

DELIBERAZIONE N. 904 DEL 18/10/2022

OGGETTO: PRESA D'ATTO DELL'INTEGRAZIONE - DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE 768 DEL 30/08/2022 "MODIFICA DELIBERA 541 DEL 04/07/2022 "PRESA D'ATTO E APPROVAZIONE DELLA RELAZIONE DELLA PERFORMANCE 2021 - ASL NAPOLI 3 SUD, DI CUI ALL'ART. 10 DEL D. LGS N.150/2009 E DELLE LINEE GUIDA DEL DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA N. 3/2018"

STRUTTURA PROPONENTE: U.O.C. VALUTAZIONE RISORSE UMANE E PERFORMANCE

PROVVEDIMENTO: Immediatamente Esecutivo

IL DIRETTORE GENERALE

dr. Giuseppe Russo, nominato con Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 321 del 21 Giugno 2022 e con D.P.G.R.C. n. 111 del 4 Agosto 2022, 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: PRESA D'ATTO DELL'INTEGRAZIONE - DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE 768 DEL 30/08/2022 "MODIFICA DELIBERA 541 DEL 04/07/2022 "PRESA D'ATTO E APPROVAZIONE DELLA RELAZIONE DELLA PERFORMANCE 2021 - ASL NAPOLI 3 SUD, DI CUI ALL'ART. 10 DEL D. LGS N.150/2009 E DELLE LINEE GUIDA DEL DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA N. 3/2018"

IL DIRETTORE DEL U.O.C. VALUTAZIONE RISORSE UMANE E PERFORMANCE

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Direttore **U.O.C. VALUTAZIONE RISORSE UMANE E PERFORMANCE** 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 Dirigente responsabile proponente a mezzo della sottoscrizione della presente;

dichiarata, altresì, espressamente con la sottoscrizione, nella qualità di Responsabile del trattamento anche nella fase di pubblicazione, la conformità del presente atto ai principi di cui al Regolamento europeo n. 679 del 27 aprile 2016 ed al D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101 in materia di protezione dei dati personali;

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 con:

- Deliberazione del Direttore Generale n. 541 del 04/07/2022 si è preso atto e si è approvata la Relazione della Performance 2021 - ASL Napoli 3 Sud, di cui all'art. 10 del D. Lgs n.150/2009 e delle Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 3/2018"
- Deliberazione del Direttore Generale n. 768 del 30/08/2022 si è preso atto della modifica alla Deliberazione del Direttore Generale n.541 del 04/07/2022

Considerato che:

- ❖ in relazione all'anno 2021, è necessario provvedere a relazionare sui risultati degli obiettivi riportati nel Piano della Performance 2021 - 2023 di cui alla delibera aziendale n. 642 del 06/07/2021: "Piano della Performance A.S.L Napoli 3 Sud anni 2021 – 2023 – Direttiva annuale del Direttore Generale per l'anno 2021. Approvazione" e ss.mm.ii.,
- ❖ l'art. 3 comma 5 del D.Lgs. n.150/2009 come modificato dal D.Lgs. n. 74/2017 prevede che "il rispetto delle disposizioni del presente Titolo (Ciclo gestione della Performance) è condizione necessaria per l'erogazione di premi e componenti del trattamento retributivo legati al merito ed alla performance e rileva ai fini del riconoscimento delle progressioni economiche, dell'attribuzione di incarichi di responsabilità al personale, nonché del conferimento degli incarichi dirigenziali";

Preso atto che:

- ❖ tutti i Direttori delle strutture aziendali hanno trasmesso all'U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance, le relazioni in interesse;
- ❖ si è provveduto a pubblicare le stesse sul sito aziendale "Amministrazione Trasparente" - determinazione obiettivi assegnati;
- ❖ i dati riportati nelle relazioni, predisposte dai singoli Direttori Dipartimenti Strutturali/Funzionali, Direttori PP.OO., Direttori Distretti Socio Sanitari, Direttori UU.OO.CC. e RR.SS.SS.DD., hanno consentito di integrare la Relazione Performance 2021.

Ritenuto di:

dover procedere all'integrazione della Deliberazione del Direttore Generale n 768 del 30/08/2022 "Modifica Delibera 541 del 04/07/2022 Presa d'atto e Approvazione della Relazione della Performance 2021 - ASL Napoli 3 Sud, di cui all'art. 10 del D. Lgs n.150/2009 e delle Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 3/2018" con le relazioni dei Direttori delle strutture allo stato pervenute all'U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE di

- modificare ed integrare la Deliberazione del Direttore Generale n 768 del 30/08/2022 "Modifica Delibera 541 del 04/07/2022 Presa d'atto e Approvazione della Relazione della Performance 2021 - ASL Napoli 3 Sud, di cui all'art. 10 del D. Lgs n.150/2009 e delle Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 3/2018 "con l'analisi dei dati presenti nelle relazioni dei Direttori delle strutture pervenute all'U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance;
- confermare la Deliberazione del Direttore Generale n 768 del 30/08/2022 "Modifica Delibera 541 del 04/07/2022 Presa d'atto e Approvazione della Relazione della Performance 2021 - ASL Napoli 3 Sud, di cui all'art. 10 del D. Lgs n.150/2009 e delle Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 3/2018" per le restanti parti
- prendere atto e approvare l'integrazione alla Relazione Performance 2021, predisposta dall'U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance, prodotta dall'analisi dei dati forniti dalle relazioni in interesse;
- dare mandato al Direttore dell'U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance di trasmettere copia della Integrazione della Deliberazione del Direttore Generale n 768 del 30/08/2022 "Modifica Delibera 541 del 04/07/2022 Presa d'atto e Approvazione della Relazione della Performance 2021 - ASL Napoli 3 Sud, di cui all'art. 10 del D. Lgs n.150/2009 e delle Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 3/2018" all'OIV ed ottenuta la relativa validazione, trasmetterla al Direttore della U.O.C. Relazioni con il Pubblico - Trasparenza, Tutela e Comunicazione, atteso che ai sensi dell'articolo 10, comma 8), lettera b) del D. Lgs. n.33 del 14/03/2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità. Trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" corre l'obbligo, per la pubblica amministrazione, di pubblicazione della Relazione sulla Performance anno 2021 in apposita sezione del proprio sito istituzionale, di facile accesso e consultazione, denominata "Amministrazione Trasparente";
- dare mandato al Direttore dell'U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance di trasmettere il presente provvedimento 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 U.O.C. VALUTAZIONE RISORSE UMANE E PERFORMANCE

INSERRA CIRO

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

Il Direttore Generale

In forza della Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 321 del 21 Giugno 2022 e con D.P.G.R.C. n. 111 del 4 Agosto 2022

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 Sanitario aziendale
dr.ssa Elvira Bianco

Il Direttore Amministrativo aziendale
dr. Michelangelo Chiacchio

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

DELIBERA di

- modificare ed integrare la Deliberazione del Direttore Generale n 768 del 30/08/2022 “Modifica Delibera 541 del 04/07/2022 Presa d’atto e Approvazione della Relazione della Performance 2021 - ASL Napoli 3 Sud, di cui all’art. 10 del D. Lgs n.150/2009 e delle Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 3/2018 “con l’analisi dei dati presenti nelle relazioni dei Direttori delle strutture pervenute all’U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance;
- confermare la Deliberazione del Direttore Generale n 768 del 30/08/2022 “Modifica Delibera 541 del 04/07/2022 Presa d’atto e Approvazione della Relazione della Performance 2021 - ASL Napoli 3 Sud, di cui all’art. 10 del D. Lgs n.150/2009 e delle Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 3/2018” per le restanti parti
- prendere atto e approvare l’integrazione alla Relazione Performance 2021, predisposta dall’U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance, prodotta dall’analisi dei dati forniti dalle relazioni in interesse;
- dare mandato al Direttore dell’U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance di trasmettere copia della Integrazione della Deliberazione del Direttore Generale n 768 del 30/08/2022 “Modifica Delibera 541 del 04/07/2022 Presa d’atto e Approvazione della Relazione della Performance 2021 - ASL Napoli 3 Sud, di cui all’art. 10 del D. Lgs n.150/2009 e delle Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 3/2018” all’OIV ed ottenuta la relativa validazione, trasmetterla al Direttore della U.O.C. Relazioni con il Pubblico - Trasparenza, Tutela e Comunicazione, atteso che ai sensi dell’articolo 10, comma 8), lettera b) del D. Lgs. n.33 del 14/03/2013 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità. Trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni” corre l’obbligo, per la pubblica amministrazione, di pubblicazione della Relazione sulla Performance anno 2021 in apposita sezione del proprio sito istituzionale, di facile accesso e consultazione, denominata “Amministrazione Trasparente”;
- dare mandato al Direttore dell’U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance di trasmettere il presente provvedimento 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 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

Dr. Giuseppe Russo

(Firmato digitalmente ai sensi del D. Lgs. 7.3.2005 n. 82 s.m.i. e norme collegate.

– Sostituisce la firma autografa)



REGIONE CAMPANIA

Relazione sulla performance 2021

La Relazione annuale sulla performance persegue le seguenti finalità:

- ✓ **la Relazione è uno strumento di miglioramento gestionale** grazie al quale l'amministrazione può riprogrammare obiettivi e risorse tenendo conto dei risultati ottenuti nell'anno precedente e migliorare progressivamente il funzionamento del ciclo della performance. In questo senso, l'anticipazione dei termini per la predisposizione del documento è particolarmente utile a favorire una maggiore efficacia dell'attività di programmazione in quanto una bozza della Relazione potrebbe essere già disponibile prima dell'approvazione del nuovo Piano della performance (prevista entro il 31 gennaio);
- ✓ **la Relazione è uno strumento di accountability** attraverso il quale l'amministrazione può rendicontare a tutti gli stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel periodo considerato e gli eventuali scostamenti – e le relative cause – rispetto agli obiettivi programmati. In questa prospettiva, nella predisposizione della Relazione devono essere privilegiate la sinteticità, la chiarezza espositiva, la comprensibilità, anche facendo ampio ricorso a rappresentazioni grafiche e tabellari dei risultati per favorire una maggiore leggibilità delle informazioni.

All. n. 1 – Deliberazione del Direttore Generale n. del

La relazione Performance 2021

La presente relazione costituisce lo strumento mediante il quale l’Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud illustra ai cittadini e a tutti gli altri stakeholder interni ed esterni i risultati ottenuti nel corso del 2021, concludendo in tal modo il Ciclo della Performance. Pertanto, il presente documento si propone lo scopo di fornire elementi di valutazione in ordine all’andamento della gestione aziendale, con riferimento alle dinamiche economiche e gestionali relative al perseguimento degli obiettivi strategici, di mandato, dei piani operativi e degli obiettivi delle singole UU.OO. oltre che alle attività erogate e le strategie perseguite nel corso del 2021. L’anno 2021, al pari dell’anno 2020 è stato caratterizzato dall’escalation legata alla emergenza Sars – Covid 2 in tutto il territorio nazionale.

SOMMARIO

1 PRESENTAZIONE

2 CONTENUTI DELLA RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE

2.1 SINTESI INFORMAZIONI DI INTERESSE PER CITTADINI E
SOGGETTI ESTERNI

2.1.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

2.2 L'AMMINISTRAZIONE

2.2.1 IL MODELLO ORGANIZZATIVO

2.3 LA RETE DEI SERVIZI

2.4 RISORSE EFFICIENZA ED ECONOMICITA'

2.5 DATI ECONOMICI

3 L'ALBERO DELLA PERFORMANCE

3.1 PIANIFICAZIONE STRATEGICA

3.2 LA PROGRAMMAZIONE OPERATIVA

3.3 PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA
PERFORMANCE

3.4 OBIETTIVI STRATEGICI E OPERATIVI

3.5 RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI

3.5.1 RISULTATI RAGGIUNTI: DATI ATTIVITA'

3.6 LE RELAZIONI ALLEGATE

3.7 LE SCHEDE RIEPILOGATIVE ATTIVITA' FONDI VINCOLATI

3.8 ULTERIORI ATTIVITA'

4 PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

4.1 ANALISI S.W.O.T

1. PRESENTAZIONE

L'art 10 comma 1 lettera b) del D. Lgs 150/2009, individua nella Relazione sulla performance (RP) il documento attraverso il quale gli Enti della Pubblica Amministrazione, ivi comprese le Aziende Sanitarie, rappresentano i risultati conseguiti rispetto alle performance programmate nell'ambito del Piano della Performance e gli equilibri conseguiti rispetto ai documenti di programmazione economico finanziaria, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

Si ricorda che il d.lgs. 74/2017, pur confermando nelle sue linee generali l'impianto originario del d.lgs. 150/2009, ha introdotto delle innovazioni incidendo anche sulla disciplina relativa alla predisposizione, approvazione e validazione della Relazione annuale sulla performance.

La Relazione sulla Performance è:

- un documento di sintesi, da adottarsi entro il 30 giugno di ogni anno, o comunque, compatibilmente con il completamento del processo di verifica dei risultati a cura dell'OIV;
- un documento redatto in stretta coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio;
- un documento che dà le risultanze rispetto alle attività di pianificazione del Ciclo di gestione della performance di cui all'articolo 4 del decreto.

Essa comprende:

- ✚ gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi contenuti;
- ✚ gli obiettivi e gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance di ciascuna struttura (performance organizzativa);
- ✚ i criteri e gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance di ciascun dipendente (performance individuale – rapportata alla percentuale del contributo dato dal singolo);
- ✚ analisi statistiche dei valori raggiunti e degli scostamenti rispetto agli obiettivi;
- ✚ proposte di miglioramento organizzativo

La redazione del presente documento avviene nel rispetto delle linee guida, di cui alla Delibera CIVIT 5/2012, relative alla struttura e alla modalità di redazione della Relazione sulla performance di cui all'art. 10, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 150/2009.

A tal proposito si evidenzia che le Linee Guida per la Relazione Annuale sulla Performance, numero 3 del Novembre 2018, elaborate e diffuse dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Funzione Pubblica Ufficio per la valutazione della performance, sostituiscono la citata delibera Civit solo per i Ministeri. *“Resta fermo che gli indirizzi metodologici e le indicazioni di carattere generale sono applicabili anche alle altre amministrazioni dello Stato, che potranno adeguarvisi in sede di predisposizione e validazione delle rispettive Relazioni”*.

Il processo di redazione, inevitabilmente, coinvolge molteplici soggetti, secondo ruoli di rispettiva competenza: Direzione Strategica Aziendale, Organismo Indipendente di Valutazione, Controllo di Gestione, Direttore di Dipartimento, Direttore di Distretto, Direttore/Responsabile di UOC, Personale coinvolto nel processo di valutazione. In questa prospettiva, nella predisposizione della Relazione devono essere privilegiate la sinteticità, la chiarezza espositiva, la comprensibilità, anche facendo ampio ricorso a rappresentazioni grafiche e tabellari dei risultati per favorire una maggiore leggibilità delle informazioni.

Le informazioni ed i dati riportati nella Relazione sulla performance 2021 provengono dalle banche dati dei sistemi informativi aziendali e dalle relazioni dei soggetti, a vario titolo, coinvolti. L' ASL Napoli 3 Sud ha avviato la fase di adozione e formazione del personale per l'avvio del sistema di misurazione e valutazione della performance secondo quanto previsto dal decreto legislativo n. 150 del 2009, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2017 n. 74.

Processo avviato nel 2020, rallentatosi anche nel 2021 per la fase pandemica. Con il supporto metodologico dell'OIV, il sistema di cui sopra, in conformità a quanto previsto all'articolo 7 del decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150, dovrà individuare:

- a. le fasi, i tempi, le modalità, i soggetti e le responsabilità del processo di misurazione e valutazione della performance;
- b. le procedure di conciliazione relative all'applicazione del medesimo Sistema;
- c. le modalità di raccordo e integrazione con i sistemi di controllo esistenti;
- d. le modalità di raccordo e integrazione con i documenti di programmazione finanziaria e di bilancio.

2. CONTENUTI DELLA RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE

Nella Relazione sono riportati unicamente i risultati raggiunti in relazione a:

- gli obiettivi organizzativi (specifici triennali e annuali) inseriti nel Piano stesso;
- gli obiettivi individuali dei dirigenti che hanno contribuito direttamente al raggiungimento degli obiettivi organizzativi oggetto della programmazione annuale e che in quanto tali sono stati a loro volta inseriti nel Piano (cfr. LG - 1/2017 par. 4.4).

Si ricorda tuttavia che, come indicato nelle Linee Guida - 1/2017, non inserire alcune aree di attività nel Piano (e quindi neanche nella Relazione) non significa non controllarle: per tutti gli obiettivi organizzativi e individuali non presenti nel Piano, l'amministrazione prevede, sempre nella fase di valutazione, adeguate modalità per la loro rappresentazione, formalizzazione, misurazione, valutazione e rendicontazione.

La figura che segue indica il percorso selettivo seguito dall'AS L Napoli 3 Sud nella predisposizione della Relazione che segue:



Nella predisposizione della Relazione Performance devono essere presenti almeno i seguenti contenuti:

- ✚ analisi del contesto e delle risorse (assicurando, per quanto riguarda le risorse finanziarie, la coerenza con le informazioni contenute nel Piano e nella Nota integrativa al Bilancio consuntivo);
- ✚ sintesi dei principali risultati raggiunti;
- ✚ misurazione e valutazione (da intendersi, come chiarito nelle L.G. 2/2017, come attività complementari ma distinte):
 - della performance organizzativa;
 - della performance individuale.

La Relazione annuale deve contenere, infine, il bilancio di genere realizzato dall'amministrazione (articolo 10, comma 1, lett. b, d.lgs. 105/2009) al fine di evidenziare il diverso impatto che le politiche e le attività dell'amministrazione hanno determinato in relazione alla diversità di genere.

A tal proposito si sottolinea che anche per il 2021 non è stato istituito il CUG.

Le amministrazioni possono evidenziare all'interno della Relazione le principali azioni intraprese, rinviando, tramite apposito link, per i contenuti di dettaglio, al bilancio di genere pubblicato sul sito istituzionale.

2.1 SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI SOGGETTI ESTERNI

2.1.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

L'ASL Napoli 3 Sud è stata istituita con Legge Regionale n. 16/2008, che ha definito i nuovi ambiti territoriali, derivanti dalla fusione della ex ASL Napoli 4 e della ex ASL Napoli 5, che sono stati ulteriormente modificati per l'anno 2013 dal DCA n. 98 del 10 agosto 2012, per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario, anch'esso modificato ed integrato dal DCA n. 100 del 17 settembre 2012.

Essa svolge le funzioni legislativamente assegnate di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività residente e/o presente nei territori di competenza mediante programmi e azioni coerenti con i principi e con gli obiettivi indicati dalla pianificazione sanitaria e socio-assistenziale nazionale e regionale.

L'organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con Atto di diritto privato, approvato con Decreto del Commissario Ad Acta n.39 del 25/09/2017 e quindi deliberato dalla direzione Strategica con deliberazione del Direttore Generale n. 735 del 19/10/2017, redatto sulla base della programmazione nazionale e regionale e nel rispetto dei principi e dei criteri stabiliti dalla Regione Campania.

L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud, ha sede legale in Torre del Greco (Na), Via Marconi n. 66 (ex Presidio Bottazzi), partita iva p.i. N° 06322711216.

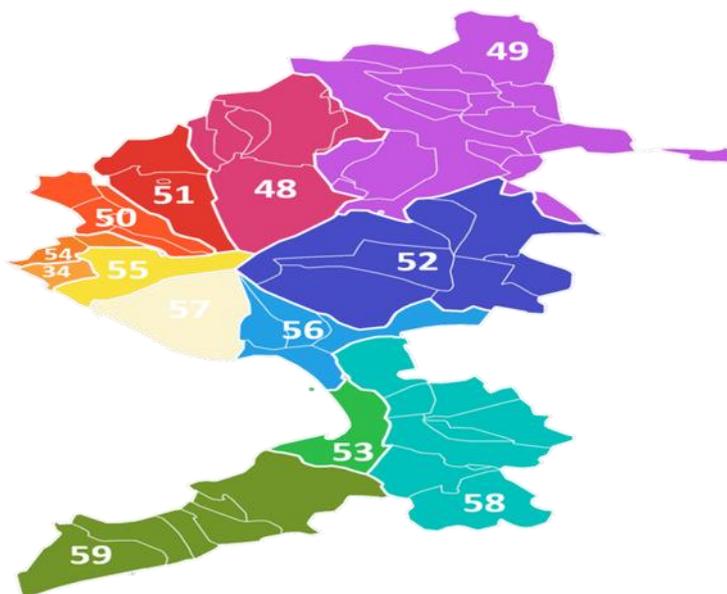
L'Azienda informa la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità; è tenuta al rispetto del vincolo di bilancio attraverso l'equilibrio di costi e ricavi ed agisce mediante atti di diritto privato nel rispetto dei vincoli fissati dall'ordinamento.

Il logo con cui si identifica l'Azienda è quello di seguito rappresentato:



Il sito istituzionale è il seguente: www.aslnapoli3sud.it

Mappa orografica aziendale suddivisa per Distretti Sanitari



Territorio ASL Napoli 3 Sud

Il territorio dell'Asl Napoli 3 Sud è caratterizzato 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.

L'ASL Napoli 3 Sud ad oggi opera su un territorio di circa 635,30 Km² suddiviso in n. 57 Comuni. La struttura geografica del territorio non è omogenea, presenta aree diverse per composizione ed organizzazione territoriale che vanno a configurarsi come fattori ambientali diversificati quali agenti determinanti dello stato di salute.

La popolazione assistibile, come rilevato attraverso il portale NSIS, da 1.021.744 del 2020 è passata a 1.053.598 nel 2021.

L'offerta socio-sanitaria dell'ASL Napoli 3 Sud, in grado di rispondere al fabbisogno assistenziale della popolazione, è commisurata al volume della popolazione, suddivisa – nell'ambito della presente relazione – in:

- ❖ popolazione anziana;
- ❖ popolazione molto anziana;
- ❖ popolazione attiva;
- ❖ popolazione in infanzia/ primissima infanzia.

In funzione della domanda socio-assistenziale, analizzata per fasce di età, si presentano i seguenti indici e cluster di analisi:

- ❖ l'indice di vecchiaia, ovvero il rapporto percentuale tra la popolazione con età ≥ 65 anni e popolazione con età < 15 anni;
- ❖ l'indice di dipendenza anziani, ovvero il rapporto tra la popolazione di età ≥ 65 anni e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100;
- ❖ l'indice di dipendenza strutturale, ovvero il rapporto tra la somma della popolazione con età < 15 anni e la popolazione di età ≥ 65 anni, e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100;

- ❖ la fascia tra 0 e 13 anni, che rispecchia la domanda per la primissima infanzia, per bambini e ragazzi;
- ❖ la fascia tra 15 e 64 anni, che rispecchia la popolazione potenzialmente attiva;
- ❖ la fascia di età tra 65 e 74 anni, che rappresenta il bacino principale di soggetti con vecchiaia attiva e in buona salute;
- ❖ la fascia di età >75 anni, che rappresenta la popolazione anziana, che necessita di servizi di assistenza.

La popolazione è così distribuita sul territorio:

Fasce di età	2020			2021			Δ 2020-2021
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	
0 - 13 anni	73.117	68.772	141.889	69.597	73.857	143.454	1%
14- 64 anni	332.265	349.164	681.429	343.640	359.928	703.568	3%
65 – 74 anni	52.024	57.954	109.978	53.247	60.083	113.330	3%
75 anni ed oltre	35.913	52.535	88.448	38.079	55.167	93.246	5%
Totale complessivo	493.319	528.425	1.021.744	504.563	549.035	1.053.598	3%

I dati della popolazione sono coerenti con quelli esposti nel quadro G del Modello FLS11.

Le esenzioni riconosciute sono:

Tipo di esenzione	2021
	Num. Esenzioni
Per età e reddito	
Per altri motivi	
Totale complessivo	

I dati relativi alle esenzioni da ticket sono coerenti con quelli esposti nel quadro H del modello FLS11.

Modello FLS 11 Anno 2021	I dati della popolazione sono coerenti con quelli esposti nel quadro G del Modello FLS11, per il periodo di riferimento specificato.
Modello FLS 11 Anno 2021	I dati relativi alle esenzioni da ticket sono coerenti con quelli esposti nel quadro H del modello FLS11, per il periodo di riferimento specificato.

Il trend della popolazione dell'ASL Napoli 3Sud per la fascia di età degli over 65 è passato dai 198.416 nel 2020 ai 206.576 nel 2021.

Oltre all'invecchiamento della popolazione, nella valutazione dei fabbisogni di salute, impatta in modo determinante la prevalenza delle patologie croniche: il tema della cronicità interessa in prevalenza le persone con più di 65 anni.

Tali dati fanno riflettere sull'evoluzione dei bisogni e sulle possibili soluzioni che consentano di farvi fronte, attraverso interventi capaci di modificare le modalità di invecchiamento della popolazione (vita più lunga ma sana) ovvero di incrementare significativamente le risorse disponibili.

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 è di gran lunga superiore al valore della quota capitaria.

Come già detto, l'offerta dei servizi sull'intero territorio di competenza dell'ASL Napoli 3 Sud è favorita dalla presenza di molteplici Distretti Socio Sanitari. In questo scenario, il Distretto Socio Sanitario si conferma quale centro del sistema dell'Assistenza Territoriale, centro di analisi del bisogno, di committenza, di programmazione ed allocazione delle risorse, di individuazione dei punti di erogazione, di monitoraggio delle cure e degli esiti delle stesse, di relazioni operose con l'Ente Comune, attraverso l'Ambito di riferimento, di cooperazione con le altre macrostrutture aziendali, specie con i Dipartimenti strutturali, con tutta l'area ospedaliera (favorendo l'integrazione Ospedale – territorio) e con i professionisti convenzionati (MMG – PLS – Specialisti Ambulatoriali) che entrano a pieno titolo nel sistema delle cure primarie.

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

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

Ad essi si aggiungono gli Ospedali Riunioni/ Presidi Ospedalieri aziendali, che sono:

- OO.RR. Area Nolana, costituiti dal PO di Nola e dallo Stabilimento di Pollena;
- OO.RR. Area Stabiese, costituiti dal PO di Castellammare e dallo Stabilimento di Gragnano;
- OO.RR. Area Sorrentina, costituiti dal PO di Sorrento e dallo Stabilimento di Vico Equense;

- dal PO di Boscotrecase (convertito in COVID Hospital in piena emergenza);
- dal PO di Torre del Greco.

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

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

Dati esenzioni anno 2021 esenti e non specialistica ambulatori:

Anno 2021	Lordo	Ticket	Quota	Netto-Quota-Sconto	Assistiti	Prestazioni
Esenti - esenzioni combinate						
Donna	5.874.163,36	0,00	100.449,64	5.773.713,72	37.068	669.531
Uomo	4.252.758,09	0,00	89.664,98	4.163.093,11	24.131	431.191
Totali	10.126.921,45	0,00	190.114,62	9.936.806,83	61.199	1.100.722
ESENZIONE D'INVALIDITA'						
Donna	3.821.715,40	0,00	311.730,95	3.509.984,45	18.233	420.155
Uomo	3.383.498,89	0,00	265.505,93	3.117.992,96	16.886	367.674
Totali	7.205.214,29	0,00	577.236,88	6.627.977,41	35.119	787.829
ESENZIONE PER CONDIZIONE						
Donna	1.022.458,54	1.058,72	142.250,77	879.149,05	18.066	128.227
Uomo	144.715,09	1.186,78	1.955,03	141.573,28	520	7.324
Totali	1.167.173,63	2.245,50	144.205,80	1.020.722,34	18.586	135.551
ESENZIONE PER REDDITO						
Donna	29.273.718,45	2.028.262,70	1.054.413,21	26.191.042,54	153.335	2.972.405
Uomo	21.184.415,03	1.144.762,09	948.194,56	19.091.458,38	107.442	1.978.476
Totali	50.458.133,48	3.173.024,78	2.002.607,77	45.282.500,92	260.777	101.177.044
MALATTIE RARE						
Donna	169.729,21	0,00	16.211,57	153.517,64	1.084	21.653
Uomo	89.475,30	0,00	9.045,06	80.430,24	685	12.258
Totali	259.204,51	0,00	25.256,63	233.947,88	1.769	33.911
PATOLOGIA CRONICA						
Donna	16.570.474,92	0,00	547.368,62	16.023.106,29	40.173	755.710
Uomo	21.651.072,12	0,00	406.379,88	21.244.692,24	29.749	660.310

Totali	38.221.547,04	0,00	953.748,50	37.267.798,54	69.922	1.416.020
Soggetto non esente						
Donna	952.941,32	261.283,29	58.802,29	632.855,74	6.289	37.610
Uomo	737.727,26	179.657,93	43.152,95	514.916,38	4.419	20.503
Totali	1.690.668,58	440.941,22	101.955,23	1.147.772,12	10.708	58.113
Tipo esenzione non disponibile						
Donna	7.781.787,49	2.446.265,95	458.812,65	4.876.708,88	48.612	355.717
Uomo	5.530.171,60	1.553.556,72	319.309,90	3.657.304,98	32.727	187.313
Totali	13.311.959,09	3.999.822,67	778.122,56	8.534.013,86	81.339	543.030
Totali	122.440.822,07	7.616.034,18	4.773.247,99	110.051.539,91	539.419,00	105.252.219,96
Dati anno 2021 esenti e non - PACC ambulatoriali DAY SERVICE						
Anno 2021	Lordo	Ticket	Quota	Netto-Quota-Sconto	Assistiti	Prestazioni
Esenti - esenzioni combinate						
Donna	723.909,91	0,00	430,00	723.909,91	746	2.042
Uomo	625.673,15	0,00	620,00	625.673,15	642	1.814
Totali	1.349.583,06	0,00	1.050,00	1.349.583,06	1.388	3.856
ESENZIONE D'INVALIDITA'						
Donna	286.190,11	0,00	1.669,99	286.190,11	282	895
Uomo	336.883,14	0,00	1.965,00	336.883,14	324	1.029
Totali	623.073,25	0,00	3.634,99	623.073,25	606	1.924

ESENZIONE PER CONDIZIONE						
Donna	10.019,45	0,00	35,00	10.019,45	12	43
Uomo	9.597,00	0,00	20,00	9.597,00	9	21
Totali	19.616,45	0,00	55,00	19.616,45	21	64
ESENZIONE PER REDDITO						
Donna	4.968.085,10	76.501,29	17.459,99	4.891.583,81	5.036	13.960
Uomo	5.020.684,53	69.046,36	19.704,98	4.951.638,17	4.882	13.102
Totali	9.988.769,63	145.547,65	37.164,97	9.843.221,98	9.918	27.062
MALATTIE RARE						
Donna	2.994,89	0,00	40,00	2.994,89	6	25
Uomo	2.463,13	0,00	15,00	2.463,13	4	21
Totali	5.458,02	0,00	55,00	5.458,02	10	46
PATOLOGIA CRONICA						
Donna	78.472,11	0,00	865,00	78.472,11	111	440
Uomo	69.462,06	0,00	650,00	69.462,06	89	323
Totali	147.934,17	0,00	1.515,00	147.934,17	200	763
Soggetto non esente						
Donna	2.850,00	144,60	40,00	2.705,40	4	4
Totali	2.850,00	144,60	40,00	2.705,40	4	4
Tipo esenzione non disponibile						
Donna	2.953.761,08	116.445,93	27.460,00	2.837.315,15	3.018	7.206
Uomo	3.086.484,56	116.226,75	28.330,00	2.970.257,81	2.999	7.142
Totali	6.040.245,64	232.672,68	55.790,00	5.807.572,96	6.017	14.348
Totali	18.177.530,22	378.364,93	99.304,96	17.799.165,29	18.164,00	48.067,00

Dati anno 2021 esenti e non Termalismo						
Anno 2021	Lordo	Ticket	Quota	Netto-Quota-Sconto	Assistiti	Prestazioni
ESENZIONE D'INVALIDITA'						
Donna	26.711,99	266,60		26.445,39	114	2.247
Uomo	163.907,21	2.297,10		161.610,11	769	11.411
Totali	190.619,20	2.563,70		188.055,50	883	13.658
ESENZIONE PER CONDIZIONE						
Donna	472,56	0,00		472,56	2	24
Uomo	634,80	0,00		634,80	4	72
Totali	1.107,36	0,00		1.107,36	6	96
ESENZIONE PER REDDITO						
Donna	120.038,23	1.850,70		118.187,53	597	8.897
Uomo	83.356,26	1.493,40		81.862,86	463	7.687
Totali	203.394,49	3.344,10		200.050,39	1.060	16.584
PATOLOGIA CRONICA						
Donna	891,48	12,40		879,08	4	60
Uomo	188,16	6,20		181,96	2	48
Totali	1.079,64	18,60		1.061,04	6	108
Tipo esenzione non disponibile						
Donna	80.451,18	22.220,00		58.231,18	403	6.214
Uomo	106.291,47	32.560,00		73.731,47	591	9.717
Totali	186.742,65	54.780,00		131.962,65	994	15.931
Totali	582.943,34	60.706,40	0,00	522.236,94	2.949,00	46.377,00

Dati anno 2021 esenti e non - erogato CUP						
Anno 2021	Lordo	Ticket	Quota	Netto-Quota-Sconto	Assistiti	Prestazioni
Esenti - esenzioni combinate						
Donna	883.560,93	87,64	20.152,51	863.320,78	16.106	78.616
Uomo	854.679,49	0,00	24.002,58	830.676,91	12.424	61.788
Totali	1.738.240,42	87,64	44.155,10	1.693.997,68	28.530	140.404
ESENZIONE D'INVALIDITA'						
Donna	478.988,33	20,66	82.730,39	396.237,28	8.956	38.923
Uomo	462.179,30	35,66	79.078,08	383.065,56	8.819	36.167
Totali	941.167,63	56,32	161.808,47	779.302,84	17.775	75.090
ESENZIONE PER CONDIZIONE						
Donna	126.913,95	651,61	13.588,76	112.673,58	2.041	13.064
Uomo	40.341,15	758,64	1.290,00	38.292,51	555	3.969
Totali	167.255,10	1.410,25	14.878,76	150.966,09	2.596	17.033
ESENZIONE PER REDDITO						
Donna	3.382.339,34	393.826,46	203.605,93	2.784.906,96	60.203	264.325
Uomo	2.604.841,59	277.691,36	230.514,38	2.096.635,87	47.421	208.922
Totali	5.987.180,93	671.517,82	434.120,31	4.881.542,83	107.624	473.247
MALATTIE RARE						
Donna	12.719,36	0,00	2.500,00	10.219,36	288	1.346
Uomo	9.157,39	0,00	1.995,97	7.161,42	248	930
Totali	21.876,75	0,00	4.495,97	17.380,78	536	2.276
PATOLOGIA CRONICA						
Donna	1.229.350,86	30,00	101.227,33	1.128.093,53	14.735	58.089
Uomo	1.473.619,38	0,00	99.346,86	1.374.272,52	13.099	56.524
Totali	2.702.970,24	30,00	200.574,18	2.502.366,06	27.834	114.613
Soggetto non esente						

ASL Napoli 3 Sud - Relazione sulla performance 2021

Donna	902.923,82	783.484,24	19.619,50	99.820,08	22.114	58.903
Uomo	811.872,90	701.116,51	17.347,50	93.408,89	20.095	48.908
Totali	1.714.796,72	1.484.600,75	36.967,00	193.228,97	42.209	107.811
Tipo esenzione non disponibile						
Donna	183.854,79	140.075,18	3.327,00	40.452,61	4.434	14.849
Uomo	128.550,74	100.513,50	2.636,67	25.400,58	3.465	9.695
Totali	312.405,53	240.588,68	5.963,67	65.853,18	7.899	24.544
Totali	13.585.893,32	2.398.291,46	902.963,46	10.284.638,43	235.003,00	955.018,00

2.2 L'AMMINISTRAZIONE

Si riportano, di seguito, informazioni relative all'organizzazione, alle articolazioni territoriali esistenti e ai servizi resi.

2.2.1 Il modello organizzativo

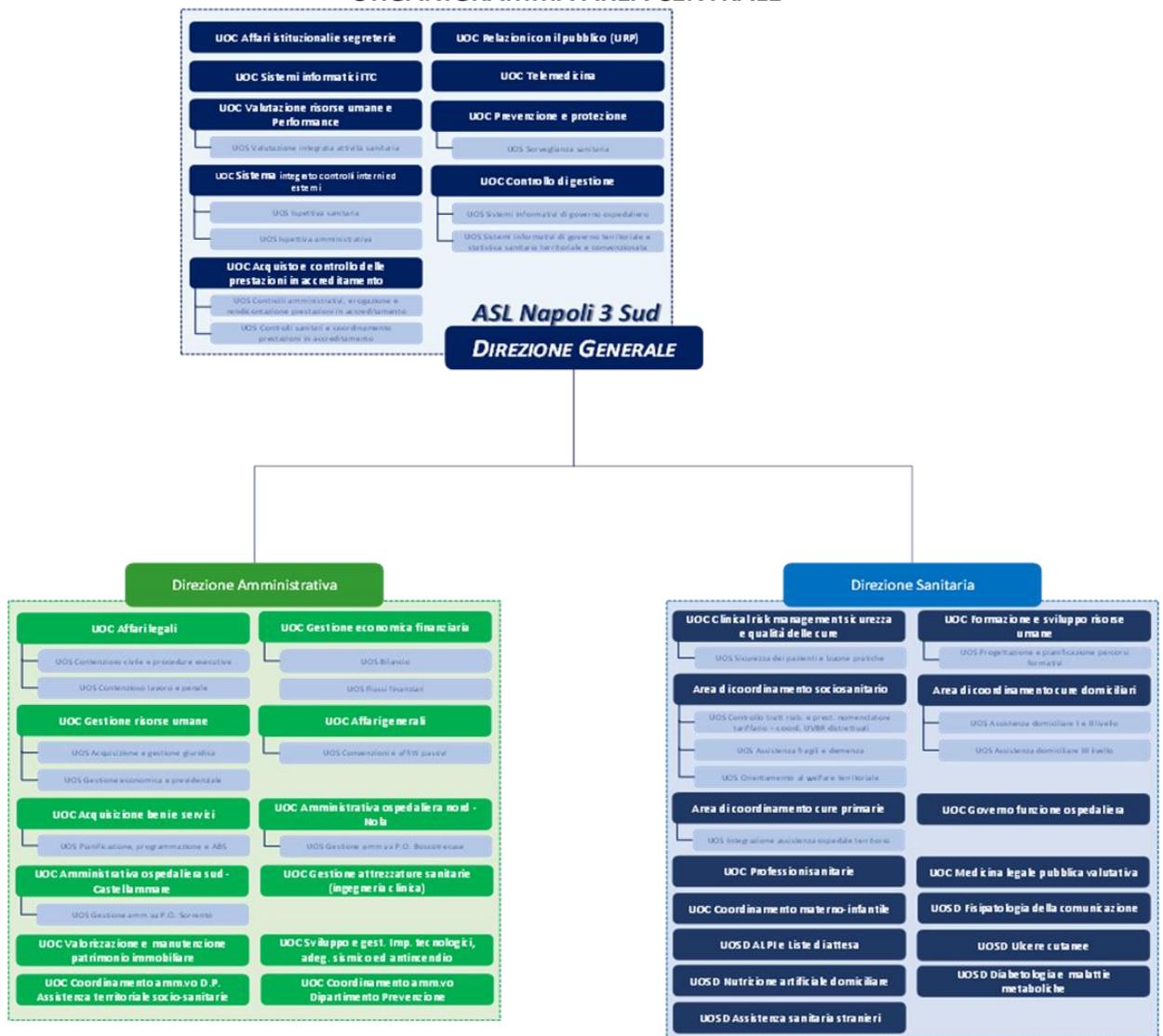
L'organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con Atto di diritto privato, approvato con Decreto del Commissario Ad Acta n.39 del 25/09/2017 e quindi deliberato dalla direzione Strategica con deliberazione del Direttore Generale n. 735 del 19/10/2017, redatto sulla base della programmazione nazionale e regionale e nel rispetto dei principi e dei criteri stabiliti dalla Regione Campania.

A seguito del DECRETO N. 83 DEL 31/10/2019, sono state istituite le Aree di Coordinamento con Delibera n. 373 del 28/05/2020

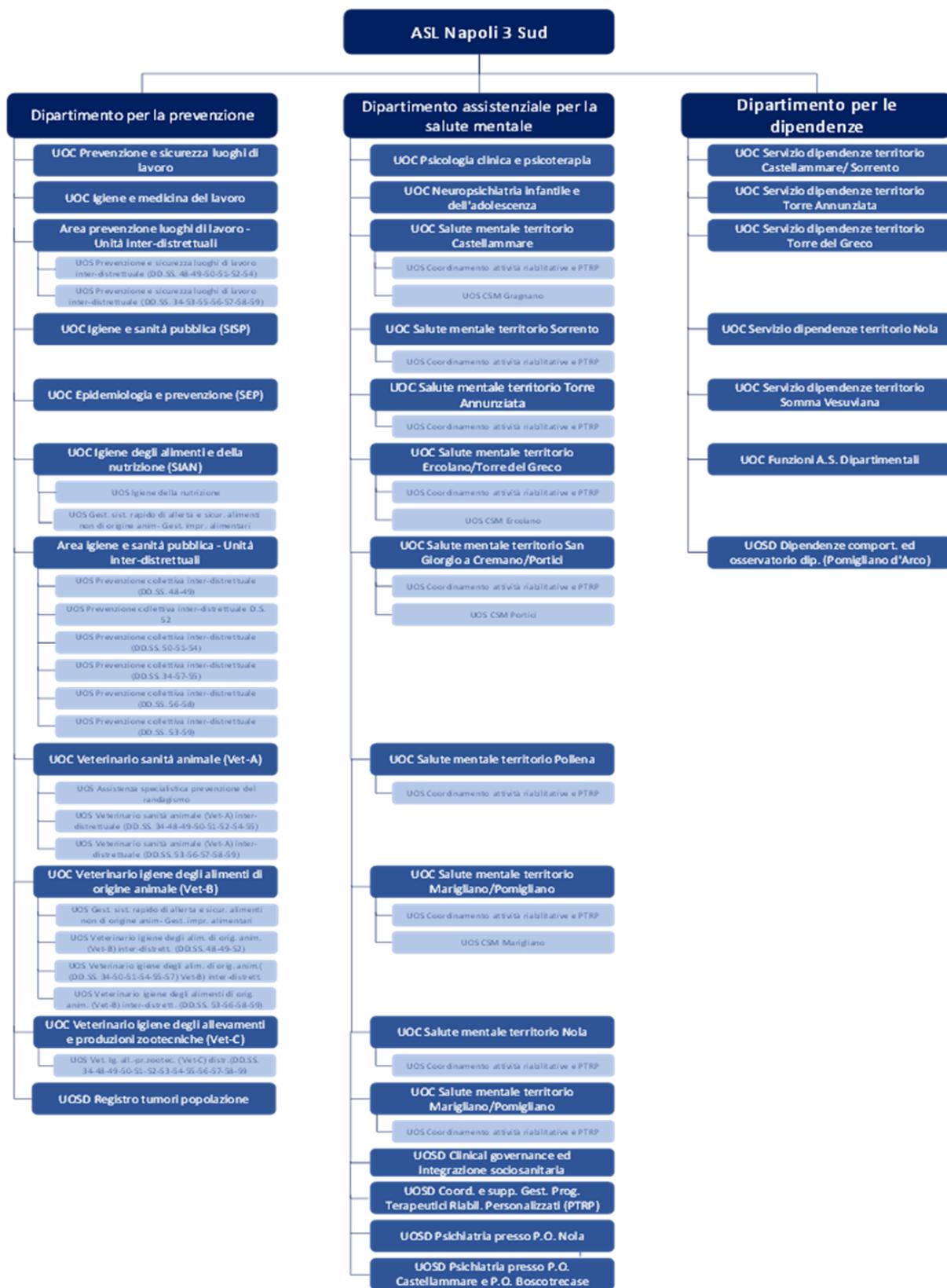
Il governo centrale dell'ASL Napoli 3 Sud è assicurato attraverso la governance della Direzione Generale, coadiuvata dalla Direzione Sanitaria e dalla Direzione Amministrativa, su tutte le strutture che la compongono.

Si rappresenta, di seguito, l'organizzazione generale dell'ASL Napoli 3 Sud.

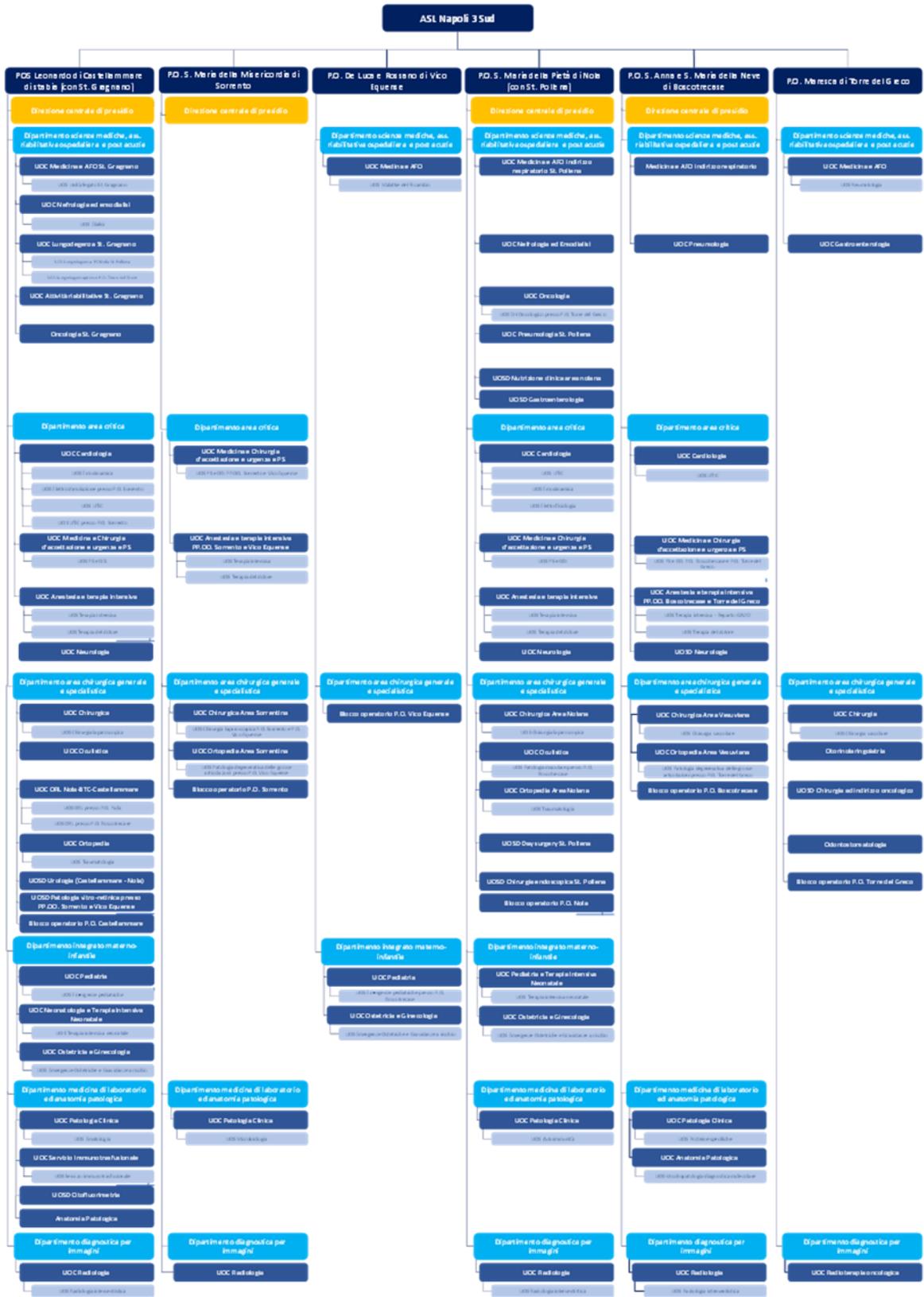
ORGANIGRAMMA AREA CENTRALE



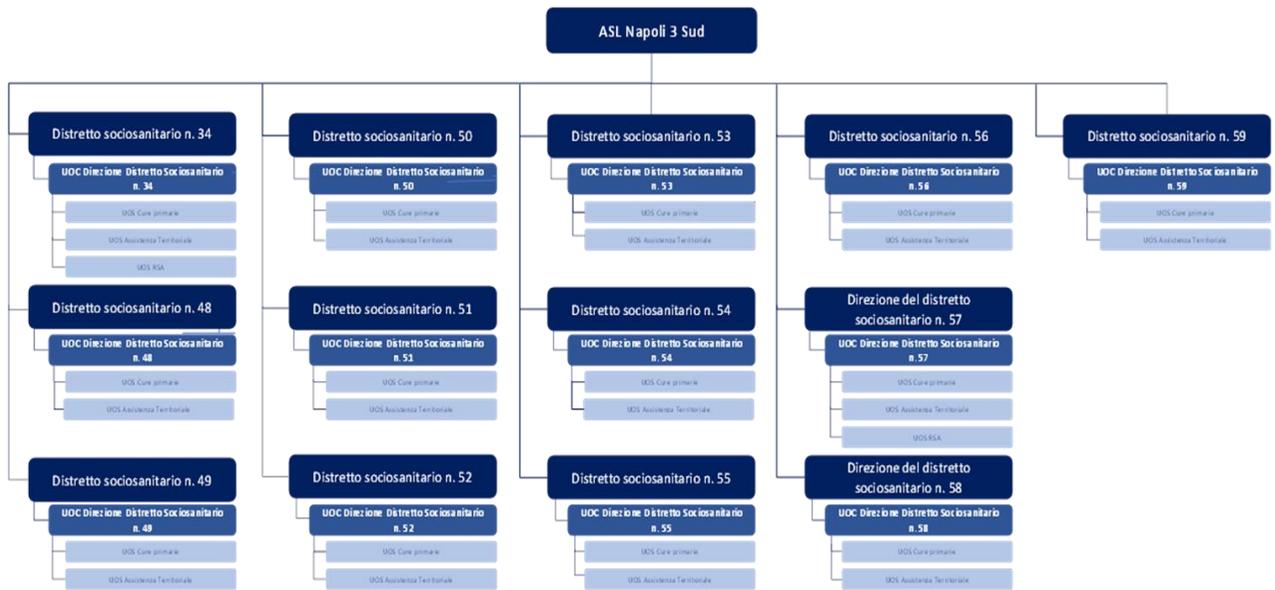
ORGANIGRAMMA AREA DIPARTIMENTALE



ORGANIGRAMMA AREA OSPEDALIERA



ORGANIGRAMMA AREA TERRITORIALE



2.3 LA RETE DEI SERVIZI

Il precipuo mandato istituzionale che l'Azienda intende perseguire è quello di garantire attivamente la promozione e la tutela della salute della popolazione di riferimento, nel rispetto del precetto costituzionale con i poteri e le responsabilità direttamente affidati alle Regioni.

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.

A tal fine, l'impianto organizzativo di cui l'Azienda si è dotata, rappresentato estesamente dall'organigramma di cui sopra, può essere schematicamente descritto attraverso le principali articolazioni che lo costituiscono.

La Direzione Aziendale, composta dal Direttore Generale, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, esercita il governo strategico dell'Azienda avvalendosi del Collegio di Direzione.

Le Strutture Centrali (Governo Clinico, Governo Tecnico Amministrativo e strutture di supporto 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.

L'ASL Napoli 3 Sud ha operato, nel corso dell'anno 2021, affinché fosse garantita la completa sinergia tra tutte le strutture aziendali, garantendo una completa integrazione ed interoperabilità delle attività riferite al governo clinico, al governo dei processi ed al governo economico aziendale.

Di seguito, si procede a declinare nello specifico l'attività svolta a livello centrale nell'ASL Napoli 3 Sud.

Direzione Generale

Nell'ambito delle attività riferite agli **Affari Istituzionali** ed alle segreterie, nel corso dell'anno 2021, si è proceduto allo svolgimento delle seguenti attività:

- ❖ gestione delle attività in veste di ufficiale rogante dell'ASL, come da Deliberazione Aziendale n. 430 del 31.05.2018;
- ❖ liquidazione dei creditori di riferimento delle linee di attività della struttura affari generali;
- ❖ predisposizione delle convenzioni dei contratti e dei protocolli di intesa da sviluppare con Enti e professionisti esterni, su proposta della Direzione strategica;
- ❖ gestione amministrativa fitti passivi attraverso la predisposizione di contratti, di atti ad essi propedeutici e consequenziali, di comunicazione con i proprietari, aggiornamento canoni e regolarizzazione imposte;
- ❖ liquidazione fitti passivi;
- ❖ gestione amministrativa patrimonio immobiliare attraverso la predisposizione di contratti, di atti ad essi propedeutici e consequenziali, di comunicazione con i proprietari, aggiornamento canoni, regolarizzazione imposte e riscossione fitti;
- ❖ apertura sinistri,
- ❖ liquidazioni sinistri,
- ❖ autogestione tutela legale dei dipendenti;
- ❖ protocollazione atti e loro smistamento alle articolazioni aziendali;
- ❖ implementazione piattaforma informatica regionale SIMES in materia di sinistri in sanità;
- ❖ gestione anagrafe delle prestazioni di cui all'art.53 del D. Lgs 165/2001 e s.m.i.;
- ❖ liquidazione debiti disciolte UU.SS.LL;
- ❖ liquidazione ex art. 26 L.R. 11/84;
- ❖ ricognizione c/c bancari intestati alle disciolte UU.SS.LL. e recupero somme ivi depositate;
- ❖ verifiche debiti disciolte UU.SS.LL. tramite procedure GED.NET.

Con riferimento alle attività sopra specificate, sia pur non complessivi per difficoltà nella rilevazione degli stessi, si rappresentano i seguenti volumi sviluppati:

Attività	Valore
Convenzioni, contratti e protocolli di intesa	70
Aperture sinistri	167
Mal practice	91
RCO infezione covid	3
Cadute accidentali	7
Randagismo	41
Vaccinazioni anticovid	19
Danni auto	3
Infortuni/ aggressione dipendenti	3
Determine liquidazione sinistri	82
Determine liquidazione inerenti alla tutela legale	27
Immobili detenuti in locazione passiva	31
Immobili detenuti in comodato d'uso	26
Immobili rientranti nel patrimonio immobiliare non strumentale	76
Terreni rientranti nel patrimonio immobiliare non strumentale	22
Nuovi inserimenti sul portale PerlaPA in materia di anagrafe delle prestazioni	27
Protocollazioni/anno effettuate presso l'ufficio protocollo generale	25.000

Tali attività movimentano un budget annuo di circa 13 milioni di euro.

Nell'ambito delle attività riferite agli affari istituzionali ed alle segreterie, nel corso dell'anno 2021, sono stati processati i seguenti atti come di seguito riportati in tabella a:

Attività	Valore
Gestione della corrispondenza pervenuta alla direzione strategica	68.645
Predisposizione note a firma della direzione strategica	3.896
Esame proposte di deliberazione	3.620
Deliberazioni adottate e pubblicate	1.170
Verbalizzazioni sedute deliberanti	113
Attività del collegio di direzione	5
Relate/Referte di pubblicazione	15.710
Monitoraggio a campione determine dirigenziali	21
Tassi di assenza	12
Implementazione dato applicativo GOP	12
Totale	93.204

Nell'ambito delle linee di attività aggiuntive, invece, sono stati processati i seguenti atti:

Attività	Valore
Partecipazione sedute collegio di disciplina-componente	35
Partecipazione sedute tavoli di delegazione trattante-componente parte pubblica	13
Totale	48

Nell'ambito delle attività riferite agli **Affari Legali**, l'ASL Napoli 3 SUD, attraverso le funzioni dell'unità aziendale preposta, ha garantito il suo supporto al governo tecnico amministrativo.

Nell'ambito delle attività di coordinamento amministrativo, nell'anno 2021 sono stati predisposti i seguenti atti:

- ❖ n. 75 determine di liquidazione avvocati esterni, per sorta capitale, interessi e spese legali relative alle sentenze di lavoro, civile e TAR;
- ❖ n. 29 delibere per conferimento incarico ad avvocati esterni;
- ❖ n. 200 richieste istruttorie trasmesse alle articolazioni aziendali per acquisire notizie necessarie alla liquidazione;
- ❖ n. 30 note di riscontro ai legali di controparte, ed ai legali esterni.

In ragione della rimodulazione delle attività, l'unità aziendale dedicata alla gestione delle risorse umane ha trasmesso a tale unità circa n. 198 titoli non esecutivi non liquidati che recano una data di emissione risalente all'anno 2008 ed un'istruttoria non aggiornata. I titoli trasmessi da liquidare, sono relativi ai decreti ingiuntivi esecutivi e alle sentenze pronunciate dal giudice del lavoro, emessi a seguito di giudizi azionati esclusivamente dal personale dipendente di questa azienda con esclusione, di quelli emessi a seguito di giudizi attivati dal personale convenzionato e dal personale non dipendente. Tale procedura ha richiesto una grande mole di lavoro in quanto è necessario lo studio del fascicolo cartaceo, il controllo della sorta capitale, i periodi temporali entro cui stabilire l'ammontare degli interessi, il cui calcolo deve essere effettuato in base all'aliquota del dipendente calcolato dall'unità gestione risorse umane. I titoli esecutivi sono stati liquidati seguendo l'ordine cronologico, partendo da quelli più datati per evitare il maturare di ulteriori interessi, che possono comportare ulteriori spese per l'ASL in caso di nomina del commissario ad acta. Dopo aver ottenuto tali riscontri, sono state predisposte le determine di liquidazione e le deliberazioni di conferimento incarico a legali esterni, dove sono indicati i motivi per i quali è opportuno che l'avvocatura sia coadiuvata da un avvocato esterno. Pertanto, alle liquidazioni delle somme di cui alle sentenze del giudice del lavoro, sono state aggiunte quelle inerenti le parcelle dei legali esterni che hanno difeso l'ASL Napoli 3 Sud in giudizio, in maniera congiunta e disgiunta con i dirigenti avvocati. Le determine e le delibere sono state trasmesse tramite l'applicativo Sfera e poi pubblicate sul portale dell'ASL Albo Pretorio.

Nell'ambito dei contenziosi civili sono stati notificati n. 557 atti giudiziari (decreti ingiuntivi, ricorsi ex art. 702 cpc, atti di citazione innanzi alla corte di appello e ricorsi per cassazione) per un totale di € 40.643.737,62.

La procedura parte dalla notifica degli atti giudiziari sopracitati che successivamente sono trasmessi alle articolazioni aziendali competenti ai fini istruttori, reiterando le richieste in caso di mancato riscontro nel termine dei 5 giorni. Se l'istruttoria è risultata incompleta, l'atto notificato viene trasmesso ad altre strutture come quella del coordinatore del tavolo tecnico della specialistica ambulatoriale per acquisire ulteriori informazioni ed atti che costituiscono elemento probatorio, da depositare in giudizio, al fine di evitare la soccombenza. I provvedimenti emessi dal giudice civile come le ordinanze e le sentenze, sono stati trasmessi in breve tempo alle articolazioni aziendali, affinché provvedano ad eseguirli per evitare gli atti di precetto e pignoramento, con aggravio di spesa per l'ASL, oppure il giudizio di ottemperanza, che può comportare un doppio aggravio di spesa nel caso di nomina del commissario ad acta, con danno all'erario, da segnalare alla corte dei conti. Nel caso di un mancato riscontro all'istanza istruttoria e alla nota di sollecito, l'avvocatura non si costituisce in giudizio e quindi trasmette la nota di non costituzione in giudizio.

Nell'ambito delle procedure esecutive sono stati notificati n. 433 atti di precetto e n. 91 atti di pignoramento. Per quelli iscritti a ruolo le somme pignorate ammontano a € 1.827.747,29. Gli atti di precetto e pignoramento sono trasmessi, ai fini istruttori, unicamente all'unità gestione economico finanziaria. In materia di espropriazione presso terzi, infatti, un ruolo fondamentale è attribuito al

terzo, il quale è chiamato a rendere la dichiarazione in ordine alla sussistenza e alla consistenza dei propri debiti nei confronti del debitore esecutato. La principale funzione della dichiarazione, quindi, è quella di accertamento credito presso il terzo, e conseguentemente, dell'imposizione del vincolo di destinazione delle somme o dei beni dallo stesso posseduto in favore del creditore precedente, necessaria ai fini del perfezionamento del pignoramento presso terzi.

L'unità gestione economico finanziaria è quindi competente al rilascio della dichiarazione di quantità in quanto struttura in possesso dei dati contabili, a cui spetta l'imposizione del vincolo di destinazione delle somme o dei beni in favore del creditore precedente.

Di seguito si riporta un elenco di istanze e richieste varie:

- ❖ n. 139 istanze di risarcimento danni da Malpractice;
- ❖ n. 54 istanze di risarcimento danni da randagismo;
- ❖ n. 34 atti del contenzioso tributario;
- ❖ n. 30 procedure di mediazione e negoziazione assistita;
- ❖ n. 17 atti relativi al patrimonio immobiliare;
- ❖ n. 7 richieste di risarcimento danni e cose;
- ❖ n. 21 richieste di risarcimento danni per vaccinazioni covid.

Le istanze e le richieste sono state trasmesse alle articolazioni aziendali competenti ai fini istruttori. Diverse istanze sono state sottoposte al comitato Valutazione sinistri (CVS) al fine di giungere ad un bonario componimento, le restanti si sono trasformate in atti giudiziari per un ammontare di € 3.880.073,46, per cui è in corso il contenzioso.

Nell'ambito dei contenziosi lavoro e penale sono stati notificati:

- ❖ n. 462 atti in materia di lavoro di cui 321 ricorsi ex art.414 cpc;
- ❖ n. 3 decreti ingiuntivi;
- ❖ n. 54 appelli,
- ❖ n. 17 ricorsi ex art.700 cpc;
- ❖ n. 62 ricorsi per accertamento tecnico preventivo;
- ❖ n. 4 ricorsi in cassazione.

Gli atti notificati sono stati trasmessi alle articolazioni aziendali ai fini istruttori, reiterando la richiesta di relazione e documentazione nel caso di mancato riscontro. Sono stati promossi n. 20 appelli in materia di differenze retributive per incarichi di struttura semplice e complessa, risarcimento danni per perdita di chance, indennità di turno, quota di ponderazione, inoltre, sono ancora in corso valutazioni di predisposizione di appelli relativi a sentenze la cui scadenza si riferisce all'anno 2021, in particolare per contenziosi seriali per i quali non vi sono motivi di gravame.

Sono state notificate n. 180 sentenze, anche afferenti ai giudizi iniziati negli anni pregressi, di cui n. 90 vinte, n. 3 per cessata materia del contendere e n. 87 cause perse, per le quali c'è una valutazione alla predisposizione dell'appello.

Sono stati predisposti n. 1 controricorso per cassazione e n. 13 ricorsi per cassazione. Inoltre, sono state prodotte relazioni ed espressi pareri in merito al contenzioso assegnato. I decreti ingiuntivi non sono stati opposti per mancato riscontro alla nota istruttoria.

Nell'ambito relativo ai contenziosi penali, l'ASL Napoli 3 Sud si è costituita in n. 7 giudizi, nei quali è responsabile civile ed inoltre l'avvocatura ha partecipato alle udienze relative ai giudizi penali iniziati negli anni scorsi.

Sono state predisposte, inoltre, le denunce e sono stati espressi i pareri di congruità della parcella penale al tariffario relativa al rimborso delle spese legali indicate in sentenza, nei casi in cui l'ASL Napoli 3 Sud è risultata soccombente.

Per quanto concerne i contenziosi amministrativi ed i ricorsi al capo dello stato sono stati notificati:

- ❖ n. 69 ricorsi al TAR Campania-Napoli;
- ❖ n. 6 motivi aggiunti;
- ❖ n. 40 ricorsi per ottemperanza;
- ❖ n. 6 ricorsi in consiglio di Stato;
- ❖ n. 3 ricorsi straordinario al capo dello stato.

Il valore del contenzioso è stato pari a €- 697.554,72.

Gli atti notificati sono stati trasmessi alle articolazioni aziendali ai fini istruttori, reiterando la richiesta di relazione e documentazione nel caso di mancato riscontro.

La struttura ha costituito l'ASL Napoli 3 Sud in n. 62 giudizi innanzi al TAR Campania-Napoli e in n. 4 giudizi innanzi al Consiglio di Stato. L'unità ha partecipato, inoltre, alle udienze e predisposto memorie e curato il contenzioso pensale relativo agli anni pregressi, presenziando alle udienze e depositando scritti difensivi.

Il contenzioso amministrativo è stato originato dai seguenti casi:

- ❖ corretta applicazione normativa statale e regionale di riferimento e mancato accreditamento;
- ❖ illegittimità del silenzio-mancata conclusione del procedimento;
- ❖ violazione del diritto di accesso ai documenti amministrativi, sancito dall'art.22 della L. n.241790 mod. dalla L.n.15/2005 che può comportare la soccombenza dell'ASL con la condanna alle spese di lite ;
- ❖ silenzio- rifiuto dell'ASL.

I contenziosi seriali sono stati principalmente contro il silenzio della P.A., le delibere che stabiliscono i tetti di spesa e la RTU, l'aggiudicazione di gara pubblica e l'esclusione da concorso pubblico.

Nell'ambito delle attività telematiche comuni a tutti i contenziosi escluso quello penale, il processo civile telematico PCT ha riguardato fundamentalmente le consultazioni, le notificazioni telematiche e il deposito degli atti giudiziari.

L'unità ha espresso n. 96 pareri per attività diverse dal contenzioso e ha partecipato alle riunioni stabilite dalla direzione aziendale, dalle articolazioni aziendali e ai tavoli tecnici della specialistica ambulatoriale. La struttura ha predisposto, inoltre, delibere di conferimento incarico e le determine di liquidazione ai legali esterni, schede Perlapa e le note inviate alle articolazioni aziendali.

Nell'ambito delle attività riferite alla **Prevenzione e Protezione**, l'ASL Napoli 3 Sud, attraverso le funzioni dell'unità aziendale preposta, ha eseguito:

- ❖ Supporto ai Datori di Lavoro;
- ❖ n. Sopralluoghi Distretti 13;
- ❖ n. di Sopralluoghi Presidi Ospedalieri 8;
- ❖ n. di Sopralluoghi Dipartimenti 3;
- ❖ Aggiornamenti dei Piani di Valutazione dei Rischi;
- ❖ Collaborazione alla stesura dei DVR di Distretti, Presidi Ospedalieri, Dipartimenti;
- ❖ Formazione USCA (vestizione e svestizione dipendenti);
- ❖ Partecipazione riunione periodiche N. 4 Presidi Ospedalieri, N.13 Distrettuali;
- ❖ Verifica d' idoneità Reparti COVID;
- ❖ Verifica d' idoneità Centri Vaccinali;
- ❖ Verifica caratteristiche tecniche dei DPI in uso all'azienda;
- ❖ Violenza sugli operatori: programmazione e verifica per acquisto braccialetti UOMO A TERRA all'interno dei PS;
- ❖ Rapporti con Università per verifica e monitoraggio Legionella;
- ❖ Individuazione delle misure di Prevenzione e Protezione per l'eliminazione o il contenimento dei rischi negli ambienti di lavoro e nei processi lavorativi;
- ❖ Pianificazione dei corsi di formazione D.lgs 81/08;
- ❖ Collaborazione alla organizzazione dei corsi di formazione;
- ❖ Pareri sull'acquisto di attrezzature di lavoro;
- ❖ Collaborazione nella individuazione e valutazione dai rischi da interferenze;
- ❖ Procedura per la relazione DUVRI stesura costi di sicurezza e per l'adempimento degli obblighi connessi alla sicurezza nei contratti di appalto.

Con riferimento alla **sorveglianza sanitaria**, dedicata sia al personale dipendente che convenzionato, l'unità aziendale preposta ha svolto:

- ❖ Supporto Tecnico Sanitario ai Datori di Lavoro
- ❖ Organizzazione e convocazione al personale dipendente alla visita;
- ❖ Visite periodiche a tutto il personale Aziendale;
- ❖ Visite mediche pre-assuntiva per emergenza sanitaria COVID N.853 (a tutt'oggi);
- ❖ Visite mediche pre-assuntive Agenzie interinali con prestazioni diagnostica a cura dell'UO Sorveglianza Sanitaria;
- ❖ Trasmissione ai Datori di Lavoro giudizi di idoneità;
- ❖ Riunioni periodiche con Medici Competenti;

- ❖ Visite mediche al personale radio-esposto;
- ❖ Gestione sanitaria assenza per emergenza;
- ❖ Visite mediche rientro per malattia e cambio mansioni;
- ❖ Stesura protocollo sanitario;
- ❖ Gestione soggetti fragili;
- ❖ Smistamento linee ministeriali COVID;
- ❖ Partecipazione riunioni indette dai Datori di Lavoro.

Nell'ambito delle attività riferite al **sistema integrato dei controlli interni ed esterni**, l'ASL Napoli 3 Sud, attraverso le funzioni dell'unità aziendale preposta, a causa dell'emergenza da Covid 2019, ha dovuto rimodulare il proprio sistema di lavoro. In tale scenario, la Direzione Strategica ha individuato tale unità quale sede del coordinamento delle procedure connesse all'implementazione della piattaforma informatica per la gestione dei tamponi e della telemedicina.

Tra le varie attività, inoltre, l'unità ha provveduto all'organizzazione dei vari hub vaccinali e dei drive through per l'effettuazione dei tamponi, oltre alla gestione delle USCA e della relativa assistenza domiciliare. Prendendo in considerazione soltanto segnalazioni significative, sono stati effettuati oltre n. 80 audit ed oltre n. 20 sopralluoghi.

Sono state prese in esame le seguenti criticità:

- ❖ segnalazioni anonime;
- ❖ casi di malasanità, alcuni dei quali connotati da risonanza mediatica;
- ❖ decreti ingiuntivi non opposti;
- ❖ operatività delle commissioni medico legali;
- ❖ regolarità dell'attività amministrativa e sanitaria;
- ❖ procedure attinenti l'acquisto di materiale sanitario, l'acquisizione di beni, servizi e forniture;
- ❖ osservanza del codice di disciplina e comportamento aziendale.

Direzione Amministrativa

Nell'ambito delle attività riferite all'acquisizione di beni e servizi, l'ASL Napoli 3 Sud, attraverso le funzioni dell'unità operativa preposta, ha curato la gestione di:

- ❖ procedure autonome;
- ❖ ordinativi diretti CONSIP.

Si rappresenta di seguito il dettaglio delle procedure autonome gestite.

TIPO PROCEDURA	NUMERO	IMP. BASE D'ASTA	IMP. DI AGGIUDICAZIONE	RISPARMIO
Affidamento diretto	164	7.894.824,67 €	5.467.924,25 €	1.081.788,51 €
Aperta	31	185.404.651,06 €	114.746.240,27 €	26.623.517,58 €
Asta	1	13.500,00 €	13.600,00 €	100,00 €
Negoziata	35	43.067.503,64 €	41.724.441,90 €	695.856,24 €
Negoziata senza previa pubblicazione del bando	11	5.434.389,22 €	5.168.798,54 €	9.574,20 €
Rilancio competitivo	1	4.685.031,70 €		- €
RDO CONSIP	66	995.821,00 €	818.671,38 €	177.149,62 €
TOTALE	309	247.495.721,29 €	167.939.676,34 €	28.587.986,15 €

Si rappresenta di seguito il dettaglio degli ordinativi diretti CONSIP gestiti.

TIPO	NUMERO	IMPORTO ORDINATO
ODA	74	10.807.208,87 €
RDO	266	4.750.159,02 €
TRATTATIVA DIRETTA	47	1.303.249,83 €
TOTALE	387	16.860.617,72 €

TIPO	IMPORTO ORDINATO
VACCINI ANTINFLUENZALI PER LE AA.SS. DELLA REGIONE CAMPANIA - LOTTI 2- 3 - SEQIRUS	1.248.750,00 €
VACCINI ANTINFLUENZALI PER LE AA.SS. DELLA REGIONE CAMPANIA - LOTTO 4- SANOFI	150.000,00 €

TIPO	IMPORTO ORDINATO
ACCORDO QUADRO - GLICEMIA - A. Menarini Diagnostic LOTTI 3- 6	30.416,86 €
ACCORDO QUADRO - GLICEMIA - Becton LOTTO 7	546.222,00 €
ACCORDO QUADRO - GLICEMIA - BENEFIS S.r.L. LOTTO 10	101.050,56 €
ACCORDO QUADRO - GLICEMIA - BIOCHEMICAL SYSTEMS INTERNATIONAL S.p.A. LOTTI 3-5	315.205,70 €
ACCORDO QUADRO - GLICEMIA - BIOSEVEN S.R.L. LOTTI 3	159.534,97 €
ACCORDO QUADRO - GLICEMIA - LOTTO 4 - MDHEALHCARE S.r.L	2.669,72 €
ACCORDO QUADRO - GLICEMIA - LOTTO 9 - PIKDARE SpA	30.254,80 €
ACCORDO QUADRO - GLICEMIA - PIKDARE S.p.A.LOTTI 7-8	1.025.190,04 €
ACCORDO QUADRO - GLICEMIA - ROCHE DIABETES CARE ITALY S.P.A..LOTTO 8	96.599,88 €
ACCORDO QUADRO BEVACIZUMAB - Amgen S.r.L	93.960,00 €
ACCORDO QUADRO BEVACIZUMAB - ORGANON ITALIA S.r.L	190.820,00 €
ACCORDO QUADRO ENOXAPARINA VARI DOSAGGI PEGFILGRASTIM 6MG -ACCORD HEALTHCARE ITALIA S.r.L- LOTTO 5	87.600,00 €
ACCORDO QUADRO ENOXAPARINA VARI DOSAGGI PEGFILGRASTIM 6MG -ITALFARMACO S.p.A- LOTTO 1-2-3-4	140.520,00 €
ACCORDO QUADRO ENOXAPARINA VARI DOSAGGI PEGFILGRASTIM 6MG -ROVI BIOTECH S.r.L- LOTTO 2-3-4	502.537,92 €
ACCORDO QUADRO ENOXAPARINA VARI DOSAGGI PEGFILGRASTIM 6MG -SANDOZ S.p.A- LOTTO 5	122.130,00 €
ACCORDO QUADRO ENOXAPARINA VARI DOSAGGI PEGFILGRASTIM 6MG-TECHDOW- LOTTO 2-3-4	268.920,00 €
ACCORDO QUADRO TRASTUZUMAB - MYLAN	72.580,00 €
ACCORDO QUADRO TRASTUZUMAB - ORGANON	201.600,00 €
ACCORDO QUADRO TRASTUZUMAB - PFIZER	72.691,20 €
ALTHEA ITALIA SPA- LT.4 - GARA SIGMA	5.150.741,00 €
AUSILI PER INCONTINENZA - SANTEX -LOTTI 2-3-4	10.470.745,40 €
BRONCOPNEUMOPATIA (BPCO)	51.425,00 €
DEFIBRILLATORI SEMIAUTOMATICI ESTERNI (DAE) 2	25.199,70 €
SISTEMI ANALITICI AUTOMATICI DEDICATI ALLA RICERCA DI EMOGLOBINA UMANA NELLE FECI	344.235,60 €
VACCINI ANTINFLUENZALI PER LE AA.SS. DELLA REGIONE CAMPANIA - LOTTO 1. -GLAXO	1.355.250,00 €

TIPO	IMPORTO ORDINATO
VACCINI ANTINFLUENZALI PER LE AA.SS. DELLA REGIONE CAMPANIA - LOTTO 5- ASTRAZENECA	180.000,00 €
VACCINI PER LE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE CAMPANIA- GLAXOSMITHKLINE S.P.A. Lotto 4	24.904,17 €
VACCINI PER LE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE CAMPANIA- GLAXOSMITHKLINE S.P.A. Lotto 7	305.624,00 €
VACCINI PER LE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE CAMPANIA-Pfizer Srl - Lotto n. 1 - 2	1.807.500,00 €
TOTALE	25.174.878,52 €

Si riporta la sintesi delle attività di liquidazione di fatture caricate sul codice univoco del servizio preposto all'acquisizione di beni e servizi, svolte nell'anno 2021. Si precisa che sono incluse nel conteggio anche le fatture relative agli acquisti effettuati per il tramite di So.Re.Sa. S.p.A.

NUMERO	IMPORTO
19.921	78.401.825,01 €

Nell'ambito delle attività riferite all'**Amministrazione Ospedaliera dell'Area Nord**, l'ASL Napoli 3 Sud, attraverso le funzioni dell'unità operativa preposta, ha con impegno e determinazione svolto funzioni di coordinamento e controllo sulle attività amministrative dei presidi ospedalieri di competenza secondo le indicazioni del Direttore Amministrativo e garantendo il coordinamento per tutti i processi tecnico-amministrativi di rilievo ospedaliero. L'amministrazione ospedaliera dell'area nord gestisce le attività amministrative del PO di Nola, con lo Stabilimento di Pollena, del PO di Boscotrecase (Covid Hospital) e del PO di Torre del Greco.

Nell'ambito delle competenze gestionali ed organizzative, l'unità preposta ha implementato le competenze sulle procedure stipendiali, così come disposto dal Direttore Amministrativo aziendale, attraverso il passaggio di attività gestite dalle Direzioni Sanitarie e traslate alle Direzioni Amministrative, come per esempio l'attribuzione del budget di tutto lo straordinario e voci accessorie dei presidi di riferimento. E' di notevole importanza precisare che, le competenze innanzi elencate non sono state contestualmente trasferite in uno con il personale di competenza della Direzione Sanitaria, per cui il personale assegnato a questa UOC si è visto investito di una ulteriore mole di lavoro in aggiunta a quello già gestito con affanno per l'andata in quiescenza di colleghi mai sostituiti da altro personale.

Le attività gestite nel corso dell'anno 2021 riguarda la gestione, in collaborazione con le funzioni centrali, di tutte le materie amministrative, in coerenza alle indicazioni del Direttore Amministrativo aziendale, garantendo la migliore integrazione funzionale tra attività amministrativa e sanitaria, di concerto con i direttori medici di presidio.

Nell'ambito delle attività riferite all'**amministrazione ospedaliera dell'area sud**, l'ASL Napoli 3 Sud, attraverso le funzioni dell'unità operativa preposta, ha con impegno e determinazione svolto funzioni di coordinamento e controllo sulle attività amministrative dei presidi ospedalieri di competenza secondo le indicazioni del Direttore Amministrativo e garantendo il coordinamento per tutti i processi tecnico-amministrativi di rilievo ospedaliero.

L'amministrazione ospedaliera dell'area sud gestisce le attività amministrative del PO di Castellammare, con lo Stabilimento di Gragnano, e degli Ospedali Riuniti di Sorrento e Vico Equense.

Nell'ambito delle competenze gestionali ed organizzative, l'unità preposta ha implementato le competenze sulle procedure stipendiali, così come disposto dal Direttore Amministrativo aziendale, attraverso il passaggio di attività gestite dalle Direzioni Sanitarie e traslate alle Direzioni Amministrative, come per esempio l'attribuzione del budget di tutto lo straordinario e voci accessorie dei presidi di riferimento. E' di notevole importanza precisare che, le competenze innanzi elencate non sono state contestualmente trasferite in uno con il personale di competenza della Direzione Sanitaria, per cui il personale assegnato a questa UOC si è visto investito di una ulteriore mole di lavoro in aggiunta a quello già gestito con affanno per l'andata in quiescenza di colleghi mai sostituiti da altro personale.

Le attività gestite nel corso dell'anno 2021 riguarda la gestione, in collaborazione con le funzioni centrali, di tutte le materie amministrative, in coerenza alle indicazioni del Direttore Amministrativo aziendale, garantendo la migliore integrazione funzionale tra attività amministrativa e sanitaria, di concerto con i direttori medici di presidio.

Nell'ambito delle Attività Amministrative del Dipartimento per la Prevenzione, l'ASL Napoli 3 Sud, attraverso le funzioni dell'unità aziendale preposta, si è occupata di:

- ❖ supportare la direzione amministrativa aziendale per tutte le attività inerenti il governo tecnico amministrativo relativamente alle attività del Dipartimento di Prevenzione;
- ❖ supportare il Direttore del Dipartimento di Prevenzione e gli altri responsabili di struttura complessa che ne fanno parte nella gestione dei processi di programmazione e controllo dei macro processi organizzativi di natura tecnico-amministrativa;
- ❖ espletare attività di indirizzo giuridico e di consulenza, nell'ambito di competenza, per il personale tecnico-amministrativo-professionale in dotazione al Dipartimento di Prevenzione;
- ❖ garantire consulenza giuridico amministrativa con studio, ricerca, analisi sulle problematiche proposte dalle strutture del Dipartimento di Prevenzione, relazionare circa i ricorsi promossi da stakeholder esterni ed interni al Dipartimento di Prevenzione;

- ❖ coordinare tutte le attività amministrative relative al Piano della Prevenzione dell'Asl Napoli 3 Sud;
- ❖ monitoraggio periodico delle spese sostenute per la gestione del Dipartimento di Prevenzione;
- ❖ supporto tecnico-amministrativo al Direttore del Dipartimento di Prevenzione nel processo di contrattazione ai fini dell'assegnazione del Budget da assegnare al Dipartimento di Prevenzione;
- ❖ assicurare il supporto organizzativo e le attività di segreteria al Comitato di Coordinamento Aziendale per l'Accreditamento e al Comitato di Dipartimento e ad eventuali Conferenze di Servizio organizzate dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione;
- ❖ disciplinare ed assicurare tutte le attività di comunicazione interna al Dipartimento di Prevenzione;
- ❖ supportare il Direttore del Dipartimento di Prevenzione nelle attività inerenti i Procedimenti Disciplinari riguardanti il personale del Dipartimento di Prevenzione;
- ❖ supportare, amministrativamente, tutte le attività intramoenia del personale dipendente del Dipartimento di Prevenzione;
- ❖ supportare il Direttore del Dipartimento di Prevenzione nella gestione dell'Ufficio di Fatturazione del Dipartimento di Prevenzione (Fattura PA);
- ❖ gestire il flusso documentale della direzione del Dipartimento di Prevenzione (registrazione, classificazione, archiviazione, invio, ritiro e recapito della corrispondenza, analisi e distribuzione della corrispondenza in entrata, tenuta, cura ed archiviazione dei provvedimenti e di ogni altra documentazione di interesse della direzione dipartimentale);
- ❖ supportare la direzione del Dipartimento di Prevenzione per tutte le procedure inerenti la predisposizione di determinazioni e proposte di deliberazione alla Direzione Generale;
- ❖ gestire le sanzioni amministrative (attività di registrazione di verbali di contestazione di violazioni amministrative, valutazione tesi difensive proposte, audizioni, emissioni ordinanze-ingiunzioni di pagamento, di archiviazione/annullamento/revoca, costituzione in giudizio a seguito di ricorsi in opposizione presso la competente A.G., interventi udienze, proposte recupero crediti, statistiche);
- ❖ applicare il D. Lgs. n. 194/08, in materia di "Disciplina delle modalità di rifinanziamento dei controlli sanitari ufficiali in attuazione del regolamento CE n°882/04", con il quale vengono stabilite le tariffe a carico degli operatori dei settori sottoposti alla verifica di conformità alla normativa da parte delle autorità competenti, in materia di mangimi e di alimenti ed alle norme sulla salute e sul benessere animale e le modalità di riscossione di tali tariffe. Gestione contabilità, flussi informativi tra servizi e gli operatori del settore alimentari sottoposti a tale normativa, la UOC Gestione Economica Finanziaria aziendale e la Regione Campania;

- ❖ supportare il Direttore del Dipartimento di Prevenzione per tutte le attività inerenti il Programma Triennale della Trasparenza, partecipando alla redazione del link Dipartimento di Prevenzione del sito istituzionale;
- ❖ partecipare alla elaborazione del Piano dei Controlli esterni previsto dall'art. 25 del D.Lgs n. 33/2013 e s.m.i..

Nell'ambito delle **attività amministrative dell'area territoriale**, l'ASL Napoli 3 Sud, attraverso le funzioni dell'unità aziendale preposta, si è occupata del recupero ticket, volto a recuperare un residuo di oltre 28 mln di euro, di esenzioni ticket richiesti e non spettanti ai cittadini dell'ASL Napoli 3 Sud. Con riferimento a tale imponente attività, a far data del mese di novembre 2021, si è provveduto al recupero di € 5.448.773,89. Inoltre, l'unità dedicata alla gestione amministrativa dell'area territoriale ha avanzato nel confronto, continuo e costante, con i Direttori Sanitari dei DDSSSS, al fine di identificare una metodologia univoca per il pagamento dei pazienti dializzati, trapiantati in Italia ed all'Estero, pazienti TBC e pazienti Microcitemici. In linea generale, l'unità ha favorito la collaborazione e la sinergia tra i distretti in ambito amministrativo.

Nell'ambito delle attività della **Gestione Economico Finanziaria**, sono state svolte le seguenti linee di attività:

- ❖ tenuta ed aggiornamento del Piano dei conti aziendale secondo le indicazioni regionali e nazionali in materia di contabilità della Aziende sanitarie pubbliche;
- ❖ alimentazione della contabilità generale mediante la rilevazione, nel programma di contabilità aziendale in uso, dei fatti gestionali aventi rilevanza economico-patrimoniale con le apposite scritture contabili tenute con il metodo della "partita doppia";
- ❖ tenuta della contabilità dei clienti e dei fornitori di beni e servizi tramite l'emissione e la registrazione dei documenti di vendita e di acquisto con aggiornamento delle rispettive partite contabili creditorie e debitorie, con particolare riferimento alla contabilità delle strutture e dei servizi convenzionati nonché delle strutture accreditate;
- ❖ gestione della cassa aziendale attraverso l'emissione e la registrazione degli ordinativi di pagamento e delle reversali d'incasso, dopo averne accertato il titolo, curando i rapporti e la tenuta della contabilità del tesoriere e controllando le risorse finanziarie ed i relativi flussi;
- ❖ gestione del precontenzioso per le materie di competenza e predisposizione istruttorie amministrativo-contabili in merito ai contenziosi avviati nei confronti dell'Azienda presso i Tribunali competenti;
- ❖ regolarizzazione delle carte contabili mediante la sistemazione di provvisori d'uscita emessi dal tesoriere aziendale per procedure pignoratorie concluse in anni pregressi e per l'esercizio in corso;
- ❖ redazione del bilancio economico preventivo e del bilancio di esercizio consuntivo, dei rendiconti economici trimestrali e relativi adempimenti;

- ❖ attività tributarie (dichiarazione dei redditi, dichiarazione annuale IVA – IRAP) fornendo alle strutture aziendali la consulenza e il supporto in materia per l'applicazione della normativa fiscale.

Nell'ambito delle attività di **Valorizzazione e Manutenzione del Patrimonio Immobiliare**, l'ASL Napoli 3 Sud, attraverso le funzioni dell'unità aziendale preposta, ha svolto le seguenti attività:

- ❖ Programmazione LL.PP.:
 - redazione del Programma Triennale 2022-2024 e dell'Elenco Annuale dei LL.PP. 2022, adottato con Deliberazione del D.G. n.993 del 03/11/2021 ed approvato con Deliberazione del D.G. n.1141 del 21/12/2021;
 - individuazione delle sedi per la realizzazione delle strutture territoriali previste nella Missione 6 — Componente 1 del PNRR (Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali ed Ospedali di Comunità);
- ❖ Affidamento Servizi di Ingegneria ed Architettura:
 - affidamento dei "Servizi di ingegneria e architettura per la redazione dello studio di fattibilità, la progettazione definitiva/esecutiva, il coordinamento della sicurezza e la direzione dei "Lavori di completamento dei locali a rustico del P.O. di Boscotrecase per la realizzazione di n.20 posti letto di terapia semi-intensiva previsti nel piano ex
 - D.G.R.C. n. 378/ 2020 - Determinazione Dirigenziale n. 13 del 20/01/2021;
 - affidamento dei "Servizi di ingegneria e architettura per la redazione dello studio di fattibilità, la progettazione definitiva/ esecutiva, il coordinamento della sicurezza e la direzione dei "Lavori per la realizzazione di posti letto di terapia intensiva e semi- intensiva e di spazi dedicati al pronto soccorso COVID presso il P.O. di Nola programmati nel piano adottato con D.G.R.C. n. 378/2020" - Determinazione Dirigenziale n. 18 del 22/01/2021;
 - affidamento dei "Servizi di ingegneria e architettura per la redazione dello studio di fattibilità, la progettazione definitiva/esecutiva, il coordinamento della sicurezza e la direzione dei "Lavori di ristrutturazione dei locali adiacenti al pronto soccorso esistente del P.O. Maresca per la realizzazione di n. 6 posti letto di terapia semi- intensiva previsti nel piano D.G.R.C. n. 378/2020" - Determinazione Dirigenziale n. 21 del 25/01/2021;
 - affidamento dei "Servizi di ingegneria e architettura per la redazione dello studio di fattibilità, la progettazione definitiva/esecutiva, il coordinamento della sicurezza e la direzione dei "Lavori per la realizzazione dei posti letto di terapia intensiva e semi- intensiva e di spazi dedicati al pronto soccorso COVID presso il P.O.S. Leonardo di Castellammare di Stabia previsti nella D.G.R.C. n. 378/ 2020" Determinazione Dirigenziale n. 23 del 30/01/2021;

- affidamento dei Servizi di Ingegneria ed Architettura per la progettazione, il coordinamento della sicurezza e la direzione dei “Lavori di realizzazione del nuovo ospedale unico di penisola sorrentina e costiera amalfitana” con Determinazione Dirigenziale n. 37 del 15/02/2021;
- affidamento dei Servizi di Ingegneria ed Architettura per la redazione dello studio di fattibilità e la progettazione definitiva/ esecutiva dei “Lavori di ristrutturazione del piano terra della palazzina ex colonia elioterapica del P.O. di Nola per l’allocazione del day hospital oncologico” Determinazione Dirigenziale n. 63 del 19/03/2021;
- affidamento dei Servizi di Ingegneria ed Architettura per la redazione dello studio di fattibilità, la progettazione definitiva/ esecutiva, il coordinamento della sicurezza e la direzione dei “Lavori di completamento della ristrutturazione del reparto di degenza al piano quarto del P.O. San Leonardo di Castellammare di Stabia” Determinazione Dirigenziale n. 74 del 18/04/2021;
- affidamento dei Servizi di Ingegneria ed Architettura per la verifica preventiva della progettazione dei “Lavori di realizzazione del nuovo ospedale unico di penisola sorrentina e costiera amalfitana” - Deliberazione D.G. n. 434 del 06/05/2021;
- affidamento dei servizi di ingegneria e architettura inerenti la progettazione definitiva/ esecutiva, il coordinamento della sicurezza e la direzione dei "Lavori di realizzazione di un nuovo corpo scale e di una scala di emergenza a servizio dell’ala est del P.O. di Boscotrecase" e la progettazione definitiva/esecutiva dei "Lavori di realizzazione del nuovo reparto per il servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) da n. 16 posti letto presso il P.O. di Boscotrecase" - Determinazione Dirigenziale n. 171 del 16/08/2021;
- affidamento dei servizi di ingegneria e architettura inerenti a "Progettazione, coordinamento sicurezza e direzione dei lavori di adeguamento sismico del vecchio padiglione del P.O. "A. Maresca" di Torre del Greco” - Determinazione Dirigenziale n. 257 del 15/11/2021;
- affidamento dei "Servizi di ingegneria ed architettura per la progettazione, il coordinamento della sicurezza e la direzione dei lavori di messa in sicurezza e bonifica del sito presso il P.O. di Nola" - Determinazione Dirigenziale n. 287 del 14/12/2021;
- affidamento dei “Servizi di ingegneria ed architettura per la progettazione, il coordinamento della sicurezza e la direzione dei lavori previsti nel Programma degli Investimenti di Edilizia Sanitaria di cui all’art. 20 - III Fase - Completamento, della ASL Napoli 3 Sud” - Deliberazione D.G. n. 1146 del 21/12/2021;
- affidamento dei “Servizi di ingegneria ed architettura per la progettazione, il coordinamento della sicurezza e la direzione dei lavori di completamento delle

aree a rustico al piano terra del P.O. di Gragnano per la realizzazione del nuovo laboratorio galenico centralizzato U.F.A.”;

❖ Progettazione LL.PP:

- approvazione del Progetto Esecutivo dei “Lavori di completamento ed adeguamento funzionale del reparto di Ostetricia e Ginecologia del P.O. Santa Maria della Pietà di Nola” - Deliberazione D.G. n. 40 del 20/01/2021;
- approvazione del Progetto Esecutivo dei “Lavori di realizzazione dei locali per l’installazione della Risonanza Magnetica al piano seminterrato del P.O. San Leonardo di Castellammare di Stabia” con Deliberazione D.G. n. 41 del 20/01/2021;
- approvazione del progetto definitivo/ esecutivo dei “Lavori di ampliamento, ristrutturazione e adeguamento del P.O. di Nola” Accordo di Programma degli interventi di edilizia sanitaria ai sensi dell’art. 20 della L. 67/88, III fase, I stralcio. Scheda n.23 — Deliberazione D.G. n. 310 del 09/04/2021;
- approvazione del Progetto Definitivo/Esecutivo dei “Lavori di ristrutturazione e adeguamento del P.O. di Boscotrecase” Accordo di Programma degli interventi di edilizia sanitaria ai sensi dell’art. 20 della L. 67/ 88, III fase, I stralcio. Scheda n. 25 Deliberazione D.G. n. 312 del 09/04/2021;
- approvazione del Progetto Definitivo/Esecutivo dei “Lavori di adeguamento e completamento del P.O. di Torre del Greco” Accordo di Programma degli interventi di edilizia sanitaria ai sensi dell’art. 20 della L. 67/ 88, III fase, I stralcio. Scheda n.24 - Deliberazione D.G. n. 329 del 14/04/2021;
- approvazione del Progetto Esecutivo dei “Lavori di ristrutturazione ed adeguamento dei locali dell’U.O.C. Ser. D. Nola di via dell’ Amicizia n. 70 nel Comune di Nola (NA)” — Deliberazione D.G. n. 344 del 20/04/2021;
- approvazione del progetto dei lavori supplementari per la “Realizzazione del nuovo reparto Speciale Unità Accoglienza Permanente presso il P.O. di Gragnano” Deliberazione D.G. n. 383 del 27/04/2021;
- progettazione definitiva/ esecutiva dei “Lavori di ristrutturazione del P.O. di Sorrento per ampliamento del reparto di rianimazione e terapia intensiva al piano primo e dei locali adiacenti al pronto soccorso esistente per la realizzazione di spazi strutturali dedicati covid-19 previsti nel piano D.G.R.C. n. 378/ 2020”;
- progettazione definitiva/esecutiva dei "Lavori di ristrutturazione ed adeguamento funzionale della clinica veterinaria di via Calastro a Torre del Greco (NA)";

❖ Affidamento esecuzione LL.PP:

- procedura di gara negoziata per l’affidamento dei “Lavori di realizzazione dei locali per l’installazione della risonanza magnetica al piano seminterrato del P.O. San Leonardo di Castellammare di Stabia” - Determinazioni Dirigenziali n. 31 del 05/02/2021 e n. 77 del 12/04/2021;

- procedura di gara negoziata per la conclusione di un accordo quadro per l'esecuzione di lavori di manutenzione degli impianti tecnologici, assimilabili alla categoria OG11, installati nelle strutture ospedaliere e territoriali della ASL Napoli 3 Sud — Determinazione Dirigenziale n.34 del 11/02/2021 e n. 78 del 16/04/2021;
- procedura di gara negoziata per l'affidamento dei "Lavori di realizzazione di una terza sala operatoria e dei locali per la sterilizzazione al piano terzo e di sostituzione dell'UTA a servizio del blocco operatorio esistente del P.O. San Leonardo a Castellammare di Stabia" Determinazione Dirigenziale n. 38 del 15/02/2021;
- affidamento dell'esecuzione delle indagini geoarcheologiche per l'esecuzione dei
- lavori di sistemazione delle aree esterne destinate a parcheggio del presidio ospedaliero "SS.ANNA E MADONNA DELLA NEVE" di Boscotrecase" Determinazione Dirigenziale n. 43 del 22/02/2021;
- procedura di gara negoziata per l'affidamento dei "Lavori di completamento ed adeguamento funzionale del reparto di ostetricia e ginecologia del P.O. Santa Maria della Pietà di Nola" - Determinazioni Dirigenziali n. 68 del 24/03/2021 e n. 131 del 21/06/2021;
- affidamento dei "Lavori di ristrutturazione dei locali del laboratorio di analisi al piano terra del P.O. di Sorrento" - Determinazione Dirigenziale n. 99 del 10/05/2021;
- affidamento dei "Rilevamenti topografici e geomeccanici ed indagini geognostiche
- per la realizzazione del nuovo ospedale unico della penisola sorrentina e della costiera amalfitana" — Determinazione Dirigenziale n. 118 del 25/05/2021;
- procedura di gara negoziata per l'affidamento dei "Lavori di ristrutturazione ed adeguamento dei locali dell'U.O.C. Ser.D. Nola di via dell'Amicizia n. 70 nel Comune di Nola (NA)" — Determinazione Dirigenziale n. 132 del 21/06/2021;
- procedura di gara negoziata per la conclusione di un accordo quadro per l'esecuzione dei lavori di manutenzione edile (categoria OG01) delle strutture in uso ai "consultori familiari" della ASL Napoli 3 Sud — Determinazioni Dirigenziali n. 141 del 28/06/2021 e n. 174 del 17/08/2021;
- procedura di gara negoziata per la conclusione di un accordo quadro per l'esecuzione di lavori di manutenzione delle opere edili, assimilabili alla categoria OG1, degli immobili degli OO.RR. Area Stabiese - Determinazioni Dirigenziali n. 119 del 25/05/2021 e n. 170 del 16/08/2021;
- procedura di gara negoziata per la conclusione di un accordo quadro per l'esecuzione di lavori di manutenzione delle opere edili, assimilabili alla categoria OG1, degli immobili degli OO.RR. Area Vesuviana — Determinazioni Dirigenziali n. 119 del 25/05/2021 e n. 170 del 16/08/2021;

- procedura di gara negoziata per la conclusione di un accordo quadro per l'esecuzione di lavori di manutenzione delle opere edili, assimilabili alla categoria OG1, degli immobili degli OO.RR. Area Nolana — Determinazioni Dirigenziali n. 119 del 25/05/2021 e n. 170 del 16/08/2021;
 - procedura di gara negoziata per la conclusione di un accordo quadro per l'esecuzione di lavori di manutenzione delle opere edili, assimilabili alla categoria OG1, degli immobili degli OO.RR. Area Sorrentina — Determinazioni Dirigenziali n. 119 del 25/05/2021 e n. 170 del 16/08/2021;
 - procedura di gara negoziata per la conclusione di un accordo quadro per l'esecuzione di lavori di manutenzione delle opere edili, assimilabili alla categoria OG1, degli immobili dei Distretti Sanitari nn.48, 49, 50, 51 e 52 - Determinazioni Dirigenziali n. 119 del 25/05/2021 e n. 170 del 16/08/2021;
 - procedura di gara negoziata per la conclusione di un accordo quadro per l'esecuzione di lavori di manutenzione delle opere edili, assimilabili alla categoria OG1, degli immobili dei Distretti Sanitari nn.34,54, 55,57— Determinazioni Dirigenziali n. 119 del 25/05/2021 e n.170 del 16/08/2021;
 - procedura di gara negoziata per la conclusione di un accordo quadro per l'esecuzione di lavori di manutenzione delle opere edili, assimilabili alla categoria obdi dei Distretti Sanitari nn.53, 56 - Determinazioni Dirigenziali 25/05/2021 e n. 170 del 16/08/2021;
 - procedura di gara negoziata per la conclusione di un accordo quadro per l'esecuzione di lavori di manutenzione delle opere edili, assimilabili alla categoria OG1, degli immobili dei Distretti Sanitari nn.58, 59 — Determinazioni Dirigenziali n.119 del 25/05/2021 e n. 170 del 16/08/2021;
 - procedura di gara negoziata per la conclusione di un accordo quadro per l'esecuzione dei lavori di manutenzione edile, assimilabili alla categoria OG1, finalizzati al miglioramento della qualità e della funzionalità delle 2ruhere aderenti al dipartimento delle dipendenze della ASL Napoli 3 Sud — Determinazione Dirigenziale n. 294 del 27/12/2021;
- ❖ Esecuzione LL.PP.:
- progettazione ed esecuzione del Piano di Caratterizzazione Ambientale del sito sospetto contaminato presso il P.O. di Nola;
 - allestimento postazioni drive-through presso le sedi dei distretti sanitari della ASL Napoli 3 Sud per l'esecuzione di tamponi rinofaringei;
 - supporto per l'allestimento delle postazioni vaccinali anti-COVID presso le sedi dei distretti sanitari della ASL Napoli 3 Sud;
 - prosecuzione "Lavori di rifacimento delle facciate del P.O. di Sorrento";
 - prosecuzione "Lavori per la realizzazione del nuovo reparto Speciale Unità Accoglienza Permanente presso il P.O. di Gagnano";

- consegna dei “Lavori di riqualificazione del piano seminterrato destinato ad ambulatori e sala corsi presso il Distretto Sanitario n. 51 di Piazza Sant’ Agnese a Pomigliano D’Arco”;
- consegna dei “Lavori di ristrutturazione dei locali del laboratorio di analisi al piano terra del P.O. di Sorrento”;
- consegna dei “Lavori di realizzazione dei locali per l’installazione della risonanza magnetica al piano seminterrato del P.O. San Leonardo di Castellammare di Stabia”;
- consegna dei “Lavori di realizzazione di una terza sala operatoria e dei locali per la sterilizzazione al piano terzo e di sostituzione dell'UTA a servizio del blocco operatorio esistente del P.O. San Leonardo a Castellammare di Stabia”
- lavori urgenti di manutenzione ordinaria e straordinaria, edile ed impiantistica, realizzati presso le strutture ospedaliere e territoriali della ASL Napoli 3 Sud necessari per fronteggiare l’emergenza COVID-19;
- ❖ Collaudo/ Certificazione di regolare esecuzione LL.PP.:
 - approvazione del collaudo tecnico-amministrativo dell’appalto per la “Realizzazione chiavi in mano” del Nuovo Reparto di Rianimazione e Terapia Intensiva presso il P.O. “S.Anna e SS. Madonna della Neve” in via Lenze nel Comune di Boscotrecase” — Deliberazione D.G. n. 1113 del 10/12/2021;
 - approvazione vari certificati di regolare esecuzione di lavori di manutenzione edile ed impiantistica;
- ❖ Manutenzione degli immobili e degli impianti:
 - gestione del contrasto del multiservizio tecnologico SORESA;
 - approvazione della variazione in aumento al contrasto del multiservizio tecnologico per l’esecuzione dei “Servizi manutentivi integrativi al Multiservizio Tecnologico da eseguirsi presso gli immobili ospedalieri e territoriali della ASL Napoli 3 Sud” — Deliberazione D.G. n. 849 del 14/09/2021;
 - progettazione, indizione gara ed affidamento di un "Appalto misto di lavori e servizi per la gestione e manutenzione annuale degli impianti di distribuzione dei gas medicinali, delle centrali tecnologiche e di evacuazione dei gas anestetici installati nelle strutture della ASL Napoli 3 Sud - Anno 2021" — Determinazioni Dirigenziali n. 2 del 07/01/2021 e n. 133 del 23/06/2021;
 - progettazione, indizione gara ed affidamento del “Servizio di controllo, prevenzione e contenimento del rischio legionella negli impianti idrici di distribuzione dell'acqua sanitaria e di conduzione e manutenzione degli impianti di trattamento a biossido di cloro installati nelle n. 2 strutture della ASL Napoli 3 Scid - Anno 2021” — Determinazioni Dirigenziali n. 4 del 11/01/2021 e n. 100 del 10/05/2021;
 - progettazione, indizione gara ed affidamento del “Servizio di gestione, manutenzione e conduzione degli impianti di trattamento delle acque reflue

installati nelle strutture della ASL Napoli 3 Sud - Anno 2021“- Determinazioni Dirigenziali n. 76 del 12/04/2021 e n. 173 del 17/08/2021;

- gestione dei contrari di manutenzione degli impianti di distribuzione gas medicali;
- gestione dei contrari di manutenzione degli impianti di trattamento dell'acqua calda sanitaria per la prevenzione della legionellosi;
- gestione dei contrari di manutenzione degli impianti di trattamento delle acque reflue;
- gestione dei contrari di accordo quadro per l'esecuzione dei lavori di manutenzione edile;
- gestione dei contratti di accordo quadro per l'esecuzione dei lavori di manutenzione delle aree a verde.

Inoltre, nel corso dell'anno 2021 si è reso necessario fornire un rilevante supporto all'unità di affari legali ed all'unità controlli integrati interni ed esterni per i ricorsi per decreti ingiuntivi presentati da diverse Società che, sulla sola base di documentazione di contabilità di lavori, hanno presentato istanze di pagamento, e per le quali lo scrivente ha redatto le seguenti relazioni istruttorie:

- ❖ prot. n. 149308 del 04/08/2021, relativa al D.I. n.1055/20 proposto dalla società Mediagroup S.a.s., per un importo di €1.035.820,00 compreso IVA;
- ❖ prot. n. 168855 del 30/08/2021, relativa al D.I. 1831/2018 proposto dalla società Edil Molise di Ascione Carmela, per un importo di €449.557,17 compreso IVA;
- ❖ prot. n. 142800 del 23/09/2020 e successiva integrazione di ottobre 2021, relativa al D.I. n.1163/2020 proposto dalla società Media Shopping Srl, per un importo di €238.961,40 compreso IVA;
- ❖ prot. n. 237168 del 01/12/2021, relativa al D.I. n.768/2021 proposto dalla società Edil Proget Srl, per un importo di €1.491.768,77 compreso IVA;
- ❖ prot. n. 198271 del 28/10/2021, relativa al D.I. n.1245/2021 proposto dalla società MD Impianti di Mario Rea, per un importo di €945.207,00 compreso IVA.

Nell'ambito delle attività di sviluppo e gestione delle attrezzature sanitarie, l'unità aziendale preposta si è occupata del governo delle apparecchiature elettromedicali, assicurando la puntuale manutenzione delle stesse, per garantire l'efficienza e l'efficacia delle apparecchiature elettromedicali in uso.

Nell'anno 2020, in tale contesto, tutta l'attività espletata ha comportato l'adozione di n. 449 Determinazioni Dirigenziali, raggruppate sinteticamente per oggetto. Nello specifico:

- ❖ n. 116 Determinazioni Dirigenziali relative alla liquidazione di canoni di manutenzione per una spesa di € 2.531.806,40;

- ❖ n. 64 Determinazioni Dirigenziali relative alla liquidazione di interventi di manutenzione straordinaria per una spesa complessiva di € 876.503,49;
- ❖ n. 28 Determinazioni Dirigenziali relative alla adozione di atti di individuazione Gruppi di lavoro, RUP e DEC di varie procedure, liquidazione incentivi ex art 113 del D.Lgs. 30/2016, nomina commissioni, etc;
- ❖ n. 7 Determinazioni Dirigenziali relative a lavori propedeutici alla installazione di varie apparecchiature elettromedicali negli ospedali aziendali, per una spesa complessiva di € 111.191,96.

In forza del “Regolamento per l’acquisto di tecnologie sanitarie: implementazione del nucleo di valutazione delle tecnologie (Health Technology Assessment)”, adottato con Delibera n.413/2020, si è provveduto all’acquisto delle Apparecchiature Elettromedicali sotto le soglie stabilite ex art.36 D.Lgs. n.50/2016 e s.m.i.; queste attività hanno comportato l’adozione dei seguenti atti:

- ❖ n. 101 Determinazioni Dirigenziali relative alla indizione di procedure di gara, per un importo complessivo di base pari ad € 3.381.767,37.
- ❖ n. 133 Determinazioni Dirigenziali relative alla liquidazione delle fatture emesse a saldo delle forniture, per un importo complessivo di € 2.640.602,37.

Anche nell’anno 2021, in prosecuzione delle attività dell’anno 2020 finalizzate al contrasto dell’epidemia da COVID- 19, si è provveduto alla fornitura ed al collaudo delle apparecchiature necessarie all’allestimento dei n. 28 PVT distribuiti sul territorio aziendale.

A tutto quanto sopra, in ossequio al Regolamento sopramenzionato, come per l’anno 2020, va aggiunta l’attività di studio, istruttoria, valutazione preliminare e redazione degli atti tecnici per tutte le procedure di acquisto, esperite poi da questa unità o dall’ unità che opera nell’ambito dell’acquisizione di beni e servizi in funzione dell’importo di gara sotto o sopra soglia.

Direzione Sanitaria

Nell'ambito delle attività di **Formazione e Sviluppo delle Risorse Umane**, l'unità aziendale preposta si è occupata della predisposizione del piano di formazione triennale, della realizzazione delle attività formative programmate nell'anno e della gestione delle attività ordinarie del polo didattico universitario con sede Nola.

Il Piano, già elaborato sulla scorta dei bisogni formativi effettuata nel corso del 2019, condiviso, integrato e rivisto alla luce delle indicazioni della Direzione Strategica, inviato alle OO.SS., come previsto dai CC.NN.LL. nel corso del 2020, nei primi mesi dell'anno è stato inviato al Collegio di Direzione e, acquisitone il parere favorevole, è stato poi adottato con Deliberazione Aziendale n. 863 del 17/09/2021 e successiva Deliberazione Aziendale, di parziale modifica, n. 902 del 30/09/2021.

Con riferimento alle attività formative per l'anno 2021, lo sviluppo della pandemia ha reso necessario il ricorso alla Formazione a Distanza, tranne che per i corsi in tema di emergenza o ai sensi del D.L. 81/08. L'ASL Napoli 3 Sud ha in dotazione una piattaforma per la Formazione a distanza ma non è ancora Provider FAO ECM e, pertanto, in considerazione a quest'ultimo aspetto si è rivolta ad Agenzie esterne accreditate come Provider FAO.

In sintesi si riportano di seguito i dati relativi a tutti i corsi realizzati nell'anno, in base alle macrotipologie:

CORSI ECM:

- ❖ n. di corsi ECM realizzati = 19;
- ❖ n. totale giornate formative ECM erogate= 24;
- ❖ n. totale di ore di formazione ECM erogate= 167;
- ❖ n. totale partecipanti ECM= 361.

Nella tabella che segue si rappresentano i corsi di formazione con crediti ECM realizzati nell'anno 2021.

ASL Napoli 3 Sud - Relazione sulla performance 2021

TITOLO DEL CORSO	RIF. ECM	ORE	TOT. ORE	N. EDIZIONI	GG FORMATIVE	TOT. GG FORMATIVE	TOT. PARTECIPANTI	CREDITI ECM
BLSD	4.175	8	80	10	1	10	141	12
BLSD	4.106	8	8	1	1	1	16	12
LE COMPETENZE INFERMIERISTICHE NEI CENTRI DIABETOLOGICI TERRITORIALI	3.894	15	15	1	3	3	14	15
ATLS	4.173	10	10	1	1	3	19	34
LA MOBILITÀ SANITARIA PERCORSI ASSISTENZIALI E MODALITÀ DI GESTIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE A FAVORE DEGLI STP	4.306	6	12	2	1	2	40	16
CORSO BASE TEORICO - PRATICO PER INFERMIERI: IL POSIZIONAMENTO ECO-ECG GUIDATO DEL PIC E LA GESTIONE DEGLI ACCESSI VASCOLARI	1.398 - 324.418 Ordine degli infermieri di Napoli	11	22	2	1	2	39	13

I corsi FAO erogati da Provider ECM esterni sono di seguito rappresentati.

TITOLO DEL CORSO	ORE	PARTECIPANTI	CREDITI ECM	PROVIDER ESTERNO
Corso base Rischio clinico	8	37	12	Helthcare Engineering Solution S.R.L.
Autism è: Corso di formazione Multiprofessionale ASD	12	55	18	MP Congressi & Comunicazioni

Nel 2021 è stata realizzata la seconda edizione del Corso di Emergenza Sanitaria Territoriale previsto dal Decreto Regionale. Il relativo percorso formativo ha previsto la realizzazione dei corsi specificati nella tabella sottostante.

TITOLO DEL CORSO	RIF. ECM	ORE	TOT. ORE	N. EDIZIONI	GG FORMATIVE	TOT. GG FORMATIVE	TOT. PARTECIPANTI
Corso teorico		5	30	1	6	6	48
Corso NIV (Ventilazione non invasiva)		6	24	4	4	4	48
Corso ALS (Advanced Li/e Support)		20	60	3	2	6	48
Corso ECOFAST		6	24	3	4	4	48
Corso PTC "Pre Trauma Care"		20	60	3	2	6	48
Corso Pediatric Emergency		6	24	4	1	4	48
Totale		63	222	18		30	48

Nel primo mese dell'anno è stato completato, con la partecipazione di ulteriori n. 79 dipendenti, il "Corso di formazione obbligatoria sulla sicurezza dei lavoratori ai sensi del D. lvo 81/08", durata n. 4 ore in modalità FAO asincrona, sulla piattaforma della Società ITLAV.

Si è proceduto inoltre all'erogazione di:

- ❖ il corso di formazione a distanza asincrono dal titolo: "L'applicazione del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) nella P.A.: indicazioni operative", durata n. 3 ore, acquistato dalla Società PA 360 e disponibile sulla loro piattaforma dal gennaio 2021 al gennaio 2022. Al corso hanno partecipato n. 1.403 dipendenti;
- ❖ il corso FAO asincrona di "Formazione Generale in materia di emergenza epidemiologica COVID 19" per il personale amministrativo; disponibile sulla piattaforma della Società ITLAV dal febbraio 2021 al gennaio 2022, durata n. 3 ore, al quale hanno partecipato n. 41 dipendenti ;
- ❖ il Webinar in data 30 marzo per il "Progetto Salute - Promozione di strategie e strumenti per l'equità nell'accesso all'assistenza sanitaria delle popolazioni ROM, Sinti e Camminanti", durata n. 4 ore;
- ❖ il Convegno promosso dal Dipartimento di Prevenzione, dal titolo: Aggiornamenti in Medicina d'Urgenza dei piccoli animali "Politraumatizzato: cosa c'è di nuovo?", che si è svolto presso l'Hotel Poseidon di Torre del Greco il 18 e 19 novembre, durata n. 16 ore, al quale hanno partecipato n. 30 medici veterinari.

Sono state gestite le procedure per l'erogazione, verso i dipendenti aziendali, ai corsi di formazione esterna, su autorizzazione del Direttore Generale. In particolare, sono state accolte specifiche richieste di autorizzazione alla partecipazione a corsi di formazione esterna, sia in modalità residenziale che e-learning, relative a n. 9 dipendenti, in regime di aggiornamento obbligatorio. Per tutte le richieste autorizzate è stato completato l'iter procedurale, con pubblicazione della determina di liquidazione. La tabella con i relativi dati è pubblicata sul link della unità aziendale di competenza.

L'unità operativa aziendale di competenza in materia di formazione ha avanzato nella stipula delle convenzioni con le Università e le scuole di specializzazione.

Delle molteplici richieste di convenzioni ricevute per lo svolgimento di tirocini curricolari, sono state stipulate n. 29 convenzioni di cui:

- ❖ n. 7 convenzioni con Università, nello specifico:
 - n 1 Università Federico li-Napoli -tirocinio obbligatorio per Psicologia
 - n.1 Università Federico li-Napoli -tirocinio orientamento curriculare
 - n. 1 Università degli Studi di Salerno -tirocinio di formazione e orientamento per Master - Dipartimento di Medicina e Chirurgia .
 - n. 1 Università Suor Orsola Benincasa tirocinio professionalizzante post laurea-psicologia Rinnovo n. 1 Università Suor Orsola Benincasa tirocini formativo e di orientamento curriculare-Rinnovo

- n. 1 Università San Raffaele di Milano Tirocinio didattico professionalizzante n. 1 Università Pegaso tirocinio formativo e di orientamento
- n. 1 Università Campus Biomedico tirocinio formativo e di orientamento e stage formative;
- ❖ n. 13 convenzioni con Scuole di psicoterapia, nello specifico:
 - n.1 Scuola SPC Psicoterapia Cognitiva -Roma Rinnovo;
 - n. 1 Scuola 1.1.P.R. Psicoterapia della Famiglia -Rinnovo;
 - n. 1 Scuola Skinner Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva -Rinnovo;
 - n. 1 Scuola di Psicoterapia Gestaltica Integrata (SIPGI)-Rinnovo;
 - n. 1 Scuola di psicologia e Psicoterapia Strategica CIPPS;
 - n 1 Scuola di psicoterapia sistemico relazionale Ecopsys-Rinnovo;
 - n. 1 Scuola di psicoterapia CRP-Psicoterapia Cognitivo Comportamentale Intervento psicosociale;
 - n. 1 Scuola di psicoterapia IRPA -Psicoanalisi Applicata -Rinnovo
 - n. 1 Scuola di psicoterapia familiare ad indirizzo sistemico relazionale ITER - Rinnovo;
 - n. 1 Scuola di psicoterapia familiare ad indirizzo sistemico relazionale ISPPREF-Rinnovo;
 - n. 1 Scuola di psicoterapia cognitivo comportamentale (APC) Rinnovo;
 - n. 1 Scuola di psicoterapia Relazionale IPR-Napoli-Rinnovo;
- ❖ n. 5 convenzioni con Scuole di Specializzazione Medica Universitaria, nello specifico:
 - Accordi di Collaborazione e Convenzione Scuole di Specializzazione in Psichiatria Università degli Studi -Vanvitelli;
 - Accordi di Collaborazione e Convenzione Scuole di Specializzazione in Neuropsichiatria Università Federico II;
 - Accordi di Collaborazione e Convenzione Scuole di Specializzazione in Farmacologia e Tossicologia Università degli Studi -Vanvitelli;
 - Accordo di Collaborazione e Convenzione di Nefrologia Università Vanvitelli e Accordi di Collaborazione Federico II per Chirurgia generale , Igiene e medicina Preventiva e Pediatria;
 - Accordi di Collaborazione e Convenzione con le Scuole di Specializzazione in Igiene e Medicina preventiva-, Oftalmologia, Pediatria, Università degli Studi Federico II;
- ❖ n. 3 convenzioni individuali di formazione specialistica di area sanitaria al di fuori della Rete Formativa, nello specifico:
 - Dott.sa Anna Napoleone - Università Vanvitelli - Medicina Fisica e Riabilitativa;
 - Dott. Alfonso Amendola- Università Federico II Chirurgia generale d'urgenza;
 - Dott.ssa Sepe Giovanna - Università di Verona. Igiene e Medicina preventive.

Nel 2021 sono pervenute numerose richieste di autorizzazione al tirocinio, sia da parte di singoli studenti che da Università e Scuole di Specializzazione. Nel primo semestre dell'anno,

il tirocinio in presenza era ancora sospeso a causa dello stato di emergenza, pertanto, n. 105 studenti, che hanno svolto l'attività a distanza e non hanno frequentato le strutture aziendali, sono stati autorizzati con nota formale. Dal mese di settembre i tirocini in presenza sono stati ripristinati, pertanto, i n. 112 studenti richiedenti sono stati autorizzati a frequentare le strutture aziendali con Determina Dirigenziale. La modalità di svolgimento a distanza del tirocinio non ha riguardato i medici in formazione specialistica, i quali sono stati autorizzati con Delibera di presa d'atto della Convenzione con la Scuola di Specializzazione medica. Complessivamente, quindi, nel 2021 sono stati autorizzati al tirocinio n. 220 studenti.

Nella tabella seguente vengono evidenziati i dati riferiti all'anno 2021, inerenti il numero di tirocinanti autorizzati (sia con determina che con nota), suddivisi per tipologia di tirocini.

Tipologia	N. Tirocinanti
Diploma/055	67
Volontariato	10
Scuole di specializzazione in psicoterapia	83
Master	37
Tirocini post-lauream e curriculari	20
Formazione medica specialistica extra rete formativa	3
Totale	220

Con riferimento alla gestione della sede distaccata del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università di Napoli Federico II, allocata a Nola in Via della Repubblica, al secondo piano del Seminario Vescovile, in aderenza a quanto previsto dal Protocollo d'Intesa, dell'Atto di Convenzione tra Regione e Università e dal Regolamento Didattico del Corso di Laurea in Infermieristica, gli insegnamenti sono affidati sia a docenti dell'Università Federico II, che a docenti dipendenti dell'ASL Napoli 3 Sud, i quali partecipano annualmente al bando di selezione per l'affidamento degli incarichi medesimi. L'incarico di direttore delle Attività Professionalizzanti del Corso di Studi, previo superamento della Selezione indetta dalla Presidenza della Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università Federico II, per il tramite del Direttore Generale dell'ASL Napoli 3 Sud, è affidato, per il triennio 2019/2022, al dott. Raffaele Papa, già inquadrato con Posizione funzionale di Personale Infermieristico con Funzioni Didattico - Organizzative. Lo stesso, così come previsto dagli atti precitati, è componente della Commissione di Coordinamento Didattico del Comitato Organizzativo della Sede di Nola, con nomina del Consiglio di Facoltà. Inoltre, è responsabile dell'organizzazione dei calendari delle attività didattiche e delle attività Integrative, di quelle delle sessioni di esame e del Tirocinio guidato e clinico, assegna i tutor e ne supervisiona l'attività. Inoltre, garantisce l'accesso degli studenti nelle strutture qualificate per l'espletamento del Tirocinio. L'incarico di Tutor della Sezione Distaccata è affidato, con formale comunicazione alla Segreteria del Corso di Studi dell'Università Federico II, alla dott.ssa Carmela Bossone inquadrata con qualifica di CPS Infermiere. La stessa è in possesso

di requisiti e di esperienza utili ad esplicare tale ruolo e collabora in alcune attività ricadenti nel ruolo del DAP. Inoltre, coordina le proprie funzioni con le attività didattiche dei corsi di insegnamento, che ne condividono gli obiettivi formativi, organizza sessioni di briefing e debriefing finalizzate alla rielaborazione delle esperienze di Tirocinio, assiste ed orienta gli studenti, in base alle loro esigenze, rimuovendo difficoltà ed ostacoli agli stessi, al fine di promuovere dinamiche formative tese al raggiungimento degli obiettivi. La componente Amministrativa è garantita dall'Assistente Amministrativo Raffaella Rinaldi.

Il numero di studenti, relativo all'Anno Accademico 2020/2021, che ha frequentato la Sezione di Nola è:

- ❖ 1° Anno – n. 39;
- ❖ 2° Anno – n. 42;
- ❖ 3° Anno – n. 36;
- ❖ n. 16 studenti tra fuori corso laureati ad aprile 2021 e 2022, tutt'ora fuori corso e/o fuori sessione, per un totale di n. 155 studenti, cui si aggiungono n. 39 studenti del triennio 2021/2022 -2022/2023 - 2023/2024.

Sono state espletate, in totale, 1n. 38 commissioni di esami di profitto.

Per quanto attiene alle Commissioni d'esame relative al Laboratorio di Scienze Infermieristiche, al Tirocinio, alle ADE ed alle Attività Seminariali, nel rispetto di quanto stabilito dalla Commissione di Coordinamento Didattico del Corso di Laurea, esse sono presiedute dal Direttore delle Attività Professionalizzanti, Doti. Raffaele Papa, coadiuvato dalla tutor, Dott.ssa Sassone Carmela, in qualità di componente. Le Sessioni relative a tutti gli esami previsti dal Piano degli Studi sono n. 3 (Febbraio/Marzo - Giugno/Luglio - Settembre/Ottobre) e, in ogni Sessione, sono previsti n. 2 Appelli. In totale, nel triennio, sono previsti n. 32 esami, dei quali n. 16 Corsi Integrati e n. 16 tra prove di Laboratori, tirocini, ADE e Attività Seminariali.

Preliminare a tali sessioni vi è un consueto lavoro di programmazione e gestione come di seguito indicato:

- ❖ Ammissione agli esami in base al numero di ore effettivamente frequentate da parte degli studenti per singolo corso integrato che, in via eccezionale, anche per l'AA 2020/2021, causa pandemia, non è stato effettuato in quanto il vincolo della frequenza obbligatoria è temporaneamente sospeso;
- ❖ Ammissione agli esami di Tirocinio previa verifica delle schede di presenza oraria di ogni singolo studente e la raccolta, valutazione e archiviazione delle predette;
- ❖ Raccolta delle prenotazioni di esami;

- ❖ Segreteria, vigilanza e coordinamento di ogni commissione di esame;
- ❖ Compilazione del registro di riepilogo degli esami (sessione, Corso Integrato, componenti, data e ora di inizio e fine, numero studenti e Codice Verbale);
- ❖ Calendarizzazione dei due appelli per ogni semestre (sessione), con convocazione formale di ogni singolo docente (oltre 100).

Nell'anno 2021, ai sensi del D.L. 81/2008 sulla formazione aziendale, sono stati completati i corsi di formazione dei lavoratori incaricati per il "Rischio incendio elevato" con una edizione rivolta a n. 33 partecipanti, presso gli OO.RR. della Penisola Sorrentina nei giorni 25,26 e 27 ottobre, Un'altra edizione è stata rivolta a n. 26 partecipanti presso il P.O. Maresca di Torre del Greco nelle date 25,27 e 28 ottobre. Inoltre, nelle date dell'11 e del 14 ottobre presso il P.O. di Nola e del 24 ottobre presso il P.O. di Boscotrecase si sono poi svolti gli esami per tre edizioni del Corso, che si erano già tenute nell'anno 2020 e non si erano potute completare per il blocco delle attività formative dovuto all'emergenza Covid.

Nell'anno 2021, a seguito del successo ottenuto con la prima edizione del Master Universitario di I livello per il trattamento delle Lesioni Cutanee, in collaborazione con l'Università Federico II di Napoli, è stata realizzata la seconda edizione, conclusasi poi con il Convegno "Lesioni cutanee vascolari e neurodistrofiche degli arti inferiori nel paziente diabetico" presso l'Hilton Sorrento Palacem, nelle date del 16 e del 17 dicembre 2021, ove sono state presentate le esperienze degli allievi del Master.

Nell'ambito del **Governo della Funzione Ospedaliera**, le attività svolte in supporto alla Direzione Sanitaria Aziendale, ovvero ai fini della progettazione organizzativa e pianificazione strategica del governo clinico, hanno interessato:

- ❖ nell' identificazione ai fini programmatori della domanda assistenziale ospedaliera cui dare risposta;
- ❖ nello sviluppo di strategie per il raggiungimento degli obiettivi sanitari ospedalieri e ai fini del miglioramento della qualità dell' assistenza sanitaria;
- ❖ nella programmazione e realizzazione della rete ospedaliera aziendale così come individuata dal piano ospedaliero regionale;
- ❖ nello sviluppo e promozione di metodologie organizzative finalizzate alle presa in carico del paziente nell' ambito di percorsi diagnostici terapeutici ospedalieri secondo i criteri di appropriatezza;
- ❖ nella revisione continua dei processi di erogazione delle prestazioni sanitarie al fine di verificare il mantenimento di livelli elevati di efficienza ed efficacia e di promuovere miglioramenti anche attraverso la progettazione di modelli organizzativi innovativi;
- ❖ nell'implementazione del sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità in raccordo con gli obiettivi regionali ed in coerenza con il PNE;
- ❖ nel monitoraggio, nella promozione e nel perseguimento delle iniziative volte a migliorare l'appropriatezza. In tale azione è data priorità a quelle attività che sono

finalizzate al raggiungimento degli obiettivi assegnati all'Azienda e a quanto previsto dal Programma Nazionale Esiti;

- ❖ nel continuo aggiornamento delle procedure, delle tecnologie e delle organizzazioni, in funzione delle evoluzioni dei bisogni delle competenze e degli strumenti per il perseguimento dell'appropriatezza;
- ❖ nell'approccio strategico all'organizzazione ospedaliera per l'eliminazione degli sprechi e la creazione di valore aggiunto in termini di miglioramento della qualità e della sicurezza dei servizi offerti ai pazienti e del benessere organizzativo;
- ❖ nelle attività riferite alla gestione di crisi, facendo parte attivamente dell'Unità di Crisi Aziendale.

Le attività inerenti la pianificazione strategica sono orientate alla raccolta delle informazioni necessarie all'elaborazione delle strategie di direzione aziendali ed alla realizzazione degli obiettivi di riferimento, esse hanno riguardato:

- ❖ l'analisi dell'Atto Aziendale e istruttoria per il nuovo atto aziendale per l'Area Ospedaliera,
- ❖ l'analisi della Delibera di giunta regionale 372/2019 di nomina del Direttore Generale dell'azienda con i relativi obiettivi con proposta della pianificazione delle azioni da adottare per il raggiungimento degli obiettivi;
- ❖ la collaborazione con l'UOC Performance e Valutazione Risorse Umane circa l'istruttoria per gli obiettivi di performance del DG riconducibili ai Lea ospedalieri e individuazione degli obiettivi da proporre alla direzione strategica per il raggiungimento Lea;
- ❖ l'istruttoria per l'aggiornamento della rete ospedaliera aziendale per la direzione strategica;
- ❖ la collaborazione con il Dipartimento di emergenza alla redazione degli atti di programmazione per l'acquisto di prestazioni aggiuntive, per il personale medico specialista, per le UU.OO. afferenti al suddetto dipartimento.

Le attività inerenti la ricerca dell'appropriatezza delle cure e delle organizzazioni in sanità, in ragione degli obiettivi fissati, hanno assunto un rilievo crescente nelle Organizzazioni Sanitarie. Ciò è accaduto perché garantire l'appropriatezza significa ad un tempo assicurare una risposta efficace al bisogno di salute della popolazione ed una corretta allocazione delle risorse umane e tecnologiche disponibili. Tuttavia, il perseguimento dell'appropriatezza richiede un continuo aggiornamento delle procedure, delle tecnologie e delle organizzazioni, in funzione delle evoluzioni che bisogni, competenze e strumenti mettono in campo.

L'unità operativa aziendale dedicata al governo della funzione ospedaliera assume quale compito essenziale il monitoraggio, la promozione ed il perseguimento delle iniziative volte a migliorare l'appropriatezza clinica e organizzativa nelle strutture di ricovero. In tale ambito, è data priorità a quelle attività che sono finalizzate al raggiungimento degli obiettivi assegnati

all'Azienda e a quanto previsto dal Programma Nazionale Esiti. Le attività svolte nei confronti dei presidi ospedalieri e nelle case di cura accreditate sono orientate alla valutazione, al monitoraggio dell'assistenza sanitaria ed alla promozione di eventuali azioni di correzione.

Dal punto di vista operativo il governo funzione ospedaliera ha curato in misura specifica i seguenti monitoraggi:

- ❖ percentuale dei parti cesarei primari per punto nascita insistente sul territorio aziendale;
- ❖ percentuale ricoveri ARI/non ARI in regime di ricovero Ordinario per struttura di ricovero a gestione diretta e indiretta;
- ❖ il monitoraggio dei ricoveri medici in area chirurgica per struttura di ricovero a gestione diretta e indiretta.

Ha effettuato n. 8 audit con i Responsabili delle UU.OO.CC. di Chirurgia Generale dei PP.OO. e n. 24 audit con le strutture accreditate per programmare le attività di ciascuna struttura di ricovero per il raggiungimento dei obiettivi LEA.

Tra i compiti istituzionali della ASL Na 3 Sud rientra, anche per il 2021, come da DCA 69/2019, le attività di controllo sull'appropriatezza delle prestazioni di ricovero erogate dalle A.O.R.N. dei Colli e dell'A.O.U. Vanvitelli. Il DCA 69/2019 affida all'ASL Napoli 3 SUD, attraverso proprie strutture di controllo supportate da specialisti esperti, iniziative sistematiche di controllo della documentazione clinica relativa ai ricoveri, pertanto, questa funzione coordina le attività del Nucleo di Controllo. Le attività, anche in presenza della pandemia, sono state assicurate nel rispetto della normativa vigente in materia di prevenzione dell'epidemia da Covid. I controllori si sono alternati e durante i periodi di minore recrudescenza dell'epidemia hanno effettuato le verifiche. Il nucleo di Controllo delle AA.OO., con Deliberazione Aziendale n. 1144 del 21/12/2021, è stato rimodulato e integrato nei suoi componenti. Inoltre è stato aggiornato il Regolamento dei controlli. Il Nucleo, sebbene per diversi motivi ridotto per numero di componenti, ha comunque effettuato l'attività di controllo sistemica che è stata debitamente registrata sul portale QUANI di So.Re.Sa..

La Regione Campania, per soddisfare la domanda assistenziale di prestazione di ricovero generata dall'epidemia Covid, ha adottato la DGRC 304/20 "Piano di riorganizzazione/potenziamento delle attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure della Regione Campania e s.m.i.". In tale scenario, l'evolversi dell'epidemia ed il suo progressivo incremento ha reso necessario potenziare e riorganizzare ulteriormente la rete ospedaliera Covid. L'ampliamento dell'offerta ospedaliera è stato realizzato con il coinvolgimento delle strutture di ricovero a gestione diretta e indiretta. La rete aziendale è rimodulata secondo un sistema Hub, Covid-Hospital di Boscotrecase, e Spoke, costituiti dagli altri presidi aziendali. Al contempo si è lavorato anche alla rimodulazione organizzativa della rete ospedaliera, sulla scorta della produzione ante Covid-2019, individuando quelle aree da ampliare e su cui convergere la domanda assistenziale nell'ottica dell'utilizzo dell'ospedale secondo setting assistenziali appropriati.

Inoltre, il governo della funzione ospedaliera si è occupato di:

- ❖ il monitoraggio giornaliero dei posti letto dedicati ai pazienti Covid nei PP.OO. Aziendali;
- ❖ la componente cabina di regia vaccinazioni Covid;
- ❖ la programmazione e la realizzazione della campagna vaccinale per gli operatori afferenti alle Case di Cura Aziendali;
- ❖ la vaccinazione dei pazienti cod. 56 e 60.

Il Gruppo di risposta alla violazione dei dati, costituito con Deliberazione Aziendale n. 524/19 come integrata e modificata dalla Delibera n. 532 del 13 Giugno 2019, ha operato mediante riunioni ad hoc, in presenza ed anche in modalità da remoto, a seguito di segnalazioni di eventuali Data Breach, orientate alla valutazione sulle probabilità e sulla gravità dei rischi per i diritti e le libertà degli interessati che possono derivare dai trattamenti dei dati oggetto di violazione e per prevedere le misure di reazione al sinistro atte a contenere eventuali conseguenze del danno e più in generale ad adottare misure adeguate per prevenire la ripetizione di sinistri della stessa indole.

Il Monitoraggio continuo delle attività di ricovero, secondo gli indicatori di area ospedaliera di cui alla DGRC 372/19, ed il monitoraggio continuo delle attività di controllo dei ricoveri eseguiti dai nuclei aziendali ai sensi del DCA n. 69 del 27/09/2019 sono curati dal governo della funzione ospedaliera. Il monitoraggio delle attività è rivolto anche alle strutture accreditate, con riferimento alla programmazione dei piani riorganizzativi che soddisfano i LEA secondo le logiche della trasparenza. In tale scenario, è stato adottato un Regolamento Aziendale, comune a tutti i Presidi Ospedalieri dell'ASL Napoli 3 Sud, sulla gestione e utilizzo delle sale mortuarie, con l'obiettivo di offrire un valido strumento di facile consultazione nella pratica clinica e garantire correttezza, legalità ed eticità grazie alla regolamentazione e organizzazione delle attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero. Tale Regolamento, condiviso, approvato e pubblicato con Deliberazione Aziendale n. 992 del 03/11/2021 dell'ASL Napoli 3 Sud, ad oggetto "Preso d'atto, approvazione e adozione del Regolamento gestione sale mortuarie", rappresenta uno strumento operativo per gli operatori addetti alla gestione e utilizzo delle camere mortuarie nel rispetto della normativa per la trasparenza e l'anticorruzione.

Nell'ambito delle iniziative intraprese per la promozione ed attuazione **dei Sistemi di Gestione del Rischio Clinico** nelle strutture aziendali, la diffusione del COVID-19 anche per l'anno 2021 ha sconvolto anche la programmazione in materia di sicurezza delle cure, con una inevitabile rivisitazione delle priorità e della tempistica degli interventi programmati nel piano annuale di gestione del rischio, per più motivi: la radicale modifica della produzione di attività da parte di tutti i Servizi aziendali, l'impossibilità materiale di realizzare le iniziative programmate, la necessità per i professionisti dell'area Sicurezza delle cure di dedicarsi ai problemi emergenti, quali procedure di sicurezza, utilizzo ed approvvigionamento dei dispositivi di protezione, consulenza/informazione/formazione continua dedicata agli operatori nei diversi contesti: ospedaliero, territoriale e assistenziale.

L'emergenza sanitaria dovuta al Covid 19 ha assorbito anche per l'anno 2021 gran parte delle risorse umane, costringendo a rivedere gran parte dell'attività precedentemente programmata, nonché quella consuetamente erogata fino al momento immediatamente precedente, in tutti gli ambiti: medico, chirurgico, riabilitativo, assistenziale, amministrativo e tecnico.

In tale scenario, si è reso necessario sottolineare che il sistema aziendale per la Gestione del Rischio e la Sicurezza delle Cure prevedesse un approccio multidisciplinare e multiprofessionale, che quindi coinvolgesse le Direzioni delle Macrostrutture e delle UU.OO, cui è in capo la responsabilità diretta dell'organizzazione e del funzionamento delle singole strutture/UO, nonché dei Servizi trasversali aziendali; l'unità preposta ha assicurato una diretta partecipazione delle rappresentanze cliniche, il coinvolgimento di vari servizi di supporto ed il coordinamento/integrazione con vari Gruppi di Lavoro/Comitati Permanenti Aziendali (Comitato Infezioni Correlate all'Assistenza, Comitato Buon Uso del Sangue, Comitato Valutazione Sinistri, Gruppi di lavoro costituiti ad hoc, etc.). Infatti, l'espressione della responsabilità aziendale complessiva, relativa alla promozione della sicurezza e alla gestione del rischio, si è realizzata, oltre che attraverso il contributo delle strutture centrali in staff alla Direzione Sanitaria, anche attraverso la collaborazione di un insieme di professionalità e servizi che esprimono tutte le competenze necessarie (Direzioni di Distretto, di Dipartimento, nonché di Presidio e di Stabilimento, Sistemi Informatici e Sviluppo ITC, Sviluppo e Gestione Attrezzature Sanitarie (Ingegneria Clinica), Servizi aziendali deputati alla sicurezza del lavoro, Dipartimento di Sanità Pubblica, Servizio Relazioni con il Pubblico, i Comitati, Servizio Infermieristico).

Alla struttura è stata affidata la seguente mission: favorire la minimizzazione dei rischi per i pazienti tramite l'identificazione dei rischi potenziali legati alle cure erogate, la comprensione dei fattori che influenzano gli eventi, l'apprendimento da lezioni derivate da eventuali eventi avversi, l'applicazione di azioni per prevenire la ricorrenza degli eventi. Al fine di garantire la partecipazione attiva delle diverse espressioni professionali e dipartimentali delle molteplici strutture coinvolte e per l'opportunità di costituire gruppi di lavoro specifici e dedicati alle singole criticità emergenti e rilevate dalla mappatura dei rischi, la rete dei "Referenti del Rischio Clinico" è stata costituita con un'articolazione capillare per U.O.; ne fanno parte, infatti:

- ❖ per i presidi ospedalieri., i Direttori di UOC e Coordinatori di ciascuna UOC;

- ❖ per i Dipartimenti e il SERT, Il Direttore e un rappresentante del Comparto;
- ❖ per i Distretti, i Direttori del Distretto e un rappresentante del Comparto.

Durante l'anno è stata svolta la formazione di facilitatori per l'applicazione del sistema di gestione del rischio per i presidi ospedalieri aziendali.

La Direzione Aziendale si è avvalsa del supporto operativo, ai fini del governo clinico, di questa struttura che ha declinato gli indirizzi generali in piani e progetti e fornisce supporto metodologico ed operativo per la loro attuazione e monitoraggio, con particolare riferimento a:

- ❖ promozione della cultura della sicurezza a tutti i livelli dell'organizzazione sanitaria, mediante iniziative di formazione, ad esempio mirate a diffondere i contenuti delle Raccomandazioni ministeriali e regionali in tema di Sicurezza delle Cure;
- ❖ implementazione a livello aziendale dei progetti regionali in tema di gestione del rischio;
- ❖ supporto ai Dipartimenti/strutture per l'analisi degli eventi avversi più significativi e per l'attuazione delle conseguenti azioni di miglioramento;
- ❖ collaborazione con i professionisti e con la Direzione Aziendale per la gestione degli eventi avversi di particolare gravità e degli eventi sentinella, assicurando in particolare la tempestiva e corretta attività informativa verso il Ministero della Salute;
- ❖ analisi, in forma singola ed anche integrata, dei dati provenienti dai principali flussi informativi (Incident Reporting, Reclami, contenzioso) per individuare le aree/tematiche meritevoli di miglioramento, assicurando al contempo regolare alimentazione dei relativi flussi informativi regionali.

Di seguito si riportano le descrizioni degli eventi registrati del triennio 2019-2021:

Descrizione eventi registrati triennio 2019-2021							
Descrizione degli eventi avversi nell'ultimo triennio				Tipologia Eventi Sentinella	2019	2020	2021
Anno	N. Eventi avversi	N. Eventi Sentinella	N. Eventi avversi				
2019	53	6	131	Atti di violenza a danno di un operatore			
2020	41	6	70	Morte o grave danno per caduta di paziente	1	3	
2021	24	5	123				
Fonte:							
- dati incident reporting UOC Risk Management;							

<ul style="list-style-type: none"> - <i>pratiche risarcimento (UOC AA.GG.);</i> - <i>Dati contenzioso giudiziale (AA.LL.);</i> - <i>Reclami (UOC relazioni con il pubblico)</i> 	Morte, disabilità permanente in neonato sano di peso superiore a 2500 grammi non correlata a malattia congenita	1	1	
	Morte materna o malattia grave correlata al travaglio/parto	2	1	1
	Malfunzionamento sistema trasporto			
	Morte o grave danno danno conseguente a intervento chirurgico	1		2
	Ogni altro evento avverso che causa morte o danno	1	1	2

INCIDENT REPORTING/SETTING ASSISTENZIALE										
Evento	N. x anno	N. 204 2016-2018 Ospedale/Territorio		n. 53/ 2019 Ospedale/Territorio		n. 41/ 2020 Ospedale/Territorio		n. 24/2021 Ospedale/Territorio		Frequenza %Triennio 2018-2018 vs 2019-2021
Autolesione										
Caduta	21	22	9	5	7	1	9	1	21% - 27%	
Carenza ass.	8	1	1		1				5%- 2%	
Carenza organizzativa	4	0					1		2% - 1%	
Complicanza	24	1	7		2	1	1	1	12% -10%	
Complicanza parto	13	0	2		3		1		6% - 5%	
Errata diagnosi	18	1	2		2				9% - 3%	
Errata terapia	3	0							2% - 0	
Errato intervento	35	0	5	1	3				17% - 7%	
Mancata diagnosi	4	0	2		1				2% - 2,5%	
Mancato intervento	2	0	1		1				1% - 2%	
Mancata prevenzione	1	0	1		1		1		0,5% - 2-5%	

INCIDENT REPORTING/SETTING ASSISTENZIALE									
Evento \ N. x anno	N. 204 2016-2018 Ospedale/ Territorio		n. 53/ 2019 Ospedale/ Territorio		n. 41/ 2020 Ospedale/ Territorio		n. 24/2021 Ospedale/ Territorio		Frequenza %Triennio 2018-2018 vs 2019-2021
Infezione	3	0	3		1				1,5% - 3%
Ritardato intervento	4	0	1				1		2% - 2,5%
Ritardata diagnosi	3	0			1		1		2% - 2%
Violenza su operatori	13	4	8		13	2	6		8% - 25%
Altro	16	3	5		1				9% - 6%
Totale	172	32	47	6	37	4	21	3	

In relazione alle aree specialistiche dove le segnalazioni di errore hanno evidenziato le maggiori criticità, è stato rilevato che, dopo il Pronto Soccorso, le discipline di medicina, ostetricia e ginecologia, nonché la chirurgia ortopedica hanno rappresentato gli ambiti più interessati da eventi avversi.

INCIDENT REPORTING/ AREE SPECIALISTICHE					
Specialità \ Anno	N.204 EA 2016-2018	N.53 EA 2019 N%	N. 41 EA 2020 N %	N. 24 EA 2021 N %	Triennio 2016 - 2018 vs 2019 - 2021
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	3	3 (5,5%)	1 (2%)		1,5% - 3%
CARDIOLOGIA	10	5 (9,5%)	1 (2%)	1 (4%)	5% - 6%
CHIRURGIA	18	7 (13%)	1 (2%)	2 (8%)	9% - 9%
NEONATOLOGIA/PEDIATRIA	1	3 (5,5%)	2 (5%)		0,5% -4%
ORTOPEDIA	34	7 (13%)	5 (12%)		17% - 10%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	25	5 (9,5%)	4 (10%)	1 (4%)	21% -9%
MEDICINA	12	5 (9,5%)	14 (34%)	5 (21%)	6% - 29%
PRONTO SOCCORSO	59	11 (21%)	6 (15%)	5 (21%)	29% — 19%
OCULISTICA	1				0,5% -
SALA OPERATORIA	2				1%— 0
SERVIZI	4			LA 1 (4%)	2% -1%

INCIDENT REPORTING/ AREE SPECIALISTICHE					
Specialità \ Anno	N.204 EA 2016-2018	N.53 EA 2019 N%	N. 41 EA 2020 N %	N. 24 EA 2021 N %	Triennio 2016 - 2018 vs 2019 - 2021
OTORINO	1				0,5% - 0
ONCOLOGIA	2				1,% - 0
PSICHIATRIA				4 (17%)	0-3%
DISTRETTI (AMB.)	29	4 (7,5%)	6 (15%)	3 (12%)	14% – 11%
118			1(2%)		0 – 1%
ALTRI	3	3 (6%)		2 (8%)	1,5% - 4%

L'approccio aziendale è stato, da sempre, proattivo e rivolto al risk management con:

- ❖ l'adozione di una serie di norme interne (procedure, protocolli, istruzioni, check list, ecc.) volte a contenere e, quando possibile, eliminare i rischi a cui possono essere esposti pazienti e personale in determinate situazioni;
- ❖ la raccolta di dati ed informazioni che possono essere utili per rafforzare le misure già previste.

Le attività svolte e da svolgere nell'ambito del Sistema aziendale di Gestione del Rischio e Sicurezza delle Cure sono state dettagliate in uno specifico Piano-programma aziendale che costituisce una sintesi, sia in termini di pianificazione che di consuntivazione, per focalizzare le priorità sul tema. Con il Piano di Risk Management 2019-21, aderente alla normativa regionale vigente, al fine di promuovere a tutti i livelli aziendali gli aspetti legati al rischio clinico e alla sicurezza dei soggetti assistiti e degli Operatori, è stato sviluppato un processo di Gestione del Rischio Clinico partendo dall'individuazione degli eventi che possono causare conseguenze negative e/o pericolose.

La gestione dell'epidemia COVID-19 ha posto al centro dell'attenzione la risposta clinico-organizzativa delle organizzazioni sanitarie e le azioni svolte dai vari soggetti interessati, mettendo in luce anche la necessità di far evolvere i modelli di governo dei rischi, dei meccanismi di comunicazione e di coordinamento dei processi operativi.

La situazione emergenziale ha fatto emergere il ruolo della funzione di gestione del rischio sanitario che, facendo riferimento alla normativa attuale e ai documenti ufficiali (fin qui prodotti a vario livello), contribuisce a fare chiarezza su tale ambito e a gettare le basi per una ulteriore riflessione su prospettive di sviluppo future; emerge, inoltre, come dettato dalla legge quadro 24/2017 all'art.1 ("la sicurezza delle cure è parte integrante del diritto alla

salute.”) che per tutelare tale diritto è importante concepire la sicurezza delle cure come una funzione trasversale da integrare in tutte le attività e assetti organizzativi aziendali con il coinvolgimento delle figure professionali di chi svolge la funzione ciascuno con la diversa competenza istituzionale.

Come nel primo anno dell'epidemia (vedi Nota n. 59583 del 7.03.2021) l'attività di Clinical Risk Management ha accompagnato, ove possibile, le iniziative di volta in volta adottate con una logica di valutazione del rischio e di sviluppo di un metodo a supporto dei processi decisionali, rimodulando e adeguando interventi e azioni per la gestione del rischio in relazione all'evento epidemico e le attività ordinarie di risk management al mutato quadro di riferimento e di concerto con l'evoluzione epidemiologica della pandemia, se pur nell'incertezza e nell'impossibilità di fare previsioni sull'andamento del contagio.

Pertanto, l'impegno del **Clinical Risk Management** aziendale è proseguito nelle attività di:

- ❖ supporto alle direzioni aziendali nella programmazione e pianificazione delle azioni stabilite per l'emergenza epidemiologica e per la gestione della crisi;
- ❖ collaborazione per la elaborazione e diffusione di materiale informativo per le strutture sanitarie e per i cittadini, in coerenza con quanto previsto dalle raccomandazioni internazionali, dalla normativa nazionale e dalle specifiche indicazioni regionali;
- ❖ attività correlate alla prevenzione e gestione dell'infezione da SARS-Cov 2 con l'utilizzo, ove possibile, di metodi e strumenti del risk management sanitario per le azioni di ulteriore sostegno ai programmi di "infection control", mirati alla diffusione delle buone pratiche correlate a Infection prevention and control - IPC (adozione delle precauzioni standard e delle precauzioni di isolamento specifiche aggiuntive, azioni di sostegno per la compliance all'igiene delle mani, sanificazione, disinfezione e sterilizzazione, ecc.);
- ❖ produzione di strumenti di comunicazione (poster, checklist, algoritmi) per gli operatori sanitari;
- ❖ aumento della vigilanza, anche attraverso l'utilizzo dei flussi informativi in essere sulle non conformità, su particolari percorsi esposti a maggior pericolo di errore in occasione di incremento della richiesta di prestazioni e servizi;
- ❖ supporto al monitoraggio in tutti i setting della corretta applicazione delle pratiche promosse per garantire sicurezza ai pazienti, al fine di favorire una migliore adesione ed evidenziare le possibili criticità.

I modelli organizzativi implementati hanno contestualizzato gli standard ministeriali e regionali, pervenuti di volta in volta dalle istituzioni, dall'inizio dell'emergenza ad oggi, in materia di misure di contenimento della trasmissione dell'infezione, sviluppando interventi integrati di gestione del rischio con tutte le figure preposte con una logica di facilitazione attraverso l'analisi di quanto messo in campo nel 2020 e in fase di sviluppo per tutto il 2021 o degli esiti delle azioni intraprese. Le attività per il contenimento dell'infezione da SARS-Cov2

e le attività ordinarie di risk management sono state diversamente rimodulate sulla scorta delle diverse fasi evolutive della pandemia registrate.

Rispetto alla programmazione delle attività ordinarie legate alla sicurezza dei pazienti e alla gestione del rischio, si sono continuate le attività declinate nel PARM 2019-2020, rallentate e/o non concluse per l'emergenza pandemica, prevedendole nel PARM 2021-2023. A seguito di valutazioni suffragate dalla letteratura in materia, dai dati di riferimento aziendali, dai dati di IR analizzati e da quelli risultanti dalla fotografia del rischio, sono stati individuati alcuni specifici ambiti di attività sui quali focalizzare particolare attenzione.

In relazione alle valutazioni risultanti, stante la condivisione di un'ottica di gestione del rischio centrata sull'organizzazione per processi, al fine del raggiungimento degli obiettivi strategici, sono di seguito riportate le linee di attività predisposte dal Piano Annuale di clinical Risk Management (PARM) secondo le priorità identificate sulla gestione del rischio per triennio - 2021-2023.

Le diverse linee di attività da implementare e/o quelle già iniziate negli anni precedenti sono suddivise per aree di intervento e declinate in base agli obiettivi generali individuati:

- ❖ obiettivo A: Migliorare la appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate ed al monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi. Le attività comprendono: la verifica della qualità e completezza della documentazione sanitaria, gestione di attività di audit svolte nelle varie Unità Operative relative a near miss ed eventi avversi e SEA, dal processo di istruttoria fino all'elaborazione dei piani di miglioramento, con la collaborazione dei Referenti aziendali del Rischio Clinico, la Promozione, della stesura e adesione alle Buone Pratiche ed ai protocolli/procedure o linee guida prodotte a livello aziendale e/o regionale. per le principali patologie, identificate come le prime tre patologie più frequenti.
- ❖ obiettivo B: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure. Tale attività comprende l'organizzazione di corsi di formazione: allo scopo di implementare la diffusione della cultura della qualità e sicurezza delle cure al fine di far acquisire conoscenze e metodi specifici che aiutino gli operatori sanitari a migliorare le pratiche di lavoro ed il rapporto con i pazienti e la partecipazione e coinvolgimento della UOC Clinical Risk Management all'interno di corsi di Formazione Aziendali anche organizzati da altre strutture. Nello specifico, le iniziative formative riguardano un "percorso formativo su rischio infettivo e infezioni correlate all'assistenza" e un "percorso formativo sulle raccomandazioni di buona pratica per prevenire gli eventi avversi";
- ❖ obiettivo C: Favorire una visione unitaria della sicurezza che coinvolga maggiormente il paziente nell'obiettivo di assicurare che i cittadini maturino una maggiore consapevolezza dei rischi di errore che possono accadere durante le cure, con particolare focus sul ruolo fondamentale che il paziente ed i suoi familiari possono svolgere nel dare un contributo nella prevenzione di eventi che potrebbero causare

danni più o meno gravi (coproduzione). L'attività in questo ambito sarà svolta con la progettazione di:

- interventi formativi/informativi per sviluppare la collaborazione tra pazienti e personale sanitario attraverso momenti di formazione congiunta, nell'ottica di creare una rete dei cittadini che sia di sostegno al miglioramento dei percorsi di qualità e sicurezza delle cure;
 - programmi di coinvolgimento della rete dei cittadini formati nei sistemi di reporting e learning (ad esempio: umanizzazione delle cure, PNE, Liste attese),
 - programmi di partecipazione dei cittadini alla progettazione e realizzazione di interventi/buone pratiche aziendali per la sicurezza, come ad esempio per la corretta identificazione del paziente, la sicurezza trasfusionale, la prevenzione delle ICA, etc;
 - implementazione di programmi di comunicazione sul tema della sicurezza del paziente;
 - celebrazione della Giornata Nazionale per la Sicurezza delle Cure fissata per il 17 settembre di ogni anno (nel 2021 sarà focalizzata sul tema dell'assistenza al parto;
- ❖ obiettivo D: Partecipare alle attività regionali in tema di Clinical Risk Management. Lo scopo è quello di valorizzare le attività dei gruppi di lavoro e le altre a valenza regionale, purché sia possibile darne evidenza documentale.

Sono di seguito riportate le diverse linee di attività intraprese, suddivise per aree di intervento.

Vista l'emergenza pandemica, l'attività della UOC è stata, in buona parte, a supporto alla Direzione Strategica aziendale, ha comunque garantito le azioni principali della gestione del rischio clinico.

L'assistenza nell'ambito della **Medicina Legale Pubblica e Valutativa** assicurata si è svolta attraverso i seguenti task:

- ❖ adozione di procedure uniformi sul tutto il territorio aziendale nel rispetto delle normative delle attività di Medicina Legale;
- ❖ messa a punto della rete sull'invalidità civile, in particolare la riduzione dei tempi di attesa per le visite collegiali per l'invalidità civile, l'handicap e la disabilità di cui alla legge 12 marzo 1999, n. 68 (Norme per il diritto al lavoro dei disabili);
- ❖ creazione di osservatori medico legali, tesi alla gestione medico legale del contenzioso ed alla prevenzione dei conflitti;
- ❖ omogeneizzazione delle attività Medico Legali in ambito dell'accertamento necroscopico;
- ❖ attività di consulenza, in materia di responsabilità professionale e di prevenzione dei conflitti;

- ❖ attività di informazione, accertamento, controllo e certificazione in ambito di diritto al lavoro, stato di salute, incapacità lavorativa, temporanea e permanente, invalidità civile, handicap, idoneità e compatibilità al lavoro;
- ❖ realizzazione di sistemi di valutazione globale della persona portatrice di minorazioni, in collaborazione con le altre professionalità coinvolte nella richiesta di accertamenti e valutazioni, anche mediante l'adozione di apposite linee-guida;
- ❖ utilizzo dei dati sugli esiti dei conflitti per favorire strategie di formazione del personale e risposte organizzative e tecnico scientifiche;
- ❖ visite collegiali ai fini dell'accertamento dell'inidoneità temporanea o permanente al proficuo lavoro ai sensi dell'art. 5 della Legge 300/70 sia per gli Enti Pubblici "non economici" (I.N.P.S. – I.N.A.I.L.) che per Enti privati;
- ❖ attività relative alla Commissione Medica Locale di cui all'art. 330 ex art. 119 Codice della Strada;
- ❖ attività relative all'iter procedurale delle pratiche di indennizzo di cui alla Legge 210/92 e s.m.i.;
- ❖ gestione Rapporti con i competenti Settori Regionali;
- ❖ applicazione indirizzi operativi regionali e ministeriali;
- ❖ collaborazione con il Servizio AA.LL. per il contenzioso legale;
- ❖ predisposizione di atti deliberativi e determine dirigenziali;
- ❖ attuazione, coordinamento, vigilanza e verifica, dei programmi, degli indirizzi e degli obiettivi definiti dalla direzione strategica Aziendale nel settore della Medicina Legale. Attività di coordinamento, indirizzo tecnico e vigilanza complessiva sulle strutture operative (Commissioni Mediche per il riconoscimento delle Invalidità) anche in relazione alle funzioni generali di integrazione organizzativa;
- ❖ interpretazione applicativa uniforme di norme nazionali e regionali inerenti gli aspetti tecnici ed organizzative della Medicina Legale;
- ❖ attività relativa alla Gestione del Personale (GOP);
- ❖ attività di Coordinamento Necroscopico per la verifica della realtà della morte ai sensi del TU 285/90 con attività svolta 24h/24h;
- ❖ riscontro diagnostico, se richiesto sia per decessi avvenuti in ambito ospedaliero che territoriale, ai sensi della legge 24/2017;
- ❖ verifica dello stato di mineralizzazione dei cadaveri a seguito di trasformazione cadaverica su richiesta di Enti Pubblici e previa autorizzazione della Direzione Strategica Aziendale quale attività propedeutica a quelle della Igiene Cimiteriale di pertinenza dei Servizi di prevenzione;
- ❖ prelievo di materiale e liquidi biologici dal cadavere ai fini dell'autorizzazione alla cremazione quale principio statale già normato dalla Legge n. 130/2001 ed organizzato in guardie necroscopiche ai sensi del DCA 59/ 2017; (Non prodotta attività nell'anno 2021 in quanto permangono le motivazioni preesistenti nell'anno 2020 cioè limitazione emergenza COVID-19);

- ❖ attività centrale di coordinamento di riscontro diagnostico ex DPR 10.9.1990, n. 285 e di consulenza per problematiche connesse ad attività di medicina necroscopica.

Le attività svolte nell'ambito delle **Cure Primarie**, sono di seguito riportate:

- ❖ coordinamento ai fini dello sviluppo, sostegno, potenziamento ai fini della garanzia della uniformità ed equità delle attività di tutte le unità operative di cure primarie dei Distretti Socio Sanitari Aziendali;
- ❖ coordinamento per la predisposizione di protocolli condivisi dell'attività di competenza con i Direttori dei Distretti Sanitari e di tutta la rete dei servizi aziendali eventualmente coinvolti;
- ❖ supporto funzionale e operativo di tutte le attività centrali e distrettuali nell'ambito degli indirizzi strategici della Direzione Aziendale in materia di integrazione Cure Primarie;
- ❖ collaborazione con le unità del Dipartimento per il raggiungimento degli obiettivi fissati dalla Direzione Strategica;
- ❖ coordinamento e monitoraggio aziendale delle Attività dei Medici di Assistenza Primaria (Medici di Medicina Generale MMG e Pediatri di Libera Scelta PLS);
- ❖ analisi del fabbisogno dell'attività Specialistica Ambulatoriale su base aziendale;
- ❖ partecipazione, in sinergia con altri attori del processo, alla predisposizione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali PDTA;
- ❖ analisi con il supporto dell'unità. Formazione ed Aggiornamento Professionale, del fabbisogno formativo dei medici di assistenza primaria (MMG/ PLS), in accordo con i direttori dei distretti socio sanitari ed MMG e PLS;
- ❖ attività delle AFT e monitoraggio/ aggiornamento dell'anagrafica completa dei medici componenti la AFT;
- ❖ programmazione delle forme organizzative multi professionali denominate unità complesse di cure primarie (UCCP). Tali unità prevedono il coordinamento e l'integrazione dei medici (MMG, PLS), degli infermieri, delle professionalità tecniche e della riabilitazione, della prevenzione e del sociale;
- ❖ analisi e controllo, con supporto dell'unità che si occupa dei sistemi informatici e dell'unità che si occupa del controllo di gestione, della corretta gestione dei flussi informativi relativamente all'area cure Primarie (Medici di assistenza Primaria, Specialistica Ambulatoriale, Gestione Integrata Pazienti Diabetici);
- ❖ monitoraggio applicazione procedure di controllo interno delle procedure delle cure primarie da parte dei direttori dei distretti sanitari delibera 343/2016;
- ❖ rete aziendale "Ospedale - Territorio" per il management delle malattie allergiche;
- ❖ rete aziendale "Ospedale - Territorio" domiciliare per il management delle malattie reumatiche;

- ❖ predisposizione e proposta alla Direzione Strategica di delibere di processi organizzativi di valenza strategica aziendale relativamente alle attività espletate nei Distretti Sanitari, nonché alle attività di Integrazione Ospedale Territorio;
- ❖ collaborazione con le diverse articolazioni aziendali servizio GRU, Servizio Relazioni con il Pubblico, Dipartimento di Prevenzione, Risk Management, GEF, etc. per tutte le materie di competenza;
- ❖ coordinamento con l'unità Gestione Tecnica ed Ottimizzazione dei Sistemi Informatici (GTOSI) delle piattaforme informatiche Aziendali e Regionali per la gestione dei flussi informativi dell'area Distrettuale (Procedure SANIARP, altro), e della piattaforma dedicata agli MMG e PLS Aziendali;
- ❖ attività di formazione interna attraverso auditing settimanali;
- ❖ trasmissione dati File STRECA alla Regione;
- ❖ trasmissione dati TBC alla Regione;
- ❖ coordinamento delle procedure di aggregazioni laboratori di analisi ai sensi del DCA 109/13 e S.M.E.I., in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione;
- ❖ comitati Aziendali ex art 23 dei Medici di Medicina Generale;
- ❖ comitati Aziendali ex art 23 dei Pediatri di libera scelta;
- ❖ predisposizione, per la Direzione Sanitaria, delle istruttorie inerenti l'acquisizione di specialisti ambulatoriali per le varie branche, da destinare ai Distretti Sanitari, su richiesta dei direttori di distretto;
- ❖ scelta e revoca MMG e PLS, per richiesta assistenza sanitaria di cittadini ASL Na 3 sud presso altre AA.SS.LL;
- ❖ riscontri e segnalazioni/ reclami pervenuti attraverso il Servizio Relazioni pubbliche;
- ❖ adempimenti ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 e D. Lgs101/2018 per la Privacy;
- ❖ adempimenti in ottemperanza agli obblighi di Trasparenza e della prevenzione della Corruzione;
- ❖ supporto al referente delle liste d'attesa ed al servizio informatico, sulle procedure legate ai Tempi di attesa (agende, CUP, altro);
- ❖ valutazione, verifica e trasmissione all'unità Controllo di Gestione degli obiettivi Grigia LEA, di competenza;
- ❖ partecipazione a vari tavoli aziendali;
- ❖ tenuta e trasmissione atti relativi al personale in carico al servizio;
- ❖ trasmissione atti.

Di seguito si riportano i principali volumi di attività:

- ❖ Responsabilità Nucleo di Valutazione 5 Accreditamento Istituzionale - Riunioni operative n.7;
- ❖ n. 13 monitoraggi mensile trasmissione elenchi pazienti diabetici da parte MMG Aziendali ai sensi dell'AIR 2013;

- ❖ n. 17 riunioni operative presidente Comitato ex art. 23 MMG;
- ❖ riunioni operative n. 9 presidente Comitato ex art. 23 PLS;
- ❖ n.6 proposte effettuate predisposizioni di atti deliberativi;
- ❖ n. 22 Determinazioni dirigenziali;
- ❖ n. 1 riunioni rete Allergologica;
- ❖ n. 2 riunioni rete reumatologica;
- ❖ n. 20 accessi effettuati attività di vigilanza, in ottemperanza a quanto disposto dal Direttore Amministrativo, presso i Distretti Sanitari Aziendali, sull' orario di servizio espletato dal personale dipendente e convenzionato;
- ❖ n. 24 riunioni con i referenti di branca Specialistica Ambulatoriale, per predisposizione Tempario Aziendale;
- ❖ n. 13 monitoraggi procedure di controllo interno delle procedure delle cure primarie su 13 distretti sanitari Delibera n. 343/ 2016;
- ❖ n. 2 procedure e svolgimento delle votazioni per i Referenti delle branche specialistiche di Cardiologia e Reumatologia- espletamento votazioni;
- ❖ n. 13 valutazioni della corretta trasmissione da parte dei Direttori dei Distretti dei file STRECA (Regione Campania);
- ❖ n. 4.856 atti complessivi di Gestione e Coordinamento delle attività della segreteria del Servizio Cure Primarie, controllo, verifica e lavorazione della corrispondenza e gestione del protocollo, che dal 01.01.2021 al 31.12.2021.
- ❖

Nell'ambito dell'emergenza da Covid-19, si riportano di seguito le attività svolte:

- ❖ organizzazione e svolgimento di n. 10 corsi di formazione inerenti la gestione ed applicazione delle procedure assistenziali e terapeutiche per la gestione e monitoraggio dei pazienti positivi per Covid 19- esecuzione test rapidi e tamponi diagnostici e sul corretto utilizzo dei Dispositivi Individuali di Protezione di II e III categoria (DPI) (procedure di vestizione e svestizione), effettuati ai medici che hanno fornito la disponibilità ad incarico nelle USCA Aziendali. Complessivamente nell'anno 2021 sono stati formati n. 116 medici;
- ❖ ai sensi di quanto disposto dall'Unità di Crisi regionale Emergenza epidemiologica da COVID-19 nonché dal D.G. Tutela Salute e Coordinamento SSR della Regione Campania AVV. Postiglione, in merito a quanto richiesto dalla Direzione Generale dell'Agenas, dall'aprile 2021, la struttura ha fornito, con cadenza settimanale, il numero dei medici di medicina generale operanti nell' ASL NA 3 SUD ed il numero di coloro che hanno aderito alla campagna vaccinale anti covid-19;
- ❖ Comitati aziendali ex art. 23 PLS relativi a procedure inerenti la gestione dell'emergenza da Covid 19;
- ❖ Verbale del 9 marzo 2021- Protocollo d'intesa Campagna Vaccinale anti COVID 19, nei punti vaccinali popolazione Aziendale ed al personale scolastico ASL NA 3 SUD.
- ❖ Verbale del 6 maggio 2021- adeguamento al livello Aziendale del protocollo d'intesa sottoscritto in ambito regionale e relativa modifica del Protocollo d'intesa Aziendale.

Linee di indirizzo per la riapertura delle Scuole in Sicurezza e relativa gestione dei casi e focolai sars-CoV-2;

- ❖ Verbale del 7 settembre 2021- Predisposizione protocollo d'intesa relativo alle vaccinazioni anti Covid 19 in età pediatrica;
- ❖ Verbale del 9 dicembre 2021- linee d'indirizzo relative alla gestione delle vaccinazioni anti-Covid 19 in assistiti in età pediatrica;
- ❖ 15 dicembre 2021- Formalizzazione protocollo d'intesa ASL NA 3 sud e rappresentanti aziendali OO.SS. PLS- Campagna Vaccinale anti SARS COV-2;
- ❖ Comitati aziendali ex art. 23 MMG relativi a procedure inerenti la gestione dell'emergenza da Covid 19;
- ❖ Verbale del 2 febbraio 2021 - modello organizzativo per la realizzazione del monitoraggio e/o screening sul personale scuola;
- ❖ Verbale del 18 marzo 2021- Protocollo d'Intesa ASL Na 3 sud e Rappresentanti Aziendali OO.SS. Medici di Assistenza Primaria- MMG- Campagna Vaccinale Anti Sars Cov2/ Covid-19;
- ❖ Verbale del 1 luglio 2021- Comitato finalizzato al raggiungimento degli obiettivi Regionali sulle percentuali di vaccinazioni sul target della popolazione previsto.
- ❖ Verbale del 31 agosto 2021- Comitato finalizzato a concordare le azioni da mettere in campo per il raggiungimento degli obiettivi Regionali sulle percentuali di vaccinazioni anti Covid 19 sul target della popolazione previsto (attività di counseling);
- ❖ Verbale del 14 settembre 2021- Aggiornamento Protocollo operativo Scuola in sicurezza.

L'unità aziendale preposta al **coordinamento delle cure domiciliari** ha la competenza del coordinamento di tutte le Cure Domiciliari aziendali di I, II, III livello e le Cure Palliative ai malati terminali e no terminali, avvalendosi della collaborazione delle unità operative semplici. afferenti alla stessa.

Le cure domiciliari sul territorio sono state garantite attraverso i seguenti task:

- ❖ rispetto delle tempistiche di trasmissione dei flussi informativi al Ministero della Salute ed alla Regione per le cure domiciliari e palliative aziendali e Hospice;
- ❖ interazione con le strutture regionali competenti alla redazione dei percorsi e delle linee guida per le cure domiciliari e palliative e la riprogrammazione regionale delle cure domiciliari in corso nelle attività territoriali tese a garantire la loro corretta applicazione;
- ❖ trasmissione periodica di report informatizzati ai Servizi Aziendali competenti;
- ❖ elaborazione di percorsi di presa in carico e la successiva applicazione delle procedure e linee guida aziendali nelle cure domiciliari e palliative in stretta integrazione con i Distretti Sanitari e le UU.OO. ospedaliere interessate;

- ❖ elaborazione di percorsi di presa in carico e la successiva applicazione delle procedure e linee guida aziendali per l'accesso in Hospice;
- ❖ elaborazione di protocolli condivisi per una reale integrazione ospedale-territorio, con l'obiettivo specifico di una appropriata e tempestiva presa in carico del paziente in dimissione protetta;
- ❖ coordinamento delle attività assistenziali relative alla erogazione delle cure domiciliari integrate di I° e II° livello sul territorio aziendale, in stretta integrazione con i Distretti Sanitari;
- ❖ coordinamento delle attività assistenziali, dalla presa in carico alla erogazione delle cure di terzo livello e per i pazienti con particolari patologie (S.L.A., Stati vegetativi e stati di minima coscienza, ecc.), in stretta integrazione con i Distretti Sanitari;
- ❖ coordinamento delle attività assistenziali relative alla erogazione delle Cure Palliative, in stretta integrazione con i Distretti Sanitari;
- ❖ istituzione del Coordinamento Aziendale delle Cure Palliative che provvede alla definizione dei programmi relativi alle cure palliative e alla implementazione della Rete delle Cure Palliative sul Territorio Aziendale;
- ❖ monitoraggio, verifica e valutazione degli indicatori di attività e di risultato, individuati nelle normative regionali, delle cure domiciliari e palliative;
- ❖ adozione ed implementazione delle procedure, dei percorsi assistenziali e delle linee guida per le cure domiciliari e palliative, in ottemperanza agli aggiornamenti ed indicazioni regionali per tali setting;
- ❖ collaborazione, con le strutture aziendali competenti, ai programmi aziendali di verifica della qualità sia erogata dall'azienda che percepita dai cittadini nelle cure domiciliari e palliative;
- ❖ autorizzazione alla spesa, con liquidazione e pagamento delle fatture pervenute con documentazione completa, per i ricoveri in Hospice accreditati aziendali, extra aziendali ed extraregionali;
- ❖ individuazione delle tipologie di cure da erogare in funzione delle risorse economiche, di personale e definizione delle priorità assistenziali;
- ❖ collaborazione alla redazione di procedure di risk management e di appropriatezza nelle cure domiciliari e palliative;
- ❖ collaborazione ai programmi aziendali di selezione e formazione del personale impegnato nelle cure domiciliari e palliative;
- ❖ collaborazione all'implementazione tecnologica e telematica nella rete delle cure domiciliari e palliative;
- ❖ atti propedeutici alla stipula di convenzioni con l'A.O.R.N. Santobono Pausilipon per l'assistenza specialistica domiciliare pediatrica, monitoraggio della effettiva erogazione dell'attività propedeutica alla liquidazione e pagamento delle stesse;
- ❖ atti propedeutici alla stipula di convenzioni per l'affidamento del Servizio di Nutrizione Parenterale Domiciliare, monitoraggio della effettiva erogazione del servizio propedeutica alla liquidazione e pagamento delle fatture delle ditte esterne.

L'unità aziendale preposta al **coordinamento materno-infantile** si è dedicata a rafforzare e concretizzare un percorso di sviluppo delle attività istituzionalmente previste, con una vision incentrata sull'intersettorialità, sull'equità, sulla partecipazione, sulla corresponsabilità, sulla sostenibilità e sulle buone pratiche (rappresentate anche dal Piano della Prevenzione 2014/2019 e Decreto 38/2016 Terra dei Fuochi), giocando un ruolo chiave nella creazione del nuovo modello organizzativo efficiente e produttivo.

L'unità si è occupata del coordinamento funzionale di tutte le attività dei n. 23 consultori familiari di cui n. 1 dedicato alle disforie di genere, n. 2 punti consultoriali, n. 4 poli riferiti ai Primi Mille Giorni di vita del bambino e n. 26 centri vaccinali, dislocati nei distretti. In tutti i consultori è stata promossa l'assistenza alla gravidanza-puerperio, al percorso nascita, all'assistenza ed al supporto alla salute del bambino nella fascia 0-3 anni, nonché alla procreazione responsabile, dove sono stati offerti percorsi di assistenza al singolo, alla coppia ed alla famiglia per difficoltà relazionali. Le attività di cure primarie nell'area della salute sessuale, riproduttiva della donna, dei minori, delle coppie e delle famiglie sono state garantite attraverso equipe multidisciplinari (ostetrica, ginecologo, psicologo, assistente sanitario, assistente sociale, neuropsichiatra infantile, pediatria ,infermieri ed infermieri pediatrici), i quali hanno offerto percorsi preventivi e diagnostico terapeutici integrati con le strutture presenti sul territorio dell'ASL Napoli 3 Sud, garantendo al contempo l'accesso ai soggetti più deboli, alle donne ed ai bambini immigrati, agli adolescenti ed alle fasce di popolazione ad alto rischio sociale.

L'unità di coordinamento integrato materno infantile ha, inoltre, svolto le seguenti attività:

- ❖ sviluppo di una nuova forma di governo dei processi, per coordinare i vari servizi dei consultori familiari e tra i consultori familiari, nei n. 13 DDSSSS, valutando una crescita delle competenze degli operatori consultoriali attraverso la formazione degli stessi per il raggiungimento degli obiettivi richiesti dall'Atto aziendale, PRP 2014-19, Linee progettuali e Dec.38/2016 Terra dei Fuochi;
- ❖ uniformazione dei corsi di accompagnamento alla nascita, tenendo conto di un unico modello in tutti i Consultori familiari, distribuiti tra 1° e 2° livello e corsi all'esogestazione condividendo con le ostetriche referenti dei corsi di accompagnamento alla nascita (CAN) procedure relative ai corsi nelle quali si definiscono almeno tre sessioni dedicate all'allattamento;
- ❖ avvio della modalità di corso di accompagnamento alla nascita di 3° livello nei 4 poli "Primi mille giorni" in alcuni Consultori familiari;
- ❖ avvio delle procedure di riqualificazione spazi di tutte le sedi consultoriali e vaccinali con un format unico con precise caratteristiche;
- ❖ indizione di avviso pubblico per psicologi "Primi Mille giorni" e per il Consultorio INCONTRA;

- ❖ incremento dell'attività di Screening Ca Cervice uterina grazie alla riattivazione degli inviti attivi tramite lettera, con la gestione e la pianificazione degli inviti centralizzata e monitorata;
- ❖ incremento dell'attività di Screening Ca mammario grazie alla riattivazione degli inviti attivi tramite lettera, con la gestione e la pianificazione degli inviti centralizzata e monitorata;
- ❖ avvio dell'attività di Promozione della Salute nella Comunità, per lo Screening del CA cervice uterina, e Ca mammella, determinanti di salute 0-3 anni (ECD) attraverso giornate dedicate con eventi "Pienz a Salute";
- ❖ giornate dedicate all'allattamento e alle vaccinazioni in coincidenza di eventi mondiali;
- ❖ promozione test molecolari per la identificazione dei ceppi HPV ad alto rischio conseguente all'inclusione della fascia d'età compresa tra i 55 e i 64 anni;
- ❖ adeguamento dei test morfologici (Pap- test) alle esigenze conseguenti all'estensione del test molecolare ad una popolazione analizzata più estesa;
- ❖ implementazione dei sistemi di controllo di qualità intra e inter laboratorio (meeting periodici e telepatologia) per la valutazione dell'efficacia diagnostica del pap test quale test di "triage";
- ❖ Aggiornamento delle procedure informatiche per la gestione informatizzata delle stesse, dall'accettazione alla diagnosi e alla codifica, utile per Registro Tumori dei campioni sia relativi al I che al II livello operativo nell'ambito dell'ambiente software già in uso in modo tale da consentire la tracciabilità completa dell'iter diagnostico del paziente in tutte le sue fasi gestite all'interno del territorio dell'AslNa3 Sud;
- ❖ incontri formativi per la realizzazione di un percorso unitario sulle attività di prevenzione e promozione della salute rivolto agli operatori e al target in oggetto;
- ❖ procedure ad indagine per individuare cromosomopatie fetali con apertura in 4 sedi aziendali per il NIP test.
- ❖ focus sulle tematiche per la prevenzione della depressione post partum delle mamme fragili, garantendo una sessione nei CAN dedicata a questa problematica,
- ❖ promozione e sostegno dell'attivazione presso i consultori familiari di percorsi di assistenza alla menopausa ed all'età post-fertile;
- ❖ percorsi di assistenza alla donna con problemi ginecologici percorso patologie ginecologiche benigne; percorsi dedicati agli adolescenti (Spazio adolescenti);
- ❖ informatizzazione dei Consultori Familiari per lo scambio informativo tra strutture consultoriali e non, e per la rilevazione dei dati di attività e degli indicatori dei programmi ai fini di un continuo monitoraggio della performance delle attività consultoriali;
- ❖ uniformazione dei processi assistenziali al fine di una garanzia di equità su tutto il territorio aziendale;
- ❖ pubblicazione sul sito istituzionale di tutte le attività inerenti le informazioni utili sia per la comunicazione istituzionale, anche ai fini della promozione alla salute che ai fini dell'amministrazione trasparente;

- ❖ coordinamento del percorso IVG per la parte relativa all'attività consultoriale; (in fieri IVG farmacologica);
- ❖ processo assistenziale di qualità in ambito Vaccinazioni dell'età pediatrica;
- ❖ attivazione, in sinergia con l'unità preposta alle cure primarie di un ambulatorio che tiene conto della medicina di genere in ambito internistico (cardiovascolare, immunologico, etc.).

L'unità di coordinamento materno-infantile ha offerto assistenza e strumenti informativi e formativi sulla salute e la cura del corpo, tenendo presenti le peculiarità connesse ai generi femminile e maschile sul territorio, attraverso i consultori familiari, sul versante educativo, nelle scuole di ogni ordine e grado, sul versante formativo, nel contesto accademico con particolare riferimento alle aree di formazione.

I ruoli e le funzioni delle risorse incardinate nell'unità hanno funzioni e competenze chiave e strategiche, acquisite dall'esperienza e dal percorso formativo avanzato, che le rendono in grado di orientare il cambiamento e guidare la "cultura organizzativa" dell'unità di coordinamento, svolgendo la propria attività in condizioni di elevata complessità organizzativa, al fine di rendere sostenibile la capacità di risposta ai bisogni di salute.

Il team di operatori della struttura, con spirito di iniziativa e mettendo in campo le dovute competenze derivanti da formazione in management, ha permesso di mettere insieme, integrare ed armonizzare il lavoro di più soggetti, appartenenti allo stesso consultorio o a diversi, per evitare duplicazioni, sovrapposizioni, lacune e migliorare efficacia ed efficienza, provvedendo a seguire un'analisi dei processi produttivi nei consultori familiari e come devono essere svolte le varie attività e processi per disciplinare la variabilità dei comportamenti, mirando a standardizzare i processi di lavoro, esplicitandoli in forma scritta ed ufficiale.

Nell'ambito delle attività riferite alla **Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD)**, quale attività inclusa nel livello essenziale di cui al punto 3 dell'allegato n. 1 del DPCM 29.11.2001, la produzione offerta riguarda la Nutrizione enterale (NE), la Nutrizione parenterale (NP) e la Supplementazione orale (SNO), intesi quali strumenti terapeutici insostituibili, che consentono di mantenere o reintegrare lo stato di nutrizione dei soggetti in cui la alimentazione naturale è controindicata, impraticabile o non sufficiente. In molte condizioni patologiche la NAD costituisce una terapia sostitutiva essenziale (al pari, ad esempio, della dialisi) nonché salvavita, rappresentando – in questi casi - l'unico provvedimento terapeutico in grado di assicurare la sopravvivenza del malato (si pensi alle patologie legate all'insufficienza intestinale cronica benigna).

L'unità aziendale preposta alle attività sopra specificate rappresenta un Centro di riferimento dalla Regione Campania, come da Deliberazione Aziendale n. 1824 - Area Generale di Coordinamento n. 20 - Assistenza Sanitaria – NAD, da DGRC n. 236 del 21.03.2005 e da DGRC n. 1643 del 19.10.2006 ed integrazioni, ed un Centro prescrittore NAD nella Rete Regionale dei Centri prescrittori, come da Decreto n. 25 del 14.03.2012.

Le attività svolte nell'ambito della NAD si inseriscono nel percorso diagnostico-terapeutico del paziente che necessita di tale terapia, spesso caratterizzato dal coinvolgimento di

competenze interdisciplinari (MMG, Medico ospedaliero, Referenti ed operatori coinvolti nelle cure domiciliari delle UOAA, UOAR, UOMI, ADO, UOTA, etc.).

L'unità aziendale dedicata alla NAD – per l'anno 2021 – ha realizzato le seguenti attività:

- ❖ consulenze di nutrizione artificiale domiciliare per la valutazione dello stato nutrizionale, la scelta del tipo e della via di somministrazione dei nutrienti;
- ❖ posizionamento delle sonde naso-gastriche e sostituzione periodica delle stesse;
- ❖ sostituzioni periodiche di gastrostomie endoscopiche percutanee;
- ❖ elaborazione di piani terapeutici nutrizionali;
- ❖ monitoraggio periodico e regolare del paziente al fine di prevenire, diagnosticare e trattare precocemente le eventuali complicanze connesse con la pratica della NA;
- ❖ continuità assistenziale ospedale/territorio, per i pazienti in dimissione dai presidi ospedalieri aziendali ed extra aziendali e per i pazienti inseriti nella Rete Oncologica Campana (ROC) che necessitano di NA;
- ❖ valutazione delle terapie nutrizionali provenienti da strutture extra-aziendali intraregionali ed extraregionali, con monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva;
- ❖ valutazione nutrizionale di pazienti affetti da Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) segnalati dalle unità territoriale dedicate alla salute mentale ed attività di vigilanza sulla gestione di nutrienti/miscele e dispositivi per NA;
- ❖ costante collaborazione con le unità aziendali, in particolare per le consulenze nutrizionali richieste, per la condivisione delle risorse e la prevenzione/ risoluzione di eventuali problematiche, per l'organizzazione dei percorsi terapeutici appropriati e per il corretto uso delle risorse, sia in ambito ospedaliero che per la continuità ospedale-territorio;
- ❖ invio costante, alle unità farmaceutiche distrettuali (circa 15/die) ed alle unità richiedenti consulenza nutrizionale (circa 15/die), dei nuovi piani terapeutici relativi alle consulenze espletate;
- ❖ invio costante, alle unità farmaceutiche distrettuali (circa 30/die) ed alle unità richiedenti consulenza nutrizionale (circa 30/die), dei rinnovi/ modifiche dei piani terapeutici relativi alle consulenze espletate;
- ❖ elaborazione, dal 2015 ad oggi, dei flussi informativi relativi ai dati delle prestazioni erogate nell'ambito della NAD, per piattaforma LEA Sociosan, ed invio a tutti i Distretti Sociosanitari aziendali che hanno richiesto consulenze nutrizionali di n. 1 relazione mensile, riportante complessivamente circa n. 1.000 report;
- ❖ valutazione delle indicazioni e delle condizioni per la stipula di contratti di convenzione con Aziende esterne, in riferimento alla fornitura di sacche di nutrizione parenterale domiciliare personalizzate non erogabili direttamente dall'ASL Napoli 3 Sud, e rivalutazione della persistenza delle indicazioni e condizioni per il rinnovo/ sospensione delle sopra indicate convenzioni, in collaborazione con l'unità aziendale dedicata all'acquisizione di beni e servizi;

- ❖ attività di informazione sui servizi forniti in ambito NAD, sulla modalità e sui criteri di accesso alla NAD in raccordo con l'unità aziendale dedicata alle relazioni con il pubblico.

A seguito dell'emergenza sanitaria derivante dalla diffusione del Covid-19, in base al DPCM 08.03.2020, all' Ordinanza del Governatore della GRC n. 6 e n. 7, rispettivamente del 06.03.2020 e del 08.03.2020 e successivi, ed alla comunicazione dell'ASL Napoli 3 Sud prevista in data 10.03.2020, sono stati potenziati i servizi dedicati alla popolazione in ambito NAD, ovvero:

- ❖ presenza telefonica/ mail costante in corrispondenza dell'orario di servizio;
- ❖ gestione delle visite/ controlli, attraverso la presenza periodica di un operatore medico ed infermieristico durante l'apertura del servizio;
- ❖ aggiornamento costante, in funzione delle necessità espresse, del piano terapeutico, tramite contatto telefonico con il paziente/ utente ed i suoi familiari, con il medico di base e con i servizi territoriali competenti.

Si evidenzia di seguito la produzione offerta – in termini di prestazioni - dall'unità dipartimentale dedicata alla **NAD** negli anni 2020-2021.

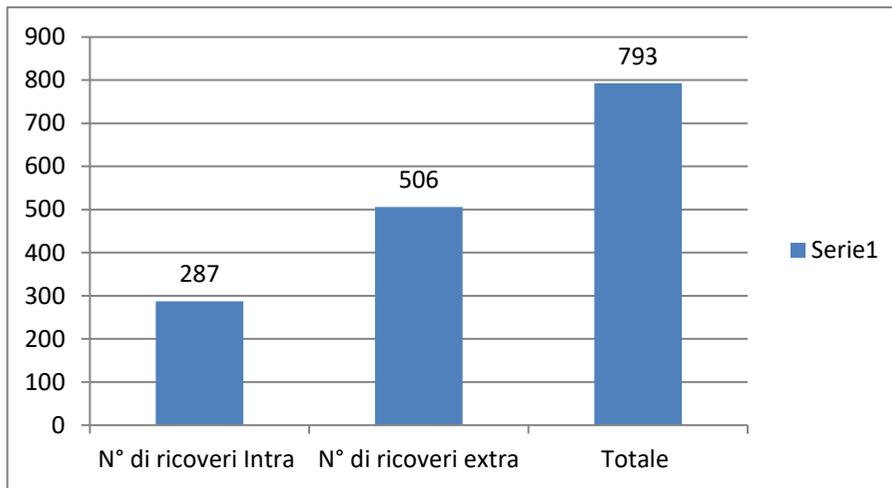
	2020	2021	Δ 2020-2021
N. Pazienti	6.007	6.768	13%
Consulenze Domiciliari	2.440	2.170	-11%
Posizionamento/sostituzione SNG	361	374	4%
Sostituzione PEG	411	481	17%
N. Enterale	650	691	6%
N. Parenterale	735	925	26%
Visite Ambulatoriali	191	242	27%
Rinnovi/ rivalutazioni dei piani terapeutici	ND	9.441	ND
Nursing (istruzione uso pompe e sistemi infusionali)	97	174	79%

L'unità aziendale preposta alla diabetologia ed alla cura delle malattie metaboliche, con Deliberazione Aziendale n. 2815/2020, è incardinata nella Direzione Sanitaria Aziendale come struttura di supporto clinico.

In base a quanto stabilito dalla Deliberazione Aziendale DGRC 330/2016, il criterio di individuazione dei centri antidiabete stabilisce la proporzione di 1 CAD/ 100.000 abitanti, per un totale di n. 11 CAD (centri antidiabete per le persone affette da diabete mellito), di cui n. 7 pubblici e n. 4 privati accreditati, distribuiti nella tabella che viene rappresentata di seguito.

CAD pubblici
1) CAD distretto n. 48 Nell'ASL NA 3 Sud ambito di competenza: popolazione residente nel distretto n. 48 e popolazione residente nel distretto n. 49
2) CAD distretto n. 51 ambito di competenza: popolazione residente nel distretto n. 51 e popolazione di residenza nel distretto n. 50
3) CAD distretto n. 52 ambito di competenza popolazione residente nel distretto n. 52
4) CAD distretto n. 54 ambito di competenza popolazione residente nel distretto n. 54, popolazione residente nel distretto n. 34, popolazione residente nel distretto n. 55
5) CAD distretto n. 57 ambito di competenza: popolazione residente nel distretto n. 57 e popolazione residente nel distretto n. 56
6) CAD distretto n. 58- ambito di competenza popolazione residente nel distretto n. 58
7) CAD distretto n. 59- ambito di competenza popolazione del distretto n. 59 e popolazione di residenza del distretto n. 53
CAD privati accreditati che risultano in possesso di attestato di accreditamento istituzionale presso l'ASL Napoli 3 Sud:
1) Centro Antidiabetico AID Nola s.r.l. con sede operativa in via Annibale n.34 nel Comune di Nola- (delibera del Direttore Generale n.861 del 19/12/2013)
2) Centro Antidiabetico AID Portici s.r.l. con sede operativa in via Libertà n.270 nel Comune di Portici (delibera del Direttore Generale n.879 del 19/12/2013).
3) Centro antidiabetico AID Stabia s.r.l. con sede operativa in piazza Spartaco n.7 nel Comune di Castellammare di Stabia- (delibera del direttore generale n. 908 del 19/12/2013)
4) Centro Antidiabetico AID Oplonti s.r.l. con sede operativa in via Dante n.6 nel comune di Torre Annunziata- (delibera del Direttore Generale n.96 del 06/02/2014.)

In base a quanto stabilito dalla Deliberazione Aziendale n.544/ 2020, che prevede un incremento del numero di centri diabetologici nel biennio 2021/2022; l'unità ha avviato un processo di mappatura, su mandato della direzione sanitaria aziendale, dei centri diabetologici già esistenti e di individuazione di strutture pubbliche o privati accreditati in cui attivare nuovi centri in base al nuovo fabbisogno di 1 CAD/ 4000 cittadini diabetici, per un totale complessivo di n.6 nuovi centri diabetologici. Pertanto oltre i n. 11 centri sopraindicati, l'unità ha individuato un incremento di n. 6 centri di II livello tra pubblici e privati accreditati, per un totale di n. 17 centri diabetologici.



Successivamente, è stato necessario analizzare i dati epidemiologici relativi alla popolazione di diabetici afferenti ai DDSSSS, con esenzione 013, come di seguito rappresentato.

DSS	Popolazione*	Tot. paz. con esenzione**	Tot. < 18 ANNI	Tot. > 18 ANNI	Con esenzione 013
34	54.045	3.899	12	3.887	SI
48	98.062	4.843	28	4.815	SI
49	109.602	6.167	31	6.136	SI
50	61.433	2.703	17	2.686	SI
51	66.982	3.605	23	3.582	SI
52	133.318	6.526	43	6.483	SI
53	65.575	4.758	12	4.746	SI
54	53.668	3.183	21	3.162	SI
55	52.374	2.753	12	2.741	SI
56	89.193	6.431	18	6.413	SI
57	84.672	4.400	16	4.384	SI
58	109.128	7.104	26	7.078	SI
59	81.381	4.187	25	4.162	SI
Totale	1.059.433	60.559	284	60.275	

In ragione dei dati ISTAT 2019, si forniscono i seguenti dati:

Prevalenza popolazione con patologia diabetica per distretto in base alle es per codice 013

DISTRETTO	TOTALE DIABETIC(Es.013)	Prevalenza :	n casi/popolazione x100
34	3.899	34	3.899/54.045x100=7,21%
48	4.843	48	4.843/98.062 x100=4,93%
49	6.167	49	6.167/109.602x100=5,62%
50	2.703	50	2.703/61.433 x100=4,39%
51	3.605	51	3.605/66.982 x100=5,38%
52	6.526	52	6.526/133.318x100=4,89%
53	4.758	53	4.758/65.575 x100=7,25%
54	3.183	54	3.183/53.668 x100=5,93%
55	2.753	55	2.753/52.374 x100=5,25%
56	6.431	56	6.431/89.193 x100=7,21%
57	4.400	57	4.400/84.672 x100=5,19%
58	7.104	58	7.104/109.128x100=6,5%
59	4.187	59	4.187/81.381 x100=5,14%
TOT ASL	60.559	TOT ASL	60.559/1.059.433x100=5,71%

Dopo aver ottenuto i dati epidemiologici è stata avviata la fase di analisi territoriale volta ad identificare quelle strutture territoriali pubbliche che per disponibilità strutturali e/o di personale e risorse, potessero essere individuate quali sedi di attivazione di ulteriori CAD.

DSS	N. CAD esistenti	N. CAD pubblici da attivare in 2 anni	N. CAD privati da attivare in 2 anni
34	1 privato accreditato		
48	1 da potenziare		n. 1 (Marigliano)
49	1 privato accreditato		
50	1 spoke del CAD dss 51		
51	1		
52	1	1 (Palma Campania)	
53	1 privato accreditato	1 (Castellammare di stabia)	
54	1		
55			1 (Ercolano)
56	1 privato accreditato		
57	1		

DSS	N. CAD esistenti	N. CAD pubblici da attivare in 2 anni	N. CAD privati da attivare in 2 anni
58	1		1 (Gragnano)
59	1	1	

L'unità effettua continue raccolte di dati attraverso la collaborazione con i servizi informatici.

La Regione Campania, attraverso la nota Prot. UC.2021.0000337 del 13/04/2021, ha richiesto la disponibilità dei Centri di Diabetologia Territoriali Pubblici e privati convenzionati per supportare la campagna vaccinale per pazienti fragili. A tal fine, l'unità ha fornito un elenco dei pazienti da inserire in piattaforma vaccinale di cui alla tab. 1 della nota prot.n.0004046p-437210 Presidenza del Consiglio dei Ministri del 11/03/2021, avendo cura di valutare con i sistemi informatici i pazienti già vaccinati perchè rientranti in altre categorie (over 80/70 o altre fragilità). Sono stati elaborati, per ogni centro diabetologico un numero di pazienti diabetici, distinti per fasce di età e per tipologia di diabete. Gli elenchi di pazienti, suddivisi per tipologia di diabete, sono stati acquisiti grazie alla collaborazione con la società Meteda che ha provveduto a sviluppare sistemi idonei per l'estrazione dei dati. I dati così ottenuti sono stati trasmessi ai sistemi informatici che hanno incrociato i dati con la piattaforma Soresa per verificare l'avvenuta vaccinazione e/o prenotazione presso i PVP.

Nella tabella che segue è rappresentato il numero di pazienti, suddivisi per Centri diabetologici Pubblici riconosciuti in Delibera 19/2016 e per CTA, e le sedi individuate per la vaccinazione.

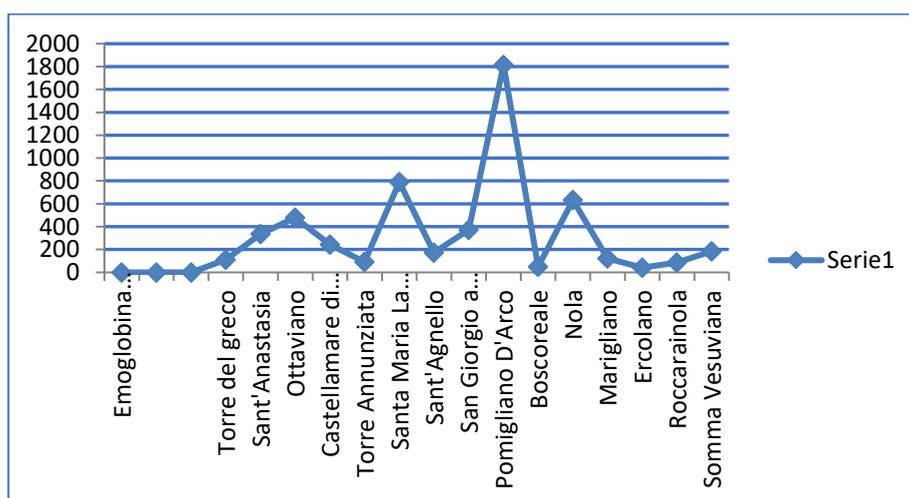
DSS	CENTRO/AMBULATORIO Pubblico	ELENCO PAZIENTI DA VACCINARE	CENTRO ACCREDITATO	NUMERO PAZIENTI DA VACCINARE
34	AMBULATORIO	144	AID San Ciro	941
48	CENTRO	192		
49	AMBULATORIO	1.004	AID NOLA/CEPIDIAL	653
50	AMBULATORIO	716		
51	CENTRO	947		
52	CENTRO	<u>965</u>		
53	AMBULATORIO	81	AID STABIA	729
54	CENTRO	376		

DSS	CENTRO/AMBULATORIO Pubblico	ELENCO PAZIENTI DA VACCINARE	CENTRO ACCREDITATO	NUMERO PAZIENTI DA VACCINARE
55	AMBULATORIO	175		
56	AMBULATORIO	604	AID OPLONTI	667
57	CENTRO	518		
58	CENTRO	482		
59	CENTRO	3.459		
TOTALE		9.181		2.990

In collaborazione con l'unità aziendale preposta alla formazione ed allo sviluppo delle risorse umane, l'unità ha attivato un corso di formazione (ECM Id Provider 36 n. 3894) dal titolo "Le competenze infermieristiche nei centri diabetologici territoriali" in modalità a distanza "Sincrona" (Webinar) per il personale infermieristico dell'Asl Napoli 3 Sud. Le tematiche del corso hanno riguardato il trattamento del paziente diabetico con le sue complessità, le novità legislative nell'infermieristica generalista e il rapporto tra telemedicina e diabete. Il corso è stato articolato in n. 3 giornate, della durata di n. 5 ore ciascuna, per un totale di n. 15 ore di formazione, con riconoscimento di ECM.

- ❖ Tramite nota prot. 2020 0444509 del 25/09/2021 della Direzione generale per la tutela della salute della Regione Campania, le attività progettuali di telemedicina per pazienti diabetici sono state prorogate fino al 31/03/2021, con le stesse modalità organizzative e lo stesso schema utilizzato per i pazienti diabetici dell'ASL Napoli 3 Sud.

I Centri territoriali pubblici dispongono di una cartella clinica diabetologica informatizzata denominata "SMART DIGITAL CLINIC", in comodato d'uso, la quale consente la raccolta di indicatori inseriti nel PDTA dell'ASL (2015).



L'unità ha, inoltre, collaborato con i team diabetologici nell'utilizzo della cartella informatizzata effettuando valutazioni periodiche delle modalità di utilizzo ed analisi dei dati

metabolici e terapeutici. L'attività di collaborazione ha garantito un incremento dell'inserimento dei dati anagrafici, clinici e dei parametri metabolici nel corso dell'anno 2021.

Di seguito si rappresenta l'utilizzo della SDC nei CAD/ambiti territoriali.

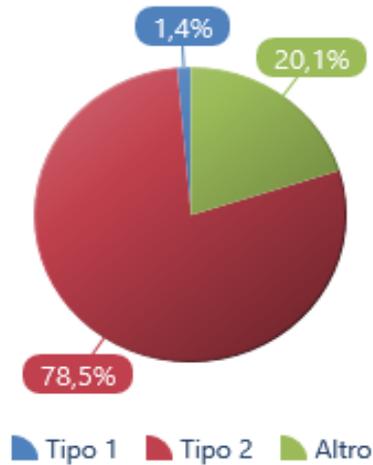
Cad/ambito	Utilizzo SDC	Utilizzo SDC Infermieristica	Sdc specialistica
34	NO	NO	
48	-	-	-
49	SI	NO	
50	SI	NO	
51	SI	SI	Neurologo
52	SI	SI	Tutti gli specialisti
53	SI	NO	
54	SI	SI	
56	SI	NO	
58	SI	SI	
59	SI	NO	

La popolazione di cittadini risultanti esenti per patologia diabetica con codice 013 risulta essere in totale pari a 60.559, di questi risultano inseriti in cartella 58.218 pazienti dal 01/01/2021 al mese 30 settembre 2021 attraverso la SDC.

Si riporta, inoltre, il numero di cartelle complete al 30/09/2021.

DSS	N. pazienti inseriti
Castellamare	1.098
Ercolano	484
Palma Campania	1.570
Somma Vesuviana	2.214
S.Maria la Carità	7.389
Nola	6.066
Pomigliano D'arco	4.272
Portici	678
Roccaraiionola	672
S.Giorgio a Cremano	2.857
S.Sebastiano al Vesuvio	-
Sant'Agnello	1.674
S.anastasia	1.866
Torre Annunziata	2.688
Torre del Greco	620
Volla	6.735
Boscoreale	1.166
Marigliano	4.625
Ottaviano	8.944
Poggiomarino	2.600
Tot. Cartelle	58.218

Il 78,5% del totale dei cittadini con diabete in carico ai centri diabetologici territoriali pubblici è rappresentato da diabetici di tipo 2, l'1,4% da diabetici di tipo 1 ed il 20,1% da altri tipi di diabete (gestazionale, ecc).

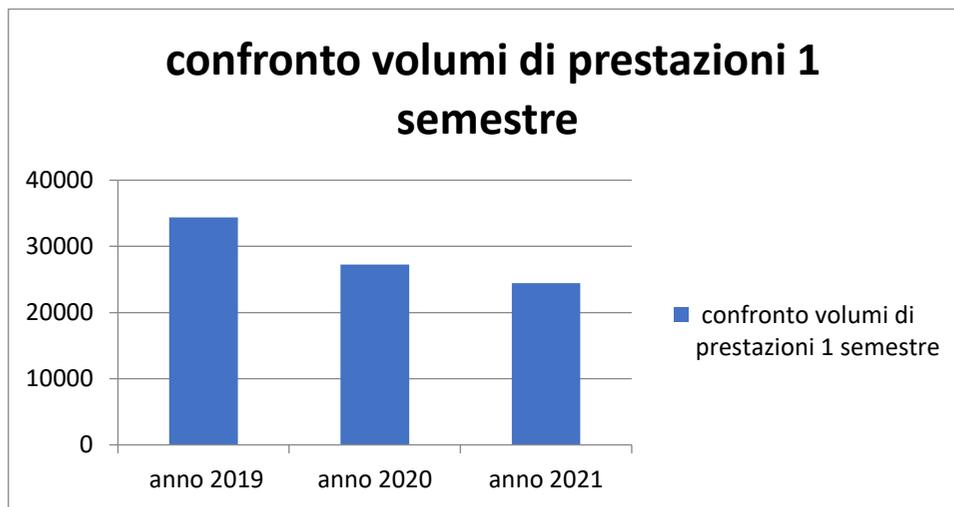


Di seguito si riporta l'estrazione del numero di pazienti con Hbg > 7,5 divisi per Centro diabetologico/ambito territoriale.

Emoglobina glicosilata > di 7,5 (Periodo dal 01/01/2021-27/09/2021)	Numero pazienti
Torre del greco	110
Sant'Anastasia	337
Ottaviano	480
Castellamare di stabia	242
Torre Annunziata	91
Santa Maria La Carita'	789
Sant'Agnello	172
San Giorgio a Cremano	372
Pomigliano D'Arco	1.815
Boscoreale	49
Nola	633
Marigliano	123
Ercolano	41
Roccarainola	85

Emoglobina glicosilata > di 7,5 (Periodo dal 01/01/2021-27/09/2021)	Numero pazienti
Somma Vesuviana	183
TOT.	5.522

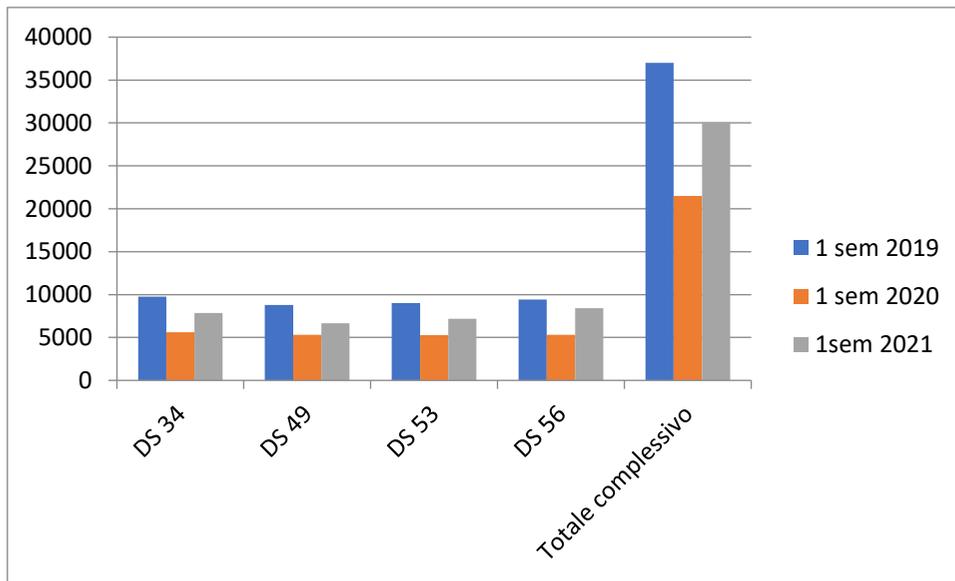
Il monitoraggio quantitativo del numero di prestazioni consente di disporre di una banca dati dalla quale è possibile confrontare i volumi di prestazioni erogati dai centri territoriali pubblici nel primo semestre del triennio 2019/2020/2021. Il grafico ottenuto consente di evidenziare come gli effetti della pandemia da SARS-COV2 abbiano determinato una riduzione del numero di prestazioni erogate specificamente per i cittadini con diabete. In particolare si osserva che il dato relativo al 1 semestre 2021 appare ulteriormente ridotto rispetto al dato dell'anno 2020.



La lettura dei dati relativi alle prestazioni divise per singolo distretto consente, invece, di evidenziare meglio le criticità, mostrando che la deflessione delle prestazioni per alcuni distretti è stata più evidente, probabilmente per motivi organizzativi legati alla disponibilità di risorse.

DSS	I Semestre 2019	I Semestre 2020	I Semestre 2021
34	1.536	1.183	1.292
48	2.505	1.919	1.822
49	3.751	2.732	2.860
50	2.015	1.817	1.450
51	2.730	2.216	2.038
52	5.723	4.376	3.778
53	1.362	818	469
54	2.166	1.879	1.792
55	715	561	731
56	2.357	1.834	1.147
57	4.824	4098	3.000
58	3.307	2.808	3.191
59	1.402	1.027	894
Totale	34.393	27.268	24.464

Il grafico che segue riporta l'analisi del dato relativo ai CTA dove si evidenzia un incremento delle prestazioni erogate dai CTA nel I semestre 2021. Il dato però non è paragonabile e sovrapponibile al dato dei centri territoriali pubblici in quanto l'organizzazione dei CTA consente l'erogazione di tipologie di LEA differenti che contribuiscono alla somma totale del numero di prestazioni



Il monitoraggio qualitativo dell'erogazione dei LEA consente invece di paragonare la tipologia dei LEA erogati sia nei centri territoriali pubblici che nei privati accreditati. Questo tipo di analisi si aggiunge alla mappatura delle risorse per adeguare le dotazioni di risorse e quindi di prestazioni per i cittadini diabetici in tutti i distretti sociosanitari dell'ASL Napoli 3 Sud.

L'unità aziendale preposta alle attività della **Rete Ulcere Cutanee**, nell'anno 2021, ha operato nell'ambito delle tre linee di attività principali svolte dalla rete, in particolare:

- ❖ attività svolta negli ambulatori di riparazione tissutale del DSS 58 sito nel P.O. di Gragnano;
- ❖ rete di assistenza domiciliare per pazienti affetti da lesioni cutanee;
- ❖ attività di chirurgia rigenerativa svolta nel P.O. di Sorrento /Vico Equense.

L'analisi delle prestazioni ha assunto un carattere particolare; a causa della recente pandemia COVID. Le prestazioni ambulatoriali del 2020, infatti, che avevano subito una brusca riduzione nei mesi di marzo ed aprile nel primo semestre e nei mesi di novembre e dicembre del secondo semestre, già nel primo semestre del 2021 sono tornate ai livelli pre COVID. L'unità aziendale è rimasta attiva, incrementando le prestazioni domiciliari e nonostante le limitazioni, si sono avviate tre nuove collaborazioni con il P.O. di Castellammare di Stabia. Nel complesso l'attività della rete non ha subito un calo rilevante, così come si è verificato, invece, per le altre strutture sia territoriali che ospedaliere.

È interessante notare che all'aumento delle attività ambulatoriali, ha corrisposto un assestamento di quelle domiciliari, merita una attenta osservazione la variazione statistica precedente, durante e post Pandemia. Di seguito si rappresenta la produzione totale delle prestazioni erogate dalla rete delle ulcere cutanee nell'anno 2021.

1 2021		A SL Napoli 3 Sud U.O.S.D. Rete Ulcere Cutanee		CENTRO CHIRURGICO TERRITORIALE RETE AZIENDALE DI RIPARAZIONE TESSUTALE ◊ DOTT. CILIBERTI MARINO ◊																			
2021		Totale Anno 2021																					
1		TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI EFFETTUATE																					
AREA POLIDI STRETTUA LE C.C.T. CENTRO CHIRURGICO TERRITORIALE R.A.R.T. RETE AZIENDALE DI RIPARAZIONE TESSUTALE CENTRO DI II LIVELLO ◊ AMBULATORIO ◊	MAIUTA CHIRURGICA	MAIUTA DI CONTROLLO CHIRURGICA	BIOPSIA DELLA CUTELE DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO in Chirurgia generale	RECAZIONE ASSORBENTIVA DI FERITA, INFEZIONE, ULUSTIONE in Chirurgia generale	RECAZIONE NON ASSORBENTIVA DI FERITA, INFEZIONE O ULUSTIONE	FASCIATURA, SERVICHE in Chirurgia generale	REINNGGIO ALLA COLLATA DI ZINCO DI GAMBIA-REDE DK	REINNGGIO ALLA COLLATA DI ZINCO DI GAMBIA-REDE SK	REINNGGIO ADESIVO ELASTICO	MECCAGIONE DI ULCERE ARTO INFERIORE	ALTRA IRRAGAZIONE DI FERITA MAS	REDCOLGODOPPLERSMIA DI STRETTUALE ARTERIOSA in Angiologia	REDCOLGODOPPLERSMIA DI STRETTUALE VENOSA in Angiologia	MENTINGAGGIO TRANSCUTANEO CO2 CO2	DOPIPLERSMIA DEGLI ARTI INFERIORI (LASER) in Angiologia	DOPIPLERSMIA DEGLI ARTI SUPERIORI (LASER) in Angiologia	ILLETTERINGAGGIO AI RUCOLI HORNO O CENERATI DI ALTRI DI STRETTI (0)	REDCORIMATI GIBRISI VASI ADDOMINALI ACIFRA Addominale in Angiologia	REDCOLGODOPPLERSMIA DEI TRONCHI SOVRAORTICI A RIPUSO	CONSULTO GERIATRICO AMBULATORIALE			
			21,06	12,91	19,46	20,40	10,08	3,87	21,33	2.133	7,75	3,87	3,87	43,90	43,90	10,59	2.324	23,24	2,53	32,02	43,90	46,48	
			CODICE DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI EFFETTUATE																				
			8705.01	8705.02	8710.01	8708.01	8708.01	8704.01	8704.01	8704.01	8704.01	8704.01	8704.01	8704.01	8704.01	8704.01	8704.01	8704.01	8704.01	8704.01	8704.01	8704.01	
			NUMERO PRESTAZIONI TOTALI EFFETTUATE																				
			637	3.579	135	1.399	2.181	1.187	0	0	2.472	3.473	3.572	250	288	0	0	0	0	0	4	220	35
			PRESTAZIONI TOTALI EQUIVALENTI																				
			2.550,47	9.254,44	509,13	5.530,33	4.280,56	875,25	0,00	0,00	3.622,81	2.804,75	2.879,00	2.128,94	2.450,23	0,00	0,00	0,00	0,00	24,82	1.871,71	315,27	
			PRESTAZIONI TOTALI CHIRURGIA		19.555		PRESTAZIONI TOTALI ANGIOLOGIA		782		CONSULTO GERIATRICO		35										
			PRESTAZIONI EQUIVALENTI		31.587,20		PRESTAZIONI EQUIVALENTI		6.473,70		PRESTAZIONI EQUIVALENTI		315,27										

Si riporta di seguito un confronto tra gli anni 2020-2021.

Totale prestazioni	2020	2021	Var. 2020-2021
Gennaio	2.329	1.244	-47%
Febbraio	1.908	1.460	-23%
Marzo	710	1.579	122%
Aprile	56	1.363	2334%
Maggio	461	1.519	230%
Giugno	882	1.637	86%
Luglio	1.146	1.813	58%
Agosto	1.337	1.818	36%
Settembre	1.460	1.515	4%
Ottobre	1.220	1.579	29%
Novembre	810	1.503	86%
Dicembre	1.274	1.525	20%
Totale	13.593	18.555	37%

Nel grafico sono inserite tutte le prestazioni ambulatoriali effettuate, comprese quelle diagnostiche.



A tutela della salute dei cittadini, nel rispetto delle misure di emergenza legate all'epidemia di COVID 19, le attività ambulatoriali sono state ridotte, privilegiando l'assistenza domiciliare. Si nota come quest'anno rispetto al 2020, le prestazioni hanno avuto un trend costante senza risentire dell'effetto pandemico, con un aumento di circa n. 5000 prestazioni rispetto all'anno scorso. Questo dimostra come la rete si è adattata alla pandemia riportando le prestazioni a livelli pre-COVID.

Le prestazioni domiciliari del personale afferente alla Rete sono state inserite in piattaforma Si.S.Te. dal primo febbraio del 2018. Il numero di prestazioni effettuate nel 2021 è di n. 4.475 ad esse vanno

aggiunte le consulenze chirurgiche domiciliari di quest'anno che sono n. 1.387 (1.229 nel 2020), per un totale di 5.862.

Mese	2020	2021	Var. 2020-2021
Gennaio	118	86	-27%
Febbraio	139	91	-35%
Marzo	61	110	80%
Aprile	67	131	96%
Maggio	117	125	7%
Giugno	120	98	-18%
Luglio	118	119	1%
Agosto	71	85	20%
Settembre	144	127	-12%
Ottobre	102	152	49%
Novembre	82	145	77%
Dicembre	93	118	27%
Totale	1.232	1.387	13%



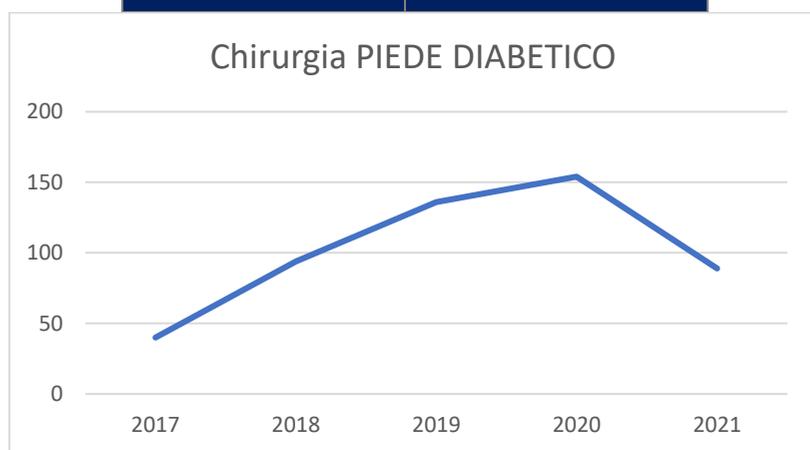
Rispetto al 2020, l'attività chirurgica domiciliare non ha subito alcun calo, ma è andata via via aumentando, con un incremento di circa n. 158 prestazioni rispetto all'anno precedente. Il dato è dovuto alla gestione domiciliare dei pazienti affetti da lesioni cutanee; siamo riusciti, a dispetto dell'allarme pandemico, ad incrementare le prestazioni domiciliari. L'incremento è dovuto da un lato alle richieste pervenute alla rete da parte delle UUOO aziendali, dall'altro da un incremento delle dimissioni protette dagli ospedali aziendali, in particolare con le UOC di Chirurgia, Ortopedia e Medicina D'Urgenza. La necessità di tenere i pazienti al di fuori delle strutture sanitarie ha accelerato, attraverso la RETE ULCERE CUTANEE, la dimissione di quei pazienti affetti da lesioni non bisognevoli di ricovero ospedaliero.

Per quanto riguarda la lista d'attesa delle consulenze domiciliari per pazienti affetti da lesioni da decubito, in seguito alla scadenza del contratto di specialistica ambulatoriale, i tempi di attesa si sono allungati da n. 10 gg a n. 30 gg; con la procedura di reclutamento di nuovi specialisti, già dal mese di luglio era stata portata a livelli accettabili (circa dieci giorni). In totale, annualmente, la Rete Aziendale di Riparazione Tissutale effettua quasi 6000 prestazioni domiciliari, che se considerate nella loro complessità andrebbero almeno triplicate di numero, poiché non è pensabile equiparare una medicazione a Pressione Negativa ad una medicazione tradizionale semplice o complessa, sia per la specificità della prestazione sia perché viene effettuata da personale con formazione decennale.

Dal 2017, su specifica indicazione della Direzione Strategica Aziendale, è iniziata presso il Presidio Ospedaliero di Sorrento una proficua collaborazione tra la rete aziendale di riparazione tissutale e la UOC di Chirurgia Generale. Da questa collaborazione ha preso vita il Polo Ospedaliero Aziendale di Medicina e Chirurgia Rigenerativa; con l'obiettivo di accorpate e organizzare tutte le attività riconducibili alla Medicina e Chirurgia Rigenerativa svolte da professionisti operanti nelle specialità di Chirurgia, Ortopedia, Vulnologia e Cura del Piede Diabetico. A tale scopo sono state allocate presso il P.O. nuove e costose apparecchiature, tecnologicamente all'avanguardia, che hanno permesso l'effettuazione di 480 interventi su pazienti affetti da ferite difficili ed in particolare sul Piede Diabetico, riducendo significativamente i tempi di guarigione delle ferite e il numero di amputazioni.

La necessità di dare a questi pazienti un percorso di accesso alle cure, urgente ed appropriato, ha portato all'approvazione di un PDTA AZIENDALE nel 2019. Il PDTA è stato approvato con delibera del Direttore Generale (N. 664 del Luglio 2019): *"Percorso integrato di cura del paziente con lesioni difficili suscettibili di trattamento con chirurgia rigenerativa"*. Il PDTA individua il polo ospedaliero di Sorrento, UOC di Chirurgia, come struttura unica di riferimento. Ovviamente, la recente Pandemia ha influito anche su questa attività; in primo luogo il trasferimento di tutta l'attività di chirurgia rigenerativa presso il P.O. di Vico Equense, ha comportato un allungamento dei tempi legati al cambio di sede e di personale di sala Operatoria, la stessa UO di chirurgia di Vico Equense, non abituata al nostro modello organizzativo ha avuto difficoltà nella gestione dei pazienti, questo, in parte spiega il calo degli interventi.

Anno	N. Interventi chirurgici
II sem 2017	40
2018	94
2019	136
2020	154
2021	89
Totale	513



Dal grafico si evince che il 2021 è stato caratterizzato da una diminuzione del numero di interventi, attestatosi ad un livello inferiore a quelli effettuati nel 2018.

Per quanto riguarda la collaborazione con strutture aziendali, vi è stato un apporto delle seguenti strutture:

- ❖ Coordinamento farmaceutico con le seguenti attività:
 - messa a disposizione della rete tutti i presidi necessari per la cura dei pazienti affetti da LCC su tutto il territorio aziendale. Grazie all'attivazione di un Armadietto farmaceutico Informatico, per la Rete Ulcere Cutanee (con un centro di costo associato), si può così monitorare il fabbisogno e tenere traccia dei consumi annuali.
 - completamento gare per l'acquisizione di nuove apparecchiature per il prelievo di Cellule Staminali da Midollo Osseo. Grazie a questa collaborazione il RART si configura come una delle poche realtà in ambito nazionale, con la capacità di assistenza dei pazienti affetti da lesioni cutanee e bisognosi di terapia a cellule staminali multipotenti. E' stato possibile effettuare, in questo modo, nel Presidio Ospedaliero di Sorrento oltre 500 interventi chirurgici, nonchè trattare sul territorio (a domicilio) numerosi pazienti affetti da severe

deiscenze chirurgiche, evitando così il prolungarsi della degenza ospedaliera, ai pazienti di essere curati in un setting assistenziale molto più confortevole dal punto di vista affettivo;

- ❖ unità operativa dedicata al controllo di gestione, con l'invio periodico dei report sui consumi, che ha consentito una più facile comprensione dei costi in termine di personale e di consumi, nonché di apporto in termini di prestazioni ad alta specializzazione, prestazioni che altre Aziende Sanitarie non sono in grado di poter erogare;
- ❖ Strutture Ospedaliere dove bisogna evidenziare il rapporto tra la nostra RETE ed il P.O. di Sorrento, in particolare con la UOC di Chirurgia, che ha permesso l'attivazione del PDTA: "Percorso Integrato Di Cura Per Il Paziente Con Ferite Difficili Suscettibili Di Trattamento Con Chirurgia Rigenerativa".

La Rete ha ovviato alla mancata possibilità di adesione a questo percorso ai pazienti che presentano deiscenze cutanee, stabilendo un rapporto diretto con la UOC di Chirurgia del Presidio di Castellammare di Stabia:

- ❖ Unità operativa di chirurgia del PO di Castellammare di Stabia, con le seguenti attività:
 - nell'ambito del "Percorso Integrato Di Cura Per Il Paziente Con Ferite Difficili Suscettibili Di Trattamento Con Chirurgia Rigenerativa", dove non rientrano i pazienti che presentano deiscenze cutanee, in fase post operatoria precoce data la difficoltà di trasferibilità verso la struttura ospedaliera di Sorrento, sono state attivate procedure che hanno consentito di trattare negli ultimi mesi, n 12 pazienti nel P.O. di Castellammare. In questo modo, si sono notevolmente abbreviati i tempi di ospedalizzazione e grazie all'attività territoriale svolta dalla rete, sono state eseguite dimissioni protette stabilendo così una continuità terapeutica Ospedale-Territorio, così come da obiettivi assegnati alla nostra Rete;
 - processo riorganizzativo della RETE, che meglio si adattasse alle nuove funzioni, in modo da ufficializzare questo tipo di collaborazioni, ed in particolare individuando nella UOC di Chirurgia il riferimento per tutte le procedure complesse di gestione dell'addome aperto mediante terapia a pressione negativa, in collaborazione con il servizio di tale unità. L'obiettivo prioritario è stato quello di definire un percorso clinico-chirurgico che assicuri al paziente affetto da tale patologia, il trattamento più idoneo secondo le raccomandazioni e le linee guida nazionali e internazionali, alla luce delle risorse disponibili. Grazie alla disponibilità della Direzione Sanitaria del P.O. di Castellammare, tale tipo di collaborazione è stata ufficializzata, in particolare è stato creato un percorso specifico che abbrevia notevolmente i tempi di attesa per il trattamento di questi pazienti, evitando inutili trasferimenti e applicando in pieno la continuità assistenziale ospedale territorio specifica della unità;

- ❖ in collaborazione con la U.O.C. di Medicina Generale ed AFO per la Campagna di prevenzione gratuita dell'ASL NA 3 SUD "Pienz' a Salute e Puort' n'amico". In seguito allo screening dermatologico ed in collaborazione con quest'ultima, sono stati effettuati n.79 interventi di cui:

Attività	Valore
Carcinomi basocellulari	25
Nevi displastici	19
Melanomi	14
Carcinomi spinocellulari	2
Granuloma piogenico	2
Cheratosi attinica	2
Allargamenti melanomi in situ	14
Spitz atipico	1
Totale	79

- ❖ Unità Operativa di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale per il trattamento di ulcere a ritardata guarigione è stato prospettato l'impiego di metodiche avanzate come gli emocomponenti ad uso non trasfusionale, per cui la Rete ha avviato un rapporto di collaborazione con la UOC di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale. L'obiettivo prioritario è stato quello di definire un percorso clinico che assicuri al paziente il trattamento più idoneo secondo le raccomandazioni e le linee guida nazionali e internazionali alla luce delle risorse disponibili. A tale proposito si fa presente che la rete ha fornito ai colleghi della UOC di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale il supporto clinico e logistico per il trattamento dei pazienti;
- ❖ Unità Operativa di Acquisizione Beni e Servizi, che ha fornito un notevole contributo allo sviluppo della Rete Aziendale di Riparazione Tissutale, mettendo in essere tutte le procedure per l'acquisto del corredo tecnologico del quale il RART è dotato. Nel prossimo futuro sono previste nuove implementazioni tecnologiche che faranno del RART punto di riferimento Campano per la Medicina e Chirurgia Rigenerativa;
- ❖ Direzione Sanitaria aziendale, attraverso l'analisi dei dati prodotti dalla nostra unità che consente ricavare sempre più informazioni, necessarie al monitoraggio delle attività e al miglioramento funzionale della RETE;
- ❖ Unità Operativa Risk Management, dove è in corso la pianificazione per individuare i principali strumenti della gestione del rischio clinico, al fine di garantire la sicurezza delle cure (come previsto dalla legge n°24 de 2017)per la revisione dei processi organizzativi già attuati e per una eventuale reingegnerizzazione di quelli critici;

- ❖ CED-CUP per poter ampliare l'offering del CCT di Gragnano che al momento eroga le seguenti prestazioni:
 - Offering CUP di Gragnano, con le seguenti attività:

Codice	Prestazione
89.700.018	VISITA CHIRURGICA
89.010.020	VISITA CHIRURGICA CONTROLLO
86.110.001	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO
86.220.001	RIMOZIONE ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE IN CHIRURGIA GENERALE
86.280.001	RIMOZIONE NON ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE
93.561.001	FASCIATURA SEMPLICE
93.563.001	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI GAMBA-PIEDE DX
93.563.002	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI GAMBA-PIEDE SX
93.564.001	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO
96.590.008	MEDICAZIONE DI ULCERE ARTO INFERIORE
96.590.001	ALTRA IRRIGAZIONE DI FERITA
88.772.004	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA ARTERIOSO ARTI INF (A RIPOSO)
88.772.025	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA VENOSO ARTI INF (A RIPOSO)
93.397.001	ELETTROTHERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI DI ALTRI DISTRETTI (8)
88.762.001	ECOGRAFIA DI GROSSI VASI ADDOMINALI AORTA ADDOMINALE
88.735.001	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI A RIPOSO
88.772.019	ECO(COLOR)DOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI A RIPOSO IN ANGIOLOGIA

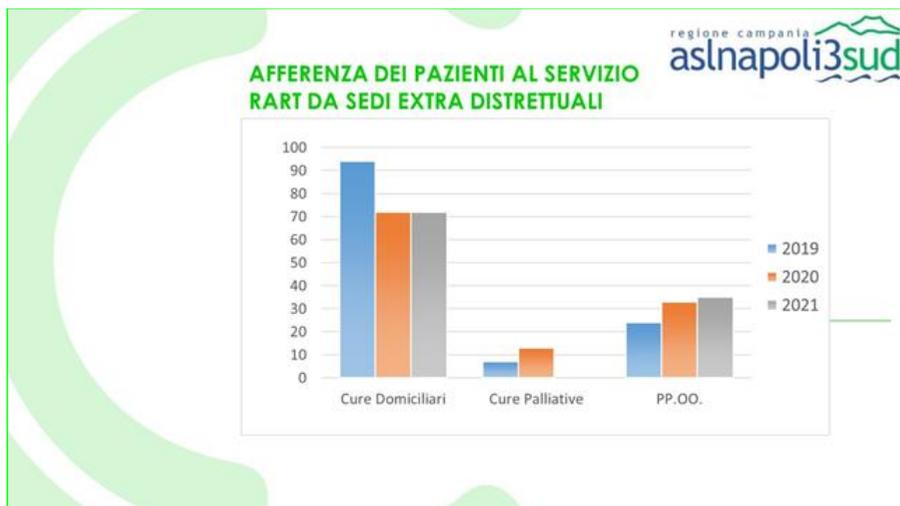
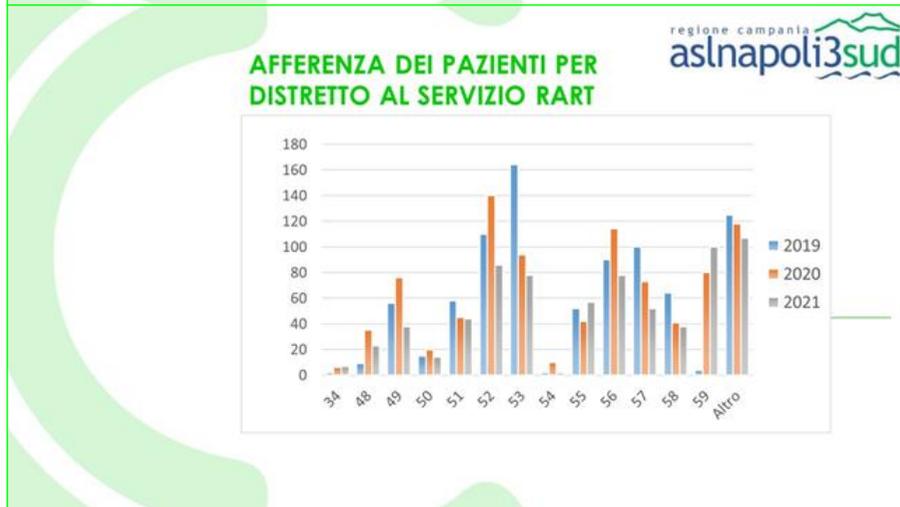
- ❖ già dal 2018, l'offerta diagnostica si è arricchita di due nuove prestazioni:
 - ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA dei Tronchi Sovraortici, ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA dell'Aorta addominale e consulenze domiciliari per i pazienti affetti da lesioni cutanee di seguito riportate:

ATTIVITA'	2020	2021	Totale
Ecocolordoppler	36		36
Visite Ambulatoriali	790	262	1.052
Visite domiciliari	280	130	410
Ecocolor TSA		144	144
Ecocolor A.I.		250	250
Totale	1106	786	1892

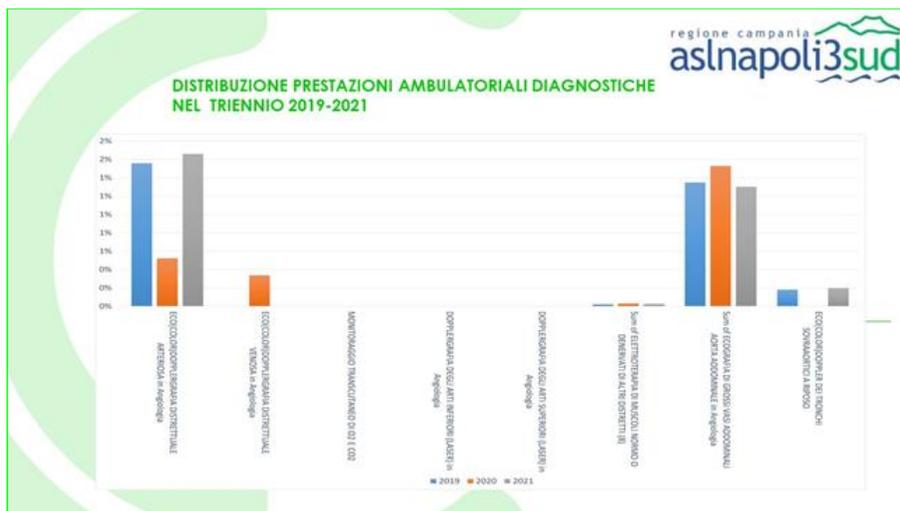
Come si può notare dalle tabelle, l'attività clinica non è diminuita in emergenza COVID 19, anzi a fronte della chiusura degli ambulatori, e quindi della diminuzione delle consulenze ambulatoriali, sono state incrementate le prestazioni domiciliari, così come si è verificato per tutta la rete, raggiungendo numeri, superiori a quelli ottenuti nel 2020.

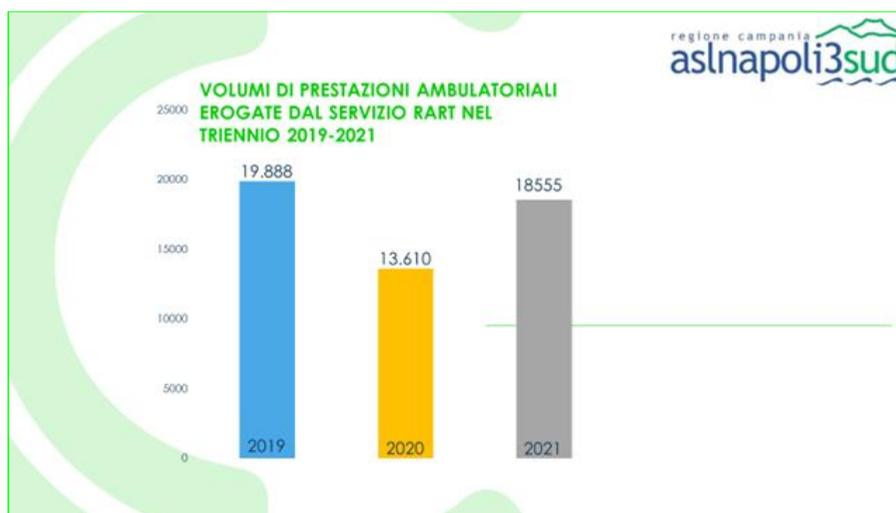
Nell'ambito delle attività di studio e ricerca, è stato approvato da parte del Comitato Etico il parere su uno Studio Multicentrico Internazionale dal titolo "Prospective controlled randomized single-blinded premarket multi-centre study on the performance of HM242 solution vs comparator in patients under condition of venous leg ulcer." che vede coinvolta l'unità insieme ad altri centri Europei, con i primi tre pazienti sono stati appena arruolati.

Nell'ambito della progettazione formativa per l'anno 2021/2022, in collaborazione con L'Università degli Studi di Napoli Federico II, è stato attivato per il terzo anno consecutivo il Master di I Livello in: "Lesioni Cutanee vascolari e neurodistrofiche degli arti inferiori nel Paziente Diabetico" che permetterà di ampliare l'offerta formativa al tutto il personale Aziendale". Il master è stato approvato dal MIUR, ha avuto inizio il 25 Ottobre 2021, le lezioni teoriche si sono svolte sia presso l'università Federico Secondo sia presso il P.O. di Gragnano, mentre la parte pratica è stata svolta esclusivamente presso la rete aziendale di riparazione tissutale. La graduatoria degli ammessi è stata pubblicata sul sito dell'Università; per i primi 15 partecipanti di provenienza aziendale, è previsto (nota del Direttore Sanitario Aziendale) il finanziamento del 50% dell'importo per l'iscrizione al master. In collaborazione con il Servizio Formazione e Sviluppo Risorse Umane diretto dalla Dott.ssa Rosaria Comito si è tenuto in data 16/17 Dicembre 2021 presso l'Hotel Hilton di Sorrento, un evento multidisciplinare con un momento formativo su specifiche procedure indirizzate esclusivamente a personale specialistico impiegato nella cura delle LCC che ha visto la presenza di relatori di rilevanza nazionale, diretto a tutto il personale aziendale ed è stata un'occasione per fare il punto sullo stato della Rete Ulcere Cutanee e sugli sviluppi futuri. La Rete, oltre la gestione completa del trattamento delle LCC, si propone sempre, grazie alla formazione/informazione continua e alla diffusione di protocolli con relativi monitoraggi di appropriatezza di utilizzo, di migliorare il risultato della gestione economica prevenendo quanto più possibile LCC.









Le Risorse Umane

Nel corso dell'anno 2021, ovvero dal 1° gennaio al 31 dicembre, il personale in servizio presso l'ASL Napoli 3 Sud è stato di n. 6.041 unità effettive. Nelle tabelle riportate di seguito si rappresenta il totale delle unità di personale, in servizio nell'anno 2021, dettagliate per figura professionale aziendale. E' necessario precisare che il totale delle figure professionali aziendali per l'anno 2021 corrisponde a n. 6.044 in quanto, per n. 3 matricole, si registra un cambio di figura professionale nel corso dello stesso. Pertanto, il dettaglio informativo che si vuole presentare in questo contesto è esattamente correlato alle unità di personale in forze presso l'ASL Napoli 3 Sud, in funzione della figura professionale da ciascuno posseduta da cui sono dipesi i costi rilevati nell'esercizio 2021.

Ruolo	2020 N. Risorse	2021 N. Risorse	Δ 2020-2021
Direttore aziendale	3	3	0%
Sanitario	3.715	4.312	16%
Professionale	32	29	-9%
Tecnico	729	1.179	62%
Amministrativo	544	521	-4%
Totale	5.023	6.044	20%

I dati riportati in questa sezione sono riferiti al personale dipendente e sono ottenuti dalle informazioni riportate nelle tabelle del DCA 53/2019, ovvero A-B-C-E, il cui contenuto è specificato nella normativa richiamata. Il conteggio così rappresentato considera il totale del personale dipendente che ha prestato servizio presso l'ASL Napoli 3 Sud nel corso dell'anno 2021, sia pur per quota parte di esso. Si evidenzia, invece, che i dati riportati nel Conto Annuale 2021 si riferiscono alle sole unità di personale in servizio alla data del 31/12/2020, corrispondenti a n. xxx unità previste nella Tabella 1.

Per il Ruolo Sanitario, le figure in servizio per l'anno 2021 sono state:

Figura professionale		N.
SCCCIA01	Assistente sanitario	2
SCCCIA03	Dietista	2
SCCCIA05	Ostetrica	79
SCCCII01	Infermiere	2.229

Figura professionale		N.
SCCII03	Infermiere generico	7
SCCII04	Infermiere pediatrico	109
SCCDRR01	Educatore professionale	7
SCCDRR03	Fisioterapista	39
SCCDRR04	Logopedista	2
SCCDRR05	Massaggiatore	2
SCCDRR07	Ortottista – assistente di oftalmologia	3
SCCDRR08	Tecnico audiometrista	1
SCCDRR09	Tecnico audioprotesista	2
SCCEAT04	Puericultrice	33
SCCEAT06	Tecnico di neurofisiopatologia	7
SCCETD01	Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	120
SCCETD02	Tecnico sanitario di radiologia medica	115
SCCFTP01	Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	67
SDDAMA02	Veterinario	108
SDDAMM01	Medico	1.216
SDDBAA01	Psicologo	42
SDDBAA02	Biologo	57
SDDBAA03	Chimico	4
SDDBAF01	Farmacista	59
Totale		4.312

Per il Ruolo Professionale, le figure in servizio per l'anno 2021 sono state

Figura professionale		N.
TCCMTA01	Assistente tecnico	15
TCCMTA02	Programmatore	7
TCCMTA03	Ausiliario specializzato	2
TCCMTA04	Collaboratore tecnico	13
TCCMTA05	Operatore tecnico	562
TCCMTS01	Assistente sociale	60

Figura professionale		N.
TCCMTT01	Operatore socio sanitario	506
TCCMTT02	Operatore tecnico addetto all'assistenza	1
TDDLDT02	Statistico	1
TDDLDT03	Sociologo	12
Totale		1.179

Per il Ruolo Tecnico, le figure in servizio per l'anno 2021 sono state:

Figura professionale		N.
PCCIPC01	Assistente religioso	7
PDDHPD01	Avvocato	15
PDDHPD02	Ingegnere	7
Totale		29

Per il Ruolo Amministrativo, le figure in servizio per l'anno 2021 sono state:

Figura professionale		N.
ACCOAC01	Assistente amministrativo	212
ACCOAC02	Commesso	2
ACCOAC03	Coadiutore amministrativo	172
ACCOAC04	Collaboratore amministrativo	107
ADDNAD01	Dirigenti amministrativi	28
Totale		521

Il territorio dell'Asl Napoli 3 Sud è suddiviso in 13 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;

Nel territorio sono presenti strutture pubbliche e private accreditate di seguito indicate, 655 medici di base e 148 pediatri di libera scelta., come di seguito esplicitati

DSS	2020			2021			2020-2021
	MMG	PLS	Totale	MMG	PLS	Totale	
34 Portici	32	6	38	33	7	40	5%
48 Marigliano	61	15	76	69	16	85	11%
49 Nola	67	12	79	79	16	95	17%
50 Volla	39	10	49	36	10	46	-7%
51 Pomigliano d'Arco	45	9	54	48	9	57	5%
52 Palma Campania	84	18	102	81	20	101	-1%
53 Castellammare di Stabia	40	9	49	43	10	53	8%
54 San Giorgio a Cremano	33	6	39	39	9	48	19%
55 Ercolano	28	10	38	29	10	39	3%
56 Torre Annunziata	59	14	73	58	15	73	0%
57 Torre del Greco	48	12	60	56	14	70	14%
58 Pompei	68	15	83	70	16	86	3%
59 Sant'Agnello	51	12	63	51	12	63	0%
Totale complessivo	655	148	803	692	164	856	6,60%

Nello specifico, il Distretto Sociosanitario si è occupato di rispondere ai bisogni complessi del cittadino utente ed all'ampliamento dell'area di utenza connotata da cronicità e dal progressivo aggravamento delle condizioni di non autosufficienza, al fine di migliorare la qualità della vita ed evitare il ricorso a forme di ricovero improprie e ridurre il ricorso all'assistenza specialistica privata accreditata.

Relativamente al budget di spesa assegnato al Distretto Sociosanitario, è stata posta la massima attenzione alla appropriatezza delle prescrizioni, in primis per garantire una adeguata risposta al bisogno di salute degli assistiti ed anche per favorire il rientro dal disavanzo che caratterizza il SSR.

La distribuzione delle strutture private accreditate sul territorio dell'ASL Napoli 3 Sud per l'anno 2021, in funzione della produzione clinico-assistenziale offerta e del Distretto Sociosanitario di afferenza, è mostrata nella tabella che segue.

TIPOLOGIA	DSS 34	DSS 48	DSS 49	DSS 50	DSS 51	DSS 52	DSS 53	DSS 54	DSS 55	DSS 56	DSS 57	DSS 58	DSS 59	TOTALE
SPECIALISTICA AMBULATORIALE														
BRANCA A VISITA	2	2			1	2	1	2		2	1	1		14
CARDIOLOGIA	4	1	1		2	2	1	1		2	1	3		18
DIABETOLOGIA	1		1				1			1				4
DIALISI	1	2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	2	1	20
FKT		2	6	2		3	2	2		2	3	4	1	27
LABORATORIO*	3	2	5	2	1	8	4	3	2	6	3	7	5	51
NUCLEARE	1											1		2
RADIOLOGIA	4	3	3	1	3	3	4	3	1	4	4	3	1	37
RADIOTERAPIA							1							1
Sub totale	16	12	18	6	9	20	15	12	4	19	14	21	8	174
RIABILITAZIONE														
ANZIANI			1		1		1							3
ASSISTENZA RIABILITATIVA	1	2	3	2		4	2	1	2	1	1	3	2	24
HOSPICE			2											2
SALUTE MENTALE			2			1								3
SUAP		2	1											3
TOSSICODIPENDENZA							1					1	1	3
RSA DISABILI	1	1	6	1		6	2	1	1	1	1	2	1	24
Sub totale	1	4	9	2	1	5	4	1	2	1	1	4	3	62
Totale complessivo	17	16	27	8	10	25	19	13	6	20	15	25	11	236

Relativamente alla produzione specialistica ambulatoriale dell'ASL Napoli 3 Sud, erogata nell'ambito dei Distretti Sociosanitari di riferimento, nell'anno 2021 sono state prodotte n. 647.327 prestazioni, corrispondenti a n. 23 discipline di erogazione, distribuite come segue:

Disciplina di erogazione	N. Prestazioni		Δ 2020-2021
	2020	2021	
CARDIOLOGIA	33.827	54.114	60%
CHIRURGIA GENERALE	343	4.130	1104%
CHIRURGIA PLASTICA	133	6.222	4578%
CHIRURGIA VASCOLARE	2.408	1.640	-32%
DERMOSIFILOPATIA	5.817	15.624	169%
ENDOCRINOLOGIA	1.060	10.356	877%
GASTROENTEROLOGIA	1.128	3.366	198%
LABORATORIO	215.071	247.311	15%
MEDICINA FISICA E RIABIL.	3.161	19.033	502%
MEDICINA LEGALE	1.669	129	-92%
MEDICINA NUCLEARE	7	-	-100%
MEDICINA SPORTIVA	392	-	-100%
NEFROLOGIA	39	7.213	18395%
NEUROLOGIA	14.523	20.755	43%
OCULISTICA	20.747	27.634	33%
ODONTOSTOMATOLOGIA	1.043	1.491	43%
ONCOLOGIA	10	2.152	21420%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.929	34.669	1697%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2.691	5.461	103%
OTORINOLARINGOIATRIA	12.554	22.596	80%
PNEUMOLOGIA	10.722	15.468	44%
PSICHIATRIA	50.270	12.687	-75%
RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	10.798	6.462	-40%
UROLOGIA	327	10.702	3173%
ALTRO	245.802	118.112	-52%
Totale	636.471	647.327	2%

Si precisa che le prestazioni di laboratorio, per le quali i prelievi sono stati eseguiti presso i Punti Prelievo presenti nei territori di competenza dei vari Distretti Sociosanitari, mentre le analisi sono eseguite presso i laboratori ospedalieri aziendali, per l'anno 2021, sono state considerate – e quindi computate – nella produzione territoriale di ciascun DSS.

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).

Alla luce delle forti preoccupazioni per i livelli allarmanti di diffusione e gravità del virus COVID-19, delle misure disposte dalla Regione per la prevenzione e la gestione dell'emergenza epidemiologica sia nel governo ospedaliero che in quello territoriale, l'ASL Napoli 3 Sud ha agito prontamente.

Già nel corso del 2020, allo scopo di fronteggiare l'emergenza sanitaria derivante dalla diffusione del COVID-19, è stato istituito il COVID HOSPITAL, con Deliberazione Aziendale n. 221 del 17.03.2020, mediante una conversione delle discipline e dei PL attivi presso il PO di Boscotrecase

Dapprima, è stata prevista l'attivazione dell'unità di crisi aziendale (istituita con Deliberazione Aziendale n. 1067 del 17.12.2019). Successivamente, è stato istituito il nucleo operativo per la gestione dell'emergenza epidemiologica derivante da COVID-19 (con Deliberazione Aziendale n. 167 del 28.02.2020).

La riorganizzazione delle attività ha tratto il suo razionale nel fatto che:

- ❖ nei Pronto Soccorso dei PPOO di Boscotrecase, Castellammare e Torre del Greco vi è stata, nel corso dei primi mesi emergenziali, una importante riduzione negli accessi;
- ❖ il PO di Boscotrecase era già dotato di n. 3 camere operatorie, prontamente utilizzabili ai fini della terapia intensiva, e di n. 2 punti di risveglio;
- ❖ il PO di Boscotrecase era già predisposto per le apparecchiature di ventilazione invasiva nelle n. 5 postazioni UTIC, con appositi monitor multi parametrici;
- ❖ nel PO di Boscotrecase, nei locali del Pronto Soccorso, erano presenti ed ulteriormente realizzabili ambienti per l'isolamento;

il PO di Boscotrecase permetteva, in emergenza, data la struttura ed avendo la disponibilità di ventilatori, di poter allocare ulteriori n. 30 PPLL di sub-intensiva.

L'attività di ricovero dell'anno 2021 delle strutture incidenti sulle ASL Napoli 3 Sud ha registrato un lieve aumento rispetto all'anno 2020, ma il perdurare degli effetti della pandemia da Covid-19 non ha consentito comunque di raggiungere l'atteso rispetto all'anno 2019 (preso come riferimento standard ante Covid).

Strutture ospedaliere	Dimessi								
	2020			2021			Δ 2020-2021		
	RO	DH	TOT.	RO	DH	TOT.	RO	DH	TOT.
OO.RR.	17.997	3.545	21.542	16.544	3.655	20.199	-8%	3%	-6%
Case di Cura	28.985	5.238	34.223	33.062	5.394	38.456	14%	3%	12%
Totale	46.982	8.783	55.765	49.606	9.049	58.655	6%	3%	5%

L'attività di ricovero dell'anno 2021, similmente all'anno 2020, prodotta dalle strutture incidenti sulla ASL Napoli 3 Sud, come noto in tutto il SSN, è stata caratterizzata dall'andamento epidemiologico derivante dalla diffusione del COVID-19. Complessivamente, sono stati erogati n. 58.655 ricoveri con un lieve aumento dei volumi totali di circa il 5%, tutto a carico delle strutture accreditate. I volumi di attività erogati durante l'anno solare mostrano, dunque, una distribuzione di frequenza che ricalca i blocchi delle attività in elezione, decretati a livello regionale quali misure di contenimento della pandemia da COVID-19.

Nell'anno 2020, a seguito della emergenza sanitaria derivante dalla diffusione del COVID-19, l'organizzazione interna dei Presidi Ospedalieri, in termini di discipline di erogazione e posti letto afferenti, ha subito continue modifiche in relazione all'andamento epidemiologico, per garantire un'offerta sanitaria rispondente alla richiesta pandemica sopraggiunta. Nel corso del mese di gennaio 2020, l'ASL Napoli 3 Sud era dotata di n. 668 PP.LL., distribuiti sui n. 5 OORR/PPOO in discipline di media e alta intensità. A seguito dell'emergenza sanitaria, si è reso necessario riconvertire alcuni reparti per accogliere pazienti positivi al COVID-19. La riconversione ha interessato, nel complesso, circa n. 200 PP.LL., resi attivi e funzionanti secondo le ondate pandemiche succedutesi. Nel periodo di maggiore acuzia, quindi, ovvero nel mese di novembre 2020, i Presidi Ospedalieri dell'ASL Napoli 3 Sud hanno garantito un'offerta di posti letto "COVID attivi" pari ad una media di circa n. 200 unità.

Relativamente alle dimissioni ottenute dai regimi di ricovero dell'ASL Napoli 3 Sud, erogati nell'ambito degli Ospedali a gestione diretta nell'anno 2021, si presenta in sintesi la seguente distribuzione:

Reparto	Regime ordinario	Regime day hospital			Totale
		DH	DS	Totale	
Ospedali Riuniti Area Stabiese	5.782	687	505	1.192	6.899
Ospedali Riuniti Penisola Sorrentina	3.850	300	865	1.165	5.417
Ospedali Riuniti Area Nolana	4.798	254	535	789	6.358
PO Maresca Torre del Greco	1.225	266	243	509	1.475
PO S. Anna e SS. Madonna della Neve(Boscotrecase)	889	0	0	0	1.393
Totale complessivo	16.544	1.507	2.148	3.655	20.199

La produzione ospedaliera diretta, durante l'anno 2021, ha raggiunto un volume di n. 20.199 ricoveri (pari a 21.542 nel 2020), con un range per ospedale che oscilla da un minimo di n. 899 per il COVID Hospital di Boscotrecase (pari a 1.393 nel 2020) ad un massimo di n. 6.974 per gli OO.RR. Area Stabiese (pari a 6.899 nel 2020). I Presidi dell'ASL Napoli 3 Sud sono inseriti nella rete territoriale di emergenza. Le discipline presenti sono a media assistenza e conformi a presidi di ASL.

I ricoveri ordinari hanno presentato una degenza media in linea con le discipline eroganti (6,3 gg). I tassi di occupazione dei posti letto non sono particolarmente contratti in quanto la diminuzione della degenza si associa ad una contrazione di offerta di posti letto per conversione in posti letto COVID e percorsi COVID. Si rileva, comunque, una prossima saturazione delle discipline di emergenza. Il peso medio per presidio è di poco superiore all'unità, ad eccezione del presidio della Penisola Sorrentina dove è di poco inferiore.

I ricoveri in day hospital, analizzando i periodi in cui ne è stata consentita l'erogazione, sono stati attivati per tutte le discipline a media assistenza. Si è registrata una particolare contrazione per le branche chirurgiche rispetto ai valori attesi. Il peso medio dei DH è stato ovviamente inferiore ai ricoveri ordinari, prediligendo per tale setting assistenziale la bassa complessità. La distribuzione percentuale dei DRG è varia e differente rispetto al periodo ante COVID, nel quale si vedeva una forte tendenza verso l'erogazione di prestazioni di day-surgery. Il COVID Hospital, corrispondente al PO di Boscotrecase, per la sua peculiare gestione dei pazienti affetti da Sars-Cov2, si è differenziato per volumi e case-mix dagli altri presidi, i quali hanno avuto una gestione mista per l'attività di ricovero dei pazienti con positività al COVID durante i picchi della pandemia. Il COVID-Hospital ha visto, in corso d'anno, modificata la sua configurazione originale e, pertanto, ha registrato un numero di ricoveri inferiore al valore atteso, con un case-mix confluyente nell' MDC 04 (malattie e disturbi dell' apparato respiratorio) e un peso superiore all' unità, per ricoveri quasi esclusivamente con DRG di tipo medico.

Relativamente alla produzione specialistica ambulatoriale dell'ASL Napoli 3 Sud, erogata nell'ambito dei Presidi Ospedalieri, nell'anno 2021 sono state prodotte n. 212.210 prestazioni, corrispondenti a n. 26 discipline di erogazione, distribuite come segue:

Disciplina di erogazione	N. Prestazioni anno 2021
ANESTESIA	543
CARDIOLOGIA	6.048
CHIRURGIA GENERALE	26
CHIRURGIA PLASTICA	373
CHIRURGIA VASCOLARE	195
DERMOSIFILOPATIA	439
ENDOCRINOLOGIA	98
GASTROENTEROLOGIA	6.389
LABORATORIO	116.380
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	1.786
MEDICINA LEGALE	23
MEDICINA NUCLEARE	1
NEFROLOGIA	17.532
NEUROLOGIA	2.014
OCULISTICA	2.839
ODONTOSTOMATOLOGIA	287
ONCOLOGIA	22
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.203
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	5.908
OTORINOLARINGOIATRIA	8.074
PNEUMOLOGIA	3.291
PSICHIATRIA	2.783
RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	4.641
RADIOTERAPIA	1
REUMATOLOGIA	1
UROLOGIA	1.130
ALTRO	30.183
Totale	212.210

OO.RR. Area Stabiese

Sintesi delle attività svolte

Il PO di Castellammare, cui è annesso lo Stabilimento Ospedaliero di Gragnano, costituenti insieme gli OORR Area Stabiese, ha operato all'interno dell'ASL Napoli 3 Sud assicurando assistenza e cura ai pazienti nell'ambito di molteplici discipline.

L'Unità operativa del PO di Castellammare che assicura assistenza nella disciplina pediatrica detiene, insieme al PO di Nola (e di fatto ha sempre avuto), il maggior numero di posti letto attivi fra le Pediatrie dell'ASL. Persegue da anni con successo un'impegnativa politica di deospedalizzazione delle attività improprie, anche grazie all'uso intensivo della Osservazione Temporanea, approvata dall'ASL (con n. 2 posti letto). I protocolli di PACC, sono stati approntati e resi operativi. In questo ambito territoriale, l'attività pediatrica ha occupato una sede moderna, che ha garantito un ricovero umanizzato, con ulteriore supporto di sala giochi per i pazienti in età pediatrica. Inoltre, ha ospitato i bambini ricoverati presso le altre UUOCC del PO di Castellammare (ovvero Chirurgia, Ortopedia, Oculistica ed Otorino) ed ha trattenuto a ricovero le malattie infettive, ad eccezione delle meningiti batteriche. Ha gestito i prelievi per l'utenza esterna, in età pediatrica, di afferenza del Laboratorio del PO, ed ha avuto un ruolo centrale nella somministrazione della profilassi con Palivizumab. Questa unità è stata centro per le vaccinazioni a rischio per l'intera ASL Napoli 3 Sud (con riferimento a tutta l'utenza dell'ASL, ovvero anche al di fuori dell'età pediatrica) ed è stata centro di riferimento dell'ASL Napoli 3 Sud per l'infezione TBC di età pediatrica e svolge un'attività molto intensa di PS. Molti dei soggetti che giungono a PS provengono da aree che dovrebbero afferire ad altri ospedali dell'ASL Napoli3sud, o delle ASL vicine (SA1), aumentati dopo la chiusura della Pediatria di Torre del Greco, e dopo la chiusura del P.O. di Scafati. L'attività di triage del PS generale va implementata e per quanto riguarda la fascia pediatrica (fino ai 15 anni compiuti) occorre: accertarsi che i bambini vengano effettivamente valutati prima di essere indirizzati in Pediatria; che i casi trasportati con 118 afferiscano al PS generale e non direttamente in Pediatria; che venga limitato a un massimo di 2 il numero di accompagnatori che giunge in Pediatria per ciascun bambino, sbarrando l'accesso a tutti gli altri e ai bambini accompagnatori; che non venga consentito l'accesso al PO a bambini in visita ai ricoverati di tutti i reparti. L'osservazione temporanea (OT) ha rappresentato uno dei punti di forza della UOC di Pediatria, permettendo la riduzione dei ricoveri inappropriati e la dimissione ponderata dal PS dei casi borderline; alla sua istituzione, però, non è mai seguita la definizione del corrispettivo "valore economico": pur permettendo un notevole risparmio, gli accessi in OT vengono ancora valutati come semplici accessi di PS. I 2 posti letto di OT sono usati intensivamente, con il turnover di 1,65 al giorno per posto letto (la OT ha una durata massima di 8 ore). La Osservazione Breve, peraltro, viene fin dal 2012 definita e sollecitata dalla Regione Campania e sarebbe opportuno che venga anche economicamente definita nella nostra ASL.

Attraverso l'aumento del numero di medici è stato possibile fissare giorni stabiliti per svariate attività ambulatoriali, prenotabili via CUP e Farmacie. La carta dei servizi è stata aggiornata più volte per la pubblicazione sul sito aziendale. I numeri dell'attività ambulatoriale risentono

grandemente dell'attività svolta per il Servizio Epidemiologia e Prevenzione che in alcuni anni ci ha portato a controllare decine o centinaia di bambini per le indagini epidemiologiche per la TBC. Questa attività si è azzerata nel 2021 durante la pandemia Covid.

Il Progetto “Vaccinazione per rosolia e varicella nelle donne sieronegative che partoriscono o abortiscono” è stato attivo, ma ha risentito della bassa segnalazione di casi da parte della Neonatologia e della Ostetricia del Presidio. L’offerta di vaccinare le gravide per influenza e DTP non è stata raccolta.

Variabile produttiva	2020	2021
Ricoveri*	178	247
Ricoveri 0-notti	8	12
Dimessi	187	248
Giornate di degenza	743	863
Degenza media	4.17	3.49
Utilizzo posti letto (%) **		
Utilizzo posti letto (%) ***		
Ricoveri “appoggiati da altri reparti” (notti)	4	12
Posti letto non occupabili per motivi assistenziali o tecnici (ISOLAMENTO/disinfezione/guasti) (notti)	374	1.497
DAY HOSPITAL (giorni)		6
Osservazione Temporanea****	308	313
PRELIEVI per il laboratorio	6	2
Trasferimenti dal Reparto a PO di altre ASL *****	10	11
Trasferimenti ad altre UOC del San Leonardo *****	1	
Erogazione terapia alla dimissione	51	52
Consulenze telefoniche - vaccinazioni a rischio	14	21
Totale	1.884	3.284

* Posti-letto: 10 (8 Ricovero Ordinario + 2 O.T.) + 5 di DH da 1.10.10.

** Ricovero ordinario. Non considerando gli “appoggiati da altri reparti” ed i posti letto non utilizzabili per motivi assistenziali o tecnici.

*** Ricovero ordinario. Considerando gli “appoggiati da altri reparti” ed i posti letto non utilizzabili per motivi assistenziali o tecnici.

**** iniziata ufficialmente. dopo delibera della DS Aziendale dall’ 1.10.07 (2 P.L.).

*****= Santobono, Chirurgia; 1= Santobono, Nefrologia; 3= Santobono, Rianimazione-/Pediatria; 2 = Univ. Federico II, Mal. Infettive Pediatriche; 1= Az. Monaldi, Cardiologia.

Si riporta di seguito la produzione nella disciplina pediatrica da parte del PO di Castellammare per l'anno 2021.

UOC Richiedente		Prestazioni di PS (accessi diretti e O.T.), Consulenze al PS generale e ad altre UOC
Mensilità	Descrizione	Valore
Gennaio		
P.S. (accesso diretto).	Visita Ped.	97 (di cui 18= O.T.)
P.S. GENERALE	Visita Ped.	105
Febbraio		
P.S. (accesso diretto).	Visita Ped.	78 (di cui 11= O.T)
P.S. GENERALE	Visita Ped.	84
Marzo		
P.S. (accesso diretto).	Visita Ped.	82 (di cui 9 = OT)
P.S. GENERALE	Visita Ped.	106
Aprile		
P.S. (accesso diretto).	Visita Ped.	98 (di cui 14= O.T.)
P.S. G GENERALE	Visita Ped.	124
Maggio		
P.S. (accesso diretto).	Visita Ped.	154 (di cui 21= O.T.)
P.S. GENERALE	Visita Ped.	204
Giugno		
P.S. (accesso diretto).	Visita Ped.	215 (di cui 32= OT)
P.S. GENERALE	Visita Ped.	287
Luglio		
P.S. (accesso diretto).	Visita Ped.	256 (di cui 28=OT)
P.S. GENERALE	Visita Ped.	308
Agosto		
P.S. (accesso diretto).	Visita Ped.	314 (di cui 36= OT)
P.S. GENERALE	Visita Ped.	342

UOC Richiedente		Prestazioni di PS (accessi diretti e O.T.), Consulenze al PS generale e ad altre UOC
Settembre		
P.S. (accesso diretto).	Visita Ped.	285 (di cui 25= OT)
P.S. GENERALE	Visita Ped.	325
Ottobre		
P.S. (accesso diretto).	Visita Ped.	408 (di cui 53=OT)
P.S. GENERALE	Visita Ped.	450
Novembre		
P.S. (accesso diretto).	Visita Ped.	584 (di cui 48= OT)
P.S. GENERALE	Visita Ped.	624
Dicembre		
P.S. (accesso diretto).	Visita Ped.	335 (di cui 18= OT)
TOTALE COMPLESSIVO		3.102

Di seguito una rappresentazione dei dati di produzione distinti per mese di riferimento.

Mensilità	Prestazioni ambulatoriali esterne 2021
Gennaio	89 nello specifico:
	58: visita infettivologica
	31: visita pre- Synagis
Febbraio	51 nello specifico
	24: visita infettivologica
	27: visita pre- Synagis
Marzo	27 nello specifico
	4: visita infettivologica
	23: visita pre- Synagis
Aprile	16 nello specifico
	12: visita infettivologica
	4: controlli post ricovero*

Mensilità	Prestazioni ambulatoriali esterne 2021
Maggio	21 nello specifico:
	4: visita infettivologica
	4: controlli post-ricovero*
	12: visita reumatologica
	1: vaccinazione a rischio
Giugno	18 nello specifico:
	2: controlli post-ricovero*
	7: visita infettivologica
	1: visita pediatria generale
	7: visita reumatologica
	1: visita gastroenterologica
Luglio	10 nello specifico
	2: controlli post-ricovero*
	2: visita infettivologica
	2: visita gastroenterologica
	1: visita nutrizione pediatrica
	3 visita reumatologica
Agosto	12 nello specifico
	1: visita pediatria generale
	4: visita infettivologica
	1: visita gastroenterologica
	4: visita nefrologica
	2: visita nutrizione pediatrica
Settembre	21 nello specifico
	5: visita nefrologica
	8: visita infettivologica
	2 visita gastroenterologica
	5: visita reumatologica

Mensilità	Prestazioni ambulatoriali esterne 2021
	1: visita nutrizione clinica
Ottobre	29 nello specifico
	9: controlli post-ricovero*
	2: visita infettivologica
	3: visita gastroenterologica
	7: visita reumatologica
	4: visita nefrologia
	3visita pneumologica
	1:vaccinazione a rischio
Novembre	38 nello specifico
	5: controlli post-ricovero*
	22: visita pre- Synagis
	1: visita nutrizione
	4 visita reumatologica
	1. Vaccinazione a rischio
	2: visita gastroenterologica
	3: visita pneumologica
Dicembre	68 nello specifico
	7: controlli post-ricovero*
	6: visita reumatologica
	6: visita nefrologica
	1 visita gastroenterologica
	1: visita pneumologica
	1: visita diabetologica
	1 visita allergologica
	1: vaccinazione a rischio
	41: visita pre- Synagis
	3: Telemedicina Covid
Totale complessivo	395

Di seguito una rappresentazione delle prestazioni per esterni con riferimento al numero di indagini svolte.

Altre prestazioni per esterni	N. indagini svolte su impegnativa
Prick test	
Gennaio-Dicembre	-
TOTALE	-
Somministrazione Palivizumab	
Gennaio	34 (3 per la TIN)
Febbraio	32 (5 per la TIN)
Marzo	26 (3 per la TIN)
Novembre	30 (8 per la TIN)
Dicembre	45 (4 per la TIN)
TOTALE	167
Challenge alimenti	
Gennaio-Ottobre	-
Novembre	2
Dicembre	
TOTALE	2
Mantoux	
Gennaio	28 ai dipendenti
Febbraio	12 ai dipendenti
Marzo	2 ai dipendenti
Aprile	7 ai dipendenti
Maggio	2 (1 a dipendente)
Giugno	3
Luglio	1
Agosto	1
Settembre	5
Ottobre	1
Novembre	-
Dicembre	1

Altre prestazioni per esterni	N. indagini svolte su impegnativa
TOTALE	63
Breath test	
Gennaio- Dicembre	-
TOTALE	-
Vaccino Rosolia/Varicella a (puerpere) sieronegative	
Gennaio	1
Febbraio	1
Marzo - Dicembre	-
TOTALE	2
Spirometria	
Gennaio- Dicembre	-

Per quanto concerne le attività di ricovero, i ricoveri sono stati tutti da pronto soccorso o per trasferimento; in quanto non vi sono stati ricoveri programmati. L'obiettivo storico della struttura è la deospedalizzazione dei ricoveri inappropriati e/ o evitabili con altre forme assistenziali. Da sempre il tasso fra ricoveri e numero di accessi al PS è assai basso, dopo essere stato per anni il più basso in regione. Questo risultato è stato ottenuto mediante:

- ❖ continua educazione della popolazione affluente;
- ❖ implementazione delle coperture vaccinali;
- ❖ ricorso alla Osservazione Temporanea;
- ❖ dimissioni H24;
- ❖ dimissioni "protette";
- ❖ prescrizioni del primo ciclo di terapia alla farmacia ospedaliera;
- ❖ contatti con i pediatri di famiglia;
- ❖ compilazione nel 100% dei ricoveri di una dimissione completa ed estesa, scritta al pc, e inviabile al medico curante.

I ricoveri avvengono in ambiente umanizzato, stanze climatizzate con TV, uso (regolamentato) della sala giochi. Il vitto viene fornito anche a un genitore.

Nel 2021, come nel 2020, a causa della pandemia Covid 19, i ricoveri sono diminuiti, ma la gestione è diventata più complessa. E' stata identificata, infatti, un'area del reparto con percorso separato per i pazienti positivi o sospetti per Covid, dove sono stati visitati all'accesso del pronto soccorso, trattenuti se necessario in osservazione temporanea e

dimessi o trasferiti presso il Centro Pediatrico Covid della Università Federico II. In questa sede sono stati trattenuti numerosi pazienti "COVID positivi", nei casi di indisponibilità dei posti letto nel centro pediatrico covid della Università Federico II, trattenuti a ricovero fino alla dimissione a domicilio. Si è provveduto autonomamente ai trasferimenti dei positivi Covid con le precauzioni prescritte.

L'anno 2021 è stato anche caratterizzato da una epidemia di infezioni da virus respiratorio sinciziale particolarmente gravi, nonché anticipate per stagionalità rispetto alla norma, la cui assistenza, oltre a risentire della storica carenza nella rete regionale di terapia intensiva pediatrica, è stata complicata anche dalla coesistenza della pandemia Covid. In questa occasione sono stati inviati ai pediatri di famiglia i protocolli specifici per gestire pazienti dimessi precocemente e favorire il turn over dei posti letto occupati dai bambini piccoli con bronchiolite da VRS. In base alle direttive degli Obiettivi Aziendali degli anni precedenti i DH sono stati azzerati con l'eccezione di quelli terapeutici. Nei casi in cui un DH "per motivi sociali" poteva essere una buona ed economica alternativa a un ricovero tradizionale o alla perdita del paziente (extracomunitari, casi sociali), parallelamente, la scomparsa dell'abitudine ai "DH di comodo" compensa ampiamente questo svantaggio. Si è puntato ad un aumento dei DH terapeutici sulla base di un rinforzo delle attività di sub-specialità pediatrica, ottenibile solo con la completezza e la stabilità dell'organico di medici. Negli ultimi mesi del 2021, infatti, una volta raggiunto un organico medico completo, sono iniziati i DH terapeutici.

Gli accessi di PS sono sempre stati numerosissimi, sebbene ridotti per il decremento della popolazione pediatrica e per effetto dell'educazione svolta sulla popolazione da parte di questa struttura. Vi sono stati, inoltre, numerosi turisti, accolti dal primario e da qualche medico in lingua straniera, nonché da tutto il personale addestrato all'uso dei traduttori istantanei installati sui devices personali o sui pc di reparto. Dopo la registrazione/triage in PS gli accessi sono stati gestiti tutti autonomamente fino alla dimissione presso i locali della Pediatria, con l'eccezione dei codici rossi e dei casi francamente chirurgici che vengono gestiti in consulenza presso il PS Generale. Nonostante la collaborazione spesso deficitaria del triage in PS generale abbiamo gestito i soggetti a rischio, o sicuramente Covid positivi, mediante un percorso separato e protetto rispetto ai non Covid. In riferimento agli accessi al PS, gestiti come Osservazione Temporanea, circa il 10% degli accessi è stato gestito in osservazione temporanea per un massimo di n. 8 ore che sfociano in dimissione o ricovero, nelle due stanze dedicate, o a volte in sala giochi. I bambini in Osservazione hanno usufruito del vitto dell'ospedale. L'osservazione temporanea ha rappresentato, infatti, un importante strumento per la deospedalizzazione.

Per quanto riguarda le attività ambulatoriali, il tempo di attesa della prenotazione è minimo. Le visite di: pediatria generale, allergologia, adolescentologia, pneumologia, gastroenterologia, nefrologia, reumatologia, epatologia, disturbi nutrizionali, diabetologia sono state svolte su prenotazione presso CUP o farmacie esterne. Tutte le attività ambulatoriali includono pazienti fino ai 18 anni (solo la nefrologia fino a 15 anni).

Nel corso del 2021 l'ambulatorio di reumatologia ha iniziato la collaborazione con le Università Federico II e Vanvitelli di Napoli e con la UOC cure primarie aziendale, con organizzazione di un ambulatorio svolto insieme a due docenti responsabili dell'attività reumatologica c/o i due poli universitari e con una reumatologia dell'adulto, l'unità ha curato l'ambulatorio "di transizione". Questa attività ha permesso a molti pazienti di essere seguiti presso l'ASL, interrompendo invece il follow up a Napoli. Le visite per obesità sono state, invece, ancora prenotate presso il reparto in base alla disponibilità e alle turnazioni dei medici. Le visite per le vaccinazioni a rischio rientrano in un'attività di secondo livello che viene concordata con i Centri vaccinali invianti. Le visite per la somministrazione di Palivizumab vengono programmate rispetto alle date di nascita, alle somministrazioni di dosi precedenti presso altri centri e secondo la necessità di accorpate questa attività in un numero ridotto di giorni. Il reparto poi svolge per esterni: Mantoux, Spirometria, Challenge alimentare, prick tests, breath test al lattosio e glucosio e le Mantoux richieste dal Medico Competente aziendale per tutti i nuovi assunti.

Dimessi dal regime ordinario e day hospital

Reparto	Regime ordinario	Regime day hospital			Totale
		DH	DS	Totale	
0811 CARDIOLOGIA	301	1	-	1	302
0911 CHIRURGIA GENERALE	496	-	5	5	501
2611 MEDICINA GENERALE	928	2	-	2	930
2621 MEDICINA GENERALE	-	206	-	206	206
2911 NEFROLOGIA	186	78	-	78	264
3111 NIDO	619	-	-	-	619
3211 NEUROLOGIA	339	3	-	3	342
3411 OCULISTICA	4	1	5	6	10
3611 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	258	-	-	-	258
3711 OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.240	40	308	348	1.588
3811 OTORINOLARINGOIATRA;AUDIOLOGIA	37	3	35	38	75
3911 PEDIATRIA	247	2	-	2	249
4311 UROLOGIA	226	-	-	-	226
4911 TERAPIA INTENSIVA, ANESTESIA E RIANIMAZIONE	75	-	-	-	75
4912 TERAPIA INTENSIVA COVID	53	-	-	-	53
5011 UNITA' CORONARICA, UNITA' INTENSIVA CARDIOLOGICA	273	-	-	-	273
5111 ASTANTERIA, ACCETTAZIONE E OSSERVAZIONE	59	-	-	-	59
6211 PATOLOGIA NEONATALE, NEONATOLOGIA	264	-	-	-	264
6421 ONCOLOGIA	-	249	-	249	249
7311 TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	108	-	-	-	108
9451 SUBINTENSIVA COVID	69	-	-	-	69
9611 TERAPIA DEL DOLORE	-	102	152	254	254
Totale complessivo	5.782	687	505	1.192	6.974

Si precisa che, con riferimento alla codifica utilizzata per il Reparto di degenza, il primo carattere del progressivo divisione è così utilizzato:

- ❖ 1 – Stabilimento di Castellammare di Stabia;
- ❖ 2 – Stabilimento di Gragnano.
- ❖ **Stabilimento di Castellammare di Stabia – Produzione specialistica ambulatoriale**

Per lo stabilimento ospedaliero di Castellammare di Stabia, la produzione specialistica ambulatoriale – erogata attraverso l'ambulatorio ospedaliero a gestione diretta presente nello stabilimento – ha interessato n. 12 discipline di erogazione per un totale di n. 32.245 prestazioni, distribuite come evidenziato nella tabella seguente:

Disciplina di erogazione	N. Prestazioni		Δ 2020-2021
	2020	2021	
ANESTESIA	-	51	-
CARDIOLOGIA	988	1.641	66%
DERMOSIFILOPATIA	2	-	-100%
GASTROENTEROLOGIA	1	-	-100%
LABORATORIO	27.149	13.001	-52%
MEDICINA FISICA E RIABIL.	70	-	-100%
NEFROLOGIA	5.997	6.579	10%
NEUROLOGIA	914	1.121	23%
OCULISTICA	89	237	166%
ONCOLOGIA	-	2	-
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	458	459	0%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	3.431	4.460	30%
OTORINOLARINGOIATRIA	505	979	94%
PNEUMOLOGIA	2	8	300%
PSICHIATRIA	424	-	-100%
RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	194	-	-100%
UROLOGIA	1.049	907	-14%
ALTRO	5.692	2.800	-51%
Totale	46.965	32.245	-31%

Nell'ambito di attività di ortotraumatologia, sono state svolte le seguenti linee di attività:

- ❖ n. 571 Prestazioni Ambulatoriali come da Registro Interno, valutando periodo COVID;

- ❖ n. 278 ricoveri in regime ordinario con indicatore di appropriatezza raggiunto valutando periodo Covid, con una disposizione di n.8 posti letto;
- ❖ Prestazioni di PS, vedi numero triage, valutando periodo Covid;
- ❖ n. 245 Interventi, valutando periodo Covid;
- ❖ n. 11 PACC (Attivi dal 1/10/2021) valutando periodo Covid;
- ❖ n. 11 Prestazioni Fisioterapiche presso altri reparti (Richieste Cartacee);
- ❖ n. 50 Consulenze Ortopediche (Richieste cartacee) presso altri reparti.

L'UOC dispone di n. 8 posti letto e sono stati effettuati n. 278 ricoveri in regime ordinario con indicatore di appropriatezza raggiunto valutando periodo COVID.

OO.RR. Penisola Sorrentina

Sintesi delle attività svolte

Il PO di Sorrento, cui è annesso lo Stabilimento Ospedaliero di Vico Equense, , costituenti insieme gli OORR Penisola Sorrentina, ha operato all'interno dell'ASL Napoli 3 Sud assicurando assistenza e cura ai pazienti nell'ambito di molteplici discipline.

Dimessi dal regime ordinario e day hospital

Reparto		Regime ordinario	Regime day hospital			Totale
			DH	DS	Totale	
0811	CARDIOLOGIA	347	-	-	-	347
0911	CHIRURGIA GENERALE	414	9	110	119	533
0921	CHIRURGIA GENERALE	304	56	260	316	620
2621	MEDICINA GENERALE	204	37	-	37	241
3121	NIDO	513	-	-	-	513
3421	OCULISTICA	-	8	71	79	79
3611	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	519	-	-	-	519
3721	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	615	41	391	432	1.047
3821	OTORINOLARINGOIATRIA, AUDIOLOGIA	-	9	33	42	42
3921	PEDIATRIA	105	-	-	-	105
4911	TERAPIA INTENSIVA, ANESTESIA E RIANIMAZIONE	71	-	-	-	71
5011	UNITA' CORONARICA, UNITA' INTENSIVA CARDIOLOGICA	144	-	-	-	144
5111	MEDICINA URGENZA	512	-	-	-	512
5112	ASTANTERIA, ACCETTAZIONE E OSSERVAZIONE COVID	60	-	-	-	60
6411	ONCOLOGIA	-	140	-	140	140
9451	TERAPIA SEMINTENSIVA COVID	42	-	-	-	42
Totale complessivo		3.850	300	865	1.165	5.015

Si precisa che, con riferimento alla codifica utilizzata per il Reparto di degenza, il primo carattere del progressivo divisione è così utilizzato:

- 1 – Stabilimento di Sorrento;
- 2 – Stabilimento di Vico Equense.

Stabilimento di Sorrento – Produzione specialistica ambulatoriale

Per lo stabilimento ospedaliero di Sorrento, la produzione specialistica ambulatoriale – erogata attraverso l'ambulatorio ospedaliero a gestione diretta presente nello stabilimento – ha interessato n. 6 discipline di erogazione per un totale di n. 4.146 prestazioni, distribuite come evidenziato nella tabella seguente:

Disciplina di erogazione	N. Prestazioni		Δ 2020-2021
	2020	2021	
ANESTESIA	-	106	
CARDIOLOGIA	825	1.142	38%
CHIRURGIA GENERALE	6	417	6850%
CHIRURGIA PLASTICA	83	-	-100%
CHIRURGIA VASCOLARE	99	-	-100%
DERMOSIFILOPATIA	7	-	-100%
ENDOCRINOLOGIA	9	-	-100%
GASTROENTEROLOGIA	15	-	-100%
LABORATORIO	2.827	-	-100%
MEDICINA FISICA E RIABIL.	20	-	-100%
NEFROLOGIA	22	-	-100%
NEUROLOGIA	26	-	-100%
ONCOLOGIA	-	456	-
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	66	1.253	1798%
PNEUMOLOGIA	122	-	-100%
PSICHIATRIA	141	-	-100%
RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	1.273	772	-39%
ALTRO	2.009	-	-100%
Totale	7.550	4.146	-45%

Stabilimento di Vico Equense – Produzione specialistica ambulatoriale

Per lo stabilimento ospedaliero di Vico Equense, la produzione specialistica ambulatoriale – erogata attraverso l'ambulatorio ospedaliero a gestione diretta presente nello stabilimento – ha interessato n. 8 discipline di erogazione per un totale di n. 35.791 prestazioni, distribuite come evidenziato nella tabella seguente:

Disciplina di erogazione	N. Prestazioni		Δ 2020-2021
	2020	2021	
ANESTESIA	-	296	-
CARDIOLOGIA	24	-	-100%
CHIRURGIA GENERALE	-	144	-
DERMOSIFILOPATIA	103	-	-100%
ENDOCRINOLOGIA	9	155	1622%
GASTROENTEROLOGIA	15	-	-100%
LABORATORIO	12.924	31.062	140%
MEDICINA LEGALE	22	-	-100%
OCULISTICA	90	81	-10%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	5	-	-100%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.459	2.241	54%
OTORINOLARINGOIATRIA	73	235	222%
PNEUMOLOGIA	148	-	-100%
PSICHIATRIA	794	-	-100%
RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	353	-	-100%
REUMATOLOGIA	1	698	-
ALTRO	2.468	879	-64%
Totale	18.488	35.791	94%

OO.RR Area Nolana

Sintesi delle attività svolte

Il PO di Nola, cui è annesso lo Stabilimento Ospedaliero di Pollena Trocchia, , costituenti insieme gli OORR Area Vesuviana, ha operato all'interno dell'ASL Napoli 3 Sud assicurando assistenza e cura ai pazienti nell'ambito di molteplici discipline.

Dimessi dal regime ordinario e day hospital

Reparto	Regime ordinario	Regime day hospital			Totale
		DH	DS	Totale	
0811 CARDIOLOGIA	891	-	-	-	891
0911 CHIRURGIA GENERALE (COMPR. CHIRURGIA D'URGENZA E ONCOLOGICA)	381	2	90	92	473
0912 BREAST UNIT	6	-	2	2	8
0921 CHIRURGIA	-	3	151	154	154
2611 MEDICINA GENERALE (NON ALTRIMENTI SPEC.)	37	-	-	-	37
2911 NEFROLOGIA	155	3	21	24	179
3111 NiDO, NEONATI SANI	472	-	-	-	472
3211 NEUROLOGIA	256	3	-	3	259
3411 OCULISTICA	-	-	1	1	1
3611 ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA	220	-	-	-	220
3711 OSTETRICIA E GINECOLOGIA	672	10	187	197	869
3811 OTORINOLARINGOIATRIA, AUDIOLOGIA	21	5	32	37	58
3911 PEDIATRIA	299	-	-	-	299
4311 UROLOGIA	69	29	29	58	127
4911 TERAPIA INTENSIVA, ANESTESIA E RIANIMAZIONE	112	-	-	-	112
4912 RIANIMAZIONE COVID	31	-	-	-	31
5011 UNITA' CORONARICA,UNITA' INTENSIVA CARDIOLOGICA	128	-	-	-	128
5111 MEDICINA D'URGENZA	979	-	-	-	979
6421 ONCOLOGIA MEDICA	-	177	-	177	177
9451 SEMI-INTENSIVA COVID	69	-	-	-	69
9621 Terapia de Dolore	-	22	22	44	44
Totale complessivo	4.798	254	535	789	5.587

Si precisa che, con riferimento alla codifica utilizzata per il Reparto di degenza, il primo carattere del progressivo divisione è così utilizzato:

- 1 – Stabilimento di Nola;
- 2 – Stabilimento di Pollena.

Stabilimento di Nola – Produzione specialistica ambulatoriale

Per lo stabilimento ospedaliero di Nola, la produzione specialistica ambulatoriale – erogata attraverso l'ambulatorio ospedaliero a gestione diretta presente nello stabilimento – ha interessato n. 14 discipline di erogazione per un totale di n. 56.340 prestazioni, distribuite come evidenziato nella tabella seguente:

Disciplina di erogazione	N. Prestazioni		Δ 2020-2021
	2020	2021	
ANESTESIA	8	2.446	30475%
CARDIOLOGIA	1.755	2.205	26%
CHIRURGIA GENERALE	4	647	16075%
CHIRURGIA PLASTICA	17	25	47%
CHIRURGIA VASCOLARE	5	-	-100%
GASTROENTEROLOGIA	700	839	20%
LABORATORIO	30.935	35.317	14%
MEDICINA FISICA E RIABIL.	8	-	-100%
NEFROLOGIA	9.174	7.249	-21%
NEUROLOGIA	576	150	-74%
OCULISTICA	32	-	-100%
ONCOLOGIA	12	335	2692%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	46	5	-89%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.018	2.213	117%
OTORINOLARINGOIATRIA	2.762	3.499	27%
PNEUMOLOGIA	2	-	-100%
PSICHIATRIA	186	-	-100%
RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	663	109	-84%
UROLOGIA	81	917	1032%
ALTRO	5.305	384	-93%
Totale	53.289	56.340	6%

Stabilimento di Pollena- Produzione specialistica ambulatoriale

Per lo stabilimento ospedaliero di Pollena, la produzione specialistica ambulatoriale – erogata attraverso l'ambulatorio ospedaliero a gestione diretta presente nello stabilimento – ha interessato n. 13 discipline di erogazione per un totale di n. 93.632 prestazioni, distribuite come evidenziato nella tabella seguente:

Disciplina di erogazione	N. Prestazioni		Δ 2020-2021
	2020	2021	
ANESTESIA	-	2.095	-
CARDIOLOGIA	1.925	2.501	30%
CHIRURGIA GENERALE	14	1.836	13014%
CHIRURGIA PLASTICA	156	-	-100%
CHIRURGIA VASCOLARE	50	-	-100%
ENDOCRINOLOGIA	80	-	-100%
GASTROENTEROLOGIA	3.379	6.222	84%
LABORATORIO	42.437	63.673	50%
MEDICINA FISICA E RIABIL.	912	1.308	43%
MEDICINA LEGALE	1	-	-100%
MEDICINA NUCLEARE	1	-	-100%
NEFROLOGIA	1.097	-	-100%
NEUROLOGIA	365	-	-100%
OCULISTICA	1.779	1.964	10%
ODONTOSTOMATOLOGIA	162	350	116%
ONCOLOGIA	4	1.352	33700%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	326	1.425	337%
OTORINOLARINGOIATRIA	2.724	5.289	94%
PNEUMOLOGIA	2.241	-	-100%
PSICHIATRIA	927	-	-100%
RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	1.917	4.266	123%
UROLOGIA	-	1.351	-
ALTRO	6.168	-	-100%
Totale	66.665	93.632	40%

P.O. Boscotrecase – COVID-Hospital

Sintesi delle attività svolte

Il PO di Boscotrecase, per l'anno 2020, è stato convertito in COVID Hospital ed ha, con attenzione e dedizione, fronteggiato e gestito in prima linea l'emergenza pandemica derivante dalla diffusione del COVID-19.

Dimessi dal regime ordinario e day hospital

Reparto	Regime ordinario	Regime day hospital			Totale
		DH	DS	Totale	
2602 MEDICINA GENERALE (NON ALTRIMENTI SPEC.)	281	-	-	-	281
2603 MEDICINA GENERALE (NON ALTRIMENTI SPEC.)	54	-	-	-	54
4901 TERAPIA INTENSIVA, ANESTESIA E RIANIMAZIONE	92	-	-	-	92
6801 PNEUMOLOGIA, TISIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA COVID	79	-	-	-	79
9426 TERAPIA SEMI-INTENSIVA	82	-	-	-	82
9468 TERAPIA SEMI-INTENSIVA	289	-	-	-	289
9483 TERAPIA SEMI-INTENSIVA	12	-	-	-	12
Totale complessivo	889	0	0	0	889

P.O. Torre del Greco – COVID-Hospital

Sintesi delle attività svolte

Il PO di Torre del Greco ha operato all'interno dell'ASL Napoli 3 Sud assicurando assistenza e cura ai pazienti nell'ambito di molteplici discipline.

Dimessi dal regime ordinario e day hospital

Reparto	Regime ordinario	Regime day hospital			Totale
		DH	DS	Totale	
0901 CHIRURGIA GENERALE	140	20	99	119	259
902 CHIRURGIA GENERALE ONCOLOGICA	10	-	3	3	13
2601 MEDICINA GENERALE	271	-	-	-	271
2602 MEDICINA COVID	131	-	-	-	131
3401 OCULISTICA	10	7	126	133	143
3601 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	389	-	-	-	389
3801 OTORINOLARINGOIATRIA	37	2	15	17	54
4001 PSICHIATRIA	237	-	-	-	237
6401 ONCOLOGIA	-	237	-	237	237
Totale complessivo	1.225	266	243	509	1.734

Presidio Ospedaliero di Torre del Greco - Produzione specialistica ambulatoriale

Per il presidio ospedaliero di Boscotrecase, la produzione specialistica ambulatoriale – erogata attraverso l'ambulatorio ospedaliero a gestione diretta presente nello stabilimento – ha interessato n. 10 discipline di erogazione per un totale di n. 13.974 prestazioni, distribuite come evidenziato nella tabella seguente:

Disciplina di erogazione	N. Prestazioni		Δ 2020-2021
	2020	2021	
CARDIOLOGIA	354	1.561	341%
CHIRURGIA GENERALE	2	21	950%
CHIRURGIA PLASTICA	112	601	437%
CHIRURGIA VASCOLARE	-	328	-
DERMOSIFILOPATIA	154	-	-100%
GASTROENTEROLOGIA	1.842	3.436	87%
LABORATORIO	104	-	-100%
MEDICINA FISICA E RIABIL.	732	935	28%
NEFROLOGIA	16	-	-100%
OCULISTICA	514	1.403	173%
ODONTOSTOMATOLOGIA	125	188	50%
ONCOLOGIA	1	313	31200%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	4	-	-
OTORINOLARINGOIATRIA	1.261	4.212	234%
PNEUMOLOGIA	267	-	-100%
PSICHIATRIA	254	-	-100%
RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	5	-	-100%
RADIOTERAPIA	1	-	-100%
ALTRO	3.133	976	-69%
Totale	8.881	13.974	57%

Nell'Azienda si individuano i seguenti Dipartimenti:

Il Dipartimento di Salute Mentale

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

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

Il 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 DSM è un dipartimento strutturale ed è articolato in n. 9 Unità Operative Complesse (UOC) ed un Servizio di Diagnosi e Cura (SPDC) allocato presso l'Ospedale "Maresca" di Torre Del Greco.

La popolazione servita è pari a n. 1.034.791 abitanti ed è suddivisa nelle varie UOSM secondo la distribuzione riportata nella tabella che segue:

UOSM	Popolazione (al 31/12/2021)
Castellammare di Stabia	146.173,00
Nola	106.532,00
Pollena Cercola	120.260,00
Pomigliano Marigliano	105.953,00
San Giorgio Portici	104.689,00
Sorrento	79.217,00
Terzigno	130.026,00
Torre Annunziata	109.669,00
Torre del Greco Ercolano	132.272,00
Totale	1.034.791,00

Il compito del DSM è di fornire assistenza psichiatrica a tutti i cittadini dell'ASL Napoli 3 Sud.

Le prestazioni fornite sono di seguito riportate:

- ❖ visite;
- ❖ colloqui;
- ❖ relazioni sul caso: prescrizioni e certificazioni;
- ❖ Esami e procedure cliniche;
- ❖ interventi psicoterapeutici individuali, di coppia e di gruppo;
- ❖ interventi psico-socio-riabilitativi-individuali e di gruppo;
- ❖ test psicologici;
- ❖ attività di supporto generale all'utente;
- ❖ predisposizione e/ o revisione programma terapeutico individuale;
- ❖ prestazioni generali di prevenzione primaria;
- ❖ prestazioni generali prevenzione secondaria (patologie correlate);
- ❖ prestazioni riabilitative in regime residenziale e semiresidenziale;
- ❖ partecipazione a commissioni (UVI);
- ❖ attività di coordinamento e/o di rete;
- ❖ riunioni organizzative dipartimentali e/ o a livello di unità operative;

- ❖ attività di supporto agli utenti;
- ❖ attività di filtro e verifica delle prestazioni acquistate da soggetti terzi;
- ❖ accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori;
- ❖ attività di ricovero ospedaliero in regime ordinario.

Nell'ambito di attività clinica territoriale, gli utenti hanno accesso al DSM attraverso un canale diretto non filtrato, il CUP, eccetto che per le prestazioni a fini medico-legali per le quali è necessaria la prenotazione presso i CUP aziendali. Il momento della "prenotazione della visita" è inteso non come la semplice fissazione di una data ma come momento di accoglienza ed analisi dei bisogni per offrire la risposta più appropriata e l'inizio di un percorso terapeutico. Nell'unità operative, questa funzione è svolta da diverse figure professionali. Generalmente se ne occupa l'infermiere, in alcune realtà anche l'assistente sociale. Il cittadino è così affidato ad uno psichiatra e/ o ad uno psicologo che nel caso di una "presa in carico", dopo attenta disamina del caso, forma un'équipe multi-professionale per la redazione del Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP).

Nel 2021 il DSM ha erogato prestazioni a n. 13.298 utenti e le prestazioni territoriali sono state pari a n. 109.632. Esse comprendono le prime visite psichiatriche, le visite di controllo, programmi psicoterapici rivolte ai singoli e/o a gruppi di utenti, a coppie, famiglie.

Di seguito si riportano in forma tabellare prestazioni effettuate:

Attività	Valore
Accertamento medico legale	2.980,00
Accertamento sanitario obbligatorio (ASO)	14,00
Colloquio clinico psicologico	2.428,00
Colloquio con familiari	7.646,00
Colloquio con il paziente	29.927,00
Conduzione gruppi di non utenti	6,00
Conduzione gruppi di utenti	6,00
Consulenza (PPOO e reparti)	-
Convalida di TSO	22,00
Definizione/aggiornamento del piano terapeutico	2.318,00
Prelievo ematico	145,00
Prima visita psichiatrica	3.008,00

Attività	Valore
Proposta di ricovero in strutture accreditate	129,00
Proposta di TSO	23,00
Psicoterapia di coppia	46,00
Psicoterapia di gruppo	98,00
Psicoterapia familiare	100,00
Psicoterapia individuale	5.218,00
Riunione sui casi clinici	470,00
Riunioni-incontri incentrati sul singolo caso con case di cura accreditate	132,00
Riunioni-incontri incentrati sul singolo caso con comunità terapeutiche	113,00
Visita psichiatrica di controllo	28.959,00
Valutazioni psicodiagnostiche	834,00
Totale	84.622,00

Nell'ambito di attività clinica di ricovero ospedaliero, il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (d'ora in poi SPDC) del DSM è allocato presso il P.O. Maresca di Torre Del Greco e dispone di n. 10 posti letto. Durante il 2021 sono stati effettuati n. 239 ricoveri (n. 86 TSO e n. 153 TSV). La degenza media dei ricoveri presso il nostro SPDC è pari a n. 11,36 giorni, l'occupazione dei posti letto è stato pari al 74%, dovuta agli effetti della pandemia e della parziale riconversione del PO Maresca in Covid hospital. L'indice di rotazione per posto letto è stato pari a. 23,9. L'intervallo di turn-over, invece è stato pari a 3,9. Il SPDC ha effettuato n. 1.006 consulenze presso il PS ed i reparti del PO. L'ambito di attività riabilitazione psichiatrica costituisce parte fondante dei programmi terapeutici del DSM. I percorsi riabilitativi possono essere realizzati all'interno del DSM e/ o avvalendosi di strutture del privato sociale.

Il DSM è dotato di n. 6 Strutture Residenziali (d'ora in poi SR) e di n. 10 Centri Diurni (d'ora in poi CD). Il privato sociale offre programmi residenziali, semi-residenziali e territoriali. Per ogni utente viene definito il Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP). L'equipe multidisciplinare analizza i bisogni ed individua il programma più appropriato.

Il DSM monitora lo svolgimento dei PTRP a due livelli: in termini di risultati e a livello amministrativo. La continuità terapeutica è un indice di qualità dell'intervento che questo Dipartimento assicura richiedendo che i PTRP di ogni utente siano sottoposti a verifica trimestrale per la valutazione dei risultati raggiunti e per mantenere un livello di appropriatezza più alto possibile. La verifica prevede visite dell'equipe presso la sede di realizzazione del PTRP (es.: SR aziendale, struttura del privato sociale, etc.). Il livello

amministrativo che interessa il privato prevede la verifica del possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente per la struttura a cui verrà affidata l'esecuzione del PTRP ed il completamento degli atti che ne permettono la realizzazione. È stato prodotto un modello unico, in vigore in tutto il DSM, per l'articolazione del PTRP. Le SR del DSM dispongono di n. 80 posti letto, sebbene allo stato attuale essi siano n. 69 per la chiusura temporanea della SR di Sorrento, e svolgono PTRP ad alta intensità assistenziale. Le Strutture Residenziali (SR) del DSM sono state riorganizzate costituendo un unico service aziendale nella gestione dei posti letto con una lista d'attesa unica. La gestione delle stesse e l'organizzazione dei modelli operativi è affidata al personale dell'unità operative in cui sono allocate in rapporto costante con l'équipe dell'unità, da cui proviene l'utente. I criteri di accesso alle SR sono stati formulati da un gruppo di lavoro dipartimentale presieduto dal Direttore del DSM.

I Centri Diurni del DSM forniscono interventi riabilitativi di tipo semiresidenziale. Il panorama delle attività offerte è molto variegato in funzione della formazione e delle attitudini degli operatori dedicati. Tutti gli utenti accolti sono stati inseriti in progetti individuali.

Le prestazioni riabilitative erogate nel corso del 2021 direttamente dal DSM sono riassunte nella tabella che segue:

Attività	Valore
Accompagnamento utenti	151,00
Altro	15.271,00
interventi di risocializzazione con il singolo paziente	928,00
interventi di supporto	736,00
interventi di tipo espressivo con gruppi di pazienti	643,00
interventi di tipo espressivo con singolo paziente	130,00
interventi di tipo risocializzazione con gruppi di pazienti	2.804,00
interventi informativi e psicoeducativi rivolti alla singola famiglia	42,00
interventi informativi rivolti alla singola famiglia	12,00
interventi sulle abilità di base con gruppi di pazienti	514,00
interventi sulle abilità di base con il singolo paziente	244,00
intervento di tipo motorio con singolo paziente	398,00
intervento di tipo motorio con un gruppo di pazienti	253,00
Totale	22.126,00

Il DSM svolge una parte delle sue attività riabilitative acquistando prestazioni di tipo residenziale dal privato sociale. Attualmente gli utenti assistiti in programmi al di fuori del DSM sono stati n. 160 di cui n. 45 in strutture ad alta intensità assistenziale, n. 115 in strutture a bassa intensità assistenziale.

La spesa per queste attività, complessivamente, è stata pari a € 2.680.815,18.

Nella tabella di seguito viene riportato il confronto tra l'anno 2020 e 2021

	2020	2021	Δ 2020-2021
A.I.A			
Utenti	41,00	45,00	9,76%
Giorni	11.187,00	12.224,00	9,27%
Spesa	1.449.621,66	1.494.289,01	3,08%
B.I.A			
Utenti	98,00	115,00	17,35%
Giorni	30.530,00	31.532,00	3,28%
Spesa	1.159.436,06	1.186.526,17	2,34%
Totale spesa	2.609.057,72	2.680.815,18	2,75%

A.I.A. = alta intensità assistenziale, B.I.A. = bassa intensità assistenziale

Nell'ambito di attività di integrazione socio sanitario, il potenziamento della rete assistenziale è stato fortemente sostenuto e lo sviluppo continua tutt'ora. Tutti i progetti ad integrazione sociosanitaria hanno trovato la loro definizione in seno all'Unità di Valutazione Integrata.

Il DSM rappresenta una delle "Porte Uniche di Accesso" e promuove costantemente l'indizione delle UVI al fine di coinvolgere gli Enti Locali e ogni altra agenzia per garantire l'appropriatezza dell'intervento ed il più alto grado di inclusione sociale. Tutti gli utenti, quindi, con bisogni sociosanitari ricevono una valutazione in seno all'UVI.

Le attività erogate sono di seguito riportate:

Attività	Valore
commissione uvi	-
interventi di rete	1.061,00
interventi finalizzati alla risoluzione di problemi amministrativi e sociali	381,00
riunioni-incontri incentrati sul singolo caso con altri enti	104,00
riunioni-incontri incentrati sul singolo caso con istituzioni non sanitarie	52,00
riunioni-incontri incentrati sul singolo caso con medici di medicina generale	16,00
riunioni-incontri incentrati sul singolo caso con servizi sanitari del territorio	85,00
riunioni-incontri incentrati sul singolo caso con servizio sociale del comune	42,00
Totale	1.741,00

Nel 2021, i programmi di riabilitazione nel “mondo reale” che il DSM offre ai cittadini del proprio territorio, affetti da disturbi mentali, sono stati ulteriormente implementati con l’acquisizione di servizi forniti da cooperative sociali. Questo ha permesso di rendere disponibili figure professionali (ad es.: terapisti della riabilitazione psichiatrica) con competenze professionali specifiche ed avanzate nel campo della riabilitazione psichiatrica che integrano le equipe multidisciplinare già attive. Attualmente gli utenti sono circa n. 300. Sono in corso n. 41 progetti sostenuti con budget di salute orientati a percorsi formativi propedeutici all’inserimento lavorativo. Viene sempre perseguito l’obiettivo dell’inclusione lavorativa arruolando gli utenti del DSM come soci lavoratori delle cooperative incluse nell’albo dei cogestori. Nell’ambito della formazione, il DSM attribuisce una valenza strategica alla scelte di elaborare, sostenere e realizzare percorsi di formazione ed aggiornamento professionali destinate al proprio personale, nel rispetto delle linee di indirizzo Nazionali, Regionali ed Aziendali. Le attività formative del DSM, analogamente ad altre annualità, sono state incardinate nei percorsi della “Performance” e, quando possibile, sostenute da iniziative accreditate ECM. Il DSM è inserito, inoltre, nella rete formativa regionale. È sede di tirocinio della Scuola di Specializzazione in Psichiatria dell’Università della Campania “L. Vanvitelli”. Per quest’ultima accoglie anche gli studenti per il tirocinio formativo previsto dal Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica. È sede di tirocinio per la Scuola di Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile e del corso di laurea in Scienze Infermieristiche dell’Università di Napoli “Federico II”. Inoltre il DSM accoglie numerosi tirocinanti pre e post lauream in

Psicologia di varie università e di scuole di specializzazione in Psicoterapia. Per quanto riguarda le attività di programmazione e amministrazione, il DSM è una macrostruttura aziendale dotata di budget e di potere di spesa. Con questa dotazione acquista prestazioni di assistenza psichiatrica dal privato sociale. Il processo prevede la raccolta di tutti i documenti (autorizzazioni, accreditamento, DURC, etc.) per l'inserimento degli utenti e la liquidazione delle fatture.

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.

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 28/05/2020

Esse sono così distinte:

- ✓ Coordinamento Cure Domiciliari
- ✓ Coordinamento Cure Primarie
- ✓ Coordinamento Farmaceutico territoriale
- ✓ Coordinamento Socio Sanitario
- ✓ Coordinamento Materno Infantile

2.4 RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITA'

Nel corso dell'anno 2021, ovvero dal 1° gennaio al 31 dicembre, il personale in servizio presso l'ASL Napoli 3 Sud è stato di n. 6.041 unità effettive.

Nelle tabelle riportate di seguito si rappresenta il totale delle unità di personale, in servizio nell'anno 2021, dettagliate per figura professionale aziendale.

È necessario precisare che il totale delle figure professionali aziendali per l'anno 2021 corrisponde a n. 6.044 in quanto, per n. 3 matricole, si registra un cambio di figura professionale nel corso dello stesso.

Pertanto, il dettaglio informativo che si vuole presentare in questo contesto è esattamente correlato alle unità di personale in forze presso l'ASL Napoli 3 Sud, in funzione della figura professionale da ciascuno posseduta da cui sono dipesi i costi rilevati nell'esercizio 2021.

Ruolo	2020 N. Risorse	2021 N. Risorse	Δ 2020-2021
Direttore aziendale	3	3	0%
Sanitario	3.715	4.312	16%
Professionale	32	29	-9%
Tecnico	729	1.179	62%
Amministrativo	544	521	-4%
Totale	5.023	6.044	20%

I dati riportati in questa sezione sono riferiti al personale dipendente e sono ottenuti dalle informazioni riportate nelle tabelle del DCA 53/2019, ovvero A-B-C-E, il cui contenuto è specificato nella normativa richiamata. Il conteggio così rappresentato considera il totale del personale dipendente che ha prestato servizio presso l'ASL Napoli 3 Sud nel corso dell'anno 2021, sia pur per quota parte di esso.

Per il Ruolo Sanitario, le figure in servizio per l'anno 2021 sono state:

Figura professionale		N.
SCCCIA01	Assistente sanitario	2
SCCCIA03	Dietista	2
SCCCIA05	Ostetrica	79
SCCCII01	Infermiere	2.229
SCCCII03	Infermiere generico	7
SCCCII04	Infermiere pediatrico	109
SCCDRR01	Educatore professionale	7

Figura professionale		N.
SCCDRR03	Fisioterapista	39
SCCDRR04	Logopedista	2
SCCDRR05	Massaggiatore	2
SCCDRR07	Ortottista – assistente di oftalmologia	3
SCCDRR08	Tecnico audiometrista	1
SCCDRR09	Tecnico audioprotesista	2
SCCEAT04	Puericultrice	33
SCCEAT06	Tecnico di neurofisiopatologia	7
SCCETD01	Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	120
SCCETD02	Tecnico sanitario di radiologia medica	115
SCCFTP01	Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	67
SDDAMA02	Veterinario	108
SDDAMM01	Medico	1.216
SddbAA01	Psicologo	42
SddbAA02	Biologo	57
SddbAA03	Chimico	4
SDDBAF01	Farmacista	59
Totale		4.312

Per il Ruolo Professionale, le figure in servizio per l'anno 2021 sono state:

Figura professionale		N.
TCCMTA01	Assistente tecnico	15
TCCMTA02	Programmatore	7
TCCMTA03	Ausiliario specializzato	2
TCCMTA04	Collaboratore tecnico	13
TCCMTA05	Operatore tecnico	562
TCCMTS01	Assistente sociale	60
TCCMTT01	Operatore socio sanitario	506
TCCMTT02	Operatore tecnico addetto all'assistenza	1

Figura professionale		N.
TDDLDT02	Statistico	1
TDDLDT03	Sociologo	12
Totale		1.179

Per il Ruolo Tecnico, le figure in servizio per l'anno 2021 sono state:

Figura professionale		N.
PCCIPC01	Assistente religioso	7
PDDHPD01	Avvocato	15
PDDHPD02	Ingegnere	7
Totale		29

Per il Ruolo Amministrativo, le figure in servizio per l'anno 2021 sono state:

Figura professionale		N.
ACCOAC01	Assistente amministrativo	212
ACCOAC02	Commesso	2
ACCOAC03	Coadiutore amministrativo	172
ACCOAC04	Collaboratore amministrativo	107
ADDNAD01	Dirigenti amministrativi	28
Totale		521

2.5 DATI ECONOMICI

Si rimanda alla DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 177 DEL 04.03.2021, OGGETTO: ADOZIONE DEL BILANCIO PREVENTIVO ECONOMICO ANNO 2021 – RETTIFICA E INTEGRAZIONE DELLA DELIBERA N. 67 DEL 28/01/2021”, nonché alla DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 741 DEL 06.10.2020, OGGETTO: ADOZIONE DEL PROGRAMMA TRIENNALE DEI LAVORI PUBBLICI 2021 – 2023 E DELL’ELENCO ANNUALE RIFERITO ALL’ASERCIZIO 2021, AI SENSI DELL’ART. 21 DEL D.LGS N.50/2016 E S.M.I.”, a essa allegata.

3. ALBERO DELLA PERFORMANCE

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

3.1 LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA

È la funzione con la quale la Direzione Aziendale, nel rispetto dei principi e degli obiettivi del Piano di riorganizzazione, riqualificazione, sviluppo del Servizio Sanitario Regionale e degli obiettivi regionali, definisce gli obiettivi generali aziendali e le strategie per il loro raggiungimento.

3.2 LA PROGRAMMAZIONE OPERATIVA E IL MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI

È il meccanismo attraverso il quale l'Azienda procede al coinvolgimento dei dirigenti nell'assegnazione e negoziazione degli obiettivi per livello di responsabilità interna e procede al loro sistematico monitoraggio al fine di garantirne il raggiungimento.

Il sistema di programmazione operativa e monitoraggio degli obiettivi deve dotarsi di strumenti di supporto tra i quali il sistema di budget, il sistema di contabilità direzionale e il sistema di reporting, sistemi non più rinviabili.

Il sistema di budget è 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.

Il sistema di contabilità direzionale è lo strumento operativo mediante il quale l'Azienda misura e archivia i dati utili a supportare il processo decisionale.

Il sistema di reporting rappresenta lo strumento di rappresentazione e comunicazione periodica delle misure di performance.

3.3 IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

La valutazione annuale della performance, è articolata nei seguenti ambiti specifici:

- Performance Organizzativa
- Performance Individuale

È una valutazione prettamente collegata alla produzione di prestazioni senza analizzare le qualità gestionali e manageriali del dirigente.

Il processo nell'anno 2021 si è svolto secondo le seguenti fasi:

A) Assegnazione degli obiettivi

Il processo ha avuto inizio con l'adozione del "Piano Triennale della performance 2021 - 2023 e del documento di Direttive 2021" (Deliberazione n. 642 del 06.07.2021 e succ. int e mod), che prevedeva ai fini di un'adeguata programmazione, l'assegnazione di obiettivi strategici ed operativi e la definizione degli indicatori per la misurazione e la valutazione delle performance aziendale, organizzativa ed individuale.

Nella predisposizione del sistema degli obiettivi sono stati considerati:

- documenti della programmazione sanitaria regionale

- DCA di specifica competenza
- Atto aziendale approvato con Delibera 375/2017
- Deliberazione n. 642 del 06.07.2021 avente ad oggetto "Adozione del Piano della Performance 2021-2023 – Direttiva Annuale del Direttore Generale per l'anno 2021. Approvazione"

B) Monitoraggio della performance

Anche nel corso dell'anno 2021 lo stato pandemico di cui al Coronavirus SARS-CoV-2 ha determinato un rallentamento nell'affidamento degli obiettivi e delle attività per alcune strutture.

L'attacco hacker di cui è stata oggetto l'ASL Napoli 3 Sud nel gennaio 2022, ha inevitabilmente ritardato l'invio delle Schede Performance 2021 riportanti i risultati degli obiettivi negoziati e quindi affidati.

Per la nomina nel maggio 2022 dell'OIV e individuazione nel giugno 2022 del Presidente e dei Componenti (DELIBERAZIONE N. 442 DEL 19/05/2022 "COSTITUZIONE ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE DELL'ASL NAPOLI 3 SUD - NOMINA COMPONENTI" e con DELIBERAZIONE N. 501 DEL 01/06/2022 "INTEGRAZIONE DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 442 DEL 19/05/2022 -"COSTITUZIONE ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE DELL'ASL NAPOLI 3 SUD - NOMINA COMPONENTI". INDIVIDUAZIONE PRESIDENTE E COMPONENTI OIV"), le valutazioni anno 2021 sono ancora in itinere.

Come pure in fase di ultimazione, le validazioni delle schede di quei dirigenti, mancanti e/o non valutati per gli anni 2017, 2018, 2019 e 2020.

C) Valutazione annuale della performance organizzativa

La misurazione degli obiettivi assegnati è avvenuta sulla base dei dati dei flussi informativi e delle relazioni pervenute dai responsabili di struttura e di progetto.

D) Valutazione annuale della performance individuale

Gli strumenti utilizzati sono stati:

- la "Scheda di negoziazione e valutazione degli obiettivi individuali" per la valutazione della performance individuale del personale del comparto e dei dirigenti e dei responsabili di UOS che è stata condotta dal diretto superiore;
- la "Scheda di valutazione dei comportamenti organizzativi" per l'istruttoria della valutazione dei dirigenti apicali che:
 1. per i responsabili di UOC/UOSD è stata effettuata dal direttore di Dipartimento/Area;
 2. per i direttori di Dipartimento/Area e per le strutture di staff e tecnico amministrative, per le quali non era ancora attiva l'Area, è stata predisposta dalla Direzione.

Si evidenzia che la revisione di eventuali contestazioni è di competenza dell'OIV dopo il ricevimento delle valutazioni individuali.

E) Determinazione valutazione individuale complessiva

Sono in itinere i provvedimenti conclusivi per la determinazione dei premi

F) Rendicontazione a soggetti interni ed esterni

La rendicontazione ai soggetti valutati avviene con la comunicazione delle rispettive valutazioni. La pubblicazione dei documenti è presente sul sito istituzionale, nella sezione dedicata alla Performance e sui rispettivi link aziendali delle UO coinvolte.

A tal proposito si riporta quanto contenuto nel deliberato di cui alla Deliberazione n. 642 del 06.07.2021 avente ad oggetto "Adozione del Piano della Performance 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 obbiettivi 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 obbiettivi 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 afferente, 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 i 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.

In merito all’invio delle schede Performance 2021, il termine 31/01/2022, visto l’attacco hacker non è stato possibile rispettarlo.

Infatti molte schede devono essere ancora inviate e/o oggetto di modifiche per errori.

3.4 OBIETTIVI STRATEGICI ED OBIETTIVI OPERATIVI

In termini di assistenza territoriale l'obiettivo strategico è il rafforzamento dei servizi territoriali, l'integrazione ospedale territorio, lo sviluppo della telemedicina.

Tale proposta di riorganizzazione deve essere 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.

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.

Tale modello di presa in carico e continuità assistenziale per i pazienti cronici è esplicitato nelle linee di azione:

Percorsi Clinico assistenziali (PDTA)

che rappresentano una modalità di gestione dei problemi di salute, basati sulla centralità del paziente, sulla continuità assistenziale, sulla condivisione, sulla integrazione con i percorsi di prevenzione;

In considerazione della difformità del territorio e della presenza delle isole, al fine di garantire e consolidare la continuità di presa in carico e prossimità di cure, postazioni di telemedicina sono state collocate presso strutture ambulatoriali per facilitare l'effettuazione di alcune prestazioni coinvolgendo il MMG, il medico della struttura poliambulatoriale e il medico specialista della struttura di riferimento.

Tale modalità di assistenza permette al paziente e alla sua famiglia di ottenere risposte di prossimità limitando viaggi e spostamenti, incentivandolo a prendersi cura del proprio stato di salute.

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

- ❖ valorizzazione del ruolo dei PAT (Punto di Assistenza Territoriale) che rappresentano nodi della rete,
- ❖ sviluppo dell'integrazione ospedale territorio e dell'integrazione socio sanitaria,
- ❖ potenziamento e miglioramento appropriatezza dell'assistenza domiciliare - RSA - cure palliative, assistenza riabilitativa e protesica,
- ❖ interventi per riduzione tempi d'attesa prestazioni ambulatoriali

Con riferimento alla prevenzione, l'emergenza Covid ha assorbito la maggior parte delle risorse destinate alle varie linee di attività:

- ✚ salute e sicurezza nei luoghi di lavoro
- ✚ igiene e Sanità Pubblica, igiene degli Alimenti e della Nutrizione, sanità Veterinaria
- ✚ promozione della salute e sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche, vaccinazioni, screening

Nell'assistenza ospedaliera, si rappresenta che le azioni previste sono state e saranno fortemente condizionate dal perdurare dell'emergenza Covid:

- decongestionamento dei Pronto soccorso
- miglioramento della gestione del rischio clinico
- ruolo dei Presidi nelle reti regionali emergenza e tempo dipendenti
- 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
- potenziamento dell'appropriatezza prescrittiva e della ricetta dematerializzata
- orientamento delle prestazioni specialistiche ospedaliere verso l'alta diagnostica

- incremento della produzione ospedaliera
- riduzione della mobilità passiva
- efficientamento della gestione dei Presidi Ospedalieri

3.5 RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI

Di seguito si riporta una sintetica descrizione relativamente al posizionamento dell'Azienda rispetto agli obiettivi dell'anno 2021

3.5.1 Risultati Raggiunti: Dati di attività

Al fine di fornire un quadro di riferimento generale sui risultati che l'Azienda ha raggiunto nel corso dell'anno 2021 si riportano alcuni dati di sintesi.

Al fine di dare contezza, ai cittadini dell'ASL Napoli 3 Sud, delle attività messe in atto per raggiungere gli obiettivi aziendali cui alla Deliberazione 642/2021 e gli eventuali scostamenti, si allegano le relazioni predisposte dai singoli Direttori di Dipartimenti Strutturali /Funzionali, Direttori PP.OO., Direttori Distretti Socio Sanitari, Direttori UU.OO.CC. e RR.SS.SS.DD.

Le relazioni allo stato non pervenute e pertanto non allegate alla presente deliberazione, saranno oggetto di successiva integrazione.

Si ricorda che nella Deliberazione n. 642 del 06.07.2021 avente ad oggetto "Adozione del Piano della Performance 2021-2023 – Direttiva Annuale del Direttore Generale per l'anno 2021. Approvazione", che cita testualmente:

...

- **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.**

Per quelle di cui non si è in possesso delle tabelle si rimanda ai link aziendali.

L'attestazione dell'avvenuta pubblicazione sarà a cura dall'U.O.C. Relazione con il Pubblico Trasparenza Tutela e Comunicazione, attestazione funzionale all'invio delle schede Performance 2021 all'OIV per la validazione delle stesse.

3.6 LE RELAZIONI ALLEGATE

3.7 LE SCHEDE RIEPILOGATIVE ATTIVITA' FONDI VINCOLATI

3.8 ULTERIORI ATTIVITÀ

Le prestazioni ed i servizi inclusi nei LEA rappresentano il livello "essenziale" di assistenza garantito a tutti i cittadini da parte del SSR. In ottemperanza alle disposizioni in materia di appropriatezza delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie, in riferimento alla gestione dell'ASL Napoli 3 Sud per l'anno 2021, saranno oggetto di successiva pubblicazione, al completamento della raccolta delle relazioni e delle schede relative alle prestazioni.

N.	Livello di assistenza	Definizione	2018	2019	2020	2021	Obiettivi regionali
1	Prevenzione	1.1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	94,36%	93,44%	92,62%	95,10%	95%
		1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	93,30%	92,33%	91,84%	95,10%	92%
		1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni)	62,2 %	62,12%	63,90%	60,04%	>60% , <75%
2	Prevenzione	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per cervice uterina (score 1) mammella (score 2), colon retto (score 3)	13,30% (score 1) 35% (score 2) 9% (score 3)	17,30% (score 1) 35,80% (score 2) 13,90% (score 3)	7,50% (score 1) 11,20% (score 2) 1,84% (score 3)	25% (score 1) 33,90% (score 2) 15,90%(score 3)	>25% (SCORE 1) >35% (SCORE 2) >25% (SCORE 3)
3	Prevenzione	Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro					
4	Prevenzione e salute nei luoghi di lavoro	Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	5%	5%	1,2%	2,5%	VALORE COMPRESO TRA 2.5 % E 5%
5	Prevenzione	5.1 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza	100%	100%	100%	106,9%	100% controlli e diminuzione del 10% della prevalenza delle aziende se la prevalenza è >0,2% e <0,9% diminuzione del 50% della prevalenza delle aziende se la prevalenza è >1% e <3%

N.	Livello di assistenza	Definizione	2018	2019	2020	2021	Obiettivi regionali
		5.2 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - percentuale di allevamenti controllati per BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina e, per le Regioni di cui all'OM 14/12/2006 e seguenti, il rispetto dei tempi di riconrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi nonché riduzione della prevalenza in tutte le specie	ovini: 100% bovini 100% bufalini 100%	ovini: 100% bovini: 100% bufalini: 100%	ovini: 106,6% bovini: 105,40% bufalini: 114,28%	ovini: 128,7% bovini: 100% bufalini: 100%	garantire almeno un valore ricompreso <99,8% e ≥ 98% di allevamenti controllati per ciascuna delle 4 specie a prevalenza delle aziende <0,2% per ciascuna delle 4 specie oppure >98% di allevamenti controllati per ciascuna delle quattro specie e prevalenza > 0,2%
		5.3 ANAGRAFI ANIMALI - Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina rispetto al 3% previsto dal Regolamento CE 1505/06	100%	100%	105%	129%	VALORE COMPRESO TRA IL 95% E IL 97.9%
6	Prevenzione	6.1 CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE - attuazione del Piano Nazionale per la ricerca di Residui (PNR) di farmaci, sostanze illecite e contaminanti nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale: percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati	100%	100%	98,14%	94,73%	VALORE COMPRESO TRA IL 90% E IL 97.9%
		6.2 CONTROLLO SANITARIO SU ALIMENTI IN FASE DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE: percentuale di campionamenti effettuati sul totale dei programmati, negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95	148,9%	108,25%	98,14%	95%	VALORE COMPRESO TRA <160 E >=120
		6.3 CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE - programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti	100%	100%	97,91%	100%	Garantire almeno ≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM

N.	Livello di assistenza	Definizione	2018	2019	2020	2021	Obiettivi regionali
7	Distrettuale	(Somma ponderata di tassi specifici per alcune condizioni/patologie evitabili in ricovero ordinario: asma pediatrico, complicanze del diabete, scompenso cardiaco, infezioni delle vie urinarie, polmonite batterica nell'anziano, BPCO. (Indice pesato per fasce d'età)) Dimessi dalla nostre strutture di ricovero	Al 31_12_2018 PED: 92 Δ= -20,69% ADULTI: 2122 Δ= -13,70%	Al 31_12_2019 PED: 96 ADULTI:1896	Al 31_12_2020 PED: 9 ADULTI:957		Mantenimento per l'intero mandato del n. ricoveri ordinari anno 2018 (DGR 372/19) Riduzione del 10% dei ricoveri ordinari nel primo anno di mandato (DGR 372/19)
8	Distrettuale domiciliare anziani	Percentuali di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI	(1,90)	(1,90)	(2,99)	(1,88)	Garantire valori almeno ≥1.56 e <1.88
9	Distrettuale residenziale anziani	9.1 Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti	0,59	0,64	0,68		
		9.2 Numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti	0,65	0,79	0,79		
10	Distrettuale disabili	10.1.1 Numero di posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	0,44	0,49	0,62		
		10.1.2 Numero di posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	0,34	0,37	0,29		
		10.2.1 Numero di posti in strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	0,48	0,63	0,61		
		10.2.2 Numero di posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	0,67	0,56	0,72		
11	Distrettuale malati terminali	Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	1,54	1,54			
12	Distrettuale farmaceutica	Percentuale del consumo annuo (espresso in DDD – Dosi Definite Die) dei farmaci appartenenti al PHT	(95,7)	(94,6)	(16,66)		
13	Distrettuale specialistica	Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	4,5%				Continuare a garantire un valore compreso tra 5,10-7,50
14	Distrettuale salute mentale	Numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 residenti	Tasso=16,93 per mille abitanti maggiorenni	Tasso=15,59 per mille abitanti maggiorenni	Tasso=13,57 per mille abitanti maggiorenni	Tasso=13,3 per mille abitanti maggiorenni	Continuare a garantire un valore >=10,82
15	Ospedaliera	15.1 (Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1.000 residenti.) Dimessi dalle nostre strutture di ricovero	Al 31_12_2018= 84192	Al 31_12_2019= 75300	Al 31_12_2020=55711	35,76	

N.	Livello di assistenza	Definizione	2018	2019	2020	2021	Obiettivi regionali
		15.2 (Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti.) Dimessi dalle nostre strutture per ricovero diurno di tipo diagnostico.	Al 31_12_2018= <u>1269</u>	Al 31_12_2019= <u>1304</u>	Al 31_12_2020= <u>325</u>	Al 31_12_2021= <u>98</u>	Mantenimento per l'intero mandato dei ricoveri di tipo diagnostico dell'anno 2018:1134 (DGR 372/19)
		15.3(Tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) per 1.000 residenti). Numero di accessi di tipo medico effettuati dalle nostre strutture di ricovero	Al 31_12_2018= <u>25387</u>	Al 31_12_2019= <u>9739</u>	Al 31_12_2020= <u>17172</u>	Al 31_12_2021= <u>3103</u>	Mantenimento per l'intero mandato dei ricoveri di tipo medico dell'anno 2018:9851 (DGR 372/19)
16	Ospedaliera	Percentuale di ricoveri con DRG medico sul totale dei ricoveri da reparto chirurgico	Al 31_12_2018= <u>18,64</u>	Al 31_12_2019= <u>20,04</u>	Al 31_12_2020= <u>18,82</u>	15,02%	< 25% (DGR 372/19)
17	Ospedaliera	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	Al 31_12_2018= <u>0,22</u>	Al 31_12_2019= <u>0,18</u>	Al 31_12_2020= <u>0,15</u>	Al 31_12_2021= <u>0,13</u>	Garantire un valore <= 0.21 (DGR 372/19)
18	Ospedaliera	Percentuale parti cesarei primari	Al 31_12_2018= <u>32,40</u>	Al 31_12_2019= <u>30,55</u>	Al 31_12_2020= <u>29,98</u>	Al 31_12_2021= <u>29,89</u>	Garantire un valore ricompreso tra 20.01% e 24% (DGR 372/19)
19	Ospedaliera	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	Al 31_12_2018= <u>50.00</u>	Al 31_12_2019= <u>47,48</u>	Al 31_12_2020= <u>51.53</u>	Al 31_12_2021= <u>42,5</u>	Garantire un valore ≥60% (DGR 372/19)
21	Emergenza	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)	8 min. area urbana e 20 min. in extraurbana	8 min. area urbana e 20 min. in extraurbana	8 min. area urbana e 20 min. in extraurbana		3° quartile della distribuzione relativa all'anno di riferimento degli intervalli di tempo tra la ricezione della chiamata da parte della centrale operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul posto.

4 PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA DEL CICLO DELLA PERFORMANCE:

Le criticità emerse nel 2021 sono state correlate principalmente all'emergenza Covid che, come precedentemente evidenziato, ha reso necessario intervenire in corso d'anno con la rimodulazione degli obiettivi in casi sporadici.

Infine, si deve sottolineare che è stato possibile contenere l'evento pandemico da Sars Cov 2 solo grazie alla professionalità, al senso di responsabilità ed abnegazione di tutto il personale di qualsiasi ruolo.

4.1 ANALISI SWOT

L'analisi dei punti di debolezza e delle minacce al cambiamento deve fungere da punto di partenza e stimolo a migliorare la performance nell'anno 2022. L'impegno richiesto per il conseguimento di tali obiettivi necessita di una programmazione di medio e lungo periodo, stante la complessità delle variabili e dei fattori interni ed esterni all'Azienda che incidono concretamente sulla possibilità di ottenere risultati positivi.

Lo scopo fondamentale dell'Azienda e la giustificazione stessa della sua esistenza consistono nel raggiungimento del più elevato livello di risposta alla domanda di salute.

Di seguito si rappresenta una disamina sintetica dei punti di debolezza e minacce al cambiamento, alcuni propri del contesto esterno, altri presenti all'interno dell'organizzazione aziendale:

		ANALISI SWOT	
		Punti di forza	Punti di debolezza
CONTESTO INTERNO		<ul style="list-style-type: none"> • Applicazione di percorsi di qualità clinicoassistenziali 	<ul style="list-style-type: none"> • Insufficiente integrazione ospedale - territorio
		<ul style="list-style-type: none"> • Diffusione della cultura connessa al rischio clinico e alla qualità 	<ul style="list-style-type: none"> • Tempistiche di reclutamento del personale
		<ul style="list-style-type: none"> • Adozione di misure per la razionalizzazione della spesa e la riduzione degli sprechi 	<ul style="list-style-type: none"> • Margini di manovra finanziaria legata ai vincoli di bilancio
		<ul style="list-style-type: none"> • Trasparenza e anticorruzione 	<ul style="list-style-type: none"> • Liste di attesa
		<ul style="list-style-type: none"> • Sviluppo della cultura della programmazione e individuazione di strumenti efficaci per la valutazione della gestione aziendale in base ai risultati e alle evidenze 	<ul style="list-style-type: none"> • Razionalizzazione della spesa farmaceutica
		<ul style="list-style-type: none"> • Percorso attuativo di Certificazione del Bilancio Aziendale 	<ul style="list-style-type: none"> • Razionalizzazione della spesa per dispositivi
			<ul style="list-style-type: none"> • Resistenza al cambiamento culturale ed organizzativo
		Opportunità	Minacce
CONTESTO		<ul style="list-style-type: none"> • Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale; • Sviluppo della tecnologia informatica, a supporto dei processi di regolazione e di governance dei sistemi operativi organizzativo - gestionali 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilità passiva • Invecchiamento della popolazione
			<ul style="list-style-type: none"> • Contesto ambientale relativo a macro

	<ul style="list-style-type: none"> • Valorizzazione delle risorse umane 	insediamenti industriali con conseguente aumento delle patologie legate alle condizioni ambientali
	<ul style="list-style-type: none"> • Sviluppo di una adeguata comunicazione tra l’Azienda e la comunità, in un’ottica di sempre maggiore trasparenza • Sviluppo di una legislazione nazionale e regionale in tema ambientale 	<ul style="list-style-type: none"> • Stato di disagio sociale ed economico di parte della popolazione • Carenza di Medici con specializzazioni adeguate

La pandemia e l’attenta analisi per il cambiamento dell’assistenza sanitaria volta ad una maggiore integrazione ospedale – territorio al fine di ridurre i costi della spesa sanitaria hanno evidenziato la necessità di un rimodellamento dell’azienda, degli aspetti organizzativi e dell’offerta in risposta alla domanda sempre più diversificata, specialistica ed emergenziale.

Le aree di intervento su cui si è intervenuti nell’anno 2021 sono state molteplici con impegno notevole di risorse umane, cliniche e strumentali.

La pandemia ha avuto un impatto considerevole sul sistema sanitario con intensità differenti e, in molti casi – come nel nostro – anche con profonde difformità al suo stesso interno.

L’Azienda ha operato ed opererà nei Presidi ospedalieri e nelle Strutture territoriali secondo logiche uniformi di integrazione dei servizi ospedalieri e territoriali, coordinando la propria attività con quella delle strutture convenzionate dal SSN operanti nel suo territorio al fine di assicurare al cittadino un’estensione non interrotta nel tempo degli obiettivi assistenziali attraverso una linearità di svolgimento degli interventi fra i diversi livelli e ambiti di erogazione delle cure e dell’assistenza, ben tenendo presente tutte le problematiche insorte per l’emergenza Covid.