



Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
Art. 6 del DL 80/2021

INDICE

Premessa	7
SEZIONE 1	9
1 L'ASL Napoli 3 Sud e la sua articolazione.....	10
1.1 La costituzione e la sede legale dell'ASL Napoli 3 Sud.....	10
1.2 I dati socio demografici ed epidemiologici	10
1.3 I materiali e metodi	10
1.4 La piramide dell'età.....	12
1.5 La distribuzione per fasce e sesso	13
1.6 Le tabelle degli indici per l'ASL Napoli 3 Sud e per Distretto.....	16
1.7 I distretti sanitari e le competenze territoriali.....	22
1.8 Il logo.....	24
1.9 Il patrimonio	24
1.10 La vision.....	25
1.11 La mission.....	25
1.12 Clinical Governance e Sicurezza delle cure	26
1.13 Partecipazione, trasparenza e tutela dei diritti dei cittadini.....	27
SEZIONE 2	31
2 Il Valore Pubblico	32
2.1 Il valore pubblico per l'ASL Napoli 3 Sud	32
2.2 Semplificazione e reingegnerizzazione dell'ASL Napoli 3 Sud.....	37
2.3 Strategie di innovazione dei processi clinico sanitari.....	42
2.4 Strategie di innovazione dei processi amministrativo-contabili.....	53
2.5 Le misure di benessere equo e sostenibile.....	56
3 Le Performance	80
3.1 Introduzione.....	80
3.2 L'identificazione delle aree di intervento	81
3.3 L'azienda in cifre.....	83
3.4 Analisi del contesto esterno	83
3.5 Analisi del contesto interno	84
3.6 Il sistema di misurazione e valutazione delle performance	88
3.7 I requisiti degli indicatori	94

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

3.8	L'individuazione degli obiettivi strategici	99
3.9	L'area delle disabilità	107
3.10	Le politiche di prevenzione	117
3.11	Gli obiettivi di riorganizzazione	138
3.12	La comunicazione sanitaria	141
3.13	Gli obiettivi strategici ed operativi per l'anno 2024	146
3.14	Lo schema degli obiettivi.....	153
3.15	Lo schema dei compiti di diretta responsabilità dei titolari degli obiettivi performance 2024	153
4	I rischi corruttivi e la trasparenza.....	155
4.1	Introduzione.....	155
4.2	Soggetti e ruoli della strategia aziendale	156
4.3	La valutazione di impatto del contesto esterno	160
4.4	La valutazione di impatto del contesto interno	166
4.5	La mappatura dei processi.....	167
4.6	La valutazione dei rischi corruttivi.....	168
4.7	Il codice di comportamento	172
4.8	L'inconferibilità e l'incompatibilità	176
4.9	Strategia di contrasto al fenomeno corruttivo: la formazione.....	178
4.10	Il pantouflage.....	180
4.11	Whistleblowing.....	182
4.12	Area di Rischio Generale - Contratti pubblici.....	196
4.13	Area di Rischio Generale - Reclutamento del personale	217
4.14	Area di Rischio – Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	222
4.15	Aree di rischio specifico in Sanità	224
4.16	La trasparenza.....	227
4.17	Accesso civico	237
SEZIONE 3	240
5	La struttura organizzativa	241
5.1	L'organigramma dell'ASL Napoli 3 Sud	241
5.2	Area centrale	242
5.3	Area dipartimentale	243
5.4	Area ospedaliera	244
5.5	Area Funzionale	245

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

5.6	Area distrettuale	246
5.7	I dati dell'organizzazione.....	247
6	Il lavoro agile	252
6.1	L'organizzazione del lavoro agile dell'ASL Napoli 3 Sud	252
7	Il piano triennale del fabbisogno di personale	256
7.1	Introduzione.....	256
7.2	La normativa di riferimento	256
7.3	Criteri e modalità di elaborazione del Piano	259
7.4	Area territoriale	267
7.5	Il rispetto dei vincoli di finanza pubblica.....	273
7.6	La formazione del personale	276
7.7	Il piano delle azioni positive.....	277
SEZIONE 4		279
8	Il monitoraggio delle linee programmatiche	280
8.1	Le attività di monitoraggio dell'ASL Napoli 3 Sud	280
8.2	Il monitoraggio del Valore pubblico	282
8.3	Il monitoraggio delle Performance	284
8.4	Il monitoraggio dei Rischi corruttivi e della trasparenza	286
8.5	Il monitoraggio del Lavoro agile	288
8.6	Il monitoraggio del Piano triennale del fabbisogno di personale	291
8.7	La soddisfazione degli utenti	292
9	Bibliografia e sitografia	298
10	Indice degli allegati	300

INDICE DELLE FIGURE

Figura 1 – La piramide dell’età dell’ASL Napoli 3 Sud	13
Figura 2 – La popolazione per fasce d’età dell’ASL Napoli 3 Sud	14
Figura 3 – La popolazione per fasce d’età e sesso	15
Figura 4 – Indice di vecchiaia	19
Figura 5 – Indice di dipendenza anziani.....	20
Figura 6 – Indice di dipendenza strutturale	20
Figura 7 – La matrice interesse/influenza	34
Figura 8 – La piramide del valore pubblico.....	36
Figura 9 – La mappa del valore digitale dell’ASL Napoli 3 Sud.....	39
Figura 10 – Strategia digitale e componenti tecnologiche.....	40
Figura 11 – Sistema di Cybersecurity per la gestione dei rischi informatici	42
Figura 12 – Missione salute 2021-2026.....	44
Figura 13 – L’assistenza attraverso la telemedicina	47
Figura 14 – La speranza di vita	58
Figura 15 – La speranza di vita per maschi e femmine all’ASL Napoli 3 Sud.....	59
Figura 16 – Primi cinque tumori tra i maschi (2017-2021).....	61
Figura 17 – Primi cinque tumori tra le femmine (2017-2021).....	62
Figura 18 – Primi cinque tumori tra i maschi nella fascia di età 0 - 49 aa (2017-2021).....	63
Figura 19 – Primi cinque tumori tra i maschi nella fascia di età 50-69 aa (2017-2021).....	64
Figura 20 – Primi cinque tumori tra i maschi nella fascia di età 70+ aa (2017-2021).....	65
Figura 21 – Primi cinque tumori tra le femmine nella fascia di età 0-49 aa (2017-2021)	66
Figura 22 – Primi cinque tumori tra le femmine nella fascia di età 50-69 aa (2017-2021).....	67

Figura 23 – Primi cinque tumori tra le femmine nella fascia di età 70+ aa (2017-2021).....	68
Figura 24 – Primi cinque tumori tra i maschi come causa di morte (2017-2021)	70
Figura 25 – Primi cinque tumori tra le femmine come causa di morte (2017-2021)	71
Figura 26 – L’albero delle performance dell’ASL Napoli 3 Sud	90
Figura 27 – Il ciclo della performance	91
Figura 28 – Il legame tra le unità di analisi	92
Figura 29 – L’integrazione socio/sanitaria ed ospedale/territorio	96
Figura 30 – La fase di pianificazione/ programmazione	97
Figura 31 – Il timing del processo	99
Figura 32 – Obiettivi economici.....	143
Figura 33 – Indicatore composito dei compositi	161
Figura 34 – Domini dell’indicatore composito dei compositi.....	161
Figura 35 – Indicatore composito criminalità.....	162
Figura 36 – Reati contro il patrimonio e l'economia pubblica	162
Figura 37 – Reati di corruzione, concussione e peculato	163
Figura 38 – Reati contro l'ordine pubblico e ambientali.....	163
Figura 39 – Altri Reati contro la Pubblica Amministrazione	163
Figura 40 – Indicatore di Istruzione	164
Figura 41 – Monitoraggio degli indicatori del dominio Istruzione.....	164
Figura 42 – Indicatore di economia	165
Figura 43 – Reddito Pro capite	165
Figura 44 – Occupazione.....	166
Figura 45 – Indice di Attrattività.....	166

Figura 46 - Fattori abilitanti della corruzione.....	170
Figura 47 - Adempimenti in materia di conflitto di interesse.....	175
Figura 48 - Esempificazione di eventi rischiosi e relative misure di prevenzione	205
Figura 49-Esempificazione di eventi rischiosi e relative misure di prevenzione nei contratti pubblici finanziati in tutto o in parte con le risorse del PNRR.....	212
Figura 50 - Le tipologie di misure che possono essere adottate	213
Figura 51 - Comprensibilità dei dati	231
Figura 52 – Organigramma area centrale.....	242
Figura 53 – Organigramma area dipartimentale	243
Figura 54 – Organigramma area ospedaliera.....	244
Figura 55 – Organigramma area funzionale.....	245
Figura 56 – Organigramma area distrettuale.....	246
Figura 57 – Distribuzione delle fasce nell’ASL Napoli 3 Sud	247
Figura 58 – Distribuzione delle fasce per ruolo.....	248
Figura 59 – Distribuzione delle fasce per il ruolo sanitario.....	249
Figura 60 – Distribuzione delle fasce per il ruolo tecnico	250
Figura 61 – Distribuzione delle fasce per il ruolo amministrativo.....	251
Figura 62– Il lavoro agile per l’ASL Napoli 3 Sud.....	252
Figura 63 – Tetto di spesa personale 2022-2024.....	273
Figura 64 – Il fabbisogno del personale 2022-2024.....	274
Figura 65 – Piano del fabbisogno di personale 2022-2024.....	275
Figura 66 – La metodologia SMART utilizzata per il monitoraggio del PIAO.....	280
Figura 67 - Indagine Customer Satisfaction	296

Premessa

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

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

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

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

- ❖ Capitolo 1 – L'ASL Napoli 3 Sud e la sua articolazione. Questa sezione è dedicata alla rappresentazione della dimensione e della composizione anagrafica dell'ASL quale azienda del SSR Campano. Il Capitolo 1 è redatto grazie alla collaborazione dell'UOC Controllo di Gestione;
- ❖ Capitolo 2- Il Valore Pubblico. Questa sezione è dedicata alla rappresentazione del Valore Pubblico che l'ASL Napoli 3 Sud realizza (baseline) ed intende realizzare (target), in linea con la strategia che intende attuare per la creazione del valore, con particolare riferimento alle misure di benessere equo e sostenibile (definiti specificatamente nell'Agenda ONU 2030, secondo le elaborazioni dell'ISTAT e del CNEL). Inoltre, è specificato l'insieme dei processi/ delle procedure che l'ASL Napoli 3 Sud intende semplificare e reingegnerizzare, ovvero ha già realizzato azioni proattive verso tali innovazioni, in coerenza con le misure previste dall'Agenda di Semplificazione delle PA. Il Capitolo 2 è redatto grazie alla collaborazione dell'UOC Controllo di Gestione, dell'UOC Valutazione Risorse Umane e Performance, del Dipartimento di Prevenzione e dell'UOSD Registro Tumori;
- ❖ Capitolo 3 – Le Performance. Questa sezione è dedicata alla rappresentazione delle logiche di performance management, di cui al Capo II del D. Lgs n. 150/2009 e secondo le Linee Guida emanate dal Dipartimento

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

della Funzione Pubblica. Il Capitolo 3 è redatto grazie alla collaborazione dell'UOC Valutazione Risorse Umane e Performance;

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



ASL Napoli 3 Sud

Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

SEZIONE 1

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

1 L'ASL Napoli 3 Sud e la sua articolazione

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

L'ASL Napoli 3 Sud è stata costituita con la D.G.R.C. n.505 del 20 marzo 2009 ed ha l'obiettivo di organizzare ed erogare i livelli essenziali di assistenza (L.E.A.) 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. La Giunta regionale della Campania con la deliberazione n. 751 del 21 dicembre 2012 ha stabilito la sede legale dell'ASL Napoli 3 Sud nel Comune di Torre del Greco (Na) 80059, alla Via Marconi n.66, Il Legale rappresentante dell'Azienda è il Direttore Generale.

1.2 *I dati socio demografici ed epidemiologici*

L'ASL Napoli 3 Sud si estende su un territorio di 635 Km², suddiviso in 57 Comuni. La popolazione aggiornata ai dati ISTAT del 1° gennaio 2023 è pari a 1.028.004, distribuita in n. 57 Comuni, e la densità di popolazione è pari a 1.618,90 ab/km², con picchi elevatissimi in coincidenza dei Comuni della cinta suburbana di Napoli. L'ambito territoriale dell'ASL Napoli 3 Sud è costituito dall'area a sud di Napoli e confina con le province di Salerno, Caserta ed Avellino. L'eterogeneità che caratterizza il territorio dal punto di vista geografico ed organizzativo fa sì che si configuri come un fattore ambientale diversificato nell'ambito dei determinanti dello stato di salute.

1.3 *I materiali e metodi*

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

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

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

- ❖ l'indice di vecchiaia, ovvero il rapporto percentuale tra popolazione con età uguale o superiore a 65 anni e popolazione con età inferiore a 15 anni, moltiplicato per 100;

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

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

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

1.4 La piramide dell'età

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

Età (fascia)	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N.	%
0-4	22.723	4,53%	21.307	4,05%	44.030	4,28%
5-9	25.277	5,04%	23.629	4,49%	48.906	4,76%
10-14	28.630	5,71%	26.997	5,13%	55.627	5,41%
15-19	31.401	6,26%	29.753	5,65%	61.154	5,95%
20-24	31.685	6,32%	29.799	5,66%	61.484	5,98%
25-29	30.188	6,02%	29.540	5,61%	59.728	5,81%
30-34	31.099	6,20%	31.187	5,92%	62.286	6,06%
35-39	31.465	6,28%	31.364	5,96%	62.829	6,11%
40-44	33.309	6,64%	34.422	6,54%	67.731	6,59%
45-49	37.501	7,48%	38.970	7,40%	76.471	7,44%
50-54	37.672	7,51%	39.958	7,59%	77.630	7,55%
55-59	37.159	7,41%	40.194	7,63%	77.353	7,52%
60-64	32.191	6,42%	35.192	6,68%	67.383	6,55%
65-69	27.505	5,49%	30.848	5,86%	58.353	5,68%
70-74	24.229	4,83%	27.573	5,24%	51.802	5,04%
75-79	18.916	3,77%	23.102	4,39%	42.018	4,09%
80-84	12.052	2,40%	17.072	3,24%	29.124	2,83%
85-89	5.983	1,19%	10.016	1,90%	15.999	1,56%
90-94	2.036	0,41%	4.561	0,87%	6.597	0,64%
95-99	315	0,06%	1.047	0,20%	1.362	0,13%
100+	44	0,01%	127	0,02%	171	0,02%
Totale	501.380	100,00%	526.658	100,00%	1.028.038	100,00%

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

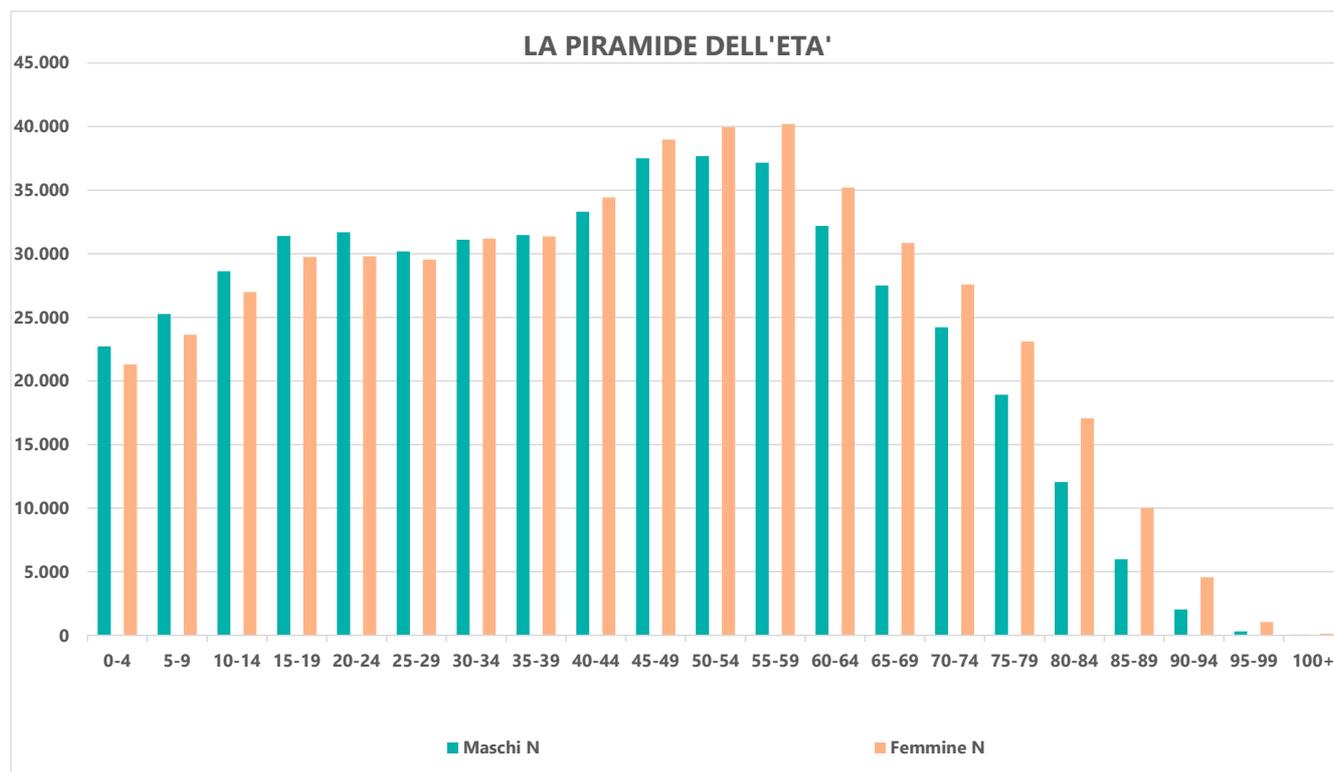


Figura 1 – La piramide dell'età dell'ASL Napoli 3 Sud

1.5 La distribuzione per fasce e sesso

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

Età (fascia)	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N.	%
0-14	76.630	15,28%	71.933	13,66%	148.563	14,45%
15-64	333.670	66,55%	340.379	64,63%	674.049	65,57%
>65	91.080	18,17%	114.346	21,71%	205.426	19,98%
Totale	501.380	100,00%	526.658	100,00%	1.028.038	100,00%

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

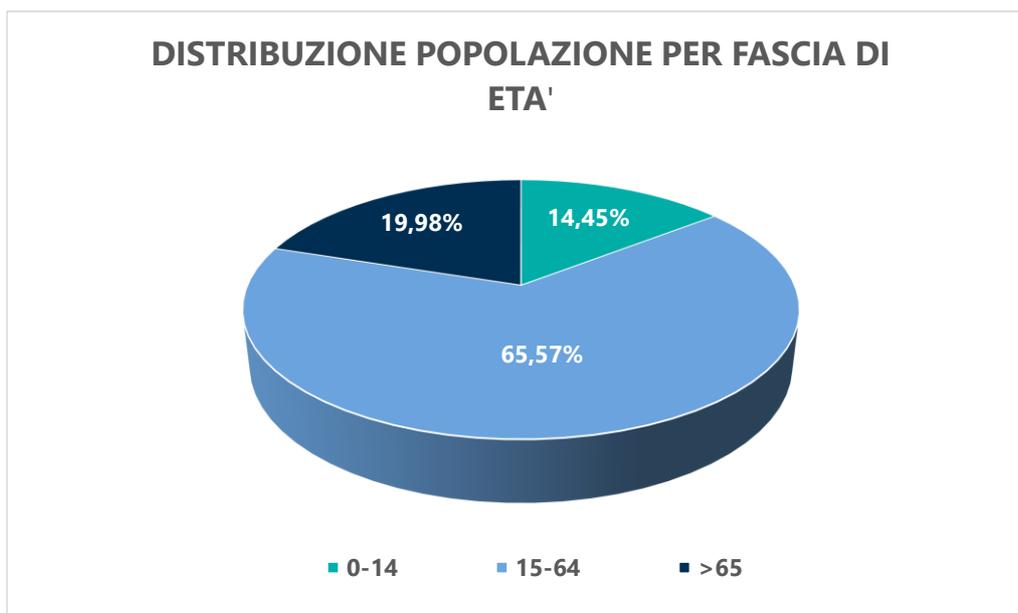


Figura 2 – La popolazione per fasce d'età dell'ASL Napoli 3 Sud

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

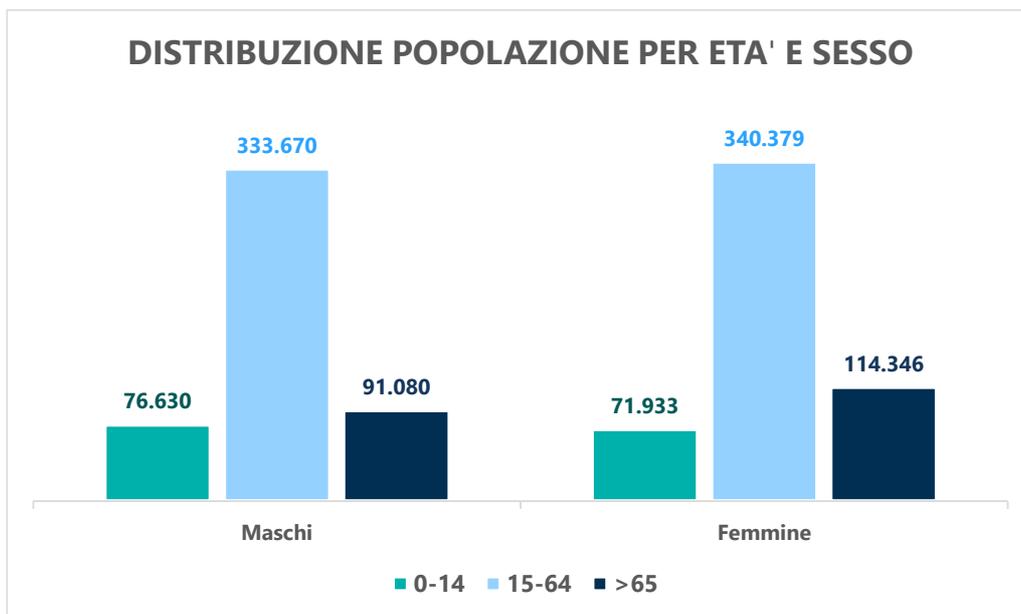


Figura 3 – La popolazione per fasce d'età e sesso

La distribuzione per sesso evidenzia una sostanziale prevalenza del sesso femminile tra gli anziani (>65 anni), una esigua prevalenza del medesimo sesso nella fascia di età 15-64, mentre per la fascia giovanile si riscontra una prevalenza del sesso maschile.

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

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

Si rappresentano gli indici ottenuti, dapprima, per ciascun Distretto Sanitario aziendale e, successivamente, per l'intera ASL Napoli 3 Sud.

Di seguito, si rappresentano gli indici e la distribuzione della popolazione per fasce di età, per ogni singolo Distretto:

❖ DS n. 34;

Comune	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione			
				0-14	15-64	65+	Totale
Portici	190,41%	38,43%	58,62%	6.624	32.817	12.613	52.054
Totale	190,41%	38,43%	58,62%	6.624	32.817	12.613	52.054

❖ DS n. 48;

Comune	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione			
				0-14	15-64	65+	Totale
Brusciano	105,33%	25,00%	48,74%	2.534	10.674	2.669	15.877
Castello di Cisterna	93,45%	23,94%	49,57%	1.329	5.187	1.242	7.758
Mariglianella	94,03%	23,21%	47,90%	1.306	5.290	1.228	7.824
Marigliano	132,69%	29,01%	50,87%	4.212	19.266	5.589	29.067
San Vitaliano	104,26%	25,15%	49,28%	1.056	4.377	1.101	6.534
Somma Vesuviana	126,94%	26,96%	48,20%	4.829	22.738	6.130	33.697
Totale	117,64%	26,59%	49,20%	15.266	67.532	17.959	100.757

❖ DS n. 49;

Comune	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione			
				0-14	15-64	65+	Totale
Camposano	164,18%	30,95%	49,81%	631	3.347	1.036	5.014
Carbonara di Nola	98,92%	21,41%	43,05%	372	1.719	368	2.459
Casamarciano	202,98%	33,63%	50,20%	336	2.028	682	3.046
Cicciano	154,39%	29,01%	47,80%	1.559	8.297	2.407	12.263
Cimitile	135,10%	28,90%	50,29%	980	4.581	1.324	6.885
Comiziano	187,44%	39,32%	60,30%	223	1.063	418	1.704
Liveri	183,96%	36,44%	56,25%	187	944	344	1.475
Nola	141,52%	29,87%	50,97%	4.701	22.275	6.653	33.629
Roccarainola	167,59%	32,20%	51,42%	833	4.335	1.396	6.564
San Paolo Bel Sito	161,48%	30,92%	50,07%	431	2.251	696	3.378
Saviano	116,51%	26,31%	48,90%	2.398	10.618	2.794	15.810
Scisciano	112,94%	24,03%	45,30%	904	4.249	1.021	6.174
Tufino	116,94%	24,69%	45,80%	490	2.321	573	3.384
Visciano	176,12%	33,25%	52,13%	515	2.728	907	4.150
Totale	141,61%	29,14%	49,72%	14.560	70.756	20.619	105.935

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

❖ DS n. 50;

Comune	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione			
				0-14	15-64	65+	Totale
Cercola	140,03%	30,85%	52,88%	2.443	11.090	3.421	16.954
Massa di Somma	148,29%	29,92%	50,11%	671	3.325	995	4.991
Pollena Trocchia	124,48%	27,59%	49,75%	1.887	8.514	2.349	12.750
Volla	86,19%	22,76%	49,16%	4.519	17.117	3.895	25.531
Totale	111,97%	26,62%	50,39%	9.520	40.046	10.660	60.226

❖ DS n. 51;

Comune	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione			
				0-14	15-64	65+	Totale
Pomigliano d'Arco	148,51%	32,61%	54,56%	5.640	25.689	8.376	39.705
Sant'Anastasia	138,21%	30,52%	52,60%	3.787	17.149	5.234	26.170
Totale	144,37%	31,77%	53,78%	9.427	42.838	13.610	65.875

❖ DS n. 52;

Comune	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione			
				0-14	15-64	65+	Totale
Ottaviano	128,07%	26,84%	47,80%	3.278	15.639	4.198	23.115
Palma Campania	108,29%	23,34%	44,90%	2.413	11.195	2.613	16.221
Poggioreale	87,84%	21,29%	45,53%	3.700	15.266	3.250	22.216
San Gennaro Vesuviano	90,24%	21,01%	44,30%	1.937	8.318	1.748	12.003
San Giuseppe Vesuviano	101,57%	22,30%	44,25%	4.584	20.880	4.656	30.120
Striano	97,10%	23,39%	47,47%	1.447	6.008	1.405	8.860
Terzigno	103,27%	22,87%	45,01%	2.628	11.869	2.714	17.211
Totale	102,99%	23,08%	45,50%	19.987	89.175	20.584	129.746

❖ DS n. 53;

Comune	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione			
				0-14	15-64	65+	Totale
Castellammare di Stabia	154,28%	33,13%	54,61%	8.719	40.601	13.452	62.772
Totale	154,28%	33,13%	54,61%	8.719	40.601	13.452	62.772

❖ DS n. 54;

Comune	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione			
				0-14	15-64	65+	Totale
San Giorgio a Cremano	203,26%	40,42%	60,30%	5.270	26.503	10.712	42.485
San Sebastiano al Vesuvio	162,78%	35,12%	56,70%	1.193	5.529	1.942	8.664
Totale	195,79%	39,50%	59,68%	6.463	32.032	12.654	51.149

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

❖ DS n. 55;

Comune	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione			
				0-14	15-64	65+	Totale
Ercolano	146,61%	33,47%	56,30%	7.321	32.070	10.733	50.124
Totale	146,61%	33,47%	56,30%	7.321	32.070	10.733	50.124

❖ DS n. 56;

Comune	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione			
				0-14	15-64	65+	Totale
Boscoreale	123,32%	28,77%	52,11%	3.979	17.053	4.907	25.939
Boscotrecase	143,76%	31,64%	53,65%	1.403	6.375	2.017	9.795
Torre Annunziata	141,75%	34,63%	59,06%	6.167	25.244	8.742	40.153
Trecase	158,06%	34,75%	56,74%	1.197	5.444	1.892	8.533
Totale	137,75%	32,45%	56,00%	12.746	54.116	17.558	84.420

❖ DS n. 57;

Comune	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione			
				0-14	15-64	65+	Totale
Torre del Greco	154,43%	34,16%	56,29%	11.396	51.513	17.599	80.508
Totale	154,43%	34,16%	56,29%	11.396	51.513	17.599	80.508

❖ DS n. 58;

Comune	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione			
				0-14	15-64	65+	Totale
Agerola	124,90%	30,87%	55,59%	1.225	4.956	1.530	7.711
Casola di Napoli	100,00%	24,05%	48,09%	593	2.466	593	3.652
Gragnano	134,64%	30,00%	52,28%	4.091	18.361	5.508	27.960
Lettere	99,90%	24,52%	49,06%	993	4.046	992	6.031
Pimonte	94,29%	22,80%	46,98%	964	3.987	909	5.860
Pompei	148,00%	32,63%	54,68%	3.408	15.458	5.044	23.910
Sant'Antonio Abate	115,10%	24,98%	46,69%	2.821	12.997	3.247	19.065
Santa Maria la Carità	96,02%	24,01%	49,01%	1.960	7.840	1.882	11.682
Totale	122,73%	28,11%	51,00%	16.055	70.111	19.705	105.871

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

❖ DS n. 59.

Comune	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione			
				0-14	15-64	65+	Totale
Massa Lubrense	145,52%	32,85%	55,43%	2.054	9.098	2.989	14.141
Meta	163,55%	32,58%	52,50%	1.015	5.095	1.660	7.770
Piano di Sorrento	188,69%	37,68%	57,65%	1.565	7.837	2.953	12.355
Sant'Agello	164,14%	34,79%	55,98%	1.174	5.539	1.927	8.640
Sorrento	208,44%	39,28%	58,12%	1.836	9.744	3.827	15.407
Vico Equense	151,32%	32,68%	54,27%	2.835	13.129	4.290	20.254
Totale	168,39%	34,98%	55,76%	10.479	50.442	17.646	78.567

Si mostrano di seguito, graficamente, gli indici ottenuti in riferimento all'intera popolazione dell'ASL Napoli 3 Sud in comparazione con i dati nazionali e regionali.

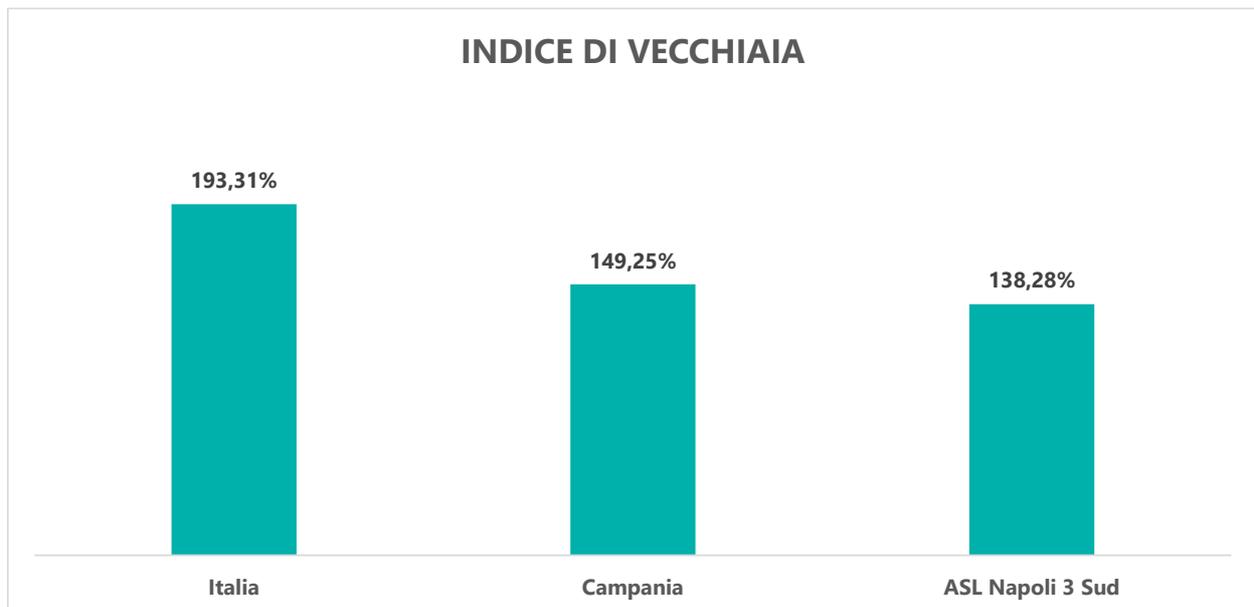


Figura 4 – Indice di vecchiaia

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

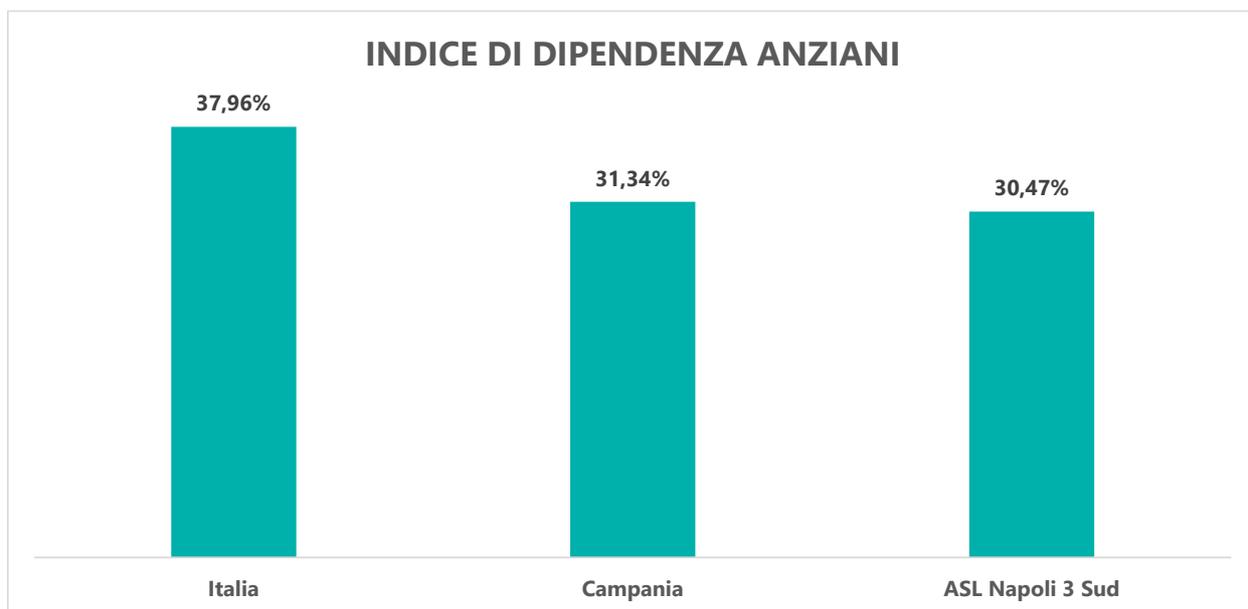


Figura 5 – Indice di dipendenza anziani

L'indice di dipendenza anziani è il rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di età 15-64 anni. Questo indice misura quanti ultra 64enni ci sono ogni 100 adulti in età lavorativa (15-64 anni), permettendo di valutare il livello dell'invecchiamento degli abitanti di un territorio rispetto alla popolazione attiva.

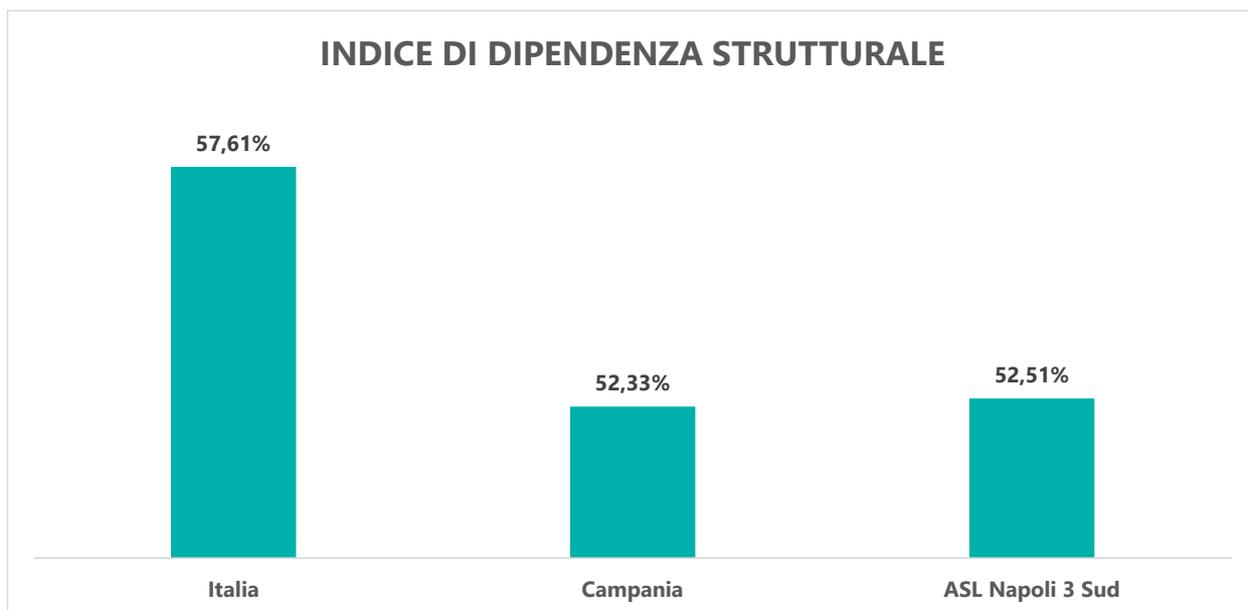


Figura 6 – Indice di dipendenza strutturale

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

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

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

Livello di analisi	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione			
				0-14	15-64	65+	Totale
Italia	193,31%	37,96%	57,61%	7.334.174	37.339.098	14.177.445	58.850.717
Campania	149,25%	31,34%	52,33%	770.783	3.671.025	1.150.367	5.592.175
ASL Napoli 3 Sud	138,28%	30,47%	52,51%	148.563	674.049	205.426	1.028.038

ASL Napoli 3 Sud

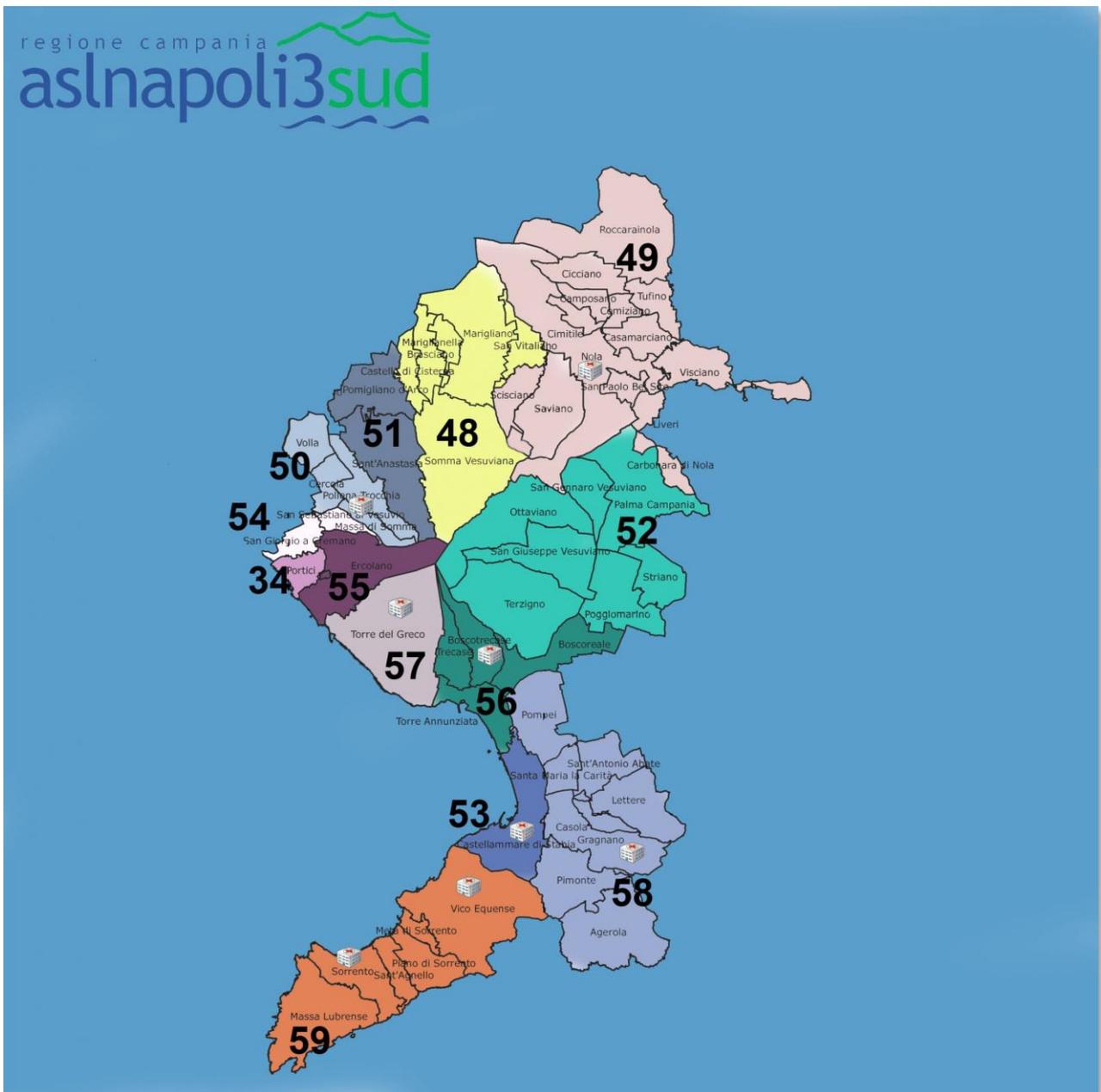


Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

1.7 I distretti sanitari e le competenze territoriali

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



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

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

I Presidi Ospedalieri aziendali sono:

- ❖ PO di Nola con stabilimento di Pollena;
- ❖ PO di Castellammare con stabilimento di Gragnano;
- ❖ Nuovo Ospedale della Costiera (PO di Sorrento e PO di Vico Equense);
- ❖ PO di Boscoreale-Boscotrecase;
- ❖ PO di Torre del Greco.

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

- ❖ Dipartimento Area Medica;

ASL Napoli 3 Sud

Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)



- ❖ Dipartimento Area Critica;
- ❖ Dipartimento attività strategiche di Direzione Sanitaria;
- ❖ Dipartimento Scienze chirurgiche;
- ❖ Dipartimento dei Servizi;
- ❖ Dipartimento Assistenza Territoriale;
- ❖ Dipartimento Assistenza Ospedaliera;
- ❖ Dipartimento di Prevenzione;
- ❖ Dipartimento Salute Mentale;
- ❖ Dipartimento delle Dipendenze;
- ❖ Dipartimento Farmaceutico.

1.8 Il logo

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



Il logo dell'ASL Napoli 3 Sud è costituito dall'immagine stilizzata del Vesuvio e del Monte Somma di colore verde; sull'immagine si sovrappone sul margine sinistro l'indicazione della Regione e la denominazione dell'Azienda Sanitaria di colore blu intercalata dal verde della parola "sud"; alla base della dizione per esteso è posta la stilizzazione del mare per indicare l'estensione dell'Azienda anche sulla Penisola Sorrentina.

Il dominio è il seguente: www.aslnapoli3sud.it

1.9 Il patrimonio

Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutti i beni mobili e immobili ad essa appartenenti in seguito al trasferimento disposto con decreto del Presidente della Giunta Regionale all'atto della sua costituzione, da quelli acquisiti nell'esercizio delle proprie attività, nonché da quelli ottenuti a seguito di atti di liberalità. I beni mobili ed immobili utilizzati per il perseguimento dei fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile e, pertanto, non possono essere sottratti alla loro destinazione, se non nei modi stabiliti dalla legge.

Con regolamento adottato dal Direttore Generale vengono disciplinati tutti gli aspetti relativi alla gestione del patrimonio aziendale.

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

1.10 La vision

Per il raggiungimento degli obiettivi assegnati, l'ASL Napoli 3 Sud si avvale del complesso delle risorse disponibili, secondo il principio della flessibilità nel cogliere i nuovi bisogni emergenti della popolazione, con conseguente rapidità nel cambiamento delle modalità e caratteristiche dell'offerta dei servizi sanitari.

La vision aziendale si ispira ai seguenti elementi essenziali:

- ❖ qualificare l'offerta dei servizi erogati e gli interventi di prevenzione e clinico - assistenziali, sviluppando capacità analitiche dirette alla determinazione dei bisogni di salute della popolazione, alla identificazione delle priorità, alla valutazione dell'appropriatezza e degli esiti dell'azione svolta in termini di output ed outcome;
- ❖ sviluppare modelli organizzativi per una maggiore fruibilità e accessibilità dei servizi e delle prestazioni offerte;
- ❖ ottimizzare le risorse per una maggiore efficienza dei processi produttivi e di erogazione;
- ❖ sviluppare il sistema della continuità clinico - assistenziale, adottando soluzioni organizzative e gestionali integrate che permettano la presa in carico globale dell'assistito in tutti i momenti del percorso di cura, anche attraverso una logica improntata alla gestione per processi;
- ❖ potenziare i servizi territoriali migliorando le cure domiciliari e l'appropriatezza delle attività di ricovero al fine di perseguire una coerente riduzione del tasso di ospedalizzazione;
- ❖ implementare le attività culturali e formative utilizzando la formazione come elemento strategico;
- ❖ perseguire l'obiettivo della valorizzazione di tutte le professionalità esistenti secondo un'ottica meritocratica e partecipativa.

1.11 La mission

L'Azienda assume come propria Mission di progettare e di realizzare quanto necessario a soddisfare il bisogno di salute della propria popolazione e garantire gli standard di qualità di ambienti e produzioni. Il punto di riferimento centrale di tutta l'attività dell'Azienda è la persona umana, nella sua singolarità ed irripetibilità, di cui raccoglie e interpreta la domanda di assistenza e fornisce i servizi e le risposte ai bisogni espressi. L'Azienda ha come scopo la promozione e la tutela della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente e, comunque, presente a qualsiasi titolo nel proprio ambito territoriale, per consentire la migliore qualità di vita possibile, garantendo i livelli essenziali di assistenza in conformità con la Programmazione Sanitaria Nazionale e Regionale e coerentemente con i seguenti principi:

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

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

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

1.12 Clinical Governance e Sicurezza delle cure

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

La politica sanitaria aziendale, ai diversi livelli di governo del sistema, ha come presupposto il fatto che la qualità dei servizi sanitari e delle prestazioni erogate, viene assunta come parte integrante delle scelte operate sul piano del governo amministrativo, su quello della organizzazione dei servizi e su quello della formazione dei professionisti che vi operano. In questo senso, la Qualità cessa di essere una sorta di dimensione separata, collaterale e parallela e diventa invece parte integrante del processo di identificazione degli obiettivi delle singole aziende, dei meccanismi di definizione dei processi organizzativi come pure di quelli che presiedono alla definizione dell'allocazione delle risorse, oltre che, ovviamente, degli strumenti di valutazione delle attività delle singole unità operative e dei percorsi formativi offerti ai professionisti. In tale contesto una particolare attenzione viene posta alla gestione del rischio, attraverso l'implementazione di metodologie che, mediante un approccio sistemico, si prefiggono di esaminare i fattori che influenzano la pratica clinica in ogni suo stadio, fornendo indicazioni per appropriati interventi e piani di riduzione degli errori, facendo leva su un maggior coinvolgimento e responsabilizzazione degli operatori ed una migliore comunicazione e relazione fra professionisti, amministratori e cittadini.

L'Azienda provvede a potenziare la dotazione di strumenti per il governo clinico con particolare attenzione a quelli previsti nel Piano Sanitario Regionale.

Il governo clinico permette di accrescere l'appropriatezza, di ridurre la variabilità e di migliorare l'adesione a standard di trattamento appropriati: consente di ridurre la distanza tra efficacia pratica (effectiveness) ed efficacia teorica (efficacy), migliorando direttamente il comportamento professionale e razionalizzando l'organizzazione. L'obiettivo finale è una medicina basata sulle prove di efficacia e non solo sui modelli delle linee guida.

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

Il governo clinico propone una vista processuale dell'organizzazione con la consapevolezza che il servizio è appunto il risultato di processi di lavoro intesi come sequenza di attività interconnesse e finalizzate per le quali agiscono professionisti, si utilizzano tecnologie sia hard (macchine) che soft (linee guida, procedure assistenziali), si consumano risorse, si adottano metodologie di lavoro conseguenti. La responsabilità del governo clinico appartiene a ogni livello organizzativo e professionale. Il governo clinico attiene quindi all'appropriatezza clinica ed organizzativa ed alla qualità tecnica percepita delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture dell'Azienda.

1.13 Partecipazione, trasparenza e tutela dei diritti dei cittadini

La partecipazione, la trasparenza e la tutela dei cittadini sono garantite attraverso le attività o le funzioni di seguito riportate.

Trasparenza

L'ASL Napoli 3 Sud, così come affermato nel d. lgs.n. 150/2009 e s.m.i., attribuisce particolare rilievo al tema della trasparenza intesa come "accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalla pubblica amministrazione, nonché delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione", consentendo ai cittadini forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche. La trasparenza concorre ad attuare i principi costituzionali di eguaglianza, imparzialità buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di un'amministrazione al servizio del cittadino.

La trasparenza anche per il tramite della pubblicazione di determinate informazioni pubbliche, risulta strumentale alla prevenzione della corruzione. La Trasparenza si muove su tre azioni integrate tra loro:

- ❖ una posizione soggettiva di controllo sociale garantita ai cittadini;
- ❖ uno strumento di gestione e controllo dell'azione amministrativa;
- ❖ uno strumento di garanzia nell'uso delle risorse e nell'erogazione dei servizi al pubblico, istituzionalizzando le metodologie di miglioramento della qualità al fine di garantire standard ed impegni di qualità ai cittadini.

Accesso agli atti amministrativi, accesso civico semplice e generalizzato

Al fine di assicurare la trasparenza dell'attività amministrativa e di favorirne lo svolgimento imparziale, è riconosciuto, ai sensi dell'art. 22 della L. 241/90, a chiunque abbia un interesse diretto, concreto e attuale per la tutela di situazioni giuridicamente rilevanti, il diritto di accesso ai documenti amministrativi. Più ampio, invece, è il concetto di trasparenza introdotto dal d. lgs.n. 33/2013, in quanto riconosce a chiunque il diritto di accedere a dati, documenti e informazioni della pubblica amministrazione, senza la necessità di dimostrare un interesse qualificato, sia che si tratti di documenti per i quali sussiste l'obbligo di pubblicazione da parte della P.A. (accesso civico semplice) sia per

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

quelli che non sono coperti da alcun obbligo di pubblicazione (accesso civico generalizzato). L'Azienda, al fine di garantire gli strumenti di accesso, pubblica sul sito istituzionale un apposito link.

<https://www.aslnapoli3sud.it/sitoweb/jportal/JPDocumento.do?id=1410&rev=0>

Prevenzione della corruzione

Il sistema di prevenzione della corruzione introdotto nel nostro ordinamento dalla legge 190/2012 si realizza mediante la formulazione e attuazione di azioni coordinate tra strategia nazionale e strategia interna a ciascuna amministrazione. Il sistema aziendale introdotto per la prevenzione della corruzione prevede: la definizione dei ruoli e delle responsabilità; analisi dei processi organizzativi a rischio di corruzione; interventi organizzativi per contrastare la corruzione nelle aree a rischio; obblighi di pubblicazione ai fini del controllo diffuso; la rotazione del personale in conformità al vigente regolamento aziendale. Così come normativamente previsto, l'ASL provvede alla nomina del RPCT. L'incarico di responsabile della prevenzione della corruzione consiste in un incarico aggiuntivo a quello già assegnato al dirigente. Di norma l'incarico è affidato a un dirigente dell'area contrattuale tecnico-amministrativo-professionale con incarico di struttura complessa e ha durata quinquennale.

Accesso e accoglienza

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

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

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

Diritti dei Cittadini, degli Utenti e degli Stakeholder

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

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

Principio della partecipazione

L'ASL Napoli 3 Sud ricerca ed incoraggia le forme d'integrazione, partecipazione e collaborazione nel più ampio contesto sociale delle competenze localmente distribuite, per arricchire il proprio ruolo sociale, già fortemente radicato nel territorio, e sviluppare la capacità di differenziazione e di specializzazione delle risposte che possono contribuire al miglioramento della qualità di vita e delle opportunità di salute dei cittadini.

L'Azienda nel recepire pienamente tale principio, ha sviluppato un sistema di partecipazione diffusa per il tramite di una serie di azioni e strumenti:

- ❖ comitato partecipativo e consultivo;
- ❖ consulta sociosanitaria;
- ❖ carta dei servizi sociosanitari;
- ❖ sistema di pubblica tutela;
- ❖ qualità percepita;
- ❖ audit civico;
- ❖ umanizzazione;
- ❖ rispetto della privacy;



ASL Napoli 3 Sud

Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ trasparenza e integrità;
- ❖ piano per l'umanizzazione ex art. 14 del d. lgs.502/92;
- ❖ conferenza dei servizi;
- ❖ consenso informato.



ASL Napoli 3 Sud

Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

SEZIONE 2

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

2 Il Valore Pubblico

2.1 Il valore pubblico per l'ASL Napoli 3 Sud

Il Valore Pubblico si configura quale insieme equilibrato degli impatti prodotti dalle politiche dell'amministrazione sui livelli di benessere economico, sociale, ambientale e sanitario dei cittadini. Il diritto alla tutela della salute è l'unico a cui la Costituzione riserva la connotazione di diritto "fondamentale" dell'individuo e, considerato nelle sue caratteristiche di inalienabilità, intrasmissibilità, indisponibilità e irrinunciabilità, si presenta come un concetto fondante e primigenio nel quadro dei diritti previsti nell'ordinamento, garantito, pena la violazione della dignità della persona, anche a coloro che versino in disagiate condizioni economiche. Il bene della tutela della salute, quale "fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività" (art. 32 Costituzione), è ontologicamente dualista, rilevando, da un lato, nella sua accezione individuale e soggettiva e, dall'altro, nella sua dimensione sociale e oggettiva.

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

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

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

In tale scenario, l'ASL Napoli 3 Sud ha ritenuto inevitabile dover considerare i valori e la morale di coloro che possono favorire o ostacolare il raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione, quali soggetti componenti il

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

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

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

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

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

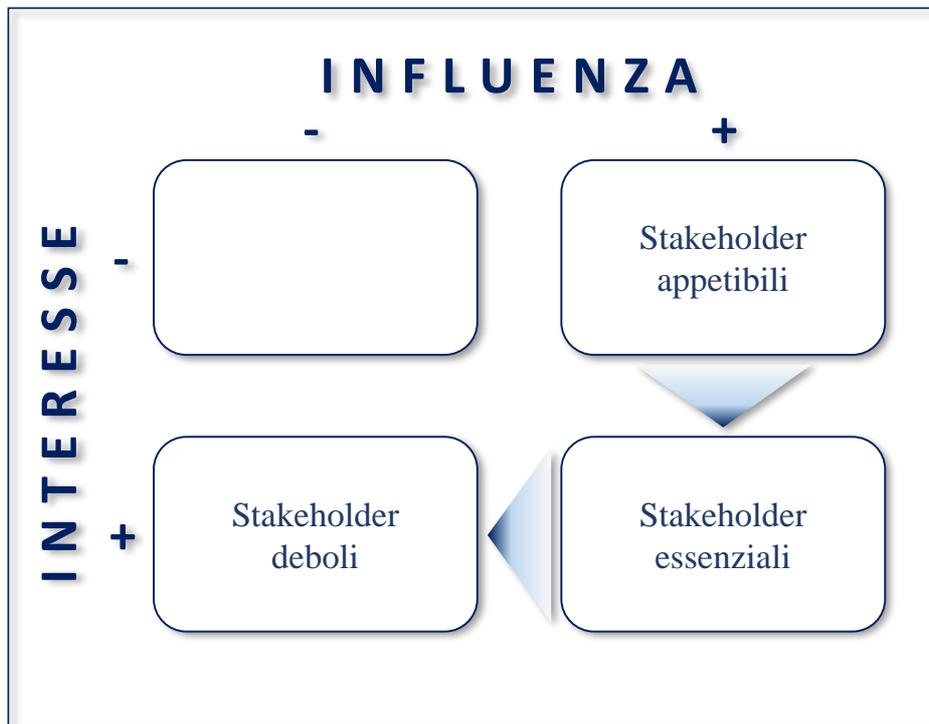


Figura 7 – La matrice interesse/influenza

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

La Carta dei Servizi è uno degli strumenti cardine della performance organizzativa dell'ASL Napoli 3 Sud; le Carte dei Servizi delle strutture di erogazione dei servizi sanitari, Distretti, Presidi Ospedalieri, Dipartimenti, Servizi per le dipendenze etc., sono alla base della performance organizzativa della singola struttura, premessa necessaria anche all'accesso al premio di risultato. Inoltre, è lo strumento finalizzato alla individuazione, promozione e diffusione nei servizi aziendali della metodologia da adottare ai fini della definizione degli standard di qualità dei servizi, che dovranno essere assunti dalle singole strutture di erogazione dell'ASL.

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

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

nell'individuazione delle dimensioni del benessere.

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

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

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

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

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

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

Per accrescere la probabilità di creare Valore Pubblico e ridurre il rischio di erosione dello stesso, l'Azienda individua logiche di governance che prevedono:

- ❖ una programmazione degli obiettivi da raggiungere, i percorsi da seguire, le risorse da utilizzare;
- ❖ un sistema di monitoraggi periodici che permettono di verificare i percorsi seguiti, le risorse utilizzate, i risultati conseguiti;

- ❖ un meccanismo di coinvolgimento degli stakeholder interni ed esterni nella programmazione, attuazione e valutazione che consenta anche la rilevazione della soddisfazione rispetto ai target;
- ❖ un modello di miglioramento continuo basato sulla conoscenza puntuale delle criticità, l'individuazione di strategie di miglioramento e la verifica dell'efficacia delle azioni attuate;
- ❖ una valutazione progressivamente più integrata dei fattori di rischio che possono inficiare la realizzazione del Valore Pubblico, dei fattori predittivi dalla maladministration e di conseguenza delle misure di monitoraggio e mitigazione da mettere in atto per favorire cooperazione e partecipazione che sono esse stesse strategie di realizzazione e di valutazione all'interno di un ciclo continuo .



Figura 8 – La piramide del valore pubblico

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

2.2 Semplificazione e reingegnerizzazione dell'ASL Napoli 3 Sud

L'Azienda è continuamente impegnata nell'applicazione di politiche di riduzione dei costi per beni e servizi, sebbene il trend della spesa in campo sanitario sia sempre in crescita. Per il contenimento dei costi risulta necessario mettere in atto l'utilizzo di tecnologie innovative, con l'obiettivo di semplificare e reingegnerizzare le procedure e i processi sottostanti, per renderli più efficaci ed efficienti nel rispetto della qualità dei servizi erogati. La reingegnerizzazione dei processi diviene, in tal modo, strumento Aziendale per il miglioramento dei servizi sia interni, che ai cittadini, grazie all'uso delle tecnologie ICT per la digitalizzazione. In linea con quanto previsto dal *Piano triennale per l'Informatica 2022-2024* della PA, l'ASL Napoli 3 Sud intende effettuare un adeguamento alle piattaforme abilitanti previste dallo stesso, attraverso un aggiornamento e una reingegnerizzazione di processi e applicazioni, nonché la necessità di ricorrere a strumenti e tecnologie di tipo cloud (approccio cloud-first) e un rinnovamento dei siti in conformità con le Linee guida di *Design dei servizi digitali per la PA*.

Il piano prevede l'introduzione di nuove funzionalità alle piattaforme già esistenti, come:

- ❖ SPID/CIE;
- ❖ PagoPA;
- ❖ FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico);
- ❖ ANA (Anagrafe Nazionale degli Assistiti);
- ❖ ANPR (Anagrafe Nazionale della popolazione residente).

Tra gli obiettivi è previsto un miglioramento delle piattaforme di data management, advanced analytics e data warehouse, con annesso sviluppo di dataset, in coerenza con specifiche nazionali ed europee, e una evoluzione di servizi ai fini dei processi di dematerializzazione. In riferimento ai contratti Consip, la spesa ICT prevede un aumento di sette punti percentuali, dal 42% del 2021 al 49% del 2024, mentre per le gare dirette si prevede una riduzione di cinque punti percentuali rispetto al 32% nel biennio 2023-2024. In diminuzione anche il ruolo delle Centrali di committenza regionali, con una previsione del 24% della spesa totale. Si precisa, che tali valori fanno riferimento a somme complessive nazionali. Riguardo il fenomeno della esternalizzazione di servizi e di attività in sanità, si prevedono avanzamenti che riguarderanno la gestione in outsourcing presso un fornitore privato o la società in house regionale. Pertanto, si procede verso la completa integrazione delle reti infrastrutturali e dei devices, anche ai fini di un miglioramento della sicurezza. L'avanzamento delle dotazioni infrastrutturali avverrà in virtù dell'implementazione della Strategia Cloud Nazionale e grazie alla misura prevista dall'"Abilitazione e facilitazione migrazione al Cloud" del PNRR, con una dotazione prevista pari a un 1 miliardo di euro.

Nell'ottica di sanità "*orientata al paziente*" e ai fini di una corretta misurazione dell'efficacia dei servizi erogati, si evidenzia l'importanza dell'impiego di KPI, di risultato e di costo, attraverso l'utilizzo di piattaforme e/o portali per la gestione online dell'interazione con l'utente. Un potente modello di gestione del sistema salute è quello legato al tema del Value Based Healthcare (VBHC), il quale definisce strumenti per un concetto di sanità incentrata su esiti di salute, ovvero sul rapporto tra il benessere reale delle persone e i costi sostenuti nella fase di cura. Per far sì che vi sia un vero e proprio progresso, assumerà un ruolo fondamentale il tema della centralità dei dati e

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

dell'interoperabilità, in modo tale da poter ottimizzare il percorso di cura e la relazione con il paziente. In coerenza con il Piano triennale AGID, si ha come obiettivo l'identificazione di dataset di tipo dinamico, garantendo una disponibilità in *open-data*.

La Regione Campania ha programmato la realizzazione di un *data lake* per l'infrastruttura SINFONIA – Sistema Informativo Campania, con l'obiettivo finale di avere una gestione protetta di tutti i dati di competenza dell'Ente. Secondo il Piano Operativo Digitalizzazione della Campania 2023-2025, un ruolo importante è dato dal Gruppo tecnico di "*Sicurezza informatica e privacy*", il quale ha lo scopo di apportare un adeguamento costante delle tecnologie regionali, in conformità con le normative italiane ed europee. L'obiettivo di tale gruppo sarà quello di garantire supporto ai progetti di digitalizzazione, fornendo il know how in ambito di sicurezza e privacy.

Inoltre, in conformità al suddetto Piano, vi è la proposta per l'evoluzione delle Piattaforme Fitosanitarie, con l'obiettivo di proporre una integrazione di SPID/CIE e PagoPA, garantendone la portabilità. La piattaforma SPID/CIE è integrata anche al portale Salute del cittadino, con lo scopo di accedere ai servizi online del SSR (Sistema Sanitario Regionale).

La Regione Campania, per favorire il processo di digitalizzazione, propone come obiettivo nel piano triennale:

- ❖ l'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, da parte delle strutture sanitarie, di documenti in formati standard e pubblicati sul sito del FSE;
- ❖ l'alimentazione del FSE anche alle strutture sanitarie territoriali (ASL/AO/IRCCS).

Per il miglioramento delle piattaforme esistenti, la Regione prevede l'aggiornamento di SINFONIA con il FSE, tale da garantire al cittadino eventuali prenotazioni sanitarie, consentendo, al contempo, la tracciabilità della pratica. Inoltre, vi sarà la possibilità di effettuare pagamenti di ticket sanitario sulla piattaforma SINFONIA, attraverso lo sviluppo di PagoPA. Gli interventi definiti dal Piano Strategico ICT, declinati in linea con la strategia Regionale 2023 – 2025, prevedono l'espansione del Sistema Informativo SINFONIA, cosicché tutti i servizi possano confluire all'interno di un'unica piattaforma.

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
 (art. 6 del DL 80/2021)

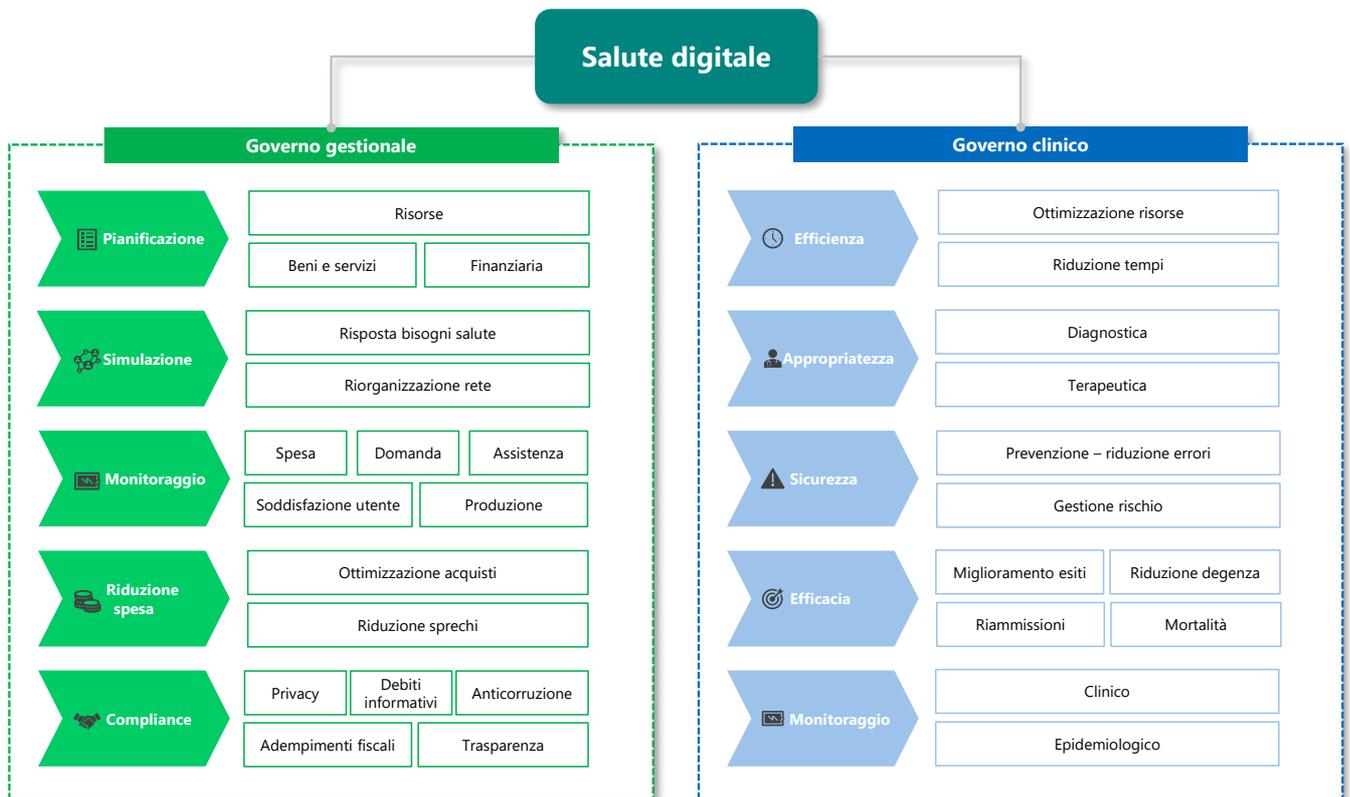


Figura 9 – La mappa del valore digitale dell'ASL Napoli 3 Sud

La digitalizzazione è un processo graduale basato sull'esigenza di rispondere ad obiettivi di miglioramento della nostra Azienda sanitaria in termini di aumento dell'efficacia dell'azione pubblica, contenimento dei costi, riduzione dei tempi necessari allo svolgimento dell'azione amministrativa. Nel nostro contesto al fine di attuare in pieno gli obiettivi della sanità digitale si rende fondamentale governare i flussi di dati che devono diventare sempre più connessi, integrati, sicuri e protetti. I sistemi informativi devono pertanto diventare sempre più accessibili e garantire l'interoperabilità dei dati per garantirne la loro capillare condivisione e diffusione.

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
 (art. 6 del DL 80/2021)

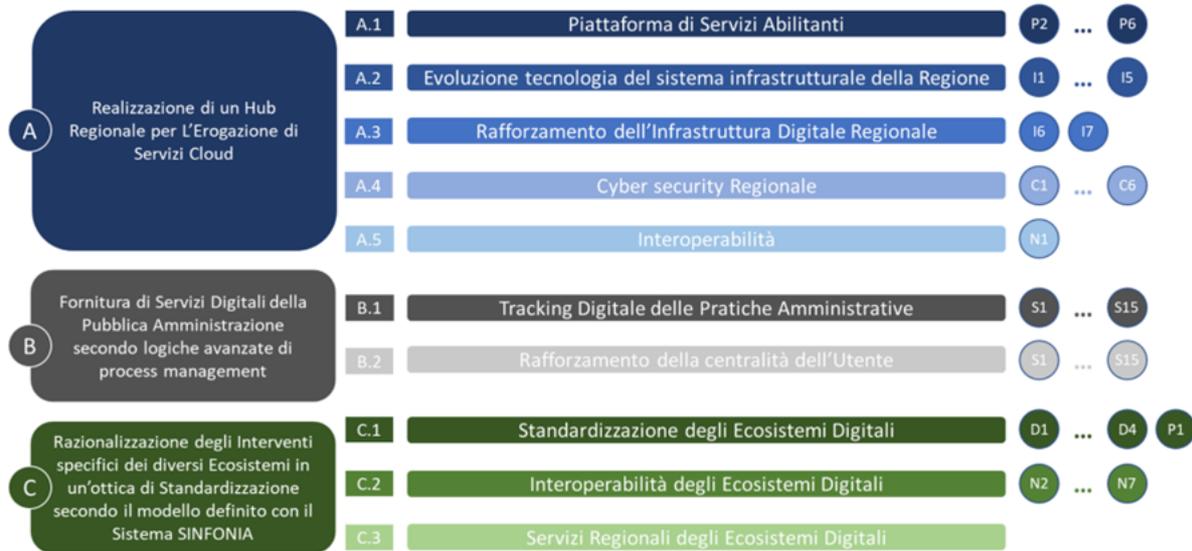


Figura 10 – Strategia digitale e componenti tecnologiche

Alla luce delle misure previste dall'Agenda Semplificazione e tenuto conto dei progetti di realizzazione del PNRR, l'Asl Napoli 3 Sud impegnata, durante l'arco temporale di riferimento e in modo particolare nel 2024, nelle seguenti azioni:

Ambiti	Obiettivi	Azioni	Responsabilità	Tempistiche
Semplificazione e reingegnerizzazione delle procedure)	Eliminare gli adempimenti e le autorizzazioni ridondanti	Ulteriori iniziative per Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	Servizi Informatici	2024
Velocizzazione delle procedure	Indicazione dei tempi di espletamento delle fasi essenziali delle maggiori procedure	Pubblicazione mensile dei tempi di attesa secondo le indicazioni regionali sul portale aziendale:	Servizi competenti a cui sono stati affidati gli obiettivi specifici	trimestale
Velocizzazione delle procedure	Indicazione dei tempi di espletamento delle fasi essenziali delle maggiori procedure	Monitoraggio tempi di risposta accessi	RPCT	trimestale

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

Digitalizzazione dei processi amministrativi e Cybersecurity

L'ASL Napoli 3 Sud con delibera N. 1362 del 17/11/2023, ha approvato il progetto di " *Digitalizzazione dei processi amministrativi e implementazione di un sistema di Cybersecurity per la gestione dei rischi informatici*".

L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud ha già avviato da tempo un processo di dematerializzazione dei propri archivi cartacei e trasformazione in digitale dei propri processi aziendali. Nel solco di questa strategia e in linea con quanto indicato nella DGR 354 del 19/6/2023, questa Amministrazione intende proseguire con la digitalizzazione delle Cartelle Cliniche cartacee degli anni pregressi e dell'anno corrente, e con la dematerializzazione e gestione digitale dei Consensi che raccoglie dai cittadini durante l'erogazione di prestazioni sanitarie. L'azione progettuale, così articolata, riscontra quanto richiesto dalla DGR 354 del 19/6/23, in quanto espressamente orientata all'erogazione di servizi finalizzati alla dematerializzazione di documentazione sanitaria e a supportare l'azienda nei processi di sorveglianza sanitaria. La sicurezza in sanità è un tema molto rilevante perché i dati esigono protezione rispetto ai rischi di accesso indebito, alterazione e manipolazione, a seguito di attacchi cibernetici ai sistemi informativi sanitari. Anche alla luce dei recenti attacchi hacker subito dalle Aziende Sanitarie non si può negare che le violazioni causate dagli attacchi citati stanno aumentando in misura esponenziale ed è altrettanto evidente come non ci si possa più permettere di sottovalutare la problematica. È quindi fondamentale proteggere i dati da accessi non autorizzati e tentativi malevoli di esfiltrazione perché una loro violazione potrebbe avere conseguenze molto gravi, tra cui ad esempio il furto di identità e discriminazione. La sanità digitale va realizzata all'interno di un progetto organico e lungimirante di governance sanitaria, che minimizzi i rischi cibernetici e promuova una condivisione selettiva dei dati. Per garantire la sicurezza è pertanto necessario implementare alcune misure tecniche atte a garantire:

- ❖ la gestione delle informazioni sensibili e personali;
- ❖ il controllo dell'accesso e la sua limitazione al solo personale autorizzato;
- ❖ la conformità alle normative come il Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (GDPR) per evitare sanzioni e rischi per la reputazione;
- ❖ il controllo e la gestione in sicurezza delle apparecchiature medicali disponibili in Azienda.

Dopo l'attacco ricevuto nel gennaio del 2022, l'ASL Napoli 3 Sud ha messo in campo un notevole sforzo per migliorare lo stato della sicurezza delle proprie risorse in rete. In particolare, sta passando da una rete piatta ad una rete opportunamente segmentata in diverse reti locali organizzate in modo tematico. Parallelamente sta procedendo ad ultimare la messa in dominio delle postazioni di lavoro aziendali nell'ottica di un controllo più granulare della sicurezza. È anche in corso il progetto di implementazione della SDWan (Software defined Wan) che attraverso l'uso di firewall di nuova generazione garantirà la sicurezza e la resilienza della rete dell'ASL. Per aumentare i livelli di sicurezza aziendale si è deciso di adottare gli strumenti offerti dal mercato attraverso il trueup del contratto Consip EA6 attualmente in essere, con l'acquisto di licenze capex.

Per quanto riguarda i sistemi di cybersecurity l'obiettivo del progetto è implementare le seguenti tecnologie:

- ❖ soluzione di sicurezza degli endpoint, server, dispositivi dell'azienda, workload in cloud e rete per permette di rilevare più velocemente le minacce e migliorare i tempi di indagine e risposta attraverso l'analisi della sicurezza (protezione da ransomware, malware, phishing e altre minacce);
- ❖ ampliamento servizi di sicurezza a copertura dell'utenza aziendale (Identity Access Management);
- ❖ Next Generation Firewall (NGFW) che integrano e aggiornano una serie di funzionalità per la protezione dalle minacce informatiche avanzate;
- ❖ NAC per la sicurezza fisica di rete e abilitare l'accesso a quegli utenti e dispositivi riconosciuti e che rispettano le policy aziendali/negare l'accesso agli utenti/dispositivi non conformi alle politiche di sicurezza aziendali.

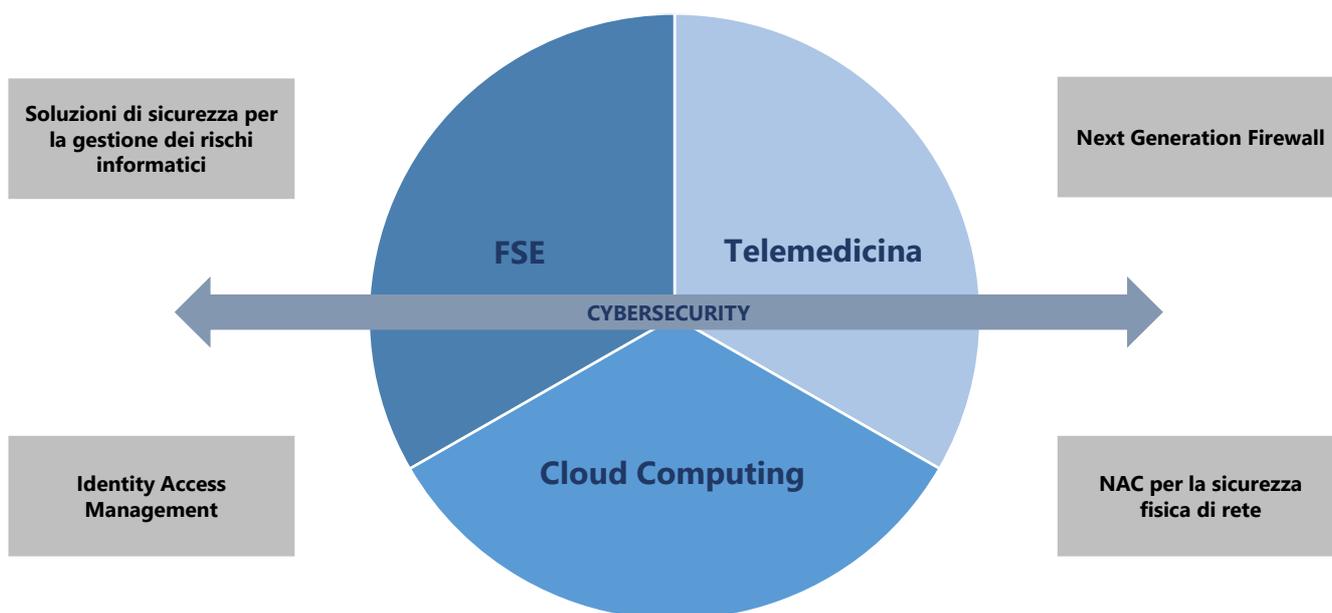


Figura 11 – Sistema di Cybersecurity per la gestione dei rischi informatici

2.3 Strategie di innovazione dei processi clinico sanitari

Tutto quanto fa riferimento al mondo della Sanità rientra nella sesta Missione del PNRR, la Missione Salute, a sua volta organizzata in Componenti e Investimenti.

Tra gli obiettivi vi è quello di potenziare laddove già esistano oppure creare ex novo presidi territoriali per

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione *Triennio 2024 - 2026* (art. 6 del DL 80/2021)

potenziare l'offerta e l'assistenza domiciliare, anche con lo sviluppo della telemedicina, in un'ottica di sempre maggiore integrazione con i servizi sanitari.

Il decreto del Ministero dell'economia e finanze, 6 agosto 2021, recante *"Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione"* e il decreto del Ministero dell'economia e finanze, 23 novembre 2021, assegnano alle singole amministrazioni le risorse finanziarie per l'attuazione degli interventi di cui sono titolari.

La Missione 6 Salute contiene tutti gli interventi a titolarità del Ministero della Salute suddivisi in due componenti:

- ❖ Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale:
 - Case della Comunità e presa in carico della persona;
 - Casa come primo luogo di cura e telemedicina, ovvero, Casa come primo luogo di cura (ADI), Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT) e telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici;
 - Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).
- ❖ Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario:
 - Aggiornamento tecnologico e digitale;
 - Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico.

Con la Componente della Missione 6 *"Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale"* occorre puntare al rinnovamento e ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, al completamento e alla diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), a una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Le risorse sono anche destinate a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano dell'ASL Napoli 3 mediante il potenziamento della formazione del personale. In particolare, i servizi che maggiormente possono trarre benefici dalle tecnologie digitali sono:

- ❖ il fascicolo sanitario elettronico 2.0;
- ❖ la interoperabilità dei dati;
- ❖ la telemedicina e lo sviluppo di modelli di erogazione dei servizi al territorio;
- ❖ le ricette digitali;
- ❖ la cartella clinica elettronica;
- ❖ la medicina preventiva e l'adozione di modelli di intelligenza artificiale.

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione Triennio 2024 - 2026 (art. 6 del DL 80/2021)

Il PNRR prevede anche un significativo potenziamento dell'infrastruttura tecnologica e applicativa, con l'obiettivo di migliorare la raccolta, il processo e la produzione dei dati e sviluppare strumenti di analisi avanzata necessari non solo per studiare fenomeni complessi, ma anche per elaborare scenari predittivi con l'obiettivo di programmare i servizi sanitari necessari e rilevare fenomeni e patologie emergenti. L'ASL Napoli 3 sud ha deciso di adottare un approccio basato sulle evidenze per migliorare la capacità di offerta, aumentando l'appropriatezza e la tempestività nella presa in carico. Per tale motivo saranno avviate molteplici iniziative progettuali, volta alla conoscenza approfondita delle caratteristiche della domanda (tipologia pazienti, frequenza e intensità delle cure richieste, disponibilità e supporto delle cure prestate) e dell'offerta (configurazioni, ruoli, prestazioni e performance).

Il PNRR ha destinato alla Missione Salute € 15,63 miliardi, pari all'8,16% dell'importo totale, per sostenere importanti riforme e investimenti a beneficio del Servizio sanitario nazionale, da realizzare entro il 2026. Ma complessivamente le risorse straordinarie per l'attuazione del PNRR e il rinnovamento della sanità pubblica italiana superano i 20 miliardi di euro. Tra queste, le risorse introdotte dall'Italia con il Piano nazionale per gli investimenti complementari al PNRR (PNC), che destina alla salute ulteriori 2,89 miliardi di euro.



Figura 12 – Missione salute 2021-2026

La telemedicina e i LEA

Tenuto conto, pertanto, che la digitalizzazione rappresenta lo strumento fondamentale per il miglioramento dei servizi offerti, l'ASL Napoli 3 sud ha messo in moto un percorso mirato all'informatizzazione dei processi clinico-assistenziali che consente non solo di favorire un approccio integrato alla cura del paziente ma anche di misurare e valutare l'assistenza prestata. La digitalizzazione promossa con il PNRR rappresenta l'opportunità e l'occasione per dar vita a un sistema sanitario più agile ed efficiente e soprattutto maggiormente focalizzato sulle esigenze del paziente. L'Azienda ha incrementato i servizi offerti al cittadino in tema di telemedicina per garantire l'appropriatezza clinica, l'engagement dei pazienti, la riduzione del rischio clinico, il decremento dei tempi di attesa. In coerenza alle Linee di indirizzo regionali per la riduzione dei tempi di attesa, l'ASL Napoli 3 sud intende

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

aggiornare il proprio piano operativo per il recupero delle liste d'attesa. Nello specifico, il Piano Aziendale dovrà:

- ❖ collocare gli ambiti prioritari di applicazione della telemedicina;
- ❖ analizzare modelli, processi e modalità di integrazione dei servizi di telemedicina nella pratica clinica;
- ❖ definire tassonomie e classificazioni comuni;
- ❖ definire gli aspetti concernenti i profili normativi e regolamentari e la sostenibilità economica dei servizi e delle prestazioni di telemedicina;
- ❖ il recupero delle richieste di prestazioni ambulatoriali e incrementare l'offerta di prestazioni allo scopo di ridurre le liste di attesa;
- ❖ l'incremento dell'offerta delle prestazioni ambulatoriali e di screening nonché delle prestazioni di ricovero attuando una programmazione assistenziale integrativa.

Per gli assistiti dell'ASL Napoli 3 Sud sarà possibile:

- ❖ essere seguiti in percorsi assistenziali diagnostico-terapeutici;
- ❖ migliorare il coordinamento tra gli specialisti che li hanno in cura;
- ❖ ottenere in una logica di rete diverse modalità di accesso all'offerta sanitaria.

Lo sviluppo della sanità digitale trova nella Telemedicina uno dei principali ambiti di intervento, attraverso il quale abilitare forme innovative di assistenza anche attraverso il ridisegno strutturale ed organizzativo dell'intera rete assistenziale. La telemedicina si rende indispensabile soprattutto per categorie di persone che richiedono un'assistenza continuativa, in quanto, ad esempio, affette da patologie croniche. Questi pazienti possono aver bisogno di un costante monitoraggio di alcuni parametri vitali, per ridurre il rischio d'insorgenza di complicazioni. In questo caso si può fornire al paziente un servizio migliore, attraverso una più rapida disponibilità di informazioni sullo stato della sua salute, consentendo di accrescere la qualità e tempestività delle decisioni dei professionisti sanitari, particolarmente utili in condizioni di emergenza-urgenza. In questo senso, la tecnologia e le telecomunicazioni svolgono una funzione fondamentale in quanto contribuiscono a migliorare l'efficienza e la sicurezza delle cure, nonché la riservatezza e protezione dei dati personali dei pazienti. Con riferimento a questo particolare ambito, l'ASL Napoli 3 Sud, attraverso la Deliberazione Aziendale n. 484 del 10/07/2020, ha dato avvio al progetto "SMART LEA". Tale progetto ha come principale obiettivo l'identificazione di nuove risposte a problemi tradizionali della medicina, al fine di creare nuove opportunità per il miglioramento del servizio sanitario tramite una maggiore collaborazione tra i vari professionisti sanitari coinvolti e i pazienti.

In questo scenario, le nuove tecnologie svolgono una funzione di supporto all'attività assistenziale e, al contempo, forniscono informazioni strutturate attraverso la creazione di un *database* unico aziendale, integrato con il Sistema Informativo Unico Regionale, indispensabile per la futura programmazione dell'assistenza territoriale e di

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

un'integrazione ospedale-territorio. Tale progetto si propone di sostenere un modello organizzativo per l'ASL Napoli 3 Sud che, con procedure informatizzate *cloud enabled*, rende possibile:

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

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

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

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

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
 (art. 6 del DL 80/2021)

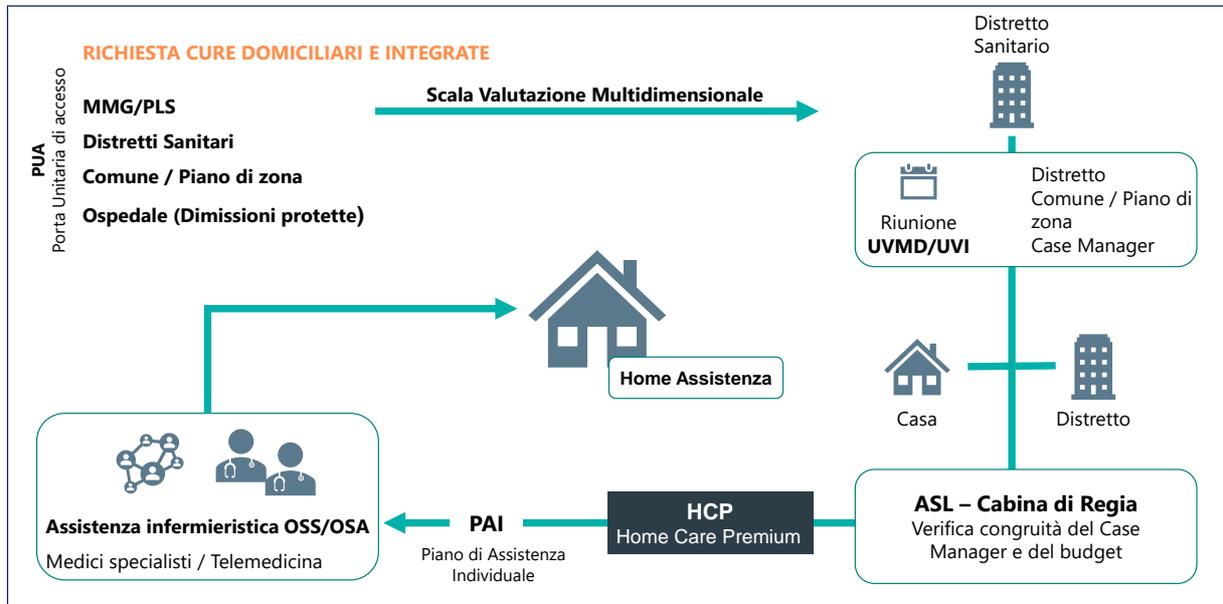


Figura 13 – L’assistenza attraverso la telemedicina

Il servizio di Telemedicina aziendale è nato come supporto ed evoluzione tecnologica della gestione dei processi territoriali. Nell’ambito dei protocolli di Telemedicina sono state configurate procedure di visite specialistiche pneumologiche, cardiache e pediatriche, in associazione al Teleconsulto ed all’impiego di device avanzati. Nello specifico, la tele-visita specialistica è effettuata con la presenza di un infermiere a domicilio che supporta il paziente nella gestione della tecnologia domiciliare e nella rilevazione di parametri che possono essere trasmessi a distanza, tramite la piattaforma informatica, allo specialista che opera da remoto con devices “one to many”.

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

La gestione integrata del paziente consente:

- ❖ la valutazione dei bisogni assistenziali della comunità attraverso l’analisi dei fattori che determinano le condizioni di salute;

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

Attività connesse ai risultati ottenuti nell'anno 2022

Sul piano attuativo è stata approvata la deliberazione n. 549 del 21/06/2022 di presa d'atto ed approvazione del progetto dei fabbisogni e dello schema di contratto per la fornitura di "servizi di connettività e sicurezza" nell'ambito del sistema pubblico di connettività (spc) per il piano di riorganizzazione dei servizi di connettività e lan7 (reti locali 7), per la presa in carico nell'ASL Napoli 3 Sud. Affidamento fornitura alla ditta Vodafone Italia S.p.a.

Tale Deliberazione oltre a prevedere l'introduzione della tecnologia SD-WAN per le reti aziendali ha dato attuazione agli obiettivi che il PIAO si è posto per lo sviluppo della Telemedicina strutturando il progetto in n. 5 linee di attività:

- ❖ L'infrastruttura di rete;
- ❖ La stratificazione della popolazione;
- ❖ Le patologie croniche e i relativi PDTA;
- ❖ La Cartella Clinica Informatizzata delle Patologie Croniche,
- ❖ Le caratteristiche tecniche della Piattaforma informatica ed aspetti generali della fornitura.

Le suddette linee di attività sono state avviate e risultano in corso di sviluppo secondo il relativo cronoprogramma di progetto **Allegato n. 1**.

Il Modello Organizzativo Regionale della Telemedicina

Con la recente DGR n.378 del 29/06/2023 pubblicata sul BURC n. 54 del 17/07/2023 è stato approvato il "**Modello Organizzativo Regionale della Telemedicina**".

Lo sviluppo dei servizi di telemedicina e la loro attivazione in tutte le Aziende Sanitarie del territorio hanno come obiettivo principale quello di agevolare i percorsi di cura di tutti gli assistiti, in particolare dei pazienti cronici che

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione Triennio 2024 - 2026 (art. 6 del DL 80/2021)

sono sottoposti a frequenti visite di controllo e ai pazienti inseriti in piani di assistenza domiciliare seguiti puntualmente da uno o più professionisti sanitari di diversa specialità (ad esempio, da un fisioterapista e dal proprio MMG, da un infermiere, etc.) direttamente al proprio domicilio. In merito ai servizi di telemedicina già attivi nel territorio campano:

- ❖ **La televisita** permette ai pazienti di svolgere le visite di controllo direttamente dalla propria abitazione, evitando spostamenti spesso impegnativi soprattutto per i pazienti più anziani;
- ❖ **Il teleconsulto**, consentendo uno scambio di informazioni e relative conoscenze tra medici specialisti, ha come finalità quella di migliorare l'appropriatezza diagnostica e il conseguente trattamento clinico.

Attraverso il servizio di telemonitoraggio destinato ai pazienti cronici è possibile monitorare a distanza i parametri vitali mediante l'utilizzo di appositi dispositivi medici, i quali sono in grado di fornire svariate informazioni sullo stato di salute del paziente. **Il telemonitoraggio livello 2** prevede una misurazione continua di parametri clinici a differenza del **telemonitoraggio livello 1** che prevede le misurazioni di parametri ad orari stabiliti o al bisogno dei pazienti. L'introduzione di tale servizio è volta alla riduzione di controlli ambulatoriali che il paziente esegue di persona. Il modello organizzativo tecnologico adottato in regione Campania ha previsto l'implementazione di un'unica soluzione tecnologica (piattaforma di telemedicina) su scala regionale, centralizzando la gestione e l'integrazione con le diverse piattaforme digitali nazionali (ana, SPID, PagoPA, etc.), regionali (FSE, CUP, etc.), e aziendali (Repository, sistemi di firma digitale).

La scelta del modello organizzativo del servizio di Telemedicina campano considera:

- ❖ Le caratteristiche demografiche e socioeconomiche di riferimento;
- ❖ Le caratteristiche orografiche del territorio (zone montane e isole);
- ❖ La stratificazione della popolazione di riferimento;
- ❖ La modalità di erogazione;
- ❖ I parametri da monitorare/controllare;
- ❖ I professionisti della salute e discipline specialistiche coinvolti/e.

I dati sanitari e la medicina preventiva

La medicina preventiva è una combinazione di pratiche mediche concepite allo scopo di evitare le malattie. Si tratta di un approccio proattivo alla cura dei pazienti. I medici adottano misure preventive per minimizzare il rischio che si sviluppino malattie e per rilevarle precocemente, in modo da fornire al paziente le migliori probabilità di guarigione fino al raggiungimento di una salute ottimale. Invece di trattare le condizioni quando queste si presentano, la medicina preventiva mira ad anticipare i problemi potenziali promuovendo comportamenti sani e lo screening delle malattie, allo scopo di evitare innanzitutto che le persone si ammalino.

Fondamentale, anche al fine di raggiungere gli obiettivi, sarà garantire maggiore predittività dalla analisi dei dati per riuscire a lavorare sulla governance, vale a dire superare le frammentazioni esistenti e valorizzare il patrimonio

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

di dati di cui i diversi soggetti, anche nazionali e regionali, dispongono. Sarà fondamentale in tale caso fare riferimento alle tecnologie oramai abbastanza consolidate quali Big Data Analytics, Intelligenza Artificiale e Machine Learning. In particolare, l'IA ha numerose applicazioni nel campo della medicina. Ad esempio, i sistemi di IA possono essere addestrati per identificare in tempo reale le malattie con un'affidabilità sovrapponibile o superiore a quella di un medico. Inoltre, attraverso il machine learning è possibile creare modelli predittivi personalizzati, in grado di prevedere possibili conseguenze post-operatorie, come la predisposizione a infezioni in base alle caratteristiche del paziente.

L'IA viene utilizzata anche nella diagnostica per immagini, ad esempio in radiologia, così come nella ricerca farmacologica e negli studi epidemiologici, dove consente di individuare nuove terapie e di identificare i fattori di rischio per le malattie. La medicina di precisione e la robotica sono altri due campi in cui l'IA sta rivoluzionando la pratica medica. In campo oncologico, infine, l'IA può essere utilizzata come un sistema di supporto decisionale: gli algoritmi possono aiutare il medico a individuare la cura più appropriata per un paziente, tenendo conto dell'efficacia delle terapie in casi analoghi e degli effetti collaterali.

La medicina preventiva non contempla l'esistenza di un unico approccio standard per tutti, è per questo motivo che i medici che operano in questa branca della medicina, mettono a punto dei piani di screening personalizzati e variabili in funzione del rischio che una data persona ha di poter sviluppare una determinata patologia sulla base di alcuni dati (ad esempio sesso, età, stile di vita, ambiente sociale e patrimonio genetico). Il medico, attraverso l'utilizzo delle nuove tecnologie, può visitare i propri pazienti in remoto, analizzare big data e long data, fare screening e diagnosticare patologie sulla base di dati e pattern provenienti da diverse fonti di indagini e dispositivi. I tecnici, infatti, grazie all'utilizzo di questi algoritmi, possono analizzare più velocemente ed accuratamente migliaia di dati e diagnosticare precocemente anche le malattie oncologiche.

Il fascicolo sanitario elettronico 2.0

Il fascicolo sanitario elettronico (FSE), introdotto con il D. Lgs. n. 178 del 29/09/2015, rappresenta un elemento chiave per il supporto al governo integrato dei bisogni di salute del cittadino. In tale ottica nasce il FSE, disponibile anche per i pazienti dell'ASL Napoli 3 Sud. In data 24 ottobre 2023, è stato emanato il nuovo decreto del Ministro della Salute che, in attuazione delle disposizioni di cui al comma 7 dell'art. 12 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, e successive modificazioni, individua e definisce i contenuti del FSE 2.0 e le responsabilità e i compiti dei soggetti coinvolti nella sua implementazione.

Il FSE contiene i seguenti dati e documenti, riferiti anche alle prestazioni erogate al di fuori del Servizio sanitario nazionale:

- ❖ dati identificativi e amministrativi dell'assistito (esenzioni per reddito e patologia, contatti, delegati);
- ❖ referti, inclusi quelli consegnati ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 8 agosto 2013, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 243 del 16 ottobre 2013;
- ❖ verbali pronto soccorso;
- ❖ lettere di dimissione;

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ profilo sanitario sintetico;
- ❖ prescrizioni specialistiche e farmaceutiche;
- ❖ cartelle cliniche;
- ❖ erogazione farmaci a carico SSN e non a carico SSN;
- ❖ vaccinazioni;
- ❖ erogazione di prestazioni di assistenza specialistica;
- ❖ taccuino personale dell'assistito;
- ❖ dati delle tessere per i portatori di impianto;
- ❖ lettera di invito per screening.

Il Decreto, inoltre, definisce le misure di sicurezza da adottare nel trattamento dei dati personali dell'assistito e le modalità di accesso al Fascicolo. Anche grazie ai fondi del PNRR, l'ASL Napoli 3 Sud intende affrontare, attraverso la realizzazione del FSE 2.0, le nuove sfide del Sistema Sanitario Nazionale, quali il progressivo invecchiamento demografico, il divario territoriale di accesso alle cure, la proliferazione delle informazioni medico sanitarie e la risposta ad eventuali emergenze sanitarie.

Il risk management

L'ASL Napoli 3 Sud adotta i principi e gli strumenti del governo clinico per la promozione del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento e il mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza clinica, garantendo la qualità e la sicurezza delle cure. L'UOC Clinical Risk Management sicurezza e qualità delle cure assume la funzione aziendale di Risk Management, a cui è affidata la seguente mission "l'identificazione dei rischi potenziali legati alle cure erogate, la comprensione dei fattori che influenzano gli eventi, l'apprendimento da lezioni derivate da eventuali eventi avversi, l'applicazione di azioni per prevenire la ricorrenza degli eventi, al fine di promuovere e favorire la minimizzazione dei rischi per i pazienti e garantire la sicurezza e la qualità delle cure".

In particolare, svolge le seguenti attività:

- ❖ diffusione delle raccomandazioni ministeriali per minimizzare il rischio di accadimento di eventi sentinella ed eventi avversi;
- ❖ promozione della cultura della sicurezza attraverso lo sviluppo di conoscenze e competenze rispetto all'importanza della gestione del rischio clinico;
- ❖ promozione di un efficace sistema di gestione del rischio clinico, anche attraverso l'identificazione di situazioni in grado di generare rischio (sopralluoghi, interviste al personale, audit clinici, significant event audit, safety walkaround, con un approccio sia reattivo che pro-attivo, analisi storica di eventi accidentali,

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

reclami) e l'individuazione di azioni correttive e di miglioramento per la riduzione degli eventi avversi e lo sviluppo di buone pratiche per la sicurezza dei pazienti e degli operatori;

- ❖ promozione delle segnalazioni degli errori, degli eventi avversi e degli eventi evitati (near miss) anche attraverso l'implementazione di processi di informatizzazione;
- ❖ predisposizione del Piano Annuale Aziendale di Risk Management (P.A.R.M.) e dei relativi progetti operativi specifici, in collaborazione con le articolazioni interessate;
- ❖ promozione delle azioni per l'analisi degli eventi avversi e degli eventi sentinella, stimolando la cultura "no blame" per l'individuazione dei fattori contribuenti e delle cause profonde, al fine di adottare specifici piani di miglioramento, attivazione di processi strutturati di analisi;
- ❖ promozione dell'applicazione delle metodologie e degli strumenti di provata efficacia per l'identificazione, analisi, valutazione e controllo del rischio clinico e degli eventi avversi, quali FMEA (Failure Mode and Effect Analysis), SWR (Safety WalkRound), SEA (Significant Event Audit), RCA (Root Cause Analysis), M&M (Morbidity & Mortality) e sostegno ai professionisti nella loro realizzazione; - analisi preliminare della documentazione e delle procedure (analisi storica degli eventi accidentali, reclami, infortuni dei dipendenti);
- ❖ identificazione di situazioni in grado di generare rischio (sopralluoghi nelle aree e interviste del personale operativo);
- ❖ supporto al sistema decisionale del management ospedaliero e territoriale, dal punto di vista metodologico ed organizzativo, al fine di migliorare la risposta alla domanda di sicurezza e qualità dei cittadini e degli operatori e di orientare l'organizzazione a standard di qualità eccellenti con il raggiungimento di piena conformità ai requisiti definiti dal "Modello Italiano per la Gestione del Rischio in Sanità" MIGeRiS elaborato da Luiss Business School;
- ❖ promozione delle azioni per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza: riduzione del rischio (ICA) e uso responsabile antibiotici;
- ❖ supporto ai professionisti nel trasferire le evidenze nella pratica clinica delle linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, check list, etc. per la prevenzione degli errori e monitoraggio dell'applicazione;
- ❖ promozione e supporto per la progettazione, redazione e revisione delle procedure aziendali in tema di rischio clinico;
- ❖ raccolta ed analisi dei dati relativi al contenzioso, utilizzando le informazioni raccolte per il miglioramento continuo dell'attività assistenziale (segnalazione di eventuali criticità, organizzazione dei percorsi clinico-

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

assistenziali, individuazione di eventuali azioni preventive volte a diminuire il verificarsi dell'evento, attuazione di ogni forma di comunicazione utile a migliorare i rapporti con gli utenti, etc.);

- ❖ studio degli eventi oggetto del contenzioso, con il coinvolgimento delle strutture e degli operatori coinvolti, per la ricostruzione delle circostanze fattuali e per lo svolgimento di tutte le attività connesse alla gestione del rischio clinico (approfondire le ragioni che hanno consentito il verificarsi o quasi dell'evento e facilitare l'adozione di eventuali azioni correttive) al fine di prevenire eventi simili e contenere il contenzioso;
- ❖ raccolta, analisi e studio dei dati relativi al contenzioso, al fine di prevenire eventi simili e limitare le richieste di risarcimento;
- ❖ supporto ai lavori del Comitato Valutazione Sinistri, quale componente uditore, al fine di garantire un percorso virtuoso di miglioramento di sicurezza e qualità delle cure, applicando le metodologie del Clinical Risk Management (FMEA, SWR, SEA, RCA, etc.);
- ❖ coordinamento tra la gestione del rischio clinico e quella dei sinistri, onde garantire a tutti gli utenti un trattamento omogeneo in grado di offrire risposte concrete in termini di efficienza, trasparenza ed equità;
- ❖ partecipazione a Comitati, Commissioni, Tavoli Tecnici e gruppi di lavoro per supportare le attività di gestione del rischio e promozione della sicurezza e qualità delle cure.

2.4 Strategie di innovazione dei processi amministrativo-contabili

Le aziende sanitarie sono ben consapevoli dei benefici apportati dalla digitalizzazione dei processi più lunghi, come, per esempio, la partecipazione a una gara pubblica o il processo di adozione di provvedimenti dirigenziali. Pertanto, l'informatizzazione dei processi amministrativi rappresenta la leva per semplificare le procedure, ridurre i tempi e i costi di lavorazione.

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

Il ciclo della performance aziendale

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

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

rendicontazione e il bilancio di sostenibilità e di analisi dei dati sanitari.

Il riordino delle procedure contabili

Il DCA n. 27 del 05/03/2019, riguardante il riordino delle procedure amministrativo-contabili e l'adozione del Piano dei Centri di rilevazione delle attività, dei ricavi, dei costi e delle variabili produttive di interesse regionale, ha l'obiettivo di migliorare il governo del servizio sanitario e di sviluppare un sistema di monitoraggio continuo. In tale ottica, l'ASL Napoli 3 Sud ha allineato il suo operato ai dettami normativi regionali. In particolare, ha provveduto all'adozione di procedure amministrativo-contabili che disciplinano le attività operative e di controllo minime, necessarie per garantire la corretta rilevazione dei fatti di gestione aziendale e, quindi, l'attendibilità dei dati contabili. In particolare, è stata realizzata un'iniziativa progettuale volta al ridisegno di tali processi. A conclusione delle attività progettuali è stato elaborato, a livello aziendale, un manuale di gestione del processo di liquidazione dei documenti passivi a supporto delle strutture organizzative aziendali per la gestione dei Workflow di liquidazione dei documenti passivi. Quest'ultimo è stato strutturato in linea con il nuovo modello gestionale, disegnato sulla base dei principi declinati dalle attuali spinte evolutive dei processi amministrativo-contabili.

Tali linee di sviluppo interessano:

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

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

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

La privacy

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

In coerenza a quanto stabilito da tale regolamento, l'ASL Napoli 3 Sud ha introdotto un approccio basato sul

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione *Triennio 2024 - 2026* (art. 6 del DL 80/2021)

principio di "responsabilizzazione", ossia basato sul rispetto dei principi applicabili al trattamento dei dati personali, adottando misure compatibili alla normativa.

Pertanto, ci si avvale del supporto della U.O.S. Privacy, la quale ha il compito di:

- ❖ supportare le articolazioni aziendali all'organizzazione di tutti i documenti sulla privacy, relativi sia a processi interni che esterni;
- ❖ aggiornare le informative sulla privacy indirizzate ad utenze, dipendenti e fornitori;
- ❖ programmazione atti di nomina ex art.28 - 29 GDPR e del Registro delle attività di trattamento ex art.30 GDPR;
- ❖ preparazione ed aggiornamento della DPIA (Data Protection Impact Assessment), come previsto dall'art. 35 del GDPR;
- ❖ predisporre e rinnovare regolamenti, procedure, indirizzi, codici comportamentali e linee guida tese a disciplinare i processi aziendali;
- ❖ monitorare il rispetto di tutte le norme previste in materia di privacy aziendale;
- ❖ aggiornare regolamenti e procedure per la gestione dei *Data Breach* (violazione dei dati personali);
- ❖ rinnovare la sezione relativa alla "Privacy" del sito aziendale;
- ❖ supportare l'UOC Affari Legali per le controversie relative alla Protezione dei Dati personali;
- ❖ supportare il Data Protection Officer aziendale;
- ❖ promuovere corsi di formazione per dipendenti, ai fini della diffusione di tematiche sulla privacy;
- ❖ realizzare un piano di audit interno, indirizzato alle articolazioni aziendali per la verifica di conformità rispetto alle normative.

Il Nodo Smistamento Ordini

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

Per poter rispondere a questa necessità di trasparenza della pubblica azione e di efficientamento della spesa sanitaria, il Ministero dell'economia e finanze ha emanato il D.M. del 07/12/2018 come modificato e integrato dal Decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze del 27 dicembre 2019, che definisce le linee guida da adottare per l'emissione, la trasmissione e la gestione degli ordini e degli altri documenti elettronici attestanti l'ordinazione di acquisto di beni e servizi mediante il Nodo di Smistamento degli Ordini (NSO). Successivamente, il MEF in data 15/02/2023 ha pubblicato aggiornamenti sulle linee guida per l'emissione e la trasmissione degli ordini elettronici.

L'ASL Napoli 3 Sud ha adeguato il processo di acquisto alle nuove disposizioni normative, attraverso tale sistema,

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

Le amministrazioni e i fornitori, si scambiano documenti elettronici attestanti l'ordinazione di beni e servizi. In quest'ottica, NSO oltre a provvedere al recapito dei beni o servizio acquistati, verifica che i documenti trasmessi siano stati correttamente formati e che siano state inserite tutte le informazioni necessarie al loro successivo utilizzo durante la fase di fatturazione e pagamento. Esso rappresenta una vera e propria rivoluzione per le procedure di *public procurement*.

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

2.5 Le misure di benessere equo e sostenibile

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

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

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

Le aree di analisi individuate sono:

- ❖ Ambiente;
- ❖ Salute;
- ❖ Benessere economico;

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

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

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

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

- ❖ speranza di vita in buona salute alla nascita: numero medio di anni che un bambino nato nell'anno di riferimento può aspettarsi di vivere in buona salute, nell'ipotesi che i rischi di malattia e morte alle diverse età osservati in quello stesso anno rimangano costanti nel tempo- Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana e Indagine Aspetti della vita quotidiana;
- ❖ eccesso di peso: proporzione standardizzata di persone di 18 anni e più in sovrappeso o obese sul totale delle persone di 18 anni e più. L'indicatore fa riferimento alla classificazione dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) dell'Indice di Massa corporea (Imc: rapporto tra il peso, in kg, e il quadrato dell'altezza in metri) - Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.

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

La speranza di vita alla nascita

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

La speranza di vita è ottenuta attraverso il rapporto tra la somma degli anni di vita della popolazione deceduta ed il numero totale della popolazione deceduta, nel periodo oggetto di analisi. La speranza di vita alla nascita per la popolazione dell'ASL Napoli 3 Sud si colloca di poco al di sotto della media provinciale, regionale e nazionale. La speranza di vita alla nascita a livello globale è mediamente di circa 73 anni, nettamente inferiore al tasso di vita registrato in Italia.

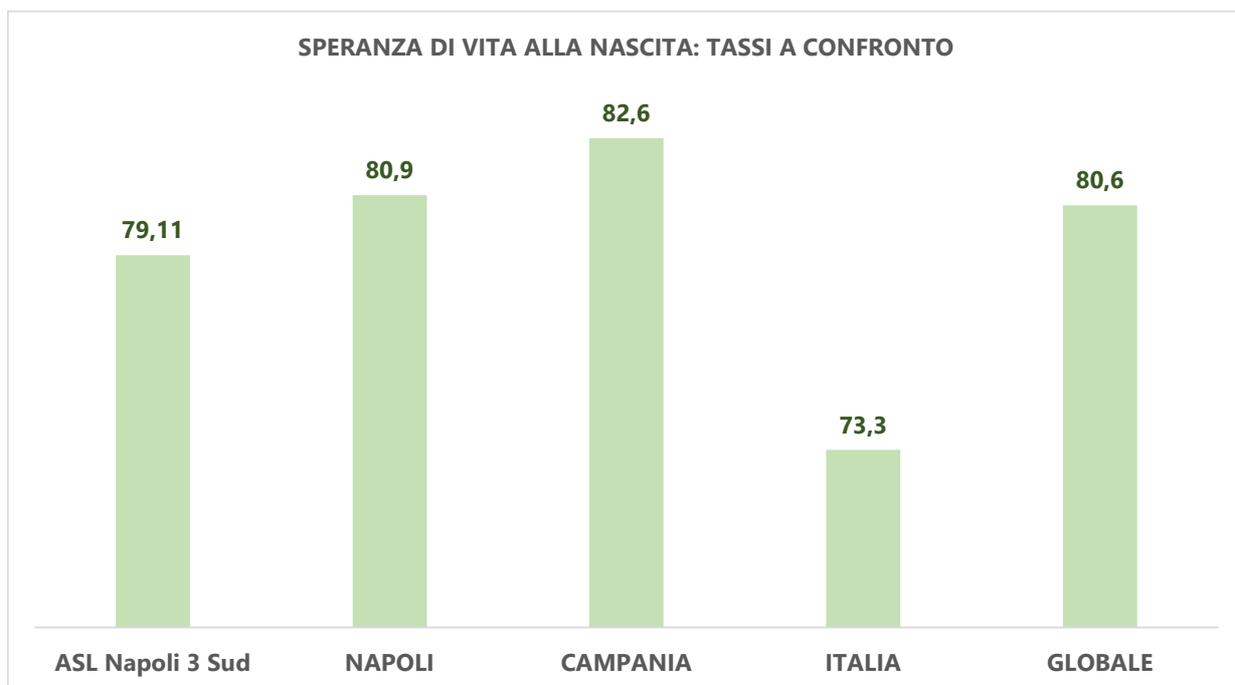


Figura 14 – La speranza di vita

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

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
 (art. 6 del DL 80/2021)

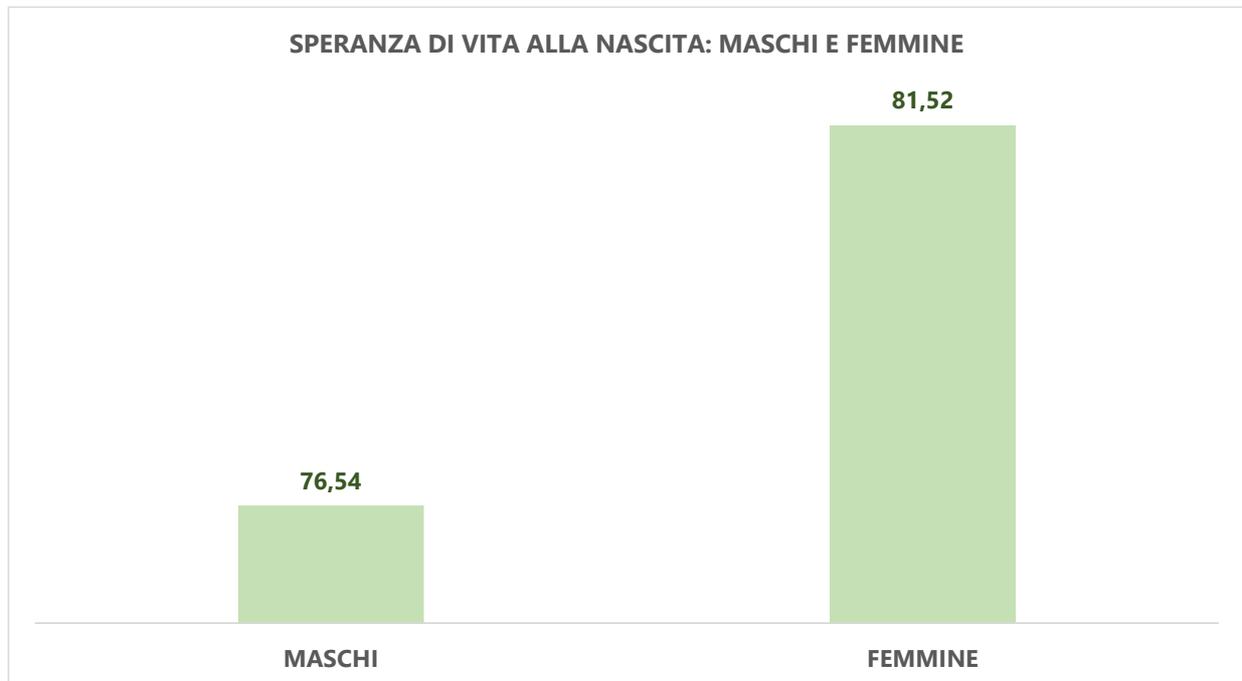


Figura 15 – La speranza di vita per maschi e femmine all’ASL Napoli 3 Sud

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

	Dati in rapporto		Baseline	Target
Formula di calcolo	Somma degli anni di vita della popolazione deceduta nell’anno 2021*(campione parziale)	Numero totale della popolazione deceduta nell’anno 2021*(campione parziale)	79,11	80,5
	597.676	7.555		

Riguardo allo stato di salute ed al calcolo della speranza di vita in buona salute, l’ASL Napoli 3 Sud ha ritenuto opportuno applicare la metodologia basata sulle tecniche classiche di analisi della sopravvivenza, partendo dalla considerazione che la speranza di vita in salute altro non è che la speranza di vita in cui l’evento d’interesse non è più solo la morte, ma anche l’insorgenza di una malattia oncologica. Una stima non distorta di tale presumibilità si ottiene dall’analisi del Registro tumori. Il Registro Tumori di popolazione dell’ASL Napoli 3 Sud rappresenta il primo Registro attivato in Regione Campania (luglio 1995 – ex ASL Napoli 4) ed il secondo attivato nell’Italia Meridionale; fino al 2014, anno di attivazione del Registro/Rete di Registrazione oncologica della Regione Campania. Il Registro Tumori, in questo scenario, ha rappresentato il Registro di riferimento dell’intera Regione.

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione Triennio 2024 - 2026 (art. 6 del DL 80/2021)

Dal 1° gennaio del 2017 è stata istituita l'Unità Operativa Semplice Dipartimentale Registro tumori, diretta dal Dott. Mario Fusco, afferente al Dipartimento di Prevenzione aziendale.

Il Registro Tumori svolge tre funzioni principali:

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

Le analisi dei dati oltre che alla Direzione Strategica Aziendale ed agli operatori sanitari sono rese disponibili anche alla popolazione, attraverso l'attivazione del portale dedicato "OPEN DATA" sul sito:

<http://www.registrotumorinapoli3sud.it>

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

Incidenza oncologica

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

L'incidenza oncologica – Indicatore BES ASL Napoli 3 Sud

Formula di calcolo	Dati in rapporto		Baseline	Target
	Numero medio annuo di casi di neoplasia diagnosticati negli anni 2017-2021	Numero medio annuo della popolazione negli anni 2017-2021	5,52 (* 1.000 ab)	5,20 (* 1.000 ab)
	5.788	1.048.557		

Nel periodo di riferimento 2017-2021, sono stati diagnosticati in totale n. 28.941 nuovi casi di cancro, con una media annua di n. 5.788 casi (tutti i tumori tranne i tumori della cute non melanomi) contro i 28.546 riscontrati nel periodo 2016-2020.

Sul totale è disponibile la seguente analisi:

- ❖ n. 15.552 casi sono a carico della popolazione maschile, con una media annua di n. 3.110 casi;

- ❖ n. 13.389 casi sono a carico della popolazione femminile, con una media annua di n. 2.678 casi;
- ❖ la fascia di età in cui si registra la maggiore percentuale di tumori è la fascia compresa tra i 75 e gli 84 anni, in entrambi i generi;
- ❖ il trend di andamento temporale dal 2008 al 2021 registra una riduzione dei tumori sia nel genere maschile mediamente dell'1,9 % annuo (dato statisticamente significativo) che nelle donne, mediamente dello 0,5%; (dato statisticamente non significativo). Questo andamento complessivo non esclude che tra i diversi tumori ve ne siano alcuni in aumento ed altri in diminuzione (vedi portale "OPEN DATA");
- ❖ sul decremento complessivo rilevato nei maschi incide in modo determinante la riduzione dei tumori del polmone (-2,4% annuo), mentre nel caso delle donne si registra l'aumento delle diagnosi del tumore della mammella (+ 2,7% annuo).

I grafici successivi mostrano i primi cinque tumori diagnosticati nell'ASL Napoli 3 Sud, nel periodo 2017-2021, e la loro proporzione sul totale dei tumori per sesso.

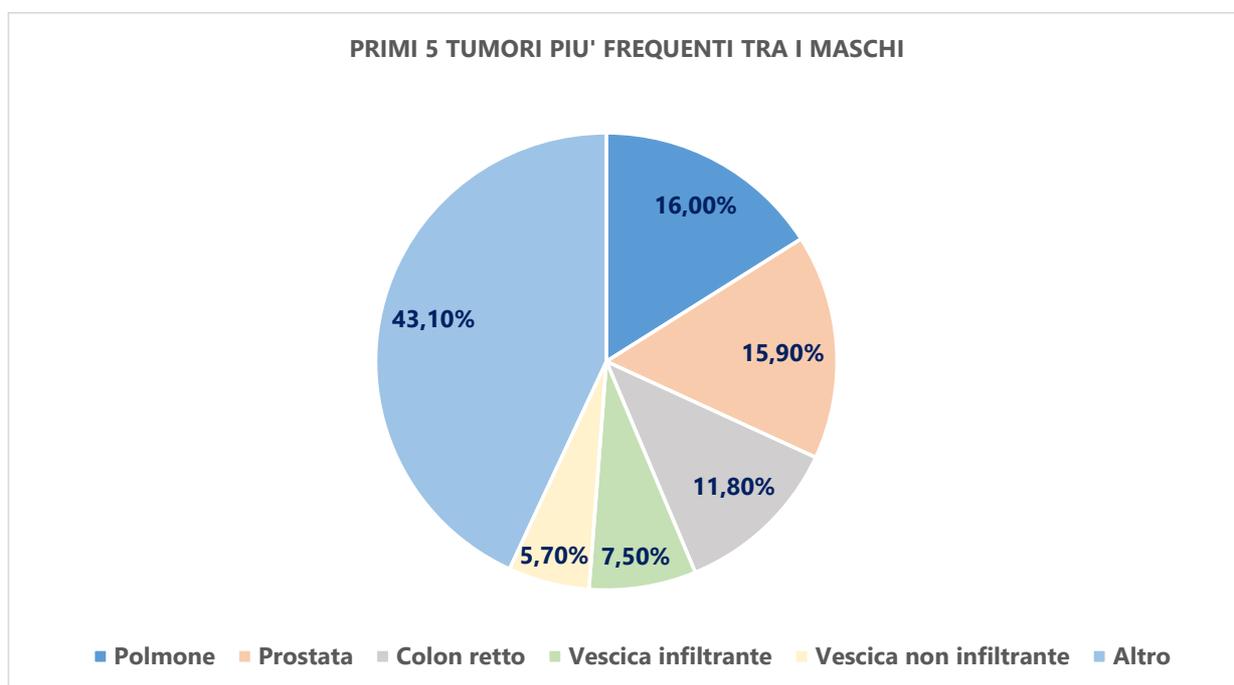


Figura 16 – Primi cinque tumori tra i maschi (2017-2021)

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

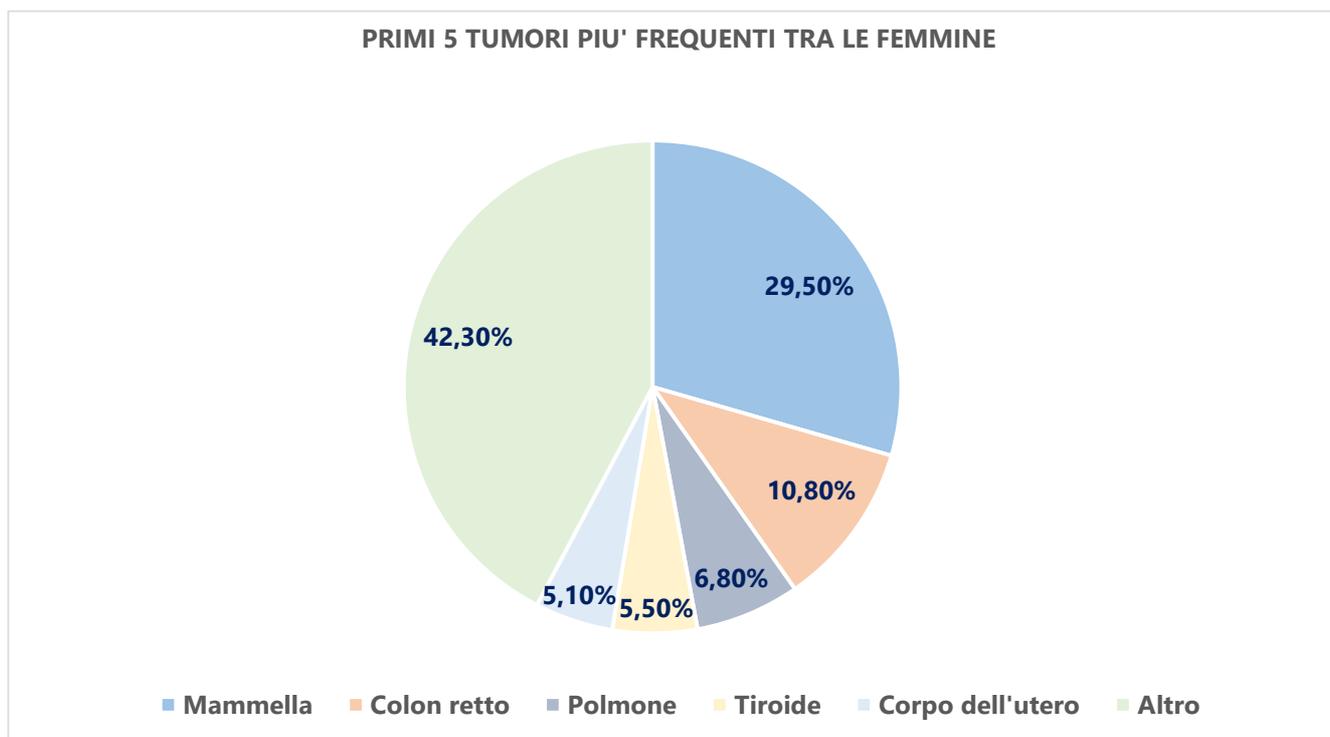


Figura 17 – Primi cinque tumori tra le femmine (2017-2021)

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

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

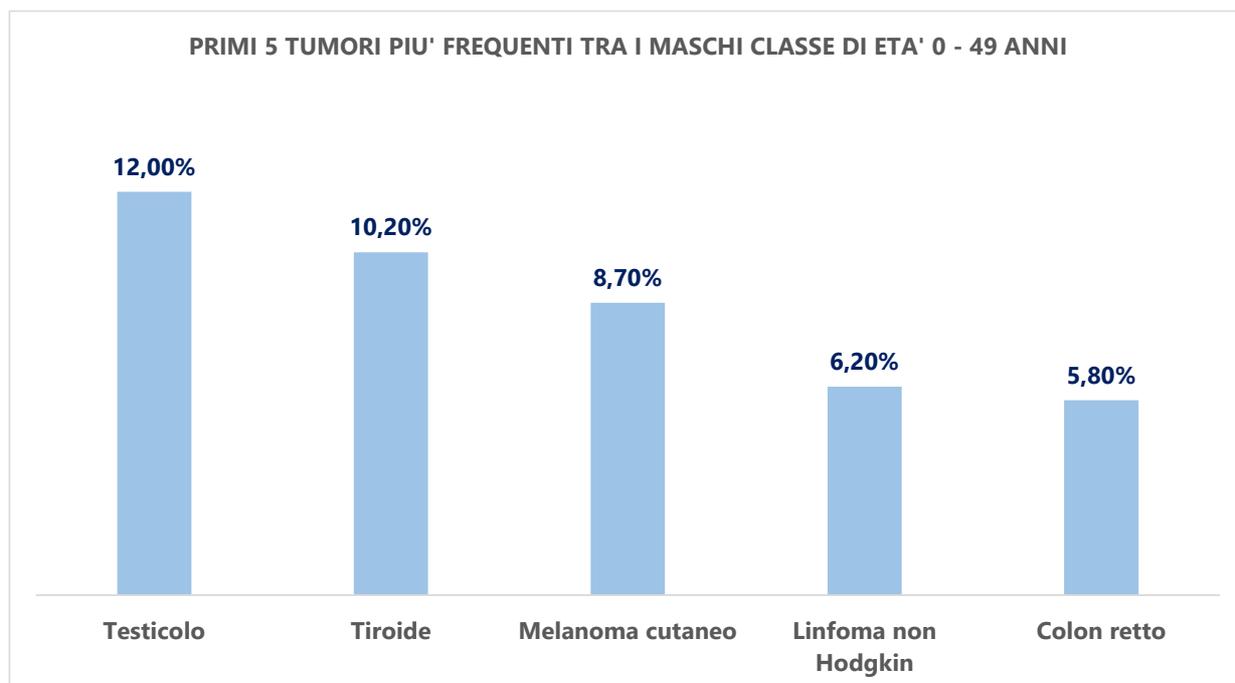


Figura 18 – Primi cinque tumori tra i maschi nella fascia di età 0 - 49 aa (2017-2021)

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

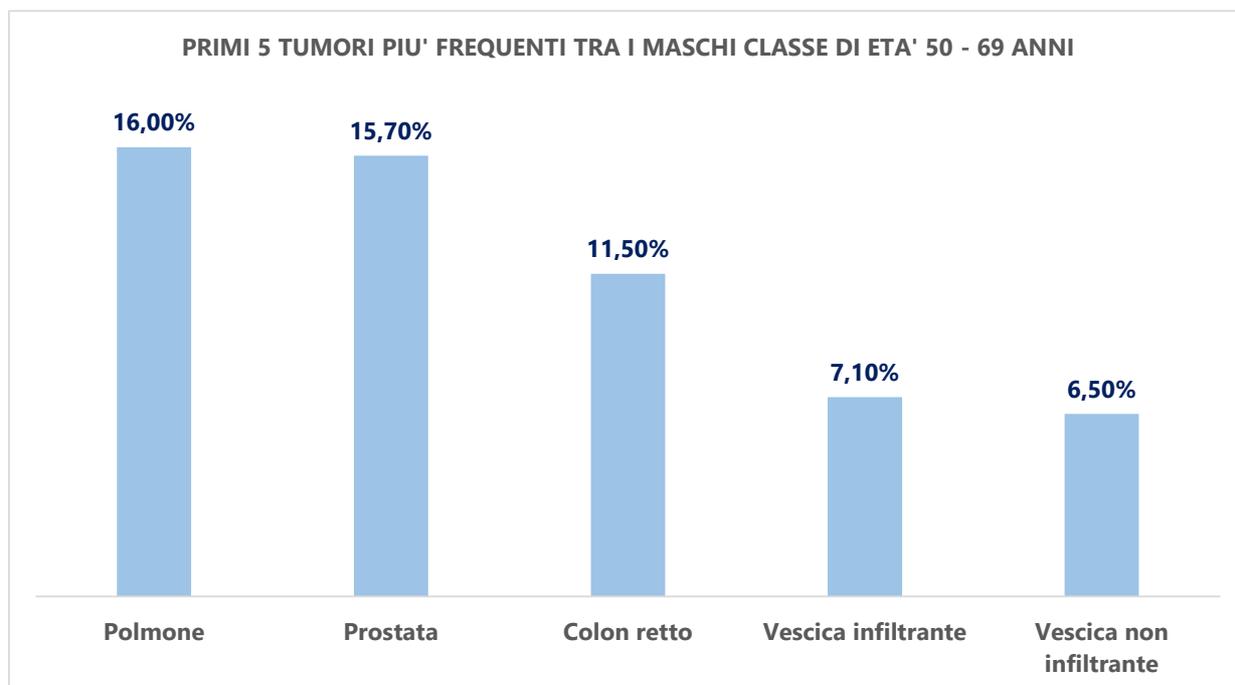


Figura 19 – Primi cinque tumori tra i maschi nella fascia di età 50-69 aa (2017-2021)

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

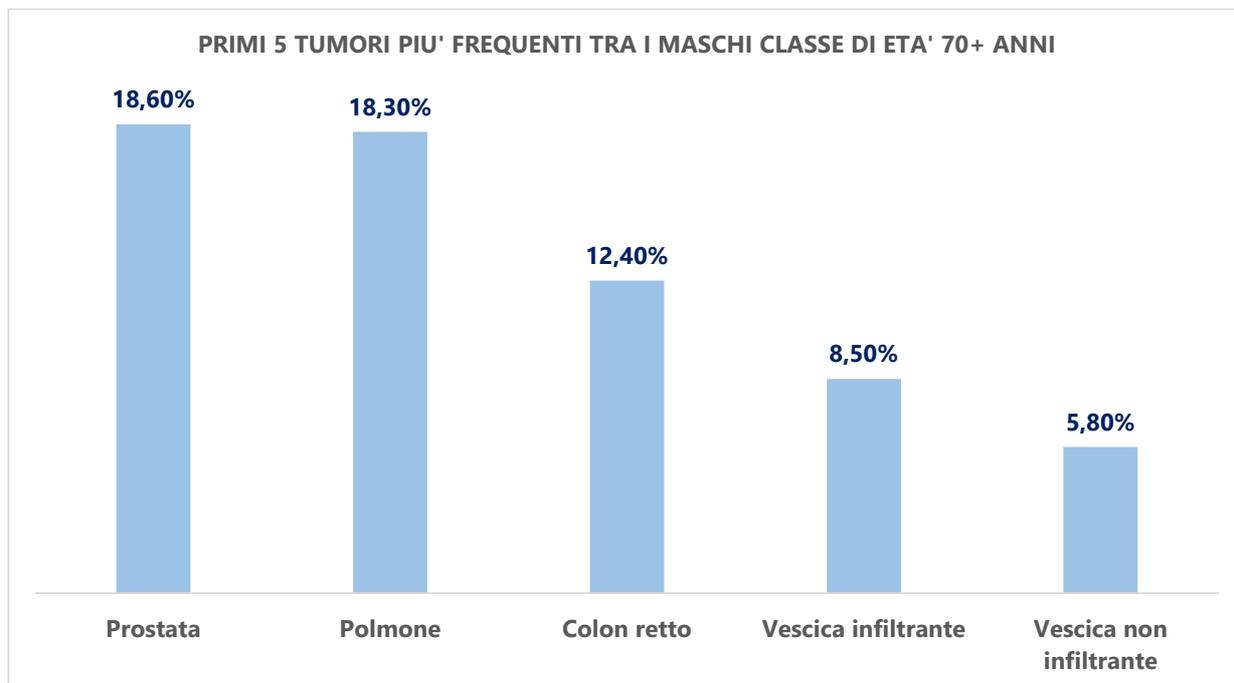


Figura 20 – Primi cinque tumori tra i maschi nella fascia di età 70+ aa (2017-2021)

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

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

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

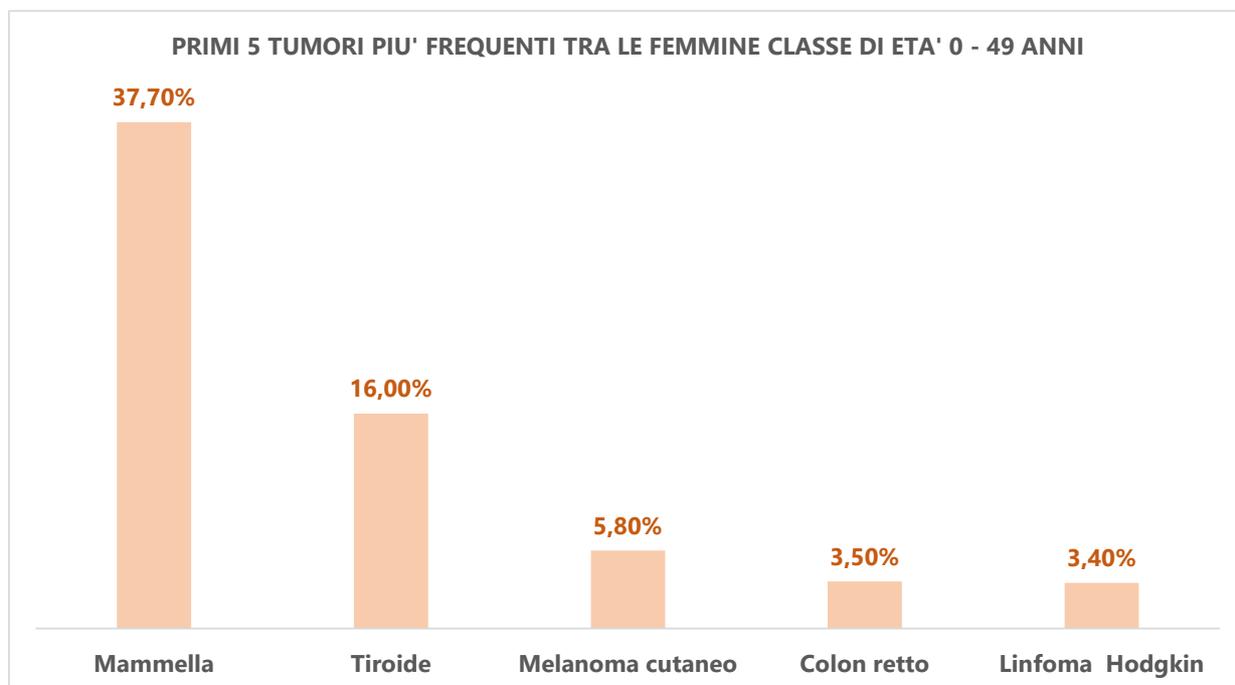


Figura 21 – Primi cinque tumori tra le femmine nella fascia di età 0-49 aa (2017-2021)

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

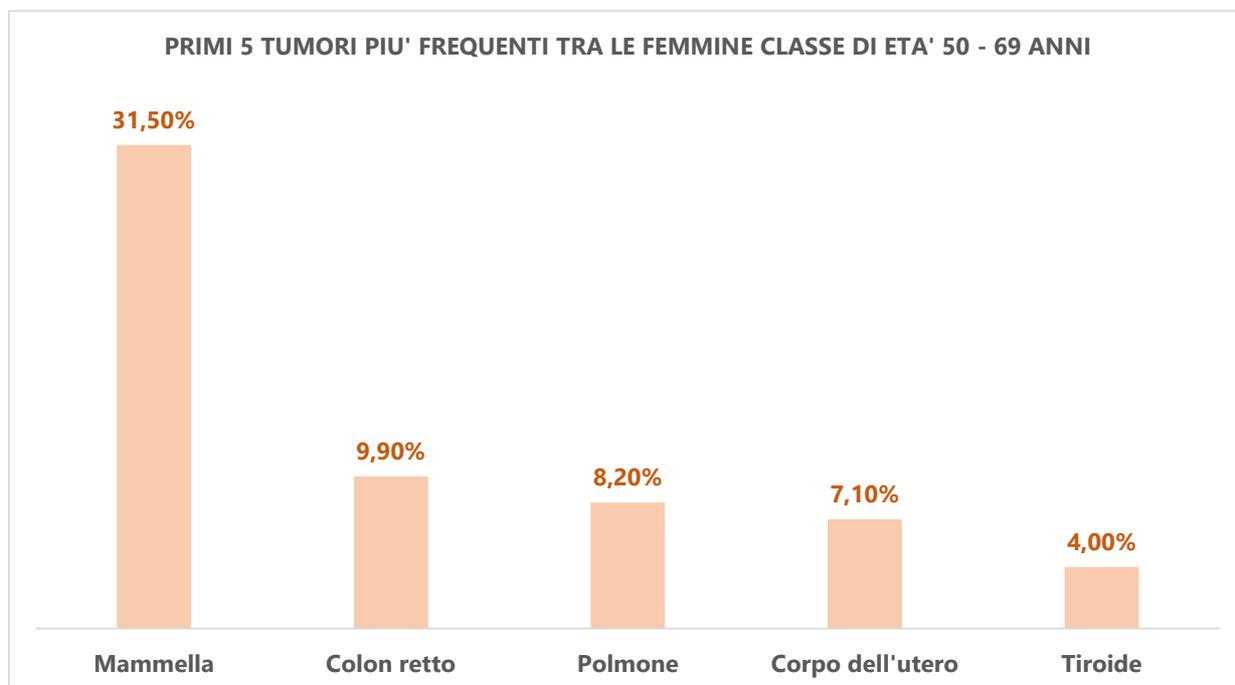


Figura 22 – Primi cinque tumori tra le femmine nella fascia di età 50-69 aa (2017-2021)

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

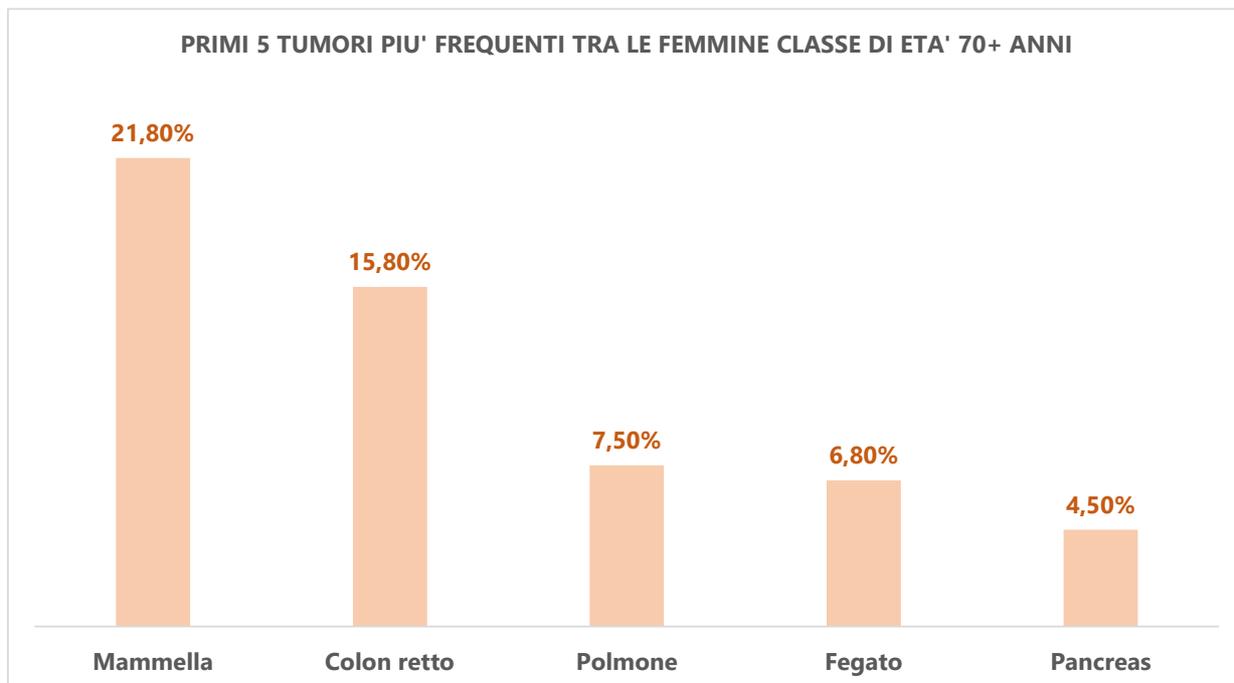


Figura 23 – Primi cinque tumori tra le femmine nella fascia di età 70+ aa (2017-2021)

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

Il tasso di mortalità oncologica

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

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

Formula di calcolo	Dati in rapporto		Baseline	Target
	Numero medio annuo di decessi per neoplasia negli anni 2017-2021	Numero medio annuo della popolazione negli anni 2017-2021	2,18 (* 1.000 ab)	2,13 (* 1.000 ab)
	2.287	1.048.557		

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

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

Nel periodo di riferimento, triennio 2017-2021, sono stati diagnosticati in totale n. 11.437 decessi per cancro (media annua di n. 2.287 casi).

Sul totale è disponibile la seguente analisi:

- ❖ n. 6.578 interessano la popolazione maschile, con una media annua n. 1.316 casi;
- ❖ n. 4.859 interessano la popolazione femminile, con una media annua di n. 972 casi;
- ❖ la fascia di età in cui si registra la maggiore percentuale di decessi per cancro è la fascia compresa tra gli 80 – 84 ed over 84;
- ❖ in entrambi i generi; il trend di andamento temporale dal 2008 al 2020 registra una riduzione dei decessi per cancro sia nel genere maschile, mediamente del 3,6% annuo (dato statisticamente significativo) che nel genere femminile, mediamente del 2,5% (dato statisticamente non significativo);
- ❖ sul decremento complessivo rilevato nei maschi incide in modo determinante la riduzione dei decessi per tumori del polmone (-3,7% annuo); considerata la pessima prognosi che tutt'ora ha il tumore del polmone, la riduzione della mortalità è chiaramente correlata alla diminuzione del numero dei nuovi casi annui di tumore polmonare.

I grafici successivi mostrano i primi cinque tumori come causa di morte nell'ASL Napoli 3 Sud, nel periodo 2017-2021, e la proporzione sul totale dei tumori per sesso. In questo modo, è consentita una migliore comprensione delle cause di morte, correlate all'insorgenza di neoplasie, sul territorio aziendale.

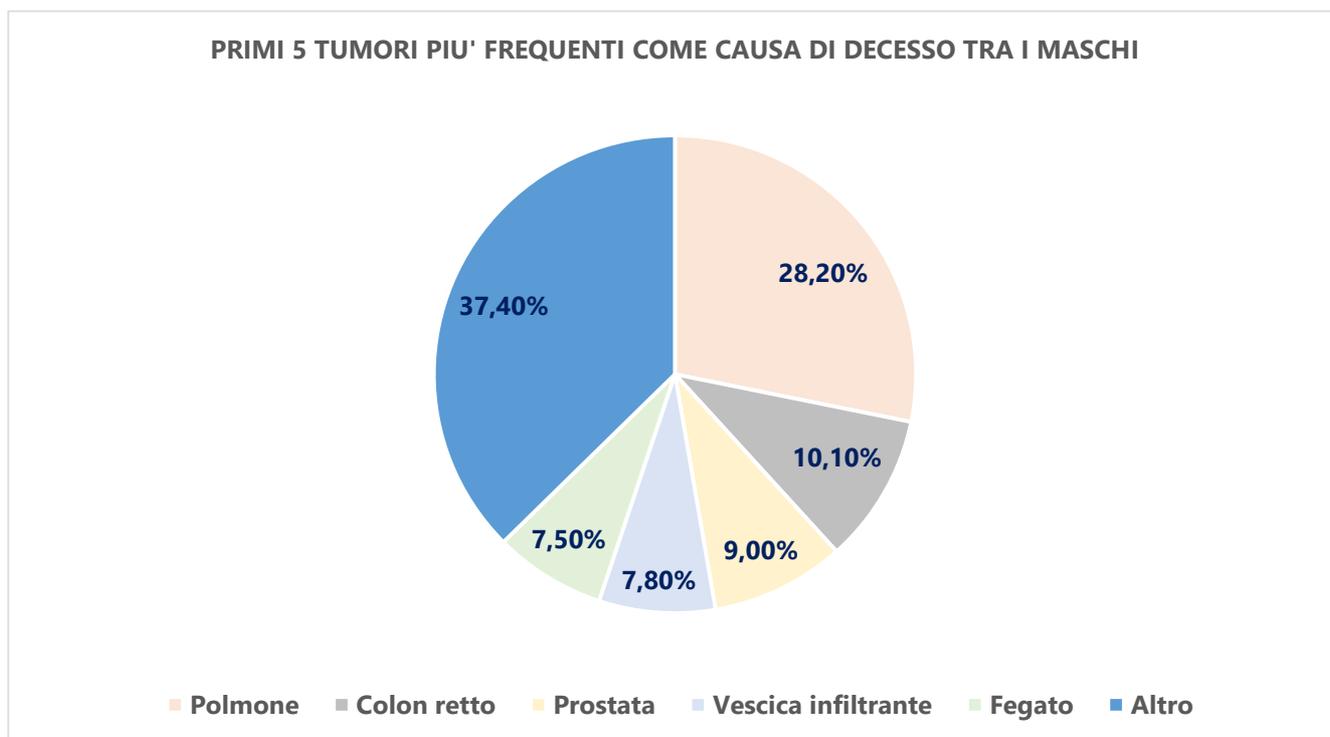


Figura 24 – Primi cinque tumori tra i maschi come causa di morte (2017-2021)

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

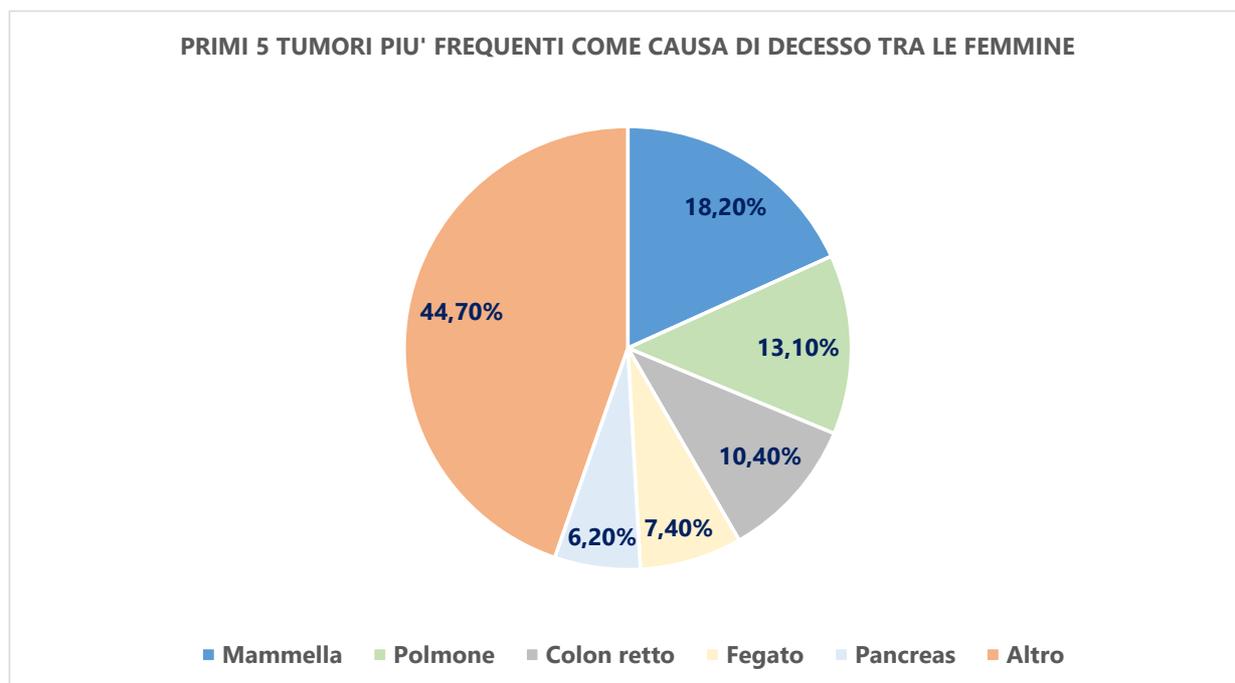


Figura 25 – Primi cinque tumori tra le femmine come causa di morte (2017-2021)

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

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

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

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

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

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

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione *Triennio 2024 - 2026* (art. 6 del DL 80/2021)

cui due in particolare:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

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

Tale approccio permette:

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

Gli elementi prioritari dell'approccio epidemiologico seguito sono:

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

Nonostante il livello di dettaglio con cui vengono condotti gli studi, questi ultimi restano studi di tipo

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

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

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

- ❖ la rilevazione dei bisogni di salute sul territorio, anche se non chiaramente espressi;
- ❖ l'attività di informazione/formazione in merito alle correlazioni tra fattori di pressione ambientale e deprivazione socio economica con l'incidenza di cancro;
- ❖ la condivisione con le popolazioni esposte dei progetti di studio oltre che dei risultati e l'attivazione di misure di prevenzione mirate, sui di carattere primario che secondario.

L'eccesso di peso

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

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

In Italia più del 40% delle persone è in sovrappeso o obesa, e tale percentuale è più alta nelle regioni meridionali, in particolare in Campania metà degli individui con più di 18 anni risulta in una condizione di eccesso di peso (50,6% contro il 42,9% dell'Italia) ed è la regione con la più alta percentuale di individui in sovrappeso, la seconda per quanto riguarda gli obesi.

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

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

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

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

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

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

Classificazione	BMI
Grave magrezza	< 16,00
Sottopeso	16 ≤ X ≤ 18,49
Normopeso	18,50 ≤ X ≤ 24,99
Sovrappeso	25 ≤ X ≤ 29,99
Obeso classe I	30,00 ≤ X ≤ 34,99
Obeso classe II	35,00 ≤ X ≤ 39,99
Obeso classe III	≥ 40

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

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione *Triennio 2024 - 2026* (art. 6 del DL 80/2021)

Nello specifico, i sistemi individuati sono:

- ❖ OKkio alla Salute;
- ❖ HBSC – Comportamenti collegati alla salute dei ragazzi in età scolare.

Con riferimento a **OKkio alla Salute**, esso rappresenta un sistema di sorveglianza sullo stato ponderale e sugli stili di vita nei bambini delle classi III delle scuole primarie (8-9 anni). Con periodicità di raccolta dati biennali fino al 2016 e triennale dal 2019, la sorveglianza OKkio alla Salute, ha lo scopo di descrivere la variabilità geografica e l'evoluzione nel tempo dello stato ponderale, delle abitudini alimentari, dei livelli di attività fisica e delle attività scolastiche sostenenti la sana nutrizione e l'esercizio fisico, al fine di orientare la realizzazione di iniziative utili ed efficaci per il miglioramento delle condizioni di vita e di salute dei bambini delle scuole primarie.

Per la raccolta dati OKkio alla Salute Anno 2023, sono stati campionati: n. 36 Istituti Scolastici, n. 40 Classi III, per un totale di n. 720 Alunni e n. 40 Insegnanti referenti dell'Indagine. Al fine di assicurare il corretto andamento dell'indagine sono stati organizzati n. 2 corsi di formazione per gli Insegnanti Referenti degli Istituti Campionati, e contestualmente è stato ufficializzato il Gruppo di Lavoro Aziendale "OKkio alla Salute" ed organizzato un corso di Formazione, al fine di condividere procedure standardizzate.

Attualmente, siamo in attesa di ricevere i dati analizzati dall'ISS, relativi all' ASL Napoli 3 Sud, al fine di elaborare i Report OKkio Aziendale e OKkio Aziendale per la Scuola.

Il sistema di Sorveglianza **HBSC – Comportamenti collegati alla salute dei ragazzi in età scolare**, si inserisce in questo contesto con lo scopo di fotografare e monitorare la salute degli adolescenti italiani di 11, 13 e 15 anni e costruire un supporto per l'orientamento delle politiche di educazione e promozione della salute in questa fascia di età. La popolazione in studio è costituita dai ragazzi di 11, 13, 15 e 17 anni che frequentano le prime e terze classi delle scuole secondarie di I grado e le seconde e le quarte classi delle scuole secondarie di II grado.

Le informazioni esaminate sono state raccolte attraverso due questionari: uno sottoposto ai ragazzi e uno per il dirigente scolastico.

L'ultima raccolta dati eseguita dall'ASL Napoli 3 Sud è relativa agli anni 2021-2022, al tal fine sono stati effettuati due corsi di formazione ad hoc per illustrare la metodologia di rilevazione digitale che contraddistingue la raccolta attuale da quelle precedenti. Ai corsi di formazione hanno partecipato tutte le scuole campionate per un totale di n. 28 Istituti. Sono state selezionate n. 59 classi partecipanti con un totale di circa n. 1.500 alunni e circa n. 60 docenti coinvolti nell'indagine. Dal monitoraggio effettuato dalla Regione Campania è emerso che n. 993 tra alunni, dirigenti scolastici e insegnanti hanno effettuato la compilazione del questionario online, raggiungendo il 94% della rappresentatività del nostro campione. Il Report HBSC è stato pubblicato sul sito Epicentro il 23/11/2023 e si attende la comunicazione ufficiale dalla Regione Campania.

La visione strategica dell'ASL Napoli 3 Sud, in linea prospettica con la programmazione, è legata al miglioramento dello stato di salute degli utenti. In tale ottica, sono state portate avanti azioni di promozione dei corretti stili di vita dei bambini e adolescenti, nonché azioni di cura e contrasto dell'obesità e delle patologie associate all'età evolutiva.

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione Triennio 2024 - 2026 (art. 6 del DL 80/2021)

In particolare, nell'ambito del programma "Scuole che promuovono Salute", l'ASL Napoli 3 Sud ha implementato due interventi legati alla sana alimentazione ed alla riduzione della sedentarietà. Nell'a.s. 2022/2023, hanno partecipato n. 70 Istituti Scolastici, distribuiti su n. 43 Comuni e n. 608 classi III e IV elementari, per un totale di n. 10.469 alunni, n. 728 Docenti e n. 270 Rappresentanti dei genitori. Come previsto nel Protocollo d'Intesa per la realizzazione dell'azione "Gioco della Dieta Mediterranea" con Delibera n. 190 del 23/02/2023, presso gli Istituti sono stati distribuiti prodotti alimentari quali pasta, legumi ed olio extra-vergine di oliva. Agli alunni delle classi III elementari è stato consegnato un attestato di qualifica come "Esperto del Gioco della Dieta Mediterranea": nell'a.s. 2023/2024 essi saranno "Alunni peer", ovvero trasmetteranno le conoscenze acquisite durante l'anno scolastico precedente, agli alunni delle nuove classi terze elementari. Per l'attuale a.s. 2023/2024, l'Azione "Gioco della Dieta Mediterranea" prevede il coinvolgimento di n. 67 Istituti Scolastici distribuiti su n. 43 Comuni e n. 307 classi III e IV elementari, per un totale di n. 15.831 alunni. Con Delibera n. 1408 del 24/11/2023, che prevede il coinvolgimento degli stakeholders esterni attraverso mirati rapporti di partnership sul territorio, ai fini degli esperimenti ludico-didattici dall'Azione.

Nell'ambito della lotta all'obesità, è stato istituito il Centro di II livello "Obesità in età evolutiva", che offre un servizio di assistenza multidisciplinare. Il percorso assistenziale è delineato da un PPDTA aziendale (Delibera n. 1316 del 06.11.2023), la presa in carico del paziente obeso prevede il primo accesso e l'erogazione di n. 3 prestazioni specialistiche per ciascun paziente: visita nutrizionale, visita psicologica, valutazione motoria.

Nella seguente tabella sono riportati i dati riferiti al periodo 19 marzo 2018 – 31 dicembre 2023.

TABELLA PRESTAZIONI EROGATE DAL CENTRO DI II LIVELLO			
TIPO PRESTAZIONE	N. PAZIENTI	N. ACCESSI	N. PRESTAZIONI EROGATE
I VISITA	1.201	1.201	x 3* = 3.603
CONTROLLI	5.350	5.350	x 3* = 16.050
RITIRI DIETA	1.232	1.232	1.232
COUNSELING	391	1.403	1.403
TOTALE	1.201	9.186	22.288

* prestazioni x 3: visita nutrizionale, visita psicologica, visita Scienze Motorie

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

Le azioni di miglioramento

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

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

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

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

- ❖ interventi di comunità finalizzati a contrastare i determinanti primari dei tumori (fumo, alimentazione non salutare, inattività fisica, abuso di alcol, agenti infettivi oncogeni, oncogeni negli ambienti di vita e di lavoro);
- ❖ diagnosi precoce dei tumori e/o delle lesioni pretumorali, mediante programmi di screening oncologico per i tumori per i quali c'è evidenza di efficacia (utero, mammella, colon retto);
- ❖ identificazione, quanto più possibile precoce, dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per tumori o che, in assenza di sintomatologia evidente, ne siano già affetti e la loro conseguente presa in carico da parte del sistema sanitario;
- ❖ formazione interdisciplinare, congiunta de aggiornamento di tutti gli operatori coinvolti nei programmi di screening (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, altri medici specialisti quali ginecologici, proctologi, radiologi, endoscopisti), nonché iniziative di comunicazione in grado di fornire informazioni chiare che possono contribuire ad aumentare la partecipazione ai programmi organizzati, riducendo il ricorso a interventi di prevenzione individuale spontanea, meno efficaci, e favorire l'adesione agli screening da parte dei gruppi vulnerabili.

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

attraverso le seguenti attività:

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

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

3 Le Performance

3.1 Introduzione

La sottosezione "Performance" è predisposta, in base a quanto stabilito dal citato Decreto Legge n. 80 del 2021 (cosiddetto "Decreto Reclutamento") convertito dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113, ai sensi del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n°150 "Attuazione della legge 4 marzo n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficacia e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" e ss.mm.ii., e delle direttive emanate dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC). Essa rappresenta la sezione strategico programmatica con il quale la ASL Napoli 3 Sud dà avvio al Ciclo di gestione della performance definendo, in coerenza con le risorse assegnate, gli obiettivi, gli indicatori e i target sui quali si è basata la misurazione e la conseguente valutazione e rendicontazione delle attività svolte.

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

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

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

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

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

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

la formulazione del budget.

3.2 L'identificazione delle aree di intervento

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

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

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

- ❖ garantire i livelli essenziali di assistenza;
- ❖ garantire su tutto il territorio della ASL uguali opportunità di risorse sanitarie per soddisfare il bisogno di salute;
- ❖ garantire equità di trattamento a tutti i cittadini italiani, comunitari e stranieri anche momentaneamente presenti o domiciliati nel territorio della ASL CE;
- ❖ garantire una corretta gestione degli accessi alle prestazioni, attraverso un sistema di prenotazione efficace ed efficiente e precisi percorsi sanitari;

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ garantire la gestione dei tempi di attesa di erogazione delle prestazioni (liste di attesa) al fine di erogare le stesse nel rispetto delle esigenze di cura dei cittadini;
- ❖ promuovere ed attivare una rete integrata di servizi sanitari e socio-sanitari per l'assistenza a tutti i cittadini, con particolare attenzione ai malati cronici, agli anziani, ai disabili e alle fasce più deboli della popolazione;
- ❖ promuovere la domiciliarizzazione degli interventi sanitari e socio-sanitari;
- ❖ ridurre il tasso di ospedalizzazioni improprie;
- ❖ promuovere e attivare l'ospedale a domicilio;
- ❖ promuovere, attivare e potenziare interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria in particolare rivolta alle fasce a più alto rischio;
- ❖ attuare campagne di educazione e promozione della salute.

La Direzione Strategica ha inteso aggiungere in dettaglio:

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

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

3.3 L'azienda in cifre

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

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

Obiettivo delle singole UU.OO., titolari delle attività di cui sopra, è aggiornare i predetti dati almeno con cadenza trimestrale.

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

- ❖ Risorse Umane;
- ❖ Dati Economici.

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

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

3.4 Analisi del contesto esterno

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

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

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

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

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

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

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

3.5 Analisi del contesto interno

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

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

- ❖ le funzioni di supporto amministrativo e tecnico sono essenziali per il corretto funzionamento dei processi aziendali di gestione delle risorse e di erogazione dei servizi ai cittadini.

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

- ❖ Distretto n. 34;
- ❖ Distretto n. 48;
- ❖ Distretto n. 49;
- ❖ Distretto n. 50;
- ❖ Distretto n. 51;
- ❖ Distretto n. 52;
- ❖ Distretto n. 53;
- ❖ Distretto n. 54;
- ❖ Distretto n. 55;
- ❖ Distretto n. 56;
- ❖ Distretto n. 57;
- ❖ Distretto n. 58;
- ❖ Distretto n. 59.

La Rete Ospedaliera Aziendale, individuata nell'atto aziendale di cui alla Delibera n.953 del 08/08/2023, è costituita nel territorio da cinque ospedali:

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

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione *Triennio 2024 - 2026* (art. 6 del DL 80/2021)

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

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

Presidio Ospedaliero	Nuova Classificazione (D.C.A. 103 del 28/12/2018)
P.O. di Nola	Presidio Ospedaliero DEA di 1° Livello
Stabilimento di Pollena Trocchia	Stabilimento di Pollena Trocchia
P.O. di Castellammare di Stabia	Presidio Ospedaliero DEA di 1° Livello
Stabilimento di Gragnano	Stabilimento di Gragnano
P.O. di Boscotrecase	Presidio Ospedaliero DEA di 1° Livello
Struttura ospedaliera unica per la Penisola Sorrentina: P.O. di Sorrento; P.O. di Vico Equense.	Presidio Ospedaliero di Base – Sede di Pronto Soccorso
P.O. di Torre del Greco	Presidio Ospedaliero di Base – Sede di Pronto Soccorso

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

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

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

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

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

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

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

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

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

Le strutture tutte, individuate con il nuovo atto aziendale concorrono alla definizione degli atti programmatici generali, alla programmazione specifica dell'area, alla rilevazione dei fabbisogni e al monitoraggio dei servizi e delle prestazioni erogate. Con riferimento alla propria sfera di competenza, coordinano la redazione, la diffusione e l'aggiornamento l'elaborazione di Linee Guida Aziendali, Linee di indirizzo, PDTA aziendali e sono partecipi delle Commissioni istituite per la redazione di PDTA interaziendali e/o trans-murali. Garantiscono, inoltre, unitarietà e omogeneità nell'organizzazione del lavoro e dei percorsi clinici nell'area di competenza.

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

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

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

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

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

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

Si evidenzia, inoltre, che l'Azienda con il nuovo atto aziendale ha attuato:

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

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

3.6 Il sistema di misurazione e valutazione delle performance

In conformità a quanto disposto dal D.Lgs. 150/09 e s.m.i., concernente "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", ed in applicazione dell'art.7, l'ASL Napoli 3 Sud, con la Delibera n. 1436 del 29/11/2023 ha approvato il S.M.V.P.

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

- ❖ l'attuazione di piani e programmi, ovvero la misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse;
- ❖ la modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e la capacità di attuazione di piani e programmi;
- ❖ l'efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi;
- ❖ la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati.

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

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

Nell'ASL Napoli 3 Sud la performance viene misurata:

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

L'attivazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, dopo la fase di informazione e negoziazione con le OO.SS., deve assolvere ad una pluralità di scopi:

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

Conseguentemente i processi di individuazione degli obiettivi e di misurazione dei risultati si svolgono con riferimento sia a livello complessivo aziendale che di singola unità operativa, con risultati che si integrano con la valutazione della performance individuale.

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

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

L'Albero della performance

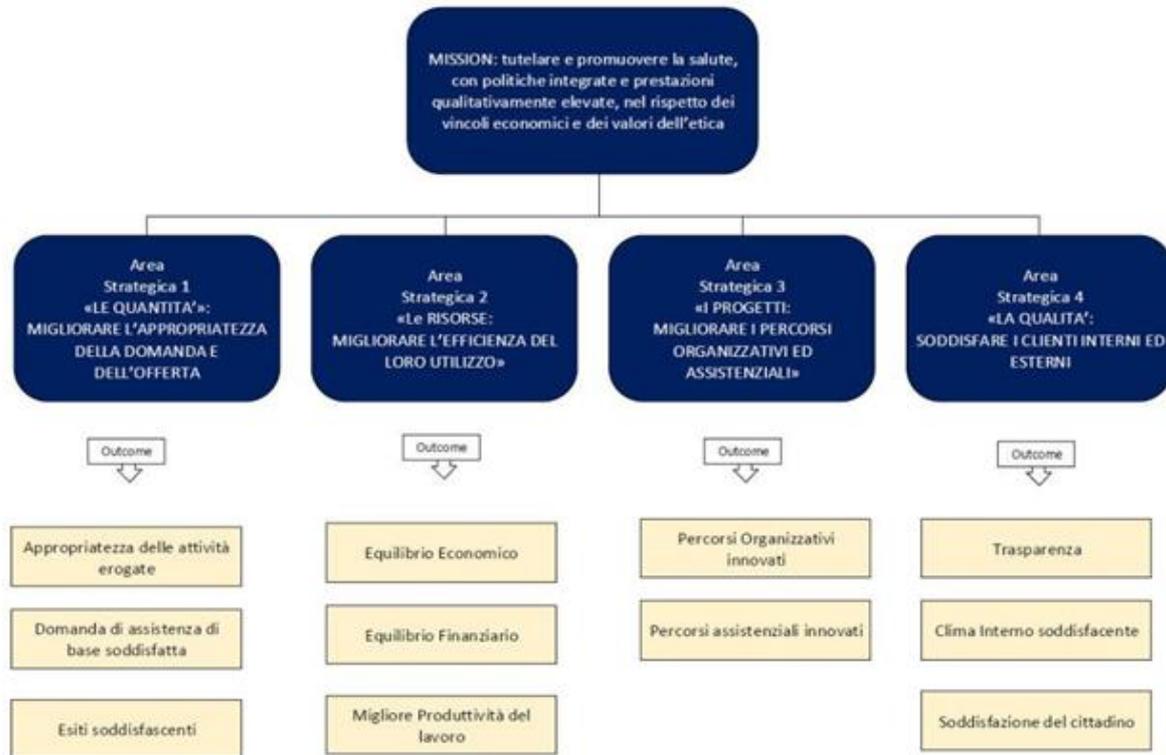


Figura 26 – L'albero delle performance dell'ASL Napoli 3 Sud

Misurazione e valutazione della performance

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

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

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

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



Figura 27 – Il ciclo della performance

Nella prima fase del ciclo (programmazione), l'Azienda definisce gli obiettivi che si prefigge di raggiungere nel medio-lungo e nel breve periodo. La fase di programmazione serve ad orientare le performance individuali in funzione della performance organizzativa attesa e quest'ultima in funzione della creazione di valore pubblico, ovvero del miglioramento del livello di benessere dei destinatari delle politiche e dei servizi. L'output della fase di programmazione non è unico, ma include diversi documenti di programmazione (anche in virtù delle diverse finalità degli atti di programmazione previsti dalle disposizioni normative vigenti), complementari l'uno all'altro in quanto tutti parte di un unico e più ampio processo di pianificazione e programmazione.

La misurazione e valutazione della performance organizzativa

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

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

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

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

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

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

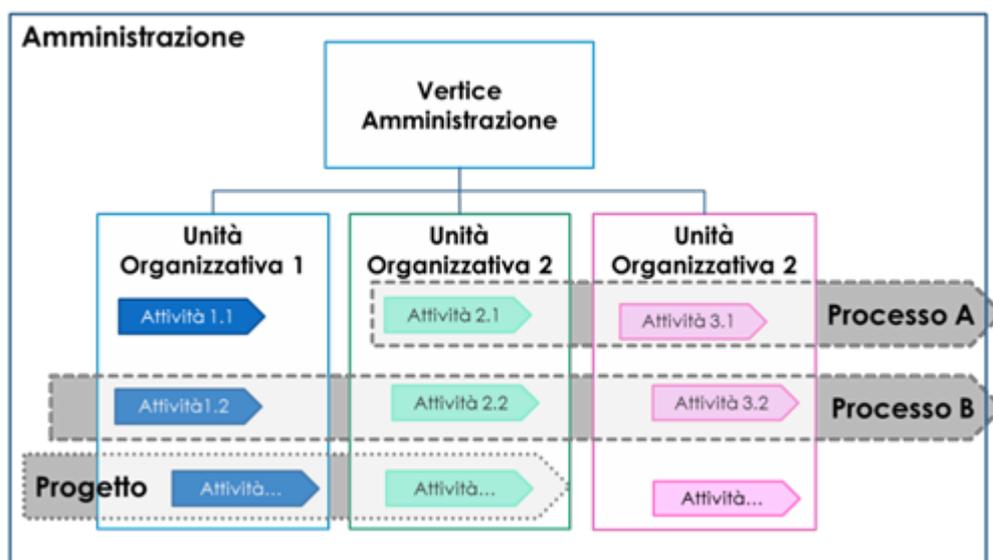


Figura 28 – Il legame tra le unità di analisi

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

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

Gli indicatori

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

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

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

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

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

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

Lo stato delle risorse

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

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

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

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

3.7 I requisiti degli indicatori

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

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

Obiettivi

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

Infrastruttura di supporto

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

Il processo di misurazione e valutazione segue uno schema logico-temporale, il ciclo di gestione della performance, che prevede la successione di momenti distinti caratterizzati da attività e dalla partecipazione di soggetti diversi, che sono poi validati dall'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) come previsto dall'art. 14 del L. Lgs 150/2009, le cui fasi sono:

- ❖ definizione e assegnazione degli obiettivi, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- ❖ collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione *Triennio 2024 - 2026* (art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- ❖ misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- ❖ utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- ❖ rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

L' OIV fornisce, lungo tutto il ciclo, un supporto metodologico volto ad assicurare efficacia, solidità e affidabilità al SMVP, nonché le funzioni attribuite dal d.lgs. 74/2017, a cui si rimanda.

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

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

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

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

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

Il percorso aziendale

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

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

Il sistema adottato si articola nelle quattro fasi fondamentali di:

- ❖ pianificazione/ programmazione;
- ❖ formulazione del budget;
- ❖ svolgimento e misurazione dell'attività;
- ❖ valutazione.

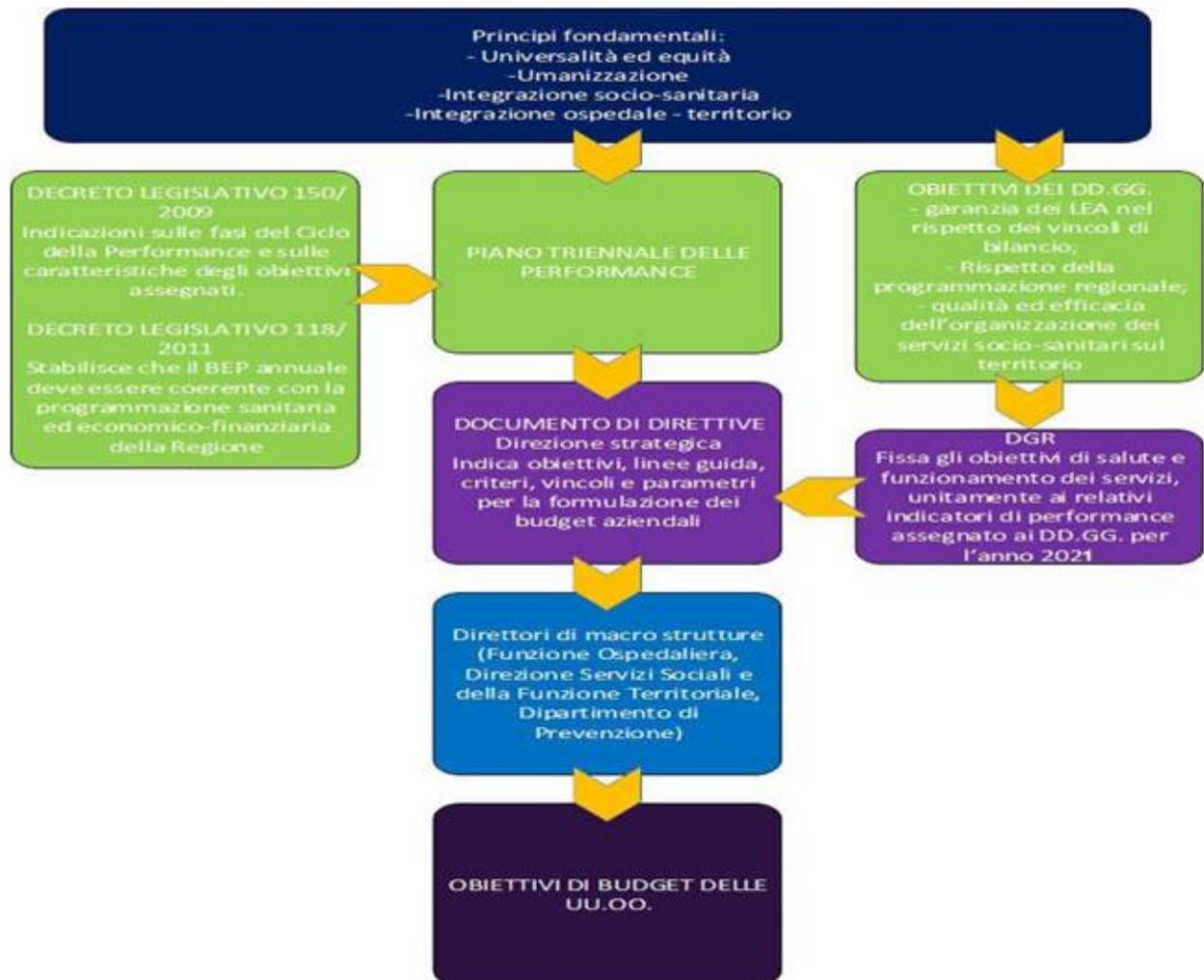


Figura 29 – L'integrazione socio/sanitaria ed ospedale/territorio

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

La fase di pianificazione/ programmazione

Entro il 31 gennaio di ogni anno viene predisposto il Piano della Performance quale documento di programmazione strategica triennale attraverso il quale, in conformità alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli normativi di bilancio, vengono individuati obiettivi strategici ed operativi, indicatori e risultati attesi. Il Piano è elaborato dalla Direzione Strategica con il supporto tecnico dell'UUOCC individuate ed adottato con delibera del Direttore Generale. Il Piano consente di definire e misurare la performance aziendale valutandone la qualità e consentendo una sua rappresentazione in un'ottica di rendicontabilità e trasparenza.

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



Figura 30 – La fase di pianificazione/ programmazione

In coerenza con le indicazioni derivanti dalla normativa nazionale e regionale, le principali aree di sviluppo strategico che l'ASL Napoli 3 Sud intende perseguire nel prossimo triennio sono quelle individuate nella DGR riguardante gli obiettivi attribuiti ai Direttori Generali e che l'Azienda s'impegna a garantire e, ove possibile, a migliorare nel biennio successivo. Il Piano della Performance comprende il Documento delle Direttive che esplicita per l'anno in corso gli obiettivi aziendali e rappresenta lo strumento di programmazione annuale. La definizione degli obiettivi aziendali è

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

strettamente collegata alla programmazione economica e gli obiettivi assegnati devono essere necessariamente coerenti con le risorse economiche disponibili e definite con il Bilancio Economico Preventivo.

Il percorso di definizione degli obiettivi aziendali

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

Valutazione dei risultati ottenuti

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

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

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

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

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

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

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

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

Il timing del processo

L'Azienda ha iniziato il processo di analisi e rimodulazione degli obiettivi performance 2024, dagli obiettivi performance 2023, nel mese di dicembre 2023 attraverso una serie di incontri al fine di illustrare le principali iniziative da perseguire nell'anno e che verranno poi declinate nelle schede delle unità operative aziendali.

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

ANNO X:



ANNO X+1:



Figura 31 – Il timing del processo

3.8 L'individuazione degli obiettivi strategici

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

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

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

Il paziente in età pediatrica

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

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

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

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

Vengono fissati per il triennio 2024-2026 i seguenti obiettivi organizzativi, il cui monitoraggio è di specifica competenza dell'UOC Controllo di Gestione:

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

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

La fase preconcezionale

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

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

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

Obiettivi e Indicatori:

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

La fase prenatale

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

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

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

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione *Triennio 2024 - 2026* (art. 6 del DL 80/2021)

Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Intervento nutrizionale: emanazione di linee di indirizzo per la corretta alimentazione in gravidanza e l'assunzione dei necessari supplementi nutrizionali, e raccomandazione sui corretti stili di vita (fumo, alcol e sostanze d'abuso) al fine di prevenire aborti, malformazioni congenite, parti prematuri e complicanze materne;
 - Numero linee di indirizzo o informative emanate sulla corretta alimentazione e sui corretti stili di vita in gravidanza (almeno due linee di indirizzo all'anno);
- ❖ Tutela della gravidanza fisiologica e della gravidanza a rischio attraverso l'attivazione della diagnostica prenatale specifica del primo trimestre, sulla base delle più recenti Linee guida (come previsto dai LEA 2017, integrati e modificati nel 2019 con NSG), con l'obiettivo di attivare la diagnostica prenatale in almeno il 20% delle aziende sanitarie regionali;
 - Numero di UUOO che attivano la diagnostica prenatale;
- ❖ Aumento fino al 15 % del numero delle donne che si sottopongono alla vaccinazione antinfluenzale e DtP;
 - Numero pazienti gestanti che effettuano la vaccinazione antinfluenzale e DtP (aumento del 15%);
- ❖ Riduzione di almeno il 20% delle sepsi precoci da Streptococco beta-emolitico di Gruppo B (SBEGB);
 - Monitoraggio delle sepsi precoci da SBEGB;
- ❖ Consentire alla donna in gravidanza di operare scelte informate, basate sui propri bisogni e i propri valori;
 - Numero delle donne/coppie che hanno seguito Corsi di accompagnamento alla nascita (CAN).

La tutela della nascita

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

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

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione *Triennio 2024 - 2026* (art. 6 del DL 80/2021)

Obiettivi e Indicatori:

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

Il paziente cronico e/o fragile

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

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

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

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

La presa in carico del paziente

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

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

Il rapporto Medico/Paziente è regolamentato dal Codice deontologico, dalle normative nazionali in materia professionale, dagli Accordi Nazionali e Regionali, dalle leggi in materia di privacy e di trasparenza. La presa in carico avviene di norma nell'ordinario rapporto MMG/PLS che si è arricchito degli aggregati funzionali (AFT) o organizzati (UCCP) individuati sull'intero territorio regionale.

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

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

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

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

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

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione *Triennio 2024 - 2026* (art. 6 del DL 80/2021)

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

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

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

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

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

- ❖ Cardiovascolari;
- ❖ Respiratorie;
- ❖ Metaboliche.

Come già previsto dal progetto “AGIRE” applicativo del PDTA per la BPCO, la Regione, all'atto dell'adozione di nuovi PDTA, si impegna a istituire percorsi formativi all'interno dei nuclei di AFT affinché per le principali patologie croniche sia definito un medico referente che funga da consulente di primo livello per la patologia in esame. Attraverso percorsi di telemedicina e teleconsulenza, il referente di AFT è collegato a specialisti attivi nelle UCCP o in livelli superiori, anche ospedalieri, per consulti, consulenze o per il passaggio in cura in caso di stato complesso

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

della patologia. Sistemi informatici di rete che permettono il colloquio tra professionisti, la trasmissione di referti, immagini, documentazioni, secondo le vigenti norme di privacy, archiviate in un sistema cloud confluyente, infine, nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

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

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

Indicatori di Processo e Obiettivi:

- ❖ Numero di pazienti presi in carico/ totale pazienti con almeno 2 patologie croniche;
 - ❖ Visite specialistiche multidisciplinari effettuate;
 - ❖ Numero di piani individuali di cura programmati/ totale pazienti presi in carico;
 - ❖ Numero di counseling sociale/totale pazienti presi in carico
- Indicatori di Esito:
- ❖ Numero di persone prese in carico con tele-monitoraggio domiciliare/ numero di pazienti con scarso controllo di patologia;
 - ❖ Riduzione tasso di ospedalizzazione per complicanze di patologie croniche
 - ❖ Riduzione accessi in Pronto Soccorso;
 - ❖ Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) che aderiscono al trattamento farmacologico come da PDTA regionale;
 - ❖ Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) che sono sottoposti alla visita pneumologica secondo la tempistica prevista da PDTA regionale;
 - ❖ Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico (ace inibitori, sartani o betabloccanti) come previsto da manuale PDTA ministeriale;
 - ❖ Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco con un adeguato numero di ecocardiogrammi come previsto dal manuale PDTA ministeriale;
 - ❖ Percentuale di pazienti diabetici che eseguono almeno 4 delle seguenti 5 raccomandazioni di controllo di emoglobina glicata, profilo lipidico, microalbuminuria, monitoraggio del filtrato glomerulare o della creatinina o clearance della creatinina, fondo oculare, come previsto da PDTA aziendale;
 - ❖ Percezione del servizio sociosanitario erogato.

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

I servizi sociosanitari ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali

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

Tali azioni hanno già consentito un progressivo incremento di offerta di strutture e posti letto di nuova autorizzazione, ad un aggiornamento e sistematizzazione della disciplina per i setting residenziali R1, R3, R2D, RD2, e la disciplina per l'accreditamento progressivo della nuova offerta autorizzata. Inoltre, è in fase di approvazione il decreto commissariale per le unità di cure estensive (R2). I percorsi riabilitativi già definiti e adottati (per Ictus, frattura del femore e BPCO) individuano le modalità e condizioni di appropriato ricorso ai setting residenziali e semiresidenziali, nonché ambulatoriali e domiciliari sociosanitari quali naturali e ordinari strumenti di assistenza in continuità e coerenza con i percorsi di cura. Nell'ultimo Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale è dettagliato il programma di incremento dell'offerta residenziale e semiresidenziale distinto per i diversi setting ed intensità di cure.

3.9 L'area delle disabilità

I servizi sociosanitari residenziali e semiresidenziali per disabilità complesse (art. 3, comma 1 Decreto Interministeriale del 12/03/2019) sono caratterizzati in Campania dalla presenza storica e consolidata di servizi per la Riabilitazione estensiva cosiddetta ex art. 26, e da una quota significativa di RSA per Disabili.

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

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

L'area di non autosufficienza ed anziani

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

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

L'offerta presenta sia strutture private accreditate che pubbliche. Le RSA per Anziani sono riconducibili alla classificazione R3 del progetto Mattoni utilizzata dal flusso FAR del NSIS. Le prestazioni sono remunerate in compartecipazione con i Comuni/Ambiti sociali o con gli utenti se hanno condizioni economiche adeguate.

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

Obiettivi e Indicatori:

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

L'area delle cure palliative

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

Obiettivi e Indicatori:

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

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

L'assistenza domiciliare

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

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

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

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

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

Obiettivi e Indicatori:

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

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

La salute mentale

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

Obiettivi e Indicatori:

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

I disturbi del neurosviluppo in età evolutiva

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

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

L'art. 25 del DPCM 12 gennaio 2017, modificato con il Decreto Interministeriale del 12/03/2019, di definizione ed aggiornamento dei NSG, stabilisce che ai minori con disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo è garantita, nell'ambito dell'assistenza distrettuale, l'individuazione precoce e proattiva del disturbo, l'accoglienza, la valutazione diagnostica e la presa in carico multidisciplinari attraverso la definizione, l'attuazione e la verifica di un programma terapeutico individualizzato, differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate negli ambiti di attività elencati nel citato articolo.

Il NSG individua i trattamenti terapeutico-riabilitativi da garantire in regime residenziale e semiresidenziale, previa valutazione multidimensionale.

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

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

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

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

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

Obiettivi e Indicatori:

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

Le dipendenze patologiche

Gli indicatori LEA non mostrano particolari criticità del sistema di erogazione. Con DCA n. 86/2016 è stato approvato il Piano di Azione Regionale di contrasto alle Dipendenze Patologiche teso al potenziamento dei Servizi pubblici per le Dipendenze (Ser.D.) promuovendo la capillarizzazione territoriale e la riqualificazione professionale e

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

strutturale.

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

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

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

Obiettivi e Indicatori:

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

Il paziente oncologico

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

- ❖ Centralità del paziente;
- ❖ Presa in carico integrata Ospedale/Territorio;

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione *Triennio 2024 - 2026* (art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ Approccio Multidisciplinare;
- ❖ Innovazione.

L'attenzione crescente ai bisogni complessi del paziente oncologico, comprese le sfide legate alla lungosopravvivenza e la progressiva cronicizzazione configurano le dimensioni entro cui dispiegare l'azione programmatica per il prossimo triennio.

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

- ❖ Equità di accesso;
- ❖ Appropriatelyzza di setting di cure, appropriatezza clinica ed organizzativa;
- ❖ Integrazione ospedale-territorio per il completamento dei percorsi di cura, sia in accesso che in dimissione dalla struttura ospedaliera;
- ❖ Procedure di verifica di qualità, nel rispetto dei criteri di efficacia ed economicità.

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

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

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

Altri fattori di criticità evidenziano:

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

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

L'implementazione della rete oncologica

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

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

La Regione ha inoltre approntato la mappa dei GOM istituiti e afferenti alla ROC. Lo strumento di governo della ROC è rappresentato dalla Piattaforma informatica realizzata in house che permette accesso differenziato a operatori e utenti che condividono l'esecuzione del PDTA del rispettivo paziente. Altri livelli di accesso sono previsti per gli utenti/cittadini/pazienti per le necessarie informazioni.

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

Obiettivi e Indicatori:

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

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

Il paziente acuto e post-acuto

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

Un'analisi della domanda e dell'appropriatezza dei setting di cure ha permesso anche di tradurre in PACC i 108 DRG ad elevato rischio di inappropriatazza dal mese di agosto 2018.

La salute nella comunità

La Regione Campania, con la D.G.R.G. n° 600 del 28.12.2021, ha approvato il Piano Regionale della Prevenzione 2022-2025, predisposto secondo indicazioni del Piano Nazionale per la Prevenzione per gli anni 2020-2025 approvato con Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131.

Gli interventi di promozione della salute e di prevenzione rappresentano una priorità per tutelare al meglio la salute dei cittadini. Regione Campania, con il presente Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2022-26, intende consolidare la strada tracciata dal precedente PRP 2021-25, sviluppando nuovi ambiti alla luce dei bisogni di salute emergenti, come ad esempio la necessità di governare le azioni di contrasto anche verso le emergenze infettive. Attraverso 6 Programmi Liberi, oltre ai 10 Programmi predefiniti, il PRP 2021-25 include la quasi totalità degli interventi di promozione della salute e di prevenzione utili ad affrontare le criticità emerse dal profilo di salute di equità del piano. Come quello trascorso, anche il presente PRP nasce da una pianificazione partecipata alla quale hanno preso parte numerosi operatori sia del sistema sanitario che extra-sanitario regionale. Come anche sottolineato nel Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-19, la maggior parte delle azioni proposte nei Programmi nel PRP 2021-25 sono orientate al medio-lungo termine evitando il rischio dell'inefficiente e inefficace episodicità dei progetti a breve termine.

Al di là delle numerose attività di formazione e comunicazione che caratterizzano trasversalmente tutti i programmi del piano, si è dato particolare spazio agli interventi finalizzati alla promozione dell'intersettorialità e dell'equità. La promozione della salute "in tutte le politiche" rappresenta una strategia sempre più indispensabile per la tutela della salute dei cittadini; il presente piano ha investito molto sull'intersettorialità, predisponendo numerose azioni e indicatori finalizzati al perseguimento di obiettivi in partnership con settori non sanitari. Anche la riduzione delle disuguaglianze di salute, criticità particolarmente presente nei nostri territori -come fortemente proposto dal Piano Nazionale della Prevenzione- ha impegnato a fondo i pianificatori i quali, alla luce della logica dell'Health Equity Audit, hanno previsto in ciascun programma azioni forti orientate alla promozione dell'equità.

Considerato l'assunto che la prevenzione e la promozione della salute hanno un maggior impatto quanto più precocemente raggiungono gli individui nella loro vita, si è investito molto anche nelle politiche relative ai "Primi 1.000 Giorni di Vita" con azioni decise e innovative nel rispetto dell'approccio life-course.

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

Nella prospettiva di una sempre maggiore crescita della digitalizzazione, aspetto strategicamente molto rilevante, è stato previsto lo sviluppo di piattaforme informatiche per favorire la governance e il monitoraggio di alcuni dei programmi e delle azioni del PRP, non solo all'interno del sistema sanitario a livello sia regionale che aziendale, ma anche per favorire lo scambio di informazioni e la collaborazione tra il settore sanitario e quelli non sanitari.

Di particolare rilievo è l'approccio One Health, e il rispetto di molti degli obiettivi di sviluppo sostenibile dell'Agenda 2030, che si è inteso favorire nelle azioni incluse nei programmi. Nello specifico, i programmi sulla tutela dell'ambiente, della salute animale e della sicurezza alimentare rappresentano una parte sostanziale del PRP con obiettivi e indicatori significativi.

Tutti i programmi, inoltre, vanno nella direzione del soddisfacimento degli NSG e dei LEA, con particolare riferimento a quelli relativi alla "Prevenzione collettiva e sanità pubblica"; riteniamo che ciò possa rappresentare un ulteriore fattore favorente la piena implementazione dei programmi del PRP.

Alla fine, ma non per questo meno importante, la centralità della persona e delle persone all'interno della loro Comunità, ha ispirato tutti i programmi del PRP, in particolare nelle azioni di promozione della salute le quali lo attraversano trasversalmente. Perché il PRP abbia l'impatto desiderato, infatti, ogni più piccola azione o percorso o intervento o ri-orientamento del sistema non deve mai perdere di vista il benessere della singola persona.

Per favorire la piena e contemporanea realizzazione del PRP su tutti i territori, evitando così il rischio di disuguaglianze geografiche intra-regionali, immediatamente dopo l'approvazione del PRP inizierà la redazione, da parte dei gruppi di pianificazione, dei cronoprogrammi dettagliati delle attività finalizzate alla realizzazione delle azioni.

Per maggior dettagli si rimanda D.G.R.G. n° 600 del 28.12.2021 (Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 REGIONE CAMPANIA).

Struttura del PRP - Elenco dei Programmi Predefiniti e Liberi del PRP

- ❖ PP01 Scuole che promuovono Salute
- ❖ PP02 Comunità attive
- ❖ PP03 Luoghi di lavoro che promuovono salute
- ❖ PP04 Dipendenze
- ❖ PP05 Sicurezza negli ambienti di vita
- ❖ PP06 Piano mirato di prevenzione
- ❖ PP07 Prevenzione in edilizia e agricoltura
- ❖ PP08 Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali

- ❖ dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro
- ❖ PP09 Ambiente, clima e salute
- ❖ PP10 Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza
- ❖ PL11 I Primi 1.000 Giorni di Vita
- ❖ PL12 Nutrizione, sicurezza alimentare e prevenzione delle malattie vettoriali
- ❖ PL13 Screening oncologici
- ❖ PL14 Sorveglianze di Popolazione ed equità
- ❖ PL15 Profilassi e sorveglianza delle malattie infettive prioritarie
- ❖ PL16 Malattie Croniche Non Trasmissibili: prevenzione, individuazione precoce e presa in carico

3.10 Le politiche di prevenzione

Si rimanda alla D.G.R.G. n° 600 del 28.12.2021 (Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 REGIONE CAMPANIA) per la parte specifica delle politiche di prevenzione.

A. Prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi vaccinali

N.	Programmi / Attività	Componenti del programma	Prestazioni
A1	Sorveglianza epidemiologica della malattie infettive e diffuse	<p>Gestione del sistema di segnalazione e notifica di malattia infettiva e diffusiva, e dei focolai epidemici, incluse le infezioni ospedaliere.</p> <p>Indagini epidemiologiche in caso di focolai</p> <p>Sorveglianza sulla diffusione nell'ambiente di vita dei vettori di microrganismi patogeni, anche in relazione alle antropozoonosi</p> <p>Sorveglianza sulla diffusione nell'ambiente di microrganismi patogeni</p> <p>Attività di sorveglianza a supporto di piani di eliminazione/eradicazione di specifiche malattie infettive (es. Sorveglianza della PFA)</p> <p>Analisi periodica dei dati, in termini di tempo, spazio e persona</p> <p>Conduzione di eventuali studi analitici per indagare i fattori di rischio</p> <p>Comunicazione e diffusione dei risultati sull'andamento delle malattie infettive/diffusive</p>	<p>Produzione periodica di report sull'andamento delle malattie infettive/diffusive</p> <p>Comunicazione periodica a operatori sanitari, cittadini e istituzioni</p>
A2	Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffuse	<p>Predisposizione ed attuazione delle misure da adottare per il controllo delle malattie infettive</p> <p>Predisposizione ed attuazione delle azioni di controllo da attuare in caso di focolai epidemici</p> <p>Assistenza e vigilanza sulle operazioni pubbliche di disinfestazione e derattizzazione</p> <p>Programmi di educazione sanitaria</p> <p>Comunicazione e diffusione di informazioni sulle azioni di controllo intraprese</p>	<p>Profilassi immunitaria e chemioprolissi dei contatti e dei soggetti a rischio</p> <p>Interventi di controllo su fonti e veicoli/vettori di trasmissione, quali alimenti, procedure diagnostiche o terapeutiche, artropodi</p> <p>Produzione periodica di report sugli interventi di controllo</p> <p>Comunicazione periodica a operatori sanitari, cittadini e istituzioni</p> <p>Esami analitici nell'ambito di interventi di prevenzione delle malattie infettive</p>

N.	Programmi / Attività	Componenti del programma	Prestazioni
A3	<p>Vaccinazioni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uovoli nati: cicli di base e successivi richiami (come da calendario nazionale) di vaccino per la prevenzione di difterite, tetano, pertosse, epatite B, polio, Haemophilus influenzae tipo b, pneumococco, meningococco B, rotavirus, morbillo, parotite, rosolia, varicella, meningococco C; • Adolescenti: ciclo di base (come da calendario) di vaccino anti-meningococcico ACWY135e vaccino anti HPV; • Soggetti di età 65 anni: vaccino anti-influenzale stagionale; • Soggetti di età pari a 65anni: ciclo di base (come da calendario) di vaccino anti- pneumococcico PCV13+PPV23 e vaccino anti- zoster; • Soggetti a rischio di tutte le età: vaccinazioni previste dal vigente PNPV 2012-2014 e da altre normative nazionali sull'argomento. 	<p>Completamento anagrafi vaccinali informatizzate regionale e trasmissione dati informatizzati a livello nazionale</p> <p>Monitoraggio delle coperture vaccinali e sorveglianza delle reazioni avverse a vaccino</p> <p>Valutazione della qualità dei programmi vaccinali</p> <p>Valutazione dell'impatto di salute dei programmi vaccinali attraverso la sorveglianza delle malattie prevenibili con vaccinazione</p> <p>Monitoraggio della attitudine alla vaccinazione e dei motivi di mancata vaccinazione</p>	<p>Inviti alle persone obiettivo dei programmi vaccinali</p> <p>Vaccinazioni secondo le buone pratiche</p> <p>Interventi di informazione e comunicazione per operatori sanitari, cittadini e istituzioni</p> <p>Esami analitici nell'ambito di interventi di prevenzione delle malattie infettive</p> <p>Produzione di report</p>
A4	Medicina del viaggiatore	Aggiornamento sui rischi infettivi presenti nelle varie aree del pianeta	Informazione per i viaggiatori
A5	Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva	<p>Analisi dei possibili scenari</p> <p>Predisposizione di sistemi di sorveglianza ad hoc</p> <p>Identificazione delle misure da adottare in rapporto ai diversi livelli di allarme</p> <p>Predisposizione di procedure/ protocolli locali e generali, formazione del personale e comunicazione</p> <p>Accordi di collaborazione con altri soggetti direttamente interessati</p>	<p>Attuazione di tutte le misure di prevenzione e controllo previste in caso di una possibile emergenza (ad es. misure quarantenarie, dispositivi individuali di protezione, vaccinazioni, etc.)</p> <p>Interventi di informazione e comunicazione per operatori sanitari, cittadini e istituzioni</p> <p>Produzione di report</p>

B. Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinanti

N.	Programmi / Attività	Componenti del programma	Prestazioni
B1	Tutela della salute nell'uso delle piscine pubbliche o di uso pubblico	Gestione archivio degli impianti esistenti Vigilanza sugli impianti natatori e piscine per la riabilitazione	Campionamento e analisi delle acque delle piscine pubbliche o di uso pubblico
B2	Tutela della salute nell'uso delle acque di balneazione	Classificazione delle acque di balneazione	Valutazione della qualità delle acque di balneazione Classificazione e monitoraggio delle acque di balneazione Campionamento e analisi delle acque di balneazione Informazioni alla popolazione e alle istituzioni
B3	Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica	Promozione, negli strumenti di regolazione edilizia e urbanistica, di criteri per la tutela degli ambienti di vita dagli inquinanti ambientali, per lo sviluppo di un ambiente favorevole alla promozione della salute e dell'attività fisica e alla sicurezza stradale Valutazioni preventive dei piani urbanistici	Partecipazione e supporto agli Enti preposti nella definizione di strumenti di pianificazione e regolazione urbanistica, con particolare attenzione al rapporto tra salute e pianificazione urbanistica
B4	Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato	Promozione di progetti/programmi di miglioramento dell'ambiente e di riduzione dell'impatto sulla salute Valutazione di possibili effetti sulla salute di esposizioni a fattori di rischio ambientale	Comunicazione dei rischi per la salute derivanti da inquinamento ambientale Partecipazione e supporto ad enti ed istituzioni per programmi di miglioramento ambientale, con particolare attenzione ai rapporti ambiente e salute
B5	Tutela della salubrità e sicurezza delle civili abitazioni	Sorveglianza sulle abitazioni con condizioni critiche di igiene e sicurezza, a tutela dell'utenza debole e altri cittadini socialmente svantaggiati Promozione dell'empowerment di famiglie e popolazione anziana circa i rischi di incidenti domestici	Comunicazione agli Enti preposti su situazioni abitative critiche Informazione a gruppi di popolazione sulla prevenzione dei rischi di incidenti domestici
B6	Promozione della sicurezza stradale	Promozione di stili di vita corretti nella popolazione con particolare attenzione alle fasce più deboli e più svantaggiate Informazione/comunicazione sul rischio di incidente stradale correlato a comportamenti a rischio Promozione di politiche intersettoriali mirate a migliorare la sicurezza delle strade e dei veicoli, integrando così gli interventi che vanno ad agire sui comportamenti con quelli di miglioramento dell'ambiente	Comunicazione a cittadini e istituzioni per la promozione di comportamenti corretti alla guida Iniziativa di promozione di comportamenti corretti alla guida
B7	Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici ad uso scolastico e ricreativo	Vigilanza sulle condizioni di salubrità e sicurezza degli edifici esistenti Concorso alla definizione delle azioni di miglioramento	Attività di controllo Supporto agli Enti preposti nella definizione del percorso di miglioramento

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione Triennio 2024 - 2026 (art. 6 del DL 80/2021)

N.	Programmi / Attività	Componenti del programma	Prestazioni
B8	Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza delle strutture destinate ad attività sanitaria e socio-sanitaria	Vigilanza sulle condizioni di salubrità e sicurezza delle strutture ed impianti esistenti	Attività di controllo
B9	Tutela igienico sanitaria degli stabilimenti termali	Vigilanza sulle condizioni di salubrità e sicurezza delle strutture Vigilanza sulla qualità delle acque termali	Attività di controllo
B10	Tutela della popolazione dal rischio "amianto"	Censimento della presenza di manufatti in amianto friabile e compatto Controllo dei piani di bonifica Vigilanza sulle attività di bonifica a tutela dei cittadini e dei lavoratori	Attività di controllo Comunicazione alla popolazione e alle istituzioni in merito alle ricadute sulla salute
B11	Prevenzione e sicurezza nell'utilizzo di gas tossici	Valutazione sulle condizioni di sicurezza nell'impiego dei gas tossici	Attività di controllo Comunicazione alla popolazione e alle istituzioni in merito alle ricadute sulla salute
B12	Prevenzione e sicurezza nell'uso di radiazioni ionizzanti e non ionizzanti	Attività di vigilanza e controllo a tutela della salute Valutazione sulle condizioni di sicurezza nell'impiego delle radiazioni e non ionizzanti	Attività di controllo Comunicazione alla popolazione e alle istituzioni in merito alle ricadute sulla salute
B13	Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP)	Val utazione delle condizioni di sicurezza nella produzione, nel commercio e nell'impiego di sostanze, miscele ed articoli Attività di informazione ai cittadini ed ai lavoratori	Attività di controllo Comunicazione alla popolazione e alle istituzioni in merito alle ricadute sulla salute
B14	Gestione delle emergenze da fenomeni naturali o provocati (climatici e nucleari, biologici, chimici, radiologici)	Partecipazione alla gestione delle emergenze	Comunicazione alla popolazione e alle istituzioni in merito alle ricadute sulla salute Partecipazione alla predisposizione di piani e protocolli operativi in accordo con altre istituzioni coinvolte Partecipazione all'attività delle unità di crisi
B15	Tutela della collettività dal rischio radon	Classificazione del territorio con individuazione delle aree a rischio	Comunicazione alla popolazione e alle istituzioni in merito alle ricadute sulla salute Indicazioni e informazioni per la corretta bonifica degli edifici pubblici e privati e la costruzione dei nuovi edifici Attività di controllo

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
 (art. 6 del DL 80/2021)

C. Sorveglianza prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

N.	Programmi / Attività	Componenti del programma	Prestazioni
C1	Sorveglianza epidemiologica dei rischi e dei danni correlati al lavoro	Utilizzo dei sistemi infonnavi e di sorveglianza per: - Monitoraggio dei rischi per la salute e la sicurezza; - Sorveglianza del fenomeno infortunistico e delle malattie professionali; - Programmazione e valutazione degli interventi di prevenzione nei luoghi di lavoro Comunicazione e diffusione delle infonnavazioni agli interlocutori istituzionali e ai soggetti sociali al fine di promuovere la partecipazione e la pianificazione condivisa delle azioni di prevenzione nei luoghi di lavoro	Report infonnavi alle istituzioni, ai cittadini e alle parti sociali
C2	Cooperazione del sistema sanitario con altre istituzioni e con le rappresentanze sindacali e datoriali, per la realizzazione di programmi intersettoriali	Promozione di sinergie con i soggetti istituzionali, partenariato economico sociale e partenariato tecnico scientifico, in seno al Coordinamento interregionale, in coerenza con le indicazioni nazionali, con l'obiettivo di indirizzare e programmare le attività di prevenzione e vigilanza	Interventi intersettoriali per la salute nei luoghi di lavoro
C3	Prevenzione dei rischi per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro	Attività di vigilanza e controllo anche attraverso la metodologia dell'audit Indagini di igiene industriale Inchieste per infortuni e malattie professionali Valutazioni di tipo ergonomico/organizzativo	Attività di controllo
C4	Promozione del miglioramento della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro	Attività di promozione e raccolta di soluzioni, bonifiche e buone prassi Promozione dei sistemi di qualificazione delle imprese e dei lavoratori autonomi e di modelli di organizzazione e di gestione, compresa la responsabilità sociale e di impresa Attività di valorizzazione delle soluzioni, delle bonifiche e delle, buone prassi individuate nei diversi comparti, al fine di implementarle nel territorio	Assistenza alle associazioni datoriali e sindacali per l'individuazione delle soluzioni ai fini di un loro riconoscimento quali buone prassi Infonnavazione e diffusione delle buone prassi alle associazioni datoriali e sindacali
C5	Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani	Programmi di promozione degli stili di vita sani nei luoghi di lavoro con il coinvolgimento del sistema della prevenzione delle aziende Programmi di ricerca attiva delle malattie professionali e lavoro correlate Valutazione delle attività di sorveglianza sanitaria Esame dei ricorsi avverso il parere dei medici competenti	Attivazione dei programmi per promuovere sani stili di vita Report infonnavi alle istituzioni, ai cittadini e alle parti sociali sull'andamento delle patologie lavoro correlate nel territorio Attività di controllo sulla sorveglianza sanitaria svolta dai medici competenti Pareri sui ricorsi
C6	Sorveglianza degli ex-esposti a cancerogeni e a sostanze chimiche/fisiche con effetti a lungo termine	Coordinamento e valutazione dell'attività di sorveglianza sanitaria degli ex esposti Organizzazione di attività di counseling rivolta agli ex esposti Partecipazione al percorso in capo al Centro Operativo Regionale (COR) per l'implementazione del Registro Nazionale Mesoteliomi (ReNaM), del Registro Nazionale Tumori Naso Sinusali (ReNaTuNS) e delle neoplasie a bassa frazione eziologica	Attività di counseling Attività di coordinamento e valutazione dell'attività di sorveglianza sanitaria degli ex esposti Attività di indagine per la implementazione dei registri del COR

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione Triennio 2024 - 2026 (art. 6 del DL 80/2021)

D. Salute animale e igiene urbana veterinaria

N.	Programmi / Attività	Componenti del programma	Prestazioni
D1	Sorveglianza sui concentramenti e spostamenti animali	Controllo delle strutture Verifica della documentazione e della registrazione delle movimentazioni animali	Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Certificazioni Report informativi/ rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni Rilascio pareri ed autorizzazioni
D2	Riproduzione animale	Controllo sulla riproduzione animale Gestione dell'anagrafe degli operatori della riproduzione animale divisa per tipologia ed attività Gestione istanze di registrazione, di riconoscimento e di autorizzazione	Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Certificazioni Report informativi/ rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni Rilascio pareri ed autorizzazioni Gestione delle anagrafiche
D3	Sistema informativo per il controllo delle aziende zootecniche su anagrafe nazionale	Procedura di registrazione e autorizzazione delle aziende zootecniche Gestione e aggiornamento dell'anagrafe informatizzata delle aziende zootecniche e degli animali da reddito, divise per specie animali Geo-referenziazione delle aziende	Implementazioni anagrafiche Certificazioni Report informativi/ rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti
D4	Controllo sul benessere degli animali da reddito	Controllo degli allevamenti e degli animali da reddito Informazione degli operatori zootecnici Controllo sulle condizioni di trasporto Controllo sulla protezione degli animali durante la macellazione	Report informativi/ rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni Attività informativa e divulgativa Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rilascio pareri, certificazioni ed autorizzazioni
DS	Profilassi ai fini della eradicazione delle malattie infettive e diffuse degli animali	Effettuazione dei piani di profilassi e di eradicazione regionali e nazionali Attribuzione qualifiche sanitarie Valutazione epidemiologica dei dati ai fini della programmazione dell'attività	Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Certificazioni Report informativi/ rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni
D6	Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive diffuse animali	Registrazione di segnalazione di malattia infettiva di animali, anche sospetta, e/o di focolaio epidemico Notifica di caso di malattia infettiva e/o di focolaio epidemico Produzione di report periodici per la sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive animali Verifica della biosicurezza e della sanità animale	Gestione di casi di malattia infettiva e/o di focolaio epidemico Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Certificazioni Report informativi/ rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni
D7	Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze epidemiche delle popolazioni animali	Analisi dei possibili scenari Identificazione delle misure organizzative da adottare in rapporto ai diversi livelli di allarme Predisposizione di procedure/protocolli locali per le operazioni di gestione e di estinzione del focolaio Formazione del personale addetto ai sistemi di controllo	Piani di emergenza

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione Triennio 2024 - 2026 (art. 6 del DL 80/2021)

N.	Programmi / Attività	Componenti del programma	Prestazioni
D8	Sorveglianza sull'impiego del farmaco per uso veterinario e prevenzione della farmacoresistenza	Piani di sorveglianza sul farmaco per uso veterinario Controllo del corretto utilizzo del farmaco per uso veterinario: Verifica delle registrazioni e della documentazione Autorizzazione delle scorte Autorizzazione alla detenzione e distribuzione Registrazione transazioni e prescrizioni medico-veterinarie Gestione delle anagrafiche delle strutture autorizzate e dei detentori di scorte	Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rilascio pareri ed autorizzazioni Report informativi/ rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni Gestione delle anagrafiche
D9	Lotta al randagismo e controllo del benessere degli animali d'affezione	Realizzazione ed aggiornamento dell'anagrafe canina e censimento delle colonie feline. Sterilizzazione dei cani randagi e dei gatti delle colonie Controllo sanitario e del benessere degli animali d'affezione Prevenzione dell'abbandono ed informazione per l'adozione consapevole	Esistenza di un'anagrafe aggiornata ed implementazione dell'anagrafe nazionale Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Identificazione e iscrizione in anagrafe Sterilizzazione dei cani randagi e dei gatti delle colonie. Censimento delle colonie feline Attività informativa e divulgativa
D10	Igiene urbana veterinaria Controllo delle popolazioni sinantropiche Controllo episodi di morsicatura da animali e aggressioni da cani	Gestione di sistemi di sorveglianza relativi ai seguenti ambiti: • Zoonosi trasmesse in ambito urbano • Gestione e classificazione delle morsicature da animali ed episodi di aggressione da cani	Interventi di profilassi e di controllo sulle fonti e i veicoli/vettori di trasmissione Controllo animali morsicatori Valutazione comportamentale dei cani morsicatori e aggressivi ai fini della tutela dell'incolumità pubblica
D11	Sorveglianza sull'alimentazione animale e sulla produzione e distribuzione dei mangimi	Sorveglianza e controllo degli Operatori del Settore dei Mangimi (OSM) Controlli ai sensi Piano nazionale alimentazione animale Registrazione e riconoscimento OSM Gestione dell'anagrafe degli OSM divisa per tipologia ed attività	Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Certificazioni Report informativi/ rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni Rilascio pareri e autorizzazioni Gestione delle anagrafiche
D12	Prevenzione e controllo delle zoonosi. Controllo delle popolazioni selvatiche ai fini della tutela della salute umana e dell'equilibrio fra uomo, animale e ambiente	Gestione di sistemi di monitoraggio di sorveglianza epidemiologica Valutazione di situazioni di rischio ed interventi di prevenzione	Interventi di profilassi e di controllo sulle fonti e i veicoli/vettori di trasmissione Sorveglianza epidemiologica Report informativi/ rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni
D13	Vigilanza e controllo sull'impiego di animali nella sperimentazione	Aggiornamento dell'anagrafe autorizzate di competenza Attività di vigilanza periodica	Aggiornamento di un'anagrafe locale Vigilanza su utilizzatori Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti su allevatori e fornitori Report di attività/ rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni
D14	Soccorso degli animali a seguito di incidente stradale Legge 281/91 art. 2 c.12 Legge 120/2010 - Nuovo codice della strada art. 31	Coordinamento degli Enti preposti e delle Associazioni per il recupero e la stabilizzazione degli animali d'affezione coinvolti in un incidente stradale	Informazione all'utenza sulle modalità di accesso al sistema di primo soccorso

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione Triennio 2024 - 2026 (art. 6 del DL 80/2021)

E. Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori

N.	Programmi / Attività	Componenti del programma	Prestazioni
E1	Registrazione/riconoscimento di stabilimenti del settore alimentare ai sensi della normativa vigente	Processo di riconoscimento Gestione dell'anagrafe degli stabilimenti del settore alimentare (OSA) divisa per tipologia ed attività	Gestione delle anagrafiche Esecuzione dei prescritti sopralluoghi
E2	Sorveglianza sulle attività di macellazione e lavorazione della selvaggina	Controlli sulla macellazione degli animali e sulla selvaggina destinata al consumo umano	Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/report informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni
E3	Sorveglianza sugli stabilimenti registrati, compresa la produzione primaria e sugli stabilimenti riconosciuti	Audit Ispezioni Monitoraggio Sorveglianza Campionamento ed analisi Provvedimenti conseguenti	Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/report informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni
E4	Sorveglianza sulla presenza di residui di sostanze non autorizzate, farmaci, contaminanti e OGM negli alimenti, in conformità con il piano nazionale integrato dei controlli	Espletamento del Piano regionale residui Espletamento del Piano OGM Controllo dei contaminanti negli alimenti	Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/report informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni
E5	Controllo sul ciclo di vita dei prodotti fitosanitari e coadiuvanti dei fitosanitari, compreso il controllo dei residui	Controllo utilizzo fitosanitari e coadiuvanti dei fitosanitari, anche in relazione al punto B4 Controllo registri dei trattamenti Analisi e valutazione dei flussi di vendita dei prodotti fitosanitari Espletamento dei piani di controllo dei residui	Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/report informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni
E6	Sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti Regolamento CE 882/04	Audit Ispezioni Monitoraggio Sorveglianza Campionamento ed analisi Provvedimenti conseguenti	Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/report informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni
E7	Sorveglianza su laboratori che eseguono analisi per le imprese alimentari nell'ambito delle procedure di autocontrollo	Gestione dell'anagrafe dei laboratori Audit Ispezioni Monitoraggio Sorveglianza Campionamento ed analisi Provvedimenti conseguenti	Gestione delle anagrafiche Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/report informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione Triennio 2024 - 2026 (art. 6 del DL 80/2021)

N.	Programmi / Attività	Componenti del programma	Prestazioni
E8	Sorveglianza sanitaria delle zone di produzione e o allevamento di molluschi bivalvi	Attività di monitoraggio effettuata sulle zone di produzione e/o di allevamento riconosciute dalla regione Valutazione dei dati ed emissione di provvedimenti conseguenti Attività di sorveglianza per la classificazione delle acque	Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/report informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni
E9	Sorveglianza su sottoprodotti di origine animale non destinati al consumo umano	Gestione istanze registrazione/ riconoscimento stabilimenti Gestione dell'anagrafe degli stabilimenti del settore sottoprodotti Controllo ufficiale Rilascio autorizzazioni trasporto	Gestione delle anagrafiche Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/report informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni
E10	Controllo su materiali e oggetti destinati al contatto con alimenti	Audit Ispezioni Monitoraggio Sorveglianza Campionamento ed analisi Provvedimenti conseguenti	Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/report informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni
E12	Ispettorato micologico L. 352 del 23 Ago 1993	Vigilanza su produzione e commercializzazione Organizzazione delle attività a supporto della raccolta privata Supporto in caso di sospetta intossicazione da funghi	Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/report informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni Controllo delle specie fungine su richiesta
E13	Sorveglianza acque potabili	Mappatura fonti, impianti di approvvigionamento e reti di distribuzione degli acquedotti pubblici Mappatura dei pozzi privati utilizzati nell'ambito di impresa alimentare Vigilanza su impianti ed aree di rispetto	Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/report informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni
E14	Infezioni, intossicazioni e tossinfezioni alimentari	Supporto all'indagine epidemiologica per l'individuazione dell'alimento a rischio Controlli e campionamenti nei luoghi di produzione e/o somministrazione degli alimenti a rischio	Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/report informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione Triennio 2024 - 2026 (art. 6 del DL 80/2021)

F. Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale

N.	Programmi / Attività	Componenti del programma	Prestazioni
F1	Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi inter-settoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007)	<p>Profilo di salute della comunità: Disponibilità e utilizzo delle informazioni tratte dai sistemi di sorveglianza correnti (malattie infettive, malattie croniche e incidenti stradali, domestici e infortuni, stili di vita, percezione dello stato di salute, ricorso ai servizi sanitari), da rilevazioni che coinvolgono la comunità, al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> analizzare i bisogni della popolazione individuare i rischi della popolazione e dell'ambiente valutare l'impatto sulla salute di interventi sanitari, ambientali e sociali Promozione della consapevolezza <p>Comunicazione dei dati derivanti dai profili di salute agli interlocutori istituzionali, organizzazioni sociali e associazioni, al fine di promuovere il valore salute in tutte le politiche e gli strumenti di regolazione e a sostegno del riorientamento dell'offerta in aderenza ai bisogni di salute della comunità (advocacy)</p> <p>Comunicazione dei dati derivanti dai profili di salute ai cittadini allo scopo di promuovere la partecipazione alle scelte per la salute e di rafforzare i singoli nella adozione di stili di vita sani (empowerment)</p> <p>Promozione di sinergie con altri soggetti</p> <p>costruzione di alleanze e partenariati per la salute</p> <p>Promozione di alleanze tra soggetti istituzionali, sociali, imprenditoriali e professionali per concordare azioni a sostegno di politiche per la salute al fine di promuovere il benessere in tutte le fasce di età</p> <p>Contributo tecnico scientifico alla promozione della salute</p> <p>Sostegno all'individuazione di soluzioni ai problemi di salute prioritari, basate su evidenze scientifiche</p>	<p>Elaborazione del Profilo di salute</p> <p>Relazione sullo stato di salute della comunità e sui problemi di salute prioritari</p> <p>Informazione e comunicazione alle istituzioni, ai cittadini e agli operatori sanitari</p> <p>Attivazione di processi intersettoriali per la salute in tutte le politiche</p> <p>Individuazione e offerta dei programmi di promozione della salute più efficaci</p>
F2	Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione	<p>Rilevazione, analisi, comunicazione e utilizzo a fini programmatici e valutativi delle informazioni sui fattori di rischio di malattie croniche e sugli stili di vita</p> <p>Sorveglianza dei trend temporali e spaziali del fenomeno che si intende prevenire/contrastare e dei determinanti correlati</p>	<p>Informazione e comunicazione alle istituzioni, ai cittadini e a agli operatori sanitari anche attraverso report strutturati</p>
F3	Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale	<p>Programmazione, attuazione e valutazione di interventi finalizzati alla individuazione di condizioni di rischio anche individuali per le MCNT (anche attraverso esami analitici) e all'indirizzo verso una adeguata presa in carico</p>	<p>Programmazione, attivazione e valutazione di interventi di sanità pubblica finalizzati alla prevenzione delle MCNT</p>

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione Triennio 2024 - 2026 (art. 6 del DL 80/2021)

N.	Programmi / Attività	Componenti del programma	Prestazioni
F4	Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol	<p>Sviluppo per "setting" (ambiente scolastico, ambiente di lavoro, comunità) di programmi di prevenzione dell'iniziazione e promozione della disassuefazione condivisi tra servizi sanitari e sociosanitari e istituzioni educative e tra servizi sanitari e sociosanitari e "datori di lavoro"</p> <p>Campagne informativo-educative rivolte alla popolazione generale e/o a target specifici</p> <p>Promozione del counseling da parte degli operatori sanitari</p> <p>Sorveglianza del rispetto del divieto di fumo</p> <p>Programmi di promozione della guida senza alcol anche attraverso campagne di mass media</p>	<p>Attivazione di programmi intersettoriali per la prevenzione dei fattori di rischio</p> <p>Informazioni sui rischi per la salute</p> <p>Offerta di counseling individuale</p>
F5	Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica	<p>Valutazione clinica comprensiva di visita e accertamenti diagnostici e strumentali, sulla base dei protocolli definiti a livello nazionale, finalizzata alla idoneità alla pratica sportiva agonistica per minorenni e persone con disabilità e alla pratica sportiva non agonistica nell'ambito scolastico</p> <p>Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale e in gruppi a rischio, promuovendo lo sviluppo di opportunità e di supporto da parte della comunità locale</p> <p>Sviluppo per "setting" (ambiente scolastico, ambiente di lavoro, comunità) di programmi di promozione dell'attività fisica condivisi tra servizi sanitari e sociosanitari, istituzioni educative, "datori di lavoro"</p> <p>Promozione del counseling sull'attività fisica da parte degli operatori sanitari</p> <p>Campagne informativo-educative rivolte alla popolazione generale e/o a target specifici</p> <p>Programmi di prevenzione e contrasto al doping</p> <p>Promozione di programmi strutturati di esercizio fisico per soggetti a rischio</p>	<p>Attivazione di programmi intersettoriali</p> <p>Informazione e comunicazione ai cittadini e agli operatori</p> <p>Offerta di counseling individuale</p> <p>Rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica su richiesta delle istituzioni scolastiche</p> <p>Rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva agonistica per minorenni e persone con disabilità</p>
F6	Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari	<p>Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incoraggiare l'adozione di corrette abitudini alimentari nella popolazione generale e in gruppi a rischio e per "setting" (ambiente scolastico, ambiente di lavoro, comunità, strutture sanitarie) condivisi tra servizi sanitari e sociosanitari, istituzioni educative, "datori di lavoro"</p> <p>Valutazione della adeguatezza nutrizionale dei menù offerti anche in relazione ad esigenze dietetiche specifiche.</p> <p>Interventi sui capitolati d'appalto per migliorare la qualità nutrizionale</p> <p>Campagne informativo-educative rivolte alla popolazione generale e/o a target specifici</p> <p>Promozione del counseling sulla corretta alimentazione e da parte degli operatori sanitari</p>	<p>Attivazione di programmi intersettoriali per la prevenzione dei fattori di rischio</p> <p>Informazione e comunicazione ai cittadini e agli operatori</p> <p>Offerta di counseling individuale</p> <p>Supporto ad enti ed istituzioni nella predisposizione dei menu della ristorazione collettiva</p>

N.	Programmi / Attività	Componenti del programma	Prestazioni
F7	Promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno e di una corretta alimentazione complementare	<p>Formazione del personale sanitario su attività di promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno, coerente con le linee di indirizzo nazionali</p> <p>Campagne informativo-educative rivolte a target specifici di popolazione, quali le donne in gravidanza/allattamento</p> <p>Promozione del counseling da parte degli operatori sanitari</p>	<p>Offerta di counseling individuale</p> <p>Informazione e comunicazione ai cittadini e agli operatori</p>
F8	Screening oncologici definiti dall'Accordo Stato Regioni del 23 marzo 2005 e dal Piano nazionale della prevenzione 2014-2018	<p>Chiamata attiva ed esecuzione dei test screening e dei percorsi di approfondimento e terapia per tutta la popolazione target residente e domiciliata</p> <p>La periodicità e le caratteristiche tecniche sono definite a livello nazionale dai seguenti atti:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Screening del cancro della mammella: Raccomandazioni del Ministero della salute predisposte in attuazione dell'art. 2 bis della legge 138/2004 e del Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 -Screening del cancro del colon-retto: Raccomandazioni del Ministero della salute predisposte in attuazione dell'art. 2 bis della legge 138/2004 e del Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 -Screening del cervico-carcinoma: linee di indirizzo predisposte in attuazione del Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 e del dm 5/8/11 <p>Sorveglianza sulla estensione e sulla adesione dei programmi e valutazioni relative alla qualità dei processi e all'impatto sulla salute della popolazione, anche attraverso la realizzazione e gestione di sistemi informativi basati su record individuali</p> <p>Coinvolgimento di gruppi a rischio e di gruppi socialmente svantaggiati</p> <p>Promozione della partecipazione consapevole e rendicontazione sociale</p> <p>Realizzazione e gestione di sistemi informativi basati su record individuali</p>	<p>Informazione sui benefici per la salute derivanti dall'adesione ai programmi di screening</p> <p>Chiamata attiva ed esecuzione dei test di screening di primo e secondo livello alle popolazioni target</p> <p>Invio ad altro setting assistenziale per la presa in carico diagnostico-terapeutica in relazione alla patologia neoplastica</p>
F9	Prevenzione delle dipendenze	<p>Campagne informative educative rivolte alla popolazione generale e/o a target specifici, mirate alla conoscenza dei rischi da dipendenze</p> <p>Sviluppo per "setting" (ambiente scolastico, ambiente di lavoro, comunità) di programmi di promozione della salute finalizzati alla prevenzione delle dipendenze</p>	<p>Attivazione di programmi intersettoriali per la prevenzione del rischio da dipendenza e per favorire le capacità personali</p>

G. Attività medico legali per finalità pubbliche

N.	Programmi / Attività	Prestazioni
G1	Accertamenti e attività certificativa medico legale nell'ambito della disabilità	Accertamenti medico legali per il riconoscimento della invalidità, cecità e sordità civili Accertamenti medico legali ai fini del riconoscimento della condizione di handicap (legge n. 104/1992) Accertamenti medico legali ai fini del collocamento mirato al lavoro delle persone con disabilità (ex legge n. 68/1999)
G2	Pareri medico-legali su richiesta di pubblica amministrazione in applicazione di norme e regolamenti (incluse le prestazioni diagnostiche necessarie per il loro rilascio)	Attività ex legge n. 210/1992, e s.m.i. Certificazioni in merito a riconoscimenti di benefici di legge alle persone con disabilità (es. gravi patologie in trattamento invalidante, esonero tasse automobilistiche, etc.) e certificazioni per rilascio del contrassegno a persone con disabilità che riduce sensibilmente la deambulazione (ai sensi dei principi generali e delle finalità della legge 5 febbraio 1992, n. 104), anche quando rilasciate contestualmente all'accertamento dell'invalidità, disabilità o handicap Certificazioni di idoneità all'affidamento e all'adozione di minori Pareri in materia di trapianti (es. trapianto con organo donato da vivente) Pareri per gli Uffici di Pubblica Tutela Pareri medico legali in tema di responsabilità sanitaria nell'ambito delle Unità di Gestione del Rischio Clinico
G3	Attività di medicina necroscopica	Riscontri diagnostici
G4	Attività di informazione e comunicazione	Interventi di informazione e comunicazione ai cittadini ed agli operatori sanitari su temi di bioetica, trapianti, sicurezza delle prestazioni sanitarie, e altri temi di rilevante interesse sociale e professionale

La politica del farmaco e dei dispositivi medici

La Regione Campania, per quel che concerne la governance farmaceutica ha intrapreso le seguenti azioni:

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

Farmaceutica territoriale: monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata

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

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

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

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

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

Obiettivi e Indicatori:

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

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

Farmaceutica territoriale: monitoraggio dell'aderenza alle terapie

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

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

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

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

I dati dell'ASL Napoli 3 Sud per gli anni 2020, 2021, 2022 e in corso quelli del 2023 per l'aderenza per il Diabete, per l'Osteoporosi, per la BPCO e per l'ASMA, sono pubblicati sul sito aziendale

Obiettivi e Indicatori:

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

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

- Divulgazione dell'applicazione informativa regionale Mi Curo.

Farmaceutica territoriale: farmaci equivalenti

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

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

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

Obiettivi e Indicatori:

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

Incentivazione dell'utilizzo dei farmaci biosimilari

I farmaci biosimilari, oggi, rappresentano un'enorme opportunità per i Servizi Sanitari Regionali al fine di recuperare risorse da reinvestire, in modo da favorire l'accesso alle cure ai pazienti. Pertanto, l'ASL per il triennio 2024-2025 dovrà potenziare quanto più possibile l'utilizzo dei farmaci biosimilari nella reale pratica clinica, sia attraverso il monitoraggio costante e continuo degli stessi che attraverso una revisione delle disposizioni normative regionali.

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

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

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

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

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

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

Obiettivi e Indicatori:

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

Distribuzione per Conto (DPC) con logistica centralizzata

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

Ciò nonostante, per quel che concerne la logistica distributiva dei farmaci dispensati in DPC, ad oggi, ogni ASL utilizza un proprio magazzino per lo stoccaggio e la distribuzione e diverse forme retributive. Al fine di ottimizzare l'intero processo, si prevede la centralizzazione della logistica del farmaco, con abbattimento delle scorte e dei

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione *Triennio 2024 - 2026* (art. 6 del DL 80/2021)

relativi scaduti con un notevole minor impiego di capitale per la Regione Campania oltre che di risorse umane per singola AASSLL.

La centralizzazione permetterà di ridurre ulteriormente la fuga in convenzionata dei farmaci A-PHT in quanto si centralizzeranno gli acquisti per l'intera Regione, ottimizzando i tempi necessari correlati alle procedure di gara. La centralizzazione permetterà di minimizzare i tempi di acquisizione dei farmaci A-PHT quando introdotti per la prima volta sul mercato (nuove classi di farmaci A-PHT). La stessa procedura permetterà di ottimizzare anche i tempi di acquisizione dei farmaci quando si esauriscono i contratti degli stessi già in essere a causa di variazione dei consumi dovuti per delle variazioni prescrittive, rotture di stock da parte delle Aziende Farmaceutiche ecc.

Obiettivi e Indicatori:

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

La gestione delle liste di attesa

La Regione Campania, nel corso di questi ultimi anni, ha emanato numerose disposizioni per garantire l'adozione delle classi di priorità previste dal Piano Nazionale e Regionale di governo delle liste di attesa.

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

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

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

Le Aziende per garantire il rispetto dei tempi d'attesa, hanno proceduto all'implementazione dell'offering ambulatoriale, in base alle classi di priorità, grazie ad una riorganizzazione delle ore di specialistica ambulatoriale,

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

regolamentazione dell'attività in overbooking, apertura supplementare di sedute ambulatoriali nelle branche con maggiore criticità (cardiologia, gastroenterologia ed endoscopia digestiva e radiologia), attività di recall e proceduto alla sospensione temporanea dell'attività libera professionale tesa ad una riduzione del 70% del disallineamento dei tempi di attesa tra attività istituzionale e attività intramoenia.

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

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

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

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

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

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

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

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione *Triennio 2024 - 2026* (art. 6 del DL 80/2021)

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

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

Obiettivi e Indicatori:

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

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

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

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

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

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

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

Sono stati raggiunti i seguenti risultati:

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

Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Monitorare l'Implementazione delle Raccomandazioni ministeriali nei PPOO:
 - Numero di raccomandazioni del Ministero della Salute implementate/totale raccomandazioni in ogni presidio;
- ❖ Integrare il piano regionale cadute con la definizione ed emissione di linee di indirizzo per la prevenzione delle cadute in ambito pediatrico:
 - Monitorare il piano regionale cadute attraverso gli indicatori forniti nel documento di indirizzo alle aziende;
 - Report annuale di attività.
- ❖ Monitorare la reale attuazione dei Piani di miglioramento comunicati dalle aziende a seguito dell'occorrenza di eventi sentinella:
 - Report annuale di attività.

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ Centralizzazione della preparazione dei Farmaci antineoplastici: Implementazione, nelle Aziende Sanitarie che erogano prestazioni oncologiche, delle Unità Farmaci Antitumorali (UFA) interne al Presidio o esterne, in service aziendale o interaziendale:
 - Rapporto tra le strutture che utilizzano UFA interne o esterne al presidio, per l'allestimento delle preparazioni antiblastiche, rispetto al totale delle strutture che erogano prestazioni oncologiche.
- ❖ Gestione del paziente in corso di terapia con farmaci antiblastici: Recepimento e attuazione, da parte dell'ASL Napoli 3 Sud, del documento relativo alla Rete Oncologica Campana.

3.11 Gli obiettivi di riorganizzazione

Gli obiettivi di riorganizzazione dei distretti sanitari

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

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

In ogni distretto sanitario devono essere organizzati:

- ❖ La Porta Unitaria di Accesso, costituita ai sensi della DGRC n. 790/2012, con funzioni di accoglienza e primo orientamento. La porta di accesso al sistema deve essere unitaria e il Distretto deve essere l'unico gate-keeper, dove si concentrano le potestà di organizzazione ed orientamento, superando la dispersione indotta da porte di accesso settoriali. La PUA, oltre ad essere un "luogo funzionale", deve essere anche un "luogo fisico", facilmente accessibile ed identificabile, nonché accogliente. La PUA svolge sia funzioni di front-office, con attività di accoglienza dei cittadini e decodifica della domanda, sia funzioni di back-office, con attività di monitoraggio dei casi, di archiviazione e tenuta delle cartelle utenti, di mappatura delle risorse territoriali ma anche ospedaliere e sociali per quanto necessario al percorso clinico;
- ❖ L'Unità di Valutazione Distrettuale Multidimensionale e Multidisciplinare (UVM), già denominata in precedenti atti regionali quale Unità di Valutazione Integrata (UVI), per i bisogni complessi. L'Unità di Valutazione effettua la valutazione multidimensionale impiegando un'equipe multiprofessionale costituita da personale fisso, ovvero sempre presente alle sedute di valutazione indipendentemente dall'utente (è il caso del delegato alla spesa del Distretto, dell'Ambito/Comune, ecc.) e da personale variabile, ovvero personale presente in funzione dell'utente in valutazione (MMG/PLS, AS, utente/care giver, medico specialista ecc.). La UVM è composta dal Direttore del Distretto o un suo delegato, da medici specialisti

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

per patologia, sia ospedalieri che territoriali, il MMMG/PLS del paziente, l'assistente sociale. Essa può declinarsi in percorsi geriatrici, per minori, per dimissioni protette, malattie cronico degenerative, disagio, tossicodipendenza, cure domiciliari non prestazionali. La UVMM non è solo un attore clinico, ma è anche, e soprattutto, un allocatore di risorse: stabilisce in quale ambito di cura appropriato va posizionato il caso. Fatta eccezione per l'accesso dell'utente ai servizi specialistici tramite prescrizione del Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta e il caso di urgenza che prevede un proprio specifico percorso di accesso ai servizi, l'Unità di Valutazione Multidisciplinare e Multiprofessionale costituisce l'unico punto di accesso per i bisogni complessi a tutti i servizi in rete di tipo domiciliare, semiresidenziale, residenziale a qualsiasi tipologia essi appartengano. Protocolli definiti con il Presidio Ospedaliero di riferimento potranno individuare percorsi che includono come risposta erogativa il ricovero, e questo comporterà la partecipazione alla UVMM anche di professionalità ospedaliere competenti per patologia.

Gli obiettivi di riorganizzazione del Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è macrostruttura operativa dell'Azienda Sanitaria Locale preposta, in attuazione del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i, e della Legge Regionale n. 32/1994 di riordino del Servizio Sanitario Regionale, alla promozione della tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie acute e croniche e delle disabilità ed al miglioramento della qualità della vita. Ai sensi dell'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, il Servizio Sanitario Nazionale assicura i livelli essenziali di assistenza (L.E.A.): con l'articolo 1, comma 1, del DPCM 12.01.2017 sono stati rimodulati i livelli essenziali di assistenza e, nello specifico, alla lettera a) è previsto il livello "Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica", riferito al Dipartimento di Prevenzione. All'articolo 2 del medesimo D.P.C.M. sono inclusi nel livello "Prevenzione Collettiva e Sanità pubblica" i seguenti LEA:

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

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

Gli obiettivi di riorganizzazione del Dipartimento delle Dipendenze

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

Con un aumento dei consumatori di cocaina, cannabis e alcool anche se la sostanza prevalente rimane l'eroina con aumento di cittadini poliassuntori. La fascia di età prevalente relativa alla prima iscrizione permane quella 35-40 anni. Mentre per quanto attiene il numero di iscritti relativi alle cosiddette "Dipendenze senza sostanze" emerge il dato allarmante del numero di cittadini in carico, 2.376, al 31/12/2018 per Disturbo da Gioco D'Azzardo, dato che nell'ultimo triennio aumenta del 50% rispetto al numero di assistiti dell'anno precedente, che impone una riorganizzazione dei servizi pubblici per le dipendenze, inizialmente tarati sul consumo di eroina e su una visione prevalentemente medica. Riorganizzazione che la Regione ha già avviato attraverso l'attuazione del Piano di Azione Regionale di contrasto alle dipendenze patologiche (DCA 86/2016) e del Piano Regionale di contrasto al disturbo da gioco d'azzardo (DCA 81/2018).

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

Il raccordo è attualmente garantito dal Dipartimento Dipendenze, che include Servizi medici, psicologici, sociali ed educativi. I Ser.D. nel tempo hanno avviato anche Centri antifumo per il contrasto al Tabagismo e assistenza mirata a cittadini con dipendenza da Alcool con un aumento dei cittadini in carico. Il cambiamento dei nuovi stili di consumo e la crescita esponenziale del poliabuso (cocaina, nuove sostanze ed alcol), impongono oggi ai servizi nuove sfide: gli attuali organici devono essere necessariamente rivisti, così come devono essere rivisti gli spazi della cura e l'approccio stesso con i nuovi consumatori e i cittadini con dipendenza di questo millennio. Anche nell'anno 2024, la politica degli interventi del Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL Napoli 3 Sud si muoverà seguendo proprio questo cambiamento in continuità con le azioni già svolte negli anni passati. L'attenzione sarà rivolta alla Prevenzione universale e selettiva delle addiction (chimiche e comportamentali) negli Istituti Scolastici Secondari di 2° grado di tutto il territorio dell'ASL Napoli 3 Sud, attraverso programmi di prevenzione attuati dai singoli Ser.D. e

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

coordinati nelle modalità e finalità generali dal Dipartimento Dipendenze; alle problematiche correlate alla comorbilità psichiatrica e al poliabuser; grande attenzione sarà data alla presa in carico dei cittadini con dipendenze comportamentali, in particolare il disturbo da gioco d'azzardo. Inoltre, si integreranno le attività trattamentali già in essere presso i Ser.D. e le Comunità Terapeutiche con interventi terapeutico-riabilitativi di semiresidenzialità presso i Centri deputati. Inoltre, proseguiranno gli interventi volti all'eradicazione delle patologie infettive correlate ai disturbi di dipendenza, con interesse precipuo all'attuazione degli screening finalizzati all'attuazione dei percorsi terapeutici per la negativizzazione dell'epatite C per tutti i pazienti in carico. Fondamentale risulta anche uno studio attento dell'efficacia degli interventi dei Ser.D. sulla popolazione degli utenti presi in carico, per poter meglio orientare interventi, protocolli e terapie. Non solo. Un follow up sistematico serve anche a calibrare i percorsi formativi per il personale, garantendo una costante crescita della qualità stessa degli interventi.

Percorsi di cura a forte integrazione ospedale-territorio-Le Reti Materno - Infantile

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

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

Integrazione delle reti tempo-dipendenti

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

3.12 La comunicazione sanitaria

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

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

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

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

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

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

Obiettivi e Indicatori:

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

- ❖ “Umanizzazione delle cure” è una definizione spesso non totalmente accolta nella pratica, la Sanità desidera recuperare realmente l’aspetto “umano” della cura, accostandosi, oltre che con le competenze mediche e l’aggiornamento delle proprie strutture sanitarie, anche con una rinnovata capacità di accoglienza;
 - Numero interventi informativi e formativi prodotti nel corso dell’anno, numero di pubblicazioni di buone pratiche e testi di divulgazione prodotti.

Obiettivi economici

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

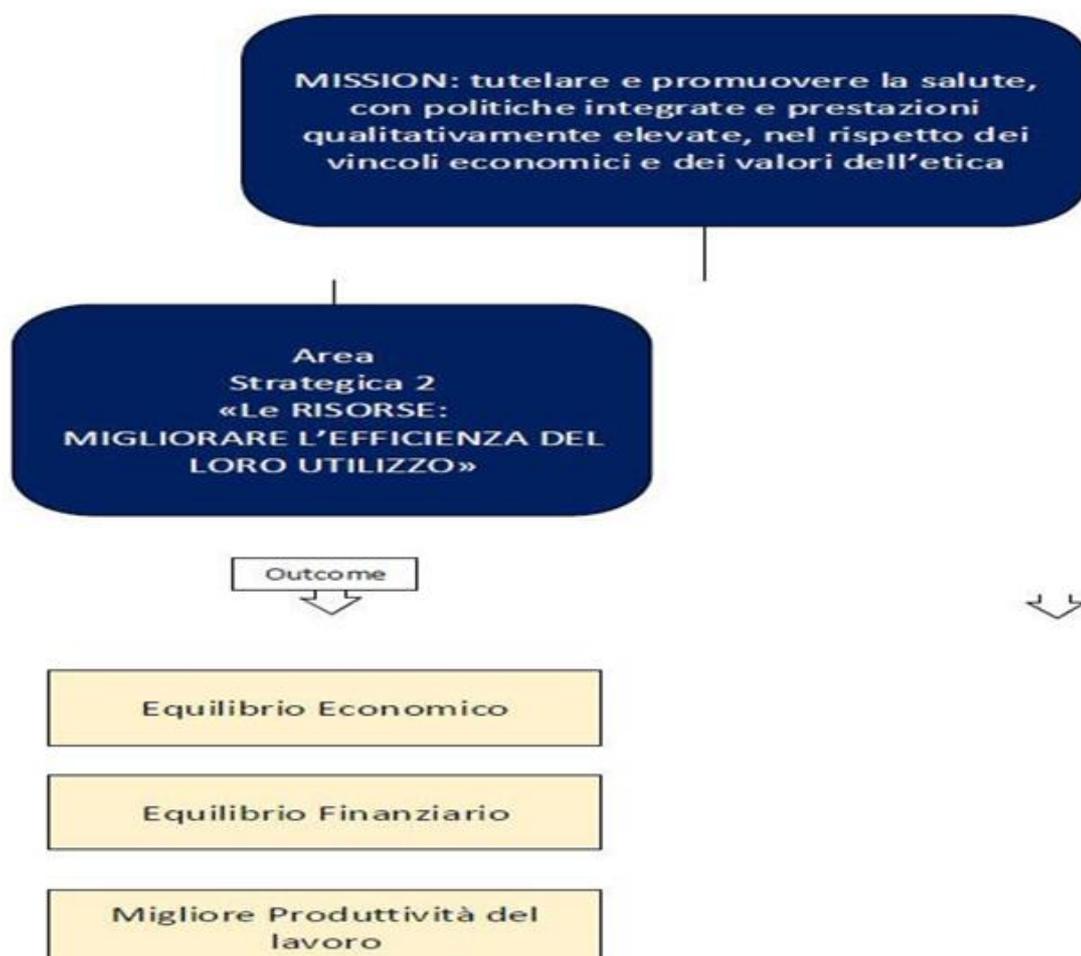


Figura 32 – Obiettivi economici

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

La tempestività dei pagamenti

La Regione Campania intende proseguire anche nel triennio 2024-2025, le azioni volte al completamento della Centrale Unica di Pagamento ed alla riduzione dei tempi di pagamento.

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

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

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

Obiettivi e indicatori:

- ❖ Riduzione dell'ammontare dell'indebitamento commerciale residuo del SSR ad un livello da considerare fisiologico;
 - Tempi di pagamento nel limite di 60 giorni a suo tempo previsti si è giunti a completo azzeramento nel dicembre 2022, dei ritardi di pagamento anche sul pregresso (ITP);
- ❖ Stabilizzazione dell'ITP dei singoli Enti entro i limiti previsti dalla normativa;

Rispetto della tempistica prevista dalla normativa vigente.

Il programma n. 6: Certificabilità dei Bilanci del SSR

Con il programma di cui all'art. 79 comma 1 sexies della L.133/2008, la Regione Campania ha previsto specifiche attività, finalizzate al ridisegno dei processi e delle procedure amministrativo contabili, alla definizione ed implementazione delle procedure di contabilità analitica a livello di singola azienda e gestione sanitaria accentrata ed alla realizzazione di una metodologia ed un modello regionale di controllo di gestione. Un'ulteriore azione intrapresa è stata l'avvio dell'estensione dell'attivazione del nuovo Sistema Amministrativo Contabile (di seguito SIAC) in tutti gli Enti e nella Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) che doterà il SSR di uno strumento tecnologico unico in grado di rilevare, gestire e, quindi, monitorare e controllare tutte le operazioni realizzate nelle strutture operanti a livello aziendale, offrendo la possibilità di indagare e analizzare il dato in tempo reale, sia nella prospettiva

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione *Triennio 2024 - 2026* *(art. 6 del DL 80/2021)*

sintetica delle grandezze macro-aziendali e di sistema, sia nella prospettiva analitica delle grandezze micro-aziendali e di singola transazione.

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

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

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

Obiettivi e Indicatori:

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

Le risorse, l'efficienza e l'economicità

Si sviluppano sinteticamente le informazioni rilevanti di carattere economico-finanziario desumibili dal ciclo di bilancio, ad integrazione degli obiettivi e risultati riportati nei precedenti paragrafi. In particolare, sono esplicitati i principali valori di bilancio e i risultati, prevalentemente in termini di efficienza ed economicità. Il principale documento di riferimento è costituito dal bilancio consuntivo e relativo "Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio", come previsto dall'art. 22 del D. Lgs. n. 91/2011 che, per le amministrazioni centrali dello Stato, corrisponde alle note integrative disciplinate dall'art. 21, comma 11, lettera a), e dall'art. 35, comma 2, della legge n. 196/2009. Un ulteriore riferimento è costituito dai processi di analisi e valutazione della spesa, ai sensi dell'art. 4, del D. Lgs. n. 123/2011, anche nell'ambito delle attività previste dall'art. 27 dello stesso decreto.

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

3.13 Gli obiettivi strategici ed operativi per l'anno 2024

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

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

La pianificazione strategica e la programmazione

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

Il processo di programmazione e controllo direzionale è il meccanismo attraverso il quale l'Azienda procede al coinvolgimento dei dirigenti nell'assegnazione o negoziazione degli obiettivi per livello di responsabilità interna e procede al loro sistematico monitoraggio al fine di garantirne il raggiungimento.

Il sistema di programmazione e controllo direzionale deve necessariamente dotarsi di strumenti di supporto tra i quali il sistema di budget, non più rinviabile, il sistema di contabilità direzionale e il sistema di reporting.

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

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

I documenti della programmazione sanitaria regionale

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

- ❖ Delibera della Giunta Regionale n. 19 del 18/01/2020 avente ad oggetto "Presenza d'atto e recepimento del "Piano triennale 2021-2023 di sviluppo e riqualificazione del SSC ex art. 2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009, n. 191", approvato con Decreto Commissariale n.6 del 17/01/2020, ai fini dell'uscita dal Commissariamento";
- ❖ Delibera della Giunta Regione Campania n. 321 del 21.06.2022 e Decreto Presidenziale Regione Campania n. 111 del 04.08.2022 e
- ❖ Deliberazione Giunta Regione Campania avente ad oggetto: "Accordo Rep. Atti n. 127/CSR del 6 agosto 2021, ex art. 1, c. 34 e 34 bis, Legge n. 662/1992, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della salute di linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2021. Approvazione del Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2021 e ripartizione delle stesse e Approvazione Relazioni Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale 2020";
- ❖ Indicazioni regionali riguardanti l'attuazione del PNRR;
- ❖ Provvedimenti, circolari e indicazioni relativi alla gestione della pandemia COVID-19 che richiedono una tempestiva e importante risposta del Servizio Sanitario nazionale e l'adozione di misure, anche straordinarie, di interesse per tutto il territorio nazionale.

Le linee di indirizzo e gli obiettivi regionali

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

- ❖ promozione della salute e prevenzione attiva;
- ❖ modelli di risposta reattiva alle acuzie e ai bisogni di nuova insorgenza;
- ❖ modelli di intervento proattivi per l'individuo con bisogni cronici/complessi e interventi per le fasce di popolazione vulnerabili;
- ❖ revisione dell'assetto dell'offerta;
- ❖ comunicazione al cittadino;
- ❖ umanizzazione del sistema di cure;

- ❖ sistemi informativi, sanità digitale, programmazione acquisti e logistica sanitaria, ricerca, innovazione ed health technology assessment;
- ❖ regole del SSR, contenzioso;
- ❖ risorse economico – finanziarie;
- ❖ risorse umane e professionali;
- ❖ governance farmaci e dispositivi medici;
- ❖ investimenti in patrimonio e tecnologie.

Gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali sono:

- ❖ gli adempimenti previsti da disposizioni normative, nazionali e regionali, da provvedimenti giuntali e/o governativi;
- ❖ il raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda sanitaria;
- ❖ la predisposizione e l'attuazione del nuovo atto aziendale, in coerenza con i relativi provvedimenti di programmazione regionale con particolare riferimento al piano regionale di programmazione della rete ospedaliera (DCA 103/2019) e al Piano regionale di programmazione della rete territoriale;
- ❖ l'adozione e l'attuazione di misure idonee a garantire il perseguimento, su base aziendale, degli obiettivi individuati nel piano di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano (DCA 99/2018);
- ❖ la prosecuzione e conclusione delle azioni di regolarizzazione delle carte contabili, nonché delle azioni di implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, attraverso una puntuale attuazione del percorso della certificabilità;
- ❖ il rispetto dei tempi di pagamento.

Indicare quali obiettivi specifici di natura preliminare:

- ❖ erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (attraverso specifici indicatori del Nuovo Sistema Di Garanzia NSG 2019), riportati nell'allegato A) della delibera di nomina del Direttore Generale, Decreto n.111 del 04/08/2022
- ❖ rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionale Intramurarie;
- ❖ continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi.

- ❖ Obiettivo di produzione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (delibera Giunta Regionale N. 210 del 04/05/2022)
- ❖ Digitalizzazione e trasmissione al fascicolo sanitario elettronico dei documenti digitali nel rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite dal DM 23/12/2019
- ❖ Erogazione almeno all'80% di pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico secondo le linee di indirizzo regionali
- ❖ Raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda sanitaria
- ❖ Rispetto dei tempi di pagamento
- ❖ Attuazione della rete aziendale dei laboratori pubblici
- ❖ Puntuale monitoraggio delle attività inerenti alle prestazioni rese in regime di accreditamento

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

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

La programmazione sanitaria aziendale

I documenti della programmazione sanitaria aziendale:

- ❖ La rimodulazione dell'atto aziendale approvato con DGRC n. 470 del 01/08/2023;
- ❖ Il processo seguito per la valutazione della performance annuale del personale dirigente e del comparto dell'Azienda ASL Napoli 3 Sud, ai sensi della Delibera n.1436 del 29/11/2023 "Regolamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della performance";

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ La deliberazione n. 348 del 29/03/2023, avente ad oggetto "Adozione Piano Integrato di Attività ed Organizzazione triennio 2023 -2025", sezione 2 – Le Performance - Direttive 2023, che individuano gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi aziendali;
- ❖ Delibera n° 1247 del 20.10.2023-Bilancio consuntivo dell'esercizio finanziario 2022
- ❖ Delibera n. 1267 del 24.10.2023- Bilancio consuntivo 2022 Riadozione Bilancio Consuntivo dell'esercizio finanziario 2022
- ❖ Delibera n° 1508 del 13_12_2023- Bilancio Preventivo Economico anno 2024
- ❖ Delibera n° 86 del 23.01.2024 _ Piano del fabbisogno di personale per il triennio 2022 – 2024, revoca Delibera n° 795 del 03/07/2023;
- ❖ Indicazioni aziendali riguardanti l'attuazione del PNRR.

In generale, si premette che l'individuazione di scelte per il futuro non può prescindere dalle grandi discontinuità che caratterizzano le dinamiche evolutive dei sistemi sanitari: il trend demografico ed epidemiologico, i nuovi modelli assistenziali guidati anche dall'evoluzione tecnologica e scientifica, la sostenibilità economica.

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

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

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

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

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

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

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

In particolare, le linee di azione sono le seguenti:

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

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Si proseguirà il percorso, già intrapreso nell'anno 2022, basato sulla focalizzazione della rete ospedaliera, ricondotta alla sua specificità di luogo di cura per patologie acute e complesse, attraverso l'adozione di modalità organizzative

di offerta dei servizi ospedalieri coerenti con l'evolversi della domanda e del bisogno, al fine di garantire una più efficace e concreta tutela della salute dei cittadini.

Nella misura in cui la pandemia COVID e le risorse lo consentiranno, si procederà all'implementazione delle seguenti linee di intervento:

- ❖ Decongestionamento dei Pronto soccorso;
- ❖ Miglioramento della gestione del rischio clinico;
- ❖ Ruolo dei Presidi nelle reti regionali emergenza e tempo dipendenti;
- ❖ Integrazione tra le strutture ospedaliere aziendali;
- ❖ Sinergia con le altre strutture del territorio, con i servizi/centrali di continuità ospedale - territorio, con i servizi di prevenzione e collaborazione con le strutture private accreditate;
- ❖ Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni critiche;
- ❖ Implementazione della telemedicina, con particolare attenzione alle persone anziani/disabili;
- ❖ Implementazione di percorsi aziendali;
- ❖ Potenziamento dell'appropriatezza prescrittiva e della ricetta dematerializzata;
- ❖ Orientamento delle prestazioni specialistiche ospedaliere verso l'alta diagnostica;
- ❖ Incremento della produzione ospedaliera;
- ❖ Riduzione della mobilità passiva;
- ❖ Efficientamento della gestione dei Presidi Ospedalieri.

PREVENZIONE

Per quanto riguarda la prevenzione delle patologie croniche o infettive, l'obiettivo da perseguire è quello di abbandonare il modello tradizionale deputato alle attività di controllo a favore di un innovativo approccio multidisciplinare, attraverso l'adozione di interventi integrati tra Dipartimento di prevenzione, altre strutture aziendali, istituzioni, parti sociali, con un ampio spettro di interventi miranti a:

- ❖ prevenire l'insorgenza della patologia stessa;
- ❖ assicurare la precoce presa in carico dei soggetti a rischio o ancora allo stadio iniziale, per bloccarne o rallentarne la progressione/diffusione;

- ❖ prevenire le complicanze nelle persone già malate.

Saranno perseguiti gli obiettivi regionali relativi alla copertura dei programmi di screening oncologici regionali

3.14 Lo schema degli obiettivi

Si allegano le schede Obiettivi Strategici ASL Napoli 3 Sud 2024-2026, annualità 2024, distinti in:

- Area Amministrativa (Allegato n. 3);
- Area Sanitaria (Allegato n. 4);
- Area di Supporto alla Direzione Strategica (Allegato n. 5);

3.15 Lo schema dei compiti di diretta responsabilità dei titolari degli obiettivi performance 2024

Si elencano i compiti d'assolvere:

- ❖ Pubblicare entro e non oltre il 05/02/2024 le schede performance 2024 contenenti gli obiettivi assegnati;
- ❖ Pubblicare entro e non oltre il 20/02/2024 il verbale contenente l'assegnazione degli obiettivi alle strutture di specifica competenza;
- ❖ Pubblicare le schede performance 2024 degli obiettivi negoziati ed affidati ai titolari delle articolazioni aziendali di competenza;
- ❖ Pubblicare con cadenza trimestrale il monitoraggio degli obiettivi affidati:
 - Obiettivi Strategici Aziendali;
 - Obiettivi Strategici di Struttura;
 - Obiettivi operativi.
- ❖ Trasmettere il monitoraggio trimestrale all'U.O.C. Controllo di Gestione e all'U.O.C. VRU e Performance;
- ❖ Il RPCT avrà cura di monitorare, con cadenza trimestrale, le azioni poste in essere dalle articolazioni aziendali, volte al rispetto dei criteri di specifica competenza



ASL Napoli 3 Sud

Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

Il non adempimento alle azioni sopra elencate, determinerà la decurtazione del 10% del punteggio finale di valutazione.

4 I rischi corruttivi e la trasparenza

4.1 Introduzione

La legge n. 190 del 6 novembre 2012 e ss.mm.ii. prevede che ogni amministrazione pubblica si doti di un piano triennale di prevenzione della corruzione che abbia come precipuo compito quello di indicare gli interventi organizzativi volti a prevenire il rischio di corruzione (cc.dd. misure di prevenzione o misure di mitigazione). Il PTPCT costituisce il secondo livello del processo di formulazione e attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione delineato dalla predetta legge, da adottarsi sulla base delle linee di indirizzo fornite annualmente dall'Anac con il Piano nazionale anticorruzione.

Successivamente, il decreto del Dipartimento Funzione pubblica del 30 giugno 2022, n. 132 ha stabilito che il piano triennale di prevenzione della corruzione è parte integrante del PIAO. Tale Piano viene adottato da ogni pubblica amministrazione entro il 31 gennaio di ogni anno, viene pubblicato sul sito istituzionale e inviato al Dipartimento della funzione pubblica per la pubblicazione sul portale dedicato.

Nella definizione della presente Sezione del PIAO vengono presi in considerazione i seguenti argomenti:

- ❖ i vari livelli di responsabilità dei soggetti coinvolti nell'attuazione delle misure di prevenzione;
- ❖ il contesto interno ed esterno dell'Asl Napoli 3 Sud;
- ❖ la gestione del rischio (mappatura dei processi, valutazione del rischio, identificazione del rischio, analisi del rischio mediante i fattori abilitanti ovvero sia quei fattori o quelle cause che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti corruttivi, la previsione delle misure di prevenzione della corruzione);
- ❖ il codice di comportamento e le sue violazioni;
- ❖ la rotazione ordinaria e straordinaria;
- ❖ il conflitto di interessi;
- ❖ l'inconferibilità e l'incompatibilità;
- ❖ il pantouflage (c.d. revolving doors ovvero sia il fenomeno del passaggio dei funzionari pubblici dal settore pubblico a quello privato e viceversa, per sfruttare la loro posizione precedente presso il nuovo datore di lavoro);
- ❖ la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e delle disposizioni normative nazionali (whistleblowing);
- ❖ le aree di rischio, in particolare i contratti pubblici, il reclutamento del personale e la gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- ❖ la normativa antiriciclaggio;

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ la trasparenza e gli obblighi di pubblicazione.

4.2 Soggetti e ruoli della strategia aziendale

Tutti gli operatori dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud hanno un personale livello di responsabilità circa l'attuazione del Piano triennale di prevenzione del rischio di corruzione, in relazione ai compiti effettivamente svolti. Di seguito si indicano i soggetti responsabili dell'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione.

La Direzione Generale si avvale del supporto del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e mantiene con quest'ultimo un dialogo costruttivo finalizzato alla definizione di misure attuali ed effettive per prevenire i fenomeni interni di *maladministration*. Quale organo di indirizzo politico:

- ❖ definisce gli obiettivi in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza, che costituiscono il contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- ❖ designa il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- ❖ adotta il PIAO e i suoi aggiornamenti;
- ❖ adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione;
- ❖ può chiedere al RPCT di riferire sull'attività.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) è il soggetto preposto a collaborare con la direzione strategica e con tutti i soggetti dell'organizzazione affinché il complesso delle azioni e delle attività amministrative siano basate sul principio di legalità; l'obiettivo principale assegnato al RPCT è quello della predisposizione del sistema di prevenzione della corruzione dell'Ente nonché della verifica della tenuta complessiva di tale sistema al fine di contenere fenomeni di cattiva amministrazione. In materia di misure di prevenzione della corruzione e in materia di trasparenza, spetta al RPCT presentare all'organo di indirizzo, per la necessaria approvazione, una proposta della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO che sia "idonea", ossia studiata per essere efficace per lo specifico ente in cui deve essere attuata.

A ciò si deve aggiungere l'obbligo:

- ❖ di vigilare sull'attuazione, da parte di tutti i destinatari, delle misure di prevenzione del rischio contenute nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO;
- ❖ di segnalare all'organo di indirizzo e all'OIV le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e in materia di trasparenza;

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ di indicare 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 in materia di trasparenza.

I risultati dell'attività svolta, tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite nella sezione apposita del PIAO, sono resi noti dal RPCT in una Relazione annuale da pubblicare sul sito istituzionale dell'amministrazione, predisposta sulla base delle relazioni elaborate dai Direttori dei Dipartimenti, dei Distretti, dei Presidi Ospedalieri e delle Strutture Complesse (U.O.C.). I direttori delle UUOCC Servizi Amministrativi ospedalieri Area Nord e Area Sud collaboreranno con i Direttori dei PPOO per gli adempimenti scaturenti dal presente Piano.

Oltre a predisporre la sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, il RPCT deve occuparsi anche:

- ❖ della programmazione delle attività necessarie a garantire l'attuazione corretta delle disposizioni in tema di trasparenza, elaborando una apposita sezione, con la quale organizzare i flussi informativi necessari a garantire l'individuazione/elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati nonché il sistema di monitoraggio sull'attuazione degli stessi;
- ❖ dell'attività di monitoraggio sulla effettiva pubblicazione dei dati previsti dalla normativa vigente, assicurando anche che sia rispettata la "qualità" dei dati.

A ciò consegue il potere di segnalare gli inadempimenti rilevati, in relazione alla gravità, all'OIV, all'organo di indirizzo politico, ad ANAC e/o all'UPD.

In materia di protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e delle disposizioni normative nazionali (Whistleblowing), il RPCT svolge un ruolo di primo piano anche nella gestione delle segnalazioni. In materia di imparzialità soggettiva del "funzionario", il RPCT ha compiti di vigilanza anche sul rispetto della normativa in materia di inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi. Un ruolo chiave è svolto sicuramente dal RPCT anche in materia di *Pantouflage*, essendo chiamato a verificare la corretta attuazione delle misure di prevenzione di predetta misura.

Tuttavia, il RPCT, sia per la mancanza di risorse umane che finanziarie, sia per le dimensioni dell'Ente ha incontrato notevoli difficoltà nel poter garantire un controllo costante sull'attuazione delle misure di prevenzione. Sarebbe auspicabile che l'Amministrazione garantisse un adeguato supporto (risorse umane in primis, e poi tecnologiche) per consentire la suddetta attività di controllo da parte del RPCT, anche a garanzia dei Referenti/Responsabili delle Unità operative-Distretti-PO-Dipartimenti.

Infatti, considerati i delicati compiti che spettano al RPCT, l'Autorità, con Determinazione n.12/2015, con Deliberazione n. 22/2016 e con il PNA 2023-2025, ritiene che vada assicurato al RPCT un adeguato supporto, attraverso la previsione di una struttura organizzativa idonea e proporzionata che consenta al RPCT di svolgere in modo completo ed effettivo le proprie funzioni.

Laddove possibile è opportuno che l'organo di indirizzo doti il RPCT di un ufficio appositamente dedicato al supporto del RPCT, con personale congruo per numero e professionalità, risorse strumentali e finanziarie.

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

In ossequio a quanto previsto dall'Autorità, sia nelle citate Deliberazioni che nel PNA 2023-2025, vengono individuati i **Referenti aziendali** con compiti di collaborazione, di monitoraggio e di azione diretta in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza e chiamati a svolgere una costante attività informativa nei confronti del Responsabile.

Sono individuati "Referenti" per la prevenzione della corruzione i Direttori delle Strutture Complesse, dei Presidi Ospedalieri, dei Distretti Sanitari e dei Dipartimenti. I direttori dei Presidi Ospedalieri verranno coadiuvati nell'esercizio delle attività amministrative legate alla prevenzione della corruzione e della trasparenza dai Direttori delle UUOCC Servizi Amministrativi ospedalieri Area Nord e Area Sud.

Ciascun referente, per l'attività di rispettiva competenza, è chiamato a collaborare con il RPCT, svolgendo un ruolo di raccordo fra il medesimo e le strutture dirette.

Nello specifico i Referenti provvedono a:

- ❖ trasmettere al RPCT la mappatura dei processi e a comunicare tempestivamente la variazione dei processi della propria Struttura;
- ❖ monitorare la gestione dei beni e delle risorse strumentali assegnati ai servizi, nonché vigilare sul loro corretto uso da parte del personale dipendente;
- ❖ vigilare sulla tempestiva ed idonea attuazione/applicazione/rispetto del codice di comportamento, della misura della rotazione ordinaria o dell'obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi, nonché della misura del divieto di Pantouflage di cui all'art.53, co. 16-ter, d.lgs. n. 165/2001;
- ❖ individuare i dipendenti operanti nei settori maggiormente a rischio da avviare a specifici percorsi formativi;
- ❖ trasmettere entro il 30 novembre, ai fini del monitoraggio, la relazione annuale al RPCT sullo stato di attuazione e sull'utilità delle misure di prevenzione della corruzione programmate ed eventuali proposte di modifiche o di eventuali nuove misure da adottare (Sottosezione "Altri contenuti", sottosezione di secondo livello "Prevenzione della corruzione" degli obblighi di pubblicazione dell'allegato n. 6 del presente piano);
- ❖ nella relazione di cui alla precedente lettera e), il Referente dichiara l'ottemperanza agli obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente previsti dagli allegati n. 6 e n. 7 del presente Piano;
- ❖ segnalare al Responsabile i casi di fenomeni corruttivi emersi e relativa valutazione in merito ad ulteriori misure di contenimento del rischio da adottare;
- ❖ assicurare, in materia di trasparenza, il rispetto degli obblighi e dei tempi di pubblicazione dei dati e il miglioramento dei flussi informativi all'interno della propria struttura;
- ❖ qualora il RPCT necessiti di un corretto inquadramento normativo della fattispecie (come ad esempio ai fini della valutazione di una segnalazione) può richiedere un parere all'UOC Affari Legali che è tenuto a

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

fornire risposta nei tempi indicati dal RPCT e comunque tali da consentire di poter riscontrare la segnalazione entro 20 giorni.

I Referenti anticorruzione, in quanto portatori di conoscenze tecniche settoriali, potranno essere coinvolti *ratione materiae* nel corso della definizione del piano anticorruzione o del suo monitoraggio, per l'approfondimento di determinate questioni (p.e., focus tematici volti alla ridefinizione dell'architettura e del contenuto delle singole aree di rischio; supporto al RPCT nell'analisi delle segnalazioni pervenute; riorganizzazione di Sottosezioni della pagina Amministrazione trasparente). La rete dei Referenti anticorruzione, quanto mai necessaria in un'organizzazione articolata come quella aziendale, ha l'obiettivo di semplificare il flusso di informazioni e di garantire la predisposizione di idonee misure di prevenzione nonché di presidiare la loro attuazione.

Come raccomandato dall'Anac nel PNA 2019, inoltre, il RPCT si potrà avvalere anche degli uffici aziendali che svolgono attività ispettive o di controllo, in un'ottica prospettica di integrazione e coordinamento con il sistema dei controlli interni ed esterni.

Tutti gli altri dipendenti dell'amministrazione sono tenuti ad osservare le prescrizioni contenute nella presente sezione anticorruzione e nel Codice di Comportamento generale ed aziendale, inoltre:

- ❖ partecipano al processo di gestione e prevenzione del rischio di corruzione;
- ❖ segnalano casi di illecito e di (attuale o potenziale) conflitto di interessi, anche ai fini dell'attivazione dei meccanismi di cui all'art. 6 bis L.241/1990 (art. 6 e 7 D.P.R. 63/2013);
- ❖ partecipano ai percorsi formativi attivati dall'Azienda.

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione osservano le misure contenute nella presente Sezione e nel Codice di Comportamento e segnalano le situazioni di illecito.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), ha il compito di svolgere le seguenti attività:

- ❖ verifica, anche ai fini della validazione della relazione sulla performance, che la sezione anticorruzione sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale;
- ❖ verifica che nella misurazione e valutazione della performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;
- ❖ verifica i contenuti della relazione annuale sull'attività svolta, elaborata dal RPCT, in rapporto agli obiettivi di prevenzione della corruzione e di trasparenza, allo scopo può chiedere al RPCT informazioni e documenti necessari al controllo e può effettuare audizioni di dipendenti;
- ❖ riferisce all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- ❖ esprime parere obbligatorio nell'ambito del procedimento di adozione del Codice di comportamento aziendale;

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ rilascia l'attestazione annuale sulla trasparenza, secondo le indicazioni e la griglia di rilevazione pubblicata annualmente sul sito dell'ANAC.

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD), ha il compito di svolgere le seguenti attività:

- ❖ esamina le segnalazioni relative a violazioni dei Codici di comportamento aziendale e Disciplinare;
- ❖ svolge i procedimenti disciplinari di competenza, segnalando tempestivamente al RPCT l'apertura di procedimenti riferiti ad ipotesi di eventi corruttivi, pur eventualmente sospesi per un processo penale pendente;
- ❖ svolge attività di vigilanza e, in raccordo con il RPCT, di monitoraggio ex art. 15 del D.P.R. 62/2013 e provvede all'aggiornamento del Codice di comportamento.

Responsabile dell'inserimento e aggiornamento degli elementi identificativi della stazione appaltante nell'anagrafe unica delle stazioni appaltanti.

Ogni stazione appaltante è tenuta a nominare il soggetto responsabile (RASA) dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante nell'anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), di cui all'art. 33-Iter del DL 08.10.2012 n. 179. Il Responsabile dell'inserimento e aggiornamento degli elementi identificativi della stazione appaltante nell'anagrafe unica delle stazioni appaltanti per l'Asl Napoli 3 Sud è Il Direttore dell'UOC Acquisti Beni e Servizi.

4.3 La valutazione di impatto del contesto esterno

L'analisi del contesto esterno è stata operata attraverso il Cruscotto Contesto elaborato dall'ANAC e raggiungibile attraverso il seguente link:

<https://anac-c1.board.com/#/screen/?capsulePath=Cruscotti%5CIndicatori%20di%20contesto.bcps>

L'analisi di contesto prende in considerazione diciotto indicatori elementari raccolti in quattro domini tematici: criminalità, istruzione, economia e territorio.

- ❖ Indicatore composito dei compositi

L'indicatore composito dei compositi ha l'obiettivo di sintetizzare, in un unico indicatore, la complessità e la multidimensionalità della corruzione. Per tale motivo è calcolato utilizzando i seguenti domini: istruzione, criminalità, economia e territorio. L'analisi del contesto esterno, infatti, si pone l'obiettivo di individuare le caratteristiche culturali, economiche, sociali del territorio nel quale l'amministrazione opera, tali da poter favorire, o viceversa ostacolare, il verificarsi di fenomeni corruttivi. Tale metodologia è alla base della misurazione del Benessere Equo e Sostenibile dell'ISTAT e di altri indicatori di misurazione di fenomeni complessi multidimensionali sia a livello nazionale che internazionale. Fonte: Cruscotto Contesto ANAC



Figura 33 – Indicatore composito dei compositi



Figura 34 – Domini dell'indicatore composito dei compositi

La diffusione della corruzione può essere notevolmente influenzata dai livelli complessivi di criminalità, dall'efficacia del sistema giuridico nel contrastarla, dal grado di protezione che esso riconosce agli individui danneggiati dalle attività corruttive.

L'indicatore reati di corruzione, concussione e peculato considera i delitti in cui la fattispecie giuridica contempla uno scambio tra un funzionario pubblico e un soggetto esterno (corruzione e concussione), o un abuso di potere per il profitto privato del funzionario (peculato). In tale indicatore rientrano: i reati contro l'ordine pubblico e ambientali, i reati contro il patrimonio e l'economia pubblica e gli altri reati contro la PA. In tale indicatore sono inclusi i delitti in cui lo scambio illecito e/o l'abuso di potere costituiscono un elemento esterno/fattuale che fa da contesto del reato. In questo caso la corruzione e/o l'abuso di potere non sono necessariamente oggetto di accertamento in sede processuale, ma possono rappresentare la ratio che sta dietro alla commissione di quei delitti

e quindi segnalare fenomeni comportamentali corruttivi.

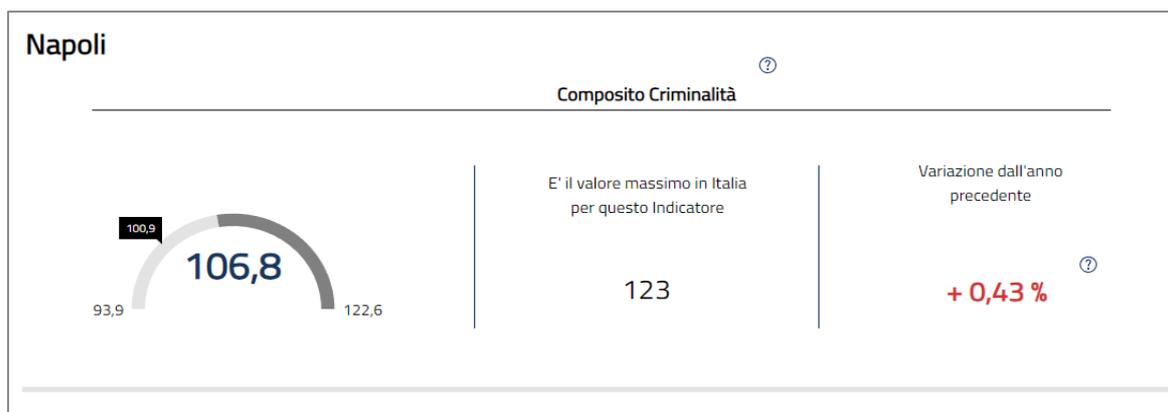


Figura 35 – Indicatore composito criminalità



Figura 36 – Reati contro il patrimonio e l'economia pubblica

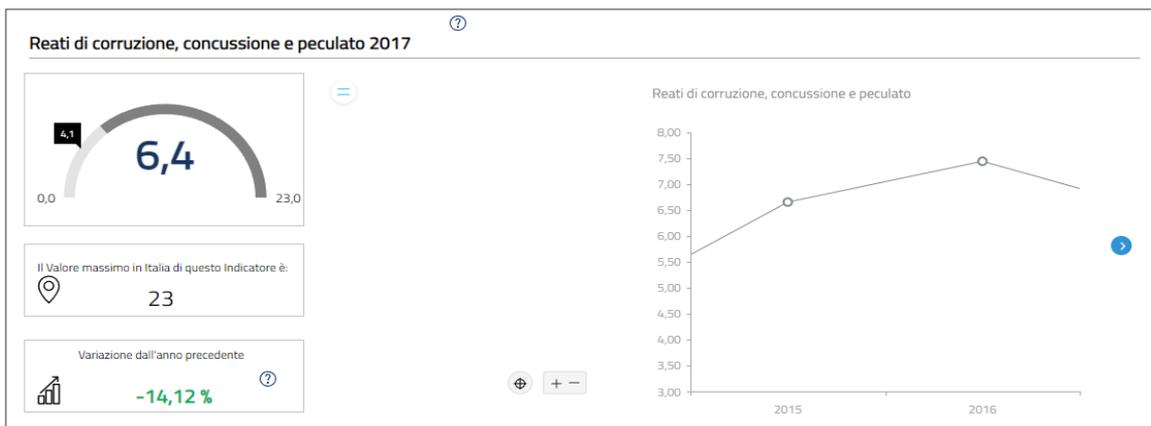


Figura 37 – Reati di corruzione, concussione e peculato

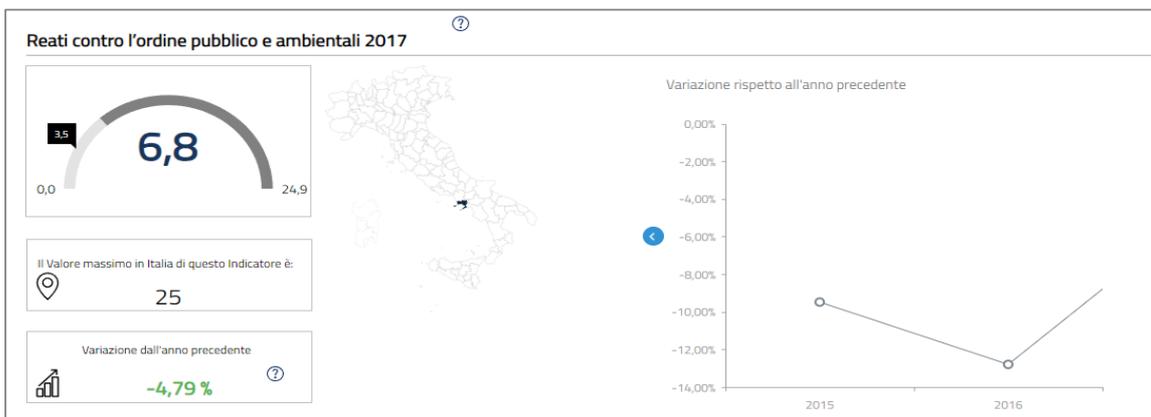


Figura 38 – Reati contro l'ordine pubblico e ambientali

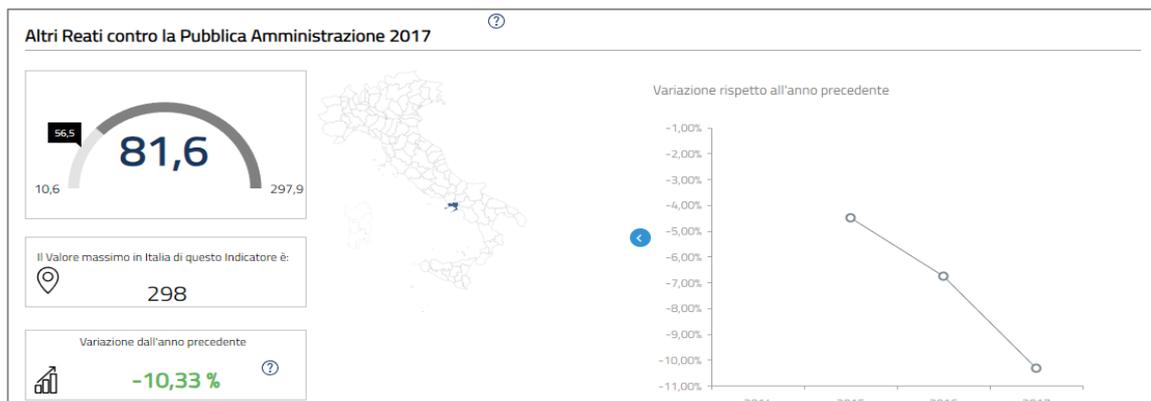


Figura 39 – Altri Reati contro la Pubblica Amministrazione

❖ **Indicatore di istruzione**

Livelli più elevati di corruzione sono associati a livelli più bassi di istruzione nella popolazione. Una possibile spiegazione è che gli individui con livelli di istruzione più elevati abbiano acquisito competenze e conoscenze che li rendono più consapevoli del valore delle libertà civili e meno tolleranti nei confronti della corruzione. Per le stesse ragioni, livelli più elevati di corruzione mediamente sono associati a livelli più bassi di capitale umano. A ciò si aggiunge che dove la corruzione è maggiore, l'emigrazione qualificata è significativamente più elevata, generando problemi di fuga di cervelli. Nel cruscotto sono analizzati il numero di diplomati, il numero di laureati e il numero di giovani (15-29 anni) che non hanno un'occupazione regolare e non seguono un percorso di studio.



Figura 40 – Indicatore di Istruzione



Figura 41 – Monitoraggio degli indicatori del dominio Istruzione

❖ **Indicatore di economia**

L'alto livello e il grado di uguaglianza nella distribuzione del reddito, l'occupazione, la capacità di attrarre investimenti interni ed esteri e di favorire la nascita e la crescita di attività imprenditoriali, l'intensità della

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

competizione nei mercati, la libertà economica, sono fattori che si associano a bassi livelli di corruzione. Inoltre, a livelli elevati di utilizzi di Internet è associato un livello di corruzione più basso in quanto la rete favorisce la diffusione di informazioni che rappresentano uno strumento di controllo dell'esercizio dei poteri pubblici.

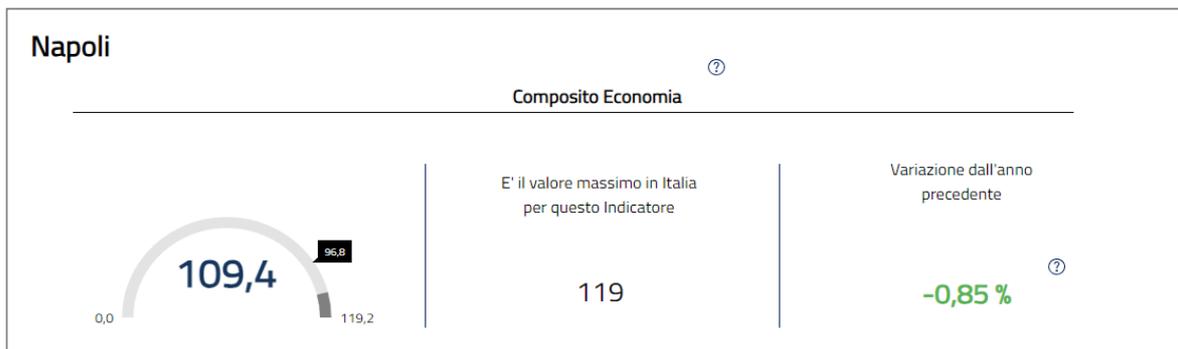


Figura 42 – Indicatore di economia

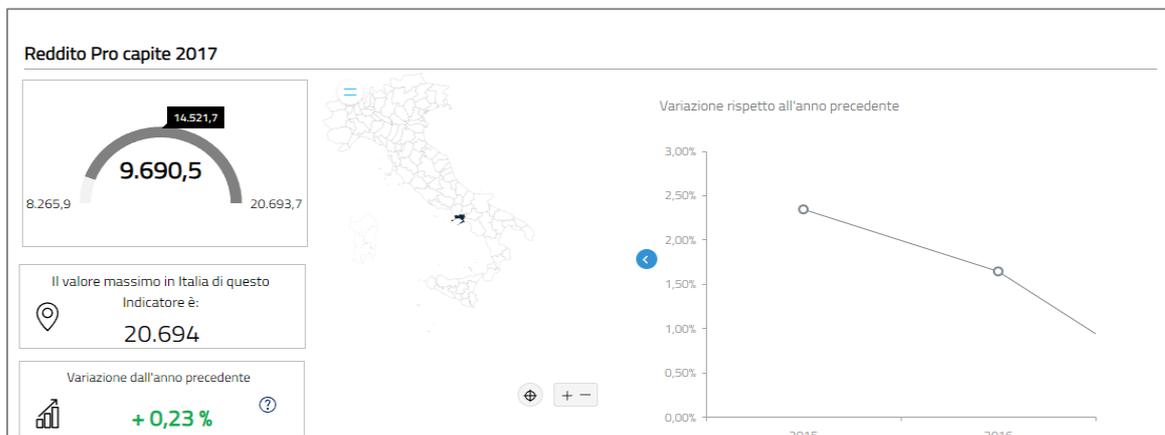


Figura 43 – Reddito Pro capite

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)



Figura 44 – Occupazione

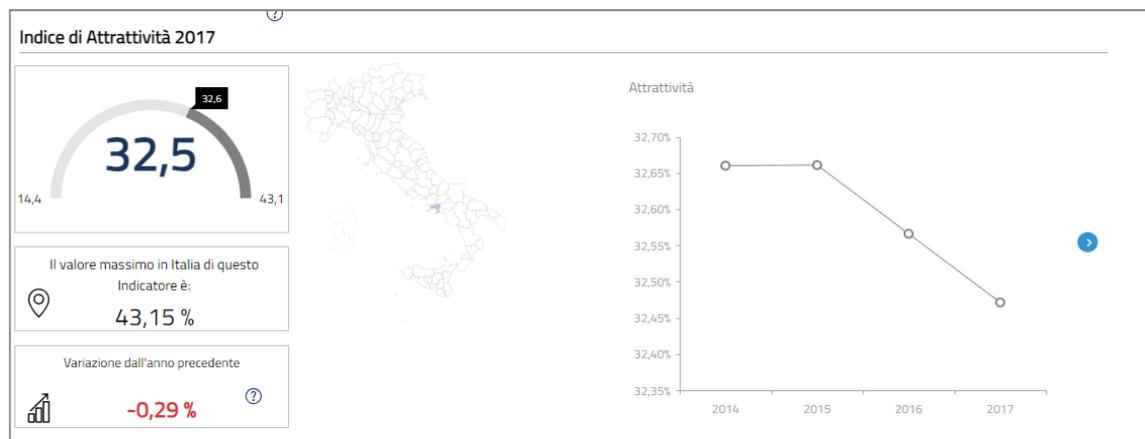


Figura 45 – Indice di Attrattività

La classifica per l'anno 2023 (fonte Sole 24 ore) relativa all'indice complessivo di criminalità riporta la provincia di Napoli al 10° posto, tra le province italiane, con 135.980 denunce e con un rapporto di 4.579,10 denunce ogni 100.000 abitanti.

4.4 La valutazione di impatto del contesto interno

La struttura organizzativa dell'ASL Napoli 3 Sud è composta da Distretti, Dipartimenti, Strutture ed Uffici. Sulla base delle responsabilità attribuite dalla Direzione Strategica e gestite dalla stessa articolazione organizzativa, le strutture si caratterizzano nell'ambito dell'organigramma per essere complesse, semplici a valenza dipartimentale o semplici. La vigente articolazione è espressione dell'Atto Aziendale. Nell'anno 2023 è stato adottato il nuovo atto aziendale con DDG n. 854 del 20/7/2023. L'atto aziendale individua le modalità organizzative finalizzate alla

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

realizzazione degli obiettivi previsti nell'ambito della programmazione sanitaria e sociosanitaria nazionale e regionale, nel rispetto dei criteri di efficienza, efficacia, qualità, appropriatezza ed economicità.

4.5 La mappatura dei processi

L'aspetto centrale e più importante dell'analisi del contesto interno, oltre alla rilevazione dei dati generali relativi alla struttura e alla dimensione organizzativa, è la cosiddetta mappatura dei processi, consistente nella individuazione e analisi dei processi organizzativi. L'obiettivo è che l'intera attività svolta dall'amministrazione venga gradualmente esaminata al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi. La mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi.

Considerato che il Piano triennale della Prevenzione e della Corruzione ha natura "Programmatoria" (con cui ogni amministrazione o ente individua il proprio grado di esposizione al rischio di corruzione e indica gli interventi organizzativi, cioè le misure, volti a prevenire il rischio), tutte le previsioni ivi contenute possono essere oggetto di aggiornamento o revisione, in quanto l'adozione del Piano non si configura come una attività ultimata e definita, bensì come un insieme di processi che gradualmente possono essere modificati, integrati e migliorati.

In tale ottica, sono stati individuati con i precedenti PTPCT i "servizi critici" ovvero uffici con un rischio più elevato di eventi corruttivi e sono state mappate le seguenti aree:

- ❖ acquisizione e progressione del personale (incarichi e nomine);
- ❖ rilevazione delle presenze;
- ❖ affidamento di lavori, servizi e forniture (contratti pubblici);
- ❖ rapporti contrattuali con privati accreditati;
- ❖ attività di vigilanza, controllo e ispezione di strutture socio-sanitarie private accreditate;
- ❖ liste di Attesa;
- ❖ provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto e immediato;
- ❖ gestione Patrimonio;
- ❖ attività di vigilanza, controllo e ispezione;
- ❖ attività legale e procedimenti sanzionatori;
- ❖ libera professione (ALPI);
- ❖ farmaceutica;
- ❖ gestione delle entrate e delle spese;

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero;
- ❖ misure relative alla erogazione delle prestazioni e servizi sanitari;
- ❖ area laboratori;
- ❖ area Radiologica.

Dal PIAO 2023-2025 dell'Asl Napoli 3 Sud si evince così testualmente "La mappatura dei processi" viene integrata con i sistemi di gestione presenti nell'organizzazione aziendale (controllo di gestione, sistemi performancemanagement, sistemi di auditing) secondo il principio della integrazione, creando interazioni di tipo organizzativo e gestionale.

Nella mappatura sono stati coinvolti i dirigenti competenti *ratione materiae*. Per ciascun processo è stata effettuata la valutazione del rischio, identificando, in primis, il rischio e descrivendolo nell'ambito del gruppo di lavoro con il coinvolgimento dei Dirigenti preposti, analizzando il rischio e cioè valutare le probabilità che si verifichi e l'impatto, cioè le conseguenze a livello economico, organizzativo. I rischi vengono confrontati tra loro allo scopo di deciderne la priorità e l'urgenza del trattamento. Nell'allegato n. 8 (mappatura dei processi) vengono riportate le risultanze delle misure, individuate dal Responsabile della prevenzione della corruzione con il coinvolgimento dei Dirigenti delle diverse articolazioni aziendali, per neutralizzarlo o ridurlo. Secondo quanto stabilito dall'ANAC nell'Allegato n. 1 al PNA 2019. Il trattamento del rischio è la fase volta ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi. In tale fase, le amministrazioni non devono limitarsi a proporre delle misure astratte o generali, ma devono progettare l'attuazione di misure specifiche e puntuali e prevedere scadenze ragionevoli in base alle priorità rilevate e alle risorse disponibili. Gli adempimenti riportati all'interno delle tabelle, alla voce "misure di prevenzione della corruzione", richiederanno un monitoraggio costante della loro attuazione. Purtroppo, il Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza, sia per la mancanza di risorse umane che finanziarie, sia per le dimensioni dell'ente, potrà incontrare grandi difficoltà nel poter garantire un controllo costante delle attività di rischio, secondo la calendarizzazione prevista dal RPC. Pertanto, l'amministrazione, dovrà prodigarsi a garantire un reale supporto (risorse umane e tecnologiche) per consentire l'espletamento della suddetta attività di controllo, da parte dei Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Questo permetterebbe di correre ai ripari da parte dei responsabili delle aree dove tali criticità si sono riscontrate.

4.6 La valutazione dei rischi corruttivi

A seguito della mappatura del processo è possibile effettuare la valutazione del rischio corruttivo. La valutazione del rischio corruttivo si snoda nelle seguenti fasi:

- ❖ identificazione del rischio;
- ❖ analisi del rischio mediante fattori abilitanti;

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione Triennio 2024 - 2026 (art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ stima del livello di esposizione al rischio attraverso i criteri per la valutazione del rischio;
- ❖ trattamento del rischio mediante l'identificazione delle misure di prevenzione.

L'identificazione del rischio rappresenta il carattere cruciale della fase di gestione del rischio. Certamente vi è una correlazione fra l'identificazione del rischio ed il livello di collaborazione tra il RPCT ed i responsabili delle unità organizzative nel processo di gestione del rischio: la collaborazione favorisce l'identificazione degli eventi rischiosi, di contro, la non collaborazione rende più difficoltosa tale identificazione. Ciò è ben comprensibile, in quanto i responsabili degli uffici, avendo una conoscenza più approfondita delle attività svolte dalla propria unità organizzativa, possono in concreto facilitare l'identificazione degli eventi rischiosi.

L'analisi del rischio previamente identificato può consentire - attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione - di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio. Il ricorso ai fattori abilitanti contribuisce in modo determinante all'individuazione delle misure specifiche di trattamento più efficaci, ossia le azioni di risposta più appropriate e indicate per prevenire i rischi. Sono stati esaminati quei fattori di contesto che possono agevolare il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione.

Fattori abilitanti (fattori/cause che agevolano il verificarsi di comportamenti/fatti corruttivi)			
	SI	NO	Note
Mancanza di controlli			
Mancanza di trasparenza			
Eccessiva regolamentazione/complessità			
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			
Competenze del personale addetto ai processi inadeguate			
Assenza di personale con le competenze richieste per la gestione del processo			
Inadeguata diffusione della cultura della legalità			
Altro (specificare nella riga sottostante)			

Dati oggettivi di supporto alla stima del rischio			
	SI	NO	NOTE
Dati sui precedenti giudiziari			
Dati su procedimenti disciplinari			
Reclami			
Segnalazioni pervenute			
Pubblicazione evento su giornali/riviste			

Analisi del rischio di corruzione (indicatori di stima)			
	ALTO	MEDIO	BASSO
Discrezionalità dei processi			
Interesse esterno			
Controlli			
Efficacia della trasparenza			
Grado di attuazione delle misure di trattamento			
Personale coinvolto nella gestione del rischio			
Livello di rischio complessivo			

Trattamento del rischio (individuazione e programmazione delle misure)			
	Esistente /Nuova	Tempistiche	Indicatori
Misura di controllo			N. controllo effettuati/n. pratiche-provvedimenti
Misura di trasparenza			Presenza o meno di un determinato atto/dato/informazione oggetto di pubblicazione
Misure di definizione e promozione dell'etica (Codice comportamento aziendale)			Rispetto codice comportamento aziendale
Misure di regolamentazione			Verifica adozione di un determinato regolamento/procedura
Misure di formazione			N. partecipanti ad un corso/n. interessati al corso
Misura di sensibilizzazione e partecipazione			N. iniziative svolte ed evidenza dei contributi raccolti
Misure di rotazione			N. incarichi/pratiche ruotati sul totale
Misure di disciplina del conflitto di interessi			Specifiche previsioni su casi particolari di conflitto di interesse
Misure di regolazione dei rapporti <i>lobbies</i>			Presenza o meno di discipline atte a regolare il confronto con le <i>lobbies</i> e strumenti di controllo

Figura 46 - Fattori abilitanti della corruzione

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

Indicatori di rischio

Gli indicatori di rischio (key risk indicators) cui si ricorre al fine di acquisire informazioni sul livello di esposizione al rischio del processo o delle attività sono diversi. Gli indicatori utilizzati per ciascun'area sono quelli relativi al "Grado di discrezionalità del decisore interno alla PA" – ovvero la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale che determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato; l'indicatore "Livello di interesse esterno" (ossia "la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo che determina un incremento del rischio"); l'indicatore "Manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata" – attività già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili tale da far aumentare il rischio corruttivo.

Trattamento del rischio

Rispetto al trattamento del rischio si distinguono:

- ❖ misure generali, che incidono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione, intervenendo in maniera trasversale sull'intera amministrazione;
- ❖ misure specifiche che incidono su temi individuati in seguito all'analisi e valutazione del rischio.

La programmazione delle misure di prevenzione avviene nel rispetto dei principi declinati da ANAC ed oltre a dover essere adeguatamente progettate, (onde evitare astrazioni irrealizzabili o estremamente gravose) devono essere efficaci, sostenibili dal punto di vista economico ed organizzativo, adattate alle specificità ed alle peculiarità aziendali e verificabili. Dal PIAO 2023-2025, in merito all'identificazione e la valutazione dei rischi corruttivi, si evince così testualmente "Il contributo fornito dai diversi Direttori/ Responsabili, nella qualità di Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione, finalizzato alla costituzione della mappatura dei processi costituisce la base di sviluppo delle attività del RPCT per l'analisi delle attività e la valutazione dei rischi. L'analisi del rischio è fondamentale al fine di individuare correttamente le misure di prevenzione da porre in essere".

Nel prossimo triennio si procederà all'aggiornamento della mappatura dei processi aziendali valutando i rischi e individuando le misure più adatte a contenerli. A tal fine i Referenti sono chiamati a:

- ❖ collaborare con il RPCT nell'attività di mappatura dei processi, nell'analisi e valutazione del rischio e nella individuazione di misure di contrasto;
- ❖ concorrere, anche elaborando specifiche proposte da sottoporre al RPCT, alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione;
- ❖ provvedere alla individuazione del personale, all'interno delle strutture di competenza, che supporti la realizzazione delle attività su indicate.

Si rappresentano nei prossimi paragrafi le misure generali del sistema aziendale di prevenzione dei fenomeni corruttivi ed i relativi principali caratteri distintivi.

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

4.7 Il codice di comportamento

L'Azienda, conformemente alle disposizioni normative previste in materia, ha approvato il proprio codice di comportamento, adottato con Delibera n. 813 del 5/12/2013. Il Codice è articolato al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà e imparzialità. La violazione dei doveri contenuti nel codice di comportamento, compresi quelli relativi all'attuazione del Piano di prevenzione della corruzione, è fonte di responsabilità disciplinare.

Sono tenuti a vigilare sull'applicazione dei Codici di comportamento i dirigenti responsabili di ciascuna struttura (Direttore di Struttura Complessa, di Dipartimento, di Distretto e di Presidio Ospedaliero), per l'ambito di competenza e in relazione ai connessi livelli di responsabilità, le strutture di controllo interne e l'Ufficio di Disciplina. L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) cura la raccolta delle segnalazioni di condotte illecite, rendicontando tale attività nella relazione annuale sulle le misure attuate previste dal presente Piano e di ottemperanza agli obblighi di pubblicazione. Dal 14 luglio 2023, con Decreto del Presidente della Repubblica 13 giugno 2023 n. 81, pubblicato sulla G.U. n. 150 del 29/6/2023, sono entrate in vigore importanti modifiche e integrazioni al DPR n. 62/2023 "Codice di Comportamento dei Dipendenti Pubblici". A tal fine nell'anno 2024, l'UPD provvederà alla predisposizione del nuovo codice di comportamento aziendale da approvare con DDG.

In merito sarebbe auspicabile che nel corso del 2024, il Responsabile dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari e l'UOC Affari Legali trasmettano al RPCT le segnalazioni con riferimento alla violazione del D.P.R. n. 62 del 2013, del codice disciplinare aziendale, segnalazioni che costituiscono elemento di riflessione per l'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione da adottare nei successivi piani. In ogni caso i Responsabili delle Strutture devono svolgere tutte le attività di sensibilizzazione che ritengano necessarie per richiamare l'attenzione del personale sull'importanza delle disposizioni del Codice. In particolare, i Referenti sensibilizzano i propri dipendenti attraverso la diffusione periodica del Codice di Comportamento (l'attività di sensibilizzazione deve essere svolta sia nei confronti dei neoassunti sia nei confronti del personale in servizio da più tempo attraverso, ad esempio, delle riunioni periodiche con relativo verbale sull'argomento o attraverso delle mail con cui i Responsabili apicali delle Strutture - UOC, Distretti, Dipartimenti e Presidio Ospedaliero, trasmettendo il codice di comportamento, richiamano tutti i dipendenti all'osservanza delle disposizioni ivi contenute). Di tale attività ne verrà data evidenza nella relazione annuale sulle misure attuate previste dal presente Piano e di ottemperanza agli obblighi di pubblicazione che ogni Referente trasmette al RPCT.

Al fine di 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'articolo 1 della legge n.190/2012 ha introdotto la cosiddetta rotazione ordinaria del personale all'interno delle pubbliche amministrazioni.

Come sottolineato dall'ANAC, lo strumento della rotazione non deve essere attuato in maniera acritica e generalizzata a tutte le posizioni organizzative ma solo con riferimento agli ambiti nei quali più elevato è il rischio corruttivo. La misura della rotazione può risultare di complessa attuazione e può comportare, se non realizzata in

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

una visione organica dell'azione amministrativa e delle priorità dell'amministrazione, disfunzioni e rallentamenti. Il presupposto di qualsiasi modalità di rotazione è costituito dallo svolgimento di formazione *ad hoc* cui deve seguire una adeguata attività preparatoria di affiancamento al personale subentrante.

Il ricorso alla rotazione deve essere considerato in una logica di necessaria complementarità con le altre misure di prevenzione della corruzione specie laddove possano presentarsi difficoltà applicative sul piano organizzativo.

Ove non sia possibile utilizzare la rotazione come misura di prevenzione della corruzione, si prevede che vengano attuate scelte organizzative e adottate altre misure di natura preventiva che possono avere effetti analoghi, quali a titolo esemplificativo, la previsione di modalità operative che favoriscono una maggiore condivisione delle attività fra gli operatori, evitando così l'isolamento di certe mansioni, avendo cura di favorire la trasparenza "interna" delle attività o ancora l'articolazione delle competenze, c.d. "segregazione delle funzioni". A tal fine si prevedono modalità operative che favoriscono una maggiore partecipazione del personale alle attività del proprio ufficio.

Al riguardo si segnala che la Direzione strategica ha adottato con Delibera n. 498 dell'1/1/2022 il Regolamento per la rotazione ordinaria degli incarichi del personale avente ad oggetto "Adozione del Disciplinare concernente i criteri per la rotazione del personale titolare di incarichi di funzione e dei restanti dipendenti del comparto che operano nelle aree a rischio corruzione, nonché dei componenti delle Commissioni".

Oltre alla rotazione ordinaria è previsto l'istituto della c.d. rotazione straordinaria di cui all'art. 16, co. 1, lett. I-quater del d.lgs. n. 165/2001 (modificato con L. n. 135/2012), nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva. Si tratta di una misura di natura non sanzionatoria di carattere eventuale e cautelare, tesa a garantire che nell'area in cui si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale, o disciplinare, siano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo, al fine di tutelare l'immagine e l'imparzialità dell'amministrazione. Sull'applicazione dell'istituto è intervenuta l'ANAC, con deliberazione n. 215/2019 "Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lett. I-quater del d.lgs. n. 165/2001" che precisato e rivisto alcuni precedenti orientamenti in materia.

Nelle more dell'adozione di un regolamento, al fine di adottare tale misura cautelare in maniera efficace ed efficiente, è necessario che l'UOC Affari Legali provveda a trasmettere formalmente al RPCT ogni comunicazione pervenuta da parte dell'Autorità Giudiziaria in merito all'avvio di procedimenti penali/rinvio a giudizio di dipendenti, per condotte di natura corruttiva. Analogamente l'UPD deve provvedere a comunicare formalmente al RPCT l'avvio di procedimenti disciplinari per condotte di natura corruttiva. In seguito, il RPCT procede a coinvolgere il Responsabile dell'U.O. /Struttura cui afferisce il dipendente interessato affinché si valutino i presupposti per l'eventuale applicazione della misura cautelare in contesto, se del caso, anche tramite apposito incontro con il già menzionato Responsabile volto ad esaminare congiuntamente il caso specifico. Qualora il soggetto coinvolto sia:

- ❖ un Responsabile di U.O.S, a valutare le iniziative da assumere sarà il Responsabile dell'UOC o il Direttore del Distretto o del Dipartimento;
- ❖ un responsabile dell'UOSD, a valutare le iniziative da assumere sarà il Responsabile del Dipartimento o il Direttore del P.O.
- ❖ un responsabile dell'UOC, a valutare le iniziative da assumere sarà il Direttore del Dipartimento, il Direttore del P.O., ovvero il Direttore Generale/Direttore Sanitario/Direttore Amministrativo.

Conflitti di interesse: obblighi di astensione e di segnalazione

Tutti i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo sono tenuti a rispettare gli obblighi di astensione in casi di conflitto di interessi previsti dalle norme vigenti e in particolare nei casi previsti dall'art. 6 *bis* nella l. 241/90 e dagli artt. 5, 6, 7 e 13 del Codice di comportamento nazionale e del Codice di comportamento aziendale.

Ogni dipendente è tenuto a comunicare formalmente con tempestività al proprio superiore gerarchico, il verificarsi della situazione di potenziale conflitto di interessi con lo svolgimento dell'attività o l'adozione di una determinata decisione, come previsto dal Codice di comportamento aziendale.

Qualora vengano segnalate situazioni di conflitto di interessi, il dipendente dovrà essere sollevato dall'incarico che dovrà essere affidato ad altri ed in mancanza di dipendenti professionalmente idonei, il Responsabile della struttura avocherà a sé ogni relativo adempimento.

La dichiarazione di conflitto di interesse comprende:

- ❖ la comunicazione circa interessi finanziari e conflitto di interessi (per tutti i dipendenti) da compilare all'atto della prima assegnazione al servizio, in caso di trasferimento o diverso incarico;
- ❖ dichiarazione di insussistenza di eventuali situazioni di conflitti di interessi per rapporti di parentela, affinità e convivenza all'interno della struttura di appartenenza;
- ❖ la comunicazione riguardante l'adesione/appartenenza ad associazione o organizzazione (per tutti i dipendenti) da compilare tempestivamente nel caso di associazione od organizzazione operante in ambito sanitario, sociosanitario, di ricerca, di tutela della salute o in settori potenzialmente interferenti con le funzioni assegnate.

Gli adempimenti a carico del personale in materia di conflitto di interessi sono definiti nella seguente tabella.

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione Triennio 2024 - 2026 (art. 6 del DL 80/2021)

Cosa e chi	Fonte	Quando presentarla	A chi presentarla	Aggiornamento	Monitoraggio
Dichiarazione di interessi finanziari e conflitti di interesse per tutti i dipendenti	Art. 6 codice comportamento Codice disciplinare aziendale e Nazionale (PNA 2019, Parte III, § 1.4.1.)	All'atto della prima assegnazione e trasferimento	Al Direttore UOC GRU per il tramite del proprio responsabile di struttura complessa	Triennale (con obbligo di comunicare tempestivamente eventuali variazioni nelle dichiarazioni già presentate)	Responsabile della Struttura al quale presentare la dichiarazione con verifiche a campione del 10% delle dichiarazioni
Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per i dirigenti e i titolari di incarico di funzione	Art. 6 codice comportamento Codice disciplinare aziendale e Nazionale (PNA 2019, Parte III, § 1.4.1.)	All'atto della prima assegnazione e all'atto del conferimento dell'incarico e sua variazione	Al Direttore UOC GRU per il tramite del proprio responsabile di struttura complessa	Triennale (con obbligo di comunicare tempestivamente eventuali variazioni nelle dichiarazioni già presentate)	Responsabile della Struttura al quale presentare la dichiarazione con verifiche a campione del 10% delle dichiarazioni
Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per i Dirigenti apicali	Art. 6 codice comportamento Codice disciplinare aziendale e Nazionale (PNA 2019, Parte III, § 1.4.1.)	All'atto della prima assegnazione e all'atto del conferimento dell'incarico e sua variazione.	Al Direttore GRU	Triennale (con obbligo di comunicare tempestivamente eventuali variazioni nelle dichiarazioni già presentate)	Direttore GRU con verifiche a campione del 10% delle dichiarazioni
Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per i collaboratori esterni (da pubblicare su AT)	Art. 2 e art. 6 codice comportamento Codice disciplinare aziendale e Nazionale (PNA 2019, Parte III, § 1.4.1.)	All'atto della sottoscrizione di ogni contratto	Al Direttore GRU	All'Atto della sottoscrizione del contratto.	Direttore GRU con verifiche a campione del 10% delle dichiarazioni
Dichiarazione di partecipazione ad organizzazioni e associazioni per tutti i dipendenti.	Art 5 codice comportamento Codice disciplinare aziendale e Nazionale (PNA 2019, Parte III, § 1.4.1.)	All'atto della prima assegnazione	Al Direttore UOC GRU per il tramite del proprio responsabile di struttura complessa	Triennale (con obbligo di comunicare tempestivamente eventuali variazioni nelle dichiarazioni già presentate)	Direttore GRU e Responsabile della Struttura al quale presentare la dichiarazione con verifiche a campione del 10% delle dichiarazioni
Dichiarazione dei dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, ed i relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti - Direttore Generale - Direttore Amministrativo - Direttore Sanitario	art. 14, comma 1, lett. d), d. lgs. 33/2013	All'atto dell'incarico e annualmente	Uoc "Affari Istituzionali e Segreterie"	Annuale	Uoc "Affari Istituzionali e Segreterie"
Eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e l'indicazione dei compensi spettanti - art. 14, comma 1, lett. e), d. lgs. 33/2013 - Direttore Generale - Direttore Amministrativo - Direttore Sanitario	art. 14, comma 1, lett. e), d. lgs. 33/2013		Uoc "Affari Istituzionali e Segreterie"	Annuale	Uoc "Affari Istituzionali e Segreterie"

Figura 47 - Adempimenti in materia di conflitto di interesse

Con la relazione annuale sulle misure di prevenzione della corruzione previste dal presente Piano e di ottemperanza agli obblighi di pubblicazione verranno comunicati dai Referenti indicati nella suindicata tabella i risultati del monitoraggio al RPCT che, nell'ambito dei controlli di secondo livello, potrà effettuare delle verifiche a campione. Al fine di rendere gli adempimenti sostenibili e per garantire l'applicazione delle disposizioni a presidio della trasparenza, è necessaria l'implementazione di una piattaforma (collegata alle relative pagine di amministrazione trasparente) in cui caricare i curricula e le autocertificazioni per tutti i dipendenti tenuti alla

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

pubblicazione di tali dati. Attualmente i dati devono essere caricati, volta per volta, sul portale amministrazione trasparente dalle UOC tenute alla pubblicazione del dato.

4.8 L'inconferibilità e l'incompatibilità

Inizialmente, con la Delibera n. 149/2014 l'ANAC aveva limitato ai soli Direttori Generali, Direttori Sanitari e Direttori amministrativi delle Aziende Sanitarie l'ambito di applicazione delle disposizioni in tema di inconferibilità e incompatibilità. Successivamente, con la delibera ANAC n. 713 del 04.08.2020, è stato esteso il regime dell'inconferibilità e incompatibilità anche ai Dirigenti PTA in quanto anch'essi titolari di poteri di amministrazione e organizzazione. In particolare, ai sensi del D.lgs. 39/2013, per inconferibilità si intende la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi previsti dal presente decreto a coloro che abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi, a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico.

La situazione di inconferibilità non può essere sanata e comporta la nullità dell'incarico conferito in violazione della relativa disciplina, ai sensi dell'art. 17 d.lgs. 39/2013 e l'applicazione delle sanzioni di cui all'art. 18 del medesimo decreto. Nell'ipotesi in cui le cause di inconferibilità, sebbene esistenti *ab origine*, non siano note all'amministrazione all'atto del conferimento e si appalesino nel corso delle verifiche a campione effettuate dal GRU (10%), quest'ultimo ne informa il RPCT che effettuerà la contestazione all'interessato, che, previo contraddittorio, sarà rimosso dall'incarico.

Il RPCT provvede a verificare l'insussistenza delle cause specifiche di inconferibilità/incompatibilità previste dagli artt. 3, 5, 8, 10 e 14 limitatamente agli incarichi dalla medesima conferiti di Direttore amministrativo, di Direttore sanitario, atteso che l'incarico di Direttore Generale viene conferito dall'amministrazione regionale, acquisendo annualmente apposita dichiarazione. Le dichiarazioni vengono acquisite annualmente (entro il 31 gennaio) e vengono pubblicate sul sito della trasparenza. Si prende atto e si rinvia alle specifiche linee guida emanate da ANAC con Delibera n. 833 del Consiglio dell'Autorità (3 agosto 2016). Tale atto ha per oggetto le linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del Responsabile della prevenzione della corruzione e regola l'attività di vigilanza ed i poteri di accertamento dell'ANAC in caso di incarichi inconferibili e incompatibili.

Normativa di riferimento: Capi I, II, III e IV del D.lgs. 39/2013, art.15,17,18,20 del D.lgs. 39/2013; PNA 2023 - PNA 2016 par.7.3; Del. ANAC n. 833 del 3.08.2016 "Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e incompatibilità". Delibera ANAC n. 713 del 04.08.2020 in materia di applicabilità delle disposizioni su incompatibilità e inconferibilità anche ai Dirigenti PTA in quanto anch'essi titolari di poteri di amministrazione e organizzazione

Ai sensi del D.lgs. 39/2013 per "incompatibilità" si intende "l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine di 15 giorni tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e svolgimento di incarichi/cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componenti di organi di indirizzo politico". A differenza del caso di inconferibilità, la causa di incompatibilità può essere rimossa mediante rinuncia dell'interessato a uno degli incarichi che la legge ha considerato incompatibili tra loro. Costituiscono ipotesi specifiche di incompatibilità quelle previste dagli artt. 10 e 14 del d.lgs. 39/2013.

Normativa di riferimento: Capi V e VI del D.lgs. 39/2013, artt. 15, 19 e 20 del D.lgs. 39/2013

Gli interessati (Dirigenti e titolari di incarico di funzione) sono tenuti ad attestare l'insussistenza delle cause ostative di inconferibilità e/o incompatibilità mediante dichiarazione da trasmettere all'UOC GRU da effettuare ai sensi dell'art. 20 del citato d.lgs. 39/2013:

- ❖ all'atto del conferimento dell'incarico mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000;
- ❖ con cadenza annuale, a decorrere dalla data di conferimento dell'incarico.

In ogni caso, nel corso del rapporto al Dirigente e ai titolari di incarico di funzione, il RPCT può richiedere la dichiarazione sull'insussistenza delle cause ostative di inconferibilità e/o incompatibilità.

La UOC Gestione Risorse Umane è tenuta ad assicurare che:

- ❖ gli atti di conferimento degli incarichi debbano espressamente prevedere che la dichiarazione di insussistenza delle cause di inconferibilità/incompatibilità di cui al d.lgs. 39/2013 costituisca condizione di efficacia dell'incarico e che la violazione dell'obbligo della dichiarazione che l'interessato è tenuto a rendere annualmente o tempestivamente, su richiesta o a seguito dell'insorgenza di una causa di incompatibilità, comporta la decadenza dall'incarico;
- ❖ negli interpelli per l'attribuzione degli incarichi siano inserite espressamente le clausole di incompatibilità.

Qualora nel corso del rapporto l'UOC GRU riscontri una causa di incompatibilità, ne informa il RPCT che è tenuto ad effettuare la contestazione all'interessato, previo contraddittorio. L'interessato deve provvedere a rimuovere la causa ostativa entro 15 giorni a pena di decadenza dall'incarico e di risoluzione del relativo contratto (art. 19 d.lgs. 39/2013).

Annualmente, l'UOC GRU verifica a campione il 10% delle dichiarazioni sull'insussistenza delle cause ostative di inconferibilità e/o incompatibilità (rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del Dpr 445/2000) (ex art. 71 del DPR 445/2000). Di tali verifiche l'UOC GRU relaziona entro il 30/11/2023 al Responsabile Anticorruzione indicando il numero di autocertificazioni acquisite e controllate, l'esito dei controlli, e i provvedimenti adottati in caso di accertata sussistenza della causa di incompatibilità o di non veridicità della dichiarazione sostitutiva resa dall'interessato. La riscontrata sussistenza di una situazione di inconferibilità/incompatibilità deve essere tempestivamente comunicata al Responsabile della prevenzione della corruzione che ai sensi dell'art. 15 del D. Lgs. n. 39/2013 provvede a segnalare i possibili casi di violazione all'ANAC nonché alla Corte dei conti per l'accertamento di

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

eventuali responsabilità amministrative.

Il RPCT, nell'ambito dei controlli di secondo livello, in caso di inerzia, relazionerà all'OIV, al Direttore Generale e all'Autorità competente. Verifiche a campione ulteriori potranno comunque essere effettuate dal RPCT, di sua iniziativa, nell'ambito dell'attività di controllo e monitoraggio. L'acquisizione, l'aggiornamento, il monitoraggio e la pubblicazione su Amministrazione Trasparente della dichiarazione di assenza di cause inconferibilità e di incompatibilità avverranno a cura dell'UOC GRU per i conferimenti di incarico ai Dirigenti e di incarico di funzione ai collaboratori amministrativi.

La pubblicazione su Amministrazione Trasparente della Dichiarazione sull'insussistenza delle cause ostative di inconferibilità e/o incompatibilità avverrà a cura dell'UOC GRU.

4.9 Strategia di contrasto al fenomeno corruttivo: la formazione

La strategia di contrasto al fenomeno corruttivo, come si ricava dalla Legge n. 190/2012 si basa su tre pilastri, di cui uno, la formazione, costituisce il presupposto imprescindibile per il successo degli altri due. L'effettiva incisività delle misure di prevenzione di eventi di *maladministration*, ed il rafforzamento di rimedi di tipo repressivo, ispettivo e di controllo, postulano la promozione di una diffusa cultura della legalità e del rispetto delle regole. Pertanto, la formazione costituisce il più rilevante strumento di contrasto ad atti o comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nella legalità e imparzialità della PA e di chi vi opera. Alla formazione programmata si auspica possa aggiungersi anche quella svolta nell'ambito di incontri frontali promossa con le Unità Operative interessate in merito alla valutazione del rischio e l'individuazione delle misure atte a prevenirlo.

In fase di analisi del fabbisogno formativo e di redazione del piano annuale della formazione viene garantito da parte del Responsabile della Formazione (UOSD Formazione e Aggiornamento Professionale) l'inserimento nella programmazione del corso annuale obbligatorio di prevenzione della Corruzione e deve prevedere tre edizioni annuali. Un'edizione rivolta al RPCT, la seconda edizione rivolta ai Direttori di Struttura Complessa, ai Direttori di Distretto, ai Direttori dei Dipartimenti e dei Direttori dei PPOO e la terza per tutti gli altri dipendenti dell'Asl.

Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni

L'art. 35 bis del D. Lgs. 165/01 pone delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione e anticipa la tutela al momento di individuazione degli organi che sono deputati a prendere decisioni e ad esercitare il potere nelle amministrazioni.

La suddetta disposizione stabilisce espressamente che " Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del Codice penale":

- ❖ non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;
- ❖ non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

La disposizione prevista al comma 1 integra le leggi e regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari. Con le Linee Guida 1201/2018, l'Anac ha precisato che rappresenta una nuova e diversa fattispecie di inconferibilità e preclude lo svolgimento di specifiche attività ed incarichi particolarmente esposti al rischio corruzione non solo a coloro che esercitano funzioni dirigenziali, ma anche a quanti vengano affidati meri compiti di segreteria ovvero funzioni direttive e non dirigenziali. Da quanto espressamente previsto nel D. Lgs. 39/2023, si deduce che la preclusione di cui all'art. 35 bis del D. Lgs. 165/2001 opera in presenza di una sentenza di condanna, ivi compresi i casi di patteggiamento, per i delitti contro la pubblica amministrazione anche se la decisione non è ancora irrevocabile ossia non è ancora passata in giudicato (quindi anche in caso di condanna con sentenza di primo grado o di appello per le quali non siano decorsi i termini di impugnativa). La preclusione viene meno ove venga pronunciata per il medesimo reato una sentenza di assoluzione anche non definitiva.

La specifica preclusione di cui alla lett. b) del citato art. 35 bis, riguarda sia l'attribuzione di incarico o l'esercizio delle funzioni dirigenziali sia lo svolgimento di funzioni direttive. Se ne deduce che l'ambito soggettivo della norma riguarda sia i dirigenti, sia i funzionari (collaboratori). In base a quanto previsto dal comma 2 del suddetto articolo, la violazione della disposizione in parola si traduce nell'illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento. Se la situazione di inconferibilità si appalesa nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione deve effettuare la contestazione nei confronti dell'interessato e lo stesso deve essere rimosso dall'incarico o assegnato ad altro ufficio.

Con la delibera ANAC n. 25 del 15 gennaio 2020 sono state date alcune indicazioni per la gestione dei conflitti di interesse a carico dei componenti delle commissioni di concorso e delle commissioni di gara.

I Dirigenti delle aree appalti e il dirigente responsabile dell'area gestione risorse umane, nonché tutti i responsabili di tutte le articolazioni aziendali in presenza di situazioni di specie, sono tenuti ad assicurare la verifica della sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei soggetti cui intendono conferire incarichi nelle seguenti circostanze:

- ❖ all'atto della formazione di commissioni per l'affidamento di commesse o di concorsi;
- ❖ all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali previsti dall'art. 3 del D.lgs. 39/2013;
- ❖ all'atto dell'assegnazione di dipendenti agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati.

L'accertamento sui precedenti penali avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

dall'interessato. Sulle autocertificazioni acquisite, i Dirigenti delle strutture provvedono ad effettuare il 10% di controlli a campione. Se all'esito della verifica risultano precedenti penali per delitti contro la P.A., l'Azienda si astiene dal conferire l'incarico e lo conferisce ad altro soggetto e applica le misure previste dall'art. 3 del D.lgs. 39/13.

Normativa di riferimento: Art. 35 bis D. Lgs.165/2001 aggiunto dall'art.1, comma 46, della Legge190/2012;

Artt.1 commi 3, 15, 17, 18, 20 L.190/2012 capo II D.lgs. 39/2013; Delibera ANAC n. 25 del 15 gennaio 2020 "indicazioni per la gestione dei conflitti di interesse a carico componenti commissioni concorso e commissioni di gara".

4.10 Il pantouflage

La pratica del *pantouflage*, delle cosiddette "porte girevoli", per cui pubblici dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per le pubbliche amministrazioni, vengono poi assunti dagli stessi soggetti privati destinatari dei provvedimenti, è vietata. L'articolo 53, comma 16 *ter*, del decreto legislativo n. 165/2001 stabilisce che nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, i dipendenti pubblici non possono essere assunti o svolgere incarichi per gli stessi privati, oggetto dei loro precedenti provvedimenti. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di ciò sono nulli, ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti.

Si ritiene, pertanto, che con tale espressione il legislatore abbia voluto considerare tutte le situazioni in cui il dipendente ha avuto il potere di incidere in maniera determinante su un procedimento e quindi sul provvedimento finale. La norma in discorso si applica a tutti i soggetti titolari di uno degli incarichi previsti al D. Lgs. 39/2013 e ai soggetti esterni con i quali l'amministrazione stabilisce un rapporto di lavoro, subordinato o autonomo.

In estrema sintesi, l'applicazione della disciplina sul divieto di *Pantouflage* presuppone, quindi, che il dipendente che ha cessato il proprio rapporto lavorativo "pubblicistico" svolga "attività lavorativa o professionale" presso un soggetto privato destinatario dell'attività della pubblica amministrazione.

Ma che cosa si intende per "attività lavorativa o professionale"?

Con riferimento a tale espressione, l'Autorità ha valutato sia da preferire un'interpretazione ampia. L'attività lavorativa o professionale in questione va estesa a qualsiasi tipo di rapporto di lavoro o professionale con i soggetti privati e quindi a:

- ❖ rapporti di lavoro a tempo determinato o indeterminato;
- ❖ incarichi o consulenze a favore dei soggetti privati.

Sono esclusi dal *Pantouflage* gli incarichi di natura occasionale, privi, cioè, del carattere della stabilità: l'occasionalità dell'incarico, infatti, fa venire meno anche il carattere di "attività professionale" richiesto dalla norma, che si caratterizza per l'esercizio abituale di un'attività autonomamente organizzata.

Come già previsto nei PNA delle annualità precedenti, il Piano per il triennio 2023-2025 ribadisce che le pubbliche amministrazioni sono tenute a prevedere nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO adeguati strumenti

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

e modalità per assicurare il rispetto di tale istituto anche attraverso un'attività di verifica.

Sarebbe auspicabile la regolamentazione del divieto di *pantouflage* in sede di aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale. Come per le altre misure, il RPCT può e deve avvalersi della collaborazione degli uffici competenti dell'amministrazione per lo svolgimento dei propri compiti. Il RPCT svolge una funzione consultiva di supporto, quale ausilio all'interno dell'Azienda per chiarire, anche a seguito di richiesta da parte del dipendente pubblico che sta per cessare dal servizio, quali siano le eventuali ipotesi di violazione del divieto con riguardo all'attività esercitata presso l'Azienda di appartenenza. A tal fine, il RPCT può raccogliere elementi, valutazioni e informazioni utili attraverso l'interlocuzione con gli uffici o le strutture interne, anche di controllo o con compiti ispettivi. Resta ferma la facoltà di rivolgersi all'UOC Affari Legali e ad ANAC per un parere in merito a determinate fattispecie, qualora permangano dubbi sulla corretta applicazione della norma.

Acquisizione delle dichiarazioni di impegno al rispetto del divieto di *Pantouflage*

Gli uffici competenti per materia, (UOC Gestione Risorse Umane o gli Uffici che si occupano di contratti pubblici: UOC Acquisizione Beni e servizi, UOC Programmazione, progettazione ed esecuzione degli interventi di edilizia sanitaria, UOC Valorizzazione e Manutenzione del Patrimonio Immobiliare e UOC Ingegneria Clinica):

- ❖ inseriscono all'interno dei contratti di assunzione del personale specifiche clausole anti- *Pantouflage*;
- ❖ l'Ufficio personale richiede a tutti i dipendenti che cessano dal servizio (per quiescenza o per dimissioni), la dichiarazione di impegno a rispettare il divieto di *Pantouflage* e l'acquisiscono agli atti, nel relativo fascicolo personale;
- ❖ acquisiscono anche la dichiarazione dell'operatore economico - in base all'obbligo previsto all'interno dei bandi o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici - di non avere stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto, in conformità a quanto previsto nei bandi-tipo adottati dall'Autorità.

L'UOC Gestione Risorse Umane verificherà a campione (10%), in via prioritaria, se gli ex dipendenti abbiano reso la dichiarazione d'impegno. In tale campione vanno comunque considerati in via prioritaria i soggetti che abbiano rivestito ruoli apicali. Nell'ambito delle proprie verifiche, possono essere raccolte informazioni utili anche attraverso l'interrogazione di banche dati, liberamente consultabili o cui abbia accesso per effetto di apposite convenzioni nonché per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali.

Nel caso in cui dalla consultazione delle banche dati emergano dubbi circa il rispetto del divieto di *Pantouflage*, l'UOC Gestione Risorse Umane effettuerà una comunicazione al RPCT che, previa interlocuzione con l'ex dipendente, trasmetterà all'Ufficio Controlli Integrati esterni ed interni una richiesta di verifica. Se l'esito del controllo confermerà la violazione del divieto di *Pantouflage*, il RPCT trasmetterà ad ANAC una segnalazione qualificata. Laddove l'ex dipendente comunichi all'amministrazione, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto, l'instaurazione di un nuovo rapporto di lavoro, l'amministrazione effettua verifiche circa tale comunicazione al fine di valutare se siano stati integrati gli estremi di una violazione della norma sul *Pantouflage*.

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione *Triennio 2024 - 2026* (art. 6 del DL 80/2021)

Tali verifiche potranno avvenire anche tramite la eventuale consultazione delle BD già citate e mediante interlocuzione con l'ex dipendente che abbia trasmesso la comunicazione.

La UOC Gru provvederà alla verifica a campione (10%) delle dichiarazioni pervenute. Qualora dalle verifiche effettuate l'UOC Gru rilevi la violazione della norma sul *Pantouflage* lo comunica al RPCT che trasmetterà ad ANAC una segnalazione qualificata. Nel caso in cui dalla consultazione delle banche dati emergano dubbi circa l'osservanza del divieto di *Pantouflage*, l'UOC Gestione Risorse Umane effettuerà una comunicazione al RPCT che trasmetterà all'Ufficio Controlli Integrati esterni ed interni una richiesta di verifica. Se l'esito del controllo confermerà la violazione del divieto di *Pantouflage*, il RPCT, previa interlocuzione con l'ex dipendente, trasmetterà ad ANAC una segnalazione qualificata.

Nel caso in cui pervengano segnalazioni circa la violazione del divieto di *Pantouflage* da parte di un ex dipendente, al fine di scoraggiare segnalazioni fondate su meri sospetti o voci o contenenti informazioni del tutto generiche, il RPCT prende in esame solo quelle ben circostanziate. Qualora la segnalazione riguardi un ex dipendente che abbia reso la dichiarazione, ferma restando la possibilità di consultare le banche dati disponibili presso l'amministrazione, il RPCT trasmetterà all'Ufficio Controlli Integrati esterni ed interni una richiesta di verifica. Se l'esito del controllo confermerà la violazione del divieto di *Pantouflage*, il RPCT, previa interlocuzione con l'ex dipendente, trasmetterà ad ANAC una segnalazione qualificata.

4.11 Whistleblowing

Al fine di favorire l'emersione di illeciti dei quali il pubblico dipendente venga a conoscenza, la Legge n. 190/2012 e ss.mm.ii. introduceva l'istituto del "*Whistleblowing*", termine con il quale si indica la condotta di chi denuncia attività illecite o fraudolente all'interno di una organizzazione pubblica o privata. La materia Whistleblowing è stata recentemente oggetto di specifica disciplina con il d.lgs. n. 24 del 10 marzo 2023 riguardante "la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali".

Successivamente, con Delibera n. 311 del 12 luglio 2023 l'Anac ha pubblicato le Linee guida che forniscono indicazioni e principi di cui gli enti pubblici tengono conto per l'attuazione del già menzionato Decreto.

La sezione in argomento è stata predisposta in armonia con quanto contenuto nelle precitate Linee Guida.

Segnalazione, denuncia o divulgazione pubblica nell'ambito del settore pubblico

Il nuovo decreto amplia notevolmente, rispetto alla precedente normativa, i soggetti cui, all'interno del settore pubblico, è riconosciuta protezione, anche da ritorsioni, in caso di segnalazione, interna o esterna, divulgazione pubblica e denuncia all'Autorità giudiziaria.

- ❖ dipendenti delle pubbliche amministrazioni;
- ❖ lavoratori autonomi che svolgono la propria attività lavorativa presso soggetti del settore pubblico;

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ lavoratori o collaboratori che svolgono la propria attività lavorativa presso soggetti del settore pubblico che forniscono beni o servizi o che realizzano opere in favore di terzi;
- ❖ liberi professionisti e consulenti che prestano la propria attività presso soggetti del settore pubblico;
- ❖ volontari e tirocinanti, retribuiti e non retribuiti, che prestano la propria attività presso soggetti del settore pubblico;
- ❖ persone con funzioni di amministrazione, direzione, controllo, vigilanza o rappresentanza, anche qualora tali funzioni siano esercitate in via di mero fatto, presso soggetti del settore pubblico.

Per tutti i suddetti soggetti, la tutela si applica anche durante il periodo di prova e anteriormente o successivamente alla costituzione del rapporto di lavoro o altro rapporto giuridico. Ulteriore novità del d.lgs. n. 24/2023 consiste nel fatto che la tutela è riconosciuta, oltre ai suddetti soggetti che effettuano segnalazioni, denunce o divulgazioni pubbliche, anche a quei soggetti che, tuttavia, potrebbero essere destinatari di ritorsioni, intraprese anche indirettamente, in ragione del ruolo assunto nell'ambito del processo di segnalazione, divulgazione pubblica o denuncia e/o del particolare rapporto che li lega al segnalante o denunciante.

Tali soggetti sono:

- ❖ il Facilitatore, persona fisica che assiste il segnalante nel processo di segnalazione, operante all'interno del medesimo contesto lavorativo e la cui assistenza deve essere mantenuta riservata;
- ❖ persone del medesimo contesto lavorativo del segnalante, denunciante o di chi effettua una divulgazione pubblica e che sono legate ad essi da uno stabile legame affettivo o di parentela entro il quarto grado;
- ❖ colleghi di lavoro del segnalante, denunciante o di chi effettua una divulgazione pubblica, che lavorano nel medesimo contesto lavorativo della stessa e che hanno con detta persona un rapporto abituale e corrente;
- ❖ enti presso i quali il segnalante, denunciante o chi effettua una divulgazione pubblica lavorano;
- ❖ enti che operano nel medesimo contesto lavorativo del segnalante, denunciante o di chi effettua una divulgazione pubblica.

La segnalazione

Oggetto di segnalazione, denuncia e divulgazione pubblica sono le informazioni sulle violazioni di normative nazionali e dell'Unione Europea. L'obiettivo perseguito dal legislatore è quello di incoraggiare segnalazioni, divulgazioni pubbliche o denunce, al fine di far emergere, e così prevenire e contrastare, fatti illeciti di diversa natura. Nella trattazione sull'ambito oggettivo rientrano anche le comunicazioni ad ANAC delle ritorsioni che coloro che hanno effettuato segnalazioni, denunce o divulgazioni pubbliche ritengono di aver subito nel proprio contesto lavorativo. Il d.lgs. n. 24/2023 stabilisce che sono oggetto di segnalazione, divulgazione pubblica o denuncia le informazioni sulle violazioni, compresi i fondati sospetti, di normative nazionali e dell'Unione europea

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione pubblica o dell'ente privato commesse nell'ambito dell'organizzazione dell'ente con cui il segnalante o denunciante intrattiene uno di rapporti giuridici qualificati considerati dal legislatore. Le informazioni sulle violazioni possono riguardare anche le violazioni non ancora commesse, che il *whistleblower*, ragionevolmente, ritiene potrebbero essere tali sulla base di elementi concreti. Suddetti elementi possono essere anche irregolarità e anomalie (indici sintomatici) che il segnalante ritiene possano dar luogo ad una delle violazioni previste dal decreto. Il legislatore ha tipizzato le fattispecie di violazioni che di seguito vengono elencate:

- ❖ violazioni del diritto nazionale;
- ❖ illeciti civili;
- ❖ illeciti amministrativi;
- ❖ illeciti penali;
- ❖ illeciti contabili;
- ❖ violazioni del diritto dell'UE Illeciti commessi in violazione della normativa dell'UE indicata nell'Allegato 1 al d.lgs. n. 24/2023 e di tutte le disposizioni nazionali che ne danno attuazione (anche se queste ultime non sono espressamente elencate nel citato allegato) (art. 2, co. 1, lett. a) n. 3);
- ❖ atti od omissioni che ledono gli interessi finanziari dell'Unione Europea (art. 325 del TFUE lotta contro la frode e le attività illegali che ledono gli interessi finanziari dell'UE) come individuati nei regolamenti, direttive, decisioni, raccomandazioni e pareri dell'UE (art. 2, co. 1, lett. a) n. 4);
- ❖ atti od omissioni riguardanti il mercato interno, che compromettono la libera circolazione delle merci, delle persone, dei servizi e dei capitali (art. 26, paragrafo 2, del TFUE). Sono ricomprese le violazioni delle norme dell'UE in materia di concorrenza e di aiuti di Stato, di imposta sulle società e i meccanismi il cui fine è ottenere un vantaggio fiscale che vanifica l'oggetto o la finalità della normativa applicabile in materia di imposta sulle società (art. 2, co. 1, lett. a) n. 5);
- ❖ atti o comportamenti che vanificano l'oggetto o la finalità delle disposizioni dell'Unione Europea nei settori di cui ai n. 3, 4 e 5 indicati (art. 2, co. 1, lett. a) n. 6).

Possono essere oggetto di segnalazione, divulgazione pubblica o denuncia anche quegli elementi che riguardano condotte volte ad occultare le violazioni. Si pensi, ad esempio, all'occultamento o alla distruzione di prove circa la commissione della violazione. Non sono ricomprese tra le informazioni sulle violazioni segnalabili o denunciabili le notizie palesemente prive di fondamento, le informazioni che sono già totalmente di dominio pubblico, nonché le informazioni acquisite solo sulla base di indiscrezioni o vociferazioni scarsamente attendibili (cd. voci di corridoio). Non possono essere oggetto di segnalazione:

- ❖ le contestazioni, rivendicazioni o richieste legate ad un interesse di carattere personale della persona segnalante o della persona che ha sporto una denuncia all'Autorità giudiziaria che attengono

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione *Triennio 2024 - 2026* (art. 6 del DL 80/2021)

esclusivamente ai propri rapporti individuali di lavoro o di impiego pubblico, ovvero inerenti ai propri rapporti di lavoro o di impiego pubblico con le figure gerarchicamente sovraordinate;

- ❖ le segnalazioni di violazioni laddove già disciplinate in via obbligatoria dagli atti dell'Unione europea o nazionali indicati nella parte II dell'allegato al decreto ovvero da quelli nazionali che costituiscono attuazione degli atti dell'Unione europea indicati nella parte II dell'allegato alla direttiva (UE) 2019/1937, seppur non indicati nella parte II dell'allegato al decreto;
- ❖ le segnalazioni di violazioni in materia di sicurezza nazionale, nonché di appalti relativi ad aspetti di difesa o di sicurezza nazionale, a meno che tali aspetti rientrino nel diritto derivato pertinente dell'Unione europea.

L'attinenza con il contesto lavorativo del segnalante o denunciante

Le informazioni sulle violazioni devono riguardare comportamenti, atti od omissioni di cui il segnalante o il denunciante sia venuto a conoscenza in un contesto lavorativo. L'accezione da attribuire al "contesto lavorativo" deve necessariamente essere ampia e considerarsi non solo con riguardo a chi ha un rapporto di lavoro "in senso stretto" con l'organizzazione del settore pubblico. Occorre infatti considerare anche coloro che hanno instaurato con i soggetti pubblici e privati altri tipi di rapporti giuridici. Ci si riferisce, fra l'altro, ai consulenti, collaboratori, volontari, tirocinanti, e alle persone con funzioni di amministrazione, direzione, controllo, vigilanza o rappresentanza. Ciò anche quando si tratta di situazioni precontrattuali, periodi di prova o situazioni successive allo scioglimento del rapporto giuridico se le informazioni sulle violazioni sono state acquisite nel corso del rapporto stesso.

Le caratteristiche della segnalazione

I motivi che hanno indotto la persona a segnalare, denunciare o divulgare pubblicamente sono irrilevanti ai fini della trattazione della segnalazione e della protezione da misure ritorsive. Resta comunque fermo che non sono considerate segnalazioni di *whistleblowing* quelle aventi ad oggetto una contestazione, rivendicazione o richiesta legata ad un interesse di carattere personale del segnalante.

È necessario che la segnalazione sia il più possibile circostanziata al fine di consentire la delibazione dei fatti. In particolare, si richiede chiarezza su quanto riportato di seguito:

- ❖ le circostanze di tempo e di luogo in cui si è verificato il fatto oggetto della segnalazione;
- ❖ la descrizione del fatto;
- ❖ le generalità o altri elementi che consentano di identificare il soggetto cui attribuire i fatti segnalati.

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

È utile anche allegare documenti che possano fornire elementi di fondatezza dei fatti oggetto di segnalazione, nonché l'indicazione di altri soggetti potenzialmente a conoscenza dei fatti. Ove quanto segnalato non sia adeguatamente circostanziato, chi gestisce le segnalazioni può chiedere elementi integrativi al segnalante tramite il canale a ciò dedicato o anche di persona, ove il segnalante abbia richiesto un incontro diretto.

Le segnalazioni dalle quali non è possibile ricavare l'identità del segnalante sono considerate anonime. Le segnalazioni anonime, ove circostanziate, sono equiparate a segnalazioni ordinarie. Si considerano le segnalazioni anonime ricevute attraverso i canali interni alla stregua di segnalazioni ordinarie.

In ogni caso, il segnalante o il denunciante anonimo, successivamente identificato, che comunicano di aver subito ritorsioni può beneficiare della tutela che il decreto garantisce a fronte di misure ritorsive. Le segnalazioni anonime verranno registrate e conservate con la relativa documentazione secondo quanto previsto dalle disposizioni aziendali in tema di conservazione degli atti (DDG 4/2016) rendendo così possibile rintracciarle, nel caso in cui il segnalante, o chi abbia sporto denuncia, comunichi ad ANAC di aver subito misure ritorsive a causa di quella segnalazione o denuncia anonima.

La comunicazione delle ritorsioni può essere effettuata solo ad ANAC. I soggetti che possono comunicare ad Anac le ritorsioni sono i segnalanti, i facilitatori, le persone del medesimo contesto lavorativo, i colleghi di lavoro, anche soggetti giuridici nei casi in cui siano enti di proprietà del segnalante, denunciante, divulgatore pubblico o enti in cui lavora o enti che operano nel medesimo contesto lavorativo.

Le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'amministrazione o nell'ente in cui le ritorsioni sono state effettuate non possono darne comunicazione ad ANAC.

È necessario che ci sia consequenzialità tra segnalazione, denuncia, divulgazione pubblica effettuata e la lamentata ritorsione. Quindi il segnalante fornisce ad ANAC elementi oggettivi dai quali sia possibile dedurre la consequenzialità tra segnalazione, denuncia, divulgazione pubblica effettuata e la lamentata ritorsione.

Laddove la comunicazione di ritorsione pervenga erroneamente a soggetti pubblici o privati, invece che ad ANAC, tali soggetti sono tenuti a garantire la riservatezza dell'identità della persona che l'ha inviata e a trasmettere ad ANAC la comunicazione, dando contestuale notizia di tale trasmissione al soggetto che l'ha effettuata.

I canali per la presentazione delle segnalazioni sono i seguenti:

- ❖ canale interno;
- ❖ canale esterno presso ANAC;
- ❖ divulgazione pubblica;
- ❖ denuncia all'Autorità giudiziaria.

È preferibile utilizzare il canale interno in quanto più prossimi all'origine delle questioni oggetto della segnalazione. Solo ove si verificano particolari condizioni specificamente previste dal legislatore, allora i segnalanti possono fare ricorso al "canale esterno" attivato presso ANAC.

Nell'ottica di consentire di scegliere il canale di segnalazione più adeguato in funzione delle circostanze specifiche

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

del caso, e quindi di garantire una più ampia protezione, si è prevista, al ricorrere di determinate condizioni, anche la divulgazione pubblica. Rimane naturalmente salvo il dovere di rivolgersi all'Autorità giudiziaria ove ne ricorrano i presupposti.

Il canale interno ed esterno

L'Azienda Asl Napoli 3 Sud ha attivato la Piattaforma informatica di ricezione delle segnalazioni reperibile sul portale in Amministrazione Trasparente – Prevenzione della Corruzione – *Whistleblower* e nel menu principale della *Home page*, raggiungibile dal sito www.aslnapoli3sud.it.

La gestione delle segnalazioni tramite il Canale interno è affidata al RPCT che:

- ❖ rilascia alla persona segnalante un avviso di ricevimento della segnalazione entro sette giorni dalla data di ricezione;
- ❖ mantiene le interlocuzioni con la persona segnalante;
- ❖ fornisce un riscontro alla persona segnalante.

La segnalazione può essere eseguita al RPCT anche in forma orale, alternativamente attraverso linee telefoniche, con sistemi di messaggistica vocale o incontro diretto (su richiesta).

Il decreto prevede per i soggetti la possibilità di effettuare una segnalazione attraverso un canale esterno. ANAC è competente ad attivare e gestire detto canale che garantisce, anche tramite il ricorso a strumenti di crittografia, la riservatezza dell'identità della persona segnalante, della persona coinvolta e della persona menzionata nella segnalazione, nonché del contenuto della segnalazione e della relativa documentazione.

Condizioni per ricorrere al canale esterno presso ANAC

Se il canale interno obbligatorio:

- non è attivo;
- è attivo ma non è conforme a quanto previsto dal legislatore in merito ai soggetti e alle modalità di presentazione delle segnalazioni.

La persona ha già fatto la segnalazione interna ma non ha avuto seguito.

La persona segnalante ha fondati motivi di ritenere che se effettuasse una segnalazione interna:

- alla stessa non sarebbe dato efficace seguito;
- questa potrebbe determinare rischio di ritorsione.

La persona segnalante ha fondato motivo di ritenere che la violazione possa costituire un pericolo imminente o palese per il pubblico interesse.

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

La divulgazione pubblica

Il d.lgs. n. 24/2023 introduce un'ulteriore modalità di segnalazione consistente nella divulgazione pubblica. Con la divulgazione pubblica le informazioni sulle violazioni sono rese di pubblico dominio tramite la stampa o mezzi elettronici o comunque attraverso mezzi di diffusione in grado di raggiungere un numero elevato di persone.

Condizioni per poter effettuare una divulgazione pubblica

Nel caso in cui ad una segnalazione interna a cui l'amministrazione/ente non abbia dato riscontro nei termini previsti, abbia fatto seguito una segnalazione esterna ad ANAC la quale, a sua volta, non ha fornito riscontro al segnalante entro termini ragionevoli.

La persona ha già effettuato direttamente una segnalazione esterna ad ANAC la quale, tuttavia, non ha dato riscontro al segnalante in merito alle misure previste o adottate per dare seguito alla segnalazione entro termini ragionevoli.

La persona effettua direttamente una divulgazione pubblica in quanto ha fondato motivo, di ritenere, ragionevolmente, sulla base di circostanze concrete e quindi, non su semplici illazioni, che la violazione possa rappresentare un pericolo imminente o palese per il pubblico interesse.

La persona effettua direttamente una divulgazione pubblica poiché ha fondati motivi di ritenere che la segnalazione esterna possa comportare il rischio di ritorsioni oppure possa non avere efficace seguito

Il decreto, in conformità alla precedente disciplina, riconosce ai soggetti tutelati anche la possibilità di rivolgersi alle Autorità giudiziarie, per inoltrare una denuncia di condotte illecite di cui siano venuti a conoscenza in un contesto lavorativo. Qualora il *whistleblower* rivesta la qualifica di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio, anche laddove lo stesso abbia effettuato una segnalazione attraverso i canali interni o esterni previsti dal decreto, ciò non lo esonera dall'obbligo – in virtù di quanto previsto dal combinato disposto dell'art. 331 c.p.p. e degli artt. 361 e 362 c.p. – di denunciare alla competente Autorità giudiziaria i fatti penalmente rilevanti e le ipotesi di danno erariale. L'ambito oggettivo degli artt. 361 e 362 c.p., disponendo l'obbligo di denunciare soltanto reati (procedibili d'ufficio), è più ristretto di quello delle segnalazioni effettuabili dal *whistleblower* che può segnalare anche illeciti di altra natura. Resta fermo che, laddove il dipendente pubblico denunci un reato all'Autorità giudiziaria ai sensi degli artt. 361 o 362 c.p. e poi venga discriminato per via della segnalazione, potrà beneficiare delle tutele previste dal decreto per le ritorsioni subite.

Attività di verifica della fondatezza della segnalazione

La gestione e la verifica sulla fondatezza delle circostanze rappresentate nella segnalazione sono affidate al Responsabile per la prevenzione della corruzione che vi provvede nel rispetto dei principi di imparzialità e riservatezza effettuando ogni attività ritenuta opportuna, inclusa l'audizione personale del segnalante e di eventuali altri soggetti che possono riferire sui fatti segnalati. A tal fine, il Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza si avvale del supporto e della collaborazione delle competenti strutture aziendali e, all'occorrenza, di organi di controllo esterni all'azienda. Qualora nel corso dell'istruttoria emergano esigenze di verifica e di controllo, il Responsabile si avvale del supporto dell'UOC Controlli Integrati Interni ed esterni che, entro e non oltre 20 giorni, dovrà trasmettere una relazione con gli esiti delle verifiche effettuate.

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione *Triennio 2024 - 2026* (art. 6 del DL 80/2021)

Il Responsabile ha altresì facoltà di avvalersi del supporto dell'UOC Affari Legali ai fini di un corretto inquadramento normativo della fattispecie che, entro e non oltre 20 giorni, dovrà trasmettere il proprio parere.

In caso di decorrenza del termine senza che siano stati comunicati il parere e/o la relazione o senza che gli organi aditi abbiano rappresentato esigenze istruttorie, il RPCT procede indipendentemente dall'espressione del parere e/o della relazione.

Salvo il caso di omessa richiesta del parere, il RPCT non può essere chiamato a rispondere degli eventuali danni derivanti dalla mancata espressione dei pareri/delle relazioni.

Nel caso in cui l'organo adito abbia rappresentato esigenze istruttorie, i termini di 20 giorni possono essere interrotti per una sola volta e il parere deve essere reso definitivamente entro quindici giorni dalla ricezione degli elementi istruttori.

Qualora, all'esito della verifica, la segnalazione risulti fondata, il RPCT, in relazione alla natura della violazione, provvederà contestualmente:

- ❖ a presentare denuncia all'autorità giudiziaria competente;
- ❖ a comunicare l'esito dell'accertamento al Responsabile della struttura di appartenenza dell'autore della violazione accertata, affinché provveda all'adozione dei provvedimenti gestionali di competenza, incluso, sussistendone i presupposti, l'esercizio dell'azione disciplinare per il tramite dell'Ufficio disciplinare aziendale;
- ❖ a comunicare l'esito dell'accertamento alla Direzione Aziendale e alle strutture competenti ad adottare gli eventuali ulteriori provvedimenti e/o azioni che nel caso concreto si rendano necessari a tutela dell'azienda.

Le tutele e le misure di sostegno

Un asse portante dell'intera disciplina è rappresentato dal sistema di tutele offerte a colui che segnala, effettua una divulgazione pubblica o denuncia violazioni. Tali tutele, come già anticipato, sono estese anche a soggetti diversi dal segnalante e denunciante che, proprio in ragione del ruolo assunto nell'ambito del processo di segnalazione e/o del particolare rapporto che li lega al segnalante, potrebbero essere destinatari di ritorsioni.

Sistema di Protezione

Il d.lgs. n. 24/2023 ha previsto un sistema di protezione che comprende:

La tutela della riservatezza (cfr. § 4.1) del segnalante, del facilitatore, della persona coinvolta e delle persone menzionate nella segnalazione.

La tutela da eventuali ritorsioni adottate dall'ente in ragione della segnalazione, divulgazione pubblica o denuncia effettuata (cfr. § 4.2) e le condizioni per la sua applicazione.

Le limitazioni della responsabilità rispetto alla rivelazione e alla diffusione di alcune categorie di informazioni che operano al ricorrere di determinate condizioni (cfr. § 4.3).

Misure di sostegno al segnalante da parte di enti del Terzo settore inseriti in un apposito elenco pubblicato da ANAC.

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

In conformità alla precedente normativa, il legislatore impone all'amministrazione/ente, che riceve e tratta le segnalazioni, e alla stessa ANAC di garantire la riservatezza dell'identità del segnalante. Ciò anche al fine di evitare l'esposizione dello stesso a misure ritorsive che potrebbero essere adottate a seguito della segnalazione.

L'identità della persona segnalante e qualsiasi altra informazione da cui può evincersi, direttamente o indirettamente, non possono essere rivelate senza il consenso espresso della stessa persona segnalante a persone diverse da quelle competenti a ricevere o a dare seguito alle segnalazioni. La riservatezza viene garantita anche nel caso di segnalazioni - interne o esterne - effettuate in forma orale attraverso linee telefoniche o, in alternativa, sistemi di messaggistica vocale ovvero, su richiesta della persona segnalante, mediante un incontro diretto con chi tratta la segnalazione.

Come è garantita la riservatezza del segnalante nell'ambito giurisdizionale?

- ❖ nell'ambito del procedimento penale, l'identità del segnalante è coperta dal segreto nei modi e nei limiti previsti dall'articolo 329 c.p.p.;
- ❖ nell'ambito del procedimento dinanzi alla Corte dei conti, l'identità della persona segnalante non può essere rivelata fino alla chiusura della fase istruttoria.

Come è garantita la riservatezza del segnalante nell'ambito del procedimento disciplinare?

Nell'ambito del procedimento disciplinare, l'identità della persona segnalante non può essere rivelata, ove la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione, anche se conseguenti alla stessa. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità della persona segnalante sia indispensabile per la difesa dell'incolpato, la segnalazione sarà utilizzabile ai fini del procedimento disciplinare solo in presenza del consenso espresso della persona segnalante alla rivelazione della propria identità.

La riservatezza, oltre che all'identità del segnalante, viene garantita anche a qualsiasi altra informazione o elemento della segnalazione dal cui disvelamento si possa dedurre direttamente o indirettamente l'identità del segnalante. Si tutela la riservatezza del segnalante anche quando la segnalazione perviene a personale diverso da quello autorizzato e competente a gestire le segnalazioni, al quale, comunque, le stesse vanno trasmesse senza ritardo. In due casi espressamente previsti dal decreto, per rivelare l'identità del segnalante, oltre al consenso espresso dello stesso, si richiede anche una comunicazione scritta delle ragioni di tale rivelazione:

- ❖ nel procedimento disciplinare laddove il disvelamento dell'identità del segnalante sia indispensabile per la difesa del soggetto a cui viene contestato l'addebito disciplinare;
- ❖ nei procedimenti instaurati in seguito a segnalazioni interne o esterne laddove tale rivelazione sia indispensabile anche ai fini della difesa della persona coinvolta.

Il decreto, nell'ottica di estendere quanto più possibile il sistema delle tutele, ha riconosciuto che la riservatezza vada garantita anche a soggetti diversi dal segnalante:

- ❖ tutela della riservatezza del facilitatore che assiste il segnalante;

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ tutela della riservatezza anche delle persone differenti dal segnalato ma menzionate nella segnalazione, tramite il ricorso a strumenti di crittografia ove si utilizzino strumenti informatici.

La riservatezza della persona coinvolta e della persona menzionata viene garantita anche:

- ❖ quando la segnalazione viene effettuata con modalità diverse da quelle istituite dalle amministrazioni/enti e da ANAC in conformità al decreto;
- ❖ quando la segnalazione perviene a personale diverso da quello autorizzato al trattamento delle segnalazioni, al quale va in ogni caso trasmessa senza ritardo.

La tutela dell'identità della persona coinvolta e della persona menzionata nella segnalazione va garantita da parte dei soggetti del settore pubblico e di ANAC, nonché delle autorità amministrative cui vengono trasmesse le segnalazioni in quanto di loro competenza, fino alla conclusione dei procedimenti avviati in ragione della segnalazione e nel rispetto delle medesime garanzie previste in favore della persona segnalante.

La persona segnalata può essere sentita o viene sentita, dietro sua richiesta, anche mediante l'acquisizione di osservazioni scritte e documenti. Tale soggetto non ha il diritto di essere sempre informato della segnalazione che lo riguarda ma solo nell'ambito del procedimento eventualmente avviato nei suoi confronti a seguito della conclusione della gestione della segnalazione e nel caso in cui tale procedimento sia fondato in tutto o in parte sulla segnalazione.

Il trattamento dei dati personali

Al fine di garantire il diritto alla protezione dei dati personali alle persone segnalanti o denunciati, il legislatore ha previsto che l'acquisizione e gestione delle segnalazioni, divulgazioni pubbliche o denunce, ivi incluse le comunicazioni tra le autorità competenti, avvenga in conformità alla normativa in tema di tutela dei dati personali. La tutela dei dati personali va assicurata non solo alla persona segnalante o denunciante ma anche agli altri soggetti cui si applica la tutela della riservatezza, quali il facilitatore, la persona coinvolta e la persona menzionata nella segnalazione in quanto "interessati" dal trattamento dei dati. I titolari del trattamento, i responsabili del trattamento e le persone autorizzate a trattare i dati personali sono tenuti a rispettare alcuni principi fondamentali.

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione Triennio 2024 - 2026 (art. 6 del DL 80/2021)

Principi per il trattamento dei dati personali
Trattare i dati in modo lecito, corretto e trasparente.
Raccogliere i dati al solo fine di gestire e dare seguito alle segnalazioni, divulgazioni pubbliche o denunce.
Garantire che i dati siano adeguati, pertinenti e limitati a quanto necessario per le finalità per le quali sono trattati.
Assicurare che i dati siano esatti e aggiornati.
Conservare i dati per il tempo necessario al trattamento della specifica segnalazione. Non oltre cinque anni a decorrere dalla data della comunicazione dell'esito finale della procedura di segnalazione.
Assicurare il trattamento in maniera da garantire la sicurezza dei dati personal, compresa la protezione, mediante misure tecniche e organizzative adeguate, da trattamenti non autorizzati o illeciti e dalla perdita, distruzione e dal danno accidentali.
Rispettare il principio della privacy by design e by default.
Effettuare la valutazione d'impatto sulla protezione dei dati.
Rendere <i>ex ante</i> ai possibili interessati un'informativa sul trattamento dei dati personali mediante la pubblicazione di documenti informativi (ad esempio sul sito web, sulla piattaforma).
Assicurare l'aggiornamento del registro delle attività di trattamento.
Garantire il divieto di tracciamento dei canali di segnalazione.
Garantire, ove possibile, il tracciamento dell'attività del personale autorizzato nel rispetto delle garanzie a tutela del segnalante.

Per gli ulteriori approfondimenti in materia si rinvia alle Linee Guida ANAC n. 311 del 12/7/2023.

Il decreto prevede, a tutela del *whistleblower*, il divieto di ritorsione definita come "qualsiasi comportamento, atto od omissione, anche solo tentato o minacciato, posto in essere in ragione della segnalazione, della denuncia all'autorità giudiziaria o della divulgazione pubblica e che provoca o può provocare alla persona segnalante o alla persona che ha sporto la denuncia, in via diretta o indiretta, un danno ingiusto". Si tratta quindi di una definizione ampia del concetto di ritorsione che può consistere sia in atti o provvedimenti che in comportamenti od omissioni che si verificano nel contesto lavorativo e che arrecano pregiudizio ai soggetti tutelati. La ritorsione può essere anche "solo tentata o minacciata". Di seguito si riporta un elenco di ritorsioni che possono essere messe in atto. Tale elenco non ha carattere esaustivo:

- ❖ licenziamento, sospensione o misure equivalenti; b) retrocessione di grado o mancata promozione;
- ❖ mutamento di funzioni, cambiamento del luogo di lavoro, riduzione dello stipendio, modifica dell'orario di lavoro;
- ❖ sospensione della formazione o qualsiasi restrizione dell'accesso alla stessa;
- ❖ note di demerito o referenze negative;
- ❖ adozione di misure disciplinari o di altra sanzione, anche pecuniaria;
- ❖ coercizione, intimidazione, molestie o ostracismo;
- ❖ discriminazione o comunque trattamento sfavorevole; i) mancata conversione di un contratto di lavoro a termine in un contratto di lavoro a tempo indeterminato, laddove il lavoratore avesse una legittima aspettativa a detta conversione;
- ❖ mancato rinnovo o risoluzione anticipata di un contratto di lavoro a termine;

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ danni, anche alla reputazione della persona, in particolare sui social media, o pregiudizi economici o finanziari, comprese la perdita di opportunità economiche e la perdita di redditi;
- ❖ inserimento in elenchi impropri sulla base di un accordo settoriale o industriale formale o informale, che può comportare l'impossibilità per la persona di trovare un'occupazione nel settore o nell'industria in futuro;
- ❖ conclusione anticipata o annullamento del contratto di fornitura di beni o servizi;
- ❖ annullamento di una licenza o di un permesso;
- ❖ richiesta di sottoposizione ad accertamenti psichiatrici o medici.

L'applicazione del regime di protezione contro le ritorsioni prevista dal decreto è subordinata ad alcune condizioni e requisiti che di seguito vengono sintetizzati nella seguente tabella.

Condizioni per l'applicazione della tutela delle ritorsioni (D.lgs. n. 24/2023)

Il soggetto ha segnalato, denunciato o ha effettuato la divulgazione pubblica in base ad una convinzione ragionevole che le informazioni sulle violazioni segnalate, divulgate o denunciate, siano veritiere e rientranti nell'ambito oggettivo di applicazione del decreto.

La segnalazione o divulgazione pubblica è stata effettuata nel rispetto della disciplina prevista dal d.lgs. 24/2023.

È necessario un rapporto di consequenzialità tra segnalazione, divulgazione e denuncia effettuata e le misure ritorsive subite.

Non sono sufficienti invece i meri sospetti o le "voci di corridoio".

Non rilevano la certezza dei fatti i motivi personali che hanno indotto il soggetto a segnalare, a denunciare o effettuare la divulgazione pubblica. In difetto di tali condizioni:

- ❖ le segnalazioni, divulgazioni pubbliche e denunce non rientrano nell'ambito della disciplina di whistleblowing e quindi la tutela prevista non si applica a chi segnala, denuncia o effettua la divulgazione pubblica;
- ❖ analogamente, si esclude la protezione riconosciuta ai soggetti diversi, che in ragione del ruolo assunto nell'ambito del processo di segnalazione/denuncia e/o del particolare rapporto che li lega al segnalante o denunciante, subiscono indirettamente ritorsioni.

Ferme restando le specifiche ipotesi di limitazione di responsabilità, la tutela prevista in caso di ritorsioni non è garantita quando è accertata, anche con sentenza di primo grado, la responsabilità penale della persona segnalante per i reati di diffamazione o di calunnia o comunque per i medesimi reati commessi con la denuncia all'autorità giudiziaria o contabile ovvero la sua responsabilità civile, per lo stesso titolo, nei casi di dolo o colpa grave. In caso di accertamento delle responsabilità, alla persona segnalante o denunciante è anche irrogata una sanzione disciplinare. Laddove la sentenza di condanna in primo grado dovesse essere riformata in senso favorevole al segnalante nei successivi gradi di giudizio, quest'ultimo potrà ottenere nuovamente la tutela prevista dalla normativa solo a seguito del passaggio in giudicato della pronuncia che accerta l'assenza della sua responsabilità penale per i reati di calunnia e/o diffamazione commessi con la

segnalazione/denuncia/divulgazione, ovvero della sua responsabilità civile per lo stesso titolo. Analogamente, l'instaurazione di un processo penale per i reati di diffamazione o di calunnia, in seguito alla segnalazione, divulgazione pubblica, o denuncia, concluso poi con archiviazione non esclude l'applicazione di tale tutela in favore del segnalante o denunciante. Ciò in quanto l'archiviazione non comporta alcun accertamento di responsabilità penale. Inoltre, tenuto conto che, con riferimento alla responsabilità civile, il danno derivante da reato deve essere stato causato dal convenuto con dolo o colpa grave, la sussistenza della colpa lieve, benché fonte di responsabilità civile accertata dal giudice, non potrà comportare il venir meno della tutela prevista in caso di ritorsioni.

Le presunte ritorsioni, anche solo tentate o minacciate, devono essere comunicate esclusivamente ad ANAC alla quale è affidato il compito di accertare se esse siano conseguenti alla segnalazione, denuncia, divulgazione pubblica effettuata.

Limitazioni di responsabilità

All'insieme delle tutele riconosciute dalla disciplina al segnalante, denunciante o a chi effettua una divulgazione pubblica si devono ascrivere anche le limitazioni della responsabilità rispetto alla rivelazione e alla diffusione di alcune categorie di informazioni. Si tratta di limitazioni che operano al ricorrere di determinate condizioni in assenza delle quali vi sarebbero conseguenze in termini di responsabilità penale, civile e amministrativa.

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

Limitazioni di responsabilità penale, civile, amministrativa	
Disciplina precedente (L. n. 179/2017 - LLGG ANAC n. 469/2021)	Disciplina attuale (D.lgs. n. 24/2023)
Reati non configurabili nei casi di diffusione di informazioni coperte dall'obbligo di segreto se opera la scriminante	
Rivelazione e utilizzazione del segreto d'ufficio (art. 326 c.p.)	Rivelazione e utilizzazione del segreto d'ufficio (art. 326 c.p.)
Rivelazione del segreto professionale (art. 622 c.p.)	Rivelazione del segreto professionale (art. 622 c.p.)
Rivelazione dei segreti scientifici e industriali (art. 623 c.p.)	Violazione delle disposizioni relative alla tutela del diritto d'autore;
Violazione del dovere di fedeltà e di lealtà (art. 2105 c.c.)	Violazione delle disposizioni relative alla Protezione dei dati personali
<p>Condizioni necessarie perché la scriminate operi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il segnalante deve agire per tutelare l'interesse all'integrità delle amministrazioni, pubbliche e private, e per prevenire e reprimere le malversazioni; - Il segnalante non deve aver appreso la notizia in ragione di un rapporto di consulenza professionale o di assistenza con l'ente, l'impresa o la persona fisica interessata. <p>Le notizie e i documenti, oggetto di segreto aziendale, professionale o d'ufficio, non devono essere rivelati con modalità eccedenti rispetto alle finalità dell'eliminazione dell'illecito e, in particolare, la rivelazione non deve avvenire al di fuori del canale di comunicazione specificamente predisposto per le segnalazioni.</p>	<p>Rivelazione o diffusione di informazioni sulle violazioni che offendono la reputazione della persona coinvolta</p>
	<p>Condizioni perché l'esclusione della responsabilità operi nei casi di diffusione di informazioni -> presupposti diversi rispetto alla precedente disciplina</p> <p>Devono ricorrere cumulativamente due condizioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Fondati motivi, al momento della rivelazione o diffusione delle informazioni, per ritenere che tale rivelazione o diffusione è necessaria per svelare la violazione; 2) Effettuare la segnalazione, la divulgazione pubblica o la denuncia nel rispetto delle condizioni che il legislatore ha previsto nel d.lgs. n. 24/2023 per beneficiare delle tutele.
	<p>Esclusione di responsabilità in caso di accesso lecito alle informazioni segnalate o ai documenti contenenti dette informazioni</p>
	<p>Esclusione della responsabilità penale e ogni altra responsabilità, anche di natura civile o amministrativa, anche per i comportamenti, gli atti o le omissioni se collegati alla segnalazione, denuncia, divulgazione pubblica e necessari a rivelare la violazione.</p>

Le limitazioni di responsabilità operano solo nei casi in cui ricorrono due condizioni:

- ❖ la prima richiede che al momento della rivelazione o diffusione vi siano fondati motivi per ritenere che le informazioni siano necessarie per far scoprire la violazione. La persona, quindi, deve ragionevolmente ritenere, e non in base a semplici illazioni, che quelle informazioni debbano svelarsi perché indispensabili per far emergere la violazione, ad esclusione di quelle superflue, e non per ulteriori e diverse ragioni (ad esempio, gossip, fini vendicativi, opportunistici o scandalistici);
- ❖ la seconda condizione, invece, esige che la segnalazione, la divulgazione pubblica o la denuncia sia stata effettuata nel rispetto delle condizioni previste dal d.lgs. n. 24/2023 per beneficiare della tutela dalle ritorsioni (fondato motivo di ritenere che le informazioni sulle violazioni fossero veritiere e rientrassero tra le violazioni segnalabili ai sensi del d.lgs. n. 24/2023; segnalazioni, interne ed esterne, divulgazioni pubbliche effettuate nel rispetto delle modalità e delle condizioni dettate nel Capo II del decreto).

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

Per maggiori approfondimenti si rinvia alle Linee Guida Anac 311/2023.

Le misure di sostegno da parte degli Enti del Terzo Settore

Ad ulteriore rafforzamento della protezione del segnalante, il legislatore per la prima volta prevede la possibilità che ANAC stipuli convenzioni con enti del Terzo settore affinché questi ultimi forniscano misure di sostegno al segnalante. In particolare, tali enti sono inseriti in un apposito elenco pubblicato da ANAC sul proprio sito istituzionale e prestano assistenza e consulenza a titolo gratuito:

- ❖ sulle modalità di segnalazione;
- ❖ sulla protezione dalle ritorsioni riconosciuta dalle disposizioni normative nazionali e da quelle dell'Unione europea;
- ❖ sui diritti della persona coinvolta;
- ❖ sulle modalità e condizioni di accesso al patrocinio a spese dello Stato.

Si tratta di una forma di tutela in senso ampio in quanto in questo modo si tende a garantire sia il segnalante per la migliore effettuazione della segnalazione, anche al fine di proteggere al meglio la sua identità, sia il diritto di difesa della persona segnalata.

4.12 Area di Rischio Generale - Contratti pubblici

Il settore della contrattualistica pubblica è governato da norme differenziate a seconda che si tratti di interventi di PNRR/PNC, di procedure avviate con il previgente d.lgs. 50/2016 (di seguito denominato vecchio Codice) ovvero di procedure avviate in vigore del nuovo Codice dei Contratti adottato con Decreto Legislativo n. 36/2023 (di seguito denominato nuovo codice).

L'assetto normativo in essere dopo il 1° luglio 2023 determina la seguente tripartizione:

- ❖ procedure di affidamento avviate entro la data del 30 giugno 2023, c.d. "procedimenti in corso", disciplinate dal vecchio Codice (art. 226, comma 2, d.lgs. 36/2023);
- ❖ procedure di affidamento avviate dal 1° luglio 2023 in poi, disciplinate dal nuovo Codice;
- ❖ procedure di affidamento relative a interventi PNRR/PNC, disciplinati, anche dopo il 1° luglio 2023, dalle norme speciali riguardanti tali interventi contenute nel d.l. 77/2021 e ss.mm.ii. e dal nuovo Codice per quanto non regolato dalla disciplina speciale.

Il principale elemento di novità introdotto dal d.lgs. 36/2023 riguarda le disposizioni sulla digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti pubblici recate dalla Parte II del Codice, ovvero dagli artt. 19 e ss. d.lgs. 36/2023, la cui attuazione decorre dal 1° gennaio 2024, come fattore di standardizzazione, di semplificazione, di riduzione degli



ASL Napoli 3 Sud

Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

oneri amministrativi in capo agli operatori economici, nonché di trasparenza delle procedure. La digitalizzazione consente, da un lato, di assicurare efficacia, efficienza e rispetto delle regole e, dall'altro, costituisce misura di prevenzione della corruzione volta a garantire trasparenza, tracciabilità, partecipazione e controllo di tutte le attività. È importante presidiare con misure di prevenzione della corruzione tutti gli affidamenti sia in deroga sia ordinari, in quanto, appunto, questi ultimi godono in via permanente di procedure in precedenza introdotte in via "straordinaria" per far fronte all'emergenza Covid 19, prima, e alla tempestiva realizzazione del PNRR, dopo. Di seguito sono riportate per i principali istituti incisi dalle norme, possibili criticità e misure per mitigarle.

Nuovo Codice dei contratti pubblici (decreto legislativo 36/2023)		
Norma	Possibili eventi rischiosi	Possibili Misure
<p>Art. 50, d.lgs. 36/2023 Appalti sottosoglia comunitaria. In particolare, fattispecie di cui al comma 1: per gli appalti di servizi e forniture di importo fino a 140 mila € e lavori di importo inferiore 150 mila € affidamento diretto, anche senza consultazione di più OO.EE.</p>	<p>Possibile incremento del rischio di frazionamento artificioso oppure che il calcolo del valore stimato dell'appalto sia alterato in modo tale da non superare il valore previsto per l'affidamento diretto.</p> <p>Possibili affidamenti ricorrenti al medesimo operatore economico della stessa tipologia di Common procurement vocabulary (CPV), quando, in particolare, la somma di tali affidamenti superi la soglia di 140 mila euro.</p>	<p>Previsione di specifici indicatori di anomalia, anche sotto forma di <i>alert</i> automatici nell'ambito di sistemi informatici in uso alle amministrazioni.</p> <p>Al fine dell'individuazione degli indicatori di anomalia si suggeriscono le seguenti azioni volte a predisporre le basi dati in uso alle amministrazioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) analisi di tutti gli affidamenti il cui importo è appena inferiore alla soglia minima a partire dalla quale non si potrebbe più ricorrere all'affidamento diretto. Ciò al fine di individuare i contratti sui quali esercitare maggiori controlli anche rispetto alla fase di esecuzione e ai possibili conflitti di interessi; 2) analisi degli operatori economici per verificare quelli che in un determinato arco temporale risultano come gli affidatari più ricorrenti; 3) analisi, in base al Common procurement vocabulary (CPV), degli affidamenti posti in essere sia avvalendosi di procedure informatiche a disposizione delle singole amministrazioni che del Portale dei dati aperti di ANAC, con specificazione di quelli fuori MePA o altre tipologie di mercati elettronici equivalenti per appalti di servizi e forniture. Ciò al fine di verificare se gli operatori economici aggiudicatari siano sempre i medesimi e se gli affidamenti della stessa natura siano stati artificialmente frazionati. <p>Nel PTPCT/sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO le SA individuano le strutture (ad es. quella di auditing) che potranno effettuare verifiche a campione al fine di individuare i contratti sui quali esercitare maggiori controlli anche rispetto alla fase di esecuzione e ai possibili conflitti di interessi (ad esempio, tramite un campione rappresentativo del 10% di quegli affidamenti di valore appena inferiore alla soglia minima per intercettare eventuali frazionamenti e/o affidamenti ripetuti allo stesso o.e. e verificare anche il buon andamento della fase esecutiva). Il RPCT verifica in sede di monitoraggio la corretta attuazione delle misure programmate.</p>

Nuovo Codice dei contratti pubblici (decreto legislativo 36/2023)		
Norma	Possibili eventi rischiosi	Possibili Misure
	<p>Condizionamento dell'intera procedura di affidamento ed esecuzione dell'appalto attraverso la nomina di un Responsabile Unico di Progetto (RUP) non in possesso di adeguati requisiti di professionalità ai sensi dell'art. 15, d.lgs. 36/2023 e allegato I.2 al medesimo decreto.</p>	<p>Link alla pubblicazione del CV del RUP, se dirigenti o titolari di posizione organizzativa, ai sensi dell'art. 14 del d.lgs. n. 33/2013 per far conoscere chiaramente i requisiti di professionalità. Dichiarazione da parte del soggetto che ricopre l'incarico di RUP, o del personale di supporto, delle eventuali situazioni di conflitto di interessi ai sensi dell'art. 16, d.lgs. 36/2023.</p>
	<p>Affidamento degli incarichi di RUP al medesimo soggetto per favorire specifici operatori economici</p>	<p>Previsione di procedure interne che individuino criteri oggettivi di rotazione nella nomina del RUP.</p>



ASL Napoli 3 Sud

Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

Nuovo Codice dei contratti pubblici (decreto legislativo 36/2023)		
Norma	Possibili eventi rischiosi	Possibili Misure
<p>Per gli appalti di servizi e forniture di valore compreso tra 140 mila € e la soglia comunitaria; - di lavori di valore pari o superiore a 150.000 € e inferiore a 1 milione di euro ovvero fino alla soglia comunitaria. Procedura negoziata ex art. 50, comma 1, lett. c), d, e) del Codice, previa consultazione di almeno 5 o 10 OO.EE., ove esistenti.</p>	<p>Possibile incremento del rischio di frazionamento oppure che il calcolo del valore stimato dell'appalto sia alterato, in modo tale da non superare i valori previsti dalla norma oppure mancata rilevazione o erronea valutazione dell'esistenza di un interesse transfrontaliero certo</p>	<p>Previsione di specifici indicatori di anomalia, anche sotto forma di alert automatici nell'ambito di sistemi informatici in uso alle amministrazioni. Al fine dell'individuazione degli indicatori di anomalia si suggeriscono le seguenti azioni: 1) analisi di tutti gli affidamenti il cui importo è appena inferiore alla soglia minima a partire dalla quale non si potrebbe più ricorrere alle procedure negoziate. Ciò al fine di individuare i contratti sui quali esercitare maggiori controlli anche rispetto alla fase di esecuzione e ai possibili conflitti di interessi; 2) analisi degli operatori economici per verificare quelli che in un determinato arco temporale risultano essere stati con maggiore frequenza invitati e aggiudicatari; 3) analisi, in base al Common procurement vocabulary (CPV), degli affidamenti con procedure negoziate, sia avvalendosi di procedure informatiche a disposizione delle singole amministrazioni che del Portale dei dati aperti di ANAC. Ciò al fine di verificare da parte delle strutture e/o soggetti competenti se gli operatori economici aggiudicatari siano sempre i medesimi e se gli affidamenti della stessa natura sono stati artificiosamente frazionati; 4) analisi delle procedure in cui si rileva l'invito ad un numero di operatori economici inferiore a quello previsto dalla norma per le soglie di riferimento.</p>

Nuovo Codice dei contratti pubblici (decreto legislativo 36/2023)		
Norma	Possibili eventi rischiosi	Possibili Misure
<p>Nella scelta degli OO.EE. affidatari tramite l'affidamento diretto e la procedura negoziata si applica un criterio di rotazione degli affidamenti. NB: La rotazione non si applica quando l'indagine di mercato sia stata effettuata senza porre limiti al numero di operatori economici in possesso dei requisiti richiesti da invitare alla successiva procedura negoziata (art. 49, comma 5)</p>	<p>Mancata rotazione degli operatori economici, secondo il criterio dei successivi due affidamenti ex art. 49, commi 2 e 4 del Codice, chiamati a partecipare e formulazione di inviti alla procedura ad un numero di soggetti inferiori a quello previsto dalla norma al fine di favorire determinati operatori economici a discapito di altri.</p>	<p>Nel PTPCT/sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO le SA individuano le strutture (ad es. quella di auditing) che potranno effettuare verifiche a campione al fine di individuare i contratti sui quali esercitare maggiori controlli anche rispetto alla fase di esecuzione e ai possibili conflitti di interessi (ad esempio tramite un campione rappresentativo del 10% di quegli affidamenti con procedura negoziata aventi valore appena inferiore alle soglie minime, idoneo a intercettare possibili favoritismi, tra l'altro, a livello locale, nella fase di selezione degli operatori economici), anche in relazione al buon andamento della fase esecutiva. Il RPCT verifica in sede di monitoraggio la corretta attuazione delle misure programmate. Verifica da parte della struttura di auditing o di altro soggetto appositamente individuato all'interno della SA circa la corretta attuazione del principio di rotazione degli affidamenti al fine di garantire la parità di trattamento in termini di effettiva possibilità di partecipazione alle gare anche delle micro, piccole e medie imprese inserite negli elenchi. Aggiornamento tempestivo degli elenchi, su richiesta degli operatori economici, che intendono partecipare alle gare.</p>
<p>Art. 76 Codice Appalti sopra soglia Quando il bando o l'avviso o altro atto equivalente sia adottato dopo il 30 giugno 2023, utilizzo delle procedure negoziate senza bando ex art. 76 del Codice.</p>	<p>Possibile abuso del ricorso alla procedura negoziata di cui agli artt. 76 in assenza del ricorrere delle condizioni e in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dell'unicità dell'operatore economico (comma 2, lett. b); - dell'estrema urgenza da eventi imprevedibili dalla stazione appaltante (comma 2, lett. c). 	<p>Adozione di direttive generali interne con cui la SA fissa criteri da seguire nell'affidamento dei contratti sopra soglia mediante procedure negoziate senza bando (casi di ammissibilità, modalità di selezione degli operatori economici da invitare alle procedure negoziate ecc.). Chiara e puntuale esplicitazione nella decisione a contrarre motivazioni che hanno indotto la S.A. a ricorrere alle procedure negoziate.</p>

Nuovo Codice dei contratti pubblici (decreto legislativo 36/2023)		
Norma	Possibili eventi rischiosi	Possibili Misure
<p>Art. 62, comma 1, e art. 63, comma 2, d.lgs. n. 36/2023. In particolare, per gli appalti di servizi e forniture di importo inferiore a 140 mila € e lavori di importo inferiore 500 mila € in relazione ai livelli di qualificazione stabiliti dall'art. 63 comma 2, e i criteri stabiliti dall'All. II.4.</p>	<p>Possibile incremento del rischio di frazionamento oppure che il calcolo del valore stimato dell'appalto sia alterato in modo tale da non superare le soglie previste dalla norma al fine di poter svolgere le procedure di affidamento in autonomia al fine di favorire determinate imprese nell'assegnazione di commesse.</p>	<p>Previsione di specifici indicatori di anomalia, anche sotto forma di alert automatici nell'ambito di sistemi informatici in uso alle amministrazioni.</p> <p>Al fine dell'individuazione degli indicatori di anomalia si suggeriscono le seguenti azioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) analisi di tutti gli affidamenti il cui importo è appena inferiore alla soglia minima a partire dalla quale non si potrebbe più ricorrere alle procedure negoziate. Ciò al fine di individuare i contratti sui quali esercitare maggiori controlli anche rispetto alla fase di esecuzione e ai possibili conflitti di interessi; 2) analisi degli operatori economici per verificare quelli che in un determinato arco temporale risultano essere stati con maggiore frequenza invitati e aggiudicatari; 3) analisi, in base al Common procurement vocabulary (CPV), degli affidamenti con procedure negoziate, sia avvalendosi di procedure informatiche a disposizione delle singole amministrazioni che del Portale dei dati aperti di ANAC. Ciò al fine di verificare da parte delle strutture e/o soggetti competenti se gli operatori economici aggiudicatari siano sempre i medesimi e se gli affidamenti della stessa natura sono stati artificiosamente frazionati; 4) analisi delle procedure in cui si rileva l'invito ad un numero di operatori economici inferiore a quello previsto dalla norma per le soglie di riferimento. <p>Nel PTPCT/sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO le SA individuano le strutture (ad es. quella di auditing) che potranno effettuare verifiche a campione al fine di individuare i contratti sui quali esercitare maggiori controlli, ad esempio, tramite un campione rappresentativo del 10% di quegli affidamenti aventi valore appena inferiore alle soglie minime, idoneo a intercettare possibili elusioni delle norme per la qualificazione della stazione appaltante a vantaggio dell'affidamento in autonomia del contratto finalizzato a favorire a determinati operatori economici. Il RPCT verifica in sede di monitoraggio la corretta attuazione delle misure programmate.</p>

Nuovo Codice dei contratti pubblici (decreto legislativo 36/2023)		
Norma	Possibili eventi rischiosi	Possibili Misure
Art. 44 d.lgs. 36/2023 Appalto integrato. È prevista la possibilità per le stazioni appaltanti di procedere all'affidamento di progettazione ed esecuzione dei lavori sulla base del progetto di fattibilità tecnica ed economica approvato, ad eccezione delle opere di manutenzione ordinaria.	<p>Rischio connesso all'elaborazione da parte della S.A. di un progetto di fattibilità carente o per il quale non si proceda ad una accurata verifica, confidando nei successivi livelli di progettazione posti a cura dell'impresa aggiudicataria per correggere eventuali errori e/o sopperire a carenze, anche tramite varianti in corso d'opera.</p> <p>Proposta progettuale elaborata dall'operatore economico in un'ottica di massimizzazione del proprio profitto a detrimento del soddisfacimento dell'interesse pubblico sotteso. Incremento del rischio connesso a carenze progettuali che comportino modifiche e/o varianti e proroghe, sia in sede di redazione del progetto esecutivo che nella successiva fase realizzativa, con conseguenti maggiori costi di realizzazione delle opere e il dilatarsi dei tempi della loro attuazione.</p>	<p>Comunicazione del RUP all'ufficio gare e alla struttura di auditing preposta dell'approvazione del progetto redatto dall'impresa che presenta un incremento di costo e di tempi rispetto a quanto previsto nel progetto posto a base di gara per eventuali verifiche a campione sulle relative modifiche e motivazioni. Previsione di specifici indicatori di anomalia, anche sotto forma di alert automatici, nell'ambito di sistemi informatici in uso alle amministrazioni. Ai fini dell'individuazione degli indicatori di anomalia si suggerisce, a titolo esemplificativo, di monitorare per ogni appalto le varianti in corso d'opera che comportano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - incremento contrattuale intorno o superiore al 50% dell'importo iniziale; - sospensioni che determinano un incremento dei termini superiori al 25% di quelli inizialmente previsti; - modifiche e/o variazioni di natura sostanziale anche se contenute nell'importo contrattuale.

Nuovo Codice dei contratti pubblici (decreto legislativo 36/2023)		
Norma	Possibili eventi rischiosi	Possibili Misure
<p>Art. 119, d.lgs. n. 36/2023 Disciplina del subappalto. È nullo l'accordo con cui sia affidata a terzi l'integrale esecuzione delle prestazioni o lavorazioni appaltate, nonché la prevalente esecuzione delle lavorazioni relative alla categoria prevalente e dei contratti ad alta intensità di manodopera.</p>	<p>Incremento dei condizionamenti sulla realizzazione complessiva dell'appalto correlati al venir meno dei limiti al subappalto. Incremento del rischio di possibili accordi collusivi tra le imprese partecipanti a una gara volti a manipolarne gli esiti, utilizzando il meccanismo del subappalto, sia di "primo livello" che di "secondo livello" ove consentito dalla S.A. (subappalto c.d. "a cascata"), come modalità per distribuire i vantaggi dell'accordo ad altri partecipanti alla stessa gara. Rilascio dell'autorizzazione al subappalto in assenza dei controlli previsti dalla norma. Consentire il subappalto a cascata di prestazioni soggette a rischio di infiltrazioni criminali. Comunicazione obbligatoria dell'O.E. relativa ai sub contratti che non sono subappalti ai sensi dell'art. 105, co. 2, del Codice, effettuata con dolo al fine di eludere i controlli più stringenti previsti per il subappalto. Omissione di controlli in sede esecutiva da parte del DL o del DEC sullo svolgimento delle prestazioni dedotte in contratto da parte del solo personale autorizzato con la possibile conseguente prestazione svolta da personale/operatori economici non autorizzati.</p>	<p>Sensibilizzazione dei soggetti competenti preposti a mezzo della diffusione di circolari interne/linee guida comportamentali sugli adempimenti e la disciplina in materia di subappalto. Attenta valutazione da parte della S.A. delle attività/prestazioni maggiormente a rischio di infiltrazione criminale per le quali, ai sensi del comma 17 dell'art. 119, sarebbe sconsigliato il subappalto a cascata. Analisi degli appalti rispetto ai quali è stato autorizzato, in un dato arco temporale, il ricorso all'istituto del subappalto. Ciò per consentire all'ente (struttura di auditing appositamente individuata all'interno della S.A., RPCT o altri soggetti individuati internamente) di svolgere, a campione verifiche della conformità alla norma delle autorizzazioni al subappalto concesse dal RUP. Verifica da parte dell'ente (struttura di auditing individuata, RPCT o altro soggetto individuato) dell'adeguato rispetto degli adempimenti di legge da parte del DL/DEC e RUP con riferimento allo svolgimento della vigilanza in sede esecutiva con specifico riguardo ai subappalti autorizzati e ai sub contratti comunicati.</p>

Nuovo Codice dei contratti pubblici (decreto legislativo 36/2023)		
Norma	Possibili eventi rischiosi	Possibili Misure
Art. 215, d.lgs. n. 36/2023 e All. V.2. Disciplina del Collegio consultivo tecnico (CCT). Per servizi e forniture di importo pari o superiore a 1 milione € e per lavori diretti alla realizzazione delle opere pubbliche di importo pari o superiore alle soglie comunitarie è obbligatoria, presso ogni stazione appaltante, la costituzione di un CCT, per la rapida risoluzione delle eventuali controversie in corso di esecuzione, prima dell'avvio dell'esecuzione o entro 10 giorni da tale data	Nomina di soggetti che non garantiscono la necessaria indipendenza rispetto alle parti interessate (SA o impresa) anche al fine di ottenere vantaggi dalla posizione ricoperta.	Pubblicazione dei dati relativi ai componenti del Collegio consultivo tecnico ai sensi dell'art. 28 d.lgs. n. 36/2023 (cfr. LLGG MIT sul Collegio consultivo tecnico approvate con Decreto 17 gennaio 2022 n. 12, pubblicate sulla GURI n. 55 del 7 marzo 2022). Controlli sulle dichiarazioni rese ai sensi dell'art. 16 del d.lgs. n. 36/2016 in materia di conflitti di interessi da parte dei componenti del CCT (cfr. anche LLGG MIT sul Collegio consultivo tecnico approvate con Decreto 17 gennaio 2022 n. 12 e Parte speciale, Conflitti di interessi in materia di contratti pubblici, § 3.1, del PNA 2022)

Figura 48 - Esempificazione di eventi rischiosi e relative misure di prevenzione

Norme del DL n. 77 del 2021 conv. in l. n. 108/2021 relative ai contratti pubblici finanziati in tutto o in parte con le risorse del PNRR		
Norma	Possibili eventi rischiosi	Possibili Misure
Art. 48 co. 3, d.l. n. 77/2021. Per la realizzazione degli investimenti di cui al comma 1 le stazioni appaltanti possono altresì ricorrere alla procedura negoziata senza pubblicazione di un bando di gara di cui all'articolo 63 del decreto legislativo n. 50 del 2016, per i settori ordinari, e di cui all'articolo 125 del medesimo decreto legislativo, per i settori speciali, qualora sussistano i relativi presupposti.	Possibile abuso del ricorso alla procedura negoziata di cui agli artt. 63 e 125 del d.lgs. n. 50/2016 in assenza delle condizioni ivi previste, con particolare riferimento alle condizioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, e all'assenza di concorrenza per motivi tecnici.	Chiara e puntuale esplicitazione nella determina a contrarre o atto equivalente delle motivazioni che hanno indotto la S.A. a ricorrere alla procedura negoziata senza bando. Nel caso di ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, per cui i termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie non possono essere rispettati, il richiamo alle condizioni di urgenza non deve essere generico ma supportato da un'analitica trattazione che manifesti l'impossibilità del ricorso alle procedure ordinarie per il rispetto dei tempi di attuazione degli interventi. Nel caso di assenza di concorrenza per motivi tecnici vanno puntualmente esplicitate le condizioni/motivazioni dell'assenza.
	Utilizzo improprio della procedura negoziata da parte della stazione appaltante ascrivibile all'incapacità di effettuare una corretta programmazione e progettazione degli interventi.	Previsione di specifici indicatori di anomalia, anche sotto forma di alert automatici nell'ambito di sistemi informatici in uso alle amministrazioni.

Norme del DL n. 77 del 2021 conv. in l. n. 108/2021 relative ai contratti pubblici finanziati in tutto o in parte con le risorse del PNRR		
Norma	Possibili eventi rischiosi	Possibili Misure
	Utilizzo improprio della procedura negoziata da parte della stazione appaltante per favorire un determinato operatore economico.	Al fine dell'individuazione degli indicatori di anomalia si suggerisce di tracciare le procedure negoziate senza previa pubblicazione del bando affidate da una medesima amministrazione in un determinato arco temporale. Ciò al fine di verificare da parte delle strutture e/o soggetti competenti se gli operatori economici aggiudicatari sono sempre i medesimi. Nel PTPCT/sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO le SA individuano le strutture (ad es. quella di auditing) che potranno effettuare controlli su un campione di affidamenti ritenuto significativo (almeno pari al 10%) dell'effettivo ricorrere delle condizioni di urgenza previste dalla norma. Il RPCT verifica in sede di monitoraggio la corretta attuazione delle misure programmate.
	Artificioso allungamento dei tempi di progettazione della gara e della fase realizzativa dell'intervento al fine di creare la condizione per affidamenti caratterizzati da urgenza.	Monitoraggio sistematico del rispetto dei tempi di progettazione della gara e della fase realizzativa dell'intervento al fine di individuare eventuali anomalie che possono incidere sui tempi di attuazione dei programmi. Verifica a campione dei casi di anomalia da parte della struttura di auditing individuata dalla S.A. che ne relaziona al RPCT e all'ufficio gare.
	Possibili accordi collusivi per favorire il riconoscimento di risarcimenti, cospicui, al soggetto non aggiudicatario.	A seguito di contenzioso, ricognizione da parte dell'ufficio gare – nell'arco di due anni – sia degli OE che hanno avuto la "conservazione del contratto" sia di quelli per i quali è stato concesso il risarcimento ai sensi dell'art. 125 d.lgs. n. 104/2010. Ciò al fine di verificare la ricorrenza dei medesimi OE, indice di un possibile accordo collusivo fra gli stessi.

Norme del DL n. 77 del 2021 conv. in l. n. 108/2021 relative ai contratti pubblici finanziati in tutto o in parte con le risorse del PNRR		
Norma	Possibili eventi rischiosi	Possibili Misure
<p>Art. 48, co. 4, d.l. n. 77/2021. Per gli affidamenti PNRR, PNC e UE è stata estesa la norma che consente, in caso di impugnativa, l'applicazione delle disposizioni processuali relative alle infrastrutture strategiche (art. 125 d.lgs. n. 104/2010), le quali - fatte salve le ipotesi di cui agli artt. 121 e 123 del citato decreto - limitano la caducazione del contratto, favorendo il risarcimento per equivalente.</p>	<p>Omissione di controlli in sede esecutiva da parte del DL o del DEC sullo svolgimento delle prestazioni dedotte in contratto da parte del solo personale autorizzato con la possibile conseguente prestazione svolta da personale/operatori economici non autorizzati.</p>	<p>Verifica da parte dell'ente (struttura di auditing individuata, RPCT o altro soggetto individuato) dell'adeguato rispetto degli adempimenti di legge da parte del DL/DEC e RUP con riferimento allo svolgimento della vigilanza in sede esecutiva con specifico riguardo ai subappalti autorizzati e ai sub contratti comunicati.</p>
	<p>Nomina come titolare del potere sostitutivo di soggetti che versano in una situazione di conflitto di interessi.</p>	<p>Dichiarazione – da parte del soggetto titolare del potere sostitutivo per la procedura rispetto alla quale viene richiesto il suo intervento - delle eventuali situazioni di conflitto di interessi ai sensi dell'art. 16, d.lgs. n. 36/2023. Link alla pubblicazione, ai sensi dell'art. 35, lett. m), del d.lgs. n. 33/2013, sul sito istituzionale della stazione appaltante, del nominativo e dei riferimenti del titolare del potere sostitutivo, tenuto ad attivarsi qualora decorrano inutilmente i termini per la stipula, la consegna lavori, la costituzione del Collegio Consultivo Tecnico, nonché altri termini anche endo- procedurali. Dichiarazione, da parte del soggetto titolare del potere sostitutivo per la procedura rispetto alla quale viene richiesto il suo intervento, delle eventuali situazioni di conflitto di interessi ai sensi dell'art. 16 del d.lgs. n. 36/2023. Verifica e valutazione delle dichiarazioni rese dal titolare del potere sostitutivo a cura del competente soggetto individuato dall'amministrazione (cfr. Parte speciale, Conflitti di interessi in materia di contratti pubblici, § 3.1. del PNA 2022).</p>

Norme del DL n. 77 del 2021 conv. in l. n. 108/2021 relative ai contratti pubblici finanziati in tutto o in parte con le risorse del PNRR		
Norma	Possibili eventi rischiosi	Possibili Misure
	Attivazione del potere sostitutivo in assenza dei presupposti al fine di favorire particolari operatori economici	Previsione di specifici indicatori di anomalia, anche sotto forma di alert automatici nell'ambito di sistemi informatici in uso alle amministrazioni. Al fine dell'individuazione degli indicatori di anomalia, si suggerisce di tracciare gli affidamenti operati dalla stazione appaltante al fine di verificare la rispondenza delle tempistiche di avanzamento in ragione di quanto previsto dalle norme e dal contratto; ciò con l'obiettivo di attivare il potere sostitutivo nei casi di accertato ritardo e decorrenza dei termini.
Art. 50, co. 4, d.l. 77/2021 - Premio di accelerazione È previsto che la stazione appaltante preveda nel bando o nell'avviso di indizione della gara dei premi di accelerazione per ogni giorno di anticipo della consegna dell'opera finita, da conferire mediante lo stesso procedimento utilizzato per le applicazioni delle penali. È prevista anche una deroga all'art. 113-bis del Codice dei Contratti	Corresponsione di un premio di accelerazione in assenza del verificarsi delle circostanze previste dalle norme. Accelerazione, da parte dell'appaltatore, comportante una esecuzione dei lavori "non a regola d'arte", al solo fine di conseguire il premio di accelerazione, con pregiudizio del corretto adempimento del contratto.	Comunicazione tempestiva da parte dei soggetti deputati alla gestione del contratto (RUP, DL e DEC) del ricorrere delle circostanze connesse al riconoscimento del premio di accelerazione al fine di consentire le eventuali verifiche del RPCT o della struttura di auditing. Previsione di specifici indicatori di anomalia, anche sotto forma di alert automatici nell'ambito di sistemi informatici in uso alle amministrazioni. Al fine dell'individuazione degli indicatori di anomalia si suggerisce di tracciare gli affidamenti operati dalla stazione appaltante al fine di verificare la rispondenza delle tempistiche di avanzamento in ragione di quanto previsto dalle norme e dal contratto; ciò con l'obiettivo di procedere ad accertamenti nel caso di segnalato ricorso al premio di accelerazione.

Norme del DL n. 77 del 2021 conv. in l. n. 108/2021 relative ai contratti pubblici finanziati in tutto o in parte con le risorse del PNRR		
Norma	Possibili eventi rischiosi	Possibili Misure
pubblici al fine di prevedere delle penali più aggressive in caso di ritardato adempimento.	Accordi fraudolenti del RUP o del DL con l'appaltatore per attestare come concluse prestazioni ancora da ultimare al fine di evitare l'applicazione delle penali e/o riconoscere il premio di accelerazione.	Sensibilizzazione dei soggetti competenti (RUP, DL e DEC) preposti a mezzo della diffusione di circolari interne/linee guida comportamentali sugli adempimenti e la disciplina in ordine all'esecuzione della prestazione al fine del corretto riconoscimento del premio di accelerazione.
Art. 53, d.l. n. 77/2021 Semplificazione degli acquisti di beni e servizi informatici strumentali alla realizzazione del PNRR e in materia di procedure di e-procurement e acquisto di beni e servizi informatici. In applicazione della norma in commento le stazioni appaltanti possono ricorrere alla procedura negoziata anche per importi superiori alle soglie UE, per affidamenti aventi ad oggetto l'acquisto di beni e servizi informatici, in	Improprio ricorso alla procedura negoziata piuttosto che ad altra procedura di affidamento per favorire determinati operatori economici per gli appalti sopra soglia.	Chiara e puntuale esplicitazione nella determina a contrarre o atto equivalente delle motivazioni che hanno indotto la S.A. a ricorrere alla procedura negoziata, anche per importi superiori alle soglie UE
	Ricorso eccessivo e inappropriato alla procedura negoziata anche per esigenze che potrebbero	Previsione di specifici indicatori di anomalia, anche sotto forma di alert automatici nell'ambito di sistemi
	Improprio ricorso alla procedura negoziata piuttosto che ad altra procedura di affidamento per favorire determinati operatori economici per gli appalti sopra soglia.	Chiara e puntuale esplicitazione nella determina a contrarre o atto equivalente delle motivazioni che hanno indotto la S.A. a ricorrere alla procedura negoziata, anche per importi superiori alle soglie UE

Norme del DL n. 77 del 2021 conv. in l. n. 108/2021 relative ai contratti pubblici finanziati in tutto o in parte con le risorse del PNRR		
Norma	Possibili eventi rischiosi	Possibili Misure
<p>particolare basati sulla tecnologia cloud, nonché servizi di connettività, la cui determina a contrarre o altro atto di avvio del procedimento equivalente sia adottato entro il 31 dicembre 2026, anche ove ricorra la rapida obsolescenza tecnologica delle soluzioni disponibili tale da non consentire il ricorso ad altra procedura di affidamento.</p>	<p>Ricorso eccessivo e inappropriato alla procedura negoziata anche per esigenze che potrebbero essere assolte anche con i tempi delle gare aperte.</p>	<p>Previsione di specifici indicatori di anomalia, anche sotto forma di alert automatici nell'ambito di sistemi informatici in uso alle amministrazioni.</p> <p>Al fine dell'individuazione degli indicatori di anomalia si suggeriscono le seguenti azioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) analisi, in base al Common procurement vocabulary (CPV), degli affidamenti con procedure negoziate, sia avvalendosi di procedure informatiche a disposizione delle singole amministrazioni che del Portale dei dati aperti di ANAC. Ciò al fine di verificare da parte delle strutture e/o soggetti competenti (RUP + ufficio gare) se gli operatori economici aggiudicatari siano sempre i medesimi; 2) analisi delle procedure negoziate che fanno rilevare un numero di inviti ad operatori economici inferiore a 5; 3) analisi degli operatori economici per verificare quelli che in un determinato arco temporale risultano essere stati con maggiore frequenza invitati e/o aggiudicatari.

Norme del DL n. 77 del 2021 conv. in l. n. 108/2021 relative ai contratti pubblici finanziati in tutto o in parte con le risorse del PNRR		
Norma	Possibili eventi rischiosi	Possibili Misure
	Mancata rotazione dei soggetti chiamati a partecipare alle procedure e formulazione dei relativi inviti ad un numero inferiore di soggetti rispetto a quello previsto dalla norma al fine di favorire determinati operatori economici a discapito di altri.	Verifica da parte dell'ente (RPCT o struttura di auditing appositamente individuata o altro soggetto all'interno della S.A.) circa la corretta attuazione del principio di rotazione degli inviti al fine di garantire la parità di trattamento degli operatori economici in termini di effettiva possibilità di partecipazione alle gare, verificando quelli che in un determinato arco temporale risultano essere stati con maggior frequenza invitati o aggiudicatari. Aggiornamento tempestivo degli elenchi di O.E. costituiti presso la SA. interessati a partecipare alle procedure indette dalla S.A. Pubblicazione, all'esito delle procedure, dei nominativi degli operatori economici consultati dalla SA.

Figura 49-Esemplificazione di eventi rischiosi e relative misure di prevenzione nei contratti pubblici finanziati in tutto o in parte con le risorse del PNRR

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

Tipologie misure
misure di trasparenza (ad es. tracciabilità informatica degli atti, aggiornamento periodico degli elenchi degli operatori economici da invitare nelle procedure negoziate e negli affidamenti diretti, puntuale esplicitazione nelle decisioni a contrarre delle motivazioni della procedura di affidamento)
misure di controllo (ad es. verifiche interne, monitoraggio dei tempi procedurali, con particolare riferimento agli appalti finanziati con i fondi del PNRR, ricorso a strumenti informatici che consentano il monitoraggio e la tracciabilità degli affidamenti diretti fuori MePA per appalti di lavori, servizi e forniture)
misure di semplificazione (ad es. utilizzo di sistemi gestionali per il monitoraggio di gare e contratti; reportistica periodica derivante dalla piattaforma di approvvigionamento digitale)
misure di regolazione (ad es. circolari esplicative recanti anche previsioni comportamentali sugli adempimenti e la disciplina in materia di subappalto, al fine di indirizzare comportamenti in situazioni analoghe e per individuare quei passaggi procedurali che possono dar luogo ad incertezze)
misure di organizzazione (ad es. rotazione del personale, formazione specifica dei RUP e del personale)
Utilizzo di check list per diverse tipologie di affidamento. Si tratta di strumenti operativi che consentono <i>in primis</i> un'attività di autocontrollo di primo livello da parte dei soggetti chiamati a redigere la documentazione della procedura di affidamento, al fine di supportare la compilazione "guidata" degli atti e la loro conformità alla normativa comunitaria e nazionale; nonché un successivo controllo/supervisione dei medesimi atti da parte di soggetti diversi
Stipula di patti di integrità e previsione negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito, di accettazione degli obblighi, in capo all'affidatario, ad adottare le misure antimafia e anticorruzione ivi previste in sede di esecuzione del contratto

Figura 50 - Le tipologie di misure che possono essere adottate

In fase di aggiornamento dei processi e delle attività delle strutture aziendali che svolgono procedure di gara (UOC Acquisizioni Beni e Servizi, UOC Programmazione, progettazione ed esecuzione degli investimenti dell'Edilizia Sanitaria, UOC Gestione e Manutenzione del Patrimonio Immobiliare, UOC Ingegneria Clinica") saranno dettagliate le misure di mitigazione del rischio in armonia con quanto previsto dalle linee guida, dai regolamenti e dai PNA ANAC.

La trasparenza dei contratti pubblici a seguito dell'entrata in vigore del D.lgs 36/2023

La disciplina che dispone sugli obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici di lavori, servizi e forniture si rinvia oggi all'art. 37 del d.lgs. 33/2013 e nel nuovo Codice dei contratti di cui al d.lgs. n. 36/2023 che ha acquistato efficacia dal 1° luglio 2023 (art. 229, co. 2).

In particolare, sulla trasparenza dei contratti pubblici il nuovo Codice ha previsto:

- ❖ che le informazioni e i dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici, ove non considerati riservati ovvero secretati, siano tempestivamente trasmessi alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici (BDNCP) presso l'ANAC (da parte delle stazioni appaltanti e dagli enti concedenti) attraverso le piattaforme di approvvigionamento digitale utilizzate per svolgere le procedure di affidamento e di esecuzione dei contratti pubblici (art. 28);
- ❖ che spetta alle stazioni appaltanti, al fine di garantire la trasparenza dei dati comunicati alla BDNCP, il compito di assicurare il collegamento tra la sezione «Amministrazione trasparente» del sito istituzionale e la stessa BDNCP, secondo le disposizioni di cui al d.lgs. 33/2013;
- ❖ la sostituzione, ad opera dell'art. 224, co. 4 del Codice, dell'art. 37 del d.lgs. 33/2013 rubricato "Obblighi di pubblicazione concernenti i contratti pubblici di lavori, servizi e forniture" con il seguente:
 - fermo restando quanto previsto dall'articolo 9-bis e fermi restando gli obblighi di pubblicità legale, le pubbliche amministrazioni e le stazioni appaltanti pubblicano i dati, gli atti e le informazioni secondo quanto previsto dall'articolo 28 del codice dei contratti pubblici di cui al decreto legislativo di attuazione della legge 21 giugno 2022, n. 78.
 - ai sensi dell'articolo 9-bis, gli obblighi di pubblicazione di cui al comma 1 si intendono assolti attraverso l'invio dei medesimi dati alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici presso l'ANAC e alla banca dati delle amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo 29 dicembre 2011, n. 229, limitatamente alla parte lavori.
- ❖ che l'art. 29 del d.lgs. 50/2016 recante la disciplina di carattere generale in materia di trasparenza continua ad applicarsi fino al 31 dicembre 2023;
- ❖ che l'art. 28, co. 3 individua i dati minimi oggetto di pubblicazione e che in ragione di tale norma è stata disposta l'abrogazione, con decorrenza dal 1°luglio 2023, dell'art. 1, co. 32 della legge n. 190/2012.

Quale regime di trasparenza applicare?

Alla luce delle disposizioni vigenti richiamate, delle abrogazioni disposte dal Codice, dell'efficacia differita prevista per alcune disposizioni, si valuta che la trasparenza dei contratti pubblici sia materia governata da norme differenziate, che determinano distinti regimi di pubblicazione dei dati e che possono essere ripartiti nelle seguenti fattispecie:

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione *Triennio 2024 - 2026* (art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ed esecuzione conclusa entro il 31 dicembre 2023.

Per queste fattispecie, disciplinate dal d.lgs. 50/2016 o dal d.lgs. 36/2023, la pubblicazione di dati, documenti e informazioni in AT, sottosezione "Bandi di gara e contratti", avviene secondo le indicazioni dell'allegato n. 6 del PIAO 2024-2026.

Ciò in considerazione del fatto che il nuovo Codice prevede che le disposizioni in materia di pubblicazione di bandi e avvisi e l'art. 29 del vecchio Codice continuano ad applicarsi fino al 31 dicembre 2023 (art. 225, co. 1 e 2 d.lgs. 36/2023).

- ❖ Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ma non ancora conclusi alla data del 31 dicembre 2023.

Per queste ipotesi, l'Autorità ha adottato con [Delibera n. 582 del 13 dicembre 2023](#), d'intesa con il MIT, un comunicato relativo all'avvio del processo di digitalizzazione e a cui si rinvia per i profili attinenti all'assolvimento degli obblighi di trasparenza.

- ❖ Contratti con bandi e avvisi pubblicati dopo il 1° gennaio 2024.

Gli obblighi di pubblicazione sono assolti secondo quanto previsto dalle disposizioni del nuovo Codice in materia di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti di cui agli artt. 19 e ss. e dai relativi regolamenti attuativi di ANAC. In particolare, le informazioni che le stazioni appaltanti sono tenute a trasmettere alla BDNCP e le modalità di assolvimento di tale obbligo sono stati descritti da ANAC, come sopra precisato, nella delibera n. 261 del 20 giugno 2023. Nell'allegato n. 7 al presente Piano sono stati invece precisati i dati, i documenti, le informazioni la cui pubblicazione va comunque assicurata nella sezione "Amministrazione trasparente" (AT). Ove gli atti e i documenti siano già pubblicati sulle piattaforme di approvvigionamento digitale, ai sensi e nel rispetto dei termini e dei criteri di qualità delle informazioni stabiliti dal d.lgs. 33/2013 (artt. 6 e 8, co. 3), è sufficiente che in AT venga indicato il link alla piattaforma in modo da consentire a chiunque la visione dei suddetti atti e documenti.

Vale precisare che nel PNA 2022 l'ANAC aveva già affrontato il tema della trasparenza in materia di contratti pubblici del PNRR. A tal proposito, alla luce di quanto già sopra indicato, resta naturalmente ferma la disciplina speciale dettata dal MEF per i dati sui contratti PNRR per quanto concerne la trasmissione al sistema informativo "ReGiS" descritta nella parte Speciale del PNA 2022, come aggiornata dalle Linee guida e Circolari successivamente adottate dal MEF. (Per gli affidamenti diretti di importo inferiore a 5.000 euro si applicano le indicazioni contenute nel Comunicato del Presidente dell'ANAC del 10/01/2024 che prevede, fino al 30/09/2024, la possibilità di acquisire il CIG utilizzando l'interfaccia web messa a disposizione dalla PCP. In tal caso, ai fini della trasparenza, i dati, le informazioni e i documenti relativi alle procedure di affidamento diretto di importo inferiore a 5.000 euro devono essere assolti mediante la pubblicazione in Amministrazione trasparente. A decorrere dal 1° ottobre 2024 anche per gli affidamenti diretti di importo inferiore a 5.000 euro sarà obbligatorio il ricorso alle piattaforme certificate)

Responsabile Unico del Progetto (RUP)

Con la pubblicazione in G.U. del D. Lgs. 31 marzo 2023, n. 36, è sostanzialmente in vigore il nuovo codice dei contratti pubblici; l'articolo 15 del citato decreto, contiene novità in relazione alla figura del Responsabile Unico del Progetto - RUP. Si definisce la figura del Responsabile unico del progetto – RUP -, denominato "responsabile unico di progetto" e non di "procedimento" (come previsto nel previgente art. 31 del Codice dei contratti pubblici – D. Lgs. n. 50/2016). Il RUP interviene per le fasi di programmazione, progettazione, affidamento e per l'esecuzione di ciascuna procedura. La disciplina di dettaglio del RUP è contenuta nell'allegato 1.2 del D. Lgs. 36/2023.

Per effetto del divieto fissato all'articolo 35 bis del D. Lgs. 165/2001 non può svolgere le funzioni di RUP chi sia stato condannato con sentenza passata in giudicato per i reati previsti nel Capo I del titolo II del libro secondo del Codice penale. Le funzioni di RUP non possono essere assunte dal personale che versa nelle ipotesi di conflitto di interessi di cui all'articolo 16 del D. Lgs. 36/2023. Il RUP osserva le disposizioni del Codice di comportamento di cui al DPR n. 62/2013 e di quelle contenute nel Codice di Comportamento adottato dall'amministrazione.

L'articolo 16 del D. Lgs. 36/2023 dispone in generale che le stazioni appaltanti prevedano misure adeguate a contrastare la corruzione nonché per individuare e prevenire ogni ipotesi di conflitto di interessi nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni, in modo da evitare qualsiasi distorsione della concorrenza e garantire, così, la parità di trattamento di tutti gli operatori economici. L'obiettivo è quello di impedire che la stazione appaltante si lasci guidare nella scelta del contraente, da considerazioni estranee all'appalto, accordando la preferenza a un concorrente unicamente in ragione di particolari interessi personali.

In particolare, l'articolo 16 comma 1 prevede testualmente che: "Si ha conflitto di interessi quando un soggetto che, a qualsiasi titolo, interviene con compiti funzionali nella procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione degli appalti o delle concessioni e ne può influenzare, in qualsiasi modo, il risultato, gli esiti e la gestione, ha direttamente o indirettamente un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione". Il comma 3 dell'articolo 16 precisa che ogni qual volta che si configuri la situazione di conflitto di interesse, il dipendente è tenuto a una comunicazione tempestiva al Responsabile dell'Ufficio di appartenenza che valuta nel caso concreto la sussistenza del conflitto. Se il conflitto di interessi sussiste, il dipendente si astiene dal partecipare alla procedura di aggiudicazione e all'esecuzione, pena la responsabilità disciplinare del dipendente pubblico e fatte salve le ipotesi di responsabilità amministrativa e penale.

Con riferimento invece al personale delle stazioni appaltanti, la disciplina si applica a tutto il personale dipendente, a prescindere dalla tipologia di contratto che lo lega alle stesse (Contratto a tempo indeterminato o determinato) e a tutti coloro che, in base ad un valido titolo giuridico, legislativo contrattuale siano in grado di impegnare l'Ente nei confronti dei terzi o comunque rivestano, di fatto o di diritto, un ruolo tale da poterne obiettivamente influenzare l'attività esterna. Le comunicazioni di cui al comma 3 dell'articolo 16 vengono trasmesse ai Responsabili degli Uffici di appartenenza che svolgono procedure di gara.

4.13 Area di Rischio Generale - Reclutamento del personale

Il reclutamento del personale che in sanità avviene attraverso procedure concorsuali è uno dei processi ad elevato rischio corruttivo; pertanto, particolare attenzione va posta ai seguenti aspetti:

- ❖ coerenza tra la richiesta di avvio della procedura concorsuale e l'Atto Aziendale vigente, la dotazione organica, le previsioni normative e regolamentari del settore;
- ❖ rispetto delle norme vigenti in materia, con particolare riferimento alle "Linee guida di indirizzo amministrativo sullo svolgimento delle prove concorsuali e sulla valutazione dei titoli, ispirate alle migliori pratiche a livello nazionale e internazionale in materia di reclutamento del personale, nel rispetto della normativa, anche regolamentare, vigente in materia" (Direttiva n. 3 del 24 aprile 2018);
- ❖ attenta e puntuale definizione dei requisiti di ammissione;
- ❖ commissione di concorso neutrali e competenti.
- ❖ Per la costituzione delle Commissioni di concorso occorre definire e pubblicare criteri oggettivi di:
 - ❖ selezione dei membri della commissione giudicatrice;
 - ❖ monitoraggio dei sistemi di selezione dei membri stessi, e la loro rotazione;
 - ❖ definizione di un tempo minimo per poter partecipare ad una nuova commissione;
 - ❖ acquisizione di opportuna autocertificazione sull'assenza di conflitti di interesse e/o di incompatibilità;
 - ❖ verifica preliminare di eventuali profili di incompatibilità/conflitto di interessi;
 - ❖ verifica del rispetto dell'articolo 35-bis del decreto legislativo n. 165 del 2001, in materia di prevenzione del fenomeno della corruzione che nella formazione di commissioni concorsuali, stabilisce che coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del Codice penale non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- ❖ osservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione;
- ❖ rotazione.

Incarichi dirigenziali di struttura complessa

Tra le principali possibili misure per tale fase vi è quella di verificare, attraverso l'acquisizione di idonea documentazione, la coerenza tra la richiesta di avvio di una procedura concorsuale e l'Atto aziendale, la dotazione organica, le previsioni normative e regolamentari del settore e la sostenibilità economico finanziaria nel medio-lungo periodo. Per converso, un opposto evento rischioso può consistere nella mancata messa a bando della posizione dirigenziale per ricoprirla tramite incarichi ad interim o utilizzando lo strumento del facente funzione.

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione *Triennio 2024 - 2026* (art. 6 del DL 80/2021)

Può costituire una misura per prevenire tale rischio, vincolare il tempo di assegnazione di incarichi temporanei vigilando sui tempi di avvio delle procedure concorsuali. Nella fase di definizione dei profili dei candidati, al fine di evitare l'uso distorto e improprio della discrezionalità (richiesta di requisiti eccessivamente dettagliati o generici), l'individuazione del profilo professionale deve essere adeguato alla struttura a cui l'incarico afferisce e deve essere connotata da elementi di specificità e concretezza, anche per fornire alla commissione giudicatrice uno strumento idoneo a condurre il processo di valutazione nel modo più rispondente possibile alle necessità rilevate. Per le posizioni dirigenziali di strutture complesse la costituzione della Commissione esaminatrice è vincolata da precise norme nazionali e regionali. Occorre solo rendere pubblico e trasparente il sorteggio. Per la costituzione delle Commissioni di concorso per l'ammissione alla dirigenza (strutture non complesse) occorre definire e pubblicare criteri oggettivi di:

- ❖ selezione dei membri della commissione giudicatrice;
- ❖ monitoraggio dei sistemi di selezione dei membri stessi e la loro rotazione;
- ❖ definizione di un tempo minimo per poter partecipare ad una nuova commissione;
- ❖ acquisizione di opportuna autocertificazione sull'assenza di conflitti di interesse e/o di incompatibilità;
- ❖ verifica preliminare di eventuali profili di incompatibilità/conflitto di interessi.

Per quanto riguarda la fase di valutazione dei candidati, al fine di evitare il rischio di eccessiva discrezionalità, con l'attribuzione di punteggi incongruenti che favoriscano specifici candidati, esempi di misure di prevenzione consistono nella adozione di linee guida per la definizione dei criteri di valutazione e nella pubblicazione dei criteri e degli altri atti ostensibili della procedura di selezione/valutazione sui siti istituzionali.

Nella fase di comunicazione e pubblicazione dei risultati occorre garantire la massima trasparenza nella pubblicazione degli atti che deve essere tempestiva e condotta secondo modalità strutturate e di facile consultazione. All'atto della nomina, i dirigenti devono produrre la dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità e inconferibilità ai sensi del decreto legislativo n. 39 del 08/04/2013. Come per i titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice, le dichiarazioni sono pubblicate sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione trasparente". Al fine del monitoraggio, sarebbe opportuno implementare un sistema gestionale informatico che consenta la pubblicazione direttamente nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale, con la previsione di un campo per l'individuazione dell'anno di presentazione della dichiarazione. Il sistema garantirebbe la verifica massiva del grado di aggiornamento delle dichiarazioni presentate dai dirigenti, nonché, velocizzando le tempistiche, un migliore approfondimento della qualità delle dichiarazioni rese.

Incarichi a Direttore di Dipartimento

La natura di tale incarico è di tipo prevalentemente organizzativo-gestionale. La relativa procedura di conferimento dell'incarico prevede la scelta, da parte del Direttore generale, fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento stesso. In questo contesto, eventuali rischi possono configurarsi nell'uso non trasparente e adeguatamente motivato dell'esercizio del potere discrezionale di scelta. Per evitare e

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

contrastare tali rischi e al fine di garantire comunque il prevalere dei profili di merito nell'attribuzione del suddetto incarico, sono rese obbligatorie le misure di prevenzione al rafforzamento della trasparenza, avendo riguardo delle seguenti indicazioni:

- ❖ esplicitazione, all'interno degli atti del procedimento, della conformità dello stesso alle previsioni dell'atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale;
- ❖ predeterminazione dei criteri di scelta e, ove non sussista apposita disciplina regionale, ai sensi dell'art. 17 bis, co. 3, del d.lgs. 502/1992, esplicitazione delle modalità di partecipazione del Comitato di dipartimento alla individuazione dei direttori di dipartimento;
- ❖ esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti professionali, ai compiti affidati e alla pregressa performance della struttura dipartimentale;
- ❖ pubblicazione degli atti del procedimento.

Incarichi a Direttore di Presidio Ospedaliero

La procedura di conferimento di tale incarico equivale alle ordinarie procedure concorsuali di Direzione di struttura Medica Complessa.

Incarichi di Direzione di struttura semplice

Le strutture semplici rappresentano, nell'assetto dell'Azienda Sanitaria, l'articolazione organizzativa di base di cui si compone la struttura complessa. In merito alle modalità di conferimento degli incarichi in area sanitaria e per l'area PTA, l'Asl Napoli 3 Sud ha adottato con DDG n. 712/2023 e 713/2023 rispettivamente il Regolamento per l'affidamento, la conferma e la revoca degli incarichi dirigenziali area sanità e il Regolamento per l'affidamento, la conferma e la revoca degli incarichi dirigenziali per l'Area PTA. In ogni caso devono essere adottati tutti i possibili interventi ed azioni finalizzati a rafforzare la trasparenza delle relative procedure di conferimento con le seguenti indicazioni che, in parte, le ripropongono:

- ❖ verifica, all'interno degli atti del procedimento, della conformità dello stesso alle previsioni dell'atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale;
- ❖ pubblicazione delle unità operative semplici per le quali va conferito l'incarico (è auspicabile che le funzioni delle UOS vengano qualificate nell'ambito di atti di organizzazione in modo tale che i requisiti degli aspiranti di cui al punto successivo trovino nei citati atti la loro motivazione);
- ❖ avvio di procedura selettiva attraverso avviso/bando pubblico in cui siano stati esplicitati i requisiti soggettivi degli aspiranti;
- ❖ costituzione della commissione selezionatrice;
- ❖ predeterminazione dei criteri di selezione;

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione *Triennio 2024 - 2026* (art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ misure di trasparenza, nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza, della rosa degli idonei;
- ❖ esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti di partecipazione e ai criteri di selezione;
- ❖ esplicitazione della motivazione alla base della scelta della durata dell'incarico più o meno lunga all'interno del minimo/massimo previsto (la durata degli incarichi dovrebbe essere definita non volta per volta ma in modo "standard", oppure la stessa dovrebbe essere esplicitamente collegata a provvedimenti di programmazione);
- ❖ pubblicazione degli atti del procedimento.

Per tutti i casi in cui si avvii una procedura selettiva a evidenza pubblica, con la costituzione della commissione, oltre alle misure di cui ai punti precedenti, è necessario sottoporre i componenti delle commissioni a processi di rotazione nonché alla sottoscrizione, da parte degli stessi, delle dichiarazioni di insussistenza o di eventuale sussistenza di incompatibilità o conflitto di interesse. Sarebbe auspicabile prevedere, nella composizione della commissione di selezione, almeno un componente esterno. Nel caso, inoltre, di avviso pubblico in cui non si proceda alla costituzione della commissione, è opportuno fornire indicazioni per la composizione degli organi di natura tecnica che dovranno selezionare i candidati (es. sorteggio informatico).

Come precisato si evidenzia che il d.lgs. 97/2016 ha introdotto l'obbligo di pubblicazione dei dati, già previsti per la dirigenza sanitaria, anche per i responsabili di struttura semplice.

Incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione e di consulenza

Le procedure di conferimento di tali incarichi sono particolarmente dettagliate nella disciplina contrattuale dell'Area Sanità e per la PTA e negli specifici regolamenti adottati dall'Azienda cui si rinvia (DDG n. 712/2023 e DDG n. 713/2023). Occorre pertanto che le Aziende Sanitarie osservino il massimo livello di trasparenza per l'affidamento o revoca degli incarichi dirigenziali di cui trattasi, attraverso la pubblicazione dell'atto di conferimento sul sito dell'Azienda, comprendendo l'ambito del programma che si intende realizzare, l'oggetto dell'incarico e i criteri di scelta.

Sostituzione della dirigenza medica e sanitaria

L'istituto delle sostituzioni rappresenta un ambito particolarmente vulnerabile al rischio di eventi corruttivi legati alla possibile messa in atto di condotte elusive delle ordinarie procedure di selezione. Possibili rischi sono, ad esempio, ritardo o mancato avvio delle procedure concorsuali alla base della necessità di copertura del posto vacante con la sostituzione oppure, a sostituzione avvenuta, prolungamento intenzionale dei tempi occorrenti per l'avvio delle procedure ordinarie di conferimento al titolare dell'incarico, con conseguente prolungamento del periodo di sostituzione per oltre sei mesi (vantaggio, in quest'ultimo caso, del sostituto la cui retribuzione viene integrata ai sensi di quanto previsto dal CCNL). Per quanto i casi in cui fare ricorso alle sostituzioni siano puntualmente disciplinati dal CCNL, per contrastare i connessi rischi, la misura di prevenzione prioritaria in questo ambito è quella di rendere quanto più possibile trasparenti le relative procedure avuto riguardo delle seguenti

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

indicazioni:

- ❖ pubblicazione, aggiornamento e monitoraggio periodico del numero dei posti oggetto di sostituzione/sostituibili per anno;
- ❖ esplicitazione in dettaglio e relativa pubblicizzazione della motivazione del ricorso alla sostituzione;
- ❖ altre tipologie di incarichi.

Incarichi conferiti ai sensi dell'art. 15 septies del d.lgs. 502/1992

Tra le tipologie di incarico, quelle previste dall'articolo 15 *septies* del decreto legislativo 502/1992 si caratterizzano per la prevalente natura discrezionale della procedura di affidamento dell'incarico. L'articolo stabilisce che le aziende sanitarie ed ospedaliere:

- ❖ possono conferire incarichi per l'espletamento di funzioni di particolare rilevanza e interesse strategico, mediante la stipula di contratti a tempo determinato e con rapporti di lavoro escluso di durata non inferiore a due anni e non superiori a cinque con facoltà di rinnovo, nei limiti del 2% della dotazione organica della dirigenza sanitaria e del 2% della dotazione organica degli altri ruoli dirigenziali, a laureati con comprovata qualificazione professionale e particolare specializzazione professionale, culturale e scientifica;
- ❖ possono conferire incarichi di natura dirigenziale, relativi a profili diversi da quello medico, ad esperti di provata competenza che non godano del trattamento di quiescenza e siano in possesso del diploma di laurea e di specifici requisiti coerenti con l'incarico, per un numero non superiore al 5% della dotazione organica della dirigenza sanitaria nonché al 5% della dotazione organica della dirigenza professionale, tecnica e amministrativa.
- ❖ L'azienda prevede una serie di misure per massimizzare i livelli di trasparenza e imparzialità nelle procedure di selezione relative all'attribuzione di incarichi di cui sopra. In particolare, tenuto conto dell'eccezionalità che contraddistingue il ricorso a tale modalità di conferimento di incarichi per l'espletamento di funzioni di particolare rilevanza ed interesse strategico, l'azienda esplicita attraverso pubblicazione sul sito istituzionale:
- ❖ le motivazioni del ricorso a tale procedura derogatoria, comprendendo motivazione per il mancato espletamento di concorsi per il reclutamento ordinario;
- ❖ la durata dell'incarico;
- ❖ le competenze professionali richieste;
- ❖ i criteri di selezione.

Incarichi extra-istituzionali

Fatta salva la specifica disciplina prevista dalla legge per l'attività libero professionale, extra ed intra- muraria, del personale della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria con rapporto di lavoro esclusivo, lo svolgimento di incarichi ed attività extra-istituzionali da parte dei dipendenti dell'ASL Napoli 3 Sud è consentito nei limiti e nel rispetto della disciplina prevista dall'art. 53 del d.lgs. 165/2001 e dalle altre norme di legge ivi richiamate nonché delle prescrizioni aziendali. Sotto tale profilo è necessario:

- ❖ verificare l'insussistenza dell'incompatibilità per incarichi extraistituzionali conferiti a personale dipendente da parte di soggetti terzi che operano nel settore sanitario (vedi capitolo 6 della presente sezione del Piano);
- ❖ comunicare (nella relazione annuale sulle misure di prevenzione della corruzione previste dal presente Piano e di ottemperanza agli obblighi di pubblicazione) il numero di autorizzazioni rilasciate in ciascun anno distinguendo tra incarichi retribuiti e incarichi gratuiti, nonché le eventuali segnalazioni e violazioni accertate sullo svolgimento di incarichi extra -istituzionali non autorizzati, anche ai fini della redazione della relazione del RPCT di fine anno. Tale comunicazione dovrà essere trasmessa al RPCT dalla Direzione Generale per il tramite dell'UOC Affari Istituzionali.

Lo svolgimento di tali incarichi da parte del dirigente, del funzionario o del professionista sanitario può preconstituire situazioni di conflitto di interesse che possono compromettere il buon andamento dell'attività istituzionale, ponendosi altresì come sintomo della possibilità che insorgano legami corruttivi. Per questi motivi, l'articolo 1 della legge 190/2012, è intervenuta a modificare anche il regime dello svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici contenuto nell'articolo 53 del decreto legislativo n. 165/2001. Fatta salva la specifica disciplina prevista dalla Legge e dai Contratti collettivi per il personale dirigenziale del ruolo sanitario, lo svolgimento e le attività extra-istituzionali sono consentite nei limiti di quanto previsto dalla norma.

4.14 Area di Rischio – Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

Le attività connesse ai pagamenti potrebbero rappresentare rischi concreti di corruzione nei seguenti casi:

- ❖ ritardi nell'erogazione di compensi dovuti rispetto ai tempi contrattualmente previsti;
- ❖ liquidazione fatture senza adeguata verifica della prestazione;
- ❖ sovrappagamenti o fatturare prestazioni non svolte;
- ❖ effettuare rilevazioni di bilancio e rilevazioni non corrette o veritiere;
- ❖ permettere pagamenti senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture provocando favoritismi tra i creditori ecc.

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione *Triennio 2024 - 2026* *(art. 6 del DL 80/2021)*

Tutti questi rischi mettono in evidenza la necessità di adottare misure che garantiscano la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari e che consentano la verifica e il controllo della correttezza dei pagamenti effettuati. Al riguardo fondamentale è il "Percorso Attuativo della Certificabilità" (PAC) dei dati e dei bilanci del SSN, strumento di controllo e di riduzione del rischio di frode amministrativo-contabile nel settore.

Presso l'UOC GEF è in fase di predisposizione una bozza di regolamento per l'applicazione della normativa in materia di antiriciclaggio e repressione del finanziamento del terrorismo.

La valorizzazione del patrimonio mobiliare e immobiliare delle Aziende Sanitarie rappresenta un obiettivo di fondamentale importanza per l'efficienza e l'efficacia amministrativa in funzione delle finalità istituzionali da perseguire. L'articolo 5 del decreto legislativo 502/92 e ss.mm.ii definisce il patrimonio delle aziende sanitarie come tutti i beni mobili e immobili ad essa appartenenti, anche trasferiti dallo Stato o da altri enti pubblici, in virtù di leggi o provvedimenti amministrativi, nonché tutti i beni acquisiti nell'esercizio della propria attività o in seguito ad atti di liberalità. Le aziende dispongono del loro patrimonio secondo il regime di proprietà privata nel rispetto delle disposizioni del Codice civile che prevedono che i beni mobili e immobili utilizzati per il perseguimento dei fini istituzionali costituiscono il patrimonio indisponibile e pertanto non possono essere sottratti dalla loro destinazione se non nei modi stabiliti dalla legge. Tutti gli altri beni compongono il patrimonio disponibile.

La gestione del patrimonio aziendale è affidata alle seguenti unità organizzativa:

- ❖ L'U.O.C. Affari Generali assicura, limitatamente all'aspetto amministrativo, la gestione degli immobili di proprietà, strumentali e non, ovvero altrimenti detenuti dall'Azienda in locazione o comodato d'uso (predisposizione e perfezionamento dei contratti di locazione, attiva e passiva, e dei contratti di comodato, attivo e passivo, e degli atti ad essi propedeutici, consequenziali e connessi);
- ❖ L'U.O.C. Gestione e Manutenzione del Patrimonio Immobiliare provvedono alla manutenzione degli immobili aziendali e dei relativi impianti, nonché alla loro valorizzazione attraverso la progettazione e l'esecuzione degli interventi di manutenzione ordinaria, straordinaria, ristrutturazione ed adeguamento delle strutture esistenti, sia ospedaliere che territoriali.
- ❖ L'U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi gestisce l'inventario informatizzato del patrimonio dei beni mobili.

Ai sensi della normativa vigente ed in particolare dell'art.30 del decreto legislativo n. 33/2013, l'elenco dei beni rientranti nel patrimonio aziendale è pubblicata sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente – Beni immobili e gestione patrimonio".

Gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale di cui all'articolo 19, comma 2, lettere b) e c) del Decreto Legislativo 23 giugno 2011, n. 118, sono tenute a garantire la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci, di cui all'art. 2 del Decreto Ministeriale 17 settembre 2012. Per certificabilità si intende l'applicazione di una regolamentazione della materia contabile e di un sistema di procedure amministrativo-contabili che ponga gli Enti nella condizione di essere sottoposti, in ogni momento, con esito positivo alle verifiche ed alle revisioni contabili stabilite nel DM 17

settembre 2012.

Al riguardo, presso l'UOC GEF (di concerto con la Direzione Amministrativa) è in fase di predisposizione una bozza di regolamento che disciplinerà la procedura digitalizzata di gestione dei cespiti mobiliari. Ciò appare necessario in considerazione dell'importanza che riveste la corretta rilevazione del reale valore dei beni ai fini dell'attendibilità e della portata informativa dei dati presenti in Bilancio.

4.15 Aree di rischio specifico in Sanità

L'attività libero professionale, specie con riferimento alle connessioni con il sistema di gestione delle liste di attesa e alla trasparenza delle procedure di gestione delle prenotazioni e di identificazione dei livelli di priorità delle prestazioni, può rappresentare un'area di rischio di comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio e/o di profitti indebiti, a svantaggio dei cittadini e con ripercussioni anche dal punto di vista economico e della percezione della qualità del servizio. Per questi motivi è necessario prevedere delle misure di gestione del rischio nella fase autorizzatoria, nello svolgimento dell'attività e nelle interferenze con l'attività istituzionale. I possibili eventi rischiosi possono essere:

- ❖ false dichiarazioni prodotte ai fini del rilascio dell'autorizzazione;
- ❖ inadeguata verifica dell'attività svolta in regime intramoenia;
- ❖ errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale;
- ❖ lo svolgimento della libera professione in orario di servizio;
- ❖ lo squilibrio tra numero di prestazioni erogate in regime ordinario e numero di prestazioni erogate in ALPI;
- ❖ trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione.

Dal 2024 si procederà, d'intesa con i Responsabili competenti per materia, all'inserimento delle misure di prevenzione più adatte a contenere i rischi.

Area di rischio specifica - Liste d'attesa

Per quanto concerne, invece, le liste d'attesa il problema riscontrato, su tutto il territorio nazionale, è dato dalla lunghezza delle liste e quindi delle tempistiche di attesa del cittadino nella fruizione dei servizi del sistema sanitario nazionale/regionale. Le motivazioni alla base possono essere così riassunte:

- ❖ carenza di specialisti ambulatoriali;
- ❖ minore offerta di prestazioni da parte delle strutture ospedaliere per la riduzione degli organici;
- ❖ scelta dell'assistito di particolari specialisti per i quali si registrano tempi lunghi che alterano la media;
- ❖ offerta territoriale disomogenea;
- ❖ errata registrazione sul sistema informativo aziendale del grado di priorità.

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

A decorrere dal 2024 saranno aggiornate le misure di mitigazione del rischio nell'area specifica di rischio "Attività Libero Professionale e Liste di Attesa".

Area di rischio specifica - Controlli nelle strutture accreditate

Anche nell'area dell'accreditamento delle strutture private si annida la corruzione in quanto a fronte di precise esigenze dell'utenza che potrebbero essere soddisfatte dalle strutture pubbliche ben amministrate, si preferisce esternalizzare servizi. Il servizio sanitario pubblico e quello privato collaborano, ma con finalità diverse. Il primo ha l'obiettivo e la necessità di garantire il benessere delle persone e di fornire cure sanitarie universali; il secondo ha lo scopo – lecito – di generare utili. La collaborazione pubblico/privato si basa principalmente sull'accreditamento e la fornitura di prestazioni a prezzi concordati.

Possibili eventi a rischio:

- ❖ errori nella valutazione dei fabbisogni;
- ❖ ritardi o accelerazione nel rilascio delle autorizzazioni;
- ❖ ritardi o accelerazioni nelle visite ispettive finalizzate al rilascio delle autorizzazioni;
- ❖ omissioni e/o irregolarità nei verbali ispettivi;
- ❖ falsificazione di referti con lo scopo di far rientrare l'intervento nella categoria autorizzata oppure per il quale è previsto un rimborso superiore al dovuto.

A decorrere dal 2024 saranno aggiornate le misure di mitigazione del rischio nell'area specifica di rischio "Controlli Strutture accreditate".

Area di rischio specifica – Farmaceutica

L'informazione scientifica spesso viene manipolata ad uso e consumo dei produttori di farmaci e tecnologie che per l'impiego di capitali effettuato nella ricerca scientifica, condizionano le riviste mediche nella selezione delle informazioni da pubblicare e i medici nella prescrizione di farmaci, atteso che questi ricevono le maggiori informazioni proprio dalla longa manus degli informatori che hanno carta bianca nel proporre iniziative gratuite a spese delle ditte produttrici.

Così anche nell'ambito della ricerca e dello sviluppo dei farmaci, i rischi principali sono legati alla comunità scientifica. Alla base di ciò vi è la perdita della sua indipendenza perché condizionata dai finanziamenti delle aziende farmaceutiche. In questo ambito, è stato rilevato il pagamento di tangenti a medici e ricercatori affinché falsificassero le informazioni al fine di creare allarme su un determinato problema, fenomeno o pandemia. Inoltre, a volte i ricercatori manipolano i dati (ad esempio selezionando i soli indicatori di esito) o omettono alcuni risultati della ricerca per mostrare i soli benefici di un nuovo farmaco.

Nel settore farmaceutico, possibili truffe si realizzano nel:

- ❖ furto di medicinali;

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione *Triennio 2024 - 2026* (art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ comparaggio farmaceutico;
- ❖ improprio utilizzo di farmaci;
- ❖ richiesta di indebiti rimborsi;
- ❖ il fenomeno delle prescrizioni di farmaci a soggetti deceduti che si verifica quando il medico prescrive medicinali a pazienti inconsapevoli o deceduti con correlative erogazioni da parte della farmacia che riceve i rimborsi vendendo abusivamente farmaci defustellati.

Per quanto attiene la prescrizione dei farmaci in ambito extra ospedaliero, eventi rischiosi possono riguardare l'abuso dell'autonomia professionale da parte del medico all'atto della prescrizione al fine di favorire la diffusione di un particolare farmaco e/o di frodare il Servizio Sanitario. Altro evento rischioso può consistere in omissioni e/o irregolarità nell'attività di vigilanza e controllo quali-quantitativo delle prescrizioni da parte dell'azienda sanitaria. Nel primo caso una possibile misura consiste nella sistematica e puntuale implementazione di una reportistica utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente. A decorrere dal 2024 saranno aggiornate le misure di mitigazione del rischio nell'area specifica di rischio "Farmaceutica".

Area di rischio specifica - Attività di vigilanza, controlli, ispezioni

Le attività di vigilanza, controllo, ispezione, e l'eventuale irrogazione di sanzioni riguardano tutte le amministrazioni che svolgono compiti di vigilanza su specifici settori "con particolare attenzione alle aree maggiormente sensibili al rischio di corruzione quali, a titolo di esempio, la sicurezza nei luoghi di lavoro e, più in generale, le aree di competenza dei dipartimenti di prevenzione" ed ancora nella determina ANAC n. 12/2015 "...È necessario pertanto mettere in atto anche in questo campo misure specifiche volte, per esempio, a perfezionare gli strumenti di controllo e di verifica, come l'utilizzo di modelli standard di verbali con Check list, la rotazione del personale ispettivo, l'introduzione nei codici di comportamento di disposizioni dedicate al personale ispettivo stesso".

Sotto tale profilo, di seguito si elencano le attività che dovranno essere progressivamente mappate. A seguito della valutazione della tipologia di rischio cui sono soggette, a decorrere dalla prossima programmazione triennale per le predette attività dovranno essere identificate le misure di mitigazione del rischio per le seguenti aree:

- ❖ controlli e autorizzazione della Area Veterinaria del Dipartimento di Prevenzione;
- ❖ assistenza Sanitaria Distrettuale e Ospedaliera;
- ❖ medicina legale;
- ❖ certificazioni Medico Legali Ospedaliere - Referti dei PS dei Presidi Ospedalieri;
- ❖ decessi intraospedalieri.

A decorrere dal 2024 saranno aggiornate le misure di mitigazione del rischio nell'area specifica di rischio "Attività di vigilanza, controlli, ispezioni".

4.16 La trasparenza

La trasparenza si pone come uno dei migliori strumenti di prevenzione e di lotta alla corruzione e concorre ad attuare i principi di eguaglianza, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza, integrità e lealtà. È fondamentale precisare che la trasparenza deve essere intesa non come un adempimento aggiuntivo rispetto alle normali attività delle strutture interessate alla pubblicazione dei dati, bensì come attività propria e caratterizzante il modo di operare dell'Azienda.

Il ruolo di primo piano che il legislatore ha attribuito alla trasparenza si arricchisce oggi, a seguito dell'introduzione del PIAO, con il riconoscimento del suo concorrere alla protezione e alla creazione di valore pubblico. Essa favorisce, in particolare, la più ampia conoscibilità dell'organizzazione e delle attività che ogni amministrazione o ente realizza in favore della comunità di riferimento, degli utenti, degli stakeholder, sia esterni che interni.

Dal Piano Nazionale Anticorruzione 2022 emerge che per favorire la creazione di valore pubblico, un'amministrazione dovrebbe prevedere obiettivi strategici, che riguardano anche la trasparenza, quali ad esempio:

- ❖ rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi europei e del PNRR;
- ❖ revisione e miglioramento della regolamentazione interna (a partire dal codice di comportamento e dalla gestione dei conflitti di interessi);
- ❖ promozione delle pari opportunità per l'accesso agli incarichi di vertice (trasparenza ed imparzialità dei processi di valutazione);
- ❖ incremento dei livelli di trasparenza e accessibilità delle informazioni da parte degli stakeholder, sia interni che esterni;
- ❖ informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente";
- ❖ miglioramento dell'organizzazione dei flussi informativi e della comunicazione al proprio interno e verso l'esterno;
- ❖ digitalizzazione dell'attività di rilevazione e valutazione del rischio e di monitoraggio;
- ❖ individuazione di soluzioni innovative per favorire la partecipazione degli stakeholder alla elaborazione della strategia di prevenzione della corruzione;
- ❖ incremento della formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e sulle regole di comportamento per il personale della struttura dell'ente anche ai fini della promozione del valore pubblico;
- ❖ miglioramento del ciclo della performance in una logica integrata (performance, trasparenza, anticorruzione);

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione *Triennio 2024 - 2026* (art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ promozione di strumenti di condivisione di esperienze e *best practices* 1 (Es: costituzione/partecipazione a Reti di RPCT in ambito territoriale);
- ❖ consolidamento di un sistema di indicatori per monitorare l'attuazione del PTPCT o della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO integrato nel sistema di misurazione e valutazione della performance;
- ❖ integrazione tra sistema di monitoraggio del PTPCT o della sezione Anticorruzione e trasparenza del PIAO e il monitoraggio degli altri sistemi di controllo interni;
- ❖ miglioramento continuo della chiarezza e conoscibilità dall'esterno dei dati presenti nella sezione Amministrazione Trasparente;
- ❖ rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione degli appalti pubblici e alla selezione del personale.

I soggetti coinvolti

I soggetti coinvolti sono:

- ❖ Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, che coordina gli interventi e le azioni relativi alla trasparenza e svolge attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, segnalando gli esiti di tale controllo all'OIV. A seguito dell'introduzione dell'accesso civico generalizzato, il Responsabile per la trasparenza e i dirigenti responsabili delle varie funzioni controllano la regolare attuazione dell'accesso civico. Successivamente alla pubblicazione dell'attestazione annuale sulla trasparenza da parte dell'OIV che la invia ad ANAC, il RPCT assume le iniziative utili a superare le criticità segnalate dall'OIV, ovvero idonee a migliorare la rappresentazione dei dati per renderli più chiari e fruibili;
- ❖ Nell'ottica di partecipazione alla creazione di valore pubblico e alla costruzione del sistema di prevenzione della corruzione dell'ASL, va inquadrato il potere riconosciuto all'OIV di attestare lo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione, secondo le indicazioni date ogni anno da ANAC. L'organismo non attesta solo la mera presenza/assenza del dato o documento nella sezione «Amministrazione trasparente» del sito istituzionale, ma si esprime anche su profili qualitativi che investono la completezza del dato pubblicato (ovvero se riporta tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative), se è riferito a tutti gli uffici, se è aggiornato, se il formato di pubblicazione è aperto ed elaborabile;
- ❖ I Direttori delle Unità operative complesse, dei Dipartimenti, dei Distretti e dei Presidi Ospedalieri sono i Referenti della Trasparenza e hanno la responsabilità dell'individuazione dei contenuti e della pubblicazione dei dati e delle informazioni previsti dagli allegati n. 6 e n. 7 (trasparenza) al presente piano. I Direttori dei PPOO possono farsi coadiuvare dai Direttori delle UUOCC Servizi Amministrativi

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione *Triennio 2024 - 2026* (art. 6 del DL 80/2021)

Ospedalieri Area Nord e Area Sud per l'adempimento degli obblighi previsti dalla presente sezione del Piano;

- ❖ Stakeholder interni ed esterni.

La cultura della trasparenza ha una valenza trasversale in tutti gli ambiti di attività e coinvolge necessariamente i soggetti interni ed esterni all'Azienda sia come detentori e comunicatori dei dati sia come fruitori delle informazioni. È importante favorire il coinvolgimento delle associazioni dei consumatori, le associazioni di volontariato maggiormente rappresentative sul territorio, i sindacati del personale dirigente e del comparto, e del personale convenzionato. L'Asl Napoli 3 Sud si impegna ad attivare politiche di coinvolgimento degli stakeholder, interni (es. sindacati, dipendenti) ed esterni (es. cittadini, associazioni, imprese, centri di ricerca) per individuare le esigenze di trasparenza e tenerne conto nella selezione dei dati da pubblicare e nell'elaborazione delle iniziative per garantire la trasparenza, la legalità e la promozione della cultura dell'integrità.

L'Asl Napoli 3 Sud intende coinvolgere e dialogare con gli stakeholders attraverso differenti modalità:

- ❖ Indiretta, attraverso le notizie apprese tramite i media locali;
- ❖ Diretta, con l'invio di una mail all'indirizzo prevenzionecorruzione@pec.aslnapoli3sud.it per trasmettere suggerimenti e proposte da apportare modifiche al programma o eventuali reclami sulla qualità delle informazioni pubblicate o in merito a ritardi o inadempienze riscontrate.

Il processo di adozione del Piano deve necessariamente coinvolgere tutti i soggetti aziendali interessati. Deve essere attuata la piena partecipazione e condivisione degli obiettivi di trasparenza e delle misure organizzative necessarie tra tutti i soggetti aziendali che partecipano al processo sia nella fase dell'individuazione delle misure che della loro attuazione compresi gli stakeholders interni ed esterni. A tal fine prima dell'approvazione del Piano o del suo aggiornamento deve essere pubblicato sul sito Internet apposito avviso pubblico al fine di raccogliere suggerimenti e proposte. Sulla base delle proposte e dei suggerimenti pervenuti da tutti i soggetti interni ed esterni, il RT elabora la bozza finale di piano che viene inviata e condivisa con la Direzione Aziendale prima della formale approvazione.

L'ASL Napoli 3 Sud pubblica, nella sezione denominata "Amministrazione trasparente" del portale istituzionale, le informazioni, i dati e documenti sui cui vige obbligo di pubblicazione ai sensi del D. Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii. L'obiettivo è quello di procedere ad una costante integrazione dei dati già pubblicati, raccogliendoli con criteri di omogeneità. L'Azienda pone attenzione al concetto della qualità dei dati da pubblicare, anche alla luce delle stringenti disposizioni in materia di tutela dei dati personali di cui al Regolamento UE/679/2016, ovvero sulla questione relativa al bilanciamento tra Privacy e Trasparenza al fine di garantire esatta attuazione delle prescrizioni contenute nel D. Lgs. 33/2013, nonché delle Linee Guida in materia di trattamento dei dati personali contenuti in atti e documenti amministrativi.

I dati da pubblicare sono quelli previsti dalla normativa vigente ed indicati nelle Tabelle allegate n. 6 e n. 7.

Le Tabelle oltre a specificare i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria, i relativi riferimenti normativi e la

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione *Triennio 2024 - 2026* (art. 6 del DL 80/2021)

tempistica, in coerenza con le linee guida dell'ANAC, specificano i Responsabili della elaborazione e della pubblicazione del dato.

All'interno dell'Azienda, il Responsabile della Trasparenza (di seguito, per brevità "RT") esercita i poteri di programmazione, impulso e coordinamento e la cui effettività dipende dal coinvolgimento e dalla responsabilizzazione di tutti coloro che a vario titolo partecipano al sistema nel suo complesso.

In particolare, svolge funzioni di coordinamento delle attività dei Referenti della Trasparenza mediante:

- ❖ comunicazioni, informazioni ed eventuali disposizioni operative;
- ❖ organizzazione di gruppi di lavoro;
- ❖ qualsiasi altra modalità adeguata ai fini dell'esercizio della propria attività di coordinamento.

Il RT ha un ruolo di regia, coordinamento e monitoraggio sull'effettiva attuazione degli obblighi di pubblicazione, ma non sostituisce i Referenti della Trasparenza, nell'individuazione, elaborazione, raccolta, trasmissione, pubblicazione e rimozione dei dati, documenti e informazioni. Per quanto concerne la tempistica di ciascuna pubblicazione vige l'indicazione riportata in relazione a ciascun obbligo di cui agli allegati n. 6 e n. 7 del presente Piano.

Secondo le indicazioni ANAC contenute nella delibera 1310 del 2016, la data di aggiornamento del dato, documento e informazione deve essere indicata in corrispondenza di ciascun contenuto della sezione "Amministrazione trasparente". Laddove tale data non venga apposta automaticamente dal sistema informatico di pubblicazione, è a carico del responsabile della pubblicazione indicare la data di aggiornamento del dato, documento o informazione, distinguendo quella di iniziale pubblicazione da quella di successivo aggiornamento. Entro il 30 novembre, i Referenti della Trasparenza provvedono a dichiarare l'ottemperanza agli obblighi di pubblicazione in merito alla corretta, completa ed aggiornata pubblicazione dei dati di competenza; tale dichiarazione va trasmessa al RPCT nella relazione annuale recante le misure attuate previste dalla Sezione "Prevenzione della Corruzione".

I Direttori di U.O.C., di Distretto, di Dipartimento e di Presidio Ospedaliero, in qualità di "Fonte", sono responsabili della pubblicazione dei documenti e garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge e controllano e assicurano la regolare attuazione dell'accesso civico sulla base di quanto stabilito dal decreto n. 33/2013 e ss.mm.ii.

Nel caso in cui i documenti, i dati e le informazioni debbano essere pubblicati da una struttura diversa da quella che li ha elaborati, la richiesta di pubblicazione deve essere formalmente ed espressamente nel rispetto di quanto previsto dalla DDG 4/2016 avente ad oggetto "Manuale di Gestione del Protocollo Informatico".

I Direttori di U.O.C., di Distretto, di Dipartimento e di Presidio Ospedaliero devono curare la qualità della pubblicazione, affinché i cittadini e gli altri portatori di interesse possano accedere in modo agevole alle informazioni e ne possano comprendere il contenuto.

In particolare, i dati e i documenti devono essere pubblicati in aderenza alle seguenti caratteristiche:

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

Caratteristica dati	Note esplicative
Completi ed accurati	I dati devono corrispondere al fenomeno che si intende descrivere e, nel caso di dati tratti da documenti, devono essere pubblicati in modo esatto e senza omissioni.
Comprensibili	Il contenuto dei dati deve essere esplicitato in modo chiaro ed evidente. Pertanto, occorre: a) evitare la frammentazione, cioè la pubblicazione di stesse tipologie di dati in punti diversi del Sito, che impedisce e complica l'effettuazione di calcoli e comparazioni; b) selezionare ed elaborare i dati di natura tecnica (ad es. dati finanziari) in modo che il significato sia chiaro ed accessibile anche a chi è privo di conoscenze specialistiche.
Aggiornati	Ogni dato deve essere aggiornato tempestivamente.
Tempestivi	La pubblicazione deve avvenire in tempi tali da garantire l'utile fruizione dall'utente.
In formato aperto	Le informazioni e i documenti devono essere pubblicati in formato aperto e raggiungibili direttamente dalla pagina web dove le informazioni sono riportate o mediante link facilmente individuabili.

Figura 51 - Comprensibilità dei dati

Responsabilità e sanzioni per la mancata pubblicazione dei dati

In base all'art. 1 comma 3 del d.lgs. n. 33 del 2013 gli obblighi di trasparenza integrano l'individuazione del livello

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione *Triennio 2024 - 2026* (art. 6 del DL 80/2021)

essenziale delle prestazioni erogate dall'amministrazione a fini di trasparenza, prevenzione, contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione, a norma dell'art.117 secondo comma lett. m) della Costituzione. L'attuazione di detti obblighi costituisce obiettivo trasversale comune a tutte le strutture Aziendali rilevante ai fini della valutazione delle prestazioni e della performance individuale dei dirigenti.

Le responsabilità sono incardinate, oltre che nella figura del RPCT, anche nei dirigenti responsabili delle UUOCC, dei Distretti, dei Dipartimenti e dei Presidi Ospedalieri, che siano "responsabili della elaborazione e della trasmissione" dei documenti, delle informazioni e dei dati. Infatti, l'art. 10 prevede che l'amministrazione debba indicare i responsabili della trasmissione e della pubblicazione all'interno del Piano triennale per la prevenzione della corruzione. Per quanto riguarda i dirigenti responsabili delle predette strutture, gli stessi devono garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge. Inoltre, come chiarisce la modifica al comma 4 dell'art. 43, ricade sotto la loro responsabilità anche il controllo della regolare attuazione dell'accesso civico, attese le rilevanti finalità dell'istituto. L'inadempimento degli obblighi di pubblicazione (rifiuto, differimento e limitazione dell'accesso civico) costituisce, ai sensi dell'art. 46, elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione ed è comunque valutato ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale. L'inadempimento non è sanzionato nel caso in cui sia data prova che il fatto deriva da causa non imputabile all'autore dello stesso. Il RPCT deve segnalare i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi di pubblicazione, in relazione alla loro gravità, all'ufficio di disciplina, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare. Il Responsabile deve segnalare gli inadempimenti anche al vertice politico dell'amministrazione e all'OIV, ai fini dell'attivazione di altre forme di responsabilità.

Rimozione dei dati

Il d.lgs. n. 33/2013, all'art. 8 prevede che "i dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente sono pubblicati per un periodo di 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti".

In tutti i casi in cui non è specificato il momento iniziale della pubblicazione essa si intende tempestiva. Decorso il termine di durata dell'obbligo di pubblicazione i dati, le informazioni e i documenti restano accessibili ai sensi dell'articolo 5, che disciplina la fattispecie dell'accesso civico. Nel caso in cui si ritenga di lasciarli in pubblicazione, essi andranno trattati ai sensi dell'art. 7 bis, comma 3 e cioè come dati ulteriori dei quali non è richiesta la pubblicazione. Questo implica che i dati personali eventualmente presenti dovranno essere anonimizzati e che la pubblicazione potrà essere fatta solo dopo aver valutato l'assenza di pregiudizio ad uno degli interessi pubblici o privati indicati dall'art. 5 bis (esclusioni e limiti all'accesso civico).

I soggetti responsabili della trasmissione del dato, dell'informazione o del documento e della loro pubblicazione, sono, altresì responsabili della rimozione allo scadere del termine di pubblicazione obbligatoria. Nel caso in cui si sia verificata un'alternanza dei soggetti responsabili, saranno responsabili anche della rimozione delle pubblicazioni avvenute prima del loro incarico.

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

La rimozione dei dati, delle informazioni e dei documenti allo scadere del termine previsto, è assolutamente necessaria laddove siano coinvolti dei dati personali. Infatti, una volta scaduti i termini di pubblicazione obbligatoria e in assenza di ulteriori norme che la legittimino, la diffusione del dato personale, non avendo più copertura normativa, costituisce violazione delle norme in materia di riservatezza e trattamento dei dati.

D.lgs. n. 33/2013	Contenuto dell'obbligo
Art. 8 co.3 - Decorrenza e durata dell'obbligo di pubblicazione	I dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria sono pubblicati per un periodo di 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti, fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa in materia di trattamento dei dati personali e quanto previsto dagli articoli 14, comma 2, e 15, comma 4. Decorsi detti termini, i relativi dati e documenti sono accessibili ai sensi dell'articolo 5.
Art. 15 co. 4 - Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Le pubbliche amministrazioni pubblicano i dati di cui ai commi 1 e 2 entro tre mesi dal conferimento dell'incarico e per i tre anni successivi alla cessazione dell'incarico

Visto l'art. 9 bis del D. Lgs. 33/2013, per garantire l'effettiva corrispondenza tra obblighi di pubblicazione e adempimento conseguente, si procederà, laddove possibile, all'assolvimento degli obblighi attraverso i link alle banche dati esistenti (Allegato B, art. 9 bis D. Lgs. 33/2013, come da tabella che segue).

	Nome della banca dati	Amministrazione che detiene la banca dati	Norma/e istitutiva/e della banca dati	Obblighi previsti dal d.lgs. n. 33 del 2013
1.	Perla PA	PCM-DFP	Artt. 36, co. 3, e 53 del d.lgs. n. 165 del 2001; - art. 1, co. 39-40, della legge n. 190 del 2012	Art. 15 (titolari di incarichi di collaborazione o consulenza); art. 17 (dati relativi al personale non a tempo indeterminato); art. 18 (dati relativi agli incarichi conferiti ai dipendenti pubblici)
2.	SICO Sistema Conoscitivo del personale dipendente dalle Amministrazioni pubbliche	MEF-RGS (IGOP)	Artt. 40-bis, co. 3, e 58-62 del d.lgs. n. 165 del 2001	Art. 16, co. 1-2 (dotazione organica e costo del personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato); art. 17 (dati relativi al personale non a tempo indeterminato); art. 21, co. 1 (dati sulla contrattazione collettiva nazionale); art. 21, co. 2 (dati sulla contrattazione integrativa)
3.	Archivio contratti del settore pubblico	ARAN CNEL	Artt. 40-bis, co. 5, e 47, co. 8, del d.lgs. n. 165 del 2001	Art. 21, co. 1 (dati sulla contrattazione collettiva nazionale); art. 21, co. 2 (dati sulla contrattazione integrativa)

ASL Napoli 3 Sud

Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

	Nome della banca dati	Amministrazione che detiene la banca dati	Norma/e istitutiva/e della banca dati	Obblighi previsti dal d.lgs. n. 33 del 2013
4.	SIQuEL - Sistema Informativo Questionari Enti Locali	Corte dei conti	Art. 1, co. 166- 167, della legge n. 266 del 2005	Art. 22 (dati relativi ai soli Enti locali riguardanti enti pubblici vigilati, enti di diritto privato in controllo pubblico, partecipazioni in società di diritto privato)
5.	Patrimonio della PA	MEF-DT	Art. 2, co. 222, della legge n. 191 del 2009; - art. 17, co. 3-4, del decreto- legge n. 90 del 2014, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 114 del 2014	Art. 22, commi 1 e 2 (dati relativi a società, enti pubblici e enti di diritto privato partecipati dalle amministrazioni pubbliche o in cui le Amministrazioni nominano propri rappresentanti negli organi di governo); art. 30 (dati relativi a beni immobili posseduti o detenuti delle amministrazioni pubbliche)

	Nome della banca dati	Amministrazione che detiene la banca dati	Norma/e istitutiva/e della banca dati	Obblighi previsti dal d.lgs. n. 33 del 2013
6.	BDAP - Banca Dati Amministrazioni Pubbliche	MEF-RGS	Art. 13 della legge n. 196 del 2009; - decreto del Ministro dell'economia e delle finanze n. 23411 del 2010; - d.lgs. n. 229 del 2011; - d.lgs. n. 228 del 2011;	Art.29, co. 1 (bilanci preventivi e consuntivi delle amministrazioni pubbliche) Art. 37, comma 1, lett. a), b), c) (informazioni relative alle procedure per l'affidamento e l'esecuzione di opere e lavori) Art. 38, Pubblicità dei processi di pianificazione, realizzazione e valutazione delle opere pubbliche
7.	REMS (Real Estate Management System) Sistema di Gestione degli Immobili di Proprietà Statale	Demanio		Art. 30 (beni immobili e gestione del patrimonio)
8.	BDNCP - Banca Dati Nazionale Contratti Pubblici	ANAC	Art. 62-bis del d.lgs. n. 82 del 2005; - art. 6-bis del d.lgs. n. 163 del 2006	Art. 37, co. 1 (informazioni relative alle procedure per l'affidamento e l'esecuzione di opere e lavori pubblici, servizi e forniture)
9.	Servizio Contratti Pubblici	MIT	Artt. 66, co. 7, 122, co. 5 e 128, co. 11, del d.lgs. n. 163 del 2006	Art. 37, co. 1 (informazioni relative alle procedure per l'affidamento e l'esecuzione di opere e lavori pubblici, servizi e forniture)

Al fine di semplificare gli adempimenti legati alla Trasparenza per tutte le strutture aziendali, sarebbe auspicabile nel 2024 attuare un collegamento informatico tra l'applicativo di gestione del flusso documentale SFERA e "Amministrazione Trasparente". I provvedimenti devono infatti essere caricati volta per volta.

4.17 Accesso civico

Nell'attuale ordinamento, accanto all'accesso cosiddetto classico, previsto dalla legge sul procedimento amministrativo (legge n. 241/90 e DDG n. 100 del 18.02.2016), si collocano gli istituti dell'accesso civico semplice e generalizzato, introdotti dal d.lgs. 33/2013 e ss.mm.ii., cosiddetto testo unico della Trasparenza.

In particolare, come anticipato, l'accesso civico può essere:

- ❖ semplice, disciplinato dal comma 1 dell'art. 5 del d.lgs. 33/2013, ai sensi del quale l'obbligo previsto in capo all'ente di pubblicare documenti, informazioni o dati comporta il diritto di chiunque di richiedere i medesimi, nei casi in cui sia stata omessa la loro pubblicazione. In sostanza, al dovere di pubblicazione dell'ente corrisponde il diritto di chiunque di accedere ai documenti, dati e informazioni interessati dall'inadempimento;
- ❖ generalizzato, delineato nel comma 2 del citato art. 5, secondo cui, per favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e per promuovere la partecipazione al dibattito pubblico, chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dall'ente, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione.

L'esercizio dell'accesso civico non è sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente (questo profilo è una delle più rilevanti differenze tra tale istituto e l'accesso di cui alla legge sul procedimento amministrativo).

La sostanziale differenza tra l'accesso civico e l'accesso ai documenti ex art. 22 l. n. 241/90 va ravvisata nel fatto che la richiesta di accesso civico non è sottoposta ad alcuna limitazione riguardo alla legittimazione soggettiva del richiedente.

Contrariamente a quanto affermato nella legge sul procedimento, dove il diritto di accesso è riconosciuto ai portatori di un interesse giuridico diretto, concreto e attuale, per presentare la richiesta di accesso civico non è necessario fornire una motivazione.

Accesso civico generalizzato

La richiesta di accesso generalizzato deve identificare i documenti e i dati richiesti poiché deve essere consentito all'Amministrazione di identificare agevolmente i documenti o i dati richiesti.

Il modulo per presentare l'istanza di accesso è rinvenibile nella sezione "Accesso civico - Accesso Atti Amministrativi" sull'homepage del sito istituzionale.

L'istanza può essere trasmessa per e-mail ed è presentata alternativamente ad uno dei seguenti uffici:

- ❖ all'Ufficio che detiene i dati (gli indirizzi di posta elettronica sono reperibili sul sito aziendale www.aslnapoli3sud.it);
- ❖ alla UOC Relazioni con il Pubblico alla mail relazionipubbliche@aslnapoli3sud.it o alla pec relazionipubbliche@pec.aslnapoli3sud.it, che procede, nel caso di art. 5 comma 1 d.lgs. 33/13 e s.m.i. a trasmettere al richiedente il link di riferimento all'obbligo di pubblicazione;
- ❖ nel caso di richiesta di cui all'art. 5 comma 2 d.lgs. 33/13 e s.m.i. ad attivare la procedura della richiesta al responsabile di struttura in possesso delle informazioni richieste.

Il rilascio di dati o documenti in formato elettronico o cartaceo è gratuito, salvo il rimborso del costo effettivamente sostenuto e documentato dall'amministrazione per la riproduzione su supporti materiali.

Nel caso in cui vengano presentate istanze nelle quali non sono identificati chiaramente i documenti e i dati di cui si chiede l'ostensione, l'Ente chiede di precisare l'oggetto della richiesta.

L'Ente consente l'accesso generalizzato anche quando riguarda un numero cospicuo di documenti e informazioni, a meno che la richiesta risulti manifestamente irragionevole, tale da compromettere il buon andamento dell'Amministrazione. In tale ultimo caso il provvedimento di rifiuto deve essere adeguatamente motivato dalla sussistenza degli elementi che integrano l'esistenza del pregiudizio concreto.

L'accesso civico generalizzato è rifiutato se il diniego è necessario per evitare un pregiudizio concreto alla tutela della sicurezza pubblica e ordine pubblico, sicurezza nazionale. Il diniego è altresì necessario per evitare un pregiudizio concreto alla tutela della protezione dei dati personali, della libertà e della segretezza della corrispondenza.

Se l'ufficio individua soggetti controinteressati è tenuto a dare comunicazione agli stessi, mediante invio di copia della richiesta di accesso civico generalizzato, a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento o per via telematica (a coloro che abbiano acconsentito a questa forma di comunicazione).

- ❖ I soggetti controinteressati sono esclusivamente le persone fisiche e giuridiche portatrici degli interessi privati di cui all'art. 5 bis, comma 2 del decreto trasparenza: protezione dei dati personali, in conformità con la disciplina legislativa in materia;
- ❖ libertà e segretezza della corrispondenza intesa in senso lato ex art. 15 Costituzione;
- ❖ interessi economici e commerciali, ivi compresi la proprietà intellettuale, il diritto d'autore e i segreti commerciali.

Possono essere controinteressati anche le persone fisiche interne all'amministrazione (ad es. componenti degli organi di indirizzo, dipendenti, componenti di altri organismi).

Entro 10 giorni dalla ricezione della comunicazione, i controinteressati possono presentare una motivata opposizione, anche per via telematica, alla richiesta di accesso. Decorso tale termine, l'Ente provvede sulla richiesta

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione *Triennio 2024 - 2026* (art. 6 del DL 80/2021)

di accesso, accertata la ricezione della comunicazione da parte dei controinteressati.

Il procedimento di accesso civico deve concludersi con provvedimento espresso e motivato entro 30 giorni (art. 5, c. 6, del d.lgs. n. 33/2013) dalla presentazione dell'istanza con la comunicazione del relativo esito al richiedente e agli eventuali soggetti controinteressati. Tale termine è sospeso nel caso di comunicazione dell'istanza ai controinteressati durante il tempo stabilito dalla norma per consentire agli stessi di presentare eventuale opposizione (10 giorni dalla ricezione della comunicazione). L'Ente è:

- ❖ tenuto a motivare l'eventuale rifiuto, differimento o limitazione all'accesso;
- ❖ non è tenuto a raccogliere informazioni che non siano in suo possesso per rispondere ad una richiesta di accesso generalizzato, ma deve limitarsi a rispondere sulla base dei documenti e delle informazioni che sono già in suo possesso;
- ❖ non è tenuto a rielaborare informazioni in suo possesso, per rispondere ad una richiesta di accesso generalizzato: deve consentire l'accesso ai documenti, ai dati ed alle informazioni così come sono già detenuti, organizzati, gestiti e fruiti;
- ❖ ammette, invece, le operazioni di elaborazione che consistono nell'oscuramento dei dati personali presenti nel documento o nell'informazione richiesta, e più in generale nella loro anonimizzazione, qualora ciò sia funzionale a rendere possibile l'accesso.

Il richiedente nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso generalizzato o di mancata risposta entro il termine previsto, e i controinteressati nei casi di accoglimento della richiesta di accesso, possono presentare richiesta di riesame al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza che decide con provvedimento motivato, entro il termine di 20 giorni. Se l'accesso generalizzato è stato negato o differito a tutela della protezione dei dati personali in conformità con la disciplina legislativa in materia, il RPCT provvede, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, il quale si pronuncia entro il termine di dieci giorni dalla richiesta, con sospensione dei termini per l'adozione del provvedimento da parte del Responsabile della prevenzione della corruzione.

Entro 30 giorni dalla conoscenza della decisione dell'Amministrazione, è possibile presentare ricorso al TAR o al Difensore Civico competente per territorio, anche dopo il provvedimento del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza. Entrambi si pronunciano entro 30 giorni.



ASL Napoli 3 Sud

Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

SEZIONE 3

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

5 La struttura organizzativa

5.1 L'organigramma dell'ASL Napoli 3 Sud

Per l'ASL Napoli 3 Sud, l'aggregazione delle unità segue le logiche di efficienza clinica, in quanto orientata all'ottimizzazione diretta del processo assistenziale ed all'ottimizzazione indiretta del consumo di risorse, e le logiche di efficienza manageriale, orientata alla definizione delle priorità di allocazione delle risorse in funzione del raggiungimento di obiettivi di efficienza.

L'organizzazione dell'ASL Napoli 3 Sud viene rappresentata con un'articolazione sviluppata su quattro macrolivelli: la Direzione Aziendale (Generale, Amministrativa e Sanitaria) e la rete dei servizi territoriali (Dipartimenti, Presidi Ospedalieri e Distretti). Le strutture che afferiscono a ciascun livello individuato, aggregate per Dipartimento funzionale (nell'ambito dei Presidi Ospedalieri), per Dipartimento strutturale (nell'ambito del Territorio) di afferenza e per Distretto Sanitario, sono classificabili come Unità Operative complesse.

L'organigramma dell'ASL Napoli 3 Sud viene, quindi, rappresentato per:

- ❖ l'organizzazione dell'area centrale;
- ❖ l'organizzazione dell'area dipartimentale;
- ❖ l'organizzazione dell'area ospedaliera (presidi);
- ❖ l'organizzazione dell'area funzionale;
- ❖ l'organizzazione dell'area distrettuale.

5.2 Area centrale

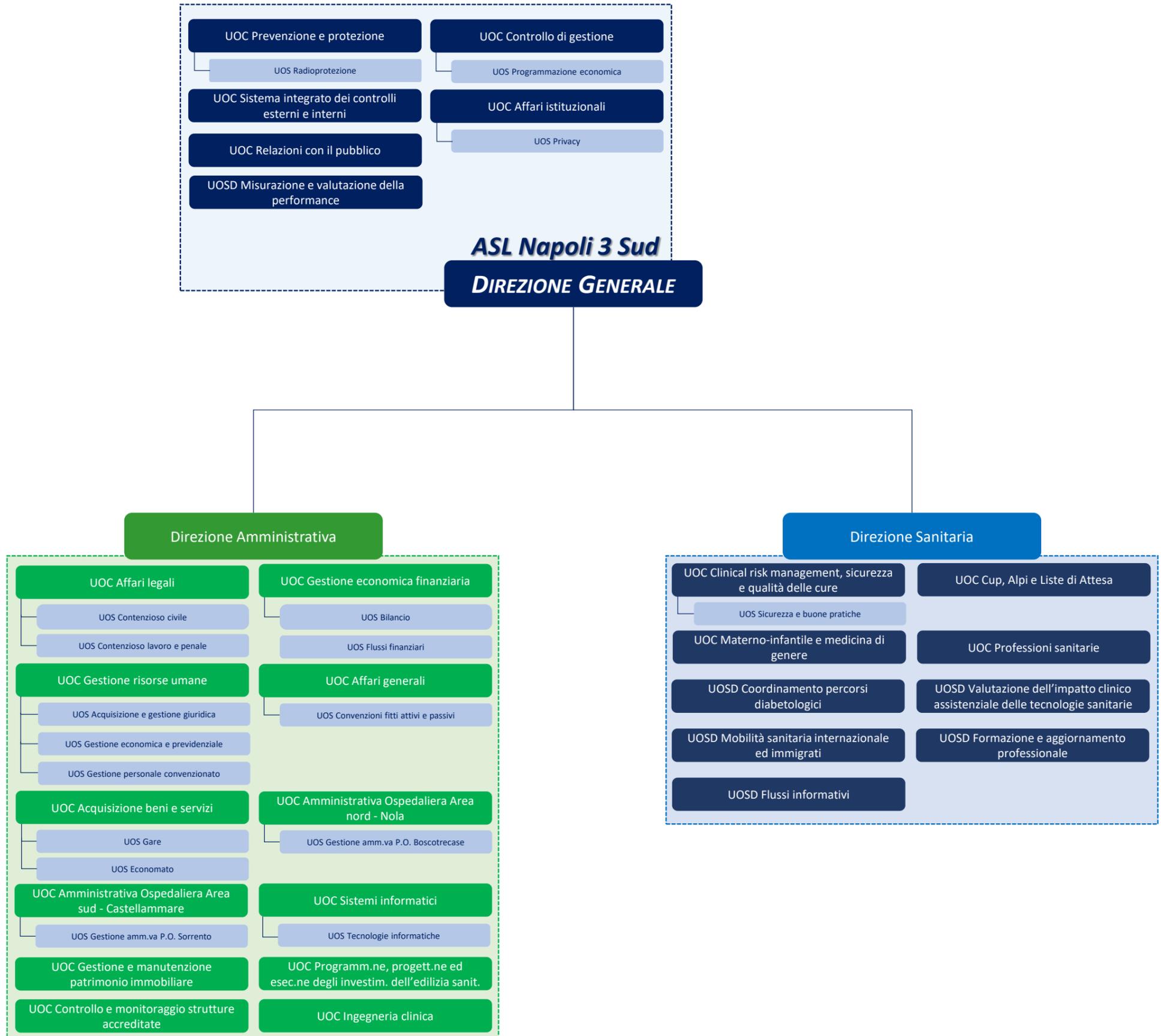


Figura 52 – Organigramma area centrale

5.3 Area dipartimentale



Figura 53 – Organigramma area dipartimentale

5.4 Area ospedaliera

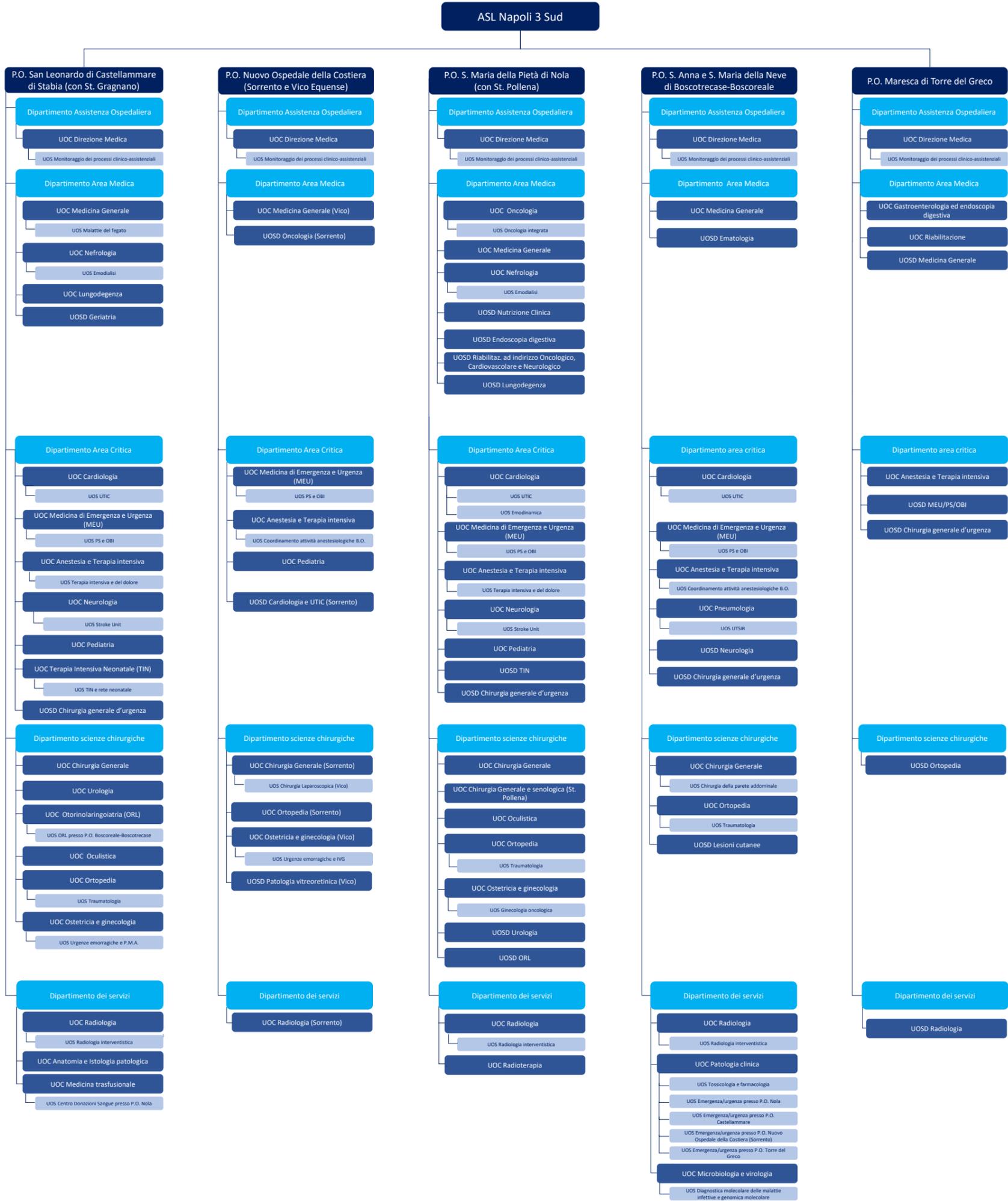


Figura 54 – Organigramma area ospedaliera

5.5 Area Funzionale

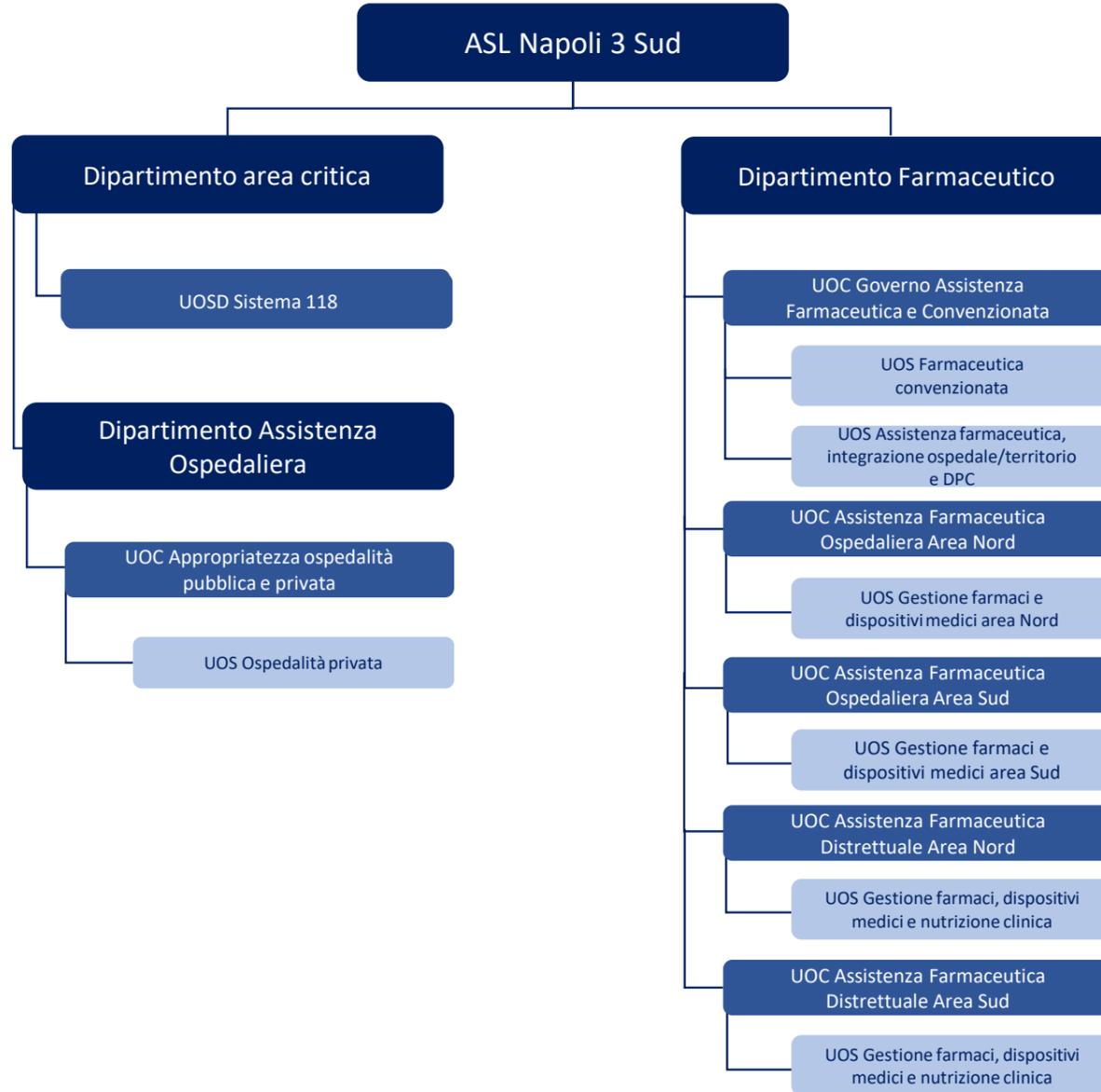


Figura 55 – Organigramma area funzionale

5.6 Area distrettuale

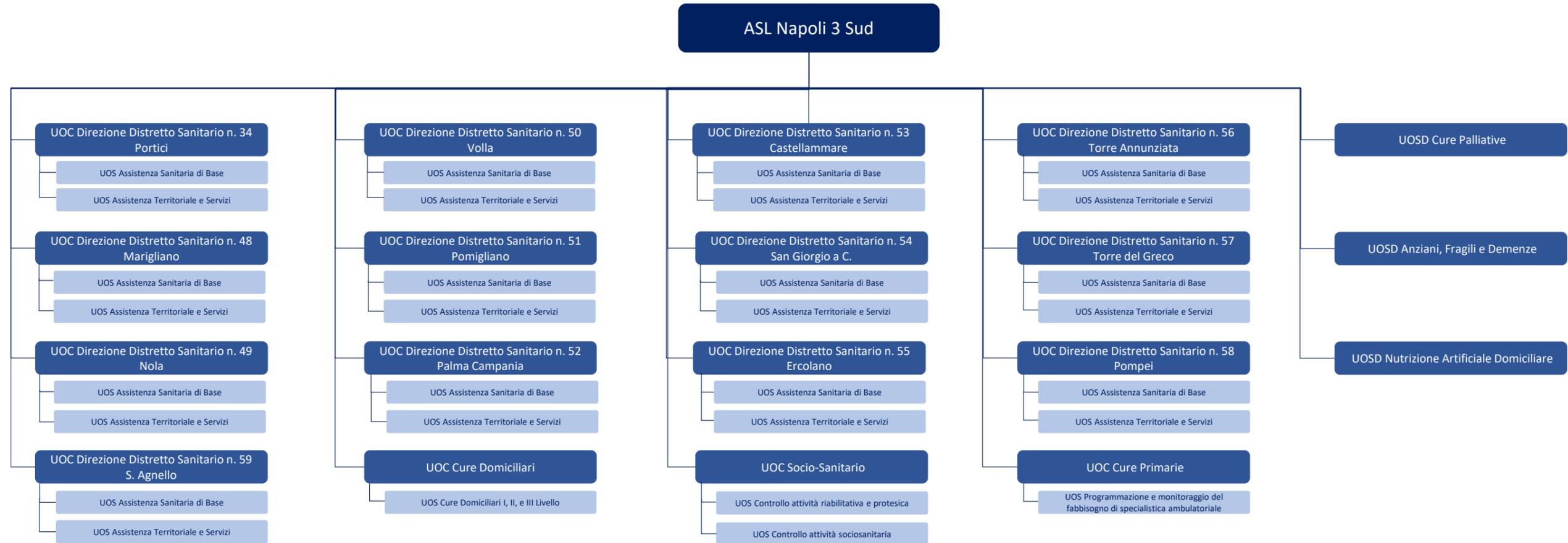


Figura 56 – Organigramma area distrettuale

5.7 I dati dell'organizzazione

Il personale dipendente, appartenente all'area della dirigenza ed all'area del comparto, in servizio al 31/12/2023, è pari a n. 4.847 unità.

Al personale appartenente all'area del comparto, corrispondente a n. 3.667 unità, sono assegnate fasce corrispondenti al proprio ruolo, al proprio profilo ed alla propria anzianità di servizio.

La distribuzione delle fasce, per il personale del comparto, è mostrata nella seguente tabella.

Dal grafico che segue è possibile affermare che la fascia 0°, ovvero la fascia di ingresso, e la fascia 6°, ovvero la fascia più alta, corrispondono a quelle maggiormente attribuite al personale del comparto.

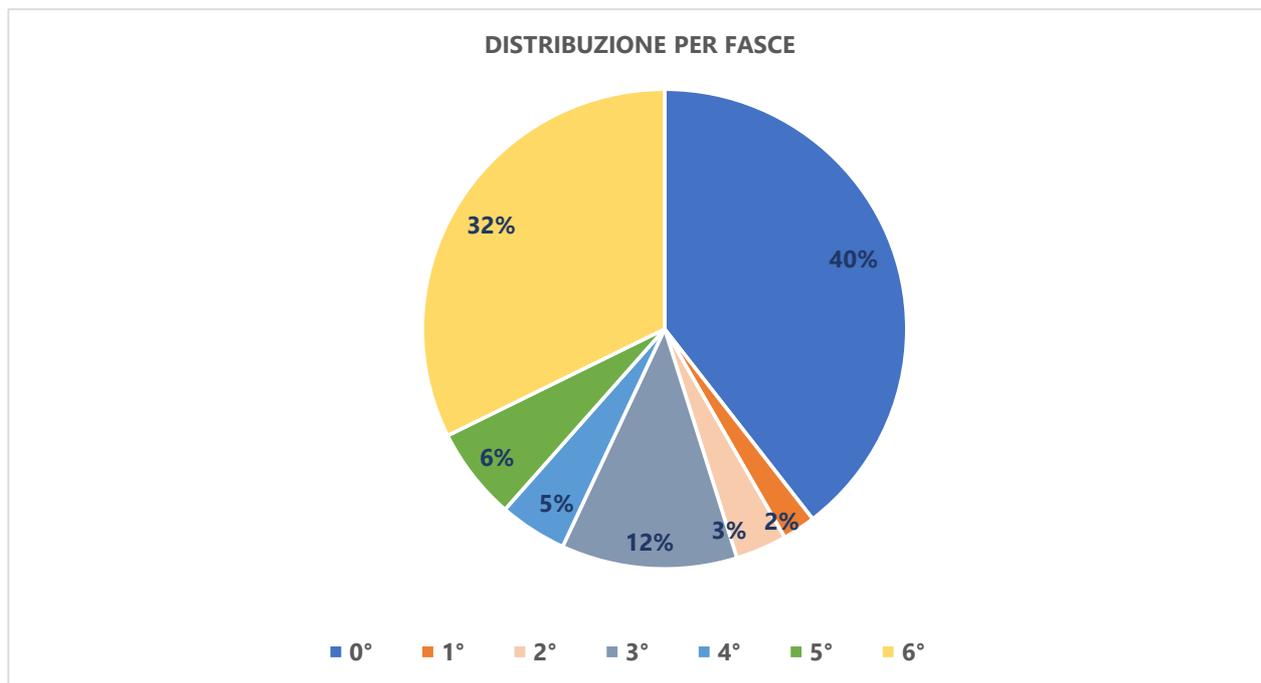


Figura 57 – Distribuzione delle fasce nell'ASL Napoli 3 Sud

Si rappresenta, di seguito, la distribuzione delle fasce per ruolo.

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

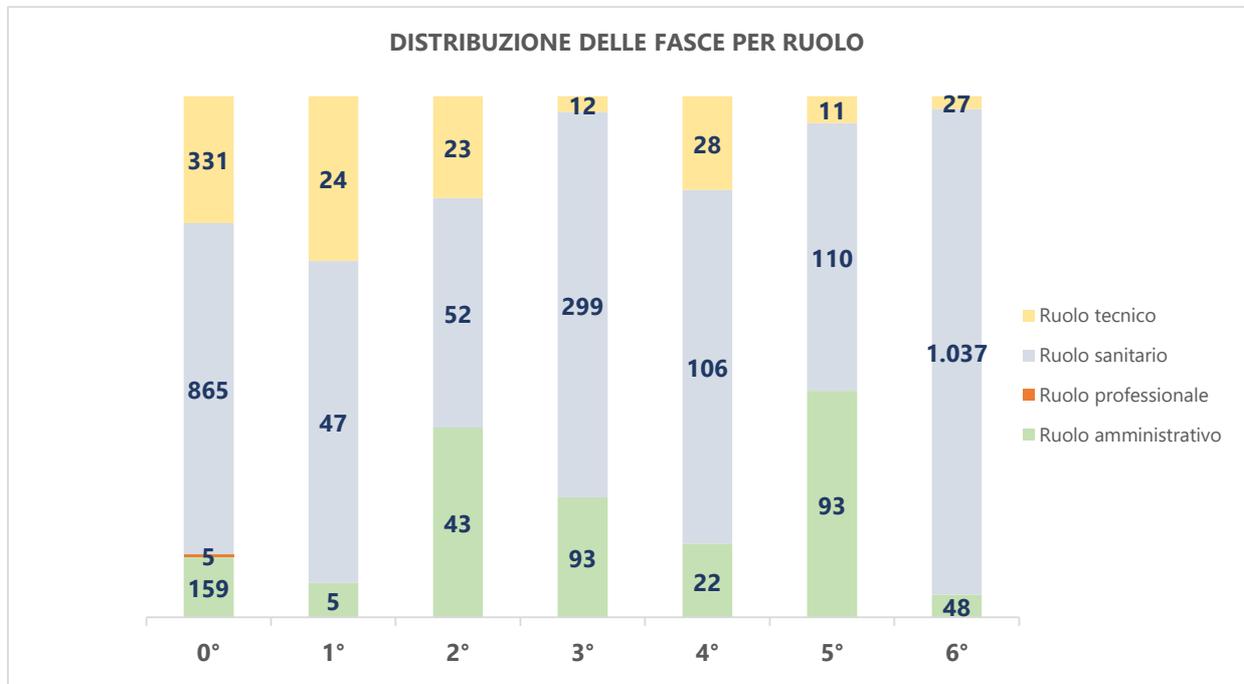


Figura 58 – Distribuzione delle fasce per ruolo

Il totale del personale del comparto a cui è assegnata la 6° fascia è pari a n. 1.112 unità ed il ruolo sanitario ne ha il numero più elevato, ovvero n. 1.037.

Si rappresenta, di seguito, la distribuzione delle fasce per il ruolo sanitario.

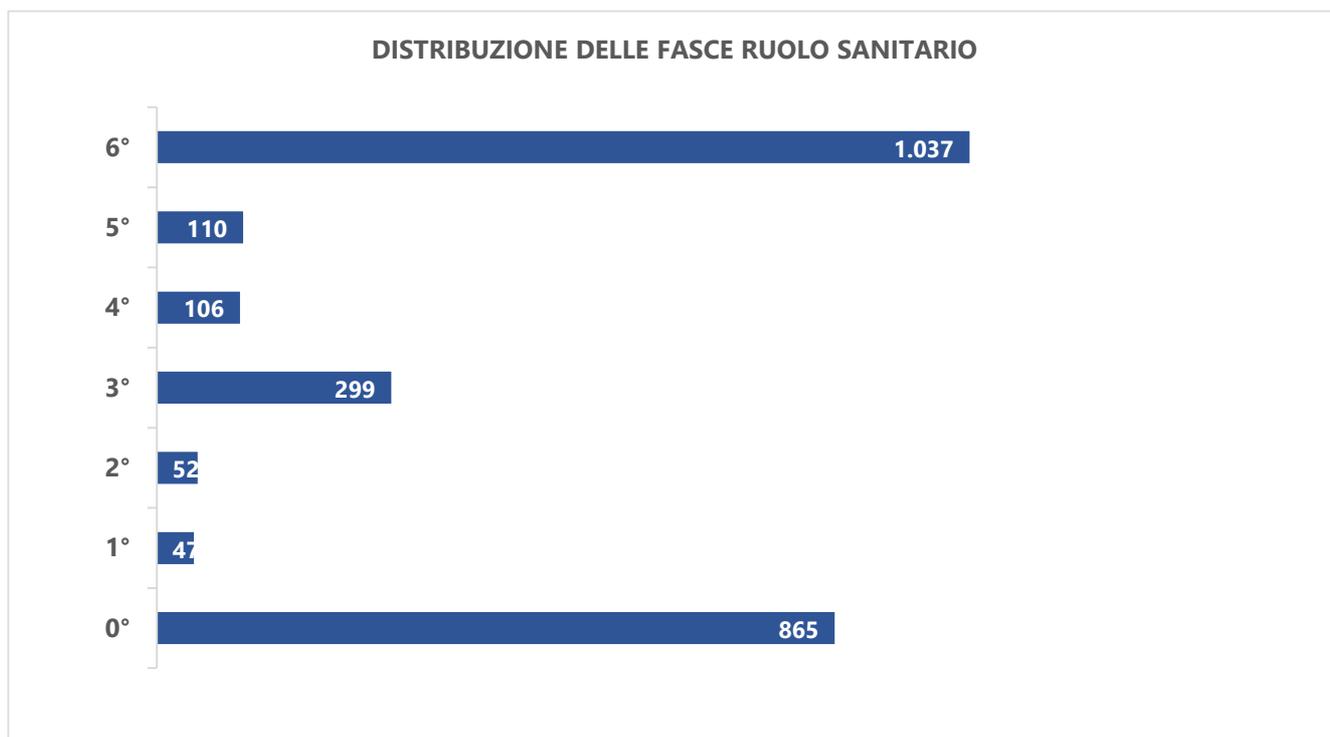


Figura 59 – Distribuzione delle fasce per il ruolo sanitario

Per il ruolo sanitario, di cui si mostrano i valori assoluti nel grafico, la distribuzione percentuale è la seguente:

- ❖ 0° fascia – 34%
- ❖ 1° fascia – 2%;
- ❖ 2° fascia – 2%;
- ❖ 3° fascia – 12%
- ❖ 4° fascia – 4%;
- ❖ 5° fascia – 4%;
- ❖ 6° fascia – 41%.

Si rappresenta, di seguito, la distribuzione delle fasce per il ruolo tecnico.

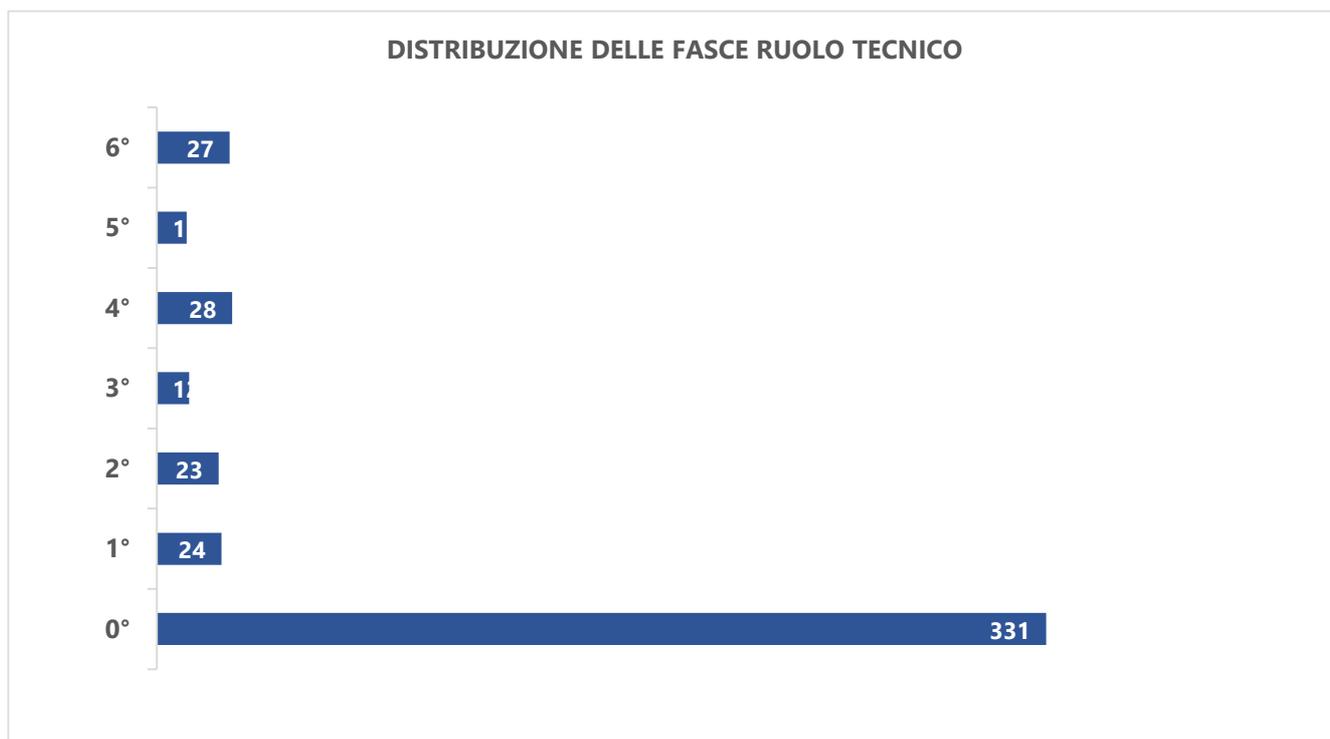


Figura 60 – Distribuzione delle fasce per il ruolo tecnico

Per il ruolo tecnico, di cui si mostrano i valori assoluti nel grafico, la distribuzione percentuale è la seguente:

- ❖ 0° fascia – 73%;
- ❖ 1° fascia – 5%;
- ❖ 2° fascia – 5%;
- ❖ 3° fascia – 3%;
- ❖ 4° fascia – 6%;
- ❖ 5° fascia – 2%;
- ❖ 6° fascia – 6%.

Si rappresenta, di seguito, la distribuzione delle fasce per il ruolo amministrativo.

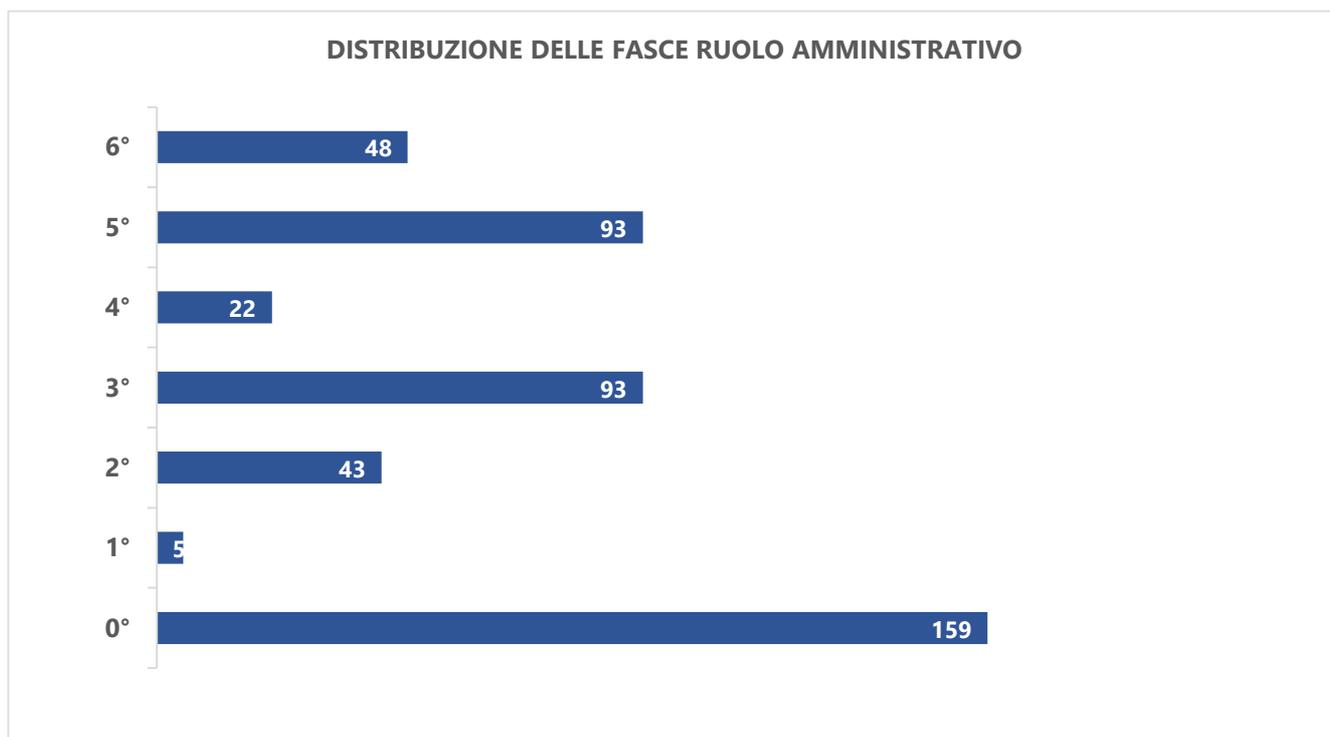


Figura 61 – Distribuzione delle fasce per il ruolo amministrativo

Per il ruolo amministrativo, di cui si mostrano i valori assoluti nel grafico, la distribuzione percentuale è la seguente:

- ❖ 0° fascia – 34%;
- ❖ 1° fascia – 1%;
- ❖ 2° fascia – 9%;
- ❖ 3° fascia – 20%;
- ❖ 4° fascia – 5%;
- ❖ 5° fascia – 20%;
- ❖ 6° fascia – 10%.

6 Il lavoro agile

6.1 L'organizzazione del lavoro agile dell'ASL Napoli 3 Sud

In conformità alle disposizioni normative vigenti, di cui all'art. 263 del D.L. n. 34/2020 convertito con modificazioni dalla Legge n. 77/2020, sentiti i pareri delle organizzazioni sindacali secondo le modalità previste dalla contrattazione collettiva, l'ASL Napoli 3 Sud redige il Piano organizzativo del Lavoro Agile (d'ora in avanti POLA), in conformità con quanto riportato nella Deliberazione Aziendale n. 1019 del 31.08.2023.

Il POLA definito dall'ASL Napoli 3 Sud definisce l'oggetto, gli obiettivi ed i destinatari dell'iniziativa, stabilendo la procedura di accesso al lavoro agile, le modalità di svolgimento della prestazione al di fuori della sede ove il lavoratore presta servizio, la strumentazione necessaria, i diritti e gli obblighi del lavoratore agile, nel rispetto delle prescrizioni in materia di sicurezza sul lavoro, nonché le modalità per il controllo dell'attività svolta in modalità agile.

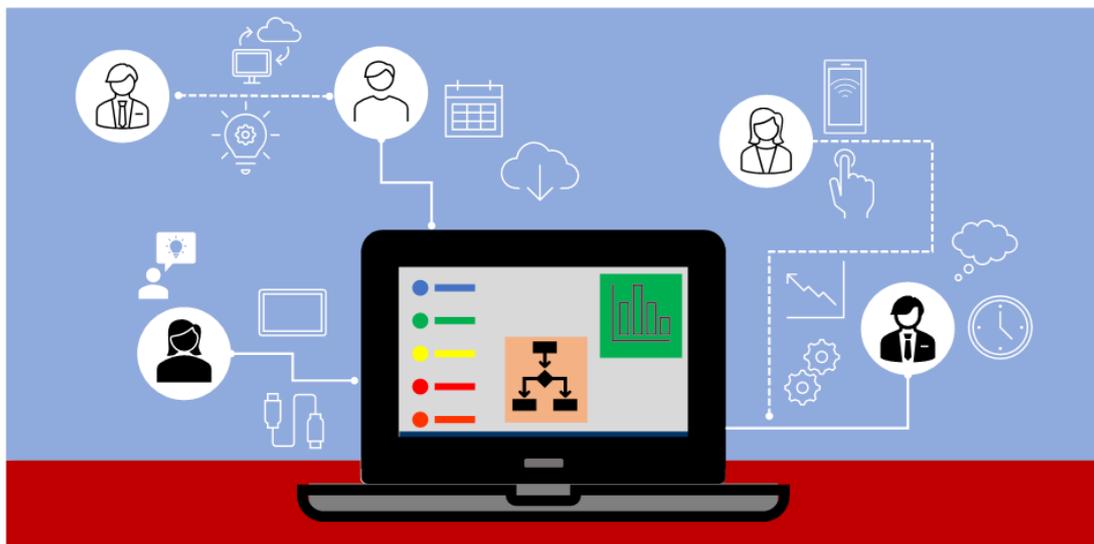


Figura 62– Il lavoro agile per l'ASL Napoli 3 Sud

Tale organizzazione, nonché il relativo monitoraggio, persegue l'obiettivo di misurazione di:

- ❖ il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa;
- ❖ la digitalizzazione dei processi;
- ❖ la qualità dei servizi erogati, anche grazie al coinvolgimento dei cittadini (sia presi individualmente che nelle loro forme associative).

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione *Triennio 2024 - 2026* (art. 6 del DL 80/2021)

Lo svolgimento del lavoro agile segue la valutazione dei seguenti aspetti:

- ❖ **salute organizzativa:** si sono osservati tutti i processi aziendali al fine di individuare le attività che possono non possono essere svolte in modalità agile;
- ❖ **salute professionale:** si sono osservate le competenze direzionali, intese quali attitudini allo svolgimento delle attività in chiave innovativa e con l'uso di tecnologie digitali avanzate, e le competenze del personale;
- ❖ **salute digitale:** si è osservata la disponibilità degli accessi sicuri dall'esterno agli applicativi ed ai dati di interesse per l'esecuzione del lavoro, con l'utilizzo di VPN criptate; delle funzioni applicative di conservazione dei dati e dei prodotti intermedi del lavoro per i dipendenti che prestano la propria attività al di fuori del contesto lavorativo; di applicativi software che permettono ai lavoratori, nell'ambito di lavoro intermedi in un flusso di attività più ampio, di lavorare su una fase del processo lasciando all'applicativo l'onere della gestione dell'avanzamento del lavoro con diversi attori.

In funzione degli accordi definiti in sede di contrattazione collettiva decentrata, la modalità di Lavoro Agile è consentita a tutti i lavoratori dell'ASL Napoli 3 Sud, le cui mansioni siano compatibili con lo svolgimento della prestazione lavorativa in luogo diverso da quello della sede di assegnazione, considerata la fattibilità organizzativa e la compatibilità di tale modalità lavorativa con le attività in carico alla Struttura di afferenza. Tali lavoratori vengono così definiti "lavoratori agile", a cui è consentito di avvalersi del Lavoro Agile senza incorrere in penalizzazioni in termini di riconoscimento della propria professionalità e delle relative progressioni di carriera.

Il Lavoro Agile non è consentito al personale sanitario e/o ad altro personale le cui mansioni lavorative comportino assistenza diretta o contatti in presenza con il pubblico o richiedano la presenza fisica nell'ambito dei locali in cui è necessario svolgere la propria attività (laboratori, magazzini, etc.).

L'introduzione del Lavoro Agile nell'ASL Napoli 3 Sud mira a conseguire i seguenti obiettivi:

- ❖ favorire un'organizzazione del lavoro volta a promuovere una migliore conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;
- ❖ introdurre soluzioni organizzative che favoriscano lo sviluppo di una cultura gestionale orientata al risultato e, al tempo stesso, mirata ad un incremento di produttività;
- ❖ ottimizzare l'introduzione delle nuove tecnologie realizzando economie di gestione;
- ❖ promuovere la mobilità sostenibile tramite la riduzione degli spostamenti casa-lavoro-casa, nell'ottica di una politica ambientale sensibile alla diminuzione del traffico urbano in termini di volumi e di percorrenze.

L'individuazione delle attività che possono essere svolte in modalità agile è di competenza del Direttore e del Dirigente Responsabile della Struttura che, nell'ambito del progetto individuale di lavoro agile, definisce le attività compatibili con una prestazione lavorativa a distanza, nel rispetto dei criteri di:

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ Attuazione/svolgimento in autonomia;
- ❖ Facilità nel controllo e nel monitoraggio;
- ❖ Facilità nel riscontro dei risultati;
- ❖ Non comportino, se espletate da remoto, disagio alla funzionalità della Struttura ed alla qualità del servizio offerto.

L'attivazione del Lavoro Agile è subordinata alla sottoscrizione di apposito Accordo Individuale tra il lavoratore ed il Direttore della UOC ed il Dirigente Responsabile della Struttura alla quale il lavoratore è assegnato. All'Accordo Individuale è affiancato, inoltre, un Progetto individuale ed un report dei risultati che riportano:

- ❖ la/e attività da svolgere;
- ❖ gli obiettivi generali e specifici che si intendono perseguire;
- ❖ la durata;
- ❖ la verifica del raggiungimento degli obiettivi;
- ❖ gli adempimenti sulla sicurezza e sul trattamento dei dati.

L'accordo individuale è stipulato per iscritto ed ha una durata massima annuale rinegoziabile su base trimestrale. L'accordo, una volta sottoscritto, è trasmesso dal Direttore e dal Dirigente Responsabile di Struttura alla UOC Gestione Risorse Umane, per la relativa conservazione nel fascicolo personale del lavoratore, nonché ai fini delle attività consequenziali. Il lavoro agile è gestito per giornate intere, non frazionabili ad ore.

Ai fini del riconoscimento del Lavoro Agile, mediante accettazione, vi sono alcuni criteri che definiscono l'ordine di priorità delle domande pervenute. È riconosciuta priorità alle istanze inoltrate:

- ❖ dalle lavoratrici e dai lavoratori con figli fino a dodici anni di età o senza alcun limite di età nel caso di figli in condizioni di disabilità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- ❖ dai lavoratori con disabilità in situazione di gravità accertata ai sensi dell'articolo 4, comma 1, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 o che siano caregivers ai sensi dell'articolo 1, comma 255, della legge 27 dicembre 2017, n. 205.

Il luogo in cui svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile può essere individuato discrezionalmente dal singolo lavoratore, ma deve rispondere ai criteri di idoneità, sicurezza e riservatezza, in modo da non pregiudicare la tutela del lavoratore e la segretezza dei dati di cui lo stesso dispone per motivi d'ufficio. In ogni caso, il luogo prescelto deve essere tale da garantire il corretto svolgimento dell'attività lavorativa, consentendo anche il collegamento con i sistemi aziendali. Il numero delle giornate di Lavoro Agile sarà definito dal Direttore e dal Dirigente Responsabile della Struttura di afferenza e concordate con il lavoratore, tenuto conto anche delle esigenze lavorative in presenza e di quelle organizzative della Struttura medesima. Le giornate di Lavoro Agile

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

sono proposte dal lavoratore tramite una programmazione, mensile, e sono comunicate entro il 5 del mese precedente al Direttore e al Dirigente Responsabile della Struttura di assegnazione al dirigente che le approva. Qualora non pervengano segnalazioni a riguardo la comunicazione si intende tacitamente accolta.

La dotazione informatica necessaria allo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile può essere fornita dalla ASL Napoli 3 Sud, in comodato d'uso gratuito, compatibilmente con le risorse strumentali e finanziarie disponibili. In mancanza di disponibilità, è onere del lavoratore agile dotarsi dei necessari strumenti informatici per garantire la prestazione lavorativa.

L'attività lavorativa resa in modalità agile è considerata come servizio pari a quello ordinariamente reso presso le sedi lavorative abituali ed è valutata ai fini della performance individuale del lavoratore. Inoltre, lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile non comporta la variazione della sede di lavoro e, di conseguenza, non comporta il riconoscimento di alcun trattamento di missione/trasferta. Infine, per effetto della distribuzione flessibile del tempo lavoro, nelle giornate di lavoro agile non sono previste, né retribuite, prestazioni di lavoro straordinario e non è riconosciuto il diritto al buono pasto.

L'ASL Napoli 3 Sud garantisce, ai sensi del Decreto Legislativo del 9 aprile 2008, n. 81, la salute e la sicurezza del lavoratore in coerenza con l'esercizio dell'attività di lavoro in modalità agile e consegna al singolo lavoratore agile un'informativa scritta con indicazione dei rischi generali e di quelli specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione della prestazione lavorativa.

Ai sensi dell'art. 19 della Legge del 22 maggio 2017, n. 81, durante il periodo di svolgimento dell'attività di incarico in modalità agile, sia l'ASL Napoli 3 Sud che il lavoratore possono, in presenza di un giustificato motivo, recedere dall'accordo con il preavviso di cui all'art. 78, comma 1, lett. c) CCNL Area Comparto 2019-2021.

Particolare attenzione è riservata alla sicurezza informatica ed alla conoscenza dei rischi collegati allo svolgimento dell'attività in modalità agile. Pertanto, saranno garantiti:

- ❖ accessi sicuri dall'esterno agli applicativi ed ai dati di interesse per l'esecuzione delle attività lavorative;
- ❖ funzioni applicative di conservazione dei dati per i dipendenti che prestano la propria attività al di fuori del contesto lavorativo;
- ❖ utilizzo di ogni strumento utile a mitigare la possibilità del diffondersi del rischio informatico.

7 Il piano triennale del fabbisogno di personale

7.1 Introduzione

Il Piano triennale dei fabbisogni di personale (di seguito denominato PTFP) per il periodo 2022/2024, in continuità con il PTFP 2021/2023, definisce le politiche di reclutamento del personale dell'Azienda sanitaria di livello dirigenziale e non, nel rispetto dei principi della efficiente organizzazione degli uffici e della ottimizzazione delle risorse finanziarie a disposizione. Il PTFP è adottato in attuazione di quanto disposto dall'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, in coerenza con le linee di indirizzo per la pianificazione dei fabbisogni di personale, ai sensi dell'articolo 6-ter dello stesso decreto legislativo, con decreto del Ministro per la pubblica amministrazione, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro della salute dell'8 maggio 2018, nonché, i contenuti sono organizzati ed elaborati secondo quanto previsto dal Disciplinare tecnico Monitoraggio per la determinazione del Fabbisogno di Personale degli Enti del Servizio Sanitario Regionale della Campania allegato alla DGR n. 190/2023. Scopo della presente pianificazione è favorire il ricambio generazionale indispensabile all'esercizio delle numerose e complesse competenze attribuite all'Azienda Sanitaria garantendo, attraverso l'ottimale distribuzione delle risorse disponibili, il buon funzionamento delle Unità Operative. In tal senso, la presente programmazione assunzionale persegue l'obiettivo di colmare, attraverso procedure concorsuali, scorrimento di graduatorie di idonei di concorsibanditi da altre amministrazioni e/o procedure di mobilità ai sensi dell'art. 30 del decreto legislativo 165/2001, le carenze di personale conseguenti ai collocamenti a riposo che sono intervenuti nel corso del 2022 e a quelli che si verificheranno negli anni 2023 e 2024 tenendo conto del fabbisogno di personale.

7.2 La normativa di riferimento

Gli articoli 6 e 6 bis del d.lgs. n. 165/2001, come modificati dal d.lgs. n. 75 del 25 maggio 2017, nonché l'articolo 6 ter (introdotto dal predetto decreto n. 75/2017) stabiliscono le modalità di definizione dei fabbisogni di personale nell'ambito delle pubbliche amministrazioni. Nello specifico, gli articoli in questione prevedono quanto segue:

Art. 6 (Organizzazione degli uffici e fabbisogni di personale)

1. Le amministrazioni pubbliche definiscono l'organizzazione degli uffici per le finalità indicate all'articolo 1, comma 1, adottando, in conformità al piano triennale dei fabbisogni di cui al comma 2, gli atti previsti dai rispettivi ordinamenti, previa informazione sindacale, ove prevista nei contratti collettivi nazionali.
2. Allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, le amministrazioni pubbliche adottano il piano triennale dei fabbisogni di personale, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate ai sensi dell'articolo 6-ter. ... Il piano triennale indica le risorse finanziarie destinate all'attuazione del piano, nei limiti delle risorse quantificate

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà assunzionali previste a legislazione vigente.

3. In sede di definizione del piano di cui al comma 2, ciascuna amministrazione indica la consistenza della dotazione organica e la sua eventuale rimodulazione in base ai fabbisogni programmati e secondo le linee di indirizzo di cui all'articolo 6-ter, nell'ambito del potenziale limite finanziario massimo della medesima ... Resta fermo che la copertura dei posti vacanti avviene nei limiti delle assunzioni consentite a legislazione vigente.
4. ... Per le altre amministrazioni pubbliche il piano triennale dei fabbisogni, adottato annualmente nel rispetto delle previsioni di cui ai commi 2 e 3, è approvato secondo le modalità previste dalla disciplina dei propri ordinamenti. Nell'adozione degli atti di cui al presente comma, è assicurata la preventiva informazione sindacale, ove prevista nei contratti collettivi nazionali.
5.
6. Le amministrazioni pubbliche che non provvedono agli adempimenti di cui al presente articolo non possono assumere nuovo personale. 6-bis. ... Per gli enti del servizio sanitario nazionale sono fatte salve le particolari disposizioni dettate dalla normativa di settore.

Art. 6-bis (Misure in materia di organizzazione e razionalizzazione della spesa per il funzionamento delle pubbliche amministrazioni)

1. Le pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, ... sono autorizzate, nel rispetto dei principi di concorrenza e di trasparenza, ad acquistare sul mercato i servizi, originariamente prodotti al proprio interno, a condizione di ottenere conseguenti economie di gestione e di adottare le necessarie misure in materia di personale.
2. Le amministrazioni interessate dai processi di cui al presente articolo provvedono al congelamento dei posti e alla temporanea riduzione dei fondi della contrattazione in misura corrispondente, fermi restando i processi di riallocazione e di mobilità del personale.
3. I collegi dei revisori dei conti e gli organi di controllo interno delle amministrazioni che attivano i processi di cui al comma 1 vigilano sull'applicazione del presente articolo, dando evidenza, nei propri verbali, dei risparmi derivanti dall'adozione dei provvedimenti in materia di organizzazione e di UOC Gestione Risorse Umane/2019/148 2 personale, anche ai fini della valutazione del personale con incarico dirigenziale di cui all'articolo 5 del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 286.

Art. 6-ter (Linee di indirizzo per la pianificazione dei fabbisogni di personale).

1. Con decreti di natura non regolamentare adottati dal Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono definite, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, linee di indirizzo per orientare le amministrazioni pubbliche nella

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

predisposizione dei rispettivi piani dei fabbisogni di personale ai sensi dell'articolo 6, comma 2, anche con riferimento a fabbisogni prioritari o emergenti di nuove figure e competenze professionali.

3. Con riguardo alle regioni, agli enti regionali, al sistema sanitario nazionale e agli enti locali, i decreti di cui al comma 1 sono adottati previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131. Con riguardo alle aziende e agli enti del Servizio sanitario nazionale, i decreti di cui al comma 1 sono adottati di concerto anche con il Ministro della salute.
5. Ciascuna amministrazione pubblica comunica secondo le modalità definite dall'articolo 60 le predette informazioni e i relativi aggiornamenti annuali che vengono resi tempestivamente disponibili al Dipartimento della funzione pubblica. La comunicazione dei contenuti dei piani è effettuata entro trenta giorni dalla loro adozione e, in assenza di tale comunicazione, è fatto divieto alle amministrazioni di procedere alle assunzioni.
6. Qualora, sulla base del monitoraggio effettuato dal Ministero dell'economia e delle finanze di intesa con il Dipartimento della funzione pubblica attraverso il sistema informativo di cui al comma 2, con riferimento alle amministrazioni dello Stato, si rilevino incrementi di spesa correlati alle politiche assunzionali tali da compromettere gli obiettivi e gli equilibri di finanza pubblica, il Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, con decreto di natura non regolamentare, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, adotta le necessarie misure correttive delle linee di indirizzo di cui al comma 1. Con riguardo alle regioni, agli enti regionali, al sistema sanitario nazionale ed agli enti locali, le misure correttive sono adottate con le modalità di cui al comma 3.

La predisposizione del piano dei fabbisogni nell'ambito del S.S.R. è fortemente condizionata dalle norme nazionali che pongono limiti alla spesa del personale. Infatti, l'art. 1, comma 565, della legge 27.12.2006, n. 296, i cui contenuti sono stati confermati dall'articolo 2, comma 71, della legge 23/12/2009, n. 191 e successive modificazioni, stabilisce che gli enti del SSN concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica adottando misure necessarie a garantire che la spesa del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'Irap, non superi il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4%.

Il Piano dà evidenza delle politiche aziendali di attuazione dell'Atto Aziendale, con particolare riferimento ai servizi ospedalieri, oggetto di profonda revisione organizzativa con conseguente sensibile riflesso in termini di definizione del relativo fabbisogno. Tali percorsi organizzativi, sia in ambito sanitario che dei servizi amministrativi, trovano riscontro nel Piano per una più efficiente ed efficace gestione delle risorse umane. Il coordinamento fra risorse umane necessarie e risorse finanziarie disponibili viene definito nelle tabelle indicanti il Piano dei fabbisogni per gli anni 2022-2024. La spesa viene esposta nelle tabelle allegate al Piano, per ciascuno degli anni in questione. Sin d'ora si precisa che la revisione del Piano Triennale per gli anni seguenti terrà in considerazione le valutazioni strategiche aziendali in materia di eventuali esternalizzazioni da effettuarsi, con riferimento all'area dei servizi/attività di supporto in ambito ospedaliero e territoriale. Particolare attenzione sarà inoltre riservata alla

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione *Triennio 2024 - 2026* (art. 6 del DL 80/2021)

politica di fabbisogno di personale in attuazione di modifiche dell'Atto Aziendale, quali conseguenza in primis di quanto definito a livello regionale in ambito di schede di dotazione ospedaliera.

Si specifica che il Piano del Fabbisogno del Personale 2022-2024, inserito nel PIAO 2023-2025, fa riferimento ad un'adozione provvisoria avvenuta con Deliberazione Aziendale n. 1181 del 20/12/2022. Successivamente, si è proceduto, sulla base di quanto previsto dalle linee di indirizzo ed in ossequio alle disposizioni contenute nel disciplinare tecnico "Metodologia per la determinazione del Fabbisogno di Personale degli enti del Servizio Sanitario Regionale della Campania" (DGRC n. 190/2023), all'approvazione del Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale 2022-2024 – nella sua versione aggiornata - con Deliberazione Aziendale n. 86 del 23/01/2024. Tale PTFP è oggetto del presente capitolo.

7.3 Criteri e modalità di elaborazione del Piano

I criteri utilizzati per definire il fabbisogno teorico hanno avuto tre driver principali, meglio dettagliati nel proseguo:

- ❖ l'organizzazione della rete di offerta: identificazione del ruolo delle strutture nella rete ospedaliera e di emergenza-urgenza secondo la classificazione del DM n. 70/2015;
- ❖ la produzione: l'attività ospedaliera, specialistica e di emergenza urgenza, erogate in ambito ospedaliero;
- ❖ il tempo di lavoro con rispetto all'orario di lavoro e alla turnistica come previsto dalla Legge n. 161/2014.

Per la definizione del fabbisogno di personale, così come indicato dalle linee guida ministeriali, risulta fondamentale definire gli "standard" organizzativi per categorie di ospedali e le dotazioni minime necessarie a garantire la funzionalità prevista per quel presidio, in relazione al suo ruolo nella rete. Per "metabolismo minimo" si intende il fabbisogno di funzionamento ovvero la dotazione di personale che garantisce la possibilità di "rendere disponibile" il servizio.

Il concetto di "metabolismo minimo" è definito avendo a riferimento un reparto "completo", nel quale si svolgano attività in regime di ricovero ordinario, diurno, ambulatoriale, consulenze dal pronto soccorso, attività di sala operatoria e supporto agli altri reparti. Qualora il reparto non sia organizzato per garantire tutte queste attività, il fabbisogno dovrà essere conseguentemente ridimensionato.

In alcuni casi diventa necessario considerare l'attività svolta, per garantire un fabbisogno di personale aggiuntivo rispetto al minimo, che permetta di tenere conto della complessità trattata o delle peculiarità dell'ospedale considerato facendo riferimento ai valori di produzione conseguiti nell'esercizio precedente, ovvero stimati.

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

Organizzazione della rete dell'offerta

La corretta determinazione del fabbisogno di personale dovrà avvenire, a pieno regime, in relazione alle reti ospedaliere rispondenti alle disposizioni ed ai criteri previsti dal DM 70/2015 e s.m.i. Ciò comporta che il dimensionamento del fabbisogno non deriva esclusivamente dai posti letto di cui una struttura dispone quanto piuttosto dall'offerta di salute programmata: il fabbisogno così determinato sarà quello utile a far funzionare le strutture previste dalla programmazione stessa in ragione del loro ruolo all'interno della rete.

Produzione

La dotazione organica va correlata non solo al numero e alla tipologia di posti letto per singola specialità, al numero di posti letto complessivi della struttura ospedaliera, ma anche all'attività svolta per soddisfare le esigenze assistenziali e garantire l'offerta sanitaria, alla complessità di patologie trattate, alla mission delle singole strutture e alla funzione attribuita dalla programmazione.

Per la determinazione del fabbisogno di personale è, altresì, necessario tener conto di tutte le attività che i professionisti ospedalieri svolgono nelle singole unità operative:

▪ continuità clinica per i ricoverati	▪ degenza ordinaria e diurna
▪ attività cliniche ordinarie	▪ attività ambulatoriale
▪ attività chirurgiche strumentali in urgenza ed elezione	▪ consulenze da pronto soccorso
▪ consulenza specialistica per i pazienti ricoverati in altri reparti	▪ attività di formazione continua

Ore lavorate di riferimento

Ai fini del calcolo del fabbisogno e della conseguente dotazione organica **minima** è necessario calcolare le ore annuali medie di lavoro dei professionisti sanitari, in modo da poter tradurre le ore in personale equivalente necessario.

In relazione al tempo è stato utilizzato come parametro il numero di ore lavorate per **Full Time Equivalent (FTE)**, *identificato sulla base delle ore lavorabili a tempo pieno al netto di ore di non presenza per festività infrasettimanale, ferie e festività soppresse, ore non assistenziali (formazione), assenze per malattie, per infortunio, aspettativa, legge 104/92, maternità e altre assenze a vario titolo.*

Il numero di ore lavorate stimate sono state quindi pari a:

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

Dirigenza sanitaria	Comparto (Infermieri, OSS, Altre figure del comparto)
1.560 ore	1.450 ore

Personale Dirigente Medico

La metodologia adoperata permette di individuare una dotazione minima, definito "metabolismo minimo", e un valore massimo a cui lo standard potrà tendere al verificarsi di specifiche condizioni.

I valori minimi

Per quanto riguarda il personale medico si è definito il fabbisogno per singola specialità: il personale medico, infatti, non è fungibile ed è quindi necessario determinare il fabbisogno relativo per ogni disciplina garantita all'interno del presidio. Per il personale medico si è proceduto ad individuare delle aree funzionali di attività utili per la determinazione del numero di professionisti necessari come previsto dalla DGRC 190/2023 (*rif. tenendo altresì conto dell'organizzazione delle guardie che, in relazione al numero di posti letto e alla funzione del presidio, possono o meno essere organizzate in forma "interdivisionale" o per area omogenea, ossia in forma "divisionale"*).

È stata utilizzata la Tabella 3 della DGRC 190/2023 (*cf. ...che indica la dotazione minima di Personale Medico per ogni singola specialità, al netto delle posizioni apicali, individuata in base al numero annuo di ore lavoro necessario*).

La dotazione minima è stata integrata come previsto dalla DGRC 190/2023 (*...La dotazione minima, così individuata, va poi integrata tenendo conto dell'attività di guardia medica notturna e festiva prevista per alcune discipline: il carico di ore annue necessarie all'espletamento di un turno di guardia è stato posto equivalente a n. 3 unità di Personale Medico (FTE – Full Time Equivalent. Per la determinazione del numero di unità necessarie a garantire le attività di guardia, laddove non si ravvisi la necessità di strutturare una guardia per unità operativa (ex divisionale), è prevista la presenza di una guardia "interdivisionale" ogni 100 PL*).

La DGRC 190/2023 prevede in linea generale che devono essere garantite guardie per unità operativa nei seguenti casi:

- ❖ nelle aree "intensive" (area Anestesia, Utic, TIN, Stroke Unit di I livello di Castellammare e Nola);
- ❖ per il servizio di anestesia, ove prevista attività chirurgica nelle 24 ore e attività di ostetricia (Nola, Castellammare, Boscotrecase, Torre del Greco, Sorrento e Vico Equense);
- ❖ nei servizi di pronto soccorso (Nola, Castellammare, Torre del Greco, Sorrento, Vico Equense e Boscotrecase che è in via di attivazione);
- ❖ nell'area ostetrico-ginecologica, con attività di ostetricia (Nola, Castellammare e Vico Equense);
- ❖ nelle pediatrie (Nola, Castellammare, Vico Equense);
- ❖ nella Psichiatria SPDC (Torre del Greco, e quando saranno attivi Nola, Boscotrecase, Castellammare).

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

È stata utilizzata la Tabella n. 3 della DGRC 190/2023 per la dotazione dei minimi con le guardie divisionali, al netto delle posizioni apicali (*In particolare, per l'attività di direzione di reparto, andrà aggiunta un'unità di Personale Medico in tutti i casi ove sia prevista la struttura complessa e quindi la relativa apicalità*). *In particolare, per definire correttamente il fabbisogno di professionisti sarà necessario conoscere il ruolo copia informatica per consultazione 7 attribuito a livello di programmazione regionale al singolo presidio rispetto all'articolazione "in rete" di cui la regione si è dotata. Ciò dovrà avvenire con particolare riferimento alle seguenti reti:*

- ❖ Rete infarto;
- ❖ Rete Emur;
- ❖ Rete ictus;
- ❖ Rete traumatologica.

Di conseguenza, con riferimento alle specialità di Cardiologia e Unità coronarica (H008 e H050), Neurologia (H032), Emergenza Urgenza (H100) e Ortopedia (H036), così come evidenziato in Tabella 3 della DGRC 190/2023 nella colonna Parametro, il valore minimo di Personale Medico varierà in funzione del ruolo attribuito al presidio rispetto alla rete. Ad esempio, con riferimento alla rete infarto occorrerà distinguere tra presidio di base, presidio di base con UTICe presidio con UTIC + emodinamica.

Calcolo del Fabbisogno minimo di Personale Medico

$$\begin{aligned} & \text{Minimo operativo Medici} = \\ & (\sum_{D=1}^n \text{Fte min Dir. Med. } D + \text{Fte Coord} + \\ & \sum_{D=1}^n \text{Fte min per Guardia Divisionale } D + \\ & \sum_{AO=1}^n \text{Fte min Guardie Intervisionali AO} + \text{Fte min } S) \end{aligned}$$

Dove:

- D = specialità di afferenza
- AO = Area Omogenea di Afferenza
- Dir. Med. = Dirigente Medico
- Min = numero minimo
- FTE = Full time Equialent
- GD = Guardia "Divisionale"
- GI = Guardia "Interdivisionale"

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

S = Servizi

I valori massimi

Con riferimento all'individuazione di valori massimi di Personale Medico, determinabili attraverso l'introduzione del driver Produzione, occorre distinguere tra la dotazione da destinare.

Attività di degenza

Un fabbisogno di personale superiore ai valori minimi, così come determinati nel paragrafo precedente, generato da esigenze di produzione, sarà valutato positivamente qualora si attesti all'interno di un predeterminato range. Per la determinazione del range di Personale Medico "giustificato dalla produzione", la metodologia adoperata "Pesi Medici" differenziati per ogni specialità, implementati sulla base di un'analisi statistica dei dati delle 9 regioni partecipanti al Gruppo di Lavoro che assumono quindi il ruolo di benchmark e rappresentano cioè le buone pratiche ovvero le situazioni riconosciute come efficaci e efficienti all'interno del medesimo sistema. Rispetto a tali "Pesi Medici" si perviene quindi all'individuazione di due valori (FTE' e FTE''), che costituiscono il cd. "margine di tolleranza", limite inferiore e superiore della forbice, ossia i valori entro i quali il numero di FTE presenti nella specialità di riferimento è ritenuto accettabile.

Per la definizione dei "**range di peso medico**" **per disciplina**, si è proceduto come segue:

- ❖ definizione dei criteri di imputazione dei DRG: sono stati valorizzati tutti i DRG prodotti in regime di degenza ordinaria e day hospital e day surgery;
- ❖ sommatoria dei DRG prodotti per ogni specialità;
- ❖ assegnazione degli FTE alle singole specialità: ore lavorate comunicate alle Regioni;
- ❖ definizione dei criteri di imputazione degli FTE dedicati all'attività ambulatoriale in ogni specialità;
- ❖ stima degli FTE dedicati alla degenza;
- ❖ calcolo del peso medico per ciascuna unità operativa: rapporto tra DRG prodotti e gli FTE dedicati all'attività di degenza;
- ❖ verifica del dato su base regionale: analisi della distribuzione statistica;
- ❖ verifica dei dati delle nove regioni partecipanti: analisi della distribuzione statistica;
- ❖ prima analisi di valori statistici rilevanti (mediana, media, 1° e 3° quartile);
- ❖ confronto interregionale del dato;
- ❖ determinazione del range dei Pesi.

Il risultato è la somma dei pesi prodotti (medici e chirurgici DO e DH) per ogni specialità, che rapportati ai "pesi medici" di Tabella 4 della DGRC 190/2023, restituiscono il valore degli FTE necessari per la produzione erogata.

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

Attività ambulatoriale

Per quanto attiene alla determinazione della dotazione di Personale Medico da destinare all'attività ambulatoriale, sono state seguite le percentuali rappresentative dell'incidenza dell'attività ambulatoriale sul totale delle ore lavorate, riportate in Tabella 5 della DGRC 190/2023. Ai fini dell'individuazione del fabbisogno complessivo per la dirigenza medica, agli FTE identificati per l'attività di degenza avvalendosi del metodo dei pesi sono stati sommati quelli per l'attività ambulatoriale.

$$\begin{aligned} \text{FTE Amb Disciplina } x &= \text{Dotazione FTE } x \% \text{ Amb Disciplina } x \\ \text{Fabbisogno FTE Tot} &= \text{FTE Degenza} + \text{FTE Amb} \end{aligned}$$

Personale infermieristico ed operatori sociosanitari

Con riferimento alla dotazione standard di Personale Infermieristico e di Operatori Socio-Sanitari (OSS), la metodologia ministeriale prevede che la stessa non può prescindere dalla programmazione regionale in materia sanitaria. In particolare, la determinazione della dotazione di tale personale dedicato alle attività di degenza ordinaria deve avvenire sulla base dei posti letto computati al 90% così come definito al punto 3.1 dell'allegato 1 del DM 70/2015.

In fase di prima applicazione i posti letto da utilizzare quale base di calcolo sono quelli attualmente attivi presso le singole strutture, così come rinvenibili dai flussi ministeriali predisposti dalle singole Aziende (HSP 12).

Si è scelto di procedere con la determinazione del fabbisogno per area omogenea, tenendo conto delle sempre più frequenti organizzazioni per intensità di cura. Per le aggregazioni si rimanda all'Allegato 1 della DGRC 190/2023. Si precisa, inoltre, che la valutazione del fabbisogno complessivo, nel caso del personale del comparto va effettuata sul dato complessivo ospedaliero, limitando, così, le difficoltà interpretative delle singole aree omogenee.

Attività di Degenza

Per la determinazione del numero di Infermieri e Operatori Socio-Sanitari necessari per le attività di degenza, ordinaria e diurna, si è proceduto come segue:

- ❖ somma dei posti letto per Area Omogenea;
- ❖ calcolo delle giornate equivalenti prevedendo un tasso di occupazione al 90%;
- ❖ calcolo del fabbisogno dei minuti di assistenza moltiplicando le giornate equivalenti per il parametro min/paz/die proprio di ciascuna area omogenea;
- ❖ "trasformazione in ore" = Totale minuti/60;
- ❖ "trasformazione in personale tempo equivalente" (FTE)/1.450.

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

Si è ritenuto di individuare minutaggi distinti per ospedali HUB e per quelli Spoke, con l'obiettivo di approfondire le diverse caratteristiche di questi contesti. Sono stati categorizzati ospedali HUB i DEA II Livello nella Rete Emur, mentre i DEA di I Livello, i PPI e i Pronto Soccorso ospedali SPOKE.

L'applicazione dei valori minimo e massimo previsti in Tabella 6 e Tabella 7 della DGRC 190/2023 per il personale del comparto, garantisce la determinazione di un livello minimo e massimo di fabbisogno di Personale Infermieristico e di supporto per l'area ospedaliera, per le aree elencate.

I posti letto dell'area sub intensiva a cui applicare lo standard in tabella sono di n. 50.

Attività ambulatoriale

Anche per il personale del comparto si è ritenuto di procedere con l'imputazione di una percentuale di fabbisogno da determinarsi sulla base dell'incidenza dell'attività ambulatoriale sulle ore lavorate, da aggiungere al fabbisogno determinato per le attività di degenza. A fronte dell'aggregazione del personale infermieristico in aree omogenee non si ritiene, al contrario di quanto fatto per il personale medico, di poter individuare delle percentuali di incidenza "fisse". Esse saranno determinate tenendo conto della quota di posti letto occupati da ogni disciplina all'interno dell'area omogenea di ogni stabilimento (media pesata delle percentuali di ciascuna disciplina sulla base dei posti letto).

$\% \text{ Amb. (stab. } x, \text{ area omogenea } y) =$

$$\frac{\sum [\% \text{ Amb. (disc.1)} \times \text{PL (stab.x,disc.1)} + \% \text{ Amb. (disc.2)} \times \text{PL (stab.x,disc.2)} + \dots + \% \text{ Amb. (disc.n)} \times \text{PL (stab.x,disc.n)}]}{\text{Posti letto (stab.x,area omogenea } y)}$$

Il fabbisogno previsto per l'attività ambulatoriale sarà quindi individuato moltiplicando la % Amb. (stab. x, area omogenea y) per gli FTE minimi e massimi previsti per l'attività delle diverse discipline.

Come per la dirigenza medica, il fabbisogno complessivo di FTE sarà dato dalla somma tra gli FTE necessari per l'attività di degenza e quelli per l'attività ambulatoriale, ad essi sarà aggiunto il personale con funzioni organizzative. In virtù del rapporto 1:1 tra medico ed infermieri non viene conteggiato separatamente il fabbisogno di OSS per l'attività ambulatoriale, che potrà essere ritrovato all'interno del fabbisogno ambulatoriale del personale infermieristico.

Personale Dirigente sanitario non medico

Il fabbisogno di personale Dirigente sanitario non medico (biologi, fisici, chimici, psicologi e personale dirigente delle professioni sanitarie), deve essere individuato in misura non superiore al 7% del fabbisogno di Dirigenti Medici, così come determinato in base alla suddetta metodologia. Con riferimento al personale Dirigente

Farmacisti si stabilisce per le Aziende Sanitarie Locali un fabbisogno non superiore a n. 3 farmacisti per presidio ospedaliero.

Personale non sanitario

Altro Personale Ruolo tecnico

Con riferimento al personale del ruolo tecnico, il quale a seguito del nuovo CCNL del Comparto sanità del 2022 non comprende più la figura dell'Operatore Socio-Sanitario e la figura dell'Assistente sociale, il fabbisogno di personale è determinato sulla base del seguente parametro:

- ❖ in misura non superiore al 10% del fabbisogno di personale sanitario ospedaliero.

Si precisa che il fabbisogno così determinato andrà, di norma, ripartito tra personale Dirigente e Comparto sulla base delle seguenti percentuali:

- ❖ Personale Dirigente: in misura non superiore al 15% del totale;
- ❖ Personale Comparto: a copertura della restante parte.

Con riferimento al personale assistente sociale, il fabbisogno di personale è da determinarsi nella misura non superiore allo 0,5% del fabbisogno ospedaliero di personale sanitario non dirigenziale.

Ruolo professionale

Con riferimento al fabbisogno di personale per il ruolo professionale, è da determinarsi nella misura pari allo 0,5% del fabbisogno di personale di personale del ruolo sanitario ospedaliero, così come individuato in base alle suddette metodologie.

Si precisa che il fabbisogno così determinato andrà, di norma, ripartito tra personale Dirigente e Comparto sulla base delle seguenti percentuali:

- ❖ Personale Dirigente: in misura pari o inferiore al 15% del totale;
- ❖ Personale Comparto: a copertura della restante parte.

Ruolo amministrativo

Con riferimento al personale del ruolo amministrativo il fabbisogno è da determinarsi, in base ai parametri seguenti:

- ❖ 14% del fabbisogno di personale di ruolo sanitario ospedaliero, professionale e tecnico ospedaliero.

Si precisa che il fabbisogno così determinato andrà, di norma, ripartito tra personale Dirigente e Comparto sulla base delle seguenti percentuali:

- ❖ Personale Dirigente: in misura pari o inferiore al 15% del totale;

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2024 - 2026
(art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ Personale Comparto: a copertura della restante parte.

7.4 Area territoriale

Per quanto attiene l'assistenza territoriale, la metodologia ministeriale fornisce indicazioni per la riorganizzazione dei servizi e valori standard per la determinazione del fabbisogno di personale afferente a tali aree.

Distretti

Con riferimento al personale da destinare all'assistenza distrettuale, in considerazione del progressivo spostamento di risorse dall'area ospedaliera, conseguente all'attuazione della programmazione sanitaria regionale e in particolare della nuova rete ospedaliera, deve procedersi alla riallocazione sul territorio di eventuale personale in esubero presso le strutture ospedaliere, in conseguenza della realizzazione dei processi di riorganizzazione del rapporto ospedale – territorio. Preso atto di quanto già definito sopra, si definiscono i criteri per il fabbisogno di personale distrettuale come di seguito. Si precisa inoltre che, laddove non è indicato uno standard di fabbisogno di personale distrettuale, questo è da intendersi ricompreso nelle percentuali individuate nei paragrafi di area ospedaliera.

Personale Sanitario

Con riferimento al personale Dirigente Medico distrettuale si stabilisce uno standard di fabbisogno parametrato sulla popolazione residente nell'ambito dell'area territoriale di riferimento di ciascuna ASL, individuandosi come 0,4 il rapporto tra dirigenti medici in servizio presso i Servizi Distrettuali rispetto alla popolazione residente/1000. Il fabbisogno di Dirigenti Medici afferenti al Servizio 118 è compreso nell'ambito della dotazione standard complessiva di Personale Medico relativo al Servizio Distrettuale. Con riferimento al personale Dirigente Farmacista è previsto un fabbisogno aggiuntivo rispetto a quanto individuato in Area Ospedaliera, pari a n. 2 unità di personale per Distretto. Si stabilisce, inoltre, un fabbisogno di Personale Infermieristico parametrato sulla popolazione residente nell'ambito dell'area territoriale di riferimento di ciascuna ASL, individuandosi come pari a 0,56 il rapporto tra Personale Infermieristico in servizio presso i Servizi Distrettuali rispetto alla popolazione residente/1000. All'interno di tale percentuale è compreso anche il fabbisogno di Personale Infermieristico afferente al servizio di 118. Per quanto concerne il fabbisogno di personale Ostetrico, esso è stato definito nella misura di n.1 unità di personale per ogni Distretto.

Salute Mentale

La metodologia definita a livello ministeriale fornisce indicazioni per la riorganizzazione dei servizi afferenti alle aree della salute mentale adulti. L'obiettivo è garantire l'integrazione di tali servizi nel modello territoriale e distrettuale così come definito dal DM 77/22 al fine di migliorare la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza. L'assistenza per i livelli 1 e 2 è assicurata secondo quanto previsto dal DPR 1/11/1999 (PO Tutela Salute Mentale 1998-2000), al fine di garantire unitarietà degli interventi, integrazione dei servizi e continuità terapeutica. La dotazione organica per l'operatività minima ai fini della assistenza dei livelli 1 e 2, così definita dal DPR 1/11/99, è articolata come segue:

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione *Triennio 2024 - 2026* (art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ Medico psichiatra: 1 per 10.000 abitanti di età superiore a 18 anni;
- ❖ Psicologo psicoterapeuta: 0,5 per 10.000 abitanti di età superiore a 18 anni;
- ❖ Professioni sanitarie (infermieri, educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica) e assistenti sociali: 5 ogni 10.000 abitanti di età superiore a 18 anni;
- ❖ Altro personale (incluso personale amministrativo): 0,2 per 10.000 abitanti di età superiore a 18 anni.

La somma degli standard deve corrispondere a non meno di 6,7 operatori ogni 10.000 abitanti e non comprende le risorse umane necessarie per i livelli 3 e 4.

Per quanto concerne lo standard dei servizi di livello 3, assistenza sanitaria specialistica in ambito ospedaliero, il DCA 67/2016 permette di individuare delle soglie minime di personale per ogni SPDC, considerando una disponibilità di n. 16 posti letto. È previsto il fabbisogno di personale indicato come segue:

- ❖ 1,30 infermieri per posto letto;
- ❖ 0,5 medici per posto letto;
- ❖ 1 dirigente sanitario non medico (psicologo);
- ❖ 0,2 OSS per posto letto;
- ❖ 1 assistente sociale.

Per quanto concerne il personale delle strutture residenziali a carattere intensivo con n. 20 posti letto, si fa riferimento allo standard individuato nelle tabelle del DCA n. 5/2011, che individuano:

- ❖ 1 dirigente medico;
- ❖ 1 psicologo;
- ❖ 5 infermieri;
- ❖ 6 OSS;
- ❖ 2 Tecnici sanitari di Radiologia.

Per quanto attiene alle strutture semi-residenziali con n. 20 posti di accoglienza, il DCA n. 5/2011 individua il fabbisogno di personale come segue:

- ❖ 0,5 dirigenti medici;
- ❖ 0,5 psicologi;
- ❖ 1,5 infermieri;
- ❖ 1 Tecnico sanitario di Radiologia/educatore professionale;
- ❖ 0,33 assistente sociale.

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione *Triennio 2024 - 2026* (art. 6 del DL 80/2021)

Per il livello 4 si fa riferimento alla Legge n. 9/2012, nella quale sono definiti i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia. Sono inoltre comprese le strutture residenziali per persone con Disturbi della Nutrizione e della Alimentazione (DNA).

Dipendenze Patologiche

L'assistenza sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con dipendenze patologiche nell'intero ciclo di vita è assicurata in ciascuna Regione e Provincia Autonoma attraverso i Servizi pubblici per le Dipendenze (SerD). L'assistenza dell'ASL Napoli 3 Sud è articolata su tutto il territorio attraverso cinque UOC e una UOSD. È previsto e garantito un Servizio per le dipendenze almeno ogni 80.000-100.000 abitanti della popolazione target di età compresa tra i 15 ed i 64 anni, con apertura almeno 5 giorni alla settimana, per 12 ore al giorno. I SerD sono dotati di una equipe multiprofessionale così come indicato nella Tabella 20 della DGRC 190/2023.

Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'adolescenza

Nell'Asl Napoli 3 Sud l'assistenza è assicurata dai Nuclei di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Il servizio svolge la sua attività in stretto collegamento con i PLS e i MMG, i servizi sociali degli Enti Locali, le istituzioni scolastiche, i consultori familiari, gli altri servizi del territorio rivolti alla popolazione infantile e giovanile, gli eventuali servizi di riabilitazione accreditati per l'età evolutiva, i servizi per le dipendenze, i servizi di salute mentale per l'adulto, nonché con il livello ospedaliero. Lo standard per l'operatività minima ai fini dell'assistenza dei livelli 1 e 2 è il seguente:

- ❖ Dirigenza sanitaria medica e non (medico neuropsichiatra infantile e psicologo psicoterapeuta): 6 per 10.000 abitanti della popolazione target di età compresa tra 1 e 17 anni;
- ❖ Professioni sanitarie (terapista della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, Educatore professionale/Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, infermiere, Fisioterapista e altri professionisti, anche di supporto) e assistenti sociali: 10 per 10.000 abitanti della popolazione target di età compresa tra 1 e 17 anni;
- ❖ Altro personale (incluso personale amministrativo): 0,2 per 10.000 abitanti della popolazione target di età compresa tra 1 e 17 anni.

Ogni servizio territoriale di NPIA dovrà prevedere la presenza di Centri Diurni Terapeutici, con due moduli differenziati: uno per i disturbi psichiatrici in preadolescenza e adolescenza, ed uno per i gravi disturbi del neuro sviluppo. Ogni servizio territoriale di NPIA dovrà prevedere, inoltre, la presenza di Nuclei funzionali di riferimento locale di cui all'Intesa in Conferenza Unificata 25 luglio 2019, per le patologie a elevata prevalenza. Gli standard di personale dei servizi di assistenza dei livelli 3 e 4 sono ricompresi negli standard dei livelli 1 e 2 di cui sopra.

Prevenzione

Per il Personale Dirigente medico dedicato alla Prevenzione, si è proceduto a determinare un fabbisogno parametrato sulla popolazione residente nell'ambito territoriale dell'ASL Napoli 3 Sud, individuandosi come pari

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

allo 0,07 il rapporto tra dirigenti medici in servizio rispetto alla popolazione residente/1000. Per il Personale infermieristico si è proceduto a determinare un fabbisogno parametrato sulla popolazione residente nell'ambito territoriale di riferimento dell'ASL Napoli 3 Sud, individuandosi come pari allo 0,05 il rapporto tra Personale Infermieristico in servizio presso i Dipartimenti di Prevenzione rispetto alla popolazione residente/1000. Per quanto riguarda i Dirigenti Veterinari si è proceduto a determinare un fabbisogno parametrato rispetto alle seguenti aree: sanità animale, ispezione alimenti e igiene zootecnica.

Cure Domiciliari

Con riferimento al fabbisogno di personale da destinare all'assistenza domiciliare integrata (ADI) si è provveduto a seguire la metodologia dettata dalla DGRC 190/2023. Lo standard per gli Infermieri è fissato pari a 0,9 FTE ogni 1.000 abitanti over-65, lo standard per i Fisioterapisti è fissato pari a 0,2 FTE ogni 1.000 abitanti over-65. Lo standard per l'Operatore Socio-Sanitario è fissato nella misura non superiore a 1 FTE ogni 2 infermieri.

Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie

Il Consultorio familiare e l'attività rivolta ai minori, ove presente, rappresentano la struttura aziendale a libero accesso e gratuita, deputata alla protezione, prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alla donna in tutto il suo ciclo di vita (compresa la gravidanza), minori, famiglie all'interno del contesto comunitario di riferimento, così come definito dal DM 77/22. Presso l'ASL Napoli 3 Sud, attualmente, sono attivi 19 consultori e 6 punti consultoriali. Lo standard di personale ogni 20.000 abitanti prevede la presenza di:

- ❖ 0,5 dirigente medico ginecologo;
- ❖ 1 ostetrica;
- ❖ 0,5 psicologi;
- ❖ 0,25 assistenti sociali;
- ❖ 0,25 dirigente medico pediatra.

Il personale infermieristico risulta già considerato all'interno dello standard previsto per il Distretto.

DM 77/2022 "Nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN"

Per quanto attiene l'assistenza territoriale, il DM 77/2022: "Nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN" fornisce indicazioni alle Regioni in merito agli interventi da adottare al fine di riorganizzare l'assistenza territoriale. Pertanto, presso l'Asl Napoli 3 Sud sono programmate azioni per il recepimento di quanto previsto dal suddetto Decreto.

UCA – Unità di Continuità Assistenziale

L'Unità di Continuità Assistenziale, nel limite previsto ai sensi dell'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

2021 n. 234, è un'equipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa. Il DM 77/22 prevede l'implementazione delle UCA garantendo un medico ed un infermiere ogni 100.000 abitanti. Per l'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) è garantita operatività 5 giorni su 7, in orario dalle ore 08:00 alle ore 20.00, con personale dedicato nei limiti del rispetto dei costi.

Infermiere di Famiglia o Comunità

L'Infermiere di Famiglia o Comunità è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. Presso l'Asl Napoli 3 SUD è programmata l'inserimento di tale figura professionale all'interno dell'organico, sempre nel rispetto dei costi. L'introduzione dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFoC) (D.L. n. 34/2020, art. 1 c. 5) ha l'obiettivo di rafforzare il sistema assistenziale sul territorio, finalizzato a promuovere una maggiore omogeneità ed accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria a rilevanza sanitaria, favorendo l'integrazione delle diverse figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di comunità. Il DM 77/22 definisce come standard di fabbisogno un infermiere di famiglia o di comunità ogni 3.000 abitanti. Tale standard è da intendersi come numero complessivo di infermieri di famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola. Tale standard trova il suo limite nei vincoli dei tetti di spesa in materia di personale.

Case di Comunità

La Casa della Comunità (CdC) è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, sociosanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. La riorganizzazione prevista dal DM 77/22, parzialmente finanziata con i fondi della Missione 6 Componente 1 del PNRR, prevede l'attivazione di una Casa di Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti. Presso l'ASL Napoli 3 Sud è programmata l'attivazione di 31 Case di Comunità. La funzione di consultazione ed assistenza primaria viene garantita all'interno delle Case di Comunità in stretta collaborazione con i Medici di Medicina Generale (MMG), i Pediatri di Libera Scelta (PLS) e con tutti gli operatori che garantiscono le attività di individuazione precoce e di primo intervento. Lo standard di personale previsto dal DM 77/2022 per le Case di Comunità hub prevede la presenza di:

- ❖ 7-11 Infermieri di Famiglia o Comunità;
- ❖ 1 assistente sociale;
- ❖ 5-8 unità di Personale di Supporto (Sociosanitario e Amministrativo).

Ospedali di Comunità

Il Decreto Ministero della Salute del 20 gennaio 2022 "Ripartizione programmatica delle risorse alle regioni e alle province autonome per i progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza e del Piano degli investimenti

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

complementari”, prevede l’attivazione di n. 400 Ospedali di Comunità (OdC) sull’intero territorio nazionale. In particolare, un Ospedale di Comunità dotato di n. 20 posti letto ogni 100.000 abitanti e 0,2 posti letto per 1.000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale. L’OdC come previsto dalla normativa vigente e dagli atti concertativi di riferimento (DM n. 70/2015, Patto per la Salute 2014-2016, Piano nazionale della cronicità, Intesa Stato-Regioni del 20/02/2020), svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni assistenziali, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell’autonomia più prossimi al domicilio. Presso l’Asl Napoli 3 Sud è programmata l’attivazione di 8 Ospedali di Comunità. Il DM 77/2022 prevede le seguenti disposizioni in merito all’Ospedale di Comunità:

- ❖ 7-9 infermieri (di cui un Coordinatore Infermieristico);
- ❖ 4-6 Operatori Sociosanitari;
- ❖ 1-2 unità di altro personale con funzioni riabilitative;
- ❖ 1 dirigente medico per 4-5 ore al giorno 6 giorni su 7.

Centrale Operativa Territoriale

Il Decreto Ministero della Salute del 20 gennaio 2022 “Ripartizione programmatica delle risorse alle regioni e alle province autonome per i progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza e del Piano degli investimenti complementari”, prevede l’attivazione di 600 Centrali Operative. In particolare, una Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale. La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza. Presso l’Asl Napoli 3 Sud è programmata l’attivazione di 11 COT. Il DM 77/2022 prevede il seguente standard per le COT:

- ❖ 1 Coordinatore Infermieristico ogni 100.000 abitanti;
- ❖ 3-5 infermieri;
- ❖ 1-2 unità di Personale di Supporto.

7.5 Il rispetto dei vincoli di finanza pubblica

In relazione ai vincoli di finanza pubblica il piano dei fabbisogni di personale per il triennio 2022-2024 è stato formulato modulandolo all'art. 11 del DL 35/2019 nella parte in cui consente di individuare quale tetto di spesa del personale, a decorrere dall'anno 2019, la somma più capiente tra il valore della spesa registrato nell'anno 2004, ridotto dell'1,4% e il valore della spesa registrato nell'anno 2018. Il tetto di spesa è stato individuato quale differenziale tra il costo sostenuto nell'anno 2021 e il costo sostenuto nell'anno 2004 (- 1,4%).

Voci di Costo del Personale dipendente	CE 2022
	Valori in €/000
Personale dipendente a tempo indeterminato	270.480.177,00
Personale a tempo determinato	29.296.532,00
Restante personale	11.174.778,00
Totale costo del personale	310.951.487,00
IRAP	21.101.069,00
Totale costo del personale comprensivo di IRAP	332.052.556,00
Spese per rinnovi dei CCNL intervenuti successivamente al 2004	48.699.132,00
Spese per il personale appartenente alle categorie protette	11.295.874,78
Spese sostenute per il proprio personale comandato c/o altre amministrazioni e per le quali è previsto il rimborso	
COSTI COVID ANNO 2022	43.006.317,00
Totale costo del personale (PARAMETRO X LA DEFINIZIONE DEL DELTA)	229.051.232,22
Tetto di spesa ASL NAPOLI 3 SUD limite 1,4 L. 191/2009	286.038.635,00
Incremento possibile del costo del personale nel triennio 2022-2024	56.987.403,00

Figura 63 – Tetto di spesa personale 2022-2024

La tabella sottostante riporta il riepilogo dei fabbisogni espressi in numero di teste del personale per gli anni 2022, 2023 e 2024, suddivisi per ruolo professionale.

Tabella A PTFP 2022-2024

ASL NAPOLI 3 SUD	PERSONALE IN SERVIZIO 31.12.2021 *	STANDARD AZIENDA DGRC 190/2023	di cui standard penitenziaria	FABBISOGNO AZIENDA 2022/2024	FABBISOGNO NEL RISPETTO DEL TETTO DI SPESA	PTFP 2022	PTFP 2023	PTFP 2024
RUOLO SANITARIO	3.174	5.037	-	1.863	1.064	318	640	106
Dirigenti Medici	966	1.650		684	267	104	110	53
Dirigenti Sanitari	149	237		88	43	14	19	10
Personale del comparto area sanitaria	2.059	3.150		1.091	754	200	511	43
di cui personale infermieristico	1.759	2.550		791	677	200	434	43
di cui infermieri di famiglia				-	-			
RUOLO TECNICO	564	990	-	413	252	35	208	9
Dirigenti	11	40		16	12	3	7	2
Personale del comparto area tecnica	553	950		397	240	32	201	7
di cui OSS	286	650		364	183	25	155	3
di cui Assistenti Sociali	53	150		97	17	-	13	4
RUOLO PROFESSIONALE	23	33	-	10	9	3	6	-
Dirigenti	16	26		10	9	3	6	
Personale del comparto area professionale	7	7		-	-			
RUOLO AMMINISTRATIVO	445	685	-	240	176	67	94	15
Dirigenti	21	65		44	20	10	5	5
Personale del comparto area amministrativo	424	620		196	156	57	89	10
TOTALE	4.206	6.745	-	2.526	1.501	423	948	130

*personale in servizio al netto del personale presente nelle strutture DM77/22 (Tabella DM77)

Figura 64 – Il fabbisogno del personale 2022-2024

Si rappresenta graficamente l'andamento del Piano del Fabbisogno di Personale, distinto per profilo professionale, per ciascun anno oggetto di programmazione (2022-2024).

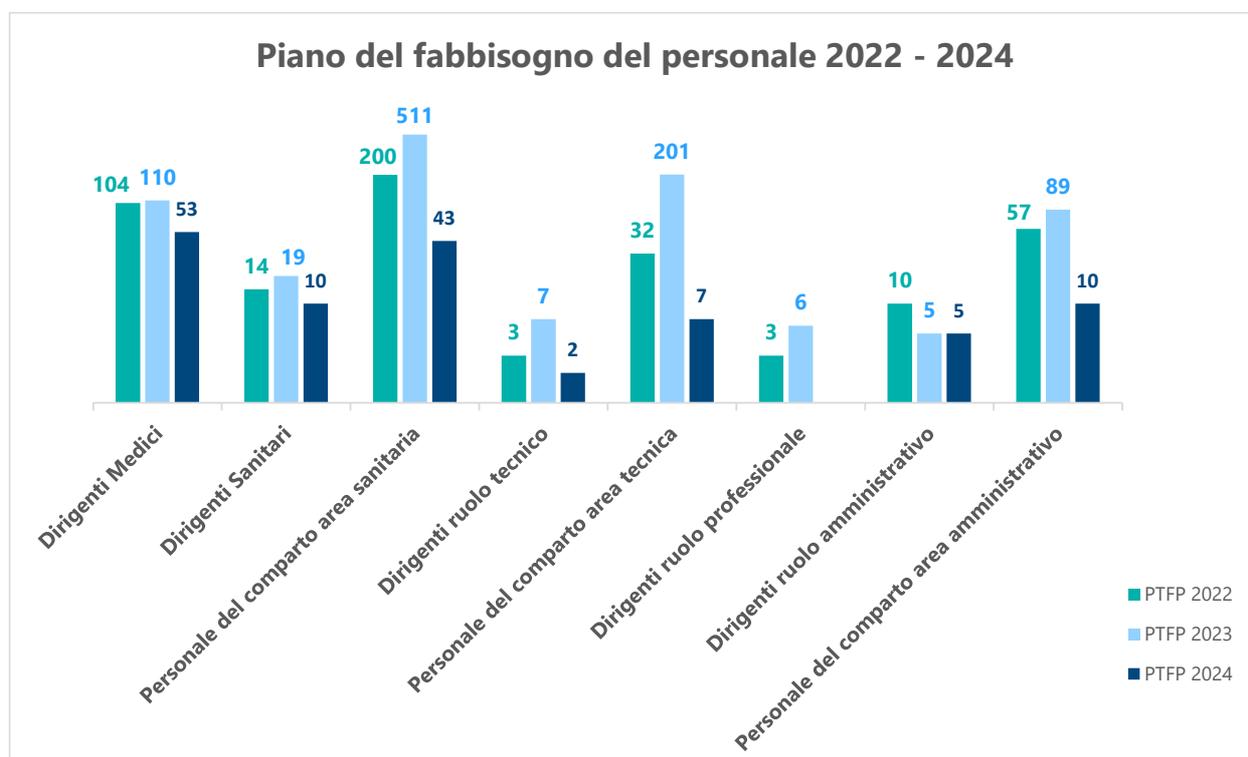


Figura 65 – Piano del fabbisogno di personale 2022-2024

7.6 La formazione del personale

L'ASL Napoli 3 Sud ha adottato con Deliberazione Aziendale n. 863 del 17/09/2021 un Piano di formazione Triennale (2021-2023), in via di completamento per le iniziative formative programmate ed inserite nel Piano ma non ancora realizzate. Ad oggi il piano di ECM ed il nuovo Piano formativo per il triennio 2024-2026 sono in fase di elaborazione.

Il Piano definisce le politiche di reclutamento del personale dell'Azienda sanitaria di livello dirigenziale e non, nel rispetto dei principi dell'efficiente organizzazione degli uffici dell'ottimizzazione delle risorse finanziarie a disposizione.

Con il Piano si intende:

- ❖ potenziare per il personale dipendente conoscenze e competenze:
 - "tecnico professionali", ovvero specifiche della professione e della disciplina di appartenenza, anche con specifici corsi di Formazione Continua in Medicina previsti dal Programma di ECM, che consentono il raggiungimento dei crediti formativi;
 - di "sistema", ovvero destinati a tutti gli operatori mediante corsi per il miglioramento di qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei sistemi sanitari;
 - di "processo", per programmare eventi e corsi destinati ad operatori ed équipe che operano in un determinato settore, /ambito;
 - "trasversali", ovvero destinati a tutti gli operatori mediante l'utilizzo sia di corsi di formazione a distanza anche denominati FAD (come, ad esempio, i corsi di formazione base sulla "Privacy", "sulla sicurezza dei lavoratori" ai sensi del D. Lgs 81/08), che organizzando corsi di formazione in presenza come quelli di "Primo soccorso", destinati a tutti gli operatori sanitari e non.
- ❖ risorse interne ed esterne:
 - in tal proposito, dal 2020 è presente presso l'ASL Napoli 3 Sud un Centro di Formazione e simulazione avanzata, dotato di manichini di ultima generazione, altamente tecnologici, utilizzati per l'erogazione di corsi di formazione di livello avanzato, con docenti ed istruttori certificati IRC appartenenti al personale dipendente. I corsi erogati in questo centro di simulazione afferiscono principalmente all'area dell'emergenza-urgenza, alla rianimazione cardiopolmonare, nonché dell'area ostetrica, neonatale e pediatrica. Tali corsi vengono organizzati avvalendosi anche di docenti appartenenti ad altre Aziende sanitarie pubbliche, con cui esiste un rapporto di collaborazione e di interscambio.
- ❖ percorsi di sviluppo (istruzione e specializzazione):
 - Al fine di favorire ed incentivare l'accesso ai percorsi di istruzione e qualificazione del personale laureato e non, l'ASL Napoli 3 Sud ha stipulato una convenzione con una Università prestigiosa per

garantire al personale dipendente di fruire di percorsi formativi facilitate, sia individuali che ad iniziativa aziendale, sulla scorta di quanto già realizzato nel 2022/2023;

- o La UOSD Formazione è sempre attenta a cogliere l'offerta di proposte formative da parte di Enti, Università ed Istituti che consentano di elevare ed arricchire le competenze del personale dipendente laureato e non mettendo a disposizione, e nei limiti del possibile e nel rispetto del Budget assegnato, Borse di studio, con parziali contributi aziendali o con costi vantaggiosi per il dipendente.

7.7 Il piano delle azioni positive

Il Piano delle Azioni Positive (PAP) dell'ASL Napoli 3 Sud rappresenta lo strumento operativo per l'applicazione concreta di principi di parità e non discriminazione, diretta (situazione nella quale una persona è trattata, in base al sesso, meno favorevolmente di quanto sia, sia stata o sarebbe trattata un'altra in una situazione analoga) ed indiretta (situazione nella quale una disposizione, un criterio o una prassi apparentemente neutri possono mettere in una situazione di svantaggio le persone di un determinato sesso rispetto a persone dell'altro), per età, orientamento sessuale, razza, origine etnica, disabilità e lingua, estendendola all'accesso, al trattamento ed alle condizioni di lavoro, alla formazione, alle progressioni di carriera ed alla sicurezza.

Si presentano le n. 6 aree di intervento previste nel Piano delle Azioni Positive 2024/2026, maggiormente dettagliate nell'allegato n. 9.

Il Piano delle Azioni Positive 2024/2026, svilupperà 6 aree di intervento:

STUDI E RICERCHE

Azione 1.1 - Analisi e Indicatori di genere. Report statistici (ad es. suddivisione del personale per genere di età secondo il livello tempo indeterminato e determinato 2023; suddivisione del personale per genere di età secondo e tipo di Presenza 2023 (tempo pieno, part time maggiore del 50%, time minore o uguale del 50%; posizioni di responsabilità remunerate non dirigenziali ripartite per genere 2024; anzianità nei profili non dirigenziali ripartite per genere 2023). Aggiornamento, verifica ed implementazioni delle indagini già effettuate sul benessere lavorativo ed organizzativo.

POTENZIAMENTO DEL COMITATO UNICO DI GARANZIA

Azione 2.1 - Ampliamento dell'area banner del Comitato Unico di Garanzia sul portale ASL Napoli 3 Sud.

Azione 2.2 - Formazione/informazione del CUG (costante informazione al CUG sui dati del personale dipendente, sulle misure inerenti alla conciliazione vita/lavoro; sulle misure per la tutela delle parità e sulle iniziative delle pari opportunità).

Azione 2.3 - Corso di Formazione (ECM/ FCO) di 35 ore circa su tematiche e progetti proposti dal CUG in accordo con la Dirigenza (ad es. riorganizzazione dell'ente; piani di formazione del personale; criteri di valutazione del personale; forme di flessibilità lavorativa come il lavoro agile ecc.).

PROMOZIONE E SOSTEGNO ALLA CULTURA DELLE PARI OPPORTUNITÀ E CULTURA DI GENERE

Azione 3.1 - Favorire iniziative di informazione e sensibilizzazione sui compiti e gli obiettivi del CUG.

Azione 3.2 - Promozione della tutela e della dignità delle donne e degli uomini sul lavoro (Seminari pari opportunità).

CONCILIAZIONE TEMPI DI VITA

Azione 4.1 - Ricognizione delle forme flessibili di lavoro e dei permessi per la cura dei figli, dei disabili e delle persone anziane al fine di favorire politiche di conciliazione tra famiglia e lavoro (applicazione diritti flessibilità lavorativa, lavoro agile, indagine per asilo nido).

BENESSERE ORGANIZZATIVO E SALUTE AMBIENTE DI LAVORO

Azione 5.1 - Creazione sportello d'ascolto con professionista psicologo al fine di accogliere problematiche e supportare nella risoluzione di un momento di disagio (apertura bisettimanale antimeridiano e pomeriggio).

Azione 5.2 - Promozione sani stili di vita – attenzione organizzativa e individuale verso sani stili di vita, promuovendo iniziative per agevolare informazione e consapevolezza nell'ottica della prevenzione e del benessere della tutela e della dignità delle donne e degli uomini sul lavoro.

Azione 5.3 Corso di formazione finalizzato al supporto psicologico del personale sanitario impegnato nel trattamento ai pazienti fragili dei Presidi Ospedalieri e territoriali della ASL Napoli 3 Sud. Tale necessità nasce dall'esigenza di garantire tempi e modi per una reale possibilità di sostegno, resasi necessaria dalla fase pandemica del recente passato e dalle oggettive condizioni di stress lavorativo del personale impegnato nei reparti coinvolti in tale periodo.

CONTRASTO A FORME DI DISCRIMINAZIONE E DI VIOLENZA

Azione 6.1 - Predisposizione di un Codice di condotta per la tutela della dignità della persona e la prevenzione di ogni forma di discriminazione, molestia morale, sessuale, mobbing ecc.

Il Piano ha durata triennale e sarà pubblicato sul portale aziendale. Nel periodo di vigenza sarà effettuato il monitoraggio delle azioni adottate con un report annuale. Saranno raccolti pareri, osservazioni, suggerimenti e possibili soluzioni ai problemi incontrati da parte del personale dipendente in modo da poter procedere, annualmente, se necessario, e, comunque, al termine del triennio, ad unadeguato aggiornamento.



ASL Napoli 3 Sud

Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

SEZIONE 4

8 Il monitoraggio delle linee programmatiche

8.1 Le attività di monitoraggio dell'ASL Napoli 3 Sud

L'ASL Napoli 3 Sud ha identificato strumenti e modalità di monitoraggio specifiche, misurabili e rilevanti in riferimento ad ogni ambito di programmazione previsto nel PIAO, definendo per ciascuno di essi il soggetto responsabile, incluse le rilevazioni di soddisfazione degli utenti.



Figura 66 – La metodologia SMART utilizzata per il monitoraggio del PIAO

Si precisa che, in coerenza alle indicazioni normative vigenti, il monitoraggio del Valore Pubblico ed il monitoraggio delle Performance è previsto secondo le modalità stabilite dagli art. 6 e 10, comma 1, lett. b) del D. Lgs n. 150/2009 ed il monitoraggio dei Rischi corruttivi e della trasparenza è previsto secondo le modalità stabilite dall'ANAC.

Inoltre, il monitoraggio rivolto all'Organizzazione aziendale, al Lavoro Agile ed al Piano triennale del fabbisogno di personale è previsto secondo le modalità stabilite, su base triennale, dall'Organismo Indipendente di Valutazione.

Di seguito si propone uno schema sintetico che indica per ognuna delle sezioni e sottosezioni del PIAO interessati i principali approcci e strumenti di monitoraggio.

<i>Sez/sottosezione</i>	<i>Modalità Monitoraggio</i>	<i>Frequenza del monitoraggio</i>
Sez.2 - Valore pubblico	Monitoraggio del livello di raggiungimento degli obiettivi di Valore Pubblico: Indicatori BES, LEA, NSG, Obiettivi Strategici di cui alla DGRC n. 321 del 21.06.2022 e Decreto Presidente Giunta Regione Campania n. 111 del 04.08.2022: - attraverso la verifica del raggiungimento dei risultati rispetto ai risultati attesi relativi agli indicatori di impatto utilizzati per gli obiettivi.	Trimestrale/ Annuale
Sez.2 - Performance	Monitoraggio del livello di raggiungimento degli obiettivi Strategici ed Operativi funzionali alla definizione delle performance organizzativa delle strutture e della performance individuale: - attraverso la verifica del raggiungimento dei risultati rispetto ai risultati attesi relativi agli indicatori di impatto utilizzati per gli obiettivi.	Trimestrale
	Redazione, approvazione e pubblicazione della Relazione annuale sulla performance: - attraverso la formalizzazione dei risultati raggiunti nell'ultimo monitoraggio (consuntivazione finale) per gli obiettivi strategici ed operativi funzionali alla definizione della performance organizzativa delle strutture.	Annuale (entro il 30 giugno)
Sez.2 - Rischi corruttivi e trasparenza	Monitoraggio periodico secondo le indicazioni contenute nel PNA ed in particolare: - monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza; - monitoraggio in relazione alla revisione complessiva della programmazione; - monitoraggio integrato delle diverse sezioni del PIAO, con specifico riferimento al ruolo proattivo che può ricoprire il RPCT; - monitoraggio sugli obblighi di pubblicazione. Attraverso la verifica dell'attuazione delle misure organizzative di prevenzione della corruzione ed individuati indicatori e obiettivi (valori attesi), necessari per verificare la corretta attuazione delle stesse.	Periodico (secondo specifiche ASLNA3 Sud)
	Redazione, approvazione e pubblicazione della Relazione annuale del RPCT , sulla base del modello adottato dall'ANAC con comunicato del Presidente. Attestazione da parte degli organismi di valutazione sull'assolvimento degli obblighi di trasparenza	15 dicembre o altra data stabilita con comunicato del Presidente dell'ANAC Annuale
Sez.3 - Struttura organizzativa	Monitoraggio da parte degli Organismi di valutazione comunque denominati, della coerenza dei contenuti della sezione con gli obiettivi di performance	A partire dal 2024
Sez.3 -Organizzazione del lavoro agile	Monitoraggio da parte degli Organismi di valutazione comunque denominati, della coerenza dei contenuti della sezione con gli obiettivi di performance	A partire dal 2024
Sez.3 - Piano Triennale del Fabbisogno di Personale	Monitoraggio da parte degli Organismi di valutazione comunque denominati, della coerenza dei contenuti della sezione con gli obiettivi di performance	A partire dal 2024

8.2 Il monitoraggio del Valore pubblico

L'ASL Napoli 3 Sud intende favorire la creazione del Valore Pubblico per l'ASL Napoli 3 Sud, orientato ad uno sviluppo equo e sostenibile, attraverso ogni misura possibile.

In questa direzione, l'ASL Napoli 3 Sud ha specificato esattamente gli Indicatori BES cui fare riferimento, per concorrere allo sviluppo equo e sostenibile del paese.

Nello specifico, gli indicatori BES previsti sono:

- ❖ la speranza di vita alla nascita;
- ❖ l'incidenza oncologica;
- ❖ il tasso di mortalità oncologica;
- ❖ l'eccesso di peso nell'età evolutiva (8-9 aa).

Il monitoraggio degli indicatori BES guarda alla verifica degli scostamenti che avverranno, nel periodo oggetto di programmazione del PIAO, nei valori di baseline, al fine di raggiungere i valori target previsti.

I soggetti responsabili del monitoraggio del Valore Pubblico, nell'ASL Napoli 3 Sud, sono il Dipartimento di Prevenzione e l'UOC Controllo di Gestione.

La speranza di vita

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

	Baseline	Target	Dati in rapporto per il monitoraggio		Valore raggiunto	Verifica andamento	Nuovo Target
Formula di calcolo	79,35 <i>Ottenuto con i dati dell'anno 2020</i>	80,5 <i>Assegnato rispetto ai dati rilevati all'anno 2020</i>	Somma degli anni di vita della popolazione deceduta nell'anno 2021	Numero totale della popolazione e deceduta nell'anno 2021	79,11		80,5
			597.676	7.555			

L'incidenza oncologica

L'incidenza oncologica – Indicatore BES ASL Napoli 3 Sud

	Baseline	Target	Dati in rapporto per il monitoraggio		Valore raggiunto	Verifica andamento	Nuovo Target
Formula di calcolo	5,37 (*1.000 ab) <i>Ottenuto con i dati degli anni 2016-2020</i>	5,20 (* 1.000 ab) <i>Assegnato rispetto ai dati rilevati agli anni 2016-2020</i>	Numero medio annuo di casi di neoplasia diagnosticati negli anni 2017-2021.	Numero medio annuo della popolazione e negli anni 2017-2021.	5,52		5,20
			5.788	1.048.557			

Il Tasso di mortalità oncologica

Il Tasso di mortalità oncologica – Indicatore BES ASL Napoli 3 Sud

	Baseline	Target	Dati in rapporto per il monitoraggio		Valore raggiunto	Verifica andamento	Nuovo Target
Formula di calcolo	2,24 (*1.000 ab) <i>Ottenuto con i dati degli anni 2016-2020</i>	2,13 (* 1.000 ab) <i>Assegnato rispetto ai dati rilevati agli anni 2015-2019</i>	Numero medio annuo di decessi per neoplasia negli anni 2017-2021	Numero medio annuo della popolazione negli anni 2017-2021.	2,18		2,13
			2.384	1.063.176			

L'eccesso di peso nell'età evolutiva

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

Formula di calcolo	Baseline	Target	Dati in rapporto per il monitoraggio		Valore raggiunto	Verifica andamento	Nuovo Target
	25,2 <i>Ottenuto con i dati degli anni 2017-2019</i>	24,2 <i>Assegnato rispetto ai dati rilevati agli anni 2015-2019</i>	Numero medio annuo di bambini obesi negli anni 17-19	Numero medio annuo dei bambini del campione negli anni 15-19	/	/	24,2

8.3 Il monitoraggio delle Performance

Il sistema di valutazione dell'Asl Napoli 3 Sud si basa sulla performance organizzativa dalla fase di definizione degli obiettivi, alla misurazione in corso d'anno e alla verifica finale dei risultati. Per quanto riguarda la fase di definizione degli obiettivi, il riferimento è ai requisiti metodologici previsti all'art. 5 del D.Lgs. 150/2009 e s.m.i., recepiti dell'Asl Napoli 3 Sud nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (S.M.V.P.). La Valutazione della Performance opera a tutti i livelli organizzativi, in funzione del grado di responsabilità previsto nell'Organigramma Aziendale e negli altri atti organizzativi:

- ❖ Strutture Complesse, Strutture Semplici Dipartimentali e non Dipartimentali.

Oggetto della valutazione è il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati. La Direzione dell'Azienda, coerentemente alle indicazioni e agli atti della programmazione regionale ed alle proprie valutazioni di contesto, definisce annualmente la strategia aziendale. Successivamente, l' U.O.C. VRU e Performance e l'U.O.C. Controllo di Gestione, predispongono le opportune schede obiettivo. Le schede così definite vengono illustrate, discusse, condivise ed infine firmate per accettazione dai Direttori/Responsabili dei centri di responsabilità. Si identifica la retribuzione di risultato legata ad ogni obiettivo attraverso la "pesatura" dei medesimi.

La Strutture Aziendali, a cui sono stati affidati gli obiettivi performance, monitorerà con cadenza trimestrale, funzionale alla verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi come sopra negoziati, per quanto di competenza. Il monitoraggio dovrà essere trasmesso all' U.O.C. VRU e Performance e all'U.O.C. Controllo di Gestione. L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), su indicazioni delle UU.OO.CC. centrali di cui sopra, procede invece ad una verifica infra-annuale utile a valutare eventuali criticità nel percorso di raggiungimento degli obiettivi. In base alle verifiche sopra indicate e ad eventuali osservazioni formalizzate dalle Strutture operative, la Direzione Aziendale può anche autorizzare eventuali modifiche agli obiettivi, qualora sia accertato che siano intervenute rilevanti novità che incidono sulla possibilità di raggiungimento dell'obiettivo o sia

constatato che l'obiettivo fosse originariamente non appropriato nella formulazione o nel valore atteso; in caso di successive disposizioni regionali, è facoltà della Direzione ridefinire o integrare gli obiettivi assegnati. Al grado di raggiungimento finale degli obiettivi viene legata in maniera definitiva la corresponsione della retribuzione di risultato/produttività. La metodologia adottata consente all'O.I.V. di valutare la Performance organizzativa per tutte le Strutture aziendali.

Performance individuale

Il grado di raggiungimento degli obiettivi della Struttura determina anche il grado di raggiungimento degli obiettivi a livello individuale. L'eventuale non raggiungimento o un raggiungimento in quota minore rispetto al risultato dell'equipe, deve essere dichiarato dal Responsabile di Servizio attraverso una relazione chiara e circostanziata, dalla quale emergano le motivazioni.

La valutazione individuale viene anche formalizzata dai responsabili dei servizi attraverso la compilazione, a fine d'anno, di un'apposita scheda che entra a far parte del fascicolo individuale come da normativa vigente. L'O.I.V., dopo aver acquisito le osservazioni del dipendente (eventualmente assistito da un rappresentante sindacale o legale di fiducia) provvede ad assumere la decisione definitiva.

Processo di attuazione del ciclo della performance

L'Asl Napoli 3 Sud utilizza il sistema di verifica degli obiettivi, attraverso la strutturazione definita nel "piano della performance" come descritto nei paragrafi precedenti, che indirizza e orienta i comportamenti delle articolazioni organizzative e degli individui e costituisce il ciclo di valutazione della performance aziendale.

Al termine del ciclo, l'O.I.V. valuta la congruità delle azioni svolte per il raggiungimento degli obiettivi strategici, che hanno previsto il coinvolgimento di tutti i livelli aziendali.

L'Asl Napoli 3 Sud ha dotato l'O.I.V., quale supporto alla propria attività, di una Struttura Tecnica Permanente (IPAS), incardinata nell'U.O.C. VRU e Performance, per la misurazione della performance, composta da figure professionali appartenenti all'U.O.C. VRU e Performance. La Struttura svolge un ruolo di interfaccia tecnica tra l'O.I.V. e i dirigenti nell'ambito del processo di misurazione e valutazione, interagendo con le diverse Strutture e, in particolare, con quelle coinvolte nella pianificazione strategica e operativa, nella programmazione economico-finanziaria e nei controlli interni.

- ❖ assicura il necessario supporto allo svolgimento dell'intero Ciclo di gestione della performance, alla stesura del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, del Piano e della Relazione della Performance;
- ❖ coadiuva i soggetti coinvolti nel processo di misurazione e valutazione della performance;
- ❖ cura i rapporti fra Azienda e Componenti dell'O.I.V.;
- ❖ svolge la funzione di segreteria verbalizza le sedute, costituisce e conserva l'archivio.

8.4 Il monitoraggio dei Rischi corruttivi e della trasparenza

In merito all'attività di monitoraggio occorre evidenziare che soprattutto in amministrazioni di grandi dimensioni o con un elevato livello di complessità (es. dislocazione sul territorio di diverse sedi) come nel caso di questa Azienda, il monitoraggio in capo al solo RPCT potrebbe non essere facilmente attuabile, anche in funzione della generalizzata numerosità degli elementi da monitorare. Per tale ragione, sono stati previsti sistemi di monitoraggio su più livelli, in cui il primo è in capo alla struttura organizzativa che è chiamata ad adottare le misure e il secondo livello in capo al RPCT.

Il monitoraggio di primo livello, dunque, può essere attuato in autovalutazione da parte dei responsabili degli uffici e dei servizi della struttura organizzativa che ha la responsabilità di attuare le misure oggetto del monitoraggio. Anche se in autovalutazione, il responsabile del monitoraggio di primo livello sarà chiamato a fornire al RPCT evidenze concrete dell'effettiva adozione delle misure di prevenzione. In ogni caso lo stato dell'arte in ordine all'attuazione della misura di prevenzione deve risultare da evidenze documentali e comportamentali. Con riferimento alle modalità di verifica, il RPCT tramite i Referenti aziendali per l'Anticorruzione e per la Trasparenza, controllerà la veridicità delle informazioni rese in autovalutazione attraverso la richiesta di documenti, informazioni e/o qualsiasi "prova" dell'effettiva azione svolta.

Nell'ambito dell'attività svolta in merito dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione, un contributo importante per l'identificazione e la valutazione dei rischi corruttivi, viene dalle relazioni elaborate dai singoli Direttori di strutture. In particolare, dalla Relazione pervenuta dall'UOC ABS (nota prot. n. 231427 del 30/11/2023) emerge che nell'anno 2023 non sono emerse ipotesi corruttive. Inoltre, la predetta UOC ha definito una propria modalità operativa interna di tipo competitivo e trasparente anche per l'aggiudicazione degli affidamenti diretti. Infatti, nonostante l'articolo 50 del D. Lgs. 36/2023 non preveda più obblighi di consultazione del mercato seppur nel rispetto dei principi di rotazione, il Direttore dell'UOC ABS (fatti salvi i motivi di estrema urgenza o gli affidamenti di beni e/o Servizi infungibili) ha optato per una modalità operativa che prevede comunque la pubblicazione di avvisi di indagine di mercato (ai sensi delle Linee Guida Anac n. 4) sul portale del soggetto aggregatore regionale e sul portale ASL (Albo Avvisi) avente ad oggetto l'acquisizione dei preventivi di offerta ai fini dell'affidamento diretto della fornitura. Le stesse modalità operative prevedono che la conformità delle offerte tecniche venga valutata da un soggetto terzo (nominato con determinazione dirigenziale del Direttore ABS su indicazione del nominativo da parte della Direzione Strategica Aziendale). Inoltre, ai fini della Trasparenza, la medesima modalità operativa adottata dall'UOC ABS prevede che l'apertura delle offerte avviene in seduta pubblica (virtuale). Nella relazione si evidenzia altresì che tutti gli aggiudicatari sono oggetto del controllo del possesso dei requisiti generali.

Dalla relazione dell'UOC Controllo di Gestione (nota prot. n.215270 dell'8/11/2023) si evince che il Direttore ha posto in essere le misure mitiganti il rischio di corruzione affermando di aver monitorato costantemente il Personale afferente alla propria UOC in particolar modo sotto il profilo dell'osservanza del codice di comportamento. L'UOC Controllo di Gestione rappresenta che tutto il personale in servizio presso la propria struttura ha partecipato al Corso di Formazione "Sistema di Gestione per la sicurezza delle informazioni". Inoltre, nella medesima relazione, viene rappresentato che sono in attivazione procedure aziendali che consentiranno di

incrementare verifiche/controlli da parte dei Distretti Sanitari su MMG/PLS; controllo sul mantenimento dei requisiti da parte di tutte le strutture eroganti le prestazioni sanitarie; benchmarking aziendale sui controlli di appropriatezza.

Infine, dalla relazione del Dipartimento di Salute Mentale (nota prot.n. 9643 del 11/01/2024) si evidenzia che nel processo "Controllo presenze del personale" sono state attuate le seguenti misure di contenimento del rischio riguardante la falsa attestazione della presenza in servizio:

- ❖ inserimento, verifica e autorizzazione dei dati attraverso la specifica piattaforma aziendale (GOP);
- ❖ verifica a campione durante l'anno delle presenze in servizio attraverso la constatazione personale della presenza, la consultazione del sistema GOP e controllo dei registri istituiti presso la UOCSM;
- ❖ controlli sulle autorizzazioni al servizio esterno.

Per quanto concerne il monitoraggio dei processi di autorizzazione e delle relative proroghe dei Piani terapeutici riabilitativi personalizzati finalizzati all'inserimento di utenti in Comunità terapeutiche, case alloggio, strutture derivanti dalla riconversione in case di cura e per i PTRP sostenuti dal Budget di salute (BDS) sono state intraprese le seguenti azioni di contenimento del rischio:

- ❖ specifiche procedure dipartimentali omogenee;
- ❖ acquisizione dei documenti autorizzativi e di accreditamento dei soggetti erogatori di PTRP residenziali e semi-residenziali;
- ❖ asseveramento mensile conseguente a verifica quali-quantitativa delle prestazioni rese dai soggetti erogatori.

Il complesso delle misure adottate è rivolto al contenimento del rischio di favorire l'inserimento di particolari soggetti a scapito di altri. Per l'attività libero-professionale è previsto che tutti i Dirigenti svolgono attività ambulatoriale intra moenia come da disposizioni aziendali. Per quanto riguarda, invece, le Liste di Attesa per le prime visite e per i controlli, i sanitari effettuano le prime visite secondo un planning operativo, eventuale specificità della domanda, carichi di lavoro e rispetto del principio di scelta del cittadino. Per la gestione delle visite e dei controlli, il Responsabile dichiara che sarebbe auspicabile dotare il Dipartimento di un software per la gestione e la pianificazione elettronica dell'agenda di ciascun sanitario.

Alla corretta attuazione degli obiettivi di trasparenza individuati dalla Legge e autonomamente dall'Asl Napoli 3 Sud, concorrono, oltre al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT) e l'OIV, i Direttori di U.O.C., di Distretto, di Dipartimento e di Presidio Ospedaliero.

Il monitoraggio sul rispetto degli obblighi di pubblicazione nella Sezione "Amministrazione trasparente" del portale regionale è svolto dal RPCT mediante interazione ed attestazione da parte delle strutture organizzative aziendali (UOC, Distretti, Dipartimenti e Presidi ospedalieri per il tramite delle UUOCC Servizi Amministrativi ospedalieri Area Nord e Area Sud) responsabili *ratione materiae* dell'elaborazione e della pubblicazione dei dati, di cui ci si avvale secondo il principio della

responsabilizzazione di ogni singolo ufficio e dei relativi dirigenti (ANAC). Il monitoraggio, dunque, sarà svolto su più livelli:

- ❖ il 1° livello di monitoraggio è svolto dalle UUOCC, Distretti, Dipartimenti e Presidi Ospedalieri per il tramite delle UUOCC Servizi Amministrativi ospedalieri Area Nord e Area Sud in qualità di Referenti per la trasparenza. Il monitoraggio è almeno annuale (possono essere posti in essere più monitoraggi infra-annuali, su iniziativa del Referente della trasparenza della SPL o su richiesta del RPCT) e riguarda tutti gli obblighi di trasparenza di competenza delle predette strutture mediante controlli diretti sulla presenza dei dati (e relativi profili di qualità della trasparenza);
- ❖ il 2° livello di monitoraggio, posto in essere dal RPCT, consiste nell'approfondimento tra il RPCT e i Referenti per la trasparenza interessati sulle criticità emerse dai report conclusivi del 1° livello di monitoraggio. A questo si può aggiungere un'analisi di dettaglio su specifici obblighi di trasparenza, individuati su base campionaria o in considerazione di altri fattori di volta in volta esplicitati (ad esempio, gli obblighi afferenti a settori particolarmente rilevanti sotto il profilo dell'uso delle risorse pubbliche). Un monitoraggio avviene anche in occasione dell'attestazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione da parte della ASL, operata dall'OIV per espressa previsione dell'art. 14, comma 4, lett. g), del d.lgs. n. 150/2009, dell'art. 44 del d.lgs. n. 33/2013 e, da ultimo, dell'art. 1, comma 8-bis, della l. n. 190/2012, a seguito di specifica delibera dell'ANAC.

A tal fine il RPCT evidenzia e informa delle eventuali carenze, mancanze o non coerenze riscontrate, i soggetti responsabili, i quali dovranno provvedere a sanare le inadempienze entro e non oltre 30 giorni dalla segnalazione. Decorso infruttuosamente tale termine, il RPCT è tenuto a dare comunicazione all'OIV della mancata attuazione degli obblighi di pubblicazione.

Spetta, infatti, all'OIV il compito di attestare l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione relativi alla trasparenza e all'integrità. Il documento di attestazione deve essere prodotto avvalendosi della collaborazione del Responsabile della Trasparenza che deve fornire tutte le informazioni necessarie a verificare l'effettività e la qualità dei dati pubblicati. L'attività di controllo interna assume un rilievo cruciale quale strumento per rafforzare ulteriormente il sistema di prevenzione del rischio di corruzione.

8.5 Il monitoraggio del Lavoro agile

Per facilitare, anche da remoto, il monitoraggio delle attività svolte in modalità agile e la verifica degli avanzamenti degli obiettivi prefissati, si è prevista l'introduzione di un sistema strutturato che possa supportare il singolo dirigente in una più efficace organizzazione e gestione del lavoro. In tale processo i principali attori sono i Dirigenti che, in qualità di promotori dell'innovazione dei sistemi organizzativi, pongono particolare attenzione all'individuazione delle attività che possono essere svolte da remoto. Il raggiungimento degli obiettivi prefissati avviene allo scopo di migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa. La Rappresentanza Sindacale Unitaria (RSU), insieme a tutte le organizzazioni sindacali, contribuisce alla definizione dei principi alla base delle politiche di regolamentazione e contrattazione collettiva previste per il Lavoro Agile. Si proseguirà pertanto, nel

triennio di riferimento, ad attivare le procedure di confronto con le OO.SS. finalizzate alla regolamentazione del lavoro agile, secondo quanto previsto dalle indicazioni nazionali e dai nuovi accordi contrattuali.

Il lavoro di analisi sullo stato di implementazione del lavoro agile costituisce il punto di partenza per le organizzazioni che, come l'ASL Napoli 3 Sud, vogliono rivedere i propri modelli organizzativi in un'ottica innovata ed ispirata alla digitalizzazione. In tale scenario, l'ASL Napoli 3 Sud si propone di monitorare l'adozione ed il rispetto del POLA (PIAO).

Tale monitoraggio si espletterà attraverso:

- ❖ l'attenta valutazione dello stato di implementazione del POLA (PIAO), ovvero analizzando le diverse fasi e gli esiti dei progetti finalizzati all'introduzione del lavoro agile in tutta l'organizzazione aziendale;
- ❖ la misurazione del potenziale contributo del lavoro agile al raggiungimento degli obiettivi organizzativi e/o individuali.

È da considerare che già in precedenza era stato fornito il target generale per l'adozione del lavoro agile, con la Legge n. 124/2015 (c.d. Riforma Madia), prevedendo appunto che nell'arco del triennio successivo tutte le PA avrebbero dovuto rendere possibile il lavoro agile ad almeno il 10% del personale, conseguentemente alle richieste ottenute, con relativo monitoraggio. Nel corso del tempo, la sperimentazione inerente al lavoro agile e la percentuale del 10%, previste entrambe dall'art. 14 della Legge sopra citata, sono state integralmente modificate. A partire dal 19 luglio 2020, con l'introduzione del POLA (PIAO) e quindi una programmazione specifica del lavoro agile, l'indicazione normativa ha portato al 60% il numero di dipendenti a cui lo stesso può essere riconosciuto, purché impegnati in attività che possono essere svolte in tale modalità.

Come enunciato in premessa, l'ASL Napoli 3 Sud intende procedere alla misurazione concreta dell'effettiva adozione del POLA (PIAO), per il periodo temporale a cui la pianificazione strategica si rivolge, mediante l'utilizzo di un indicatore chiaro e specifico, in grado di identificare l'effettiva implementazione del lavoro agile.

Occorre considerare che, nell'eventualità fosse autorizzato tutto il personale richiedente allo svolgimento della propria attività in modalità agile ed emergesse che le giornate effettive, fossero percentualmente irrilevanti, l'ASL Napoli 3 Sud intende approfondire le cause di tale irrilevanza (per approfondire, ad esempio, se non è stata adeguatamente sostenuta la politica di organizzazione del lavoro agile con interventi mirati alla gestione dei tempi, alla dotazione di infrastrutture informatiche ed alle competenze digitali).

L'ASL Napoli 3 Sud svolgerà il monitoraggio del POLA (PIAO) attraverso i seguenti indicatori:

- ❖ Indicatore quantitativo: riferito alla valutazione della misura di adozione del POLA. La formula di calcolo proposta è: (N. Ore o Giorni in lavoro agile/ N. Ore o Giorni lavorativi);

- ❖ Indicatore di efficienza produttiva: riferito al monitoraggio della variazione registrata nelle "Assenze" nell'ottica della riduzione. La formula di calcolo proposta è: $((\text{Giorni di assenza/giorni lavorabili mese A anno X}) - (\text{Giorni di assenza/giorni lavorabili mese A anno X-1})) / (\text{Giorni di assenza/giorni lavorabili mese A anno X-1})$;
- ❖ Indicatore economico: riferito al monitoraggio dei "Costi" rilevati per la produzione dell'output correlato al servizio svolto in modalità agile nell'ottica della riduzione. La formula di calcolo proposta è: $((\text{Straordinario mese A anno X}) - (\text{Straordinario mese A anno X-1})) / (\text{Straordinario mese A anno X-1})$.

I soggetti responsabili del monitoraggio del POLA (PIAO), nell'ASL Napoli 3 Sud, sono l'UOC Gestione Risorse Umane e l'UOC Controllo di Gestione.

Di seguito si riportano i suddetti indicatori valorizzati per l'anno 2023:

Indicatore quantitativo

Valutazione della misura di adozione del POLA – ASL Napoli 3 Sud

	Baseline	Target	Dati in rapporto per il monitoraggio		Valore raggiunto	Verifica andamento	Nuovo Target
Formula di calcolo	/	N.D.	N. Giorni in lavoro agile 2023	N. Giorni lavorativi 2023	0,04%*		5%
			600	1.323.372			

*In seguito all'attacco hacker di gennaio 2021, per ragioni di sicurezza ed in attesa del completo ripristino della infrastruttura informatica aziendale, non è stato possibile accedere dall'esterno alla rete dell'Asl per lo svolgimento delle attività lavorative in modalità smart working. Lo smart working è stato concesso solo nei pochi casi in cui l'attività lavorativa era limitata all'uso della posta elettronica aziendale e della documentazione cartacea di ufficio.

Indicatore di efficienza produttiva

Indicatore di efficienza produttiva – ASL Napoli 3 Sud

	Baseline	Target	Dati in rapporto per il monitoraggio		Valore raggiunto	Verifica andamento	Nuovo Target
Formula di calcolo	/	N.D.	((Giorni di assenza/giorni lavorabili anno 2023) – (Giorni di assenza/giorni lavorabili anno 2022))	(Giorni di assenza/giorni lavorabili anno 2022)	2,49		5
			32,30	1.297,35			

Indicatore economico

Monitoraggio dei costi – ASL Napoli 3 Sud

	Baseline	Target	Dati in rapporto per il monitoraggio		Valore raggiunto	Verifica andamento	Nuovo Target
Formula di calcolo	/	N.D.	((Straordinario anno 2023) - (Straordinario anno 2022))	(Straordinari o anno 2022)	0,14		-0,25
			391.772,27	2.742.867,73			

8.6 Il monitoraggio del Piano triennale del fabbisogno di personale

Come sancito dagli artt. 6, 6 bis e 6 ter del D. Lgs. n. 165/2001, l'ottimizzazione dell'impiego delle risorse pubbliche disponibili è orientato verso gli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità definiti a livello aziendale, con uno sguardo attento alla qualità' dei servizi offerti ai cittadini. In tale contesto, le PA adottano il piano triennale dei fabbisogni di personale, il quale stabilisce le risorse finanziarie destinate all'attuazione dello stesso, in coerenza con i limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà assunzionali previste dalla legislazione vigente. Le PA hanno poi facoltà di procedere al congelamento dei posti ed alla temporanea riduzione dei fondi della contrattazione nelle misure previste dalla normativa, fermi restando i processi di riallocazione e di mobilità del personale.

Ogni anno, rispetto al periodo di programmazione, l'ASL Napoli 3 Sud, secondo le modalità definite dall'art. 60 del D. Lgs. n. 165/2001, definisce gli aggiornamenti da prevedere al PTFP, resi poi tempestivamente disponibili al Dipartimento della funzione pubblica.

In funzione del monitoraggio effettuato dal Ministero dell'economia e delle finanze, di intesa con il Dipartimento della funzione pubblica attraverso il sistema informativo di cui al comma 2 dell'art. 6 ter del D. Lgs. n. 165/2001, è previsto che - laddove si rilevino incrementi di spesa correlati alle politiche assunzionali tali da compromettere gli obiettivi e gli equilibri di finanza pubblica - il Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, con decreto di natura non regolamentare, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, adotta le necessarie misure correttive delle linee di indirizzo di cui al comma 3 dello stesso articolo, che sancisce misure specifiche per le amministrazioni facenti parte del SSN.

È necessario considerare che la predisposizione del PTFP, nell'ambito del SSR, è fortemente condizionata dalle norme nazionali che pongono limiti alla spesa del personale. Il PTFP dell'ASL Napoli 3 Sud attua i piani programmatici stabiliti dall'Atto Aziendale vigente. Nella sua elaborazione, per gli anni 2022-2024, si evidenzia che l'incremento del costo del personale nel triennio 2022-2024 consente l'assunzione del personale indicato nella suddetta tabella, sebbene il numero di unità previsto non trovi congruenza con lo standard dell'Azienda calcolato ai sensi della DGRC 190/2023 come è agevole ricavare dalle colonne fabbisogno azienda 2022-2024 e fabbisogno nel rispetto del tetto di spesa.

Il soggetto responsabile del monitoraggio del Piano triennale del fabbisogno di personale, nell'ASL Napoli 3 Sud, è l'UOC Gestione Risorse Umane.

8.7 La soddisfazione degli utenti

La Customer Satisfaction è lo strumento mediante il quale la Pubblica Amministrazione si impegna a perseguire l'obiettivo della qualità totale (livello strategico, gestionale, organizzativo, comportamentale), ponendo il cittadino al centro dei propri processi decisionali. L'ascolto attivo del cittadino consente di raccogliere le informazioni necessarie a valutare la corrispondenza tra il livello di qualità percepito e atteso sia in relazione a ciascun fattore di qualità del servizio reso e delle prestazioni erogate sia nel suo complesso. In tal modo, l'Amministrazione è indotta ad intervenire con azioni mirate e progetti specifici e migliorativi laddove si registra lo scarto maggiore tra ciò che la stessa è stata in grado di realizzare e ciò di cui la collettività ha effettivamente bisogno o che si aspetta di ricevere da essa. La realizzazione della customer satisfaction rientra tra le misure previste dalla normativa in materia di "Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati delle attività svolte dalle Amministrazioni Pubbliche, a norma dell'art. 11 della Legge n. 59 del 15 marzo 1997". La Regione Campania, attraverso la D.D. n. 75 del 18/08/2017, ha approvato la Linea Progettuale n. 2 relativa allo "Sviluppo dei processi di umanizzazione" del DCA n. 134 del 28/10/2016, prevedendo per le PA l'obbligo di adottare adeguati metodi e strumenti per la misurazione e la valutazione della performance

dei servizi erogati.

L'ASL Napoli 3 Sud, in tale scenario, ha previsto la costituzione di un Gruppo di Lavoro (d'ora in avanti GdL) dedicato alla pianificazione delle azioni volte a costruire il processo organizzativo della qualità percepita:

- ❖ nell'Assistenza Domiciliare Integrata;
- ❖ nell'Assistenza Pediatrica ospedaliera;
- ❖ nell'Assistenza Neonatologica.

Con riferimento a tutte le aree citate, è stata svolta preliminarmente una fase di analisi interna, volta a comprendere le prestazioni erogate, i servizi resi ed i bisogni espressi dalla popolazione target. Successivamente, è stato somministrato un pre-test per la valutazione della soddisfazione degli utenti nell'ambito di queste aree, a cui è seguita la fase di strutturazione definitiva del pre-test. Infine, l'ASL Napoli 3 Sud si è dotata di un software dedicato alla customer satisfaction, mediante la piattaforma elettronica del market place di CONSIP.

Assistenza domiciliare integrata

La rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti in merito all'assistenza domiciliare integrata, a valle della raccolta dei numeri di cellulare e/o degli indirizzi mail degli utenti/caregiver in assistenza domiciliare, è stata avviata attraverso la somministrazione di uno specifico questionario.

Il questionario, disponibile anche al form online raggiungibile attraverso il seguente indirizzo:

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfUJmkEeuioHZDfAPgvl9cyDFimZFllw3AXcQZioNQyITOnQ/formResponse>, prevede una sezione anagrafica, una sezione dedicata all'Area delle cure domiciliari, elaborata in coerenza con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 art. 22 e 23", le informazioni relative alla tipologia di assistenza ottenuta, raccolte dal PAI. Nel proseguo, il test mira a raccogliere il grado di soddisfazione valutando la capacità informativa, le prestazioni del MMG o del PLS, le prestazioni erogate dal personale medico/specialista, le prestazioni erogate dagli operatori, il servizio erogato durante l'emergenza epidemiologica da COVID-19 ed il rispetto della propria dignità e privacy. Inoltre, il cittadino viene messo al corrente della possibilità di presentare reclami e si offre la possibilità di esprimere opinioni personali sull'assistenza ricevuta, anche attraverso la formulazione di proposte di miglioramento.

Assistenza Pediatrica ed Assistenza Neonatologica

La rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti in merito all'assistenza pediatrica ospedaliera ed alla neonatologia viene eseguita sul campione di analisi ottenuto secondo le linee proposte dal Dipartimento della Funzione Pubblica per l'efficienza delle amministrazioni. I questionari, per il campione di pazienti prescelto, sono generalmente compilati dalle mamme, a seguito della consegna da parte dei medici o dei capo sala con la lettera di presentazione dell'indagine.

Il questionario per l'assistenza pediatrica è disponibile sul sito istituzionale al link https://www.aslnapoli3sud.it/sitoweb/common/AmvDownload.jsp?ID_BLOB=32061&saveAS=QUESTIONARIO%20REPARTO%20DI%20PEDIATRIA.docx&mimetype=null.

Il questionario per per l'assistenza neonatale è disponibile sul sito istituzionale al link ed al link https://www.aslnapoli3sud.it/sitoweb/common/AmvDownload.jsp?ID_BLOB=32062&saveAS=QUESTIONARIO%20REPARTO%20DI%20NEONATOLOGIA_OST.docx&mimetype=null.

Il questionario del reparto di Pediatria è stato suddiviso in tre sessioni, ovvero:

- ❖ **una prima area** dedicata alle patologie del paziente che deve essere compilato dal medico che supporta il familiare nella compilazione del questionario;
- ❖ **una seconda area** dedicata all'area informativa, quali comune di residenza, giorno di accesso al reparto, scelta della struttura ospedaliera, età del paziente, sesso, giorno del ricovero, chi al momento della compilazione risponde alle domande, età e titolo di studio del familiare che compila il questionario;
- ❖ **una terza ed ultima sessione** dedicata alle sei aree di indagine. Nello specifico:
 - I Area indagine: Valutazione dell'accessibilità/ accoglienza in ospedale;
 - II Area Indagine: Valutazione delle informazioni e della comunicazione con il familiare, mediante opuscoli, avvisi, lavagne informative, etc;
 - III Area Indagine: Valutazione dei servizi strutturali e comfort;
 - IV Area Indagine: Valutazione dell'assistenza e delle relazioni con il personale medico ed infermieristico;
 - V Area Indagine: Valutazione relativa al rispetto della privacy – Umanizzazione;
 - VI Area Indagine: Valutazioni delle informazioni ricevute al momento della dimissione.

Il questionario del reparto di Neonatologia è stato suddiviso in due sessioni, ovvero:

- ❖ **una prima sessione** dedicata all'area informativa, quali: comune di residenza, scelta della struttura ospedaliera, età del paziente, numero di figli, modalità del parto, giorni di ricovero, scelta della camera per la degenza, titolo di studio;
- ❖ **una seconda sessione** dedicata alle sei aree di indagine. Nello specifico:
 - I Area indagine: Valutazione dell'accessibilità/ accoglienza in ospedale;
 - II Area Indagine: Valutazione delle informazioni e della comunicazione con il familiare, mediante opuscoli, avvisi, lavagne informative, etc;

- III Area Indagine: Valutazione dei servizi strutturali e comfort;
- IV Area Indagine: Valutazione dell'assistenza e delle relazioni con il personale medico ed infermieristico;
- V Area Indagine: Valutazione relativa al rispetto della privacy – Umanizzazione;
- VI Area Indagine: Valutazioni delle informazioni ricevute al momento della dimissione.

Le ultime domande sono dedicate alla soddisfazione complessiva del servizio erogato, all'individuazione di punti da segnalare che non sono stati trattati nel questionario e, infine, da eventuali suggerimenti da proporre per migliorare l'assistenza. Al termine della compilazione i pazienti possono riconsegnare i questionari al reparto di riferimento, che procederà all'invio all'UOC Relazioni con il Pubblico.

Per la valutazione dei questionari è stata introdotta la scala Likert (scala additiva). La scelta di tale strumento è riconducibile al fatto che si presenta come una modalità semplice ed intuitiva da parte di chi deve compilare il questionario. L'UOC Relazioni con il Pubblico dell'ASL Napoli 3 Sud ha supportato i reparti dedicati all'Assistenza Pediatrica Ospedaliera ed all'Assistenza Neonatale nella comprensione delle finalità dell'indagine di customer satisfaction, rivolgendosi direttamente al personale medico ed infermieristico, anche attraverso specifici momenti di formazione circa le modalità di compilazione e consegna dei questionari. Inoltre, ha provveduto alla consegna del materiale cartaceo riportante i questionari, le lettere di presentazione delle indagini alle mamme e le lettere di comunicazione sulle modalità di consegna e compilazione dello strumento di indagine al personale medico ed infermieristico. A campione, l'UOC Relazioni con il Pubblico ha svolto la somministrazione dei questionari "face to face" sulla qualità percepita nei reparti.

Infine, il soggetto responsabile del monitoraggio della soddisfazione degli utenti, nell'ASL Napoli 3 Sud, è l'UOC Relazioni con il Pubblico.

Risultati Indagine sull'Assistenza Domiciliare Integrata

L'Azienda, nell'ottica di dar voce al cittadino all'inizio del 2021 ha avviato l'indagine sul grado di soddisfazione dei cittadini in Cure Domiciliari Integrate, allo scopo di individuare i fattori organizzativi di maggiore criticità e valutare le possibili azioni da perseguire per il miglioramento continuo degli stessi.

L'arco temporale dell'indagine di valutazione e di misurazione del gradimento è andato dal 15 febbraio 2021 al 23 maggio 2022, momento storico davvero delicato per l'intero sistema sanitario a causa dell'emergenza pandemica da Covid-19 che ha condizionato inevitabilmente l'andamento della rilevazione in termini di risposte.



Figura 67 - Indagine Customer Satisfaction

L'indagine di Customer Satisfaction ha permesso di cogliere e quindi analizzare la percezione del grado di soddisfazione di 112 cittadini e/o caregiver in cure domiciliari. Dall'indagine è emerso che le maggiori criticità riguardano:

- ❖ i tempi di attivazione delle prestazioni sociosanitarie eccessivamente lunghi;
- ❖ il mancato rispetto dei tempi di consegna di ausili e farmaci;
- ❖ il basso grado di soddisfazione in merito all'assistenza telefonica da parte di medici ed operatori sanitari;
- ❖ la difficoltà ad accedere ai servizi online ancora troppo carenti.

Inoltre, si rileva la carenza di un'unica figura deputata (segretariato sociale) che orienti i cittadini in assistenza, mediante l'attivazione di un servizio di front-office presente in ogni singolo Distretto Sanitario.

In riferimento alle problematiche emerse si propongono alcuni interventi di miglioramento:

- ❖ Migliorare gli aspetti organizzativi, al fine di ridurre i tempi di attesa per accesso alle prestazioni e forniture di ausili e farmaci;
- ❖ Maggiore comunicazione tra il personale medico specialista e gli operatori;
- ❖ Individuare un'unica figura di riferimento che informi il cittadino in Cure Domiciliari e i propri e/o caregiver sull'assistenza;

- ❖ Istituire un servizio unico di front-office deputato ad orientare l'assistito e/o familiare nel processo di assistenza;
- ❖ Potenziare le risorse professionali presso gli Uffici Relazioni con il Pubblico all'interno dei DD.SS, al fine di individuare precocemente i disservizi percepiti dai cittadini in cure domiciliari e dai propri caregiver (nuovo regolamento di Pubblica Tutela n. 429 del 12/05/2022);
- ❖ Potenziare la formazione del personale medico, specialisti, infermieri, tecnici, personale sanitario;
- ❖ Strutturare schede di presa in carico degli assistiti con la presenza nella sezione anagrafica del proprio indirizzo e-mail per facilitare e velocizzare la comunicazione tra i cittadini e le strutture Aziendali.

L'indagine eseguita non rappresenta un punto di arrivo bensì un punto di partenza. L'Asl Napoli 3 Sud nel cammino intrapreso, si impegna a perseguire l'obiettivo di offrire ai propri assistiti un servizio sempre più qualificato e specializzato, riconoscendo il valore dei giudizi espressi per orientare le scelte organizzative e valutare la qualità dei servizi resi e delle prestazioni erogate.

9 Bibliografia e sitografia

Definizione degli indicatori BES. Articolo Novantanove – Lo sviluppo locale che vorrei – MYBES. URL: <https://www.istat.it/it/files//2018/04/12-domini-commissione-scientifica.pdf>

Linee guida per il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance Ministeri N. 2 dicembre 2017

RELAZIONE 2019 AL PARLAMENTO E AL GOVERNO sui livelli e la qualità dei servizi offerti dalle Pubbliche amministrazioni centrali e locali alle imprese e ai cittadini (art. 10-bis, legge 30 dicembre 1986, n. 936) – CNEL

Ricci P. (2007), Lo standard G.B.S. per la rendicontazione sociale nella pubblica amministrazione, Franco Angeli, Milano

La “piramide del Valore Pubblico”. Fonte: Deidda Gagliardo, 2015; Papi et al. 2018

Cardillo E. (2008), I presupposti scientifici e culturali dei percorsi di social accounting nel settore pubblico, G. Giappichelli, Torino

ASL Napoli 3 SUD: la Performance affidata a GZOOM. URL: <https://gzoom.mapsgroup.it/asl-napoli-3-sud-la-performance-affidata-a-gzoom>

Sistema informativo per la riabilitazione (SIR) – Regione Campania. URL: <https://sinfonia.regione.campania.it/preview/sir>

Sistema Informativo per le Dipendenze (SID) – Regione Campania: <https://sinfonia.regione.campania.it/preview/sid>

NSO – MEF - Linee Guida per l’emissione e la trasmissione degli ordini elettronici. URL: <https://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/e-GOVERNME1/apir/NSO-Linee-guida-IT.pdf>

Sanità Digitale – Regione Campania. URL: <http://www.regione.campania.it/regione/it/la-tua-campania/servizi-af3a/sanita-digitale>

Liste di Attesa – Regione Campania. URL: <http://www.regione.campania.it/regione/it/amministrazione-trasparente-fy2n/servizi-erogati/liste-di-attesa-qgfo>

Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) – Regione Campania. URL: <http://www.regione.campania.it/regione/it/tematiche/fascicolo-sanitario-elettronico/fascicolo-sanitario-elettronico-fse>

La creazione del valore pubblico – FPA Digital 360. URL: <https://www.forumpa.it/riforma-pa/come-creare-valore-pubblico/>



ASL Napoli 3 Sud

Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2024 - 2026

(art. 6 del DL 80/2021)

Focus on | L'esperienza dei cittadini per il miglioramento dei servizi. Il cittadino stakeholder della sanità di Angelo Tanese e Alessio Terzi

Il monitoraggio anticorruzione: aspetti teorici e pratici – Un confronto costruttivo. ANAC. URL:

<https://www.anticorruzione.it/documents/91439/2616163/NL02.3.Il%2Bmonitoraggio%2Banticorruzione.pdf/381300bf-b53e-6dac-79c6-aaa0de4d5ab1?t=1635166485197>

10 Indice degli allegati

Allegato 1 - Cronoprogramma Progetto PDTA

Allegato 2 - Schema obiettivi aziendali

Allegato 3 - Schede obiettivi Area Amministrativa

Allegato 4 - Schede obiettivi Area Sanitaria

Allegato 5 - Schede obiettivi Strategici Area Supporto Direzione Strategica

Allegato 6 - Elenco degli obblighi di pubblicazione della sezione amministrazione trasparente_Allegato 9 PNA 2022

Allegato 7 - Atti e documento da pubblicare in amministrazione trasparente

Allegato 8 - Mappatura dei processi e valutazione dei rischi

Allegato 9 - Piano Triennale delle azioni positive 2024/2026