

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 642 DEL 06.07.2021

=====

OGGETTO: PIANO DELLA PERFORMANCE ASL NAPOLI3 SUD 2021 – 2023: DIRETTIVA ANNUALE DEL DIRETTORE GENERALE PER L'ANNO 2021. APPROVAZIONE

| PUBBLICAZIONE | | ESECUTIVITA' | |
|---|--|--|--|
| <u>AFFISSIONE ALBO</u> | <u>RELATA</u> | <u>ORDINARIA</u> | <u>IMMEDIATA</u> |
| La presente deliberazione sarà affissa all'Albo Pretorio informatico dell' Azienda dal 09.07.2021 e vi permarrà per 15 giorni consecutivi. L'incaricato f.to dott.ssa Maria Vallone | La presente deliberazione è stata affissa all'Albo Pretorio informatico dell' Azienda per 15 giorni consecutivi dalla data della sua pubblicazione L'incaricato | La presente deliberazione ha efficacia a decorrere dal _____ Il Dirigente _____ | La presente deliberazione per l'urgenza, è resa immediatamente esecutiva. 06.07.2021 Il Direttore Generale f.to Ing. Gennaro Sosto _____ |

Nell'anno, giorno e mese sopra specificati,

IL DIRETTORE GENERALE

Ing. Gennaro Sosto, nominato con Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 372 del 6 agosto 2019 e con D.P.G.R.C. n. 104 del giorno 8 agosto 2019, con l'assistenza del Segretario verbalizzante, previa acquisizione del parere del Direttore Amministrativo Aziendale e del Direttore Sanitario Aziendale, ha adottato la deliberazione in oggetto di cui al testo che segue:

Oggetto: “Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2021 – 2023: Direttiva annuale del Direttore Generale per l’Anno 2021. Approvazione”

IL DIRETTORE DELL’ U.O.C. VALUTAZIONE RISORSE UMANE E PERFORMANCE

Alla stregua dell’istruttoria compiuta dal Direttore dell’U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance, giusta Deliberazione del Direttore Generale n. 587 del 22.06.2021 e ss.mm.ii., delle risultanze degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell’espressa dichiarazione di regolarità tecnica e amministrativa della stessa, resa dallo stesso Direttore proponente a mezzo della sottoscrizione della presente;

dichiarata, altresì, espressamente con la sottoscrizione, nella qualità di Titolare del trattamento anche nella fase di pubblicazione, la conformità del presente atto ai principi di cui al D.Lgs.30 giugno 2003 n.196 e ss.mm.ii., ed al Regolamento europeo n. 679 del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE.

dichiarata, allo stato ed in relazione al procedimento di cui al presente atto, l’insussistenza del conflitto di interessi ai sensi dell’art. 6 bis della Legge n. 241/1990, delle disposizioni di cui al vigente Codice di Comportamento Aziendale e delle misure previste dal vigente Piano Triennale della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza;

dichiarata, infine, la conformità del presente atto ai principi di cui alla legge 6 novembre 2012, n. 190.

Premesso che:

- ai sensi dei DD.CC.AA. n. 14/2009 e n. 60/2011 la Direzione Aziendale delinea la pianificazione strategica, focalizzando le strategie per l’attuazione degli obiettivi individuati dal Piano Sanitario Nazionale e dalla Programmazione Regionale, in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio;
- tale pianificazione prende forma attraverso il Piano della Performance di cui all’art. 10 del D. Lgs. n. 150/2009 a valenza triennale e la Direttiva annuale di all’ art. 14 del D. Lgs.n. 165/2001;
- secondo l’art. 10 del D.L.gs n. 150/2009, il Piano individua, con valenza triennale da aggiornarsi annualmente a scorrimento, gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce gli indicatori per la misurazione e valutazione della performance dell’amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale e i relativi indicatori, dando avvio al ciclo di gestione della performance su cui si baserà poi la misurazione e la rendicontazione dei risultati;
- l’art. 8 del D. Lgs. n. 74 del 25 maggio 2017 “*Modifiche all’art. 10 del decreto legislativo n. 150 del 2009*” *apporta modificazioni al citato D. Lgs. 150/2009, stabilendo, tra l’altro che: le amministrazioni pubbliche redigono e pubblicano sul sito istituzionale ogni anno il Piano della performance, documento programmatico triennale, che è definito dall’organo di indirizzo politico-amministrativo in collaborazione con i vertici dell’amministrazione e secondo gli indirizzi impartiti dal Dipartimento della funzione pubblica ai sensi dell’art. 3,*

comma 2, e che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi di cui all'articolo 5, comma 1, lettera b);

Visto:

- la delibera del 28 ottobre 2010, n. 112 della Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche, ad oggetto: "Struttura e modalità di redazione del Piano della performance";
- *quanto disposto dal Decreto Legislativo n. 33/2013 sul "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni" ed in particolare dall'art. 10 c. 8, lett. b) in riferimento al Piano della Performance;*
- la delibera aziendale n. 94 del 31/01/2020: "Piano della Performance A.S.L Napoli 3 Sud anni 2020 – 2022 – Direttiva annuale del Direttore Generale per l'anno 2020. Approvazione".
- la delibera aziendale n. 555 del 28/07/2020 "Rettifica e integrazione della deliberazione del direttore generale n. 94 del 31.01.2020 relativa al "piano della performance asl napoli3 sud 2020 – 2022: Direttiva annuale del direttore generale per l'anno 2020. Approvazione" e "presa Atto affidamento obiettivi individuali performance anno 2020 adempimenti.
- la delibera aziendale n. 849 del 10/11/2021 integrazione della deliberazione del direttore generale n. 555 del 28/07/2020 del 31.01.2020 relativa al "piano della performance asl napoli3 sud 2020 – 2022: Direttiva annuale del direttore generale per l'anno 2020. Approvazione" e "presa atto affidamento obiettivi individuali performance anno 2020".
- le linee guida su POLA – Piano Organizzativo del Lavoro Agile - e gli indicatori di performance (art 14, comma 1, legge 7 agosto 2015, 124 come modificato dall'art 263 comma 4 bis del Decreto legge 19 maggio 2020 n. 34 convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n 77
- la ritardata approvazione del Piano Performance 2021-2023 specificando che seppur già pronto, la Direzione Aziendale ha ritenuto necessario procrastinare l'approvazione del Piano per l'emergenza Covid

Considerato:

- in particolare, l'Articolo 10, "Piano della performance e Relazione sulla performance", modificato dal D. Lgs. 74 del 22 giugno 2017, che al primo comma, lettera a), richiede la redazione annuale "entro i termini stabili dalle norme nazionali" di "un documento programmatico triennale, che è definito dall'organo di indirizzo politico-amministrativo in collaborazione con i vertici dell'amministrazione e secondo gli indirizzi impartiti dal Dipartimento della funzione pubblica";

Ritenuto:

- che il Direttore dell'U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance, su mandato, per le vie brevi, della Direzione Strategica, ha provveduto ad elaborare il documento " Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2021 – 2023: Direttiva annuale del Direttore Generale per l'Anno 2021.
- che tale Piano, allegato alla presente, ne diventa parte integrante e sostanziale ed è redatto in raccordo con il Piano triennale di Prevenzione della Corruzione e Piano triennale della Trasparenza vigente nonché in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio;
- che tutta la documentazione citata e non allegata nel presente documento è agli atti dell'U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

In forza della D.G.R.C. n° 372 del 06/08/2019 e del D.P.G.R.C. n° 104 del 08/08/2019

Di

- prendere atto ed approvare il documento “*Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2021 – 2023– Direttiva annuale del Direttore Generale per l’Anno 2021. Approvazione*”, allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale
- adottare il “*Piano della performance ASL Napoli3 Sud 2021 – 2023: Direttiva annuale del Direttore Generale per l’Anno 2021. Approvazione*”
- stabilire che gli obiettivi di cui alla Deliberazione del Direttore Generale “*Adozione del Piano della prevenzione della Corruzione e Piano triennale della Trasparenza anni 2021/22/23 ai sensi della legge n. 190/2012 e smi e della Delibera Anac n. 1064 del 13.11.2019 – PNA aggiornamento 2021/2023*” di cui alla delibera aziendale n. 251 del 26.03.2021 siano inclusi tra gli obiettivi del “*Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2021 – 2023: Direttiva annuale del Direttore Generale per l’Anno 2021*” e che tali obiettivi organizzativi saranno declinati con l’affidamento degli obiettivi organizzativi di struttura ed individuali oggetto di successivo atto deliberativo anche per singolo Dipartimento e/o UOC.
- stabilire che tutte le attività collegate al raggiungimento dei LEA, validati dall’U.O.C. Controllo di Gestione, sono da intendere obiettivi performance organizzativa come anche le attività di cui ai Fondi Vincolati, attestate dai Referenti delle singole linee progettuali di cui ai medesimi fondi
- stabilire che il monitoraggio degli obiettivi è in capo al Direttore del Dipartimento e/o della UOC e/o responsabile della SSD che si coordinerà con il Direttore della UOC Controllo di Gestione
- stabilire che il raggiungimento degli obiettivi sia validato dall’UOC Controllo di Gestione e/o da altra UOC centrale già competente per gli obiettivi specifici monitorati.
- stabilire che tutti i Responsabili delle strutture aziendali, affidatari degli obiettivi con successivo atto per l’anno 2021 trasmettano entro il 31.01.2022 il risultato del raggiungimento degli obiettivi 2021 e quindi la valutazione di tutto il personale afferenti, valutazione che dovrà essere inviata anche alla UOC Relazioni con il Pubblico Trasparenza Tutela e Comunicazione per la relativa pubblicazione
- stabilire che il mancato invio delle schede obiettivi (scheda n.1, n. 2, n. 3, n. 4, n. 5 e n. 6), nei termini di cui sopra, nel formato utile alla pubblicazione, inciderà sul processo di valutazione da parte dei Collegi Tecnici
- stabilire che il Responsabili delle strutture aziendali, affidatari degli obiettivi, trasmettano alla UOC Relazione con il Pubblico Trasparenza Tutela e Comunicazione i dati di attività almeno con cadenza semestrale per la relativa pubblicazione sul sito aziendale
- dare mandato al Direttore della U.O.C. Relazioni con il Pubblico Trasparenza Tutela e Comunicazione di curare la pubblicazione del “*Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2021– 2023: Direttiva annuale del Direttore Generale per l’Anno 2021. Approvazione*” in Amministrazione Trasparente del sito dell’Asl Napoli 3 Sud;
- trasmettere la presente, per quanto di competenza, all’Organismo Indipendente di Valutazione ai sensi della normativa vigente
- dare mandato al Direttore dell’U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance di trasmettere il “*Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2021 – 2023 – Direttiva annuale del Direttore generale per l’Anno 2019. Approvazione*” a:

- tutte le Strutture aziendali;
- tutte le OO.SS. dell'Asl Napoli 3 Sud;
- tutte le Associazioni componenti il Comitato Partecipativo e Consultivo;
- tutti i portatori di interesse

**Il Direttore dell' U.O.C. Valutazione
Risorse Umane e Performance**
dott. Ciro Inserra

Il Direttore Generale

In forza della D.G.R.C. n° 375 del 13/07/2016 e del D.P.G.R.C. n° 165 del 19/07/2016

Preso atto della dichiarazione resa dal dirigente proponente con la sottoscrizione, in ordine alla regolarità tecnica ed amministrativa del presente atto, nonché relativa alla conformità dello stesso atto alle disposizioni vigenti in materia di tutela della privacy;

Sentito il parere favorevole espresso dal Direttore Sanitario aziendale e dal Direttore Amministrativo aziendale

Il Direttore Amministrativo Aziendale

Dott. Giuseppe Esposito

Il Direttore Sanitario Aziendale

Dott. Gaetano D'Onofrio

DELIBERA di

- prendere atto ed approvare il documento *“Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2021 – 2023– Direttiva annuale del Direttore Generale per l'Anno 2021. Approvazione”*, allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale
- adottare il *“Piano della performance ASL Napoli3 Sud 2021 – 2023: Direttiva annuale del Direttore Generale per l'Anno 2021. Approvazione”*
- stabilire che gli obiettivi di cui alla Deliberazione del Direttore Generale *“Adozione del Piano della prevenzione della Corruzione e Piano triennale della Trasparenza anni 2021/22/23 ai sensi della legge n. 190/2012 e smi e della Delibera Anac n. 1064 del 13.11.2019 – PNA aggiornamento 2021/2023” di cui alla delibera aziendale n. 251 del 26.03.2021* siano inclusi tra gli obiettivi del *“Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2021 – 2023: Direttiva annuale del Direttore Generale per l'Anno 2021* e che tali obiettivi organizzativi saranno declinati con l'affidamento degli obiettivi organizzativi di struttura ed individuali oggetto di successivo atto deliberativo anche per singolo Dipartimento e/o UOC.
- stabilire che tutte le attività collegate al raggiungimento dei LEA, validati dall'U.O.C. Controllo di Gestione, sono da intendere obiettivi performance organizzativa come anche le attività di cui ai Fondi Vincolati, attestate dai Referenti delle singole linee progettuali di cui ai medesimi fondi

- stabilire che il monitoraggio degli obiettivi è in capo al Direttore del Dipartimento e/o della UOC e/o responsabile della SSD che si coordinerà con il Direttore della UOC Controllo di Gestione
- stabilire che il raggiungimento degli obiettivi sia validato dall'UOC Controllo di Gestione e/o da altra UOC centrale già competente per gli obiettivi specifici monitorati.
- stabilire che tutti i Responsabili delle strutture aziendali, affidatari degli obiettivi con successivo atto per l'anno 2021 trasmettano entro il 31.01.2022 il risultato del raggiungimento degli obiettivi 2021 e quindi la valutazione di tutto il personale afferenti, valutazione che dovrà essere inviata anche alla UOC Relazioni con il Pubblico Trasparenza Tutela e Comunicazione per la relativa pubblicazione
- stabilire che il mancato invio delle schede obiettivi (scheda n.1, n. 2, n. 3, n. 4, n. 5 e n. 6), nei termini di cui sopra, nel formato utile alla pubblicazione, inciderà sul processo di valutazione da parte dei Collegi Tecnici
- stabilire che il Responsabili delle strutture aziendali, affidatari degli obiettivi, trasmettano alla UOC Relazione con il Pubblico Trasparenza Tutela e Comunicazione i dati di attività almeno con cadenza semestrale per la relativa pubblicazione sul sito aziendale
- dare mandato al Direttore della U.O.C. Relazioni con il Pubblico Trasparenza Tutela e Comunicazione di curare la pubblicazione del *"Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2021– 2023: Direttiva annuale del Direttore Generale per l'Anno 2021. Approvazione"* in Amministrazione Trasparente del sito dell'Asl Napoli 3 Sud;
- trasmettere la presente, per quanto di competenza, all'Organismo Indipendente di Valutazione ai sensi della normativa vigente
- dare mandato al Direttore dell'U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance di trasmettere il *"Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2021 – 2023 – Direttiva annuale del Direttore generale per l'Anno 2019. Approvazione"* a:

- tutte le Strutture aziendali;
- tutte le OO.SS. dell'Asl Napoli 3 Sud;
- tutte le Associazioni componenti il Comitato Partecipativo e Consultivo;
- tutti i portatori di interesse

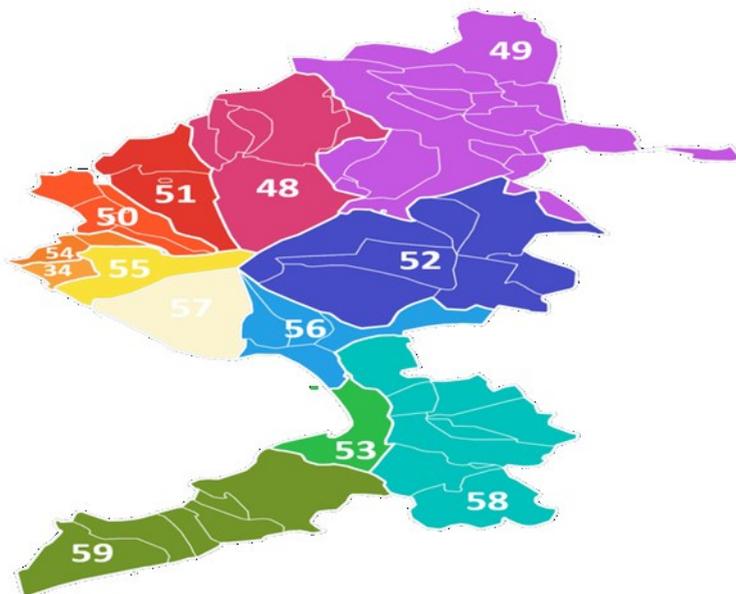
**Il Direttore dell' U.O.C. Valutazione
Risorse Umane e Performance**

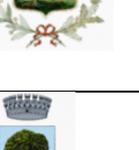
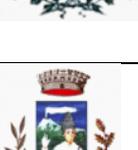
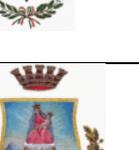
Il Dirigente proponente sarà responsabile in via esclusiva, dell'esecuzione della presente deliberazione, che viene resa immediatamente esecutiva, data l'urgenza, curandone tutti i consequenziali adempimenti, nonché quelli di pubblicità e di trasparenza previsti dal D.L.gs 14 marzo 2013 n° 33 e s.m.i.

Il Direttore Generale
Ing. Gennaro Sosto



Piano Performance 2021 – 2023
Direttiva Annuale
Direttore Generale anno 2021



| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|--|---|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  |  |  | | | | |
| | | | | | | | | | |

Ai Cittadini ASL Napoli 3 Sud
Agli Operatori ASL Napoli 3 Sud

La speranza che il 2021 poteva condurci fuori dalla pandemia, o perlomeno portare ad un adeguato livello di sicurezza la gestione della stessa, è stata infranta già nei primi suoi mesi.

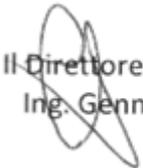
E' stato da subito evidente che il 2021 è e sarà ancora lontano dall' "ordinario", legato ancora a doppio filo alla emergenza SARS COVID-19, dovendo intervenire con piani straordinari su più fronti: dalle vaccinazioni, alla realizzazione degli interventi strutturali negli ospedali, proseguendo con le attività di test (tamponi), di contact tracing, di analisi e di studio dei dati e di sviluppo accelerato dei servizi digitali quali la telemedicina, lo smart working, i corsi di formazione online, etc.

Date le premesse, il presente piano punta a focalizzare alcuni obiettivi salienti, al netto degli obiettivi assegnati alle aziende dalla giunta regionale, senza la pretesa di fungere da documento programmatico per l'intero triennio, se non limitatamente ad alcuni obiettivi che, in continuità con i precedenti piani, sono stati "congelati" ed in attesa di essere successivamente ripresi.

La priorità massima va quindi agli obiettivi di vaccinazione e di realizzazione di quegli interventi previsti nel "Piano Nazionale Pandemico", a cui si sommano gli obiettivi regionali dello scorso anno, sia quelli relativi alla gestione della pandemia e sia quelli delle ordinarie attività di tutela della salute con particolare riferimento all'integrazione ospedale – territorio e alle attività di prevenzione e cura. Alla luce degli svariati vantaggi in termini di risparmio, accessibilità, velocità e flessibilità questa Azienda tenderà di spingere ed accelerare sulla tecnologia digitale e la dematerializzazione, per un'adeguata strutturazione nell'offerta dei servizi efficaci, efficienti, equi ed adeguati alle molteplici esigenze dei territori.

La digitalizzazione sarà anche la leva strategica per dare la giusta configurazione al "Lavoro Agile", anche questo avviato in emergenza, ma sul quale il Ministero ha nel frattempo dato precise linee guida.

Queste prevedono che il POLA (Piano Organizzativo per il Lavoro agile) venga inserito come sezione del Piano della performance 2021-2023 da adottare e pubblicare con lo stesso. Il presente piano adempie a tale indicazione presentando in allegato un piano triennale di sviluppo del Lavoro Agile per l'Azienda Sanitaria Locale Napoli3 Sud.


Il Direttore Generale
Ing. Gennaro Sosto

INDICE

| | |
|--|--------|
| 1. PREMESSA | pag. 5 |
| 2. SINTESI INFORMAZIONI DI INTERESSE: PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA | pag. 6 |
| 3. IDENTITA' | pag. 7 |
| 4. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO ED INTERNO | pag.9 |
| 5. OBIETTIVI STRATEGICI ED OBIETTIVI OPERATIVI | pag.15 |
| 6. CICLO DELLA PERFORMANCE E DIRETTIVE 2021 | pag.30 |
| 7. ALL.1 Schema Obiettivi | pag.39 |
| 8. ALL-2 PNNR SANITA' DIGITALE | pag.66 |
| 9. ALL.3 LAVORO AGILE | pag.71 |

1. PREMESSA

Il Piano della Performance (art. 10 del D.lgs. n. 150 del 27.10.2009) è un documento programmatico triennale, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle performance aziendale, organizzativa ed individuale

Il Piano della Performance è lo strumento che dà avvio al **ciclo della performance** (art. 10 del D.lgs. n. 150 del 27.10.2009).

Il D.Lgs. n. 74 del 25/5/2017 è intervenuto sulla disciplina della misurazione e valutazione della performance dei dipendenti pubblici, introducendo una serie di modifiche al D.Lgs. n.150/2009 al fine di superarne le criticità riscontrate nella sua concreta attuazione.

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

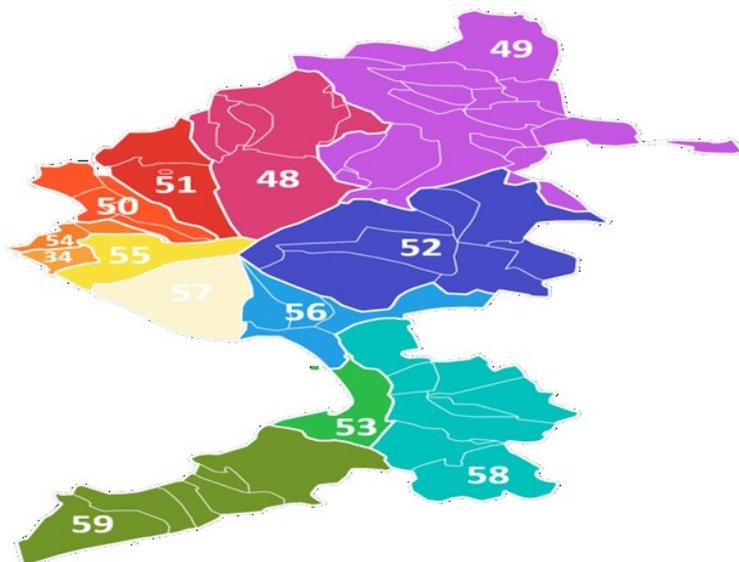
2. SINTESI INFORMAZIONI DI INTERESSE: PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA

Chi Siamo, Cosa Facciamo, Come Operiamo

L'Azienda sanitaria locale Napoli 3 Sud, di seguito denominata "Azienda" si è costituita il 20 marzo 2009, mediante l'accorpamento della ex ASL Na 4 e ex ASL Na 5, ai sensi della legge regionale 16 del 28 novembre 2008, pubblicata sul Burc n. 48 ter del 1 dicembre 2008.

La sede legale dell'Azienda è Via Marconi n.66 (ex Presidio Bottazzi) - Torre del Greco. Il sito ufficiale internet è all'indirizzo web: <http://www.aslnapoli3sud.it>.

L'Azienda è un ente senza fini di lucro, con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, parte integrante del Sistema Sanitario della Regione Campania avente la finalità di assicurare, nel proprio territorio di competenza, la tutela della salute della popolazione in conformità alla normativa nazionale e regionale, agli obiettivi stabiliti dalla Regione e ai livelli di assistenza definiti a livello nazionale e regionale.



L'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda sono disciplinati dall'Atto aziendale approvato con DCA n. 39 del 25.09.2017, quindi deliberato con Delibera del Direttore Generale n. 735 del 19.10.2017 e integrato con delibera del Direttore Generale n. 373/2020

La riorganizzazione dell'offerta assistenziale, il potenziamento dell'assistenza primaria e lo sviluppo della rete territoriale costituiscono i principi ispiratori cardine delle politiche Sanitarie aziendali

3. IDENTITA'

3.1 L'azienda in cifre

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

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

Dalla verifica dei predetti dati si evince che durante l'emergenza COVID si è rilevata una riduzione delle prestazioni.

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

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

- ✓ Risorse Umane;
- ✓ Dati Economici.

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

3.2 La mission

La Costituzione italiana, all'articolo 32, riconosce la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività.

Il precipuo mandato istituzionale dell'Azienda, sulla base del precetto costituzionale con i poteri e le responsabilità direttamente affidati alle Regioni, è quello di garantire attivamente la promozione e la tutela della salute della popolazione di riferimento.

La missione aziendale si estrinseca pertanto nel farsi carico dei problemi di salute e dei rischi per la salute della comunità, nonché nel prendersi cura delle persone per contrastare l'insorgenza delle malattie, contenerne l'impatto sulla qualità della vita, consentire alle persone stesse la massima possibile autonomia e la partecipazione nella vita della comunità, attraverso l'utilizzo delle risorse assegnate nel rispetto dell'equità nell'accesso dei cittadini ai servizi sanitari.

L'azienda persegue questa finalità anche attraverso il coinvolgimento e l'attivazione di tutte le energie del capitale sociale del sistema sanitario provinciale per assicurare il

soddisfaccimento dei LEA secondo i principi di prossimità e sostenibilità.

Per ottenere tali obiettivi sarà rafforzato il ruolo di *Committenza* inteso come modello diffuso dell'azienda anche allo scopo di favorire la polarizzazione del capitale sociale sugli obiettivi dell'assistenza alle persone.

In questo senso l'Azienda si pone come soggetto attivo delle politiche sanitarie, della pianificazione locale e del rapporto con le istituzioni, aperta al dialogo con i cittadini e le loro associazioni, nel rispetto degli indirizzi strategici e all'interno dei vincoli economici stabiliti dalla Regione.

L'Azienda svolge la sua azione ispirandosi ai seguenti valori:

- centralità della persona
- equità e uguaglianza
- trasparenza e integrità
- sostenibilità e valorizzazione del personale e dei professionisti del SSR
- ricerca ed innovazione
- miglioramento continuo della qualità dell'assistenza dell'attività amministrativa.

3.3 Identità dell'ASL Napoli 3 Sud

L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud si estende su una superficie di 635,30 Km² ed è caratterizzata dalla presenza di terreno pianeggiante per poco più della metà del totale, con una significativa estensione costiera, mentre per la rimanente parte il terreno è di natura collinare e montuosa. Dal punto di vista amministrativo, l'Azienda è competente a garantire i LEA alle cittadine e ai cittadini di 57 comuni, organizzati rispettivamente in 13 distretti socio-sanitari.

Secondo i dati ISTAT, la popolazione residente al 1° gennaio 2020 ammonta a 1.048.814 individui, di cui 510.221 uomini e 538.593 donne.

Per i dati socio demografici, di competenza del Dipartimento di Prevenzione, si rimanda al sito aziendale.

Il Dipartimento di Prevenzione - U.O.C. SEP, con cadenza annuale, avrà cura di aggiornare gli stessi dati entro il 31 giugno di ogni anno.

4. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO ED INTERNO

4.1 Analisi del contesto esterno

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

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

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

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

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

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

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

Per garantire la continuità dell'attività aziendale, molte strutture hanno dovuto modificare le modalità di lavoro del proprio personale, ricorrendo allo smart-working.

Nel 2020 e nel 2021 stiamo assistendo al forte impatto sanitario, sociale ed economico determinato dalla pandemia Sars - Cov 2, come vedremo nei paragrafi successivi.

4.2 Analisi del contesto interno

L'impianto organizzativo dell'Azienda è rappresentato dall'organigramma che segue:

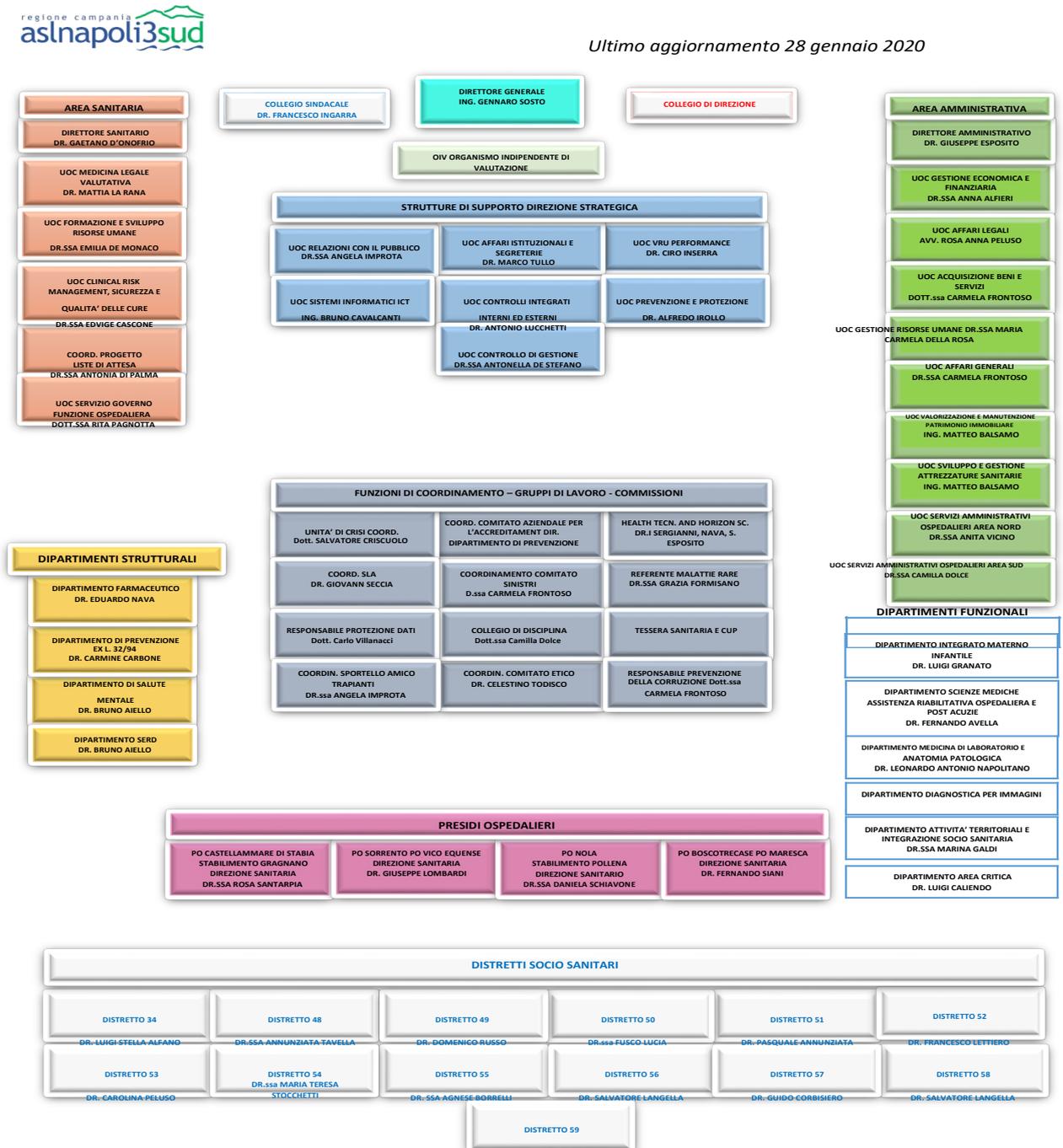


Figura 1 Organigramma Asl Napoli 3 Sud

di seguito si descrivono, in breve, le articolazioni dell'Azienda.

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 in vigore, è costituita nel territorio da quattro ospedali:

A. Presidi ospedalieri di I livello

- ❖ P.O. di Nola
- ❖ Stabilimento di Pollena Trocchia;
- ❖ P.O. di Castellammare di Stabia
- ❖ Stabilimento di Gragnano

B. Presidi ospedalieri di base

- ❖ P.O. di Sorrento
- ❖ P.O. di Vico Equense
- ❖ P.O. di Torre del Greco
- ❖ P.O. di Boscotrecase

(Si precisa che nel periodo di vigenza del Piano, è programmato dalla Regione Campania la valutazione di una progettualità per 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) |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> P.O. di Nola | Presidio Ospedaliero DEA di I° Livello |
| <input type="checkbox"/> Stabilimento di Pollena Trocchia | ✓ Stabilimento di Pollena Trocchia |
| <input type="checkbox"/> P.O. di Castellammare di Stabia | Presidio Ospedaliero DEA di I° Livello |
| <input type="checkbox"/> Stabilimento di Gragnano | ✓ Stabilimento di Gragnano |
| <input type="checkbox"/> P.O. di Boscotrecase | Presidio Ospedaliero DEA di I° Livello |
| Struttura ospedaliera unica per la Penisola Sorrentina. <input type="checkbox"/> P.O. di Sorrento <input type="checkbox"/> P.O. di Vico Equense | Presidio Ospedaliero DEA di I° Livello |
| <input type="checkbox"/> P.O. di Torre del Greco | Presidio Ospedaliero di Base - Sede di Pronto Soccorso |

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

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

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

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

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

Le Aree di Coordinamento (istituite ai sensi del DECRETO N. 83 DEL 31/10/2019) concorrono alla definizione degli atti 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. Le stesse sono state istituite dall'ASL Napoli 3 Sud con Delibera n. 373 del 28/05/2019

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

Il territorio arriverà ad assumere oltre al primo contatto con il cittadino, l'identificazione, la classificazione e la presa in carico complessiva dei bisogni clinici, assistenziali e sociali. I servizi territoriali gestiranno l'intero percorso clinico-assistenziale, in particolare per i pazienti cronici, fragili e per tutte le situazioni di parziale o totale non autosufficienza, trattando direttamente, anche a domicilio, episodi o fasi del percorso che oggi presuppongono il ricorso all'ospedale e/o a centri specialistici.

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

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

4.3 Criticità ed opportunità

La rimodulazione dell'atto aziendale, in coerenza con i relativi provvedimenti di programmazione regionale con particolare riferimento al piano regionale di programmazione della rete ospedaliera e al Piano regionale di programmazione della rete territoriale (cfr. DGRC n. 372/2019), il cambiamento dei modelli gestionali ed organizzativi, rappresentano una necessità aziendale ma, al contempo, un'opportunità di crescita e sviluppo dell'organizzazione e del patrimonio professionale.

5. OBIETTIVI STRATEGICI ED OBIETTIVI OPERATIVI

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

5.1 La pianificazione strategica e la programmazione annuale

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.

5.2 I documenti della programmazione sanitaria regionale, le linee di indirizzo e gli obiettivi regionali

5.2.1 I documenti della programmazione sanitaria regionale:

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

- **Delibera della Giunta Regionale n. 19 del 18/01/2020** avente ad oggetto "PRESA D'ATTO E RECEPIMENTO DEL "PIANO TRIENNALE 2019-2021 DI SVILUPPO E RIQUALIFICAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO CAMPANO

EX ART. 2, COMMA 88, DELLA LEGGE 23 DICEMBRE 2009, N. 191", APPROVATO CON DECRETO COMMISSARIALE N. 6 DEL 17/01/2020, AI FINI DELL'USCITA DAL COMMISSARIAMENTO"

- Deliberazione Giunta Regione Campania n. 372 del 06.08.2019 e Decreto Presidente Giunta Regione Campania n. 104 del 08.08.2019
- Piani regionali, circolari e indicazioni relativi all'emergenza Covid - 19

5.3.2 Le linee di indirizzo e gli obiettivi regionali

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

- Mantenimento dell'equilibrio economico
- Miglioramento della qualità dell'assistenza (verificata attraverso adempimenti LEA, griglia LEA, Piano esiti e tutti gli indicatori di performance previsti a livello nazionale)
- Equità, omogeneità, garanzia dell'accesso alle cure
- Informatizzazione e costruzione delle reti assistenziali
- Riorientamento dell'assistenza nella dimensione territoriale ed intermedia
- Ammodernamento tecnologico ed edilizio
- Arruolamento e formazione continua del personale
- Riduzione della mobilità passiva

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 della cosiddetta 'Griglia LEA' - punto E degli Adempimenti LEA), riportati nell'allegato A) della delibera di nomina o dei nuovi obiettivi fissati

dal "Nuovo Sistema di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza" a far data dalla loro adozione;

- ✓ rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionale Intramurarie;
- ✓ continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi.

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

5.3 I documenti della programmazione sanitaria aziendale, le linee di indirizzo e gli obiettivi aziendali

5.3.1 I documenti della programmazione sanitaria aziendale:

- La rimodulazione dell'atto aziendale approvato con DCA n. 39 del 25/09/2017 e s.m.i. e provvedimenti di attuazione
- Il processo seguito per la valutazione della performance annuale del personale dirigente e del comparto dell'Azienda ASL Napoli 3 Sud, valido sino alla prossima pubblicazione del Regolamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della performance
- La deliberazione n. 94/2020, la deliberazione n. 555/2020 e la deliberazione n. 849/2020 collegate all'adozione del Piano della Performance 2020-2022 e succ. integrazioni
- Deliberazione n. 937 del 14.12.2020 avente ad oggetto l'approvazione del Bilancio Consuntivo dell'esercizio 2019.

5.3.2 Le linee di indirizzo e gli obiettivi aziendali

- **Promozione della Salute e Prevenzione attiva**
Si deve tener presente che le risorse nel 2020 sono state utilizzate, prevalentemente, per affrontare l'emergenza SARS-CoV-2 e che la situazione rimarrà tale anche nel 2021

La prevenzione delle patologie croniche o infettive richiede un approccio multidisciplinare, 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.

Data la numerosità degli ambiti affrontati e necessario un approccio combinato tra interventi di comunità, finalizzati alla promozione della salute orientati ai bisogni di salute e benessere della persona e interventi di prevenzione miranti all'individuazione precoce di soggetti a rischio o all'identificazione delle patologie

in fase precoce.

L'approccio si realizza solo attraverso interventi integrati tra dipartimento di prevenzione, altre strutture aziendali, istituzioni, parti sociali

Attuazione Piano Regionale Prevenzione:

Per l'attuazione dello stesso richiede un Piano di azione intersettoriale che attraverso la collaborazione tra i diversi attori (operatori e professionisti sanitari, delle imprese e dei vari contesti sociali) si pone come obiettivi:

- realizzazione di interventi intersettoriali di promozione di stili di vita salutari nei diversi setting (scuola, luoghi di lavoro, servizi sanitari e comunità)
- realizzazione di interventi intersettoriali per garantire un elevato livello di salute umana, di benessere degli animali nella filiera agroalimentare.
- politiche e interventi intersettoriali finalizzati a ridurre le esposizioni ambientali nocive per la salute e a creare ambienti favorevoli al benessere e alla salute individuale e comunitaria.
- formazione degli operatori sanitari
- promozione dell'educazione alla salute del cittadino

Consolidamento e qualificazione rete dei Centri Vaccinali

- Attuazione programmi di vaccinazioni
- L'attività vaccinale, rivolta all'intera popolazione (età pediatrica, anziani, pazienti fragili e cronici) rappresenta una priorità assoluta e rientra nei LEA. Nel 2020 si è provveduto all'adeguamento delle procedure di sicurezza per l'emergenza Covid19

Programmi di screening

- Attuazione programmi di screening
- Gli obiettivi regionali relativi alla copertura dei programmi di screening oncologici regionali sono stati rimodulati nel corso del 2020 e si è reso necessario riorganizzare le attività alla luce dell'emergenza Covid

➤ **Assistenza territoriale: rafforzamento dei servizi territoriali in termini di organizzazione integrazione ospedale territorio, sviluppo della telemedicina e potenziamento delle attività' sociosanitarie**

La Asl Napoli 3 Sud ha intrapreso negli ultimi anni un complesso programma di riorganizzazione dei servizi sul territorio il cui cardine è la Divisione delle competenze di committenza e garanzia (affidate alle Direzioni di Distretto) dall'attività di produzione interna (affidata al Coordinamento di Cure Primarie).

Un modello di servizio per la presa in carico e la continuità assistenziale, PDTA - telemedicina

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.

Tale proposta di riorganizzazione va letta in un 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, 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. Si guarda ad un sistema delle cure in grado di fornire livelli assistenziali di qualità, sicurezza, appropriatezza e sostenibilità, 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. Ma nella visione più ampia, si tratta anche di intervenire dall'azione di "advocacy" consistente nel disincentivare comportamenti e stili di vita a rischio, alla promozione di stili di vita salubri fin dalla più tenera età in collegamento con le agenzie educative e culturali, alla prevenzione primaria negli ambienti di vita e lavorativi, alla prevenzione secondaria orientata anche a fasce di popolazione con atteggiamenti, valori e culture diversi dalla nostra fino alla riorganizzazione dei servizi sanitari come detto in precedenza.

Tale modello di servizio va considerato integrato alle iniziative già adottate dalla Azienda, negli ultimi anni, sia con modelli di presa in carico e continuità assistenziale per i pazienti cronici, sia con le esperienze di teleconsulto e non ultimo, con il tele-monitoraggio domiciliare dei pazienti Covid-19 positivi. Tutte esperienze condotte in una relazione di integrazione e di continuità degli interventi incrementate e in alcuni casi attivate durante la fase pandemica.

Nella fase di una presa in carico condivisa del bisogno di salute della persona tra MMG/PLS e ASL, che insieme al cittadino devono attivare un processo orientato a garantire certezza di risposta in termini di prestazioni, tempistiche e di punti di riferimento per la gestione del proprio percorso. Un processo che partendo dal territorio riconosce il ruolo centrale della alleanza tra il paziente e il MMG/PLS per la gestione della propria condizione clinica, integrata in un sistema di connessione e interscambio con tutti i professionisti della ASL per la gestione del percorso, dalla prevenzione alla cura, al monitoraggio e follow-up. Elemento abilitante la gestione condivisa del percorso del paziente è di sicuro la tecnologia informatica che, mediante lo sviluppo di una piattaforma gestionale, dovrà consentire la condivisione tra gli attori del percorso del paziente, l'integrazione delle informazioni con l'Asl e la gestione autonoma del MMG della pianificazione di prestazioni ed esami previste dal PDTA, mediante la prenotazione diretta in agende dedicate CUP.

Tale modalità di assistenza permetterà al paziente e alla sua famiglia, di ottenere risposte di prossimità limitando viaggi e spostamenti, incentivandolo a prendersi cura del proprio stato di salute. La possibilità di confronto in tempo reale favorisce inoltre lo scambio di informazioni e competenze nella gestione

del paziente. Altro aspetto riguarda la possibilità di gestire alcuni problemi di salute anche al domicilio del paziente con soluzioni di tele-monitoraggio ben rappresentate nella gestione dell'emergenza Covid- 19, ma già presenti nella realtà aziendale con i servizi di cardiologia per i pazienti affetti da scompenso cardiaco.

Nella Azienda Asl è stato sviluppato un modello aziendale per la progettazione e sviluppo di 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. Difatti, rappresentano uno dei pilastri della riprogettazione assistenziale della ASL Napoli 3 Sud e, oltre a garantire efficacia, efficienza e appropriatezza, favoriscono l'integrazione e la condivisione di un ragionare comune tra i vari professionisti. Alla luce di quanto premesso si deve procedere alla rimodulazione dei percorsi Clinico Assistenziali identificando criteri clinici ovvero quelle classi di pazienti con programmi di cura a lungo termine che per stabilità clinica, autonomia funzionale e cognitiva, aderenza ai percorsi di cura e alla terapia farmacologica e non, possano beneficiare della gestione in telemedicina attraverso quindi un monitoraggio esclusivamente o parzialmente in remoto, e conseguentemente i criteri organizzativi per l'inserimento della gestione in remoto quale nuova e integrata modalità assistenziale.

Nell'ambito delle patologie croniche, ad oggi l'ASL ha deliberato i PDTA del Diabete, della BPCO e il PDTA dello scompenso cardiaco. Per quanto riguarda la programmazione dei PDTA, tenuto conto dei tempi necessari per l'estensione di tale modello innovativo e delle problematiche legate all'emergenza COVID si ritiene possibile sviluppare un programma di attivazione solo parziale del programma, prevedendo altresì il completamento nei prossimi anni.

La presa in carico delle patologie croniche prevede necessariamente l'implementazione delle attrezzature necessarie ad assicurare le prestazioni.

Il modello per la presa in carico e la continuità assistenziale si applica anche a pazienti con disturbi della salute mentale degli adulti e dell'età evolutiva, a pazienti con dipendenze, fasce vulnerabili e migranti

Sviluppo dell'integrazione ospedale territorio, dell'integrazione socio-sanitaria

Si rende necessario assicurare, tramite l'attuazione del DCA 83 del 31 ottobre 2019 "Piano Regionale della Rete di Assistenza Territoriale 2019-2021", le dimissioni dei casi complessi dall'ospedale, l'assegnazione al corretto setting assistenziale sul territorio, la presa in carico concordata dei casi complessi da parte dell'ospedale a partenza dal territorio per evitare l'accesso non programmato tramite P.S. e contemporaneamente il rapido rientro sul territorio. In modo analogo, si rende necessario assicurare la presa in carico condivisa sociale e sanitaria dei casi complessi.

Potenziamento e miglioramento appropriatezza dell'assistenza domiciliare - RSA

- cure palliative

Le strutture deputate al governo dell'assistenza ai pazienti non autosufficienti, si occupano dell'assistenza domiciliare di I, II e III fascia e degli ingressi e proroghe nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) insistenti nel territorio aziendale.

La rete aziendale delle cure palliative deve avere quale obiettivo quello di intervenire sul miglioramento della qualità delle cure erogate, sull'efficacia dei risultati e sull'efficienza nel consumo di risorse.

Potenziamento e miglioramento appropriatezza dell' assistenza riabilitativa e protesica. Le strutture deputate governano l'assistenza protesica e riabilitativa territoriale per adulti in ex art.26, con particolare riferimento alle strutture private accreditate che forniscono le prestazioni, anche in questo caso necessita intervenire, avendo quale obiettivo l'implementazione dei percorsi di appropriatezza nella presa in carico e nella rivalutazione del paziente disabile al fine di intervenire sulla appropriatezza e la qualità delle prestazioni erogate, sull'efficacia dei risultati e sull'efficienza del consumo di risorse.

➤ **Assistenza ospedaliera**

Si rappresenta che le azioni previste da parte dei

✚ **Presidi ospedalieri di I livello**

- ❖ P.O. di Nola
- ❖ Stabilimento di Pollena Trocchia;
- ❖ P.O. di Castellammare di Stabia
- ❖ Stabilimento di Gragnano

✚ **Presidi ospedalieri di base**

- ❖ P.O. di Sorrento
- ❖ P.O. di Vico Equense
- ❖ P.O. di Torre del Greco
- ❖ P.O. di Boscotrecase

sono state fortemente condizionate dal perdurare dell'emergenza COVID19.

Si tenga conto, che nella fase pandemica, il P.O. di Boscotrecase è stato adibito, con Delibera del Direttore Generale n. 221 del 17/03/2020 modificato con successiva Delibera del Direttore Generale n. 501 del 16/07/2020, a Covid Hospital.

Decongestionamento dei Pronto soccorso con riduzione della degenza media, attraverso

- l'adozione del Protocollo di gestione dei ricoveri e del sovraffollamento: anche se l'organizzazione ed i percorsi attivati durante l'emergenza Covid hanno consentito di gestire al meglio le funzioni di PS
- l'implementazione del modello di Bed Management di rete ospedaliera, con il coordinamento delle funzioni tra le varie strutture aziendali è risultato

prezioso proprio durante l'emergenza COVID.

Miglioramento della gestione del rischio clinico

in particolare le attività di sorveglianza attiva delle infezioni correlate all'assistenza ad alto rischio di multiresistenza (MDR), sono stati fondamentali per la gestione degli aspetti igienico-sanitari dell'emergenza COVID,

Il ruolo dei Presidi nelle reti regionali emergenza e tempo dipendenti, non è mai venuto a mancare durante l'emergenza COVID. Anzi è stato ancora più valorizzato con irrispettivi compiti di Ospedale COVID, quale il P.O. "S. Anna e SS. Madonna della Neve" - Boscotrecase.

La capacità di sinergia con le altre strutture del territorio, con i servizi/centrali di continuità ospedale-territorio, i PDTA aziendali, le convenzioni, l'integrazione ed uniformità delle procedure, dei protocolli e delle attività si sono significativamente consolidate, estese e qualificate durante l'emergenza COVID e sicuramente costituiranno un punto di forza per il futuro, attraverso il quotidiano collegamento con i servizi di prevenzione, di assistenza domiciliare, di residenzialità con l'integrazione tra le strutture ospedaliere aziendali, con la collaborazione con le strutture private accreditate, con l'utilizzazione di strumenti/modelli innovativi di tele medicina e teleassistenza. Con le attività di cui sopra, si prevede di affrontare il problema delle dimissioni difficili, ridurre gli accessi ripetuti, ridurre la degenza media.

Potenziamento dell'appropriatezza prescrittiva e della ricetta dematerializzata, consiste in azioni di promozione e di formazione del personale e di investimento nelle tecnologie e proprio durante l'emergenza COVID ha mostrato un importante incremento.

Orientamento delle prestazioni specialistiche ospedaliere verso l'alta diagnostica non appena e nella misura in cui l'emergenza COVID lo consentirà, poiché tali tecnologie sono esclusivamente concentrate all'interno degli Ospedali, si procederà alla rimodulazione delle prestazioni.

Incremento della produzione ospedaliera, Riduzione della mobilità passiva, appropriatezza non appena e nella misura in cui l'emergenza COVID lo consentirà, saranno riprese le azioni di miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri ordinari/DH, di sviluppo dei ricoveri chirurgici programmati attraverso day service, percorso chirurgico di elezione e di urgenza

Efficientamento della gestione dei Presidi Ospedalieri e la predisposizione dei relativi piani di rientro, non appena e nella misura in cui l'emergenza COVID lo consentirà, essi potranno beneficiare della gran parte delle azioni sopra descritte ed in particolare della possibilità di implementare a regime la maggior parte delle innovazioni e delle azioni sperimentate durante l'emergenza COVID ancora in corso.

➤ **Assistenza specialistica ambulatoriale**

Interventi per riduzione tempi d'attesa

L'azienda deve attuare diversi interventi per la riduzione dei tempi di attesa che dopo l'emergenza COVID potranno dare i risultati previsti:

- allineamento anagrafica aziendale CUP con il nomenclatore regionale,
- riorganizzazione delle agende per classi e codici di priorità e trasparenza,
- azioni per uniformare i tempi delle prestazioni all'interno dell'azienda
- monitoraggi previsti da Regione e monitoraggi aziendali relativi alle tipologie, volumi e tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali erogate sia in regime istituzionale che in libera professione,
- valutazione dell'appropriatezza clinica in audit e verifica dell'appropriatezza prescrittiva
- separazione canali accesso per prime visite e ritorni-cronici su agende dedicate,
- presa in carico: con attivazione PDTA su agende dedicate,
- attivazione di programmi di screening,
- attivazione di prestazioni di Day Service come i PAC (Pacchetti Ambulatoriali Complessi) e gli APA (Accorpamenti Prestazioni Ambulatoriali).

➤ **Comunicazione al cittadino, umanizzazione del sistema di cure, Prevenzione della Corruzione e Trasparenza**

Realizzazione di interventi di comunicazione efficaci e in grado di contrastare le disuguaglianze di salute

- Aggiornamento sito web, costante a cura di tutti i responsabili di struttura

Rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla Deliberazione n. 251 del 26/03/2021 "Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza anno 2021- 2023

➤ **Sistemi informativi, sanità digitale, programmazione acquisti e logistica sanitaria, ricerca, innovazione ed health technology assessment**

Ambito informativo

- Invio flussi con modalità e tempi definiti dalla regione, completezza e qualità dei dati, sviluppo sistemi informativi territoriali anche per la presa in carico dei pazienti cronici

Sistema contabile unico e di contabilità analitica

- Implementazione Sistema contabile unico e attivazione di quello di contabilità analitica,
- Attuazione PAC: percorso attuativo certificabilità bilanci

Telemedicina a supporto dei processi di presa in carico del paziente

- Utilizzazione soluzioni IT (information technology) per gestione PDTA e sviluppo telemedicina

Ambito pianificazione acquisti

- Definizione fabbisogni e Pianificazione acquisti
- Anagrafica comune

Ambito logistica sanitaria

- Anagrafica comune

➤ **Regole del SSR**

Ruolo committenza ASL, Autorizzazione, Accredimento istituzionale, Accordi contrattuali e contratti

- Controlli, stipula contratti, completamento procedure in itinere

➤ **Contenzioso**

Accantonamento in bilancio in fondo rischi

- Coordinamento tra strutture aziendali che si occupano di contenzioso
- Realizzazione di un programma informatico

➤ **Risorse economico - finanziarie**

Equilibrio economico - finanziario

- Attivazione del budget
- Certificabilità dei Bilanci
- Miglioramento attendibilità dati contabili
- Sviluppo della funzione di controllo
- Riduzione Tempi di pagamento
- Recupero esenzioni
- Piani efficientamento presidi (vedi assistenza ospedaliera)

➤ **Risorse umane e professionali**

Governance del Personale: gestione, valorizzazione e sviluppo

- Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance
- Gestione e monitoraggio fondi contrattuali, pratiche quiescenza
- Gestione e monitoraggio fondi vicolati
- Gestione collegi tecnici
- Aggiornamento ed attuazione piano formativo
- Creazione sistema di responsabilità basato sull'analisi dei processi e sui relativi percorsi
- Definizione dei fabbisogni

- Efficiente ed efficace distribuzione risorse
- Reclutamento
- Riduzione consulenze e prestazioni aggiuntive

Atti Aziendali

- Rimodulazione Atto Aziendale

➤ **Governance farmaci e dispositivi medici**

Implementazione dell'uso del farmaco biologico a brevetto scaduto

- Monitoraggio, indicatori ed azioni finalizzate all'uso del farmaco biologico a brevetto scaduto

Valutazione d'uso di dispositivi medici ad alta complessità

- Procedure, linee di indirizzo, monitoraggio per corretto uso dispositivi medici

Corretto uso - appropriatezza prescrittiva dei farmaci

- Procedure, linee di indirizzo, monitoraggio per corretto uso - appropriatezza dei farmaci della terapia antimicrobica, per prevenzione farmacoresistenza, per corretto uso dei farmaci oncologici, per appropriatezza prescrittiva nei farmaci della cronicità

Riallineamento della spesa farmaceutica a quella delle Regioni con la migliore performance

- Monitoraggio, indicatori ed azioni finalizzate al riallineamento della spesa farmaceutica convenzionata

Farmacia dei servizi

➤ **Investimenti in patrimonio e tecnologie**

Gestione patrimonio, investimenti e parco tecnologico

- Definizione fabbisogni
- Adeguamento immobili ai requisiti previsti dalla normativa vigente
- Monitoraggio patrimonio
- Monitoraggio programmi e progetti avviati
- Monitoraggio apparecchiature

5.3.3. Il contesto generato dal covid 19, principali azioni attuate nel 2020:

La Regione Campania, a seguito della dichiarazione dello stato di emergenza, ha approntato un Piano Operativo d'Emergenza COVID 19, mediante il quale sono state indicate le modalità di trattazione dei pazienti suscettibili di essere infetti dal virus della

SARS COV2. Si è disposto l'immediato potenziamento dei reparti ospedalieri di terapia intensiva, diramando linee di indirizzo assistenziali specificamente individuate dal Ministero della salute per i pazienti affetti da COVID-19.

Nella prima fase emergenziale è stata prevista la rapida attivazione di aree sanitarie temporanee, sia all'interno che all'esterno di strutture, pubbliche o private, di ricovero, cura, accoglienza ed assistenza, per la durata del periodo dello stato di emergenza

Sono state previste, indirizzate e finanziate con norme specifiche le attività di programmazione regionale finalizzate al potenziamento delle dotazioni e dell'organizzazione dell'assistenza ospedaliera e territoriale per la gestione dell'emergenza COVID-19.

Il decreto-legge 34/2020 convertito nella Legge 77/2020 (Decreto Rilancio), all'articolo 1 ha previsto l'adozione, da parte delle Regioni di Piani di potenziamento e riorganizzazione dell'assistenza territoriale con l'obiettivo di assicurare la presa in carico precoce dei pazienti contagiati, dei loro contatti e delle persone in isolamento, nonché dei pazienti fragili, cronici e affetti da patologie invalidanti.

È stato previsto, in particolare, il rafforzamento delle principali funzioni del territorio coinvolte nel sistema di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della malattia da SARS-CoV-2 e il potenziamento delle attività di assistenza domiciliare sia per i pazienti contagiati, sia per i soggetti affetti da malattie croniche, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative e di terapia del dolore. È stato rafforzato inoltre il sistema di monitoraggio e sorveglianza di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi per l'infanzia, attraverso una stretta collaborazione tra i dipartimenti di prevenzione territoriali e le scuole.

La Regione Campania ha prontamente messo in atto un approccio composto di due fondamentali momenti:

Organizzativo - Strutturale: mediante realizzazione di piani strategici di contenimento e mitigazione sia ospedaliero che territoriale (Protocollo operativo identificazione/gestione dei casi sospetti e accertati di infezione da Coronavirus (2019-nCoV). (versione 4 e 14 febbraio 2020);

Analisi previsionale della pandemia mediante algoritmi di Machine Learning per valutare andamento dell'infezione in termini di: Contagio, occupazione posti letto (Degenza Ordinaria e Intensiva da cui derivarne il peso su SSR, mortalità, guarigioni e relativi rapporti tra l'andamento di questa ed ipotetiche misure di contenimento).

La Campania è stata afflitta da un notevole aumento del numero dei contagiati nei 2 mesi antecedenti al mese di Dicembre, in particolare nella metà di Ottobre, con un numero di contagi pari a 19.192 individui.

Dai dati, rinvenibili sul sito aziendale, emerge chiaramente una situazione di aumentata richiesta di posti letto, la cui possibile progressione in crescendo desta serie preoccupazioni e richiede un monitoraggio continuo.

Agli indicati elementi di criticità si aggiungono, infine, i rischi connessi alla crescente diffusione delle cd. varianti (inglese, brasiliana, sud-africana) del virus, rilevate in diverse realtà regionali, connotate da maggiore contagiosità e posta in connessione con le fasce d'età più giovani della popolazione.

Nella PRIMA FASE dell'emergenza, presso l'ASL Napoli 3 Sud, sono state attivate, in via prioritaria, 3 USCA ITINERANTI, con sedi operative nei Distretti Sanitari 51, 52 e 58, con l'utilizzo di Poliambulatori Mobili denominati Hospital Car, in seguito ad apposita convenzione che l'Azienda ha stipulato con l'Associazione House Hospital onlus (Delibera D.G. n. 267/20), per la realizzazione e lo svolgimento di azioni per il contrasto e contenimento della diffusione del virus COVID-19 nel territorio aziendale.

Si tenga presente che nei soli primi 20 giorni, sono stati assistiti al domicilio tutti gli oltre 250 pazienti COVID-19 positivi nei Comuni di Boscoreale, Boscotrecase, Bruscianno, Castellammare di Stabia, Cercola, Ercolano, Gragnano, Mariglianella, Marigliano, Massa Lubrense, Meta di Sorrento, Nola, Ottaviano, Piano di Sorrento, Pimonte, Poggiomarino, Pollena Trocchia, Pomigliano D'Arco, Pompei, Portici, Sant'Anastasia, Sant'Antonio Abate, San Giuseppe Vesuviano, Santa Maria la Carità, San Giorgio a Cremano, San Sebastiano al Vesuvio, Saviano, Somma Vesuviana, Sorrento, Torre Annunziata, Tufino e Vico Equense. L'integrazione organizzativa e gestionale tra l'ASL Napoli 3 Sud e l'Associazione House Hospital onlus ha rappresentato e rappresenta il giusto equilibrio di un patrimonio di uomini, donne e mezzi che collaborano, giorno dopo giorno, alla realizzazione dei doveri costituzionali ispirati ai valori della solidarietà e della sussidiarietà, dando concreta attuazione alla realizzazione di quella visione antropologica che pone la persona e, soprattutto, la persona sofferente al centro dell'azione

L'Azienda inoltre ha posto massima attenzione su:

- ❖ Soluzioni organizzative emergenziali per la gestione dei pazienti COVID (gestione domiciliare, telemedicina);
- ❖ Soluzioni organizzative per la gestione di pazienti non COVID dettate dall'emergenza COVID.

L'ASL Napoli 3 sud, come tutte le Aziende Sanitarie, ha dovuto fronteggiare l'emergenza Covid con le seguenti criticità:

- un numero elevato di soggetti positivi, con le problematiche connesse al controllo dei soggetti in isolamento rispetto al numero non sufficiente di operatori territoriali, con le norme di prevenzione legate al distanziamento sociale;
- rischi di contagio per gli operatori sanitari durante gli accessi domiciliari anche in relazione alle scarse disponibilità di dpi appropriati;
- necessità di fornire ad una vasta popolazione assistita, in particolare ai soggetti fragili, l'informazione, la vicinanza e soprattutto la certezza che l'assistenza continua anche se si è in isolamento, evitando l'affollamento non necessario dei Pronto Soccorso ospedalieri;
- esigenza di avere un monitoraggio completo o di tutti i soggetti positivi e dei soggetti in solo isolamento o in attesa del test del tampone; o monitoraggio delle diverse fasi organizzative per l'esecuzione dei tamponi a livello territoriale, anche in relazione ai debiti informativi esterni.

Per maggior dettagli si rinvia al link aziendale.

Nell'ambito dell'emergenza legata al nuovo Coronavirus SARS-CoV-2 e alla patologia ad esso correlata (COVID-19), come in parte già visto, sono state adottate a livello di sistema profonde modifiche, azioni volte a contenere la diffusione del virus e a

garantire la sicurezza della popolazione.

D'altra parte, come già evidenziato, i nuovi modelli organizzativi di presa in carico e continuità assistenziale, gli interventi di decongestionamento del pronto soccorso, di gestione del rischio clinico ed in particolare delle infezioni, il ruolo dei presidi nelle reti aziendali e regionali, la sinergia tra ospedale, strutture del territorio, centrali di continuità ospedale-territorio, l'implementazione di PDTA aziendali, l'integrazione ed uniformità delle procedure e dei protocolli già in essere hanno aiutato a fronteggiare l'emergenza Covid e si sono significativamente consolidati, estesi e qualificati.

➤ **Prevenzione**

- le attività e le risorse nel 2020 sono state utilizzate, prevalentemente, per affrontare l'emergenza Covid e si prevede che la situazione rimarrà tale anche nel 2021,
- sono state riorganizzate le attività di vaccinazione e screening provvedendo all'adeguamento delle procedure di sicurezza.

➤ **Assistenza territoriale**

Il modello di servizio per la presa in carico e la continuità assistenziale "PDTA - telemedicina" già implementato dall'azienda, ha permesso di approntare il telemonitoraggio domiciliare dei pazienti Covid-19 positivi.

➤ **Assistenza ospedaliera**

L'elevata circolazione dei virus SARS-CoV-2 e l'alto numero di casi COVID-19 ha comportato, nel 2020, una profonda riorganizzazione dei processi e modifiche organizzative rilevanti quali:

- l'Ospedale P.O. di *Boscotrecase* è stato individuato "Ospedale di Intervento COVID - Hub COVID", struttura di riferimento per tutta la ASL Napoli 3 Sud ed è stato oggetto di notevoli interventi di riorganizzazione delle aree di ricovero
- l'attuazione di percorsi separati di accesso nel pronto soccorso degli ospedali per pazienti COVID e non COVID, con la predisposizione di Tende di Pre Triage all'esterno degli stessi
- attivazione del laboratorio di virologia/microbiologia dell'Ospedale P.O. "S. Maria della Pietà" di Nola per l'effettuazione del test di ricerca del COVID-19 per l'ASL Napoli 3 Sud,

Nell'ultimo trimestre 2020, in accordo con indicazioni regionali è stato predisposto il Piano di Risposta all'evoluzione dell'epidemia da infezione SARS-CoV-2 che definisce crescenti scenari di rischio e diversi livelli di risposta della rete ospedaliera e dell'intera azienda all'evoluzione dell'epidemia.

- **Assistenza ambulatoriale: Interruzione e Recupero prestazioni in stato "sospeso"** L'esigenza di ripartire con l'apertura delle attività ordinarie, "sospese" dall'emergenza COVID che ha interrotto le prestazioni ambulatoriali non urgenti e non dedicate a particolari categorie di pazienti, ha richiesto forme di adeguamenti e aggiustamenti per garantire in sicurezza le attività

clinico-assistenziali alla popolazione. Tale situazione ha determinato un notevole incremento di prestazioni ambulatoriali allo stato "sospese" a cui l'Azienda ha dato una risposta efficiente, efficace e appropriata con l'apertura degli ambulatori, affrontando la problematica su più fronti distinti:

- valutazione appropriatezza della domanda prescrittiva,
- potenziamento dell'offerta mediante l'efficientamento e l'ottimizzazione delle risorse
- ampliamento della diffusione della prescrizione dematerializzata;
- riorganizzazione e razionalizzazione delle sedi di erogazione ambulatoriale, in particolare delle strutture "COVID", in relazione all'appropriatezza e sicurezza dei percorsi di accesso e delle modalità di svolgimento delle prestazioni,
- stratificazione degli assistiti per livello di rischio,
- possibilità di garantire in telemedicina prestazioni che sarebbero non configurabili per il paziente a domicilio.

L'articolazione delle linee strategiche individuate in obiettivi operativi è rappresentata nello schema obiettivi allegato.

6. CICLO DELLA PERFORMANCE E DIRETTIVE 2021

Il regolamento sul sistema di misurazione e valutazione della performance è in fase di definizione.

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance, costituisce la struttura di riferimento per il ciclo di gestione della performance, definendone i principi, le modalità di svolgimento, la tempistica, gli attori e gli strumenti.

La definizione di un sistema di misurazione e valutazione della performance è prevista dal D.L. 150/09 modificato dal D.Lgs n. 74/2017.

Il tema della valutazione delle performance, oltre ad avere una rilevanza sul piano normativo e contrattuale, riveste un ruolo imprescindibile nella gestione aziendale. La valutazione dei risultati conseguiti dalle diverse articolazioni organizzative dell'Azienda e dai singoli professionisti, infatti, è componente essenziale per avviare processi di miglioramento delle performance aziendali. Non sarebbe possibile, in alternativa, comprendere, a fronte del mancato raggiungimento di uno più obiettivi aziendali, le cause degli scostamenti e si renderebbe oltremodo complesso immaginare di superare le stesse criticità, nella definizione dei programmi futuri, in assenza della loro misurazione e valutazione.

Attraverso lo sviluppo diffuso dell'attività di valutazione, l'Azienda si propone di avviare un circolo virtuoso mediante il quale ogni soggetto interessato, l'azienda, l'articolazione organizzativa e il singolo professionista (dirigente, operatore di comparto e convenzionato), entri nel merito dell'attività svolta, la ponga in discussione, identifichi i margini di miglioramento e, quindi, proceda alla loro implementazione concreta. La valutazione dei risultati, in altre parole, è una necessità aziendale ma, al contempo, un'opportunità di crescita e sviluppo dell'organizzazione e del patrimonio professionale. Con questo regolamento, si coglie l'opportunità di una revisione dei processi e di rafforzamento degli strumenti attraverso un'iniziativa esplicita di adeguamento alla normativa citata, in applicazione delle linee di indirizzo nazionali e regionali e si applica a tutto il personale dell'Azienda.

La performance è il concetto centrale introdotto dal D.Lgs 150/09, modificato con il D.Lgs 74/2017 che assume il significato di contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che il soggetto (organizzazione, unità organizzativa, gruppo di individui, singolo individuo) apporta, attraverso la propria azione, al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita.

Nell'Azienda ASL Napoli 3 Sud la valutazione annuale della performance interessa i seguenti ambiti specifici:

- **Performance Organizzativa**
- **Performance Individuale.**

La valutazione della **Performance Organizzativa** dell'Azienda nel suo complesso e delle sue articolazioni organizzative, è strettamente collegata al sistema degli obiettivi di sistema, declinati dalla programmazione regionale ed aziendale ed è resa operativa, allo stato attuale attraverso le schede obiettivi (Scheda n. 1, n. 2), entro il 31/12/2021 dovrà essere resa operativa attraverso il sistema di budget aziendale

Le schede evidenziate nel presente atto sono reperibili su Amministrazione Trasparenza - Performance - Schede Performance.

La valutazione della **Performance Individuale** è finalizzata ad apprezzare sia il contributo fornito dal singolo al perseguimento degli obiettivi della o delle articolazioni organizzative di appartenenza, sia la capacità dello stesso di mantenere e/o sviluppare le conoscenze e le competenze tipiche del ruolo ricoperto, essa è resa operativa, allo stato attuale dalle schede obiettivi performance (Scheda n. 3, n. 4, n. 5 e n. 6).

La formalizzazione di un Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance per l'Azienda, una volta approvato dall'OIV e quindi deliberato, dovrà assolvere ad una pluralità di scopi:

- migliorare l'efficienza del sistema di programmazione e di attuazione degli obiettivi;
- introdurre uno strumento di apprendimento organizzativo e di orientamento dei comportamenti a supporto dei processi decisionali;
- rappresentare, misurare e rendere pubblica e trasparente l'efficacia organizzativa rispetto agli obiettivi istituzionali (accountability).

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 (U.O.), con risultati che si integrano con la valutazione della performance individuale, effettuata secondo le procedure ed i criteri concordati con le Organizzazioni Sindacali, ai fini del riconoscimento della retribuzione del risultato.

Si rappresenta che l'albero della Performance è una struttura logica che identifica i legami tra mandato istituzionale, missione, aree strategiche ed obiettivi strategici nell'ottica della trasversalità delle funzioni.

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.

Le unità di analisi della misurazione

La misurazione della performance organizzativa può essere riferita a tre diverse unità

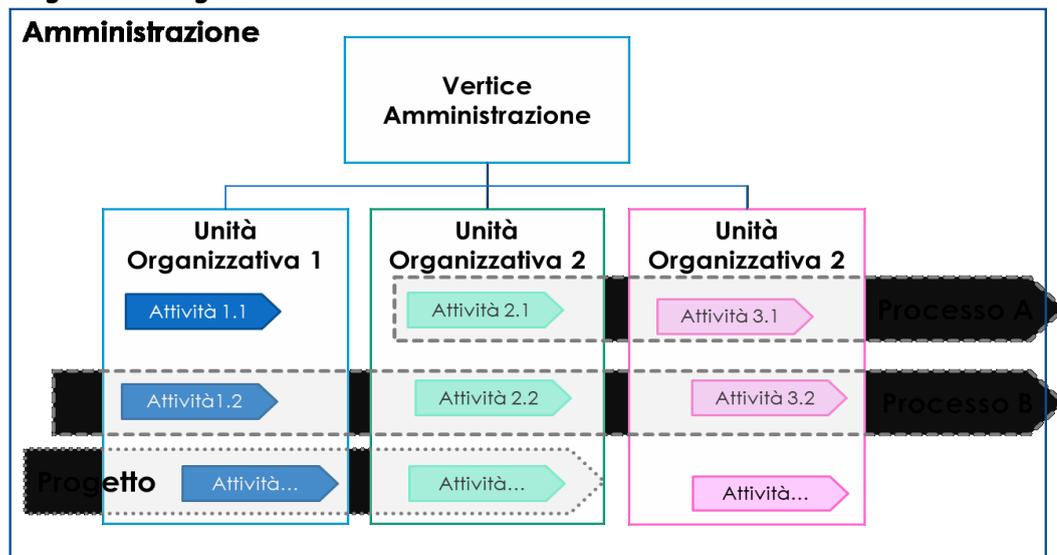
di analisi: (1) amministrazione nel suo complesso; (2) singole unità organizzative dell'azienda; (3) processi e progetti. Le tre unità di analisi non sono necessariamente alternative nei SMVP, in quanto consentono di cogliere insieme diversi di responsabilità, tra loro nidificati. Nel presente documento sono indicate le unità di analisi alle quali verrà fatto riferimento in sede di misurazione e valutazione della performance organizzativa. Si ricorda, tra l'altro, che ai sensi del nuovo articolo 19 del d.lgs. 150/2009 alla retribuzione della performance organizzativa deve essere destinata una quota delle risorse del fondo relativo al trattamento economico accessorio.

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

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

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

Figura - Il legame tra le unità di analisi



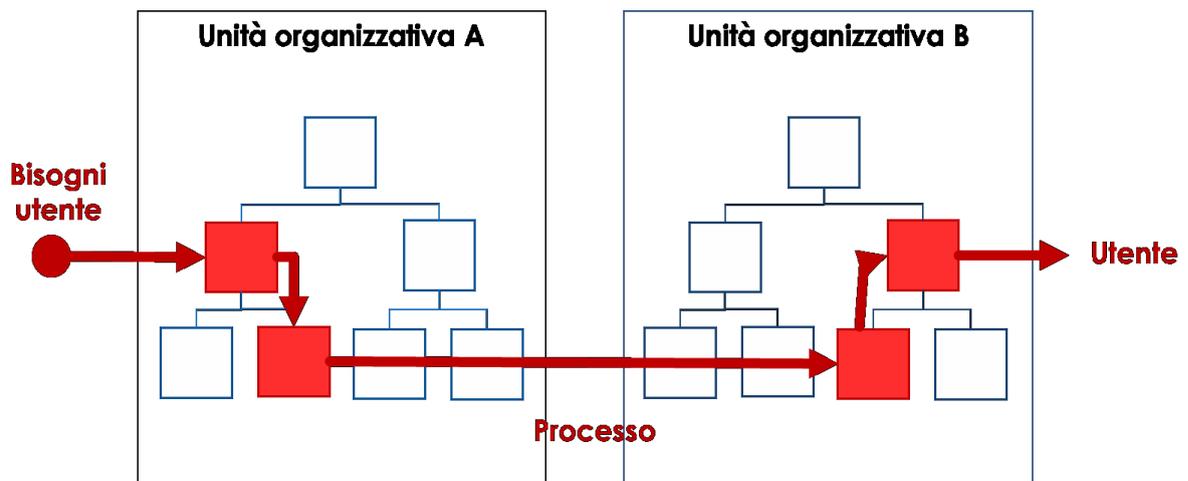
L'attività è un utile elemento per la misurazione e valutazione della performance per diverse ragioni:

- ✓ 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;

Particolare attenzione viene qui di seguito dedicata ai processi e ai progetti. Il processo è definito come una sequenza organizzata di attività finalizzate alla creazione di un output richiesto o necessario ad un utente (interno o esterno) che può attraversare più unità organizzative. Proprio la finalizzazione verso un utente rappresenta l'elemento chiave per una più efficace rappresentazione della performance.

La figura illustra il concetto di processo (parte rossa dello schema), in un caso tipico in cui il processo attraversa più unità organizzative. Nei casi più complessi il processo può attraversare più strutture e/opresidi.

Figura - Illustrazione di un processo trasversale alle unità organizzative



Il focus sui processi consente di:

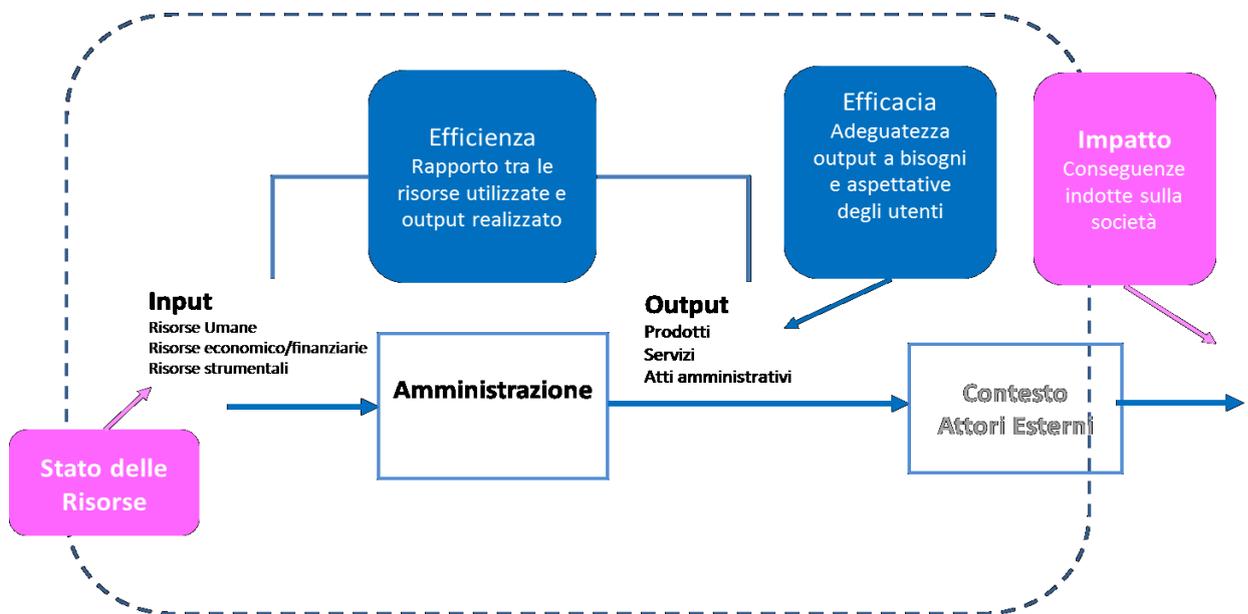
- misurare l'efficacia del servizio finale all'utente, sia erogata (ad esempio, i tempi di erogazione di un servizio) che percepita (soddisfazione rispetto alla cortesia del personale), andando a definire sin dalla fase di programmazione gli elementi rilevanti del servizio/prodotto;
- misurare l'efficienza del processo nel suo complesso e delle singole attività che lo compongono, mettendo eventualmente in relazione l'efficienza con l'efficacia;
- agevolare la corretta individuazione degli output prodotti dall'amministrazione, con particolare riferimento ai servizi erogati e alla conseguente identificazione degli utenti (interni o esterni) a cui questi ultimi sono rivolti, rendendo più immediato il collegamento tra misurazione e valutazione della performance organizzativa e gli esiti delle indagini sul livello di soddisfazione di cittadini e utenti rispetto ai servizi erogati.

Gli indicatori

Gli indicatori rappresentano un elemento cardine del sistema di misurazione: le principali dimensioni di indicatori da utilizzare per la misurazione della performance organizzativa, che coprono tutti gli ambiti riportati dall'art.8, comma 1, del d.lgs. 150/2009 come modificato dal d.lgs. 74/2017 sono:

- lo stato delle risorse, come presupposto della performance organizzativa: come si può migliorare l'efficienza e l'efficacia di una struttura se non si conosce, non si tiene conto e non si migliora lo stato delle risorse dell'azienda a livello quantitativo ed a livello qualitativo?
- l'efficienza e l'efficacia, che costituiscono il nucleo centrale della performance organizzativa in quanto misurano i risultati dell'azione organizzativa e individuale;
- Come si può vedere dalla figura, efficienza, efficacia e impatto si riferiscono alle attività dell'azienda e ai suoi risultati nel breve e nel lungo periodo. Lo stato delle risorse, invece, è riferito ad una fotografia delle risorse a disposizione dell'amministrazione.

Figura - Stato delle Risorse, Efficienza, Efficacia e Impatto



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. La dimensione dell'efficienza esprime la capacità di utilizzare le risorse (input) in modo sostenibile e tempestivo nel processo di produzione ed erogazione del servizio (output) o, in altri termini, la capacità di

produrre beni e servizi minimizzando il tempo e/o le risorse impiegati.

La dimensione dell'efficacia, esprime l'adeguatezza dell'output erogato rispetto alle aspettative e alle necessità degli utenti (interni ed esterni). Per misurare l'efficacia dell'azione di una amministrazione, è quindi fondamentale individuare quali dimensioni siano rilevanti per gli utenti. 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.

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 di budget sono 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 Complessa Valutazione Risorse Umane e Performance sovrintendere all'intero sviluppo del ciclo della Performance e supportare la 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.

La Struttura Complessa Gestione Risorse Umane governa il processo di valutazione individuale fornendo supporto nel corso dell'intero anno a tutti i soggetti coinvolti,

sino al momento in cui non si da corso al processo di valutazione integrativa.

6.1 Direttive anno 2021

L'emergenza **Sars-CoV-2**, nell'anno in corso, come già nel 2020, renderà difficile la completa attuazione degli obiettivi di cui innanzi indicati e presumibilmente apporterà variazioni alle presenti direttive.

Gli Obiettivi minimi da raggiungere oltre quelli di cui alla delibera 372/2019 sono:

- ✚ Vaccinazione anti **Sars-CoV-2** pari all'80% della popolazione di riferimento Asl Napoli 3 Sud
- ✚ Recupero delle liste di attesa (DGRC n.620 del 29/12/2020)
- ✚ Attuazione del progetto dei fabbisogni di cui alla deliberazione del Direttore Generale n.360 del 27/04/2021
- ✚ Attività di cui alla DGRC n. 104 del 16/03/2021: "ATTIVITA' ISPETTIVA SANITARIA E SOCIO SANITARIA, PIANO ANNUALE 2021
- ✚ Attività di cui alla circolare DFP-0080611-P-30/12/2019 "Indicatori comuni per le funzioni di supporto delle Amministrazioni Pubbliche - ciclo della performance 2020-2022", per l'area amministrativa.
- ✚ Attività di competenza di cui alla L.R. n. 5 del 29/06/2021

Altre variazioni potranno rendersi necessarie in seguito all'approvazione regionale del Bilancio di previsione, all'assegnazione di ulteriori obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, ad altre indicazioni regionali e ad altre criticità aziendali rilevate nel periodo di attuazione del sistema della performance.

Processo

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

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

- presidio tecnico metodologico del SMVP che si esprime prevalentemente

attraverso la formulazione del parere vincolante sul SMVP, la validazione della Relazione sulla performance e la Relazione annuale sul funzionamento del Sistema;

- validazione della valutazione della performance organizzativa, effettuata nel rispetto degli indirizzi espressi in queste linee guida;
- monitoraggio del processo di performance organizzativa, ovvero verifica dell'andamento della performance dell'amministrazione rispetto agli obiettivi programmati e segnalazione all'organo di indirizzo politico dell'esigenza di interventi correttivi;
- proposta di valutazione annuale dei dirigenti di vertice e trasmissione all'organo di indirizzo politico- amministrativo.

In riferimento al ruolo dell'OIV, è opportuno che il disegno del SMVP, in fase di definizione di questa U.O., deve tener conto di due requisiti essenziali per la sua efficacia:

- condivisione, fra OIV e amministrazione, delle modalità ottimali per consentire all'OIV il pieno e autonomo accesso alle informazioni rilevanti e alla conoscenza dei fenomeni gestionali e amministrativi;

L'interazione fra OIV e amministrazione deve portare benefici reciproci in termini di scambio di informazioni, costruzione di una visione sistemica condivisa, segnalazione tempestiva di scostamenti e definizione appropriata di interventi correttivi, sia nei processi di amministrazione attiva, sia nei processi di supporto e controllo di gestione. È bene comunque 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.

Strumenti di programmazione e valutazione

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

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

Ambiti di valutazione

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance deve essere collegato a precisi ambiti di valutazione, così come individuati dal D.Lgs. 150/2009, che rappresentano le aree di attività secondo una gerarchia che parte dall'ambito prioritario, corrispondente alla *mission* dell'organizzazione (la soddisfazione dei bisogni di salute), cui seguono altri ambiti strumentali al principale (organizzazione, processi, qualità, output, input, ecc.). Offrendo ai singoli dirigenti un insieme articolato di informazioni circa i risultati delle proprie attività, si opera una valutazione percepita come equa e utile in un contesto professionale con alti gradi di specializzazione, marcata presenza delle professioni codificate, tradizione di autonomia professionale.

Pubblicità

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

Metodologia Aziendale applicata

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, entro il 31/12/2021 deve applicare la metodica di budget al fine di garantire efficacia ed efficienza ai processi di acquisizione e impiego delle risorse e concretizzare il principio della responsabilità economica.

Il sistema adottato si articola nelle quattro fasi fondamentali di:

- Affidamento degli obiettivi alle singole strutture aziendali entro luglio e quindi predisposizione di atto deliberativo di competenza per singola area
- Monitoraggio periodico della performance organizzativa ed individuale almeno semestrale
- Monitoraggio semestrale e rendicontazione da parte dei responsabili di struttura ed effettuazione valutazioni della performance entro 31 gennaio 2022
- Validazione da parte dell' OIV e solo dopo saldo liquidazione Retribuzioni di risultato/produttività

ALLEGATO 1

SCHEMA OBIETTIVI

Tabella LEA 2021 Distrettuale

| | Peso | Risultato | Punteggio | Punteggio finale |
|---|------|-----------|-----------|------------------|
| D03C Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco | 2 | | | |
| D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite | 2 | | | |
| D09Z Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso | 1 | | | |
| D10Z Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B. | 1 | | | |
| D14C Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antibiotici | 1 | | | |
| D22Z Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1 | | | | |
| D22Z Tasso di pazienti trattati in ADI CIA2 | | | | |
| D22Z Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3 | | | | |
| D22Z Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3) | 1 | | | |
| D27Z Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche. | 1 | | | |
| D30Z Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore | 1 | | | |

| | | | | |
|---|----------|--|--|--|
| D33Z Res. Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura). | 1 | | | |
| Punteggio complessivo | | | | |

Tabella Punteggio LEA 2021 Prevenzione

| | Peso | Risultato | Punteggio | Punteggio finale |
|---|------|-----------|-----------|------------------|
| P01C Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) | 2 | | | |
| P02C Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) | 2 | | | |
| P10Z Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino | 2 | | | |
| P12Z Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale | 2 | | | |
| P14C Indicatore composito sugli stili di vita | 1 | | | |
| P15C Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato mammella | | | | |
| P15C Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per cervice uterina | | | | |
| P15C Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato colon retto | | | | |
| P15C Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto | 2 | | | |
| Punteggio Complessivo | | | | |

Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliera

| | Peso | Risultato | PUNTEGGIO | Punteggio finale |
|--|------|-----------|-----------|------------------|
| H01Z Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti | 2 | | | |
| H02Z Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui | 2 | | | |
| H04Z Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario | 2 | | | |
| H05Z Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni | 2 | | | |
| H13C Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario. | 2 | | | |
| H17C % di Parti cesarei primari in strutture con meno o più di 1.000 parti all'anno | | | | |
| H18C - % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno | | | | |
| H17+H18 | 2 | | | |
| Punteggio Complessivo | | | | |

Ulteriori OBIETTIVI TERRITORIALI

| | | | |
|--|--|-----------|---|
| Invio dati relativi alla specialistica ambulatoriale: dati anagrafici e sanitari | DGRC 1200/2006 D.D. n.17 RC del 30/1/2009 e DDR 394 del 27/11/2009 Decreto Dirigenziale 17 del 30 gen 2009 Regione Campania | mensile | Entro il 15° giorno del mese successivo a quello di riferimento |
| Certificati di Assistenza al Parto | DM 16 lug 2001 n 349 circ Min Salut n. 15 del 19/12/01 | ad evento | entro il 10° giorno dalla nascita del neonato |

PROSPETTO SINOTTICO DEGLI OBIETTIVI TRIENNALI DELL'AZIENDA**AREA A) Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza**

| VALORE | | | |
|---|---|--|-------------------------|
| Area Obiettivo | Obiettivo | OBIETTIVO BIENNIO (SOGLIA) 2021 | TARGET 2021-2023 |
| C.1 - Rispetto degli standard di copertura per vaccinazioni, screening e restanti attività di prevenzione | C.1.1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) (Indicatore 1.1 della bozza di Griglia LEA 2017) | >= 92% | >= 92% |
| | C.1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) (Indicatore 1.2 bozza Griglia LEA 2017) | >= 92% | >= 95% |
| | C.1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni) (Indicatore 1.3 Griglia LEA 2018) | >= 65% | >= 65% |
| | C.1.4 Adesione "corretta" per screening mammografico | >= 20% | >= 40% |
| | C.1.5 Adesione "corretta" per screening cervice uterine | >= 15% | >= 35% |
| | C.1.6 Adesione "corretta" per colon-retto | >= 15% | > 25% |

AREA B) Rispetto dei tempi massimi d'attesa, secondo le indicazioni regionali

| Area Obiettivo | Obiettivo | VALORE OBIETTIVO (SOGLIA) 2021 | TARGET BIENNIO 2021-2022 |
|---|--|--|--|
| B.1 - Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di primo intervento e di permanenza in Pronto Soccorso | B.1.1 Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (indicatore 21 della bozza di Griglia LEA 2017) | ≤ 18 minuti | mantenere performance 2020 |
| | B.1.2 Rispetto della Durata di accesso in Pronto Soccorso inferiore alle 4 ore secondo quanto previsto da disposizione regionale | migliorare la performance 90° percentile entro le 4 ore | Rispetto indicazioni regionali |
| B.2 - Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per gli interventi chirurgici | B.2.1 Rispetto Piano di Riduzione dei Tempi d'attesa Aziendale Classe A, Classe B, Classe C, Classe D | Soglie regionali definite per semestre, da garantire in ciascun distretto. | Soglie regionali definite per semestre, da garantire in ciascun distretto. |
| B.3 - Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale | B.3.1 Rispetto Piano di Riduzione dei Tempi d'attesa Aziendale - Classe Breve Attesa (B), Classe Differita (D), Classe Programmabile (P) | Soglie regionali definite per semestre, da garantire in ciascun distretto. | Soglie regionali definite per semestre, da garantire in ciascun distretto. |
| B.4 - Rispetto della programmazione regionale relativamente all'attività di Specialistica Ambulatoriale | B.4.1 Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità evidenziate dall'analisi della domanda per branca | Rispetto degli standard o miglioramento degli indicatori critici | Mantenimento standard 2019 se migliorati |

AREA A) Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari

| Area Obiettivo | Obiettivo | VALORE OBIETTIVO (SOGLIA) 2021 | TARGET BIENNIO 2021-2022 |
|---|---|---|--|
| A.1 - Efficienza dei servizi sanitari | A.1.1 Variazione Annuale del Costo della Produzione (+ Imposte e tasse) | <=0 | <=0 |
| | A.1.2 Rispetto dei tempi di pagamento programmati | Soglia personalizzata per singola azienda | Mantenimento / Miglioramento |
| A.2 - Rispetto della programmazione regionale sui costi del Personale | A.2.1 Rispetto del tetto di costo: Personale | Tetto come da Programmazione Regionale 2019 | Tetto come da Programmazione Regionale biennio 2020-2021 |
| A.3 - Rispetto della programmazione regionale sui costi dei Beni Sanitari | A.3.1 Rispetto di: - tetto di costo: Farmaceutica Acquisti diretti - pro capite pesato diretta di classe A-H - tetto di costo: DM - disposizioni regionali in merito alla appropriatezza prescrittiva | Tetto come da Programmazione Regionale 2019 | Tetto come da Programmazione Regionale biennio 2020-2021 |
| | A.3.2 - Rispetto di: - tetto di costo: Farmaceutica Convenzionata - pro capite pesato per Assistenza Integrativa - pro capite pesato per Assistenza Protesica - disposizioni regionali in merito alla appropriatezza prescrittiva | Tetto come da Programmazione Regionale 2019 | Tetto come da Programmazione Regionale biennio 2020-2021 |

Obiettivi nell'ambito delle misure per il contenimento della diffusione del COVID-19

| Area Obiettivo | | Obiettivo | VALORE OBIETTIVO 2021 | |
|--|--------|--|---|--------------------------------------|
| A.1 – Contact Tracing | A.1.1 | Potenziare le Risorse umane distante al Contact Tracing | >30 % rispetto al 2020 | |
| | A.1.2 | Completare le indagini epidemiologiche entro 12 ore e attivare le misure di isolamento o quarantena | Registare sul Portale I contatti stretti | Procedere alla richiesta dei Tamponi |
| A.2 – Esecuzione dei Tamponi Molecolari | A.2.1 | Potenziare I Team che effettuano tamponi molecolari | Evadere le richieste dei Tamponi molecolari entro 24-48 h dalla prescrizione | |
| A.3 –Razionalizzazione delle attività dei Laboratori con riduzione dei tempi di refertazione ed attivazione del turno 6,00-24,00 | A.3.1 | Ridurre I tempi di refertazione dalla consegna | Refertare entro max 12-18 dall'accettazione dei campioni | |
| | | Firma digitale dei referti entro 30 min dalla processazione dei campioni | | |
| A.4 – Piano Vaccinale | A.4.1 | Potenziare le equipe vaccinali dedicando più Risorse sia alla fase di reclutamento che a quella di esecuzione | | |
| | A.4.2 | Organizzare equipe distrettuali per la somministrazioni di vaccini in sede domiciliare. | | |
| | a.4.3- | Per l'area del Provveditorato e dei Servizi tecnici –Supportare l'organizzazione ed il potenziamento delle postazioni vaccinali | | |
| A.5 – Attività Team Spoke | A.5.1 | Potenziare le attività dei Team Spoke distrettuali sia con un maggior numero di Risorse sia con una migliore razionalizzazione operativa | Contattare con frequenza giornaliera I soggetti positive con valori medi critici | |
| | | | Contattare I soggetti postivi con valori di media o bassa criticità con frequenza tri settimanale | |
| | A.5.2 | Potenziare il numero di controlli domiciliari per I casi critici riducendo il numero di ricoveri nelle strutture COVID | | |
| | A.5.3 | Aggiornamento giornaliero del Portale con I dati clinici e dei vari indicatori | | |
| | A.5.4 | Razionalizzare l'utilizzo degli USCA | | |
| A.6 – Logistica-Acquisto DPI e Distribuzione | A.6.1 | Intensificare e velocizzare le procedure di acquisto dei DPI e dei presidi sanitari | | |
| | A.6.2 | Razionalizzare la distribuzione dei DPI presso gli operatori sanitario | | |
| | | | | |

ULTERIORE PROSPETTO SINOTTICO DEGLI OBIETTIVI TRIENNALI DELL'AZIENDA

| Obiettivo strategico | Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2021-2023 | 2021 | 2022 | 2023 | Obiettivo operativo anno 2021 | REG/AZZ |
|---|---|------|------|--|--|----------|
| Governo dell'offerta, appropriatezza e tempi di attesa | Aggiornamento procedure organizzative ed informatiche | | | | Completamento dell'aggiornamento ed allineamento in tutte le procedure informatiche | AZ |
| | Messa in sicurezza CED | | | | Completamento procedure di messa in sicurezza del CED per la normativa della Privacy | AZ |
| | Allineamento e flussi Sinfonia | | | | Allineamento e flussi sinfonia | AZ |
| | Sviluppo dell'attività dei controlli | | | | Strutturazione del sistema dei controlli delle attività in libera professione, con sviluppo di cruscotto strutturato di monitoraggio | AZ |
| | Tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale | | | | Monitoraggio dei tempi di attesa per le varie prestazioni indice e per macrostruttura | AZ e REG |
| | Azioni di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva | | | | Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità evidenziate dall'analisi della domanda per branca | Reg |
| | Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambul. | | | | Rispetto piano riduzione tempi di attesa aziendale - Classe Breve (B) - Classe Differita (D) - Classe Programmata (P) | Reg |
| | CUP | | | | | |
| | Progetto dei CUP e dei punti prenotazione | | | | Monitoraggio attività CUP e dei punti di prenotazione | AZ |
| | | | | | Monitoraggio dei tempi di attesa e verifica della corretta assegnazione delle classi di priorità | AZ |
| | | | | Monitoraggio dei criteri di assegnazione della classe di priorità secondo il decreto 49 del 21/12/2017 | AZ | |
| | | | | | | |

| Obiettivo strategico | Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2021-2023 | 2021 | 2022 | 2023 | Obiettivo operativo anno 2021 | REG/AZZ |
|----------------------|--|------|------|------|---|---------|
| | 1 Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di attesa per gli interventi chirurgici | | | | Rispetto Piano di Riduzione dei tempi di attesa aziendale: - Classe A - Classe B - Classe C - Classe D | R |
| | Monitoraggio tetti di spesa | | | | Monitoraggio tetti di spesa | AZ |
| | Avvio tavoli per branca per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva in collaborazione con i medici convenzionati | | | | Coinvolgimento dei privati accreditati nei tavoli identificati come prioritari per i tempi di attesa della specialistica ambulatoriale | AZ |
| | Sviluppo dell'attività dei controlli delle attività dei privati accreditati | | | | Strutturazione di un sistema dei controlli delle attività dei privati accreditati con sviluppo di un cruscotto strutturato di monitoraggio | AZ |
| | Monitoraggio spesa farmaceutica convenzionata | | | | Monitoraggio spesa Biosimilari, equivalenti e antibiotici | AZ |
| | Verifica appropriatezza farmaci ad alto costo attraverso PDTA | | | | Riduzione percentuale dell'utilizzo farmaci ad alto costo | AZ |
| | Sviluppo di sistemi innovativi per la valutazione dell'appropriatezza | | | | Nella pratica clinica, lo sviluppo/attivazione di un software per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva in pazienti anziani fragili | AZ |
| | Sviluppo di percorsi di lotta all'antibiotico resistenza | | | | Monitoraggio della terapia antibiotica nel territorio (eventuale istituzione di un gruppo di lavoro) | AZ |
| | Rispetto delle disposizioni regionali in merito all'appropriatezza prescrittiva | | | | Rispetto delle disposizioni regionali in merito all'appropriatezza prescrittiva in ambito della farmaceutica territoriale | R |
| | Stesura di un unico Prontuario Terapeutico Aziendale attraverso la Commissione Terapeutica Aziendale | | | | Omogeneizzazione delle procedure per la stesura e l'aggiornamento costante del Prontuario terapeutico Aziendale attraverso la Commissione Terapeutica aziendale | AZ |

| Obiettivo strategico | Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2021-2023 | 2021 | 2022 | 2023 | Obiettivo operativo anno 2021 | REG/AZZ |
|----------------------|---|------|------|------|--|---------|
| | Promozione e verifica dell'appropriatezza prescrittiva per le terapie oggetto di Raccomandazione o di PDTA Regionali, quali Farmaci Oncologici ad alto costo e Farmaci innovativi; Verifica aderenza terapie per Diabete, ASMA e BPCO | | | | Promozione e verifica dell'appropriatezza prescrittiva per le terapie oggetto di Raccomandazione o di PDTA Regionali, con particolare attenzione ai farmaci ad alto costo (oncologici, innovative); alla promozione e incremento dell'uso dei farmaci biosimilari e al corretto impiego dei farmaci antimicrobici. Attivazione di procedure ed audit clinici per l'area oncologica | AZ |
| | Rispetto delle disposizioni regionali in merito all'appropriatezza prescrittiva | | | | Rispetto delle disposizioni regionali in merito all'appropriatezza prescrittiva in ambito della farmaceutica ospedaliera | R |
| | Rispetto della programmazione regionale sui costi dei Beni Sanitari | | | | Rispetto del tetto di costo: Farmaceutica Acquisti diretti | R |
| | | | | | Rispetto del pro-capite pesato diretta di classe A e H assegnato | R |
| | | | | | Registri AIFA: rispetto della compilazione e recupero note credito | R |
| | | | | | Rispetto del tetto di costo: DM e IVD | R |
| | | | | | Rispetto del tetto di costo: Farmaceutica Convenzionata | R |
| | | | | | Rispetto del tetto di costo: Assistenza Integrativa | R |
| | | | | | Rispetto del pro capite pesato per Assistenza Protesica | R |
| | Uniformare progressivamente le modalità erogative delle protesi e degli ausili nel territorio aziendali | | | | Applicazione dei protocolli aziendali in materia di protesi ed ausili | AZ |
| | Applicazione delle nuove disposizioni LEA approvate con DPCM 12 gennaio 2017 | | | | Attivazione di un tavolo aziendale che, sulla base di quanto stabilito a livello regionale, analizza l'applicazione delle nuove disposizioni normative | AZ |
| | Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di primo intervento e di permanenza in Pronto Soccorso | | | | Intervallo Allarme-target dei mezzi di soccorso (indicatore 21 della Griglia LEA 2016) | AZ |
| | | | | | Rispetto della Durata di accesso in Pronto Soccorso inferiore alle 4 ore | AZ |

| | | | | | |
|---|--|--|--|---|----|
| Sorveglianza sulle attività di macellazione e lavorazione della selvaggina | | | | Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/report informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni | AZ |
| Sorveglianza sugli stabilimenti registrati, compresa la produzione primaria e sugli stabilimenti riconosciuti | | | | Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/report informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni | AZ |
| Ispettorato micologico L. 352 del 23 Ago 1993 | | | | Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/report informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni Controllo delle specie fungine su richiesta | AZ |
| Sorveglianza acque potabili | | | | Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/report informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni | AZ |
| Infezioni, intossicazioni e tossinfezioni alimentari | | | | Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/report informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni | AZ |
| 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) | | | | Elaborazione del Profilo di salute Relazione sullo stato di salute della comunità e sui problemi di salute prioritari Informazione e comunicazione alle istituzioni, ai cittadini e agli operatori sanitari | AZ |
| | | | | Attivazione di processi intersettoriali per la salute in tutte le politiche | AZ |
| | | | | Individuazione e offerta dei programmi di promozione della salute più efficaci | AZ |
| Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione | | | | Informazione e comunicazione alle istituzioni, ai cittadini e a gli operatori sanitari anche attraverso report strutturati | AZ |
| Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale | | | | Programmazione, attivazione e valutazione di interventi di sanità pubblica finalizzati alla prevenzione delle MCNT | AZ |
| Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcool | | | | Attivazione di programmi intersettoriali per la prevenzione dei fattori di rischio Informazioni sui rischi per la salute Offerta di counseling individuale | AZ |
| Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica | | | | Attivazione di programmi intersettoriali Informazione e comunicazione ai cittadini e agli operatori Offerta di counseling individuale Rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica su richiesta delle istituzioni scolastiche Rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva agonistica per minorenni e persone con disabilità | AZ |

| | | | | | | |
|-----------------------------|--|-------------|-------------|-------------|---|----------------|
| | Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari | | | | Attivazione di programmi intersettoriali per la prevenzione dei fattori di rischio Informazione e comunicazione ai cittadini e agli operatori Offerta di counseling individuale Supporto ad enti ed istituzioni nella predisposizione dei menu della ristorazione collettiva | AZ |
| | Promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno e di una corretta alimentazione complementare | | | | Offerta di counseling individuale Informazione e comunicazione ai cittadini e agli operatori | AZ |
| | Screening oncologici definiti dall'Accordo Stato Regioni del 23 marzo 2005 e dal Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 | | | | Informazione sui benefici per la salute derivanti dall'adesione ai programmi di screening Chiamata attiva ed esecuzione dei test di screening di primo e secondo livello alle popolazioni target Invio ad altro setting assistenziale per la presa in carico diagnostico- terapeutica in relazione alla patologia neoplastica | AZ e REG |
| | Prevenzione delle dipendenze | | | | Attivazione di programmi intersettoriali per la prevenzione del rischio da dipendenza e per favorire le capacità personali | AZ |
| Obiettivo strategico | Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2021-2023 | 2021 | 2022 | 2023 | Obiettivo operativo anno 2021 | REG/AZZ |
| | Omogeneizzazione dell'area anestesiologicala | | | | Revisione ed omogeneizzazione a livello aziendale della gestione oraria degli anestesisti al fine di ottimizzare le risorse | AZ |
| | Progetto di attivazione, omogeneizzazione e sviluppo delle week surgery | | | | Attivazione della Week Surgery Omogeneizzazione della Week Surgery | AZ |
| | | | | | Sviluppo del progetto di WeekSurgery | R |
| | Sorveglianza epidemiologica della malattie infettive e diffuse | | | | Produzione periodica di report sull'andamento delle malattie infettive/diffusive Comunicazione periodica a operatori sanitari, cittadini e istituzioni | AZ |

| | | | | | | | | |
|-----------------------------|---|-------------|-------------|--|--------------------------------------|----------------|--|----|
| | | | | Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive | | | <p>Profilassi immunitaria e chemioprolifassi 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> | AZ |
| | | | | <p>Vaccinazioni</p> <p><u>Nuovi nati:</u> 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;</p> <p><u>Adolescenti:</u> ciclo di base (come da calendario) di vaccino anti-meningococcico ACWY135e vaccino anti HPV;</p> <p><u>Soggetti di età ≤ 65 anni:</u> vaccino anti-influenzale stagionale;</p> <p><u>Soggetti di età pari a 65 anni:</u> ciclo di base (come da calendario) di vaccino anti- pneumococcico PCV13+PPV23 e vaccino anti- zoster;</p> <p><u>Soggetti a rischio di tutte le età:</u> vaccinazioni previste dal vigente PNPV 2012-2014 e da altre normative nazionali sull'argomento.</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> | R |
| | | | | Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato | | | <p>Comunicazione dei rischi per la salute derivanti da inquinamento ambientale</p> <p>Partecipazione e supporto ad enti ed istituzioni per programmi di miglioramento ambientale, con particolare attenzione ai rapporti ambiente e salute</p> | AZ |
| | | | | Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici ad uso scolastico e ricreativo | | | <p>Attività di controllo</p> <p>Supporto agli Enti preposti nella definizione del percorso di miglioramento</p> | AZ |
| | | | | Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza delle strutture destinate ad attività sanitaria e socio-sanitaria | | | <p>Attività di controllo</p> | AZ |
| Obiettivo strategico | Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2021-2023 | 2021 | 2022 | 2023 | Obiettivo operativo anno 2021 | REG/AZZ | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|----------|
| Sviluppo delle reti cliniche e valorizzazione delle eccellenze | Tutela della popolazione da Irischio "amianto" | | | | Attività di controllo Comunicazione alla popolazione e alle istituzioni in merito alle ricadute sulla salute | AZ |
| | Monitoraggio e risoluzione delle problematiche legate ai flussi | | | | Diffusione dei criteri di compilazione e codifica corretta SDO in tutte le aree delPNE | AZ |
| Sviluppo del nuovo assetto territoriale | Rispetto degli standard di volume ed esito previsti dal PNE | | | | Aderenza agli standard di qualità previstidal PNE in relazione alle aree cliniche e agli indicatori considerati nella metodologia di valutazione | AZ AZ |
| | Sviluppo del nuovo modello delle professioni sanitarie | | | | Attuazione del decreto n. 20 del 2018 relativo agli esiti sensibili dell'assistenza infermieristica | AZ |
| | Sviluppo delle AAFFTT, con particolare attenzione ai capitoli della Farmaceutica, della Specialistica e della Protesica; | | | | Sviluppo delle AAFFTT con applicazionePDTA diabete, BPCO e scompenso cardiaco | AZ |
| | | | | | | AZ |
| | Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità con riferimento alle Cure Primarie | | | | Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattatiin ADI (ind. 8 griglia LEA) | AZ |
| | | | | | Tasso di eventi assistenziali di 3° e 4° livello | AZ |
| | | | | | Percentuale di dimissioni ultra 75enni visitati a domicilio entro 2 giorni dalla dimissione | AZ |
| | | | | | Svolgimento delle attività della Centrale Operativa territoriale (COT) nel rispetto di tutti gli standard regionali | AZ |
| | Definizione del ruolo della MedicinaPrimaria nello sviluppo di un modello aziendale di Cure Palliative. | | | | Attuazione delle attività previste dal progetto aziendale di gestione delle cure palliative | AZ |
| | | | | | Aumento della percentuale di pazienti oncologici deceduti a domicilio | R |

| Obiettivo strategico | Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2021-2023 | 2021 | 2022 | 2023 | Obiettivo operativo anno 2021 | REG/AZZ |
|----------------------|--|------|------|------|--|---------|
| | Governo dell'Assistenza Domiciliare Integrata | | | | Azioni per lo sviluppo ed il governo dell'assistenza domiciliare integrata | AZ |

| | | | | | | |
|-----------------------------|---|-------------|-------------|-------------|--|----------------|
| | Responsabilizzazione dei MMG come attori protagonisti nella riorganizzazione della Residenzialità intermedia | | | | Sviluppo di un progetto aziendale di gestione del percorso omogeneo verso l'ospedale di comunità | AZ |
| | Rispetto degli standard assistenziali presso le strutture residenziali | | | | Predisposizione ed avvio di programmi omogenei per il controllo degli standard assistenziali e monitoraggio sul corretto utilizzo delle risorse | AZ |
| Obiettivo strategico | Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2020-2022 | 2020 | 2021 | 2022 | Obiettivo operativo anno 2021 | REG/AZZ |
| | Uniformare il funzionamento e le attività dei consultori familiari, Neuropsichiatria infantile, ed Età Evolutiva tra i tredici distretti dell'ASL | | | | | |
| | | | | | Sviluppo PDTA e procedure per patologie (disturbi neurosviluppo, psicopatologia-psichiatria, disturbi specifici), per ambito (perinatalità), per attività (gestione mandati tribunale) | AZ |
| | | | | | Uniformazione del funzionamento dei servizi IAFC (Neuropsichiatria Infantile, Età Evolutiva, Consultori Familiari) nei 13 distretti | AZ |
| | | | | | Completamento del lavoro di informatizzazione con adozione di un software unico nelle 13 sedi distrettuali ed informatizzazione delle UVDM. | AZ |
| | | | | | Report informativi alle istituzioni, ai cittadini e alle parti sociali | AZ |
| | Sorveglianza epidemiologica dei rischi e dei danni correlati al lavoro | | | | | |
| | Prevenzione dei rischi per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro | | | | Attività di controllo | AZ |
| | Promozione del miglioramento della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro | | | | Assistenza alle associazioni datoriali e sindacali per l'individuazione delle soluzioni ai fini di un loro riconoscimento quali buone prassi Informazione e diffusione delle buone prassi alle associazioni datoriali e sindacali | AZ |
| Obiettivo strategico | Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2021-2023 | 2021 | 2022 | 2023 | Obiettivo operativo anno 2021 | REG/AZZ |
| | Omogeneizzazione delle procedure | | | | Attuazione di un Regolamento per l'accesso ai Centri diurni e monitoraggio dello stesso | AZ |

| Obiettivo strategico | Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2021-2023 | 2021 | 2022 | 2023 | Obiettivo operativo anno 2021 | REG/AZZ |
|----------------------|---|------|------|------|---|---------|
| | Rispetto degli adempimenti LEA In materia di assistenza domiciliare | | | | attività ADI | AZ |
| | | | | | Monitoraggio attività ADI | AZ |
| | Sviluppo del piano per le cure palliative | | | | Validazione e attuazione del PDTA aziendale per le cure palliative | AZ |
| | | | | | Incremento delle UVMD effettuate per le cure palliative | AZ |
| | | | | | Percentuale di ultra 75enni con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita (esclusi i deceduti in Hospice, RSA o strutture intermedie) provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito (dalla rete cure palliative domiciliari) | R |
| | | | | | Diminuzione del numero di ricoveri in Hospice provenienti da struttura ospedaliera | R |
| | Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani | | | | Attivazione dei programmi per promuovere sani stili di vita Report informativi 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 | R |
| | | | | | | |
| | | | | | Alimentazione corretta e completa Anagrafe unica regionale (AUR) dei MMG e PLS: ➤ rispetto orario settimanale MMG/PLS (ACN/AIR) ➤ corretto aggiornamento e caricamento dei dati di tutte le F.A. dei MMG/PLS | R |

| | | | | | | |
|--|---|-------------|-------------|--|---|----------------|
| Monitoraggio degli indicatori regionali e individuazione azioni di miglioramento | | | | Medicine di gruppo integrate con almeno un anno di attivazione al 31/12/2017 <ul style="list-style-type: none"> ❖ diminuzione (o mantenimento rispetto all'anno precedente) del costo annuo procapite per la farmaceutica convenzionata ❖ diminuzione (o mantenimento rispetto all'anno precedente) del numero annuo di prestazioni specialistiche erogate per abitante escluso laboratorio) | R | |
| | | | | Indice IVAQ (indice di valutazione di accuratezza e qualità del dato della scheda sanitaria individuale informatizzata dei MMG) <ul style="list-style-type: none"> ✓ corretto invio trimestrale dei valori dell'IVAC conseguita da tutti i MMG ✓ raggiungimento della soglia annuale per le MGI con almeno un anno di attivazione alla data del 31/12/2017 | R | |
| Attuazione della DGR 1673/2018 relativa alla programmazione del sistema di offerta residenziale extra ospedaliera per la Salute Mentale | | | | Redazione ed attuazione di un accordo contrattuale per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra Azienda Ulss ed A.O./A.S. di riferimento per lo svolgimento dell'attività assistenziale nell'ambito della salute mentale | AZ | |
| Obiettivo strategico | Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2021-2023 | 2021 | 2022 | 2023 | Obiettivo operativo anno 2021 | REG/AZZ |
| Omogeneizzazione e sviluppo dei servizi per le Dipendenze | | | | | Proseguimento delle azioni di prevenzione e lotta allo stigma droga | AZ |
| | | | | | Attuazione e monitoraggio dei protocolli e delle procedure definite nei progetti di competenza SerD | AZ |
| | | | | | Azioni specifiche per combattere il fenomeno della dipendenza dal gioco d'azzardo | AZ |
| Ispezionare in almeno il 5% delle unità locali attive nel territorio di competenza e 100% degli accertamenti su indagini su infortuni sul lavoro gravi selezionati | | | | | Ispezionare almeno il 5% delle unità locali attive nel territorio di competenza e 100% degli accertamenti su indagini su infortuni sul lavoro gravi selezionati | AZ |

| | | | | | | |
|---|---|-------------|-------------|---|--|----------------|
| Promozione percorsi informativi, assistenziali e formativi mirati ad ogni categoria di lavoratori | | | | Promozione percorsi informativi, assistenziali e formativi mirati ad ogni categoria di lavoratori | AZ | |
| Progettazione e realizzazione di una campagna informativa a valenza regionale per la prevenzione delle cadute dall'alto | | | | Progettazione e realizzazione di seminari e incontri informativi diretti agli operatori del settore edile per la prevenzione degli infortuni nel comparto delle costruzioni | AZ | |
| Attuazione programmazione regionale e monitoraggio indicatori | | | | Rispetto della programmazione regionale tesa al miglioramento degli Stili di vita | R | |
| Sviluppo Piano Regionale della Prevenzione | | | | Estensione dello screening CARDIO50 | AZ | |
| Omogeneizzazione delle procedure che prevedono la presa in carico e la gratuità delle prestazioni di approfondimento clinico-diagnostico di 2° livello relative al tumore della mammella, della cervice uterina e del colon retto | | | | Avvio, proseguimento di un modello unificato di gestione degli screening | AZ | |
| Rispetto degli standard regionali di screening | | | | Adesione corretta per screening mammografico | R | |
| | | | | Adesione corretta per screening citologico | R | |
| | | | | Adesione corretta per screening colon-retto | R | |
| Revisione organizzativa dell'attività | | | | Riorganizzazione delle risorse con l'ottica di razionalizzazione | AZ | |
| Obiettivo strategico | Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2021-2023 | 2021 | 2022 | 2023 | Obiettivo operativo anno 2021 | REG/AZZ |
| | Rispetto degli standard regionali di copertura vaccinazioni | | | | Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) (indicatore 1.1 della Griglia LEA 2016) | R |
| | | | | | Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) (indicatore 1.2 della Griglia LEA 2016) | R |
| | | | | | Copertura vaccinale per vaccinazione antiinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni) (indicatore 1.2 della Griglia LEA 2016) | R |
| | | | | | | AZ |

| | | | | | | |
|-----------------------------|---|-------------|-------------|-------------|--|----------------|
| | Potenziamento dei tre screening | | | | Obiettivi screening (Colon,Mammella e Cervice) | AZ |
| | Introduzione screening Melanoma | | | | Potenziare lo screening del Melanoma | AZ |
| | Programmazione e avvio delle attività del Dipartimento | | | | Servizio Veterinario di Sanità Animale: verifica dei requisiti di biosicurezza negli allevamenti | AZ |
| | | | | | Servizio veterinario di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche: controlli integrati degli allevamenti | AZ |
| | | | | | Servizio veterinario di igiene degli alimenti di origine animale e loro derivati: effettuazione audit sugli stessi | AZ |
| | | | | | Servizio di igiene degli alimenti e della nutrizione: attuazione delle verifiche | |
| Obiettivo strategico | Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2021-2023 | 2021 | 2022 | 2023 | Obiettivo operativo anno 2021 | REG/AZZ |
| | Attuazione programmazione regionale e monitoraggio indicatori | | | | Incremento controlli prodotti alimentari, funghi, acque, requisiti strutturali imprese alimentari, impiego fitofarmaci additivi e coloranti | AZ |
| | Utilizzo integrato dei diversi canali di comunicazione | | | | Implementazione delle attività di comunicazione per l'area della prevenzione attraverso | AZ |
| | Redazione, avvio e monitoraggio dei fabbisogni e assunzioni di personale dirigenziale e del comparto | | | | Report di monitoraggio del rispetto di tempi di invio del report di monitoraggio dei costi del personale con cadenza periodica per la Direzione | AZ |
| | Revisione sistema di graduazione, conferimento e valutazione degli incarichi dirigenziali, sistema della performance e della connessa retribuzione di risultato per la dirigenza | | | | Regolamento per la graduazione delle posizioni e per il conferimento degli incarichi per area contrattuale (Sanitaria, Dirigenza Medica e Veterinaria) | AZ |
| | | | | | Regolamento per la valutazione delle performance individuale delle aree della Dirigenza | AZ |
| | Avvio dell'accordo in materia di performance connessa alla produttività collettive e individuale e con la predisposizione della regolamentazione per lo sviluppo premiale relativo agli istituti del coordinamento e delle posizioni organizzative. | | | | Predisposizione della regolamentazione per lo sviluppo premiale relativo agli istituti del coordinamento e delle posizioni organizzative. | AZ |

| | | | | | | |
|-----------------------------|--|-------------|-------------|-------------|--|----------------|
| | Omogeneizzazione dell'applicazione degli istituti in materia di orario di lavoro | | | | Verifica degli adempimenti in materia di orario di lavoro | AZ |
| | Omogeneizzazione della regolamentazione della Libera professione | | | | Predisposizione di un sistema unitario di tariffazione delle prestazioni in Libera professione | AZ |
| | | | | | Applicazione delle norme collegate ai fondi di perequazione | AZ |
| | Rispetto della programmazione regionale sui costi del personale | | | | Rispetto del tetto di costo: Personale | R |
| | Fungere da Punto di riferimento per le norme in materia di sanità | | | | Elaborazione sintesi e linee guida rispetto alle novità normative dell'anno | AZ |
| | Aggiornamento dell'Atto Aziendale | | | | Aggiornamento Atto Aziendale | AZ |
| Obiettivo strategico | Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2021-2023 | 2021 | 2022 | 2023 | Obiettivo operativo anno 2021 | REG/AZZ |
| | Realizzazione delle principali fasi di sviluppo di gare strategiche (capitolati di gara ed espletamento) da gestire con approccio progettuale considerata la trasversalità delle tematiche | | | | Predisposizione ed espletamento gara servizi assicurativi per copertura dei rischi aziendali | AZ |
| | Omogeneizzazione, centralizzazione e razionalizzazione dei servizi | | | | Avvio del progetto di riorganizzazione e razionalizzazione dei magazzini, con raggruppamento dei magazzini (economali e dispositivi medici). | AZ |
| | Revisione della logistica e della gestione degli archivi | | | | Progetto per la riorganizzazione nella gestione degli archivi correnti con digitalizzazione delle cartelle cliniche | AZ |
| | Monitoraggio strutturato dei centri ordinatori | | | | Monitoraggio strutturato dei contratti e percorsi informatizzati del ciclo ordine-liquidazione- pagamento | AZ |
| | | | | | Rispetto di tutti i criteri di completezza, qualità e tempestività sull'insieme dei flussi NSIS Ministeriali e di attività | R |
| Obiettivo strategico | Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2021-2023 | 2021 | 2022 | 2023 | Obiettivo operativo anno 2021 | REG/AZZ |

| | | | | | | |
|---|---|-------------|-------------|-------------|---|----------------|
| | | | | | Organizzazione di eventi formativi, rivolti agli operatori della Sanità | AZ |
| | Incontri formativi comunicazione con media e utenza | | | | Organizzazione eventi formative: Valutazione Dirigenza/personale comparto | AZ |
| | Sviluppo del Piano di Comunicazione integrata | | | | Produzione di prodotti editoriali finalizzati a valorizzare eventi, investimenti, servizi e professionisti | AZ |
| | Procedura di whistleblowing | | | | Evoluzione del sistema di segnalazione whistleblowing mediante gestionale dedicato | AZ |
| | Monitoraggio mappatura rischio clinico | ! | | | Monitoraggio mappatura rischio clinico | AZ |
| | Formazione su prevenzione della corruzione | | | | Eventi e corsi di formazione dedicati alla prevenzione della corruzione | AZ |
| Obiettivo strategico | Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2021-2023 | 2021 | 2022 | 2023 | Obiettivo operativo anno 2021 | REG/AZZ |
| | Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza secondo le indicazioni regionali | | | | Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza, finalizzati a rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per il cittadino, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale, | R |
| | Norme Privacy | | | | Attuazione operativa del Regolamento Europeo 2016/679 secondo il modello regionale con | AZ |
| | Attuazione degli standard organizzativi, contabili e procedurali, necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci | | | | Monitoraggio del Piano di Certificabilità dei dati e dei bilanci | AZ |
| Sviluppo del nuovo sistema organizzativo ed innovazione delle competenze | Attuazione della nuova organizzazione di cui alla DGRC 372/2019 | | | | Completamento della nuova organizzazione utile alla Proposta del Nuovo Atto Aziendale | AZ |
| | Predisposizione di un "Sistema Qualità" uniforme in ambito aziendale nel rispetto della normativa in materia di accreditamento dei Provider | | | | Implementare il "Sistema Qualità" nel rispetto della normativa | AZ |
| | Sviluppo del processo di implementazione di specifiche | | | | Sperimentare il progetto di valutazione reale della ricaduta formativa in determinati percorsi formativi | AZ |

| | piattaforme informatiche e di sviluppo di modalità formative innovative (FAD) | | | | Favorire il massimo utilizzo della piattaforma tramite l'organizzazione di momenti formativi e di aggiornamento | AZ |
|----------------------|---|------|------|------|---|----------------|
| Obiettivo strategico | Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2021-2023 | 2021 | 2022 | 2023 | Obiettivo operativo anno 2021 | REG/AZZ |
| | Sistema informativo per il controllo delle aziende zootecniche su anagrafe nazionale | | | | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Implementazioni anagrafiche ✓ Certificazioni ✓ Report informativi/rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni ✓ Controlli ufficiali e alter attività ufficiali e provvedimenti conseguenti | AZ |
| | Sorveglianza sui concentramenti e spostamenti animali | | | | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Controlli ufficiali e alter attività ufficiali e provvedimenti conseguenti ❖ Certificazioni ❖ Report informativi/rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni ❖ Rilascio pareri ed autorizzazioni | AZ |
| | Profili ai fini della eradicazione delle malattie infettive e diffusive degli animali | | | | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti ❖ Certificazioni ❖ Report informativi/rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni | AZ |
| | Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive diffuse animali | | | | <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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 | AZ AZ AZ |

| | | | | | |
|---|--|--|--|---|-----------|
| <p>Sorveglianza sull'impiego del farmaco per uso veterinario e prevenzione della farmacoresistenza</p> | | | | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti ❖ Rilascio pareri autorizzazioni ❖ Report informativi/rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni | <p>AZ</p> |
| <p>Lotta al randagismo e controllo del benessere degli animali d'affezione</p> | | | | <ul style="list-style-type: none"> ❖ 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 randagie dei gatti delle colonie. ❖ Censimento feline delle colonie ❖ Attività informativa e divulgativa | <p>AZ</p> |
| <p>Igiene urbana veterinaria Controllo delle popolazioni sinantropiche Controllo episodi di morsicatura da animali e aggressioni da cani</p> | | | | <ul style="list-style-type: none"> ➢ 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 | <p>AZ</p> |
| <p>Prevenzione e controllo delle zoonosi. Controllo delle popolazioni selvatiche ai fini della tutela della salute umana e dell'equilibrio fra uomo, animale e ambiente</p> | | | | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Interventi di profilassi e di controllo sulle fonti e i veicoli/vettori ❖ Sorveglianza epidemiologica Report informativi/rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni | <p>AZ</p> |

| Obiettivo strategico | Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2021-2023 | 2021 | 2022 | 2023 | Obiettivo operativo anno 2021 | REG/AZZ |
|----------------------|--|------|------|------|---|---------|
| | Monitoraggio degli obiettivi economici aziendali e regionali | | | | Variazione annuale Costo della produzione (+ imposte e tasse) | R |
| | | | | | Rispetto dei tempi di pagamento programmati | R |
| | | | | | Azzeramento del debito scaduto | AZ |

ALLEGATO 2 PNRR SANITA' DIGITALE

L'ASL Napoli 3 Sud nel contesto del Recovery Fund e della Sanità Digitale

Introduzione

La pandemia di Covid-19 è sopraggiunta in un momento storico in cui era già evidente e condivisa la necessità di adattare l'attuale modello economico verso una maggiore sostenibilità ambientale e sociale.

Il Recovery Plan è un dettagliato programma relativo ad investimenti, piani e riforme che il governo intende realizzare per rilanciare il paese. Il contenuto di questo documento programmatico è determinante per ottenere le risorse del **Recovery Fund (o Next Generation EU)**.

*Per far ripartire l'Europa dopo la pandemia da **Coronavirus**, lo scorso luglio l'UE ha approvato il **Next generation EU**, noto in Italia come **Recovery Fund** o "Fondo per la ripresa". Si tratta di un fondo speciale volto a finanziare la ripresa economica del vecchio continente nel triennio 2021-2023 con titoli di Stato europei (**Recovery bond**) che serviranno a sostenere progetti di riforma strutturali previsti dai Piani nazionali di riforme di ogni Paese: i **Recovery Plan**. Lo stanziamento complessivo è di 750 miliardi di euro, da dividere tra i diversi Stati. L'Italia e la Spagna figurano tra i maggiori beneficiari di questa misura.*

Gli **investimenti** complessivi per l'Italia sono pari a 221,5 miliardi, con una dote di 191,5 miliardi (122,6 miliardi di prestiti e 68,9 miliardi a fondo perduto)

Nel complesso le risorse a disposizione per l'Italia sono circa **248 miliardi di euro**. Di questi **191,5 miliardi** (122,6 miliardi di prestiti e 68,9 miliardi a fondo perduto) rientrano nel **Next Generation EU**, mentre i restanti 30,5 da un fondo complementare. A questi si aggiungono ulteriori 26 miliardi "da destinare alla realizzazione di opere specifiche" entro il 2032.

Le 6 missioni del piano

La prima missione riguarda i temi della Digitalizzazione, Innovazione, Competitività e Cultura;

La seconda Missione riguarda la "Rivoluzione Verde" e la transizione Ecologica;

La terza missione è sulle infrastrutture;

La quarta missione è sull'Istruzione e Ricerca;

La quinta missione è destinata alle politiche attive del lavoro e della formazione;

La sesta missione è sulla Salute.

La missione 6 del PNRR sulla Salute

Per la missione 6 che riguarda la salute, il PNRR intende indirizzare "risorse per il rafforzamento della resilienza e della tempestività di risposta del Sistema Sanitario Nazionale alle patologie infettive emergenti gravate da alta morbilità e mortalità, nonché ad altre emergenze sanitarie". Questa missione è caratterizzata dunque da linee di azione per rafforzare e rendere più

sinergica la risposta sanitaria territoriale e ospedaliera, nonché per promuovere e diffondere l'attività di ricerca del Servizio Sanitario Nazionale.

Le linee d'azione puntano allo sviluppo della Sanità di prossimità e una più forte integrazione tra politiche sanitarie, politiche sociali e ambientali al fine di favorire un'effettiva inclusione sociale. Un altro obiettivo dichiarato, coerentemente con le richieste dell'Unione Europea, è anche quello di investire nella digitalizzazione dell'assistenza medica ai cittadini, promuovendo la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico e la Telemedicina, ma anche nell'adozione di tecnologie digitali nel settore dell'assistenza medica e dei servizi di prevenzione.

Il piano prevede anche di avviare un investimento nell'ambito della cronicità e delle cure a domicilio, per superare le attuali carenze del SSN delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e dei presidi sanitari nelle aree rurali e marginali del Paese.

È previsto anche un investimento a sostegno della ricerca medica, immunologica e farmaceutica. In questo contesto, anche le politiche e le iniziative di valorizzazione del personale sanitario assumono un'importanza cruciale.

Medicina territoriale e di prossimità

Per quanto riguarda il primo aspetto della medicina territoriale e di prossimità, gli investimenti del PNRR sono orientati a potenziare gli strumenti di cura sul territorio, nonché presso le abitazioni stesse dei pazienti (utilizzando la Telemedicina), soprattutto quelli cronici, per lasciare le cure ospedaliere solo quando veramente necessarie.

Questo significa migliorare la diagnostica in termini di strumentazione e utilizzo, la formazione e l'aggiornamento del personale, coordinamento tra strutture di cura e accoglienza. Gli strumenti deputati a tutto ciò, e che dunque sono oggetto degli investimenti di potenziamento in molti territori, dovrebbero essere le case della salute o case di comunità, le cure a domicilio (home care) o Assistenza Domiciliare Integrata, la Telemedicina, ma anche le stesse RSA, gli appartamenti o le residenze protette, le comunità alloggio e i centri diurni.

Per quanto riguarda la [Sanità Digitale](#) il PNRR può fornire l'opportunità di **potenziare tre criticità**:

1. L'ammodernamento della strumentazione diagnostica e dei vari dispositivi, così da potersi avvalere in tutto il territorio nazionale di strumenti non più obsoleti ma al passo con lo sviluppo tecnologico e scientifico;
2. Gli strumenti ed iniziative che sfruttano le tecnologie digitali: Fascicolo Sanitario Elettronico, Ricetta Elettronica, Telemedicina, ma anche iniziative di diagnostica e cura che si basino sui Big Data e sull'Intelligenza Artificiale;
3. Una adeguata formazione o aggiornamento sull'utilizzo di strumentazione aggiornata tecnologicamente e degli strumenti della Sanità Digitale a partire dagli studi universitari, per passare ai medici di medicina generale e al resto del personale.

| INVESTIMENTO | RISORSE | OBIETTIVO DELL'INTERVENTO |
|---|---|--|
| Case della Comunità e presa in carico della persona (M6-C1-I.1) | 2.000 Prestiti | L'investimento prevede l'attivazione di 1.288 Case della Comunità . La Casa della Comunità è identificata come la struttura sociosanitaria deputata a costituire un punto di riferimento continuativo per la popolazione, garantendo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ le politiche di prevenzione e di promozione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento; ▪ il coordinamento di tutti i servizi offerti ai malati cronici. Al suo interno saranno presenti: <ul style="list-style-type: none"> ▪ punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie per le valutazioni multidimensionali (servizi socio-sanitari); ▪ servizi sociali e assistenziali rivolti prioritariamente alle persone anziane e fragili; ▪ servizi dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari (Consultori). <p>Il personale sarà costituito da <i>team</i> multidisciplinari di professionisti della salute (MMG, PLS, medici specialistici e infermieri di comunità identificati come la figura chiave della struttura), e assistenti sociali.</p> |
| Casa come primo luogo di cura e telemedicina (M6-C1-I.2) | 4.000 Prestiti di cui: ii) 2.720 milioni connessi ai costi derivanti dal servire un numero crescente di pazienti con i servizi connessi all'assistenza | L'investimento si articola in tre progetti: <p>i) identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari, ovvero dell'ADI, che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (telemedicina, domotica, digitalizzazione). Il progetto mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti;</p> |

| INVESTIMENTO | RISORSE | OBIETTIVO DELL'INTERVENTO |
|---------------|--|--|
| | domiciliare; <ul style="list-style-type: none"> ▪ 280 milioni per l'istituzione delle Centrali operative territoriali (COT); ▪ 1.000 milioni per la telemedicina. | iii) attivare 602 Centrali Operative Territoriali (COT) , una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza (un COT per circa 60.244.639/100.000 abitanti); <p>iv) utilizzare la telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche.</p> <p>Il progetto sulla telemedicina è in linea con quanto previsto negli investimenti 1.3 della Componente 2 della Missione 6, e, come già detto, è in linea e rafforza quanto promosso e previsto dagli investimenti 1.1 e 1.2 della Componente 2 della Missione 5.</p> <p>L'obiettivo posto è assistere, nel 2025, almeno 200.000 persone sfruttando strumenti di telemedicina.</p> |
| Rafforzamento | 1.000 | L'investimento mira al potenziamento dell'offerta delle |

| | | |
|---|----------|--|
| dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità (M6-C1-I.3)) | Prestiti | cure intermedie attraverso l'attivazione dell'Ospedale di Comunità (di norma dotato di 20 posti letti, fino ad un massimo di 40), ovvero di una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve, destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. L'investimento si concretizzerà nella realizzazione di 381 Ospedali di Comunità (con uno standard nazionale stimato di un ospedale di comunità per 158.122 abitanti) |
|---|----------|--|

Gli obiettivi dell'ASL Napoli 3 Sud per la Sanità Digitale

L'introduzione della Sanità Digitale nell'ASL Napoli 3 Sud è di fatti cominciata già all'inizio della pandemia da Covid 19. L'assistenza a distanza è stata l'unica modalità con cui si poteva assistere la gran mole di pazienti affetti da Covid 19 che non abbisognavano o che non potevano ricevere un ricovero ospedaliero. La Direzione Generale ha anticipato lo sviluppo del progetto aziendale di Telemedicina, rendendolo già operativo nel marzo 2020 e sviluppandolo progressivamente secondo quanto previsto dalla Deliberazione n. 484 del 10 luglio 2020, avente per oggetto *"Presa d'atto e approvazione di <<Servizi di Connettività e Sicurezza>> nell'ambito del sistema pubblico di connettività (SPC) per la gestione delle AFT, dei Servizi di Cure Domiciliari e per la gestione delle Patologie cornice. Affidamento fornitura a Vodafone Italia S.p.A."*.

L'impiego degli strumenti della Sanità Digitale dovrà associarsi con un nuovo modello organizzativo aziendale non più verticale ma orizzontale finalizzato, a rimuovere il settorialismo assistenziale e favorire la presa in carico territoriale del paziente, attraverso la partecipazione attiva ai processi assistenziali dei medici di assistenza primaria e degli specialisti ospedalieri e territoriali, che trovano nella Sanità Digitale gli strumenti per un rapido ed efficace collegamento, mentre il paziente riceve un miglioramento quali quantitativo dell'assistenza.

Gli obiettivi da realizzare sono:

- 1 Completamento del progetto collegato all'impiego della piattaforma informatica SMART LEA nelle attività territoriali collegate, di cui alla Deliberazione 484 del 20/07/2020.**
- 2 Completamento della rete di connettività con fibra ottica dei Presidi Ospedalieri, Distretti Sanitari, AFT e UCCP e Centrale Operativa di Gragnano.**
- 3 "Piano di potenziamento dell'assistenza domiciliare ai pazienti non autosufficienti e ai pazienti con Covid 19", di cui alla DGRC n. 475 del 3/11/2020".**
- 4 Adozione progressiva della cartella clinica territoriale delle Unità Operative interessate.**
- 5 Impiego degli strumenti di Telemedicina tra Presidi Ospedalieri, Distretti Sanitari, AFT e UCCP e Centrale Operativa di Gragnano. (Televisita, Consulti a distanza trasmissione a distanza di dati, tracciati ed immagini).**
- 6 Monitoraggio a distanza da estendere a tutti i pazienti cronici, inizialmente rivolto a:**
 - a. Pazienti diabetici,**
 - b. Pazienti ventilati a domicilio;**
 - c. Pazienti con scompenso cardiaco cronico.**

- 7 Estensione degli strumenti della Telemedicina all'attività di specialistica ambulatoriale.**
- 8 Potenziamento della Dimissione protetta per assicurare la continuità assistenziale: le UU.OO ospedaliere che dimettono il paziente hanno l'obbligo di segnalare in fase di dimissione se il paziente ha bisogno o meno di dimissione protette, e nel caso attivare attraverso la piattaforma SMART LEA l'UVM a distanza e la dimissione protetta.**
- 9 Migliorare l'inclusione, la partecipazione al percorso di cura e il benessere psichico attraverso:**
 - a. L'assistenza psicologica a distanza e la presa in carico dei pazienti,**
 - b. La partecipazione del paziente al percorso di cura attraverso gli strumenti della Telemedicina**
- 10 Introduzione in tutti i processi aziendali delle soluzioni o delle sperimentazioni che hanno costituito una buona pratica in Telemedicina.**

Il Responsabile della Telemedicina
dott. Antonio Lucchetti



ALLEGATO 3

"Lavoro Agile"

(ex Art 263 c.4. D.L. 34/2020, convertito dalla L. 77/2020)

L'Osservatorio Smart Working del Politecnico di Milano così definisce lo strumento smart working: "Smart Working significa ripensare il telelavoro in un'ottica più intelligente, mettere in discussione i tradizionali vincoli legati a luogo e orario lasciando alle persone maggiore autonomia nel definire le modalità di lavoro a fronte di una maggiore responsabilizzazione sui risultati. Autonomia, ma anche flessibilità, responsabilizzazione, valorizzazione dei talenti e fiducia diventano i principi chiave di questo nuovo approccio".

Anche da tale definizione deriva che la fiducia, così come lo è nel rapporto di lavoro in presenza, a maggior ragione rappresenta un fattore basilare in regime di lavoro agile. Con il lavoro agile, tuttavia, non viene meno né si attenua il potere/dovere di verifica del datore di lavoro. Permangono inoltre gli obblighi di diligenza e fedeltà. Programmare e confrontarsi periodicamente tra colleghi è utile sia per verificare l'andamento delle attività, sia per non alienarsi dal normale contesto lavorativo. Condividere problemi e soluzioni può portare a migliorare il proprio modo di lavorare «agile».

Va sottolineato che i cittadini non devono in alcun modo risentire in negativo dello svolgimento dell'attività delle PP.AA. svolte in smart working. Al contrario, il livello di servizio deve essere almeno pari, se non incrementato, rispetto a quello reso in presenza, valorizzando all'interno dell'Azienda il ruolo di team caratterizzati dall'intercambiabilità e della flessibilità operativa dei componenti.

Principio guida del patto fiduciario tra Amministrazione e Lavoratore è il "FAR BUT CLOSE", ovvero "lontano ma vicino", a significare la collaborazione finalizzata a creare valore pubblico a prescindere dal luogo, dal tempo e dalle modalità utilizzate per raggiungere gli obiettivi.

A causa dell'emergenza sanitaria in corso, si è reso necessario, nel lavoro pubblico, un massiccio ricorso a modalità di svolgimento della prestazione lavorativa non in presenza.

Da gennaio in poi fino a questi giorni, è stato un susseguirsi continuo di provvedimenti e di misure, sia a livello nazionale che regionale, adeguati e proporzionati a tutelare la salute dei cittadini e a contenere la diffusione del contagio, che di fatto hanno stravolto la programmazione sanitaria aziendale, ponendo in cima agli obiettivi strategici la gestione straordinaria dell'emergenza, con una profonda modifica dell'attività ordinaria e dell'operatività delle singole articolazioni organizzative aziendali.

Nello specifico il P.O. "S. Anna e SS. Madonna della Neve" di Boscotrecase è stato esclusivamente impegnato nella gestione dei pazienti COVID 19, oltre che i Laboratori per l'analisi dei tamponi, con la sospensione ad intermittenza di tutte le altre attività di ricovero e specialistiche ambulatoriali non urgenti. La sospensione delle attività

specialistiche ambulatoriali ha riguardato anche il territorio, mentre sono state attivate modalità di lavoro da remoto (smart working) per la gestione di specifiche linee assistenziali (assistenza farmaceutica per i piani terapeutici, ecc.), oltre che delle attività amministrative.

Eccezionale sforzo è stato ed è tuttora profuso dalle strutture aziendali per tutte le attività di organizzazione dell'esecuzione dei tamponi, di sorveglianza epidemiologica, di mappatura dei contagi e di programmazione dei test, con la conseguente costante interlocuzione con le istituzioni a vario titolo impegnate nella gestione dell'emergenza, cui si è aggiunta l'implementazione del piano vaccinale anti Sars-Cov-2/Covid-19, che prevede la vaccinazione, su base volontaria, presso tutti i centri vaccinali ASL Napoli 3 Sud (reperibili sul sito aziendale a cui si rimanda) della popolazione afferente all'ASL Napoli 3 Sud, a partire dagli operatori sanitari aziendali, dagli operatori e dagli utenti delle RSA, dagli anziani e via via dal resto della popolazione.

Con l'emergenza sanitaria, infatti, gran parte delle amministrazioni sono state costrette a considerare il lavoro agile come modalità ordinaria di svolgimento della prestazione, da attuarsi in forma semplificata, anche in deroga alla disciplina normativa (es: accordo individuale, adozione di atti organizzativi interni che definiscano le regole per lo svolgimento della prestazione in modalità agile, ecc.) prescindendo, quindi, da una previa revisione dei modelli organizzativi.

L'emergenza sanitaria ha infatti costituito un radicale punto di svolta per lo smart working nella PA, che è stato adottato come modalità preferibile o addirittura obbligatoria in quanto si è rivelato idoneo per conciliare le restrizioni per contenere l'epidemia ma anche un'esperienza preziosissima da cui partire per progettare il futuro del lavoro oltre l'emergenza. Alcune amministrazioni stanno procedendo ad introdurre progetti di Smart Working, digitalizzando processi e attività e aumentando la dotazione tecnologica dei propri dipendenti. Queste iniziative dipendono anche dal forte indirizzo dato dal dipartimento della funzione pubblica attraverso l'iniziativa del Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), che prevede che le PA debbano individuare le modalità attuative del lavoro agile e dare la possibilità ad almeno il 60%, nel primo momento, sino ad arrivare al 40% di oggi, dei dipendenti con attività compatibili con il lavoro da remoto per una parte del loro tempo.

Qualora non si adotti il POLA, il lavoro agile deve essere comunque garantito ad almeno il 30% dei lavoratori.

L'art.263 comma 4-bis, del decreto legge 19 maggio 2020, n°34 (c.d. Decreto rilancio) , convertito , con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020 n°77 modifica l'art.14 della legge 7 agosto 2015, n. 124, focalizza l'attenzione sul Piano Organizzativo del lavoro Agile (POLA) e sugli indicatori di performance e stabilisce che "entro il 31 gennaio di

ciascun anno, le amministrazioni pubbliche redigono, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del documento di cui all'articolo 10, comma 1, lettera a) , del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150. Il POLA individua le modalità attuative del lavoro agile prevedendo, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, che almeno, alla odierna, il 40% dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera, e definisce, altresì, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative.

In caso di mancata adozione del POLA, il lavoro agile si applica almeno al 30 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano.

Il raggiungimento delle predette percentuali è realizzato nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente. Le economie derivanti dall'applicazione del POLA restano acquisite al bilancio di ciascuna amministrazione pubblica”.

Come specificato dalle linee guida del dipartimento della funzione pubblica il lavoro agile supera la tradizionale logica del controllo sulla prestazione, ponendosi quale patto fiduciario tra l'amministrazione e il lavoratore basato sul principio guida "FAR BUT CLOSE", ovvero "lontano ma vicino". Tale principio si basa sui diversi fattori: flessibilità dei modelli organizzativi autonomia nell'organizzazione del lavoro, responsabilizzazione sui risultati, tecnologie digitali e benessere del lavoratore. Tra questi fattori, rivestono un ruolo strategico la cultura organizzativa e le tecnologie digitali in una logica di "change management", ovvero di gestione del cambiamento organizzativo per valorizzare al meglio le opportunità rese disponibili dalle nuove tecnologie. Le tecnologie digitali sono fondamentali per rendere possibili nuovi modi di lavorare; sono da considerarsi, quindi, un fattore indispensabile del lavoro agile.

Ma oltre alla digitalizzazione, le linee guida specificano, che le esperienze di successo mostrano come la vera chiave di volta sia l'affermazione di una cultura organizzativa basata sui risultati, capace di generare autonomia e responsabilità nelle persone, di apprezzare risultati e merito di ciascuno.

Le amministrazioni quindi possono definire le attività compatibili con il lavoro agile e tenerne conto ai fini dell'accesso a tale modalità di esecuzione del rapporto di lavoro da parte dei dipendenti che ne fanno richiesta.

Ciascuna pubblica amministrazione, per agevolare l'adesione al lavoro agile è chiamata ad adottare misure specifiche volte a favorire la conciliazione dei tempi di vita e

lavoro attraverso un'organizzazione del lavoro non più incentrata sulla presenza fisica ma sui risultati obiettivamente misurabili e sulla performance e ad attuare, compatibilmente con l'organizzazione degli uffici e del lavoro, la disciplina in materia di lavoro agile a favore di coloro che si trovano in situazioni di svantaggio personale, sociale e familiare e dei dipendenti impegnati in attività di volontariato.

Con riferimento all'Azienda Sanitaria si tratta, sicuramente, di una rivoluzione culturale, in quanto proprio per la specificità dell'attività svolta, lo smart working riguarda il personale del ruolo amministrativo, alcune qualifiche del ruolo tecnico in quanto sono escluse le attività socioassistenziali e di cura che richiedono un contatto diretto con i pazienti, quelle da prestare su turni o che prevedono l'utilizzo costante di strumentazione non utilizzabili da remoto ad eccezione di limitati casi (es. lavoratori fragili).

Durante il lockdown per molti amministrativi dell'azienda, è stata una scelta obbligata, però l'obiettivo per il futuro potrebbe essere quella di definire un vero lavoro agile, con una riorganizzazione dei processi e degli spazi.

Al fine di rendere il lavoro agile un'opportunità strutturata per l'azienda sanitaria la sua introduzione deve avvenire in modo progressivo e graduale e la programmazione è rimessa alla definizione del Piano Organizzativo del lavoro Agile (POLA) come sezione del Piano Performance il cui obiettivo è quello di fotografare la baseline e di individuare gli indicatori di SALUTE organizzativa, professionale, economico-finanziaria e digitale relativi principalmente alle condizioni abilitanti del lavoro agile (help desk informatico, programmazione e monitoraggio obiettivi, % di dirigenti che hanno partecipato a corsi di formazione in materia di lavoro agile, % di lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze digitali ecc), indicatori di implementazione lavoro agile (% di lavoratori effettivi, % giornate lavoro agile), indicatori di performance organizzativa (economicità, efficienza e efficacia) e indicatori di impatto esterno (sociale, ambientale e economico) e interno (miglioramento/peggioramento salute organizzativa, professionale, digitale).

Di seguito alcuni esempi.

| DIMENSIONI | | Esempi di INDICATORI di performance organizzativa |
|-------------|-----------------------|---|
| EFFICIENZA | Produttiva | <ul style="list-style-type: none"> • Diminuzione assenze (es. $\frac{[(\text{Giorni di assenza/giorni lavorabili mese A anno X} - \text{Giorni di assenza/giorni lavorabili mese A anno X-1})/\text{Giorni di assenza/giorni lavorabili mese A anno X-1}]}{1}$)* • Aumento produttività (es. quantità di pratiche ordinarie lavorate/servizi erogati per ufficio, unità organizzativa, etc.) |
| | Economica | • Riduzione di costi rapportati all'output del servizio considerato (es. utenze / anno; stampe / anno; straordinario / anno; , ecc.) |
| | Temporale | • Riduzione dei tempi di lavorazione di pratiche ordinarie |
| EFFICACIA | Quantitativa | <ul style="list-style-type: none"> • Quantità erogata (es. n. pratiche, n. processi, n. servizi; % servizi full digital offerti dalla PA si veda circ. 2/2019 DFP- 3.2); % comunicazioni tramite domicilia digitali, si veda circ. 2/2019 DFP- 3.4) • Quantità fruita (es. n. utenti serviti) |
| | Qualitativa | <ul style="list-style-type: none"> • Qualità erogata (es. standard di qualità dei servizi erogati in modalità agile, come i tempi di erogazione) • Qualità percepita (es. % customer satisfaction di utenti serviti da dipendenti in lavoro agile) |
| ECONOMICITÀ | Riflesso economico | • Riduzione di costi (es. utenze / anno; stampe / anno; straordinario / anno; ecc.) |
| | Riflesso patrimoniale | • Minor consumo di patrimonio a seguito della razionalizzazione degli spazi (es. minori ammortamenti e quindi minore perdita di valore del patrimonio) |

| Esempi di INDICATORI di performance individuale | |
|---|---|
| RISULTATI | <p><i>Efficacia quantitativa: n. di pratiche, n. utenti serviti, n. di task portati a termine (sia con riferimento ad attività ordinaria che a progetti specifici che possono o meno essere collegati a obiettivi di performance organizzativa riportati nel Piano della Performance); n. di pratiche in lavoro agile/n. pratiche totali, n. utenti serviti in lavoro agile/ n. utenti serviti, n. task portati a termine in lavoro agile/ n. task totali</i></p> <p><i>Efficacia qualitativa: qualità del lavoro svolto (valutazione da parte del superiore o rilevazioni di customer satisfaction sia esterne che interne) nel complesso e con riferimento agli output del lavoro agile, se possibile</i></p> <p><i>Efficienza produttiva: n. di pratiche, n. utenti serviti, n. di task portati a termine in rapporto alle risorse oppure al tempo dedicato</i></p> <p><i>Efficienza temporale: tempi di completamento pratiche/servizi/task, rispetto scadenze; tempi di completamento pratiche/servizi in lavoro agile</i></p> |

L'Asl Napoli 3 Sud, avvierà fasi di incontri con le OO.SS. al fine di predisporre il **"Piano Organizzativo del Lavoro Agile" (POLA)** - (ex Art 263 c.4. D.L. 34/2020, convertito dalla L. 77/2020).

Il quale, una volta stabilito sarà oggetto di specifica delibera aziendale.

TRASMISSIONE AL COLLEGIO SINDACALE

La presente deliberazione è stata trasmessa al Collegio Sindacale della A.S.L. ai sensi dell'art. 35 comma 3 della L. R. 03.11.94 n. 32 con nota n. _____ in data _____

TRASMISSIONE AL COMITATO DI RAPPRESENTANZA DELLA CONFERENZA DEI SINDACI

La presente deliberazione è stata trasmessa al Comitato di Rappresentanza dei Sindaci ai sensi dell'art. 35 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. _____ in data _____

TRASMISSIONE ALLA GIUNTA REGIONALE

La presente deliberazione è stata trasmessa alla Struttura Regionale di Controllo della G.R.C. ai sensi dell'art.35 della L.R.03.11.94 n. 32 con nota n. _____ in data _____

PROVVEDIMENTO DELLA GIUNTA REGIONALE

Deliberazione della G.R. n. _____ del _____

Decisione: _____

IL FUNZIONARIO

INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA 06.07.2021 / _____ A:

| | | | |
|---|---|--|--|
| x | DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE | U.O.C. ASS.ZA CONSULT. MED. DI GENERE | DISTRETTO N. 34 |
| X | DIRETTORE AMM. AZIENDALE | U.O.C. MEDICINA LEGALE PUBBL.VAL. | DISTRETTO N. 48 |
| X | COLLEGIO SINDACALE | U.O.C. PREVENZIONE E PROTEZIONE | DISTRETTO N. 49 |
| | U.O.C. AFFARI ISTIT. E SEGRETERIE | U.O.C. CONTROLLI INTEGRATI INT. ED EST. | DISTRETTO N. 50 |
| | U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE | U.O.C. VAL. RISORSE UMANE E PERFORMANCE | DISTRETTO N. 51 |
| | U.O.C. AFFARI GENERALI | U.O.C. RELAZIONE CON IL PUBBLICO | DISTRETTO N. 52 |
| | U.O.C. AFFARI LEGALI | U.O.C. RISK MANAGEMENT | DISTRETTO N. 53 |
| | U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERV. | U.O.C. COORD.TO AMM.VO ASS.ZA ED INT.NE SOCIO SANITARIA | DISTRETTO N. 54 |
| | U.O.C. GOVERNO ASSISTENZA OSPED. | U.O.C. SERVIZI AMM.VI OSPED. AREA SUD | DISTRETTO N. 55 |
| | U.O.C. COORD. ATT. RIABILITATIVE | U.O.C. SERVIZI AMM.VI OSPED. AREA NORD | DISTRETTO N. 56 |
| | U.O.C. ATTIVITA RIABILITATIVE | U.O.C. ASS.ZA FARMAC. OSP. AREA NORD | DISTRETTO N. 57 |
| | U.O.C. EMERGENZA SANITARIA 118 | U.O.C. ASS.ZA FARMAC. OSP. AREA SUD | DISTRETTO N. 58 |
| | U.O.C. CURE PRIMARIE E ATT. TERRIT. | U.O.C. ASS.ZA FARMC. DISTR. AREA NORD | DISTRETTO N. 59 |
| X | U.O.C. VALUTAZIONE RISORSE UMANE E PERFORMANCE | U.O.C. ASS.ZA FARMAC. DISTR AREA SUD | P.O. NOLA + STAB. POLLENA |
| | U.O.C. COORD. CURE DOMICILIARI | DIP.TO SCIENZE MEDICHE, ASS.ZA RIAB.VA OSP.RA E POST OSPEDALIERA | P.O. CAST. + STAB. GRAGNANO |
| | U.O.C. FORMAZIONE E S.R.U. | DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE | P.O. BOSCO + P.O. MARESCA |
| | U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINAN | DIPARTIMENTO AREA CRITICA | P.O. SORRENTO + P.O. VICO EQ. |
| | U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE | DIPARTIMENTO DIAGN.CA PER IMMAGINI | U.O.S.D. A.L.P.I. |
| | U.O.C. SVILUPPO E GESTIONE ATTREZZATURE SANITARIE | DIPARTIMENTO MED. LAB. E ANATOMIA PAT. | U.O.S.D. PSICOLOGIA INT.TA DELLA DONNA E DEL BAMBINO |
| | U.O.C. VALORIZZAZIONE E MANUT. PATRIMONIO IMMOBILIARE | DIPARTIMENTO INTEGRATO MATERNO INFANTILE | U.O.S.D. NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE |
| | U.O.C. SISTEMI INFORMATICI ITC | DIPART. ATT. TERRIT ED INTEG. SOC. SAN. | COORD.TO COMITATO ETICO |
| | U.O.C. PREV. E CURA PATOLOGIE DELLA DONNA E DEL BAMBINO | DIPARTIMENTO FARMACEUTICO | COORD.TO GESTIONE LIQUIDATORIA |
| | U.O.C. SISTEMA EMERGENZA 118 | DIPARTIMENTO PREVENZIONE | U.O.C. CONTROLLI INTEG. INTERNI ED ESTERNI |