze a supporto.

Partendo dalla misurazione dei singoli indicatori si dovrà pervenire ad una valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio. Il valore complessivo ha lo scopo di fornire una misurazione sintetica del livello di rischio associabile all'oggetto di analisi (processo/attività o evento rischioso). Nel condurre

questa valutazione complessiva è opportuno precisare che:

- nel caso in cui, per un dato oggetto di analisi, siano ipotizzabili più eventi rischiosi aventi un diverso livello di rischio, si raccomanda di far riferimento al valore più alto nello stimare l'esposizione complessiva del rischio;
- è opportuno evitare che la valutazione complessiva del livello di rischio associabile all'unità oggetto di riferimento sia la media delle valutazioni dei singoli indicatori. È necessario far prevalere il giudizio qualitativo rispetto ad un mero calcolo matematico.

L'obiettivo della ponderazione del rischio è di "agevolare, sulla base degli esiti dell'analisi del rischio, i processi decisionali riguardo a quali rischi necessitano un trattamento e le relative priorità di attuazione".

Per quanto riguarda le azioni da intraprendere, una volta compiuta la valutazione del rischio, dovranno essere valutate le diverse opzioni per ridurre l'esposizione dei processi/attività alla corruzione. La ponderazione del rischio può anche portare alla decisione di non sottoporre ad ulteriore trattamento il rischio, ma di limitarsi a mantenere attive le misure già esistenti.

Il trattamento del rischio

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, devono essere individuate misure specifiche e puntuali e prevedere scadenze ragionevoli in base alle priorità rilevate e alle risorse disponibili.

L'individuazione e la conseguente programmazione di misure per la prevenzione della corruzione rappresentano il "cuore" del PTPCT.

Le principali tipologie di misure generali e specifiche che possono essere individuate sono:

- controllo;
- trasparenza;
- definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento;
- regolamentazione;
- semplificazione;
- formazione;
- sensibilizzazione e partecipazione;
- rotazione;
- segnalazione e protezione;
- disciplina del conflitto di interessi;
- regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari" (lobbies).

Monitoraggio e riesame

Il PTPCT è un documento di programmazione e come tale deve esserci un adeguato monitoraggio e riesame, consistente nel verificare l'osservanza delle misure di prevenzione del rischio previste nel PTPCT, con periodicità almeno annuale.

Il monitoraggio e il riesame periodico costituiscono 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.

Monitoraggio e riesame sono due attività diverse anche se strettamente collegate. Il monitoraggio è un'attività continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio, mentre il riesame è un'attività svolta ad intervalli programmati che riguarda il funzionamento del sistema nel suo complesso.

Per quanto riguarda il monitoraggio si possono distinguere due sotto-fasi e due livelli:

- il monitoraggio sull'attuazione delle misure di trattamento del rischio e il monitoraggio sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio;
- il monitoraggio di 1° e 2° livello.

I risultati dell'attività di monitoraggio sono utilizzati per effettuare il riesame periodico della funzionalità complessiva del "Sistema di gestione del rischio". Il monitoraggio di primo livello, dovrà essere attuato in autovalutazione da parte dei referenti (se previsti) o dai responsabili degli uffici e dei servizi della struttura organizzativa che ha la responsabilità di attuare le misure oggetto del monitoraggio. Anche se in autovalutazione, attraverso anche la richiesta di documenti, informazioni e/o qualsiasi "prova" dell'effettiva azione svolta, il responsabile del monitoraggio di primo livello sarà chiamato a fornire al RPCT evidenze concrete dell'effettiva adozione della misura.

Il monitoraggio di secondo livello dovrà essere attuato dal RPCT, coadiuvato dalla struttura di supporto, e dovrà essere realizzato sulla totalità delle misure di prevenzione programmate all'interno del PTPCT.

Il riesame è il momento di confronto e dialogo tra i soggetti coinvolti nella programmazione dell'amministrazione, affinché vengano riesaminati i principali passaggi e risultati al fine di potenziare gli strumenti in atto ed eventualmente promuoverne di nuovi.

Il riesame deve riguardare tutte le fasi del processo di gestione del rischio al fine di poter individuare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per analisi e ponderazione del rischio.

Tale attività è coordinata dal RPCT ma dovrebbe essere realizzata con il contributo metodologico degli organismi deputati all'attività di valutazione delle performance (OIV) e/o delle strutture di vigilanza e audit interno. È opportuno che tale attività abbia una frequenza almeno annuale per supportare la programmazione triennale delle misure di prevenzione della corruzione.

Si darà conto delle attività di monitoraggio nella Relazione annuale predisposta dal RPCT.

2.4 Trasparenza

La Trasparenza, quale misura di prevenzione della corruzione, è disciplinata e programmata all'interno di una apposita sezione del PTPCT o della sezione anticorruzione del PIAO, nella quale sono organizzati i flussi informativi necessari a garantire l'individuazione/elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati.

Caratteristica essenziale della sezione è 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.

È altresì opportuno definire, 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. Per la trasparenza è necessario anche

pubblicare nella sezione “Amministrazione Trasparente” le informazioni per consentire l’accesso civico e l’accesso generalizzato secondo quanto già indicato da ANAC (moduli, responsabili e rimedi).

La nuova versione dell’accesso civico è, molto più ampia di quella prevista dalla formulazione attuale dell’art. 5 del d.lgs. 33/2013, riconoscendo a chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, l’accesso ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati, e salvi i casi di segreto o di divieto di divulgazione previsti dall’ordinamento.

Il presente Piano, così come previsto dal D. Lgs 97/2016 contiene l’apposita tabella sulla trasparenza nella quale vengono individuate le sezioni di I, II e III livello, i termini di pubblicazione dei dati e i Responsabili della pubblicazione. Le misure sulla trasparenza rientrano nelle specifiche misure di prevenzione alla corruzione. La stessa Corte Costituzionale ha evidenziato, nella sentenza 20/2019, come la trasparenza sia diventata “principio argine alla diffusione di fenomeni di corruzione”.

Dalla sezione Trasparenza, infatti, risultano tutti gli obblighi di comunicazione che ricadono sui Responsabili dei Servizi nonché il potere riconosciuto al RPCT, al fine di ottenere il rigoroso rispetto di tali obblighi.

La tabella trasparenza allegata al presente Piano è stata elaborata tenendo conto “dell’albero della trasparenza” approvato da ANAC nell’ambito della deliberazione n.1310/2016 che approva le Linee Guida sugli obblighi di pubblicazione. Pertanto, la sezione Trasparenza, integra e aggiorna quanto previsto nelle precedenti tabelle sulla Trasparenza allegati al PTPCT e, in stretta sinergia con il Piano Performance, definisce gli obiettivi da perseguire in tema di trasparenza.

Nel concreto, il diritto dei cittadini alla trasparenza fa nascere l’obbligo per la l’ASL di rendere accessibili, per il tramite del sito istituzionale, tutta una serie di dati e documenti per consentire, a chiunque sia interessato, di conoscere l’organizzazione dell’ente e la quantità di risorse impiegate per il suo funzionamento.

Lo scopo di tutto ciò è quello di favorire e incentivare, non solo la pura e semplice conoscenza di tutte queste informazioni, ma anche un vero e proprio controllo civico sull’operato della ASL, ampliando la diffusione delle conoscenze e consentendo, tra l’altro, la comparazione tra le varie esperienze amministrative.

Il nuovo concetto di trasparenza come accessibilità totale impone, non solo un obbligo di mettere a disposizione determinati dati e documenti, ma anche di metterli a disposizione in maniera comprensibile da parte dei destinatari. Tutto questo per consentire un diffuso controllo democratico sul complesso dell’attività amministrativa e attivare, ove possibile, anche efficaci forme di partecipazione e di feedback. Questo, per quanto riguarda il “fronte” dei soggetti esterni all’Amministrazione.

Sul fronte interno, il binomio trasparenza – accessibilità consente all’Amministrazione di rendere conto delle proprie decisioni, scelte e azioni politiche e di essere responsabile per i risultati conseguiti (accountability); favorisce la capacità dell’ente di rispondere efficacemente alle variazioni delle condizioni in cui opera, modificandosi di conseguenza (responsivity); il tutto anche consolidando la propria immagine dal punto di vista della correttezza delle procedure e del rispetto delle norme (compliance).

I dati devono essere costantemente e in ogni momento a disposizione, completamente comprensibili da chiunque li voglia conoscere, senza la necessità di un intervento amministrativo o tecnico da parte dell’amministrazione. Il che implica che i dati e i documenti siano facilmente reperibili all’interno del sito istituzionale, velocemente e costantemente aggiornati. Oltre a tutto ciò, i dati devono essere pubblicati in formato di tipo aperto e devono essere liberamente riutilizzabili, con gli unici obblighi di citarne la fonte e rispettarne l’integrità. In questa prospettiva, l’accessibilità totale diventa anche un efficace strumento di prevenzione e contrasto della corruzione, poiché rende visibili il mancato rispetto dei principi che regolano l’attività amministrativa (prima di tutto, efficienza, efficacia, economicità e

imparzialità) e le situazioni di cattivo funzionamento della macchina amministrativa.

Sono già stati individuati in un'apposita sezione del Piano Triennale per la prevenzione della corruzione i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi del D. Lgs. 33/2013 art. 10 e s.m.i.

Per tutte le azioni e la tempistica di attivazione ai fini della prevenzione della corruzione e della trasparenza cfr gli allegati al PTPCT, adottato con delibera n.454 del 23 marzo 2023.

3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La Struttura organizzativa è definita nell'Atto Aziendale, approvato con Deliberazione n. 127 del 14.02.2017 e ss.mm.ii., giusto DCA n. 8/2017.

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

Sono Organi dell'A.S.L. Napoli 2 nord il Direttore Generale, il Collegio di Direzione ed il Collegio Sindacale.

Il Direttore Generale, nominato dal Presidente della Giunta Regionale, ha la rappresentanza legale dell'Azienda ed è responsabile della gestione complessiva dell'Azienda stessa e ne assicura il regolare funzionamento.

In qualità di organo di vertice dell'Azienda, coadiuvato dai Direttori Sanitario e Amministrativo, esercita le funzioni di indirizzo politico-amministrativo definendo gli obiettivi ed i programmi da attuare, adotta gli altri atti rientranti nello svolgimento di tali funzioni e verifica e controlla la rispondenza dei risultati dell'attività amministrativa e della gestione agli indirizzi impartiti.

Allo scopo di assicurare alla Direzione Aziendale l'apporto dei vari responsabili nei diversi momenti di programmazione e di valutazione delle attività tecnico sanitarie e ad alta integrazione socio sanitaria, con particolare riferimento all'appropriatezza dei percorsi diagnostico-assistenziali, è istituito il Collegio di Direzione. Il Collegio concorre alla formulazione dei programmi di formazione, di ricerca e di innovazione delle soluzioni organizzative per lo svolgimento dell'attività libero-professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. Supporta inoltre la Direzione Aziendale nell'adozione degli atti di governo clinico dell'Azienda.

Il Collegio Sindacale è nominato dal Direttore Generale sulla base delle designazioni ricevute secondo le previsioni di legge. Esso esercita il controllo sulla regolarità amministrativa e contabile dell'Azienda, vigila sull'osservanza delle leggi, verifica la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del bilancio ai risultati dei libri e delle scritture contabili, nonché svolgendo ogni altra funzione ed attività al medesimo riservata dalle norme nazionali e regionali.

L'attività di controllo del Collegio concerne sia l'attività di diritto pubblico che quella di diritto privato dell'Azienda.

La Direzione Aziendale è titolare della funzione di pianificazione strategica e ha il compito di assistere il Direttore Generale nello svolgimento delle proprie funzioni. Definisce in particolare la politica aziendale, la programmazione, gli obiettivi generali e le strategie per il loro conseguimento. Inoltre, controlla l'andamento generale delle attività e verifica la congruità delle metodologie adottate per il conseguimento degli obiettivi. La Direzione aziendale come responsabile della pianificazione strategica, in coerenza anche con quanto previsto dalla pianificazione regionale e di area vasta in ambito socio-sanitario, definisce gli obiettivi generali dell'azienda sanitaria di medio-breve termine, le strategie per il loro raggiungimento, l'allocazione delle risorse e l'assetto organizzativo dell'azienda.

3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE (POLA)

Una delle principali innovazioni della disciplina normativa in materia di lavoro agile riguarda l'introduzione del "Piano organizzativo del lavoro agile" (POLA).

La Legge n. 124 del 7 agosto 2015 ha dato il via all'adozione e allo sviluppo di nuove forme di lavoro dirette a promuovere una migliore conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti pubblici.

L'art. 14 della suddetta legge avente ad oggetto la "promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche" prevedeva espressamente che le amministrazioni pubbliche adottassero misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l'attuazione del telelavoro e per la sperimentazione di nuove modalità di svolgimento della prestazione lavorativa. Le misure da adottare dovevano garantire ad almeno il 10% dei dipendenti richiedenti la possibilità di avvalersi di tali innovative modalità in un arco temporale di tre anni.

In una fase successiva, con la Legge n. 81 del 22 maggio 2017, il Legislatore ha disciplinato i contenuti del lavoro agile, definendolo come una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, caratterizzata dall'assenza di vincoli di orario e/o di luogo di lavoro e con la possibilità di utilizzare strumenti tecnologici.

La prestazione lavorativa risulta caratterizzata dal suo svolgimento in parte all'interno e in parte all'esterno dei locali aziendali, senza una postazione fissa, entro i limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale previsti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

In attuazione delle predette disposizioni, la Presidenza del Consiglio dei Ministri ha emanato la direttiva 3/2017 recante le linee guida sul lavoro agile e dirette a fornire indicazioni inerenti l'organizzazione del lavoro, la gestione del personale per promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, il benessere organizzativo e l'esercizio dei diritti dei lavoratori.

La sperimentazione del lavoro agile ha subito una fase di accelerazione in seguito all'emergenza epidemiologica da Covid-19, diventando modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni. Il Lavoro agile, adottato durante la fase emergenziale, ha avuto specifiche caratteristiche e connotazioni che lo hanno differenziato da quello ordinario disciplinato dalla legge 81/2017.

Infine, in un'ottica di superamento del lavoro agile c.d. emergenziale e di ripensamento delle ordinarie modalità di lavoro sulla scorta di un'implementazione dell'utilizzo dello *smart working*, l'art. 14, comma 1, Legge n. 124 del 7 agosto 2015, così come modificato dall'art. 263, comma 4 bis, del decreto legge n. 34 del 19 maggio 2020 (c.d. "decreto rilancio"), convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 77 del 17 luglio 2020, ha previsto che le amministrazioni pubbliche redigano il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) entro il 31 gennaio di ciascun anno.

Per l'anno 2022, a seguito dell'introduzione da parte del Legislatore, con Decreto Legge n. 80 del 9 Giugno 2021 convertito con modificazioni dalla Legge n. 113 del 6 Agosto 2021, del Piano Integrato di attività e organizzazione (PIAO), il POLA costituisce parte del PIAO.

Il lavoro agile supera la tradizionale logica del controllo sulla prestazione, ponendosi quale patto fiduciario tra l'amministrazione e il lavoratore dipendente, basato sul principio guida "*FAR BUT CLOSE*", ovvero "*lontano ma vicino*", teso a porre in evidenza la collaborazione tra l'Amministrazione e i lavoratori per la creazione di valore pubblico, a prescindere dal luogo, dal tempo e dalle modalità che questi ultimi scelgono per raggiungere gli obiettivi perseguiti dall'amministrazione.

Tale principio si basa sui seguenti fattori:

- Flessibilità dei modelli organizzativi.
- Autonomia nell'organizzazione del lavoro.
- Responsabilizzazione sui risultati.
- Benessere del lavoratore.

- Utilità per l'amministrazione.
- Tecnologie digitali che consentono e favoriscono il lavoro agile.
- Cultura organizzativa basata sulla collaborazione e sulla riprogettazione di competenze e comportamenti.
- Organizzazione in termini di programmazione, coordinamento, monitoraggio, adozione di azioni correttive.
- Equilibrio in una logica "win win": l'amministrazione consegue i propri obiettivi e i lavoratori migliorano il proprio "work-life balance".

Tra i seguenti fattori ricoprono un ruolo strategico la cultura organizzativa e le tecnologie digitali in una logica di "change management", ovvero di gestione del cambiamento organizzativo per valorizzare al meglio le opportunità rese disponibili dalle nuove tecnologie.

La modalità applicativa del lavoro agile in un'Azienda Sanitaria ha caratteristiche ovviamente differenti rispetto ad altre Pubbliche Amministrazioni, non soltanto per la tipologia di attività che, nella stragrande maggioranza dei casi, richiede la presenza fisica dell'operatore sanitario, ma anche, nel caso della Asl Napoli 2 nord, per le dimensioni e la complessità organizzativa dell'Azienda che naturalmente condizionano le modalità di applicazione. Solo una minima parte dei sanitari, infatti, può lavorare in tale modalità, mentre il personale addetto a funzioni non sanitarie è generalmente più facilitato.

Il POLA rappresenta lo strumento di programmazione finalizzato all'attuazione del lavoro agile, che assicura lo svolgimento dell'attività lavorativa da remoto ad almeno il 15% del personale, in un'ottica di maggiore efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa.

La medesima percentuale dovrà essere garantita anche in caso di mancata adozione del Piano.

Tale documento definisce le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti. Inoltre, nell'ambito degli obiettivi dell'amministrazione individuati nel Piano della performance, compreso nel PIAO, l'organizzazione del lavoro agile diventa un obiettivo specifico della performance organizzativa complessiva.

Al fine di supportare le Amministrazioni, il Dipartimento della Funzione Pubblica ha introdotto in data 9 dicembre 2020 specifiche linee guida che forniscono le indicazioni metodologiche per l'elaborazione del POLA.

Normativa di riferimento

1. Legge n. 124 del 7 Agosto 2015 art. 14 *"Promozione della condizione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche"*
2. Legge n. 81 del 22 Maggio 2017 recante *"Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato"*, Capo II *"Lavoro Agile"*.
3. Direttiva n. 3 del 1 Giugno 2017 del Presidente del Consiglio dei Ministri recante *"Indirizzi per l'attuazione dei commi 1 e 2 dell'art.14 della L. 124/ 2015 e Linee guida contenenti regole inerenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro di dipendenti"*.
4. Legge n. 77 del 17 Luglio 2020 recante *"Conversione in legge, con modificazioni, del decreto- legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID- 19"*.
5. Linee Guida sul Piano Organizzativo del lavoro agile e indicatori di performance della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica del 9 Dicembre 2020, versione 1.0.
6. Decreto Legge n. 56 del 30 Aprile 2021 recante *"Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi"*.
7. Decreto Legge n. 80 del 9 Giugno 2021, convertito con modificazioni dalla Legge n. 113 del 6 Agosto 2021, recante *"Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia"*.
8. DPCM 23 settembre 2021, relativo al ritorno della modalità in presenza quale modalità ordinaria di lavoro.

9. *D.M. 8 ottobre 2021; relativo, tra l'altro, alle modalità organizzative per il rientro in presenza e alle condizioni nel cui rispetto deve essere autorizzato in lavoro agile.*
10. *Protocollo Nazionale sul Lavoro in modalità Agile del 7 dicembre 2021.*
11. *Linee guida del 4 gennaio 2022 in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, ai sensi dell'art. 1 c.6 del D.M. per la P.A. recante modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori della PP.AA. ai sensi dell'art. 1 c.6 del D.M. per la P.A. 8.10.21.*
12. *Circolare del 5 gennaio 2022 ad oggetto "Lavoro agile" del Ministro per la Pubblica Amministrazione e del Ministro del Lavoro e delle Politiche sociali, rimodula con flessibilità le misure in concomitanza del riaprirsi della pandemia.*
13. *Legge 52/2022 di conversione del D.L. 24/2022 "Disposizioni urgenti per il superamento delle misure di contrasto alla diffusione dell'epidemia da COVID19, in conseguenza della cessazione dello stato di emergenza".*
14. *CCNL 2019-2021 Comparto Sanità.*

Art. 1 - Finalità e ambito di applicazione

Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) è disciplinato dall'art. 263 del Decreto Legge n. 34 del 19 maggio 2020, così come convertito dalla Legge n. 77 del 17 Luglio 2020, redatto sulla base delle Linee Guida sul POLA pubblicate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Funzione Pubblica, nel dicembre 2020.

Il POLA, insieme ai principali strumenti di programmazione delle Amministrazioni, deve essere integrato nel Piano integrato di attività e organizzazione introdotto dall'art. 6 D. Lgs. n. 80/2021.

Il comma 4 bis del citato articolo 263, modificato dal D.L. n. 56 del 30 aprile 2021, stabilisce che lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile possa essere applicata ad almeno il 15% del personale impiegato in attività "smart" e che in caso di mancata adozione del POLA, il lavoro agile si applica ad almeno il 15% dei dipendenti, ove lo richiedano.

L'adozione del POLA quale modalità di organizzazione della prestazione lavorativa è finalizzata a promuovere:

- dal punto di vista del lavoratore, la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro e il miglioramento del benessere organizzativo;
- dal punto di vista dell'Azienda, l'accrescimento della produttività e della qualità del lavoro oltre ad una maggiore flessibilità organizzativa.

Il lavoro agile non deve essere confuso con l'istituto del telelavoro, di cui alla Legge n.191 del 1998 e s.m.i., poiché il telelavoro prevede lo spostamento, in tutto o in parte, della sede di lavoro dai locali aziendali ad altra sede (generalmente l'abitazione del lavoratore), ma il dipendente è vincolato, comunque, a lavorare da una postazione fissa e prestabilita, con gli stessi limiti di orario che avrebbe in ufficio.

Il carico di lavoro, gli oneri e i tempi della prestazione, sono equivalenti a quelli dei lavoratori che svolgono la prestazione all'interno dei locali aziendali. Al contrario, il lavoro agile prevede che la prestazione lavorativa possa essere eseguita in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno ma senza stabilire una postazione fissa, anche se è preferibile, per facilitare l'assistenza tecnica al lavoratore da parte dell'Azienda, conoscere la sede e la dotazione in uso. Si può lavorare da qualsiasi luogo, non timbra il cartellino e non si fanno pause in orari predefiniti.

Il responsabile di Struttura e il dipendente ridefiniscono in maniera flessibile le modalità, concordando comunque delle fasce orarie di reperibilità, al fine di poter avere la certezza di un confronto diretto se necessario. Importante è il raggiungimento di obiettivi e dei risultati.

Art. 2 - Criteri generali di assegnazione al lavoro agile

Il Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 8.10.2021 stabilisce e le successive Linee guida confermano le seguenti condizionalità per il ricorso al lavoro agile: a) l'invarianza dei servizi resi

all'utenza; b) l'adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile, assicurando comunque la prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza (sul punto si precisa che, in presenza di condizioni di difficoltà a lavorare in presenza, ad esempio figli in DAD o malati, la prevalenza può essere conteggiata sulla durata dell'Accordo e non sulla singola settimana); c) l'adozione di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile; d) la necessità per l'amministrazione della previsione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove accumulato; e) la stipula dell'accordo individuale di cui all'articolo 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81.

Art. 3 - Destinatari

L'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria ed è consentito a tutto il personale dipendente in servizio presso la ASL Napoli 2 nord, sia del Comparto che della Dirigenza, con contratto di lavoro a tempo determinato e indeterminato/tempo pieno o parziale, fatte salve le precisazioni di cui al successivo art. 4, nel rispetto del principio di non discriminazione, di opportunità tra uomo e donna.

Ogni lavoratore presenterà l'istanza di richiesta di lavoro agile (utilizzando lo specifico modulo Allegato A) "ISTANZA DI ACCESSO PER LA MODALITA' IN LAVORO AGILE") al competente Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza.

Il Direttore o il Dirigente Responsabile deve valutare e, nel caso, autorizzare, le richieste per l'accesso all'istituto del lavoro agile temperando sia le esigenze del lavoratore richiedente sia il regolare funzionamento della propria struttura.

Qualora siano presentate richieste in numero ritenuto non sostenibile a livello organizzativo, il Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza valuterà l'istanza del lavoratore tenendo conto delle seguenti condizioni di priorità di accesso allo smart working (art. 33, c. 6 bis, c. 7-ter, L. n. 104/1992, inseriti dall'art. 3 del D.Lgs. n. 105/2022 e art. 18, c. 3 bis, L. 81/2017 modificato dall'art. 4 del D.Lgs. n. 105/2022):

- Dipendente che usufruisce dei permessi giornalieri retribuiti ai sensi dell'art. 3, comma 3, L.104/92;
- personale fragile, affetto da patologie che lo rendano maggiormente esposto al rischio di contagio a seguito di contatto con altre persone;
- dipendenti che si trovano in una condizione di disabilità con connotazione di gravità ai sensi dell'art.3, comma3, Legge n. 104 del 5 febbraio 1992 o che siano caregivers ai sensi dell'art. 1, c. 255, della L. 205/2017;
- lavoratrice madre in gravidanza e nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità;
- dipendenti con figli in condizioni di disabilità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- lavoratore su cui grava la cura dei figli – sino ai dodici anni di età;
- esigenze di cura adeguatamente documentate nei confronti di familiari o conviventi stabilmente ovvero di figli minori di 12 anni;
- lavoratori che manifestano disagi correlati a maggior tempo di percorrenza per raggiungere la sede di lavoro;
- Ulteriori elementi che il competente Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza valuterà in forma discrezionale nel rispetto delle priorità sopra citate (documentazione a sostegno).

Art. 4 - Attività Effettuabili in Modalità Lavoro Agile

In linea generale possono essere svolte in regime di lavoro agile le attività che: a) siano eseguibili attraverso l'utilizzo di tecnologie informatiche; b) possano essere remotizzabili e tali da non richiedere

la costante presenza fisica del lavoratore in sede; c) prevedano l'utilizzo di documenti digitalizzabili; d) richiedano una concentrazione o una creatività particolare per la loro esecuzione; e) non richiedano una relazione costante con il responsabile della Struttura di appartenenza; f) siano pianificabili e verificabili nell'esecuzione e nella misurazione dei risultati.

Art. 5 - Accordo individuale

L'accesso al lavoro agile è subordinato alla sottoscrizione di un accordo individuale tra il dipendente interessato e il Direttore/Responsabile, redatto in forma scritta ai fini della regolarità amministrativa e della prova ai sensi dell'art. 19 della Legge n. 81/2017.

Tale accordo deve contenere i seguenti elementi:

- durata dell'accordo, avendo presente che lo stesso può essere a termine o a tempo indeterminato;
- obiettivi da raggiungere;
- la tempistica prevista per il raggiungimento dell'obiettivo (settimanale/mensile/annuale);
- la modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro, con indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere da remoto;
- la strumentazione tecnologica necessaria per l'espletamento dell'attività e relativo software;
- il luogo di prestazione del lavoro;
- i tempi di riposo del lavoratore nonché le misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro;
- le modalità di recesso da parte del datore di lavoro, che può avvenire con un preavviso di 30 giorni nel caso di accordo a tempo indeterminato, mentre nel caso di lavoratori disabili tale preavviso deve essere reso nel termine di almeno 90 giorni;
- indicazione della fascia di contattabilità;
- le modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro sulla prestazione resa dal lavoratore all'esterno dei locali dell'amministrazione nel rispetto di quanto disposto dall'art. 4 della legge 20 maggio 1970, n. 300 e s.m.i.;
- l'impegno del lavoratore a rispettare le prescrizioni indicate nell'informativa sulla salute e sicurezza sul lavoro agile ricevuta dall'amministrazione.

Il dipendente dovrà rendicontare al proprio Direttore/responsabile l'attività svolta in regime di lavoro agile ed i risultati raggiunti con cadenza periodica (su base settimanale o quindicinale o mensile).

Il Direttore/responsabile dovrà verificare che l'accordo soddisfi tutti i requisiti di cui al presente Piano.

Il lavoro agile non modifica l'inquadramento e il livello retributivo del dipendente e consente le medesime opportunità rispetto ai percorsi professionali e alle iniziative formative, inoltre lo svolgimento della prestazione lavorativa secondo questa modalità non contempla il lavoro straordinario, le prestazioni aggiuntive né i riposi compensativi.

Il buono pasto non è dovuto nei giorni lavorativi non effettuati in presenza presso le sedi aziendali.

Al dipendente in lavoro agile si applicano la normativa e gli accordi vigenti in materia di diritti sindacali.

Nello svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile, il comportamento del dipendente dovrà essere sempre improntato a principi di correttezza e buona fede e la prestazione dovrà essere svolta in conformità a quanto previsto dai CCNLL vigenti e di quanto indicato nel Codice di Comportamento Aziendale.

L'accordo dovrà essere trasmesso alla struttura aziendale competente per materia così come indicato nell'Atto Aziendale, per le seguenti procedure di legge.

Ai sensi dell'art. 23, comma 1, della Legge n.81/ 2017 l'accordo per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità di lavoro agile e le sue eventuali modificazioni sono oggetto delle comunicazioni di cui all'art.9 bis del D.L 510/1996 convertito dalla Legge n. 608/1996 attraverso l'apposita piattaforma informatica messa a disposizione sul portale dei servizi del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Dopo tali adempimenti, la Struttura suddetta provvederà ad informare il dipendente e il Direttore/Responsabile dell'effettivo avvio del lavoro agile.

Art. 6 - Potere direttivo di controllo e disciplinare

La modalità di lavoro in *smart working* non modifica il potere direttivo e di controllo del proprio Direttore/Responsabile, che sarà esercitato analogamente a quelle applicate con riferimento alla prestazione resa presso i locali aziendali.

Il potere di controllo sulla prestazione resa al di fuori dei locali aziendali si espliciterà attraverso la verifica dei risultati ottenuti.

Restano fermi gli ordinari criteri di valutazione delle prestazioni secondo il sistema vigente per tutti i dipendenti.

Nello svolgimento della prestazione lavorativa in modalità lavoro agile il comportamento del dipendente dovrà sempre essere improntato ai principi di correttezza e buona fede, come previsto nel paragrafo precedente.

Durante le operazioni di trattamento dei dati ai quali il dipendente abbia accesso in esecuzione delle prestazioni lavorative, in considerazione delle mansioni ricoperte ed in relazione alle finalità legate all'espletamento delle suddette prestazioni lavorative, gli stessi devono essere trattati nel rispetto della riservatezza e degli altri diritti fondamentali riconosciuti all'interessato dal Regolamento UE 679/2016 GDPR e dal D. Lgs. 196/2003 e successive modifiche.

Il trattamento dei dati deve avvenire in osservanza della normativa nazionale vigente, del Disciplinaire UE sulla Protezione dei Dati Personali e delle eventuali apposite prescrizioni impartite dall'Amministrazione in qualità di Titolare del Trattamento.

Art. 7 - Luoghi di lavoro

Nelle giornate di lavoro agile, il dipendente avrà cura di svolgere la propria attività lavorativa in luoghi rispondenti a requisiti di idoneità, sicurezza e riservatezza e idonei all'uso abituale di supporti informatici, in modo da non compromettere l'incolumità e la riservatezza delle informazioni e dei dati trattati nell'espletamento del proprio lavoro.

E' necessario fornire preventivamente un'indicazione del luogo, al fine della corretta copertura INAIL in caso di infortuni di lavoro. Eventuali infortuni sul lavoro devono essere immediatamente comunicati alle strutture di appartenenza per le necessarie denunce.

L'individuazione di uno o più luoghi prevalenti può essere dettata da esigenze connesse alla prestazione lavorativa o dalla necessità di conciliare le esigenze di vita con quelle lavorative.

Ai sensi dell'art. 23 Legge n. 81/2017 il lavoratore è tutelato contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali.

Art. 8 - Orario di lavoro e disconnessione

Il personale autorizzato alla modalità lavoro agile può svolgere la prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro, ordinariamente da un minimo di quattro ad un massimo di dieci giornate in un mese, da concordare con il Direttore/Responsabile di Struttura.

L'attuazione del lavoro agile non modifica la regolamentazione dell'orario di lavoro applicata al dipendente, il quale farà riferimento al normale orario di lavoro con le caratteristiche di flessibilità temporali proprie del lavoro agile, nel rispetto, comunque, dei limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

L'Azienda riconosce il diritto al lavoratore agile di non leggere e non rispondere ad email, telefonate o messaggi lavorativi e di non telefonare nella fascia oraria al di fuori di quella di contattabilità concordata con il proprio Dirigente o durante l'eventuale pausa (diritto alla disconnessione).

Nell'eventualità di malfunzionamenti tecnici di qualsiasi natura, tali da comportare disagi nell'espletamento dell'attività di servizio, il dipendente è tenuto a darne tempestiva comunicazione al Direttore/Responsabile della struttura di appartenenza, che potrà valutare il rientro presso la sede di lavoro per la parte residua della giornata lavorativa, comunque fino alla risoluzione del problema.

L'Azienda in presenza di situazioni emergenziali, nonché per esigenze di servizio rappresentate dal Dirigente di riferimento, si riserva di richiedere la presenza in sede del dipendente.

La giornata di lavoro agile è suddivisa in due fasce:

1. fascia di contattabilità: 09.00 – 16.30. Durante tale fascia di attività, che non può essere superiore all'orario medio giornaliero di lavoro, il lavoratore è contattabile attraverso gli strumenti di comunicazione in dotazione e viene garantita una fascia di reperibilità telefonica da riportare nell'accordo individuale; nel caso in cui l'articolazione oraria della giornata preveda anche la prestazione in orario pomeridiano, può essere prevista un'ulteriore fascia di contattabilità, salvo diversi accordi intercorsi tra il dipendente e il proprio Direttore/Responsabile in caso di particolari esigenze di servizio.
2. fascia di disconnessione: 13.00 -13.30 – Durante tale fascia non sono richiesti contatti con i colleghi o con il dirigente per lo svolgimento della prestazione lavorativa, la lettura delle email, la risposta alle telefonate e ai messaggi, l'accesso e la connessione al sistema informativo dell'Azienda o Ente.
3. fascia di inoperabilità: 17.00 - 08.00. Durante tale fascia non è richiesto lo svolgimento della prestazione lavorativa, la lettura delle mail, la risposta alle telefonate e ai messaggi, l'accesso e la connessione al sistema informativo dell'Amministrazione.

Nei giorni di lavoro agile non sono configurabili prestazioni supplementari, lavoro straordinario, notturno o festivo; di conseguenza, riguardo alla giornata di lavoro agile sono computate, per il personale del comparto un massimo di 6.00 – 7.12 ore giornaliere, a seconda del profilo orario attribuito, mentre per il personale dirigente sono riconosciute 6.20 – 7.36 ore secondo il calendario settimanale di attività, ovvero il diverso orario giornaliero risultante dall'eventuale contratto part – time.

Nella fascia di contattabilità, il lavoratore può richiedere, ove ne ricorrano i relativi presupposti, la fruizione dei permessi orari previsti dai contratti collettivi o dalle norme di legge, per la durata degli stessi, è sollevato dagli obblighi stabiliti per la fascia di contattabilità.

L'attestazione della presenza in servizio nelle giornate di svolgimento dell'attività lavorativa agile deve essere effettuata secondo le ordinarie modalità e registrata con l'apposita causale giustificativa a intera giornata.

Il dipendente è tenuto a rispettare le norme sui riposi e sulle pause previste per legge e dalla contrattazione collettiva nazionale ed integrativa in materia di salute e sicurezza. In particolare l'obbligo di pausa è obbligatorio dopo 6 ore di lavoro.

Art. 9 - Strumentazione tecnologica

In considerazione dell'elevato numero di dipendenti, l'ASL Napoli 2 Nord non fornisce la dotazione tecnologica atta a consentire al lavoratore agile di effettuare l'attività concordata al di fuori della sede di lavoro.

Il dipendente espleta l'attività lavorativa avvalendosi degli strumenti di dotazione tecnologica già in proprio possesso. Egli potrà collegarsi alla rete aziendale utilizzando notebook, personal computer, tablet, smartphone o quant'altro ritenuto opportuno e congruo per l'esercizio dell'attività lavorativa.

Per il collegamento alla rete aziendale verrà messa a disposizione dal Servizio Tecnologie informatiche una connessione tramite il sistema VPN, onde consentire l'utilizzo di tutti gli applicativi aziendali.

Le spese connesse all'espletamento dell'attività lavorativa presso la propria residenza/domicilio/dimora, riguardanti i consumi elettrici, le spese di manutenzione e gestione dei

dispositivi, ecc. sono a totale carico del dipendente.

Eventuali impedimenti tecnici allo svolgimento dell'attività lavorativa durante il lavoro agile dovranno essere tempestivamente comunicati al proprio Direttore/ Responsabile, per la soluzione del problema, coinvolgendo il Servizio Tecnologie Informatiche.

Art. 10 - Formazione

Al fine di accompagnare il percorso di introduzione e consolidamento del lavoro agile, nell'ambito delle attività del piano della formazione saranno previste specifiche iniziative formative per il personale che usufruisca di tale modalità di svolgimento della prestazione lavorativa.

Art. 11 - Riservatezza, privacy e sicurezza sul lavoro

Al lavoro agile si applicano le disposizioni in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, in particolare quelle di cui al D.lgs. 81/2008 e della L. 81/2017 avente ad oggetto "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato".

Riguardo alla sicurezza sul lavoro l'Amministrazione:

- garantisce la conformità alla normativa di sicurezza degli strumenti tecnologici assegnati;
- consegna annualmente al lavoratore e al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, e, comunque, prima dell'avvio dell'attività, un'informativa scritta nella quale sono individuati i rischi generali e quelli specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione della prestazione.

Il dipendente è tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione predisposte dall'Amministrazione per fronteggiare i rischi.

Il lavoratore ha diritto alla tutela contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali.

Il lavoratore è altresì tutelato contro gli infortuni sul lavoro occorsi durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello prescelto per lo svolgimento della prestazione lavorativa all'esterno dei locali aziendali, nei limiti e alle condizioni di cui al terzo comma dell'articolo 2 del testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni, quando la scelta del luogo della prestazione sia dettata da esigenze connesse alla prestazione stessa o dalla necessità del lavoratore di conciliare le esigenze di vita con quelle lavorative e risponda a criteri di ragionevolezza.

Il lavoratore che svolge la propria prestazione in modalità di lavoro agile è comunque tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione indicate dal datore di lavoro, al fine di fronteggiare eventuali rischi connessi all'esecuzione della prestazione all'esterno dei locali aziendali.

In occasione dello svolgimento della prestazione lavorativa il dipendente dovrà custodire con diligenza la documentazione, i dati e le informazioni ottenuti in ragione del servizio, attenersi scrupolosamente alle istruzioni ricevute dal Dirigente responsabile in relazione all'esecuzione del lavoro, nonché al rispetto di quanto previsto dal Regolamento UE n. 679/2016 e del D.lgs. n. 196/2003 in materia di privacy e protezione dei dati personali.

Il dipendente dovrà tempestivamente informare il Direttore/Responsabile e il DPO nel caso in cui si verifici, nell'ambito della sua attività, una violazione dei dati personali oggetto del trattamento che metta a rischio i diritti e le libertà delle persone fisiche.

L'Amministrazione rende accessibile al dipendente tutte le informazioni e i documenti necessari all'esecuzione delle proprie mansioni, rimanendo comunque obbligata alla protezione degli stessi e adotta misure e soluzioni tecniche idonee a prevenire la perdita nonché la diffusione dei dati, tanto nel rispetto dei principi di riservatezza nei confronti del dipendente, quanto a tutela dei propri interessi aziendali.

Art. 12 - Recesso dall'accordo

Sia il lavoratore che l'Azienda, durante il periodo di svolgimento del progetto di lavoro agile possono, fornendo specifica motivazione, recedere dall'accordo prima della sua naturale scadenza. La valutazione negativa degli obiettivi per due volte consecutive comporta il recesso automatico dal lavoro agile.

Art. 13 - Disposizioni finali

Per quanto non espressamente previsto dalla presente disciplina si applicano le disposizioni previste dalla normativa, dalle disposizioni ministeriali e dalla contrattazione collettiva vigente nel tempo.

Art. 14 - Entrata in vigore

Il presente Regolamento entra in vigore dall'adozione del presente PIAO.

3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

3.3.1 Inquadramento normativo

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di personale (PTFP) è lo strumento strategico e programmatico per individuare le esigenze di personale in relazione alle funzioni istituzionali ed agli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica che mirano al contenimento della spesa del personale.

Tale adempimento è previsto dall'articolo 6 ("Organizzazione degli uffici e fabbisogni di personale") del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, e ss.mm.ii., il quale ha previsto, ai commi 2 e 3, che "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.....(omissis).....Nell'ambito del piano, le amministrazioni pubbliche curano l'ottimale distribuzione delle risorse umane attraverso la coordinata attuazione dei processi di mobilità e di reclutamento del personale, anche con riferimento alle unità di cui all'articolo 35, comma 2. 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.....(omissis).....Resta fermo che la copertura dei posti vacanti avviene nei limiti delle assunzioni consentite a legislazione vigente".

L'articolo 4 del D. Lgs. 25 maggio 2017, n. 75, e ss.mm.ii., recante "Modifiche e integrazioni al decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ai sensi degli articoli 16, commi 1, lettera a), e 2, lettere b), c), d) ed e) e 17, comma 1, lettere a), c), e), f), g), h), l) m), n), o), q), r), s) e z), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche", introducendo il comma 6-ter all'articolo 6 del citato D. Lgs. n. 165/2001, e ss.mm.ii., ha demandato ad apposite linee guida della Funzione Pubblica la definizione dei criteri e dei principi ai quali devono attenersi le amministrazioni pubbliche nella programmazione del fabbisogno di personale.

Sostanzialmente, le amministrazioni, nell'ambito del PTFP, possono quindi procedere annualmente alla rimodulazione qualitativa e quantitativa della propria consistenza di personale, in base ai fabbisogni programmati, garantendo la neutralità finanziaria della rimodulazione. Tale rimodulazione individuerà quindi volta per volta la dotazione di personale che l'amministrazione ritiene rispondente ai propri fabbisogni e che farà da riferimento per l'applicazione di quelle disposizioni di legge che assumono la dotazione o la pianta organica come parametro di riferimento. Il PTFP rappresenta la spesa potenziale massima per le amministrazioni.

L'attività di programmazione dei fabbisogni deve contemplare l'eventuale ripensamento, ove necessario, anche degli assetti organizzativi. Il PTFP è un importante strumento per dare anche conto di quali azioni le amministrazioni hanno posto in essere, per alleggerire le strutture organizzative, eliminare le duplicazioni e razionalizzare gli assetti.

Dopo aver verificato la percorribilità degli interventi di revisione organizzativa, mobilità interna ed esterna, il PTFP indica, nel rispetto dei criteri illustrati e del regime delle assunzioni le scelte da operare con riferimento al reclutamento di nuove personale con le modalità di cui all'articolo 35 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, e ss.mm.ii., nonché con le procedure di reclutamento speciale previste dalla legge, tra cui quelle dell'articolo 20 del D.Lgs. 25 maggio 2017, n. 75, e ss.mm.ii., recante "Modifiche e integrazioni al decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ai sensi degli articoli 16, commi 1, lettera a), e 2, lettere b), c), d) ed e) e 17, comma 1, lettere a), c), e), f), g), h), l) m), n), o), q), r), s) e z), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche".

Il D.L. 9 giugno 2021, n. 80, e ss.mm.ii., recante "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", convertito, con modificazioni, nella Legge 6 agosto 2021, n. 113, all'articolo 6 ("Piano integrato di attività e organizzazione") ha previsto che "per 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 e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, le pubbliche amministrazioni, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, con più di cinquanta dipendenti, entro il 31 gennaio di ogni anno adottano il Piano integrato di attività e organizzazione, di seguito denominato Piano, nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e della legge 6 novembre 2012 n° 190 (comma 1)".

La Programmazione Triennale dei Fabbisogni di Personale è stata individuata quale sezione del Piano Integrato delle Attività e delle Organizzazioni (PIAO), ai sensi dell'art. 6 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80, e ss.mm.ii., recante "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia".

Il Piano, pertanto:

- a. ha durata triennale e viene aggiornato annualmente;
- b. definisce la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;
- c. compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e ss.mm.ii., contempla gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne.

In particolare, il comma 2 del suddetto art. 6 del D.L. 80/2021, e ss.mm.ii., stabilisce che il Piano Integrato delle Attività e delle Organizzazioni definisce, tra l'altro: "compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2021 n. 165, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della 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, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza

professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito anche attraverso le attività poste in essere ai sensi della legge b) (piano formativo) assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali".

La programmazione del fabbisogno di personale (PTFP) si configura come un atto di programmazione che deve essere adottato dal competente organo deputato all'esercizio delle funzioni di indirizzo politico-amministrativo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, e ss.mm.ii.. Il concetto di fabbisogno di personale implica un'attività di analisi ed una rappresentazione delle esigenze sotto un duplice profilo:

- a. quantitativo: riferito alla consistenza numerica di unità necessarie ad assolvere alla mission dell'amministrazione, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica, tenendo presente che, sotto questo aspetto rileva anche la necessità di individuare parametri che consentano di definire un fabbisogno standard per attività omogenee o per processi da gestire;
- b. qualitativo: riferito alle tipologie di professioni e competenze professionali meglio rispondenti alle esigenze dell'amministrazione stessa, anche tenendo conto delle professionalità emergenti in ragione dell'evoluzione dell'organizzazione del lavoro e degli obiettivi da realizzare;

Intenzione delle linee di indirizzo è favorire cambiamenti organizzativi che superino i modelli di fabbisogno fondati sulle logiche delle dotazioni organiche storicizzate, a loro volta discendenti dalle rilevazioni di carichi di lavoro superate sul piano dell'evoluzione normativa e dell'organizzazione del lavoro e delle professioni, lasciando libertà agli organi di indirizzo politico - amministrativo in relazione alle specificità di ciascuna amministrazione ed ai rispettivi ordinamenti.

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale si configura come un atto di programmazione triennale a scorrimento annuale, adottato dal Direttore Generale e, proprio in quanto documento di programmazione, non vincola direttamente l'attività ma la orienta in maniera flessibile alla luce delle mutate esigenze organizzative, normative e funzionali. Tali esigenze possono anche richiedere eventuali modifiche nel corso del tempo, ove ci si trovi a fronte di situazioni non prevedibili, non programmabili e/o non preventivabili, purché tali modifiche risultino adeguatamente motivate.

La logica alla quale si ispira il presente documento è quella di partire dalle risorse annualmente liberabili dalle cessazioni previste e, tenendo conto dei vincoli finanziari, stabilire l'entità delle risorse attivabili per le assunzioni necessarie per far fronte ai fabbisogni. Queste ultime sono il risultato di una continua analisi dei fabbisogni prioritari o emergenti rispetto alle politiche aziendali.

L'ASL Napoli 2 nord sta procedendo all'aggiornamento del PTFP ai sensi delle ultime determinazioni adottate dalla Regione Campania con la delibera di giunta n. 190 del 19 aprile 2023 ad oggetto "Metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli Enti del Servizio Sanitario Regionale della Campania".

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale vigente dell'ASL Napoli 2 nord – triennio 2021- 2023, approvato con deliberazione n. 2010 del 30.11.2022, ai sensi della DGRC n. 291 del 14.06.2022 e del disciplinare tecnico "Metodologia di determinazione del Fabbisogno del Personale del SSR" approvato con DGRC n. 593 del 22.12.2020, in quanto fulcro di uno dei processi più strategici e rilevanti della gestione delle risorse, si ispira a principi generali di legalità e legittimità e mira a perseguire le migliori pratiche connesse con la prevenzione della corruzione.

Fabbisogno Personale 2021/2023	PERSONALE IN SERVIZIO AL 31/12/2020	Fabbisogno DGRC 593/2020	Fabbisogno nel rispetto del tetto di spesa 2021- 2023	PFP 2021	PFP 2022	PFP 2023	TOTALE
RUOLO SANITARIO	2574	4564	704	315	329	60	3278
Dirigenti Medici	843	1599	215	103	96	16	1058
Dirigenti Sanitari	68	135	67	6	57	4	135
Personale del comparto area sanitaria	1663	2830	422	206	176	40	2085
di cui infermieri	1431	2155	289	139	120	30	1720
di cui altro personale del comparto sanitario	232	675	133	67	56	10	365
RUOLO TECNICO	657	759	99	39	50	10	756
Dirigenti	30	38	5	0	3	2	35
Personale del comparto area tecnica	627	721	94	39	47	8	721
di cui OSS	402	507	61	17	37	7	463
di cui altro personale del comparto tecnico	225	214	33	22	10	1	258
RUOLO PROFESSIONALE	11	13	2	0	2	0	13
Dirigenti	8	10	2	0	2	0	10
Personale del comparto area professionale	3	3	0	0	0	0	3
RUOLO AMMINISTRATIVO	352	748	205	107	68	30	557
Dirigenti	13	112	29	6	3	20	42
Personale del comparto amministrativo	339	636	176	101	10	10	515
TOTALE	3594	6084	1010	461	449	100	4604

3.3.2 Consistenza e costi del personale al 31/12/2022

L'articolo 4, comma 1, lett. c) del Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione 30/06/2022 stabilisce che, ai fini della definizione del PIAO, ciascuna amministrazione indica la consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente a quello di adozione del Piano, suddiviso per inquadramento professionale.

Tanto premesso si riporta la consistenza del personale di ruolo al 31 dicembre del 2022:

Rilevazione personale relativa al periodo 1° gennaio 2022 - 31 dicembre 2022

Denominazione regione	CAMPANIA			
Denominazione azienda/ente	ASL Napoli 2 nord			
Periodo di rilevazione	01/01/2022 - 31/12/2022			
Tipologia del personale	Totale presenti al 31.12.2021 (A)	Assunti al 31.12.2022 (B)	Cessati al 31.12.2022 (C)	Totale presenti al 31.12.2022 (1)=(A)+(B)-(C)
Personale dipendente a tempo indeterminato	3529	665	275	3919
Dirigenti medici	857	58	73	842
Dirigenti non medici	117	35	12	140
Personale non dirigente	2.555	572	190	2937
Personale contrattista				0
Personale a tempo determinato	316	46	308	54
Restante personale	451	21	341	131
Totale	4.296	732	924	4104

Le seguenti tabelle, relative al costo del personale, sono riferite al IV trimestre 2022, non ancora validate ed ufficiali, in quanto finora non condivise con il GREF:

Denominazione regione	Campania							
Denominazione aziendale	ASL Napoli 2 nord							
Periodo di rilevazione	01/01/2022 - 31/12/2022							
Valori in euro	Totale presenti al 31.12.2022 (1)	Spese per competenze fisse e accessorie (2)	IRAP (3)	Spese per contributi a carico dell'azienda (4)	Altre voci di spesa (5)	Totale (6) = (2)+(3)+(4)+(5)	o cui versare dai rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all'anno 2004	Totale al netto dei rinnovi (8) = (6) - (7)
Personale dipendente a tempo indeterminato	3.919	183.982.082,12	16.212.134,41	54.242.720,55	4.378.001,90	258.784.938,98	48.358.294,39	210.426.644,59
Dirigenti medici	842	71.785.435,96	6.101,762	21.548.190,77	742.873,42	100.178.262,21	20.667.630,86	79.510.631,35
Dirigenti non medici	140	9.411.382,28	799,967	2.719.966,41	321.338,20	13.282.654,38	2.288.907,82	10.993.746,56
Personale non dirigente	2.937	102.785.263,88	9.310,405	29.874.563,37	3.313.790,28	145.354.023,39	25.401.755,71	119.952.268,68
Personale contrattista	0							
Personale a tempo determinato	54	9.132.718	778.291,02	2.312.375,20	197.284,02	12.418.658,07		12.418.658,07
Restante personale	131	5.256.301,86				5.256.301,86		5.256.301,86
Totale	4.104	198.341.101,81	16.988.415,43	56.555.095,75	4.575.285,92	276.458.898,91	48.358.294,39	228.101.604,52

Valori in euro	Totale rimborsi	o cui versare dai rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all'anno 2004	Totale rimborsi al netto dei rinnovi
Indennità De Maria			

DI CUI PERSONALE ESCLUSO DALLA BASE DI CALCOLO PER LA RIDUZIONE DELL'1,4% (Circolare RGS n. 9 del 17.02.2006):

Valori in euro	Unità presenti al 31.12.2022 (1)	Spese per competenze fisse e accessorie (2)	IRAP (3)	Spese per contributi a carico dell'azienda (4)	Altre voci di spesa (5)	Totale (6) = (2)+(3)+(4)+(5)	o cui versare dai rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all'anno 2004	Totale al netto dei rinnovi (8) = (6) - (7)
Personale classificato ex legge n. 66/1990 (disabili e categorie protette)	164	4.890.417,39	126.827,90	1.344.864,78	169.782,18	6.631.892,25	184.659,70	6.347.232,55
Personale della sanità penitenziaria (incluse le REMS)	13	464.713,87	39.500,68	127.786,31	9.707,56	641.718,42	14.637,66	627.080,76
Personale finanziato con contributi provenienti da privato								
Personale finanziato con contributi provenienti dall'Unione Europea								
Personale finanziato con fondi destinati alla ricerca								
Totale delle spese di personale escluso - Circolare RGS n. 9 del 17/02/2006	177,00	5.355.131,26	166.328,58	1.472.651,09	179.489,74	7.173.610,67	199.297,36	6.974.313,31
Finanziamento aggiuntivo dei fondi contrattuali delle particolari condizioni di lavoro della dirigenza medica e sanitaria e dei fondi contrattuali delle particolari condizioni di lavoro e incarichi del personale del comparto sanità nonché dei relativi fondi incentivanti articolo 1, comma 1, del DL del 17/02/2006								
Incarichi di collaborazione coordinata e continuativa e lavoro autonomo - articolo 2-bis, commi 1, lett. a), 3 e 5 del decreto legge del 17 marzo 2020, n. 18 del 2020, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 34/2020	17	1.725.940,54				1.725.940,54		1.725.941
Incarichi individuali a tempo det. - art. 2-ter, c. 1 e 5, del DL del 17 marzo 2020, n. 18 del 2020, convertito, con modificazioni, dalla Legge del 24 aprile 2020, n. 27	92	6.440.595,69	547.450,63	1.771.163,81	148.890,66	8.908.100,80	150.834,90	8.757.266
Incarichi di collaborazione coordinata e continuativa e lavoro autonomo - articolo 1, commi 5 e 7, del decreto legge n. 34/2020, convertito in legge, con modificazioni, dalla legge n. 77/2020								
Reclutamento di personale, attraverso assunzioni a tempo determinato o attraverso incarichi anche di collaborazione coordinata e continuativa e lavoro autonomo - articolo 2, commi 5-terzo periodo, e 7 (con esclusione degli incarichi di lavoro autonomo) del decreto legge del 19 maggio 2020, n. 34								
Reclutamento di personale, attraverso assunzioni a tempo determinato di personale del comparto e della dirigenza medica, sanitaria, veterinaria e delle professioni sanitarie o attraverso incarichi anche di collaborazione coordinata e continuativa e lavoro autonomo - art. 29, c. 2, (lettera c), del DL 14 agosto 2020, n. 104, convertito in legge, con modificazioni, dalla legge del 13 ottobre 2020, n. 126	405	9.820.757,04	834.764,42	2.700.708,43	183.007,46	13.538.238	287.732,60	13.250.506
Risultazione destinazione delle risorse ex art. 26 DL 73/2021								
Totale delle spese di personale per fronteggiare l'emergenza sanitaria	514,00	17.987.294,17	1.382.215,06	4.471.872,25	330.898,12	24.172.279,60	358.587,50	23.813.712,10
TOTALE COMPLESSIVO PERSONALE ESCLUSIBILE	691	23.342.425,43	1.548.543,64	5.944.533,34	510.387,86	31.345.890,27	557.884,86	30.788.005,41

Garantire la riconciliazione con modello CE

Voci di Costo del Personale	Costo Totale del Personale da Tabella 2 (al netto IRAP)	Modello CE IV Trim 2022	D CE vs Tab 2	Confluenza Modello CE
Valori in €	A	B	C=B-A	
Personale dipendente a tempo indeterminato	242.572.804,57	240.338.987,66	- 2.233.816,91	Da considerare le seguenti voci di CE: BA2120, BA2160, BA2200, BA2250, BA2290
Personale a tempo determinato	11.494,377	11.474,954	- 19,423	Da considerare le seguenti voci di CE: BA2130, BA2170, BA2210, BA2260, BA2300
Totale Personale dipendente a T.I. e T.D.	254.067.182	251.813.942	- 2.249.939,91	
Restante personale	5.256.302	5.256.302	-	Da considerare le seguenti voci di CE: BA1410, BA1430, BA1440, BA1800, BA1820
Indennità De Maria	259.471,483	257.089,544	- 2.401.939,81	Da considerare le seguenti voci di CE: BA1420, BA1810
Totale complessivo	16.988.415	16.988.415	0	Da considerare la seguente voce di CE: YA0020
IRAP relativa a personale dipendente				
	BA1601 - Mensa Dipendenti	3.158.439,65		
	4030204050 Concorso personale dip. spese vitali (buoni pasto)	756.459,84		
	Mensa al netto della compartecipazione	2.401.939,81		

3.3.3 Procedure selettive anno 2023

Nello schema sottostante si riportano i concorsi/avvisi/selezioni pubbliche/selezioni interne attivi nell'anno 2023:

TIPOLOGIA SELEZIONE	DENOMINAZIONE	STATO DELLA PROCEDURA
Concorso Pubblico	CONCORSO PUBBLICO, PER TITOLI ED ESAMI, PER LA COPERTURA A TEMPO INDETERMINATO DI N.10 (DIECI) POSTI DI DIRIGENTE MEDICO - DISCIPLINA DI CHIRURGIA GENERALE -.	In fase di espletamento
Concorso Pubblico	CONCORSO PUBBLICO, PER TITOLI ED ESAMI, PER LA COPERTURA A TEMPO INDETERMINATO DI N.6 (SEI) POSTI DI DIRIGENTE MEDICO - DISCIPLINA DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE.	In fase di espletamento
Avviso Pubblico	BANDO DI SELEZIONE PUBBLICA, PER TITOLI E PER COLLOQUIO, PER IL CONFERIMENTO DI N. 4 (QUATTRO) INCARICHI PART-TIME E A TEMPO DETERMINATO DELLA DURATA DI MESI DODICI NEL PROFILO PROFESSIONALE DI ASSISTENTE AMMINISTRATIVO – AREA DEGLI ASSISTENTI, PERSONALE DEL RUOLO AMMINISTRATIVO- DI CUI N.1 (UNO) POSTO RISERVATO AI SENSI DEL D. LGS. N. 66/2010 E SS.MM.II., AI SENSI DELL’ART. 15 OCTIES DEL D. LGS. N. 502/1992 E SS. MM. II., FINALIZZATO ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO “GESTIONE DEL PAZIENTE CRONICO E MONITORAGGIO DELL’ADERENZA ALLE TERAPIE – CONSOLIDAMENTO DEI FLUSSI INFORMATIVI E MONITORAGGIO” - DGRC N. 394/2020 - LINEA PROGETTUALE 1 SUB AZIONE 3.b.2 – PR 201- ORDINE INTERNO 1001279 - GIUSTA DELIBERA N. 496 DEL 21.03.2023 E SUCCESSIVA NOTA DEL 17.04.2023-.	In fase di espletamento
Concorso Pubblico	CONCORSO PUBBLICO, PER TITOLI ED ESAMI, PER LA COPERTURA A TEMPO INDETERMINATO DI N.10 (DIECI) POSTI DI DIRIGENTE MEDICO - DISCIPLINA DI PSICHIATRIA	In fase di espletamento
Concorso Pubblico	CONCORSO PUBBLICO, PER TITOLI E PER ESAMI, PER LA COPERTURA A TEMPO INDETERMINATO DI N.5 (CINQUE) POSTI DI TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL’AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO (PROFESSIONI SANITARIE DELLA PREVENZIONE) – AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI, PROFILO PROFESSIONALE DEL RUOLO SANITARIO, DI CUI N. 2 (DUE) POSTI RISERVATI AI SENSI DEL D. LGS. N. 66/2010 E SS.MM. II. - DA ASSEGNARE ALLE STRUTTURE AZIENDALI DELLA ASL NAPOLI 2 NORD.	In fase di espletamento

Avviso Pubblico Mobilità di	AVVISO PUBBLICO DI MOBILITÀ, INTRAREGIONALE, PER TITOLI E PER COLLOQUIO, AI SENSI DELL'ART. 30 DEL D. LGS. N. 165 DEL 2001 E SS. MM. II. PER LA COPERTURA A TEMPO INDETERMINATO PER N.1 (UNO) POSTO DI DIRIGENTE AMMINISTRATIVO, DA ASSEGNARE ALLE STRUTTURE AZIENDALI DELLA ASL NAPOLI 2 NORD.	In fase di espletamento
Avviso Pubblico Mobilità di	AVVISO PUBBLICO DI MOBILITÀ, INTERREGIONALE ED INTRAREGIONALE, PER TITOLI E COLLOQUIO, AI SENSI DELL'ART. 30 DEL D. LGS. N. 165 DEL 2001 E SS. MM. II. E DELL'ART. 63 DEL CCNL RELATIVO AL PERSONALE DEL COMPARTO SANITA' – TRIENNIO 2019/2021- PER LA COPERTURA A TEMPO INDETERMINATO PER N. 6 (SEI) POSTI DI ASSISTENTE AMMINISTRATIVO – C.T.G. C-, DA ASSEGNARE ALLE STRUTTURE AZIENDALI PRESENTI SULLE ISOLE DI ISCHIA E PROCIDA	In fase di espletamento
Selezione Pubblica per assegnazione di Borsa di Studio	AVVISO DI SELEZIONE PUBBLICA, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER L'ASSEGNAZIONE DI N. 4 BORSE DI STUDIO, FARMACISTI PER LA REALIZZAZIONE DEL NUOVO STUDIO VALORE WP2 "MONITORAGGIO DI FARMACOVIGILANZA ATTIVA IN CAMPO REUMATOLOGICO, GASTROENTEROLOGICO E DERMATOLOGICO – PROGETTO VALORE NELL'AMBITO DELLO STUDIO MULTIREGIONALE DI FARMACOVIGILANZA ATTIVA PER LA VALUTAZIONE DI SICUREZZA ED APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA ED ADERENZA ALLA TERAPIA DI FARMACI BIOLOGICI IMPIEGATI IN CENTRI REGIONALI DI DERMATOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA E REUMATOLOGIA" E LA CONTINUAZIONE DELLO STUDIO WP1 "STUDIO OSSERVAZIONALE PROSPETTICO MULTICENTRICO SU EFFICACIA E SICUREZZA DI RITUXIMAB ORIGINATORE O BIOSIMILARE NEI PAZIENTI CHE ACCEDONO AI SERVIZI DI EMATOLOGIA DEL SSN" PER LA DURATA DI UN ANNO.	Conclusa
Selezione Pubblica per assegnazione di Borsa di Studio	AVVISO DI SELEZIONE PUBBLICA, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER L'ASSEGNAZIONE DI N.2 BORSE DI STUDIO, INGEGNERI BIOMEDICI, PER LA REALIZZAZIONE DEL NUOVO STUDIO VALORE WP2 "MONITORAGGIO DI FARMACOVIGILANZA ATTIVA IN CAMPO REUMATOLOGICO, GASTROENTEROLOGICO E DERMATOLOGICO – PROGETTO VALORE NELL'AMBITO DELLO STUDIO MULTIREGIONALE DI FARMACOVIGILANZA ATTIVA PER LA VALUTAZIONE DI SICUREZZA ED APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA ED ADERENZA ALLA TERAPIA DI FARMACI BIOLOGICI IMPIEGATI IN CENTRI REGIONALI DI DERMATOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA E REUMATOLOGIA" E LA CONTINUAZIONE	Istanze di partecipazione non pervenute

	DELLO STUDIO WP1 “STUDIO OSSERVAZIONALE PROSPETTICO MULTICENTRICO SU EFFICACIA E SICUREZZA DI RITUXIMAB ORIGINATORE O BIOSIMILARE NEI PAZIENTI CHE ACCEDONO AI SERVIZI DI EMATOLOGIA DEL SSN” PER LA DURATA DI UN ANNO.	
Avviso Pubblico di Mobilità	AVVISO PUBBLICO DI MOBILITÀ, INTRAREGIONALE, PER TITOLI E COLLOQUIO, AI SENSI DELL’ART. 30 DEL D. LGS. N. 165 DEL 2001 E SS. MM. II. E DELL’ART. 63 DEL CCNL RELATIVO AL PERSONALE DEL COMPARTO SANITA’ – TRIENNIO 2019/2021- PER LA COPERTURA A TEMPO INDETERMINATO PER N. 1 (UNO) POSTO DI OPERATORE TECNICO AUTISTA– C.T.G. B-, DA ASSEGNARE A TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI DELLA ASL NAPOLI 2 NORD.	Conclusa
Selezione Pubblica	AVVISO DI SELEZIONE PUBBLICA, PER TITOLI E PER COLLOQUIO, PER IL CONFERIMENTO DI N.1 (UNO) INCARICO QUINQUENNALE GESTIONALE DI DIRETTORE DELLA U.O.C. DIREZIONE SANITARIA P.O. ISCHIA, PRESIDIO OSPEDALIERO “ANNA RIZZOLI” DI LACCO AMENO- ISCHIA, AI SENSI DELL’ART. 15, COMMA 7 <i>BIS</i> , DEL D. LGS. N. 502/1992 E SS.MM.II., DELL’ART. 20 DEL CCNL DELL’AREA SANITÀ – TRIENNIO 2016/2018 –, DEL D. LGS. N. 165 DEL 2001 E SS.MM.II., DEL D.P.R. N. 484 DEL 1997 – LIMITATAMENTE ALLE DISPOSIZIONI CHE CONCERNONO I REQUISITI DI AMMISSIONE E LE MODALITÀ DI DETERMINAZIONE DEGLI STESSI – E DEL DECRETO DIRIGENZIALE N. 49 DEL 15.03.2017 -.	In fase di espletamento
Selezione Pubblica	AVVISO DI SELEZIONE PUBBLICA, PER TITOLI E PER COLLOQUIO, PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 (UNO) INCARICO GESTIONALE, DI DURATA QUINQUENNALE, DI DIRETTORE DELLA U.O.C. FARMACIA OSPEDALIERA E DISTRETTUALE DI ISCHIA, PRESIDIO OSPEDALIERO “ANNA RIZZOLI” DI LACCO AMENO- ISCHIA, AI SENSI DELL’ART. 15, COMMA 7 <i>BIS</i> , DEL D. LGS. N. 502/1992 E SS.MM.II., DELL’ART. 20 DEL CCNL DELL’AREA SANITÀ – TRIENNIO 2016/2018 –, DEL D. LGS. N. 165 DEL 2001 E SS.MM.II., DEL D.P.R. N. 484 DEL 1997 – LIMITATAMENTE ALLE DISPOSIZIONI CHE CONCERNONO I REQUISITI DI AMMISSIONE E LE MODALITÀ DI DETERMINAZIONE DEGLI STESSI – E DEL DECRETO DIRIGENZIALE N. 49 DEL 15.03.2017 -.	In fase di espletamento
Selezione Pubblica	AVVISO DI SELEZIONE PUBBLICA, PER TITOLI E PER COLLOQUIO, PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 (UNO) INCARICO GESTIONALE, DI DURATA QUINQUENNALE, DI DIRETTORE DELLA U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA P.O. POZZUOLI “SANTA MARIA DELLE GRAZIE” DELLA ASL NAPOLI 2 NORD, AI SENSI DELL’ART. 15, COMMA 7 <i>BIS</i> , DEL D. LGS. N. 502/1992 E SS.MM.II., DELL’ART. 20 DEL CCNL DELL’AREA SANITÀ – TRIENNIO 2016/2018 –, DEL D. LGS. N. 165 DEL 2001 E SS.MM.II., DEL D.P.R.	In fase di espletamento

		N. 484 DEL 1997 – LIMITATAMENTE ALLE DISPOSIZIONI CHE CONCERNONO I REQUISITI DI AMMISSIONE E LE MODALITÀ DI DETERMINAZIONE DEGLI STESSI – E DEL DECRETO DIRIGENZIALE N. 49 DEL 15.03.2017 -.	
Avviso di Selezione Interna	di	AVVISO DI SELEZIONE INTERNA, PER TITOLI E PER COLLOQUIO, PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO GESTIONALE DI DIREZIONE DELLA U.O.C. SERVIZIO ISPETTIVO AMMINISTRATIVO, DI DURATA QUINQUENNALE – ART. 70, COMMA 1, LETT. A) E ART. 71 DEL CCNL DELL'AREA DELLE FUNZIONI LOCALI, TRIENNIO 2016-2018, RISERVATO AI DIRIGENTI IN SERVIZIO A TEMPO INDETERMINATO PRESSO LA ASL NAPOLI 2 NORD.	Conclusa
Selezione Pubblica non concorsuale		AVVISO DI SELEZIONE PUBBLICA NON CONCORSUALE, PER TITOLI E COLLOQUIO VALUTATIVO, PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI DIRETTORE DELLA U.O.C. GESTIONE RISORSE TECNICHE E TECNOLOGICHE, DI DURATA TRIENNALE, CON FACOLTÀ DI RINNOVO, AI SENSI DELL'ART. 15 SEPTIES, COMMA 1, DEL D. LGS. N. 502 DEL 1992 E SS. MM. II..	In fase di espletamento
Avviso di Selezione Interna	di	AVVISO DI SELEZIONE INTERNA, PER SOLI TITOLI, PER L'ATTRIBUZIONE DI UN INCARICO PROVVISORIO DI SOSTITUZIONE DELLA DIREZIONE DELLA U.O.C. FARMACIA OSPEDALIERA E DISTRETTUALE DI ISCHIA – INCARDINATA NEL DIPARTIMENTO FARMACEUTICO- AI SENSI DELL'ART.22, COMMA 4, CCNL DELL'AREA SANITÀ- TRIENNIO 2016/2018 -.	Conclusa
Avviso di Selezione Interna	di	AVVISO DI SELEZIONE INTERNA, PER SOLI TITOLI, PER L'ATTRIBUZIONE DI UN INCARICO PROVVISORIO DI SOSTITUZIONE DELLA DIREZIONE DELLA U.O.C. SERVIZIO ISPETTIVO SANITARIO AI SENSI DELL'ART. 22, COMMA 4, DEL C.C.N.L. DELL'AREA SANITÀ- TRIENNIO 2016/2018-	In fase di espletamento
Avviso di Selezione Interna	di	AVVISO DI SELEZIONE INTERNA PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO GESTIONALE DI DIREZIONE DELLA STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE GINECOLOGIA P.O. "A. RIZZOLI", QUALE ARTICOLAZIONE INTERNA DEL DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE, AI SENSI DELL'ART. 19 DEL C.C.N.L. DELL'AREA SANITÀ - TRIENNIO 2016/2018.	Conclusa
Avviso di Selezione Interna	di	AVVISO DI SELEZIONE INTERNA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI GESTIONALI DI DIREZIONE DI STRUTTURA SEMPLICE, QUALE ARTICOLAZIONE INTERNA DI STRUTTURA COMPLESSA, AI SENSI DELL'ART.19 DEL CCNL DELL'AREA SANITÀ - TRIENNIO 2016/2018-: <ul style="list-style-type: none"> ➤ U.O.C. SANITÀ ANIMALE – DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE –; • U.O.S. ZOOSANITARIA. 	Conclusa

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ U.O.C. CENTRALE OPERATIVA ED EMERGENZA TERRITORIALE 118 – DIPARTIMENTO DELL’EMERGENZA E DELL’AREA CRITICA-; <ul style="list-style-type: none"> • U.O.S. TRASPORTI SECONDARI. ➤ U.O.C. DISTRETTO N.40; <ul style="list-style-type: none"> • U.O.S. CURE PRIMARIE; • U.O.S. MATERNO INFANTILE E AREA DEL DISAGIO. ➤ U.O.C. DISTRETTO N.41; <ul style="list-style-type: none"> • U.O.S. MATERNO INFANTILE E AREA DEL DISAGIO. 	
Avviso di Selezione Interna	di	<p>AVVISO DI SELEZIONE INTERNA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI GESTIONALI DI DIREZIONE DI STRUTTURA SEMPLICE, QUALE ARTICOLAZIONE INTERNA DI STRUTTURA COMPLESSA, AI SENSI DELL’ART.19 DEL CCNL DELL’AREA SANITÀ - TRIENNIO 2016/2018-:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ U.O.C. PEDIATRIA P.O. DI FRATTAMAGGIORE – DIPARTIMENTO MATERNO - INFANTILE; <ul style="list-style-type: none"> • U.O.S. ASSISTENZA NEONATOLOGICA; ➤ U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA P.O. DI GIUGLIANO – DIPARTIMENTO OSPEDALIERO DI AREA CHIRURGICA -: <ul style="list-style-type: none"> • U.O.S. CHIRURGIA DELL’ANCA. ➤ U.O.C. GASTROENTEROLOGIA P.O. DI POZZUOLI – DIPARTIMENTO OSPEDALIERO DI AREA MEDICA -: <ul style="list-style-type: none"> • U.O.S. ENDOSCOPIA DIGESTIVA D’URGENZA; ➤ U.O.C. DISTRETTO 36: <ul style="list-style-type: none"> • U.O.S. MATERNO INFANTILE E AREA DEL DISAGIO; • U.O.S. CURE PRIMARIE. ➤ U.O.C. DISTRETTO 37: <ul style="list-style-type: none"> • U.O.S. MATERNO INFANTILE E AREA DEL DISAGIO. ➤ U.O.C. DISTRETTO 39: <ul style="list-style-type: none"> • U.O.S. MATERNO INFANTILE E AREA DEL DISAGIO. 	In fase di pubblicazione
Avviso di Selezione Interna	di	<p>AVVISO DI SELEZIONE INTERNA, PER SOLI TITOLI, PER L’ATTRIBUZIONE DI UN INCARICO PROVVISORIO DI SOSTITUZIONE DELLA DIREZIONE DELLA U.O.C. NEONATOLOGIA P.O. DI GIUGLIANO – INCARDINATA NEL DIPARTIMENTO</p>	In fase di pubblicazione

		MATERNO-INFANTILE-, AI SENSI DELL'ART.22, COMMA 4, CCNL DELL'AREA SANITÀ- TRIENNIO 2016/2018 -.	
Avviso di Selezione Interna	di	AVVISO DI SELEZIONE INTERNA, PER SOLI TITOLI, PER L'ATTRIBUZIONE DI UN INCARICO PROVVISORIO DI SOSTITUZIONE DELLA DIREZIONE DELLA U.O.C. PEDIATRIA P.O. DI POZZUOLI – INCARDINATA NEL DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE-, AI SENSI DELL'ART.22, COMMA 4, CCNL DELL'AREA SANITÀ- TRIENNIO 2016/2018 -.	In fase di pubblicazione
Avviso di Selezione Interna	di	AVVISO DI SELEZIONE INTERNA, PER SOLI TITOLI, PER L'ATTRIBUZIONE DI UN INCARICO PROVVISORIO DI SOSTITUZIONE DELLA DIREZIONE DELLA U.O.C. LABORATORIO DI ANALISI P.O. DI ISCHIA – INCARDINATA NEL DIPARTIMENTO DI MEDICINA DI LABORATORIO-, AI SENSI DELL'ART.22, COMMA 4, CCNL DELL'AREA SANITÀ- TRIENNIO 2016/2018 -.	In fase di pubblicazione
Concorsi Pubblici Riservati		CONCORSI PUBBLICI, PER TITOLI E PER COLLOQUIO, AI SENSI DELL'ART. 20, COMMA 2, DEL D. LGS. 25 MAGGIO 2017, N. 75, COSÌ COME DA ULTIMO MODIFICATO DALLA LEGGE N. 14 DEL 2023, RISERVATI AL PERSONALE IN POSSESSO DEI REQUISITI PREVISTI DALLA CITATA NORMATIVA, PER N. 11 (UNDICI) PROFILI PROFESSIONALI.	In fase di espletamento

Accanto alle procedure aziendali in essere, l'ASL, ove non è titolare di una propria graduatoria finale di merito, provvede all'utilizzo di graduatorie valide per il profilo e la disciplina, per la dirigenza e per il personale di comparto, già espletate dalle altre Aziende Sanitarie e AA.OO. della Regione Campania.

3.3.4 Bilancio di Genere (Piani di azioni positive -art. 48, comma 1, del d.lgs. 198/2006)

Piano Triennale Azioni Positive 2023-2025

Presidentessa CUG: dott.ssa Angela Cocca



Le Amministrazioni Pubbliche, come previsto dall'art. 7 del d.lgs. 165/2001, sono tenute a garantire la parità e le pari opportunità tra uomini e donne, l'assenza di ogni forma di discriminazione diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua, nell'accesso al lavoro, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni e nella sicurezza sul lavoro, così come in un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo

Con la Direttiva n. 2 del 2019 sono definite le linee di indirizzo, che ne costituiscono parte integrante, volte ad orientare le amministrazioni pubbliche, in materia di promozione della parità e delle pari opportunità ai sensi del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198, recante "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna" e sono definiti alcuni degli indirizzi forniti con la direttiva 4 marzo 2011 sulle modalità di funzionamento dei "Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità", la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni

Attraverso la sua attività il CUG deve individuare e rimuovere gli ostacoli che impediscono la realizzazione dell'effettiva uguaglianza e delle pari opportunità sui luoghi di lavoro, promuovendo la cultura della tutela dei diritti della persona, ed ottimizzando l'organizzazione del lavoro della Pubblica Amministrazione, rendendola efficiente e priva di conflittualità, contribuendo così a creare un ambiente connotato da benessere lavorativo.

Il CUG, oltre ad assumere, unificandole, tutte le funzioni che i contratti collettivi e le altre disposizioni attribuiscono ai comitati pari opportunità (CPO) e antimobbing, è investito di compiti molto più ampi rispetto ai precedenti Comitati, in relazione a quanto previsto dalla normativa antidiscriminatoria e dalla normativa relativa alla salute e sicurezza sul lavoro, con particolare riferimento all'aspetto del benessere di chi lavora.

Il Comitato Unico di garanzia (CUG), ha compiti di consulenza, proposta e verifica al fine di garantire l'uguaglianza delle opportunità, e la prevenzione delle discriminazioni nell'ottica del benessere lavorativo del lavoratore ed organizzativo della Pubblica Amministrazione. Nell'amministrazione di appartenenza il CUG ha funzioni di carattere generale, di monitoraggio e di studio di politiche interne volte ad affrontare gli aspetti organizzativi che ostacolano il benessere lavorativo, le pari opportunità, la non discriminazione, l'efficienza organizzativa.

La presente proposta del Piano delle Azioni Positive (PAP) 2023-2025, di durata triennale, intende perseguire obiettivi di pari opportunità per donne e uomini nell'ambito lavorativo ad ogni livello ed in ogni settore rimuovendo il disequilibrio della presenza femminile nelle attività e nelle posizioni gerarchiche ove sussiste un divario di genere.

Garantire la trasparenza dell'azione amministrativa, anche al fine di promuovere in tutte le articolazioni dell'Amministrazione e nel personale la cultura di genere e il rispetto del principio di non discriminazione, diretta e indiretta. Mira alla promozione dei diritti garantendo la tutela, la dignità e la parità di ogni lavoratore, attraverso la valorizzazione delle risorse e potenzialità di ognuno, l'adozione di best practices, l'attività di informazione e formazione, partendo dalla consapevolezza che è necessario creare un ambiente lavorativo non discriminante e sicuro, che sia capace di promuovere benessere psico-fisico attraverso uno stile comportamentale e lavorativo, capace di gratificare e motivare il lavoratore e di generare ricadute positive sull'utenza e sulla collettività. Il benessere lavorativo è la risultante di un ambiente lavorativo privo di conflittualità, caratterizzato da buone relazioni aziendali e professionali, valorizzazione delle competenze, assenza di discriminazioni, ed ottima performance organizzativa.

La proposta di Piano triennale è redatta in ottemperanza alle disposizioni dell'art.2. Lgs. 125/91 (Azioni positive per la realizzazione della parità uomo-donna nel lavoro"), del D.lgs. 151/2001 e s.m.i. (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle Amministrazioni Pubbliche") del D. Lgs. 165/2001, e s.m.i. ("Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle Amministrazioni Pubbliche") che prevede tra l'altro l'obbligo e le sanzioni per amministrazioni inadempienti all'art. 6, c.6, disponendo il blocco dell'assunzione di nuovo personale, compreso quello appartenente alle categorie protette, e recepisce la Direttiva Ministeriale Pari Opportunità nella P.A del 23 maggio 2007, (circa le "Misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche" come da direttiva del Parlamento e del Consiglio Europeo 2006/54/CE, con lo scopo di assicurare l'attuazione del principio delle pari opportunità e della parità di trattamento fra uomini e donne in materia di occupazione e impiego, nel rispetto delle disposizioni per attuare il principio della parità per l'accesso al lavoro, le condizioni di lavoro, compresa la retribuzione adeguata e paritaria, la promozione, la formazione, i regimi professionali e la sicurezza). Del D.Lgs. del 3 agosto 2009, n.106 che ha disciplinato la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, prevedendo l'obbligo di includere nel documento di valutazione dei rischi, quello derivante da stress lavoro correlato, e di

elaborare le indicazioni necessarie per l'identificazione e la valutazione) del D.Lgs. 215/2003 e s.m.i. (Attuazione della Direttiva 2000/43 CE per la parità di trattamento tra le persone) del D.Lgs. 216/2003 e s.m.i. (Attuazione della Direttiva 2000/78 CE in tema di divieto di discriminazione al momento dell'assunzione e durante la vigenza del contratto (settore pubblico e privato) del D. Lgs. 198/06, e s.m.i. ("Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'articolo 6 della Legge 28 novembre 2005, n. 246"), della L. 183/2010 e s.m.i (Deleghe al Governo in materia di lavoro usuranti, di riorganizzazioni di enti, di congedi, aspettative e permessi, di ammortizzatori sociali, di servizi per l'impiego, di incentivi all'occupazione, di apprendistato, di occupazione femminile, nonché misure contro il lavoro sommerso e disposizioni in tema di lavoro pubblico e di controversie del lavoro) della Direttiva del Consiglio dei Ministri 7/3/97 (Azioni volte a promuovere l'attribuzione di poteri e responsabilità alle donne, a riconoscere e garantire la libertà di scelta e qualità sociale a donne e uomini) e nel rispetto della Costituzione Italiana agli art. 3, 37, 51.

Il Piano delle azioni positive recepisce oltre alla normativa nazionale quanto adottato in Regione Campania con la Delibera della Giunta Regionale n. 234 del 24.04.2018 "Approvazione del piano triennale delle azioni positive 2018-2020" e s.m.i.

LE RISORSE UMANE DELL'AMMINISTRAZIONE ASL NAPOLI 2 NORD

Il punto di partenza indispensabile per qualsiasi attività di pianificazione è costituito da una rappresentazione della situazione di fatto nella quale si opera e, pertanto, per ciò che riguarda le politiche connesse allo sviluppo delle pari opportunità, dalla raffigurazione di una aggiornata situazione degli organici, distinti per qualifiche e per genere, della ASL Napoli 2 Nord, come nei paragrafi precedenti rappresentati.

Dal Piano delle performance aziendale si descrive una popolazione in servizio presso l'ASL Napoli 2 Nord come un classe lavoratrice over 50 (età media 53.5) dove solo il 38% delle donne è in età fertile (24-49 anni), il 6% della dirigenza delle diverse aree contrattuali ha solo un incarico professionale di base.

(Fonte: All. Del. 378/2020" relazione sulla performance, anno 2018" pubblicata su sito ASL NAPOLI 2 NORD)

al 31.12.2022	Maschi	Femmine
Personale in servizio	46,22%	53,78%

3.3.4.1 Attività di studio, monitoraggio e analisi connesse alla promozione delle Pari Opportunità

A prescindere dalla scansione temporale, cadenzata dal presente Piano, ed al fine di migliorare il benessere organizzativo coerentemente con le finalità del Piano, l'Amministrazione della ASL Napoli 2 Nord deve provvedere ogni anno entro il 31 marzo, costantemente a:

1. monitorare la situazione del personale al fine di verificare la sussistenza di eventuali discriminazioni: verrà quindi svolta un'analisi dei dati di genere in relazione all'avanzamento di carriera, alla mobilità del personale e all'accesso alla formazione;
2. favorire l'informativa, sui dati di genere, evidenziandone i relativi trend evolutivi;
3. verificare l'equilibrata costituzione delle commissioni per le procedure di concorso, e di ogni altra procedura selettiva, secondo quanto stabilito dall'art. 51 e 57, comma 1, del Decreto Legislativo n. 165/2001, nonché l'assenza di discriminazioni di genere nei bandi di concorso e nelle prove concorsuali.

4. garantire l'assenza di discriminazioni di genere nelle procedure di mobilità interna.

3.3.4.2 Ambiti di intervento di durata triennale

OBIETTIVI	UOC COINVOLTE	Aree del CUG
<p>Obiettivo 1</p> <p>Sulla scia dell'esperienza di lavoro agile, vissuta durante l'emergenza Covid 19, compatibilmente, con le disponibilità economiche, favorire l'integrazione nell'attività lavorativa delle persone disabili o affette da patologie atte a ridurre la capacità di movimento, sensoriali, psichiche o mentali della nostra ASL, fornendo corsi di formazione adeguati.</p>	<p>UOC GRU</p> <p>UOC Tecnologie informatiche e ingegneria clinica</p> <p>UOC Formazione</p> <p>Direzione Amministrativa</p>	<p>Mobbing e SLC</p>
<p>Obiettivo 2</p> <p>Individuare un Mobility Manager competente in ingegneria ed informatica per:</p> <ul style="list-style-type: none"> – effettuare una disamina di quanto previsto dalla normativa in materia; – eseguire un'analisi della domanda di mobilità presso l'organizzazione; – eseguire un'analisi dell'offerta di trasporto (trasporto pubblico, sharing mobility, disponibilità di parcheggi, ecc.) – analizzare le caratteristiche del contesto territoriale, nonché socio-economico di riferimento; – identificare strategie da adottare ed azioni da porre in essere per incentivare la mobilità sostenibile (interventi infrastrutturali, iniziative di sensibilizzazione, accordi con gli stakeholder della mobilità, ecc.) – impostare un sistema di monitoraggio (definizione della metodologia e degli indicatori). 	<p>UOC GRTT</p> <p>UOC GRU</p> <p>UOC Tecnologie Informatiche ed ing. clinica</p> <p>UOC Affari Generali</p> <p>Direzione Amministrativa,</p>	<p>Benessere Organizzativo</p> <p>Pari opportunità</p>
<p>Obiettivo 3</p> <p>Iniziativa e piccoli adeguamenti architettonici finalizzate ad umanizzazione degli spazi di Cura e</p>	<p>UOC GRTT</p>	

<p>quindi alla percezione di benessere per tutti gli utilizzatori (operatori ed utenti).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ricognizione di eventuali barriere architettoniche e loro abbattimento. 2. Allestire i vari ambienti sanitari che accolgono bambini (reparti pediatrici, centri vaccinali e riabilitativi) con dipinti “in tema” e tecnologie/device usufruibili alle loro (video proiezioni, giochi interattivi, fumetti ecc.) [Http://www.ospedalidipinti.it] 	<p>DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE</p>	<p>Benessere organizzativo</p>
<p>Obiettivo 4</p> <p>Incrementare il numero di convenzioni a beneficio del personale, con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • RSA e strutture aziendali che si occupano di disabili e anziani al fine di far beneficiare i dipendenti ASL di tariffe agevolate per la gestione diurna dei parenti ed incremento dei giorni di lavoro. • Asili nido, scuole per l’infanzia al fine di far beneficiare i dipendenti della ASL di tariffe agevolate per l’iscrizione e la frequenza dei propri figli e nipoti; • Palestre per corsi di yoga e pilates al fine di promuovere stili di vita salutari • Individuare spazi e personale per la gestione autonoma di Asilo Nido/Ludoteca aziendale, fruibile per il personale e per l’utenza, in un quadro di compatibilità con le disponibilità economiche dell’Amministrazione. • Redazione di un codice etico e contro le molestie sessuali 	<p>UOC Affari Generali UOC GRU UOSD ANZIANI DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE UOC PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE</p>	<p>Benessere organizzativo Mobbing e SLC</p>
<p>Obiettivo 5</p> <p>In attuazione del Piano per l’applicazione e la diffusione della Medicina di Genere, previsto dall’articolo 3 della Legge 3/2018 e siglato l’11/04/2023 dal Ministero della Salute e Ministero dell’Università e della Ricerca, d’implementare specifici percorsi:</p>	<p>Direzione Generale Direzione Sanitaria UOC Formazione,</p>	<p>Pari Opportunità Mobbing e SLC</p>

<ul style="list-style-type: none"> • clinici, di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione; • Ricerca e innovazione • Formazione • Comunicazione • Istituzione Tavolo Aziendale per la Medicina di Genere. 	<p>UOC Cure Primarie</p>	
<p>Obiettivo 6</p> <p>Favorire il senso di appartenenza aziendale con interventi di solidarietà aziendale, di socializzazione e di partecipazione aziendale, attraverso meccanismi operativi quali:</p> <p>1) banca delle ore o banca delle ferie</p> <p>2) attività aggregative aziendali al fine di stimolare il senso di appartenenza all'Azienda</p> <p>3) condivisione democratica della mission e delle prassi aziendali attraverso discussioni con il personale aziendale periodica, al fine di un'adesione consapevole alle scelte esecutive imposte dai vertici</p> <p>4) In attuazione del Direttiva 2/19 "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche":</p> <p>4.1) Osservare il principio di pari opportunità nelle procedure di reclutamento (art. 35, comma 3, lett. c), del d.lgs. n. 165 del 2001) per il personale a tempo determinato e indeterminato</p> <p>4.2) Adottare iniziative per favorire il riequilibrio della presenza di genere nelle attività e nelle posizioni gerarchiche ove sussista un divario fra generi non inferiore a due terzi;</p> <p>4.3) Tenere conto, in generale, nelle determinazioni per l'organizzazione degli uffici e per la gestione dei rapporti di lavoro, del rispetto del principio di pari opportunità (articolo 5, comma 2, del d.lgs. 165/2001).</p>	<p>UOC GRU</p> <p>Direzione Generale</p>	<p>Pari opportunità</p> <p>Mobbing e SLC</p>

4.4) Uso del genere nel linguaggio amministrativo		
<p>Obiettivo 7</p> <p>Attuazione di progetti di Diversity Management per aumentare la produttività e benessere lavorativo.</p> <p>Le aree specifiche individuate sono:</p> <p>A) Differenze di Genere:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ verificare la reale consistenza di manager e direttori Uomo/Donna/LGBTI, ○ attuare una politica che ne riduca in modo efficace il gap, ○ realizzare il questionario ANAC ogni anno, che riguarda Benessere organizzativo, ○ Condividere il sistema di valutazione e valutazione del superiore gerarchico. <p>B) Età: la valutazione del telelavoro.</p> <p>C) Orientamento sessuale si propone:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Attivare il Libretto di Lavoro ALIAS per il personale transgender ○ Supporto al Coming Out per il personale LGBTI <p>D) Disabilità:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Corso di Formazione specifico per apprendere per disabilità psichica, mentale, fisica, sensoriale, quali strumenti di domotica o di altro tipo si debbano mettere in atto, incluso il telelavoro e abbattimento barriere architettoniche come sopra, per il personale convenzionato e dipendente. <p>E) Origini culturali: Corso di Formazione specifico per apprendere le varietà culturali e religiose dei cittadini italiani e delle varie realtà della nostra azienda</p>	<p>UOC Affari Generali,</p> <p>UOC GRU</p> <p>UOC Formazione</p> <p>DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE</p>	<p>Benessere Organizzativo</p>

AGGIORNAMENTO, MONITORAGGIO E VERIFICA DEL PIANO

La necessità, già esposta in premessa, di curare un costante aggiornamento degli obiettivi su indicati, se del caso modificandoli o integrandoli, e la ancor più rilevante esigenza, strettamente connessa alla interrelazione del presente Piano con il ciclo della performance, di eseguire monitoraggi periodici

circa lo stato di avanzamento degli obiettivi medesimi, richiedono la predisposizione di idonei strumenti di verifica dell'attività posta in essere dall'Amministrazione della ASL Napoli 2 Nord in adempimento del Piano.

In particolare, sulla base di quanto previsto dalla Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 4 marzo 2011, recante "Linee guida sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni", l'attività di verifica sui risultati connessi alle azioni positive illustrate nel presente Piano competerà primariamente al CUG ogni anno entro il 31 marzo.

3.3.5 Formazione del personale

Per raggiungere gli obiettivi strategici, ottimizzando, al contempo, il sistema organizzativo, aumentandone l'efficacia e l'efficienza, la ASL Taranto considera quale leva centrale e imprescindibile la formazione e l'aggiornamento professionale. Entrambi assumono un ruolo strategico e prioritario nelle politiche di gestione e sviluppo delle risorse umane, con l'obiettivo di aumentare le conoscenze e le abilità professionali al fine di adeguarsi al progresso scientifico e tecnologico, nonché migliorare qualitativamente le prestazioni rese.

In linea con quanto previsto dalla Missione Salute del PNRR, le tecnologie e le competenze (digitali, professionali e manageriali) sono fondamentali per rivedere i processi di cura e per ottenere un più efficace collegamento tra ricerca, analisi dei dati e programmazione, con l'obiettivo di potenziare il sistema sanitario.

Pertanto, l'attività formativa permanente, coinvolgendo tutto il personale nella rilevazione dei bisogni formativi, resta lo strumento essenziale per garantire la qualità dei servizi aziendali all'interno di un sistema in continuo cambiamento e per supportare gli obiettivi di Valore Pubblico individuati.

Ciò considerato, le strategie individuate dalla ASL Taranto per la formazione e l'aggiornamento professionale sono le seguenti:

1. riqualificazione e potenziamento delle competenze tecniche e trasversali, suddivise per livello organizzativo e per filiera professionale sulle dimensioni specifiche del PIAO, ossia:
 - a. semplificazione (formazione sugli strumenti di pianificazione nazionale in materia, innovazione tecnologica e informatizzazione delle procedure sia di tipo economico-contabile che amministrativo);
 - b. digitalizzazione (incentivare il processo di informatizzazione e digitalizzazione dei processi clinico-assistenziali e dei procedimenti amministrativi; telemedicina);
 - c. efficienza (formazione sulla qualità dei servizi, per una mappatura e implementazione dell'efficienza delle singole procedure, l'assistenza sanitaria territoriale, la prevenzione e i programmi avanzati di screening; telemedicina; clinicizzazioni);
 - d. accessibilità fisica e digitale dell'Azienda (formazione su aspetti tecnici e normativi sulla capacità dei sistemi informatici di erogare servizi e fornire informazioni fruibili, senza discriminazioni, anche da parte di cittadini ultrasessantacinquenni e di coloro che a causa di disabilità necessitano di tecnologie assistive o configurazioni particolari; strumenti per la promozione della cittadinanza attiva; formazione sui rischi corruttivi e la trasparenza);
 - e. pari opportunità ed equilibrio di genere (formazione sulle tematiche della medicina di genere e sulla salute di genere; strumenti per la conciliazione vita/lavoro/famiglia; interventi per migliorare le condizioni di lavoro delle donne e ridurre i divari nei percorsi di carriera; diffusione dell'Agenda di genere; azioni volte al contrasto delle discriminazioni e della violenza);
2. ricognizione e ufficializzazione in appositi elenchi aggiornati delle risorse interne ed esterne disponibili e/o attivabili ai fini delle strategie formative (elenchi docenti e tutor, elenchi convenzioni con stakeholder esterni);

3. campagna di informazione e sensibilizzazione rivolte a tutto il personale aziendale per favorire l'accesso a percorsi di istruzione e qualificazione del personale laureato e non laureato.

Sulla base di tali strategie, gli obiettivi e i risultati attesi sono:

- una maggiore efficienza delle procedure grazie alle aumentate competenze;
- un miglior clima aziendale;
- l'aumento dell'accessibilità e la riduzione delle liste d'attesa;
- l'aumento della specializzazione professionale dei dipendenti;
- l'aumento delle performance di sistema e individuali e, quindi, l'aumento della valutazione individuale.

Si riporta di seguito il piano formativo 2023 adottato con deliberazione n. 481 del 15.03.2023.

AREA CONTRATTUALE: DIPENDENZA - TOTALE PROGETTI PRESENTATI N. 133

Servizi a supporto della Direzione Generale, della Direzione Sanitaria e della Direzione Amministrativa

N	CORSO	Responsabile Scientifico	Partecipanti/Edizioni
1	La tutela dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 679/2016	Direzione Generale	50 5 edizione
2	Inquadramento del Titolo IV – CCNL 2016/18 – Comparto Sanità – Recenti aggiornamenti normativi – Prima edizione	Dr. R, Sdino	30 9 edizione
3	Sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi	Direzione Sanitaria Dott.ssa F. Sibilio	40 1 edizione
4	La gestione del rischio clinico nell'ASL Napoli 2 Nord: formazione dei referenti aziendali	Dott.ssa F. Sibilio	40 4 edizioni
5	Prevenzione del rischio di cadute	Direzione Sanitaria Dott.ssa F. Sibilio	50 2 edizioni
6	Corso di Formazione ACCESS Avanzato	Dott.ssa M. Femiano	25 1 edizioni
7	Corso di Formazione EXCEL Avanzato	Dott.ssa M. Femiano	25 1 edizioni
8	Potenziamento competenze informatiche per il Controllo di Gestione	Dott.ssa M. Femiano	Webinar
9	Training on the job per i percorsi attuativi della certificabilità dei bilanci delle aziende sanitarie	Dott.ssa M. Femiano Dott R. Garofalo	150 FSC
10	Management del bisogno complesso di prossimità territoriale nel Post Covid (FSC)	Dott.ssa M. Femiano	30 5 edizioni
11	Dimissioni protette pazienti fragili ai sensi della procedura aziendale delibera n. 270 del 24-02-2022	Dott.ssa M. Femiano Dott. P. Sapio	
12	Corso di Inglese Scientifico	Dott. N. Praticò	

20	Corso " AGENTI FISICI"	Dott.ssa M.R. Basile	120 1 edizione
21	La psicologia delle emergenze nel servizio pubblico: un elemento preventivo in caso dicatastrofi	Dott.ssa M.R. Basile	25 4 edizioni
22	Corso di formazione sui rischi trasversali ai sensi del D.L.GS.81/08 e s.m. – La Gestione dello stress lavorativo negli operatori sanitari:criteri di individuazione valutazione e riduzione dei rischi	Dott.ssa M.R. Basile	4 edizioni
23	Ruolo degli ASPP con funzioni chiave per il sistema di gestione della sicurezza aziendale	Dott.ssa M.R. Basile	40 FSC
24	Progetto Formativo Aziendale "La prevenzione della violenza su operatore"	Dott.ssa M.R. Basile	25 6 edizioni
25	Corso di formazione per lavoratori Videoterminalisti e formazione parte generale – FAD – Modalità di prevenzione in attuazione del D.L.gs 81/08	Dott.ssa M.R. Basile	FAD
26	Corso di formazione per lavoratori gestione del sistema sicurezza in attuazione del D.Lgs 81/08 (per chi ha già fatto le 4 ore in FAD)	Dott.ssa M.R. Basile	35 4 edizioni
27	Ruolo degli RLS per il sistema di gestione della sicurezza Aziendale	Dott.ssa M.R. Basile	40 1 edizione
28	Prima formazione per esposti al Rischio Biologico per lavoratori ASL Napoli 2 Nord	Dott.ssa M.R. Basile	35 5 edizioni
29	Corso di Formazione per lavoratori esposti al Rischio chimico – modalità di prevenzione in attuazione del D.Lgs 81/08 e valutazione del rischio secondo la classificazione del REACH	Dott.ssa M.R. Basile	3 edizioni
30	Corso di formazione per lavoratori gestione del sistema sicurezza in attuazione del D.Lgs 81/08	Dott.ssa M.R. Basile	FAD
31	La movimentazione manuale pazienti nell'assistenza – Corso teorico-pratico	Dott.ssa M.R. Basile	40 5 edizioni
32	La cremazione: gli adempimenti legislativi per le strutture Ospedaliere Distrettuali della ASL Napoli 2 Nord	Dott. M. Municinò Dott. L. Castellone	
33	Corso di aggiornamento in presenza: Il procedimento di realizzazione di un'operapubblica alla luce delle novità del Codice appalti, esame normativa, fasi, soggetticoinvolti, adempimenti.	Gestione risorse tecniche e tecnologiche Arch. F. De Luca	30 1 edizione

34	La sicurezza del paziente nella prescrizione, preparazione e somministrazione della terapia farmacologica	Dott. Sibilio Dott. M. Fusco	50 2 edizioni
35	Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (I.C.A.) e delle antibiotico-resistenze	Direzione Sanitaria Dott.ssa F. Sibilio Dott.ssa M.R. Granata	2 edizioni
36	Corso di inglese scientifico	Dott. N. Praticò	FAD
37	Aggiornamento sugli adempimenti di natura fiscale	Dott.ssa C. Cardella UOC GREF	
38	Formazione sul nuovo Codice degli Appalti e su temi di cui al d.lgs. 50/2016	Dott. L. Verde	1 edizione
39	Aggiornamento formativo in materia di Anticorruzione e Trasparenza alla luce della evoluzione della normativa e connesse disposizioni regolamentari	Dott. P. Bove	
40	Fascicolo FSE novità ed evoluzione 2.0	Ing. S. Flaminio	
41	Open data e Pubblica Amministrazione	Dott. T. Manzi	
42	Transazione digitale piano AGID PA	Ing. S. Flaminio	
43	RTDI	Ing. S. Flaminio	
44	Corso di formazione sul "PRIMO SOCCORSO" ai sensi del D.L. 81/2008 integrato dall'Accordo Stato-Regioni del 21/12/2011 e del D.M. 388/2003	Dott.ssa M.R. Basile Dott. Natale Praticò	

Dipartimento di Salute Mentale

45	La gestione delle emergenze-urgenze psichiatriche: verso una nuova operatività integrata	Direzione Sanitaria Dott. A. Cucciniello	50 1 edizione
46	Strategie e tecniche di psicoterapia breve in salute mentale	Dott. A. Cucciniello	FSC 1 edizione
47	Dalla Youth alla Elderly Mental Health: verso nuovi paradigmi di cura	Dott. A. Cucciniello	50. 1 edizione
48	Il welfare di qualità e la rete di sostegno territoriale per i pazienti psichiatrici	Dott. A. Cucciniello	50. 1 edizione
49	Tra i bisogni di salute del soggetto anziano e sistemi di cura integrati. Strategie efficaci della presa in carico interdisciplinare	Dott. A. Cucciniello Dott. A. Capasso	2 edizioni
50	Percorso formativo per la gestione clinica delle acuzie psichiatriche in SPDC	Dott. A. Cucciniello	FSC

Dipartimento Medicina di Laboratorio

51	Informatizzazione: nuove prospettive	Dott. A. Castagliuolo	1 edizione
----	--------------------------------------	-----------------------	------------

52	Ruolo della medicina di Laboratorio nella diagnosi e trattamento delle patologie onco-ematologiche e nella sepsi: aggiornamento valutazione delle nuove tecnologie	Dott. A Castagliuolo	1 edizione
53	Diagnostica tossicologica clinica e con finalità medico legali	Dott. L. Reccia	50
54	Emocoltura e sepsi	Dott. L. Reccia	

U.O.C Cure Domiciliari

55	Le cure domiciliari: uniformità dei percorsi di presa in carico degli utenti per una più efficace integrazione ospedale-territorio	Dott. V. Cesetti	1 edizione
56	Piattaforma DdPast – Modulo Cure Domiciliari – “Stato dell’arte”	Dott. V. Cesetti	1 edizione

Dipartimento di Radiologia e Diagnostica per Immagini

57	Imaging avanzato nella cardiopatia ischemica cronica	Dott. E. Cavaglia’	50 1 edizione
58	La rete Aziendale nella gestione dello stroke ischemico ed emorragico: ruolo dell’imaging di base e avanzato	Dott. E. Cavaglia’	30 1 edizione
59	Il paziente con ittero ostruttivo: dalla diagnosi di imaging alla terapia	Dott. E. Cavaglia’	30 1 edizione

Dipartimento Ospedaliero di Area Medica

60	Diagnosi e terapia delle tachiaritmie	Dott. G. Sibilio	20 2 edizioni
61	ECG: dall’esecuzione all’interpretazione	Dott. G. Sibilio	20 3 edizioni
62	Gestione dei device per il controllo del ritmo: dalla teoria alla pratica (PM/ICD-CRT)	Dott. G. Sibilio	20 2 edizioni
63	Le nuove metodiche di diagnostica ecografica: l’ecocardiogramma transesofageo	Dott. G. Sibilio	8 2 edizioni
64	Prendersi cura di chi cura: “linguaggio giraffa”	Dott. C. Di Gennaro Dott.ssa A. Cocca	40 2 edizione
65	Noi non Contro di Noi – “Il mito degli angeli della sanità”	Dott. C. Di Gennaro Dott.ssa A. Cocca	40 2 edizione
66	Medicina di genere	Dott. C. Di Gennaro Dott.ssa A. Cocca	50 2 edizione
67	Accesso venoso: innovazione e competenze	Dott. G. Facchini	30 5 edizione
68	Rete oncologica Campana: CORP Santa Maria delle grazie di Pozzuoli GOM e PDTA	Direzione Sanitaria Dott. G. Facchini	

69	Corso di aggiornamento in Gastroenterologia	Dott. R. Lamanda	20 1 edizione
70	Pdta Emorragie digestive superiori	Dott. F.G. Numis Dott. R. Lamanda	30 4 edizioni
71	Good Practice in Ematologia	Dott G. Svanera	60 2 edizioni
72	Corretto utilizzo dei braccialetti identificativi per emotrasfusione	Dott G. Svanera Dott.ssa Antonella Cristofanini	
73	Corretta gestione delle frigo-emoteche	Dott G. Svanera Dott.ssa Antonella Cristofanini	

Dipartimento Materno – Infantile

74	Covid - confini e confinamento: nuove connessioni tra la mente e il corpo per la cura dell'altro	Dott. A. Capocasale	80 1 edizione
75	Percorsi formativi per la presa in carico di utenti con ASD (Formazione sul campo)	Dott. A. Capocasale	25 1 edizione FSC
76	Priorità della richiesta e appropriatezza della risposta: sperimentazione di un modello di analisi della domanda nei servizi di Neuropsichiatria Infantile	Dott. A. Capocasale	40 1 edizione .
77	La presa in carico Psicofarmacologica in Neuropsichiatria dell'età evolutiva: equilibrio nelle scelte per l'equilibrio del paziente	Dott. A. Capocasale	60 1 edizione .
78	I segnali del disagio psichico in età evolutiva: dagli attacchi alla mente e al corpo al rischio suicidario	Dott. A. Capocasale	60 1 edizione .
79	L'Ostetricia e la medicina cinese: nuove frontiere da un'antica tradizione	Dott. L. Stradella	40 1 edizione
80	La sala parto: tra mito e realtà	Dott. L. Stradella	30 1 edizione
81	Management del paziente pediatrico con intossicazione acuta	Dott. L. Stradella	40 1 edizione
82	L'assistenza Infermieristica perinatale	Dott. L. Stradella	35 1 edizione
83	Criteri d'inclusione nell'ipotermia terapeutica	Dott. L. Stradella	30 1 edizione
84	Il neonato critico	Dott. L. Stradella	30 1 edizione
85	Emergenze neonatali in sala parto e TeamWork	Dott. L. Stradella	30 1 edizione

86	La pratica ostetrica nell'Asl Napoli 2 Nord	Dott. L. Stradella	30 1 edizione
87	La colposcopia e lo screening del cervicocarcinoma: Secondo corso Aziendale	Dott. L. Stradella	40 1 edizione
88	Ciclo di Lectio Magistralis in Ostetricia e Ginecologia	Dott. L. Stradella	40 1 edizione
89	Management in sala Parto – Gruppo GEO	Dott. L. Stradella	20 2 edizioni
90	Percorsi aziendali dei sistemi di trasporto perinatale assistito interospedaliero. STAM e STEN	Direzione Sanitaria Dott. L. Stradella	
91	Presentazione e implementazione del Percorso Nascita Aziendale	Direzione Sanitaria Dott. L. Stradella	40 1 edizione
92	Prevenzione morte materna correlata a travaglio e/o parto-prevenzione mortalità neonatale: Raccomandazioni Ministeriali 6 e 16 e Procedure Aziendali	Direzione Sanitaria Dott.ssa F: Sibilio Dott. Stradella	35 2 edizioni

Dipartimento Ospedaliero di Chirurgia

93	Chirurgia Bariatrica nel paziente adolescente e adulto	Dott. A. Marvaso	30 1 edizione
94	Gestione e trattamento delle lesioni cutanee acute e croniche: medicazioni avanzate e terapia a pressione negativa	Dott. A. Marvaso	40 1 edizione
95	Il rischio clinico in sala operatoria – importanza dello strumentista di sala	Dott. A. Marvaso	30 1 edizione
96	Assistenza in stomaterapia: curare, prendersi cura ed educare	Dott. F. Pirozzi	30 3 edizioni

Dipartimento dell'Emergenza e dell'Area Critica

97	Corso base di ecografia clinica integrata (ECOGRAFIA FAST, E-FAST, FAST-CRASH)	Dott. F.G. Numis	15 3 edizione
98	Presa in carico e gestione infermieristica del paziente ricoverato in OBI	Dott. F.G. Numis	20 5 edizioni
99	Corso pratico di procedure invasive in urgenza	Dott. F.G. Numis	25 3 edizioni
100	Corso teorico-pratico di ventilazione non invasiva e CPAP	Dott. F.G. Numis	25 3 edizioni
101	Clinica Medica in osservazione breve intensiva	Dott. F.G. Numis	25 3 edizioni

102	Lettura pratica dell'Emogasanalisi	Dott. F.G. Numis	25 1 edizioni
103	Corso Immediate Life Support	Dott. L. Langella	24 10 edizioni
104	Prevenzione aggressioni extra ospedaliere	Dott. L. Langella	70 2 edizioni
105	Corso di aggiornamento periodico di revisione linee guida e procedure in emergenza sanitaria preospedaliera	Dott. L. Langella	50 2 edizioni
106	L'intervento dell'Operatore Sanitario dell'emergenza sulla scena del crimine, modalità di gestione	Dott. L. Langella	70 2 edizioni
107	Il Triage globale in pronto soccorso a 5 codici	Direzione Sanitaria Dott. F. G. Numis Dott. L. Langella	
108	Lettura e rapida interpretazione dell'Elettrocardiogramma in emergenza preospedaliera	Dott. L. Langella	20 8 edizioni
109	Corso Guida Sicura in emergenza preospedaliera	Dott. L. Langella	20 4 edizioni
110	Formazione sul campo discussione di casi clinici e problematiche inerenti la UOC 118 ed emergenza territoriale	Dott. L. Langella	40 FSC
111	WOUND CARE: prevenzione, valutazione, gestione delle "Lesioni difficili..."	Dott. F. Diurno	30 2 edizioni
112	Ventilazione assistita e interazione paziente – ventilare	Dott. F. Diurno	25 <u>FSC</u>
113	Aspetti medico-legali nel paziente critico	Dott. F. Diurno	40
114	Tecniche di depurazione renali nel paziente critico: dalla teoria alla pratica	Dott. F. Diurno	25 <u>FSC</u>
115	ECMO Corso teorico-pratico per l'uso di supporto-cardiorespiratorio extracorporeo	Dott. F. Diurno	25
116	Nutrizione artificiale in Terapia Intensiva e nel paziente critico	Dott. F. Imperatore	50 1 edizione
117	Partoanalgesia e principali emergenze ostetriche	Dott. F. Imperatore	50 1 edizione
118	Anestesia in Chirurgia Bariatrica	Dott. F. Imperatore	50 1 edizione
119	Antimicrobial Stewardship – uso corretto degli antibiotici e come combattere le resistenze	Dott. F. Imperatore	30 1 edizione
120	Corso ATLS (Advance Trauma Life Support)	Dott. Pirozzi Dott. Cuttitta	

Distretti Sanitari

121	La prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	DS 35 – 37 – 38 – 41 Risk management	70 2 edizioni
122	Tutela degli aspetti assistenziali e socio sanitari delle fasce deboli (minori, anziani, immigranti)	Dott.ssa C. Aiardo Esposito Dott.ssa M. Femiano	80 2 edizioni
123	Gli screening oncologici: multidisciplinarietà, aggiornamenti e la piattaforma screening.	Dott. A. Buono Dott.ssa A. Amato Dott.ssa G. Gallicchio	3 edizioni
124	Management sanitario: gestione e controllo della spesa distrettuale (FSC)	Dott.ssa C. Aiardo Esposito	20

Dipartimento delle Dipendenze Patologiche

125	DRUG CHECKING con analisi colorimetrica	Dott. V. Lamartora	50 1 edizione.
126	Supervisione casi clinici di persone affette da disturbo da Gioco d'Azzardo e Giocatori Problematici	Dott. V. Lamartora	20 1 edizione

Dipartimento di Prevenzione

127	Misurazione, valutazione e prevenzione dei rischi rumori e microclima	Dott. G. Bilancio	40 2 edizioni
128	Prevenzione e sicurezza nella sanità pubblica. Le filiere alimentari, il benessere animale alla luce dei nuovi regolamenti	Dott.Castellone	FAD
129	Gruppo di miglioramento: Igiene e sanità pubblica: problematiche emergenti	Dott.Castellone	FSC
130	La nuova piramide normativa nell'ambito dei controlli ufficiali sulla catena agroalimentare – dai regolamenti UE ai Decreti Nazionali	Dott.Castellone	FAD
131	Le competenze di base del counselling motivazionale nella promozione della salute	Dott.Castellone	40 2 edizioni

Dipartimento Cure Territoriali

132	La rete delle cure palliative	Direzione Sanitaria Dott. G. Russo	50 1 edizione
133	Formazione del personale in tema di prevenzione del rischio suicidario e autolesivo in carcere	Dott. A Cajafa	

Area Contrattuale: Medicina Generale - *TOTALE PROGETTI PRESENTATI N. 14*

MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA

N	CORSO	Responsabile Scientifico	Partecipanti / Edizioni
1.	PDTA Demenze ed impatto del Fondo Ministeriale Demenze sul percorso di diagnosi, cura ed assistenza in Regione Campania	Dott. G. Verde Dott. A. Capasso	5 edizioni
2.	La gestione del paziente geriatrico in medicina generale	Dott.ssa F. Acerra	
3.	Fare cultura della prevenzione in MG: dallo stile di vita sano; alle vaccinazioni, agli screening	Dott.ssa F. Acerra	
4.	Corretti stili di vita	Dott. V. Crimaldi	
5.	La gestione, presso l'ambulatorio del MMG, del malato oncologico in corso di chemioterapia/immunoterapia e target therapy	Dott. M. Smaldone	
6.	Terapia del dolore cronico: conoscere i farmaci, prevenire e gestire gli effetti collaterali e le interazioni, conoscere e suggerire con appropriatezza i trattamenti non farmacologici	Dott. F. Bove	
7.	La Sindrome delle apnee notturne (OSA) in Medicina Generale	Dott. F. Bove Dott. R.A.N. Ranucci Dott. F. De Michele	4 edizioni
8	Interazione funzionale tra apparato scheletrico e sistema cardiovascolare nella patogenesi delle patologie multifattoriali	Dott. Papa	6 edizioni
9.	La Commissione tecnico/scientifica per MMG come gruppo di miglioramento finalizzato a garantire la qualità e l'efficacia della formazione in una azienda sanitaria (FSC)	Dott. Natale Praticò	25
10	Patologie da impatto ambientale	Dott.ssa A. Cicale	

MEDICI DELL'EMERGENZA TERRITORIALE CONVENZIONATA

11.	Modulo 1: CORSO DI RETRAINING: BLS Adulto: Implementazione	Dott.ri G. Sibilio – N. Praticò – A. Cajafa
-----	--	--

	<p>Modulo 2: CORSO DI RETRAINING: PBL5 Pediatrico: Implementazione</p> <p>Modulo 3: CORSO DI RETRAINING: Defibrillazione semiautomatica: Implementazione</p> <p>Modulo 4: CORSO DI RETRAINING: Gestione delle vie aeree: Implementazione</p> <p>Modulo 5: CORSO DI RETRAINING: Tecniche di immobilizzazione nel traumatizzato: Implementazione</p> <p>Modulo 6: CORSO DI RETRAINING: Utilizzo ed esercitazioni all'Ecosimulatore</p>	
12.	Corso di Ecografia clinica in Emergenza ed Urgenza: ECOFAST Avanzata	Dott. G. Sibilio Dott. F. Numis Dott. B. Cusati Dott. N.Pratticò

MEDICI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

13.	Formazione Permanente Medici della Continuità Assistenziale presso i presidi ospedalieri aziendali	
14.	Formazione sui rischi generali D.Lgs. 81/08 (FAD – 4 ore)	Dott.ssa M.R. Basile

Area Contrattuale: Pediatri di Libera Scelta - *TOTALE PROGETTI PRESENTATI N. 11*

n.	Corso	Responsabile Scientifico	N. partecipanti
1.	L'Assistenza domiciliare dei pazienti fragili – iter attivazione e l'integrazione con l'ospedale	Dott. Antonio Carpino	80 Res.
2.	Il dorso curvo giovanile: malattia sociale	Dott. Raffaele Maiello	
3.	Il bambino con alterazione dello stato di coscienza	Dott. Del Prete Raffaele	

4.	Il Pediatra con competenze ORL nella nuova Medicina del Territorio	Dott. R. Losco	
5.	Gruppo di miglioramento per i responsabili scientifici dei corsi PLS finalizzato a garantire la qualità e l'efficacia della formazione in una Azienda Sanitaria (FSC)	Dott. Natale Pratico'	
6.	Approccio al Microbioma infantile	Dott.ssa P. Gallo	
7	Le problematiche della tiroide in età pediatrica. Ipotiroidismo, ipertiroidismo, noduli tiroidei.	Dott.ssa La Vecchia	
8	Abusi e maltrattamenti ai minori il ruolo del pediatra	Dott.ssa Marigliano	
9	Ambiente e Salute in età pediatrica. La sicurezza alimentare	Dott.ssa Vallefucio	
10	Il bambino piccolo per età gestazionale	FAD	
11	L'Autismo: diagnosi precoce ed interventi farmacologici e non farmacologici	FAD	

Area Contrattuale: Specialistica Ambulatoriale - *TOTALE PROGETTI PRESENTATI N. 3*

n.	Corso	Responsabile Scientifico	N. partecipanti
1.	La multidisciplinarietà nella medicina specialistica	Dott.ssa Maria Palmira Monaco	75 per 2edizioni
2.	Le malattie in maschi e femmine: specificità, divergenze ed omogeneità tra i sessi	Dott.ssa Maria Palmira Monaco	75 per 2edizioni
3.	L'inglese scientifico come base per una medicina globalizzata	Dott. Antonio Simioli	75 per 2edizioni

4. MONITORAGGIO, DOVE VENGONO INDICATI GLI STRUMENTI E LE MODALITÀ DI MONITORAGGIO, INSIEME ALLE RILEVAZIONI DI SODDISFAZIONI DEGLI UTENTI E DEI RESPONSABILI.

4.1 Monitoraggio del Valore Pubblico e della Performance

Misurare la performance significa monitorare le attività dell'azienda nel suo complesso, attraverso la definizione di specifici indicatori che siano in grado di mettere in relazione tutti gli elementi che fanno parte dell'attività aziendale e rappresentare tutte le dimensioni di misurazione.

Nella progettazione, costruzione e implementazione del sistema di misurazione delle performance l'azienda sottolinea e riconosce il ruolo fondamentale del Nucleo di Valutazione (OIV) che svolge una azione propositiva e di stimolo verso la Direzione Strategica e di verifica della coerenza dei risultati raggiunti in tema di performance organizzativa ed individuale con la programmazione aziendale.

La ASL Napoli 2 nord monitora lo stato di raggiungimento degli obiettivi di valore pubblico e di performance programmati nel presente Piano attraverso la Relazione annuale sulla performance.

La Relazione, approvata dalla Direzione strategica, entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento, e validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione, evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato. Inoltre, l'Organismo Indipendente di Valutazione monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso, comunicando tempestivamente eventuali criticità riscontrate. In corso d'anno, la UOC Controllo di gestione effettua dei monitoraggi infrannuali finalizzati a verificare l'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa e di segnalare alle Unità Operative interessate i necessari interventi correttivi (d.lgs. 286/1999).

4.2 Monitoraggio dei rischi corruttivi

Per quanto concerne il monitoraggio dei rischi corruttivi della ASL Napoli 2 nord, si rimanda alla specifica tabella del PTPCT.

4.3 Monitoraggio della customer satisfaction

Al fine della creazione e del mantenimento del Valore Pubblico, risulta fondamentale monitorare la percezione e la soddisfazione dei cittadini e degli stakeholders rispetto alla qualità dei servizi sanitari e socio-sanitari erogati dall'Azienda.

La ASL Napoli 2 nord conduce da anni un'analisi sulla qualità percepita da parte dei cittadini che usufruiscono dei servizi aziendali. Questa non rappresenta un semplice sondaggio di opinioni, ma si realizza come un'occasione in cui è possibile ascoltare e comprendere fino in fondo i bisogni del cittadino, ponendo attenzione al suo giudizio, sviluppando e migliorando la capacità di dialogo e di relazione, costruendo un modello di relazione basato sulla fiducia.

In tal senso, la ASL Napoli 2 nord intende costruire e attivare il Sistema di Gestione della Qualità, e, nello specifico:

- rilevare sistematicamente la percezione dei cittadini sulla qualità dei servizi sanitari e socio-sanitari erogati attraverso l'implementazione di strumenti di rilevazione come la conferenza dei servizi, l'audit civico, il CRM, le scale likert somministrate con i moduli web e altre modalità di misurazione;
- rilevare sistematicamente la conformità comportamentale degli operatori con strumenti di rilevazione come l'audit, l'osservazione diretta e indiretta (in collaborazione con il Rischio Clinico, SPP, Direzioni di Struttura);
- individuare gli aspetti critici dell'erogazione dei servizi, restituire le informazioni alle strutture e, di conseguenza, proporre le modifiche necessarie per migliorarne la qualità.

I risultati attesi a seguito dell'attuazione dei suddetti interventi riguardano l'incremento del grado di qualità percepita dal cittadino e della conformità comportamentale alle procedure nello svolgimento dei processi da parte degli operatori.

4.4 Monitoraggio delle azioni positive

La verifica e il monitoraggio dell'attuazione delle azioni positive indicate nella sezione n. 3, verrà effettuata in stretta collaborazione con il CUG. Come previsto dalla Direttiva 2/2019, in ragione del collegamento con il ciclo della performance, il Piano triennale di azioni positive sarà aggiornato entro il 31 gennaio di ogni anno, anche come allegato al Piano della performance. Entro fine marzo di ogni anno il CUG effettuerà una relazione sullo stato di attuazione dei progetti da trasmettere alla Direzione strategica, all'OIV, al Dipartimento della Funzione Pubblica e al Dipartimento per le Pari Opportunità.

CONCLUSIONI

Il PIAO rappresenta l'ambizione di superare la "cultura adempimentale" e promuovere una gestione delle Aziende Pubbliche in misura trasparente, condivisa, semplificata e partecipata, da parte di tutti gli operatori.

L'Asl Napoli 2 Nord persegue questa ambizione promuovendo "a piccoli passi" *la cultura del fare e del fare meglio per le buone prassi e una buona Sanità.*