

DELIBERAZIONE N. 591 DEL 04/07/2022

OGGETTO: **"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

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

**OGGETTO: "PRESA D'ATTO E APPROVAZIONE DELLA RELAZIONE DELLA PERFORMANCE 2021 - ASL NA-
POLI 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

- ❖ ai sensi dell'articolo 10, comma 1 lettera b) del D. Lgs 150/2009 "Attuazione della Legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", è prevista, a carico di questa Azienda, l'obbligo di redigere la "Relazione sulla Performance" che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali, rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione di eventuali scostamenti;
- ❖ con la Delibera Aziendale n. 642 del 06/07/2021, si è approvato il:PIANO DELLA PERFORMANCE ASL NAPOLI3 SUD 2021 – 2023: DIRETTIVA ANNUALE DEL DIRETTORE GENERALE PER L'ANNO 2021. APPROVAZIONE;
- ❖ con la Delibera Aziendale n. 779 DEL 24/08/2021, "PRESA ATTO AFFIDAMENTO OBIETTIVI DI STRUTTURA PERFORMANCE ANNO 2021: UU.OO.CC. DI SUPPORTO DIREZIONE STRATEGICA E UU.OO.CC. GOVERNO TECNICO AMMINISTRATIVO. ADEMPIMENTI DI CUI ALLA DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 642 DEL 06/07/2021 RELATIVA AL "PIANO DELLA PERFORMANCE ASL NAPOLI 3 SUD 2021-

2023: DIRETTIVA ANNUALE DEL DIRETTORE GENERALE PER L'ANNO 2021. APPROVAZIONE". si è provveduto a prendere atto della negoziazione degli obiettivi e affidarli alle UU.OO. interessate;

- ❖ con la Delibera Aziendale n. 830 DEL 03/09/2021 "RETTIFICA ED INTEGRAZIONE DELIBERA 779 DEL 24/08/2021 RELATIVA A "PRESA ATTO AFFIDAMENTO OBIETTIVI DI STRUTTURA PERFORMANCE ANNO 2021: UU.OO.CC. DI SUPPORTO DIREZIONE STRATEGICA E UU.OO.CC. GOVERNO TECNICO AMMINISTRATIVO. ADEMPIMENTI DI CUI ALLA DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 642 DEL 06/07/2021 RELATIVA AL "PIANO DELLA PERFORMANCE ASL NAPOLI 3 SUD 2021- 2023: DIRETTIVA ANNUALE DEL DIRETTORE GENERALE PER L'ANNO 2021. APPROVAZIONE" , si è provveduto ad apportare le modifiche e prendere atto della negoziazione degli obiettivi
- ❖ con la Delibera Aziendale n. 920 DEL 05/10/2021 "PRESA ATTO AFFIDAMENTO OBIETTIVI INDIVIDUALI PERFORMANCE ANNO 2021 DIPARTIMENTO SER.D (DIPARTIMENTO STRUTTURALE) - DIREZIONE SANITARIA. ADEMPIMENTI DI CUI ALLA DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE /GENERALE N. 642 DEL 06/07/2021 RELATIVA AL "PIANO DELLA PERFORMANCE ASL NAPOLI 3 SUD 2021- 2023: DIRETTIVA ANNUALE DEL DIRETTORE GENERALE PER L'ANNO 2021. APPROVAZIONE " , si è provveduto a prendere atto della negoziazione degli obiettivi e affidarli alle UU.OO. interessate
- ❖ con la Delibera Aziendale n. 949 DEL 14/10/2021 "PRESA ATTO AFFIDAMENTO OBIETTIVI INDIVIDUALI PERFORMANCE ANNO 2021 DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE, DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE, P.O. BOSCO TRECASE, OO.RR. PENISOLA SORRENTINA - DIREZIONE SANITARIA. ADEMPIMENTI DI CUI ALLA DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE /GENERALE N. 642 DEL 06/07/2021 RELATIVA AL "PIANO DELLA PERFORMANCE ASL NAPOLI 3 SUD 2021- 2023: DIRETTIVA ANNUALE DEL DIRETTORE GENERALE PER L'ANNO 2021. APPROVAZIONE " , " , si è provveduto a prendere atto della negoziazione degli obiettivi e affidarli alle UU.OO. interessate
- ❖ con la Delibera Aziendale n. 1019 DEL 09/11/2021 "PRESA ATTO AFFIDAMENTO OBIETTIVI INDIVIDUALI PERFORMANCE ANNO 2021 DIPARTIMENTO AREA CRITICA, DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO, DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI, UOC MEDICINA LEGALE VALUTATIVA, UOC SERVIZIO GOVERNO FUNZIONE OSPEDALIERA - DIREZIONE SANITARIA. ADEMPIMENTI DI CUI ALLA DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 642 DEL 06/07/2021 RELATIVA AL "PIANO DELLA PERFORMANCE ASL NAPOLI 3 SUD 2021- 2023: DIRETTIVA ANNUALE DEL DIRETTORE GENERALE PER L'ANNO 2021. APPROVAZIONE " , " , si è provveduto a prendere atto della negoziazione degli obiettivi e affidarli alle UU.OO. interessate
- ❖ con la Delibera Aziendale n. 1135 DEL 21/12/2021 "PRESA D'ATTO ED APPROVAZIONE AFFIDAMENTO OBIETTIVI INDIVIDUALI PERFORMANCE ANNO 2021 DISTRETTI SOCIO SANITARI - INTEGRAZIONE E MODIFICA DELLA DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 949 DEL 14.10.2021 INERENTE LA PRESA D'ATTO AFFIDAMENTO OBIETTIVI INDIVIDUALI PERFORMANCE ANNO 2021 DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE E OO.RR. PENISOLA SORRENTINA, ADEMPIMENTI DI CUI ALLA DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 642 DEL 06/07/2021 RELATIVA AL PIANO DELLA PERFORMANCE ASL NAPOLI 3 SUD 2021- 2023: DIRETTIVA ANNUALE DEL DIRETTORE GENERALE PER L'ANNO 2021", " , si è provveduto a prendere atto della negoziazione degli obiettivi e affidarli alle UU.OO. interessate
- ❖ con la Delibera Aziendale n. 1147 DEL 22/12/2021 "PRESA D'ATTO ED APPROVAZIONE AFFIDAMENTO OBIETTIVI INDIVIDUALI PERFORMANCE ANNO 2021 DELLE STRUTTURE AFFERENTI ALL'AREA SANITARIA ADEMPIMENTI DI CUI ALLA DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 642 DEL 06/07/2021 RELATIVA AL PIANO DELLA PERFORMANCE ASL NAPOLI 3 SUD 2021- 2023: DIRETTIVA ANNUALE DEL DIRETTORE GENERALE PER L'ANNO 2021", " , si è provveduto a prendere atto della negoziazione de-

gli obiettivi e affidarli alle UU.OO. interessate

Visti

- l'articolo 10, comma 1, lettera a), del D.Lgs. 150/2009 – “Ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”, così come modificato dal D.Lgs: n.74/2017, che recita “Al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, le amministrazioni pubbliche... (omissis), redigono il Piano della performance, documento programmatico triennale, che è definito dall’organo di indirizzo politico-amministrativo in collaborazione con i vertici dell’amministrazione e secondo gli indirizzi impartiti dal Dipartimento della funzione pubblica ai sensi dell’art.3, comma 2, e che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi di cui all’articolo 5, comma 01, lettera b)”;
- l’art. 10 del suddetto D. Lgs. comma 1, lettera b), come modificato dal D. Lgs 74/2017, nel quale si dispone che le amministrazioni pubbliche, redigono e pubblicano sul sito istituzionale ogni anno, “entro il 30 giugno, la Relazione annuale sulla performance, che è approvata dall’organo di indirizzo politico amministrativo e validata dall’Organismo di valutazione ai sensi dell’articolo 14 e che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all’anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato”;
- l’articolo 15 del D.Lgs. 150/2009, come modificato dal D. Lgs 74/2017, nel quale vengono definite le responsabilità dell’organo di indirizzo politico-amministrativo ed in particolare il comma 2, lettera b), secondo il quale è l’organo di indirizzo politico-amministrativo che definisce, in collaborazione con i vertici dell’amministrazione, la Relazione sulla Performance; la delibera aziendale n. 94 del 31/01/2020: “Piano della Performance A.S.L Napoli 3 Sud anni 2020 – 2022 – Direttiva annuale del Direttore Generale per l’anno 2020. Approvazione”
- la delibera CIVIT n. 4/2012 concernente le “Linee guida relative alla redazione della Relazione degli OIV sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, comma 4, lettera a, del D.Lgs. n.150 del 2009);
- la delibera CIVIT n. 5/2012 concernente le “Linee guida ai sensi dell’art. 13, comma 6, lettera b) del D. Lgs. n.150/2009 relative alla struttura e alla modalità di redazione della Relazione, di cui all’art. 10, comma 1, lettera b), dello stesso decreto;
- la delibera CIVIT n. 6/2012 concernente le “Linee guida per la validazione da parte degli OIV della Relazione sulla performance (art. 14, comma 4, lettera c, del D.Lgs. n. 150/2009)”;
- la Legge n. 114 del 11.08.2014 di conversione del DL n. 90/2014, con la quale le competenze dell’ ANAC relative alla misurazione e valutazione della performance, di cui agli artt. 7, 8, 9, 10, 12, 13 e 14 del D.lgs n. 150/2009 sono trasferite al Dipartimento della Funzione Pubblica”;
- le Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 3/2018 che forniscono indicazioni in merito alle modalità di redazione della Relazione annuale sulla performance e alle modalità di validazione della stessa da parte degli Organismi Indipendenti di Valutazione;
- ❖ le Linee Guida sopra citate sostituiscono le delibere CIVIT/ANAC n. 5/2012 e n. 6/2012 relativamente ai contenuti e alle modalità di redazione e approvazione della Relazione;

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.,
- ❖ che la Relazione sulla Performance: - costituisce lo strumento mediante cui l'ASL illustra ai cittadini e a tutti gli altri stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel corso dell'anno precedente, concludendo in tal modo il ciclo di gestione della performance;
- ❖ che la Relazione sulla Performance - evidenzia a consuntivo i risultati raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti registrati nel corso dell'anno, indicandone le cause e le eventuali misure correttive adottate;
- ❖ che la Relazione sulla Performance - è ispirata ai principi di trasparenza, immediata intelligibilità, veridicità e verificabilità dei contenuti, partecipazione e coerenza interna ed esterna;
- ❖ **che 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 al momento non è ancora conclusa la fase di validazione delle valutazioni di Prima Istanza della dirigenza da parte dell'OIV, nominato con la 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";
- ❖ che l'ASL Napoli 3 Sud nel gennaio 2022 è stata oggetto di attacco Hacker, problematica ancora in fase di definizione;
- ❖ che con nota prot. 0054408 del 29/06/2022 si è trasmessa l'ipotesi di Relazione Performance 2021;
- ❖ **che 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., allegati al presente atto, sono di diretta responsabilità degli stessi;**
- ❖ **che le successive relazioni che perverranno all'U.O:C. VRU e Performance saranno oggetto di successivo atto deliberativo;**
- ❖ **che i dati forniti dalle strutture aziendali integrati dai dati forniti dalla UOC Controllo di Gestione, consentiranno la predisposizione del documento di aggiornamento della "Griglia LEA 2021", che sarà oggetto di successiva pubblicazione;**

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE di:

- prendere atto e approvare la Relazione della Performance 2021, redatta ai sensi dell'artico-

- lo 10 del D. Lgs 150/2009, comma 1, lettera b), parte integrante e sostanziale del presente atto deliberativo (Allegato 1);
- prendere atto che detta relazione, così come indicato dall'articolo 10 del D. Lgs 150/2009 e come modificato dal D. Lgs 74/2017, necessita di validazione da parte dell'OIV, quale condizione inderogabile per la conclusione del processo performante anno 2021;
 - prendere atto delle relazioni predisposte dai singoli Direttori Dipartimenti Strutturali/Funzionali, Direttori PP.OO., Direttori Distretti Socio Sanitari, Direttori UU.OO.CC. e RR.SS.SS.DD, agli atti della U.O.C. V.R.U e Performance e pubblicata sul sito aziendale in "Amministrazione Trasparente" – Relazioni Performance ;
 - prendere atto delle schede dei progetti da fondi vincolati predisposte dai singoli Responsabili delle linee progettuali, quale parte integrante e sostanziale del presente atto;
 - disporre la predisposizione di successivo atto deliberativo, una volta pervenute le relazioni dei singoli Direttori Dipartimenti Strutturali/Funzionali, Direttori PP.OO., Direttori Distretti Socio Sanitari, Direttori UU.OO.CC. e RR.SS.SS.DD.;
 - disporre la predisposizione di successivo atto deliberativo, una volta pervenute le delle schede dei progetti da fondi vincolati predisposte dai singoli Responsabili delle linee progettuali;
 - di disporre l'invio delle schede performance 2021 all'OIV, per la successiva fase di validazione, solo per i Direttori Dipartimenti Strutturali/Funzionali, Direttori PP.OO., Direttori Distretti Socio Sanitari, Direttori UU.OO.CC. e RR.SS.SS.DD che hanno provveduto l'invio della giusta relazione;
 - dare mandato al Direttore dell'U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance di trasmettere la presente, per quanto di competenza, all'Organismo Indipendente di Valutazione ai sensi dell'Articolo 14, comma 4, lettera c) del D. Lgs 150/2009 e delle Linee Guida Dipartimento Funzione Pubblica 3/2018, ai fini della predisposizione del documento di validazione;
 - dare mandato al Direttore dell'U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance di trasmettere copia della Relazione sulla Performance anno 2021 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";

Il Direttore U.O.C. VALUTAZIONE RISORSE UMANE E PERFORMANCE

**Dr. Ciro Inserra
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 D.G.R.C. n° 372 del 06/08/2019 e del D.P.G.R.C. n° 104 del giorno 08/08/2019

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

Il Direttore Sanitario aziendale
dr. Gaetano D'Onofrio

Il Direttore Amministrativo aziendale
dr. Giuseppe Esposito

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

DELIBERA di:

- prendere atto e approvare la Relazione della Performance 2021, redatta ai sensi dell'articolo 10 del D. Lgs 150/2009, comma 1, lettera b), parte integrante e sostanziale del presente atto deliberativo (Allegato 1);
- prendere atto che detta relazione, così come indicato dall'articolo 10 del D. Lgs 150/2009 e come modificato dal D. Lgs 74/2017, necessita di validazione da parte dell'OIV, quale condizione inderogabile per la conclusione del processo performante anno 2021;
- prendere atto delle relazioni predisposte dai singoli Direttori Dipartimenti Strutturali/Funzionali, Direttori PP.OO., Direttori Distretti Socio Sanitari, Direttori UU.OO.CC. e RR.SS.SS.DD, agli atti della U.O.C. V.R.U e Performance e pubblicata sul sito aziendale in "Amministrazione Trasparente" – Relazioni Performance ;
- prendere atto delle schede dei progetti da fondi vincolati predisposte dai singoli Responsabili delle linee progettuali, quale parte integrante e sostanziale del presente atto;
- disporre la predisposizione di successivo atto deliberativo, una volta pervenute le relazioni dei singoli Direttori Dipartimenti Strutturali/Funzionali, Direttori PP.OO., Direttori Distretti Socio Sanitari, Direttori UU.OO.CC. e RR.SS.SS.DD.;
- disporre la predisposizione di successivo atto deliberativo, una volta pervenute le delle schede dei progetti da fondi vincolati predisposte dai singoli Responsabili delle linee progettuali;
- di disporre l'invio delle schede performance 2021 all'OIV, per la successiva fase di validazione, solo per i Direttori Dipartimenti Strutturali/Funzionali, Direttori PP.OO., Direttori Distretti Socio Sanitari, Direttori UU.OO.CC. e RR.SS.SS.DD che hanno provveduto l'invio della giusta relazione;
- dare mandato al Direttore dell'U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance di trasmettere la presente, per quanto di competenza, all'Organismo Indipendente di Valutazione ai sensi dell'Articolo 14, comma 4, lettera c) del D. Lgs 150/2009 e delle Linee Guida Dipartimento Funzione Pubblica 3/2018, ai fini della predisposizione del documento di validazione;
- dare mandato al Direttore dell'U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance di trasmettere copia della Relazione sulla Performance anno 2021 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";

Il Dirigente proponente sarà responsabile in via esclusiva, dell'esecuzione della presente deliberazione,

che viene resa immediatamente esecutiva, data l'urgenza, curandone tutti i consequenziali adempimenti, nonché quelli di pubblicità e di trasparenza previsti dal D.L.gs 14 marzo 2013 n° 33 e s.m.i.

Il Direttore Generale

Ing. Gennaro Sosto

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



REGIONE CAMPANIA

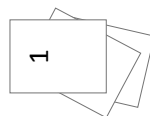
IL Direttore Generale

Ing. Gennaro Sosto

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.



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'

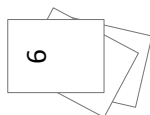
3.6 LE RELAZIONI ALLEGATE

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 adeguarsi 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:

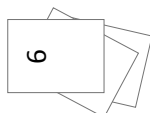


Nella predisposizione della Relazione Performance devono essere presenti almeno i seguenti contenuti:

- ✚ 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.

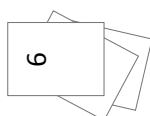
L'Azienda informa la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità; è tenuta al rispetto del vincolo di bilancio attraverso l'equilibrio di costi e ricavi ed agisce mediante atti di diritto privato nel rispetto dei vincoli fissati dall'ordinamento.

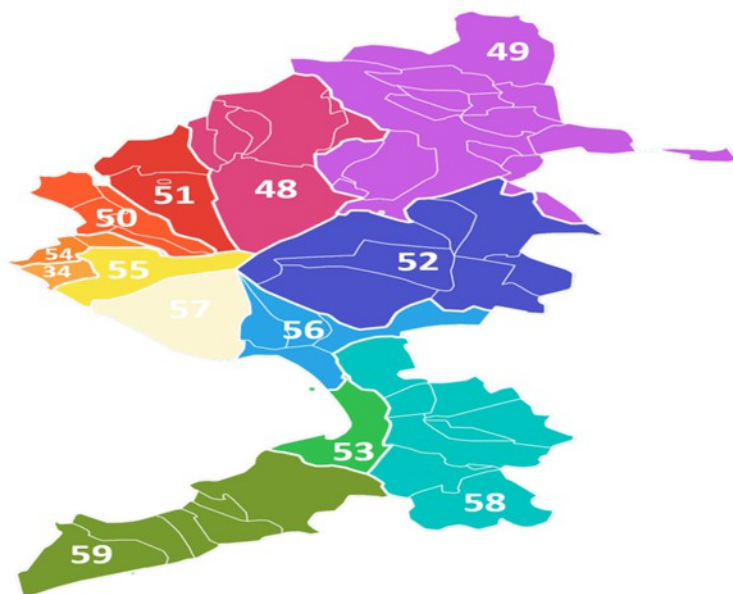
Il logo con cui si identifica l'Azienda è quello di seguito rappresentato:



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.

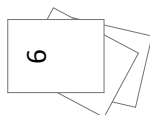
La popolazione assistibile, come rilevato attraverso il portale NSIS, da 1.021.744 del 2020 è passata a 1.053.598 nel 2021.

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.

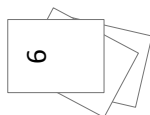
Le esenzioni riconosciute sono:

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.

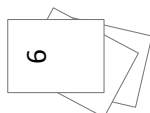
Come già detto, l'offerta dei servizi sull'intero territorio di competenza dell'ASL Napoli 3 Sud è favorita dalla presenza di molteplici Distretti Socio Sanitari. In questo scenario, il Distretto Socio Sanitario si conferma quale centro del sistema dell'Assistenza Territoriale, centro di analisi del 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.



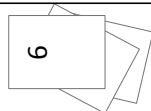
Inoltre, l'offerta aziendale è completata dalla presenza sul territorio dei seguenti dipartimenti:

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

Dati esenzioni anno 2021 esenti e non specialistica ambulatoriale:

Anno 2021	Lordo	Ticket	Quota	Netto-Quota-Sconto	Assi
Esenti - esenzioni combinate					
Donna	5.874.163,36	0,00	100.449,64	5.773.713,72	37.0
Uomo	4.252.758,09	0,00	89.664,98	4.163.093,11	24.1
Totali	10.126.921,45	0,00	190.114,62	9.936.806,83	61.1
ESENZIONE D'INVALIDITA'					
Donna	3.821.715,40	0,00	311.730,95	3.509.984,45	18.2
Uomo	3.383.498,89	0,00	265.505,93	3.117.992,96	16.8
Totali	7.205.214,29	0,00	577.236,88	6.627.977,41	35.1
ESENZIONE PER CONDIZIONE					
Donna	1.022.458,54	1.058,72	142.250,77	879.149,05	18.0
Uomo	144.715,09	1.186,78	1.955,03	141.573,28	520
Totali	1.167.173,63	2.245,50	144.205,80	1.020.722,34	18.5
ESENZIONE PER REDDITO					
Donna	29.273.718,45	2.028.262,70	1.054.413,21	26.191.042,54	153.
Uomo	21.184.415,03	1.144.762,09	948.194,56	19.091.458,38	107.
Totali	50.458.133,48	3.173.024,78	2.002.607,77	45.282.500,92	260.
MALATTIE RARE					
Donna	169.729,21	0,00	16.211,57	153.517,64	1.08
Uomo	89.475,30	0,00	9.045,06	80.430,24	685
Totali	259.204,51	0,00	25.256,63	233.947,88	1.76
PATOLOGIA CRONICA					
Donna	16.570.474,92	0,00	547.368,62	16.023.106,29	40.1
Uomo	21.651.072,12	0,00	406.379,88	21.244.692,24	29.7

Totali	38.221.547,04	0,00	953.748,50	37.267.798,54	69.9
Soggetto non esente					
Donna	952.941,32	261.283,29	58.802,29	632.855,74	6.28
Uomo	737.727,26	179.657,93	43.152,95	514.916,38	4.41
Totali	1.690.668,58	440.941,22	101.955,23	1.147.772,12	10.7
Tipo esenzione non disponibile					
Donna	7.781.787,49	2.446.265,95	458.812,65	4.876.708,88	48.6
Uomo	5.530.171,60	1.553.556,72	319.309,90	3.657.304,98	32.7
Totali	13.311.959,09	3.999.822,67	778.122,56	8.534.013,86	81.3
Totali	122.440.822,07	7.616.034,18	4.773.247,99	110.051.539,91	539
Dati anno 2021 esenti e non - PACC ambulatoriali DAY SERVICE					
Anno 2021	Lordo	Ticket	Quota	Netto-Quota-Sconto	Assi
ESENTI - esenzioni combinate					
Donna	723.909,91	0,00	430,00	723.909,91	746
Uomo	625.673,15	0,00	620,00	625.673,15	642
Totali	1.349.583,06	0,00	1.050,00	1.349.583,06	1.38
ESENZIONE D'INVALIDITA'					
Donna	286.190,11	0,00	1.669,99	286.190,11	282
Uomo	336.883,14	0,00	1.965,00	336.883,14	324
Totali	623.073,25	0,00	3.634,99	623.073,25	606
ESENZIONE PER CONDIZIONE					
Donna	10.019,45	0,00	35,00	10.019,45	12
Uomo	9.597,00	0,00	20,00	9.597,00	9
Totali	19.616,45	0,00	55,00	19.616,45	21
ESENZIONE PER REDDITO					
Donna	4.968.085,10	76.501,29	17.459,99	4.891.583,81	5.03
Uomo	5.020.684,53	69.046,36	19.704,98	4.951.638,17	4.88
Totali	9.988.769,63	145.547,65	37.164,97	9.843.221,98	9.91
MALATTIE RARE					
Donna	2.994,89	0,00	40,00	2.994,89	6
Uomo	2.463,13	0,00	15,00	2.463,13	4

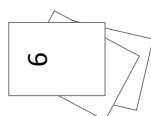


Totali	5.458,02	0,00	55,00	5.458,02	10
PATOLOGIA CRONICA					
Donna	78.472,11	0,00	865,00	78.472,11	111
Uomo	69.462,06	0,00	650,00	69.462,06	89
Totali	147.934,17	0,00	1.515,00	147.934,17	200
Soggetto non esente					
Donna	2.850,00	144,60	40,00	2.705,40	4
Totali	2.850,00	144,60	40,00	2.705,40	4
Tipo esenzione non disponibile					
Donna	2.953.761,08	116.445,93	27.460,00	2.837.315,15	3.01
Uomo	3.086.484,56	116.226,75	28.330,00	2.970.257,81	2.99
Totali	6.040.245,64	232.672,68	55.790,00	5.807.572,96	6.01
Totali	18.177.530,22	378.364,93	99.304,96	17.799.165,29	18.1
Dati anno 2021 esenti e non Termalismo					
Anno 2021	Lordo	Ticket	Quota	Netto-Quota-Sconto	Assi
ESENZIONE D'INVALIDITA'					
Donna	26.711,99	266,60		26.445,39	114
Uomo	163.907,21	2.297,10		161.610,11	769
Totali	190.619,20	2.563,70		188.055,50	883
ESENZIONE PER CONDIZIONE					
Donna	472,56	0,00		472,56	2
Uomo	634,80	0,00		634,80	4
Totali	1.107,36	0,00		1.107,36	6
ESENZIONE PER REDDITO					
Donna	120.038,23	1.850,70		118.187,53	597
Uomo	83.356,26	1.493,40		81.862,86	463
Totali	203.394,49	3.344,10		200.050,39	1.06
PATOLOGIA CRONICA					
Donna	891,48	12,40		879,08	4
Uomo	188,16	6,20		181,96	2
Totali	1.079,64	18,60		1.061,04	6
Tipo esenzione non disponibile					
Donna	80.451,18	22.220,00		58.231,18	403
Uomo	106.291,47	32.560,00		73.731,47	591
Totali	186.742,65	54.780,00		131.962,65	994
Totali	582.943,34	60.706,40	0,00	522.236,94	2.94



Dati anno 2021 esenti e non - erogato CUP					
Anno 2021	Lordo	Ticket	Quota	Netto-Quota-Sconto	Assi
Esenti - esenzioni combinate					
Donna	883.560,93	87,64	20.152,51	863.320,78	16.1
Uomo	854.679,49	0,00	24.002,58	830.676,91	12.4
Totali	1.738.240,42	87,64	44.155,10	1.693.997,68	28.5
ESENZIONE D'INVALIDITA'					
Donna	478.988,33	20,66	82.730,39	396.237,28	8.95
Uomo	462.179,30	35,66	79.078,08	383.065,56	8.81
Totali	941.167,63	56,32	161.808,47	779.302,84	17.7
ESENZIONE PER CONDIZIONE					
Donna	126.913,95	651,61	13.588,76	112.673,58	2.04
Uomo	40.341,15	758,64	1.290,00	38.292,51	555
Totali	167.255,10	1.410,25	14.878,76	150.966,09	2.59
ESENZIONE PER REDDITO					
Donna	3.382.339,34	393.826,46	203.605,93	2.784.906,96	60.2
Uomo	2.604.841,59	277.691,36	230.514,38	2.096.635,87	47.4
Totali	5.987.180,93	671.517,82	434.120,31	4.881.542,83	107.
MALATTIE RARE					
Donna	12.719,36	0,00	2.500,00	10.219,36	288
Uomo	9.157,39	0,00	1.995,97	7.161,42	248
Totali	21.876,75	0,00	4.495,97	17.380,78	536
PATOLOGIA CRONICA					
Donna	1.229.350,86	30,00	101.227,33	1.128.093,53	14.7
Uomo	1.473.619,38	0,00	99.346,86	1.374.272,52	13.0
Totali	2.702.970,24	30,00	200.574,18	2.502.366,06	27.8
Soggetto non esente					
Donna	902.923,82	783.484,24	19.619,50	99.820,08	22.1
Uomo	811.872,90	701.116,51	17.347,50	93.408,89	20.0
Totali	1.714.796,72	1.484.600,75	36.967,00	193.228,97	42.2
Tipo esenzione non disponibile					
Donna	183.854,79	140.075,18	3.327,00	40.452,61	4.43
Uomo	128.550,74	100.513,50	2.636,67	25.400,58	3.46
Totali	312.405,53	240.588,68	5.963,67	65.853,18	7.89
Totali	13.585.893,32	2.398.291,46	902.963,46	10.284.638,43	235.

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

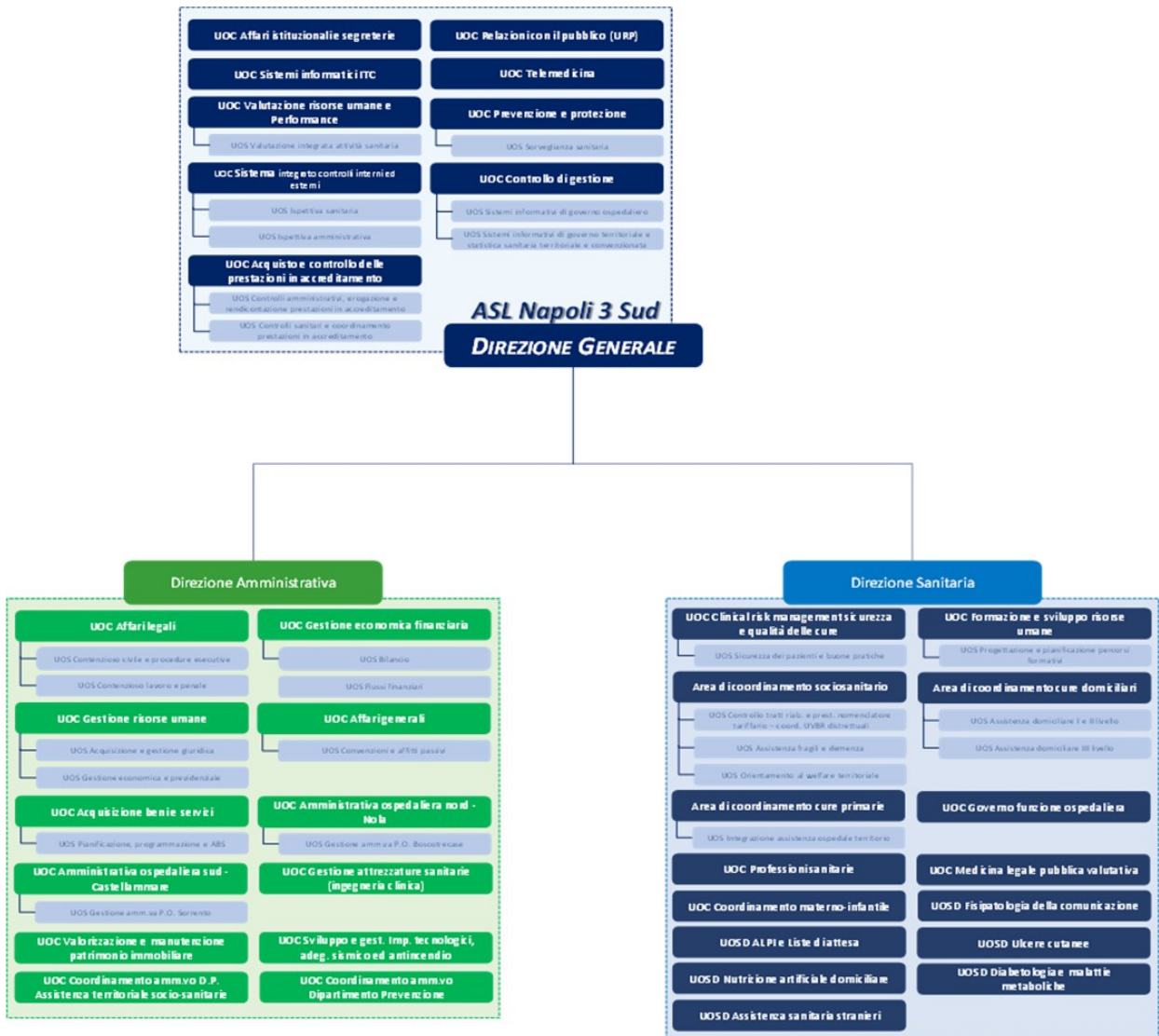
L'organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con Atto di diritto privato, approvato con Decreto del Commissario Ad Acta n.39 del 25/09/2017 e quindi deliberato dalla direzione Strategica con deliberazione del Direttore Generale n. 735 del 19/10/2017, redatto sulla base della programmazione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

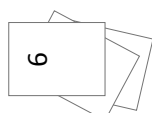
Il governo centrale dell'ASL Napoli 3 Sud è assicurato attraverso la governance della Direzione Generale, coadiuvata dalla Direzione Sanitaria e dalla Direzione Amministrativa, su tutte le strutture che la compongono.

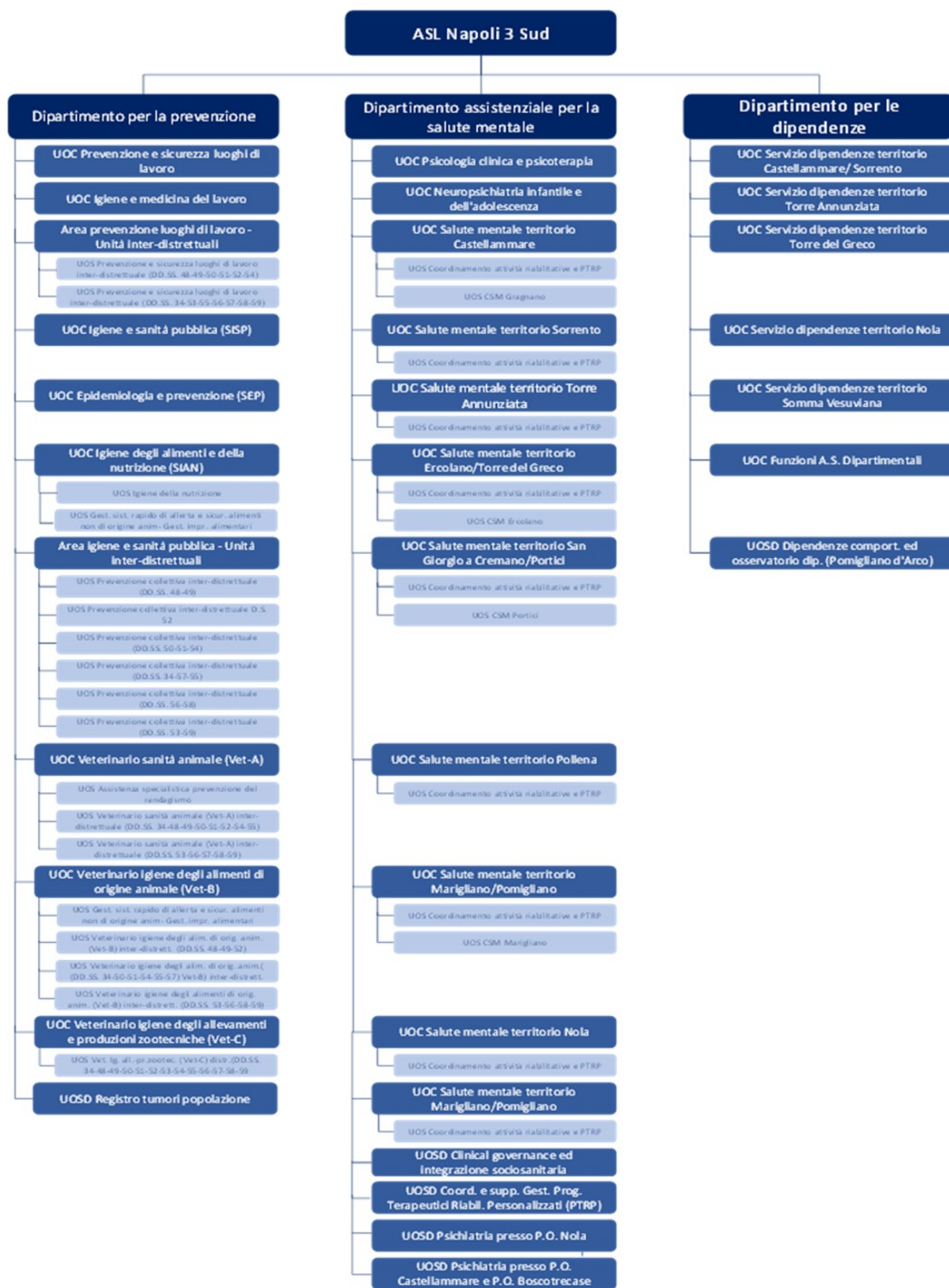
Si rappresenta, di seguito, l'organizzazione generale dell'ASL Napoli 3 Sud.

ORGANIGRAMMA AREA CENTRALE

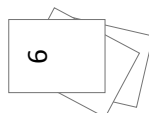


ORGANIGRAMMA AREA DIPARTIMENTALE





ORGANIGRAMMA AREA OSPEDALIERA



ASL Napoli 3 Sud - Relazione sulla performance 2021



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.

Il territorio dell'Asl Napoli 3 Sud è suddiviso in 13 Distretti Sanitari:

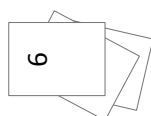
- Distretto n.34;
- Distretto n. 48;
- Distretto n. 49;
- Distretto n. 50;
- Distretto n. 51;



- 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%



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;

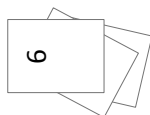
il PO di Boscotrecase permetteva, in emergenza, data la struttura ed avendo la disponibilità di ventilatori, di poter allocare ulteriori n. 30 PPLL di sub-intensiva

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 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:

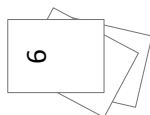
- ✓ Coordinamento Cure Domiciliari
- ✓ Coordinamento Cure Primarie
- ✓ Coordinamento Farmaceutico territoriale
- ✓ Coordinamento Socio Sanitario
- ✓ Coordinamento Materno Infantile

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.

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.

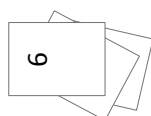
Per il Ruolo Sanitario, le figure in servizio per l'anno 2021 sono state:

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
SCCDRR03	Fisioterapista	39
SCCDRR04	Logopedista	2
SCCDRR05	Massaggiatore	2
SCCDRR07	Ortottista – assistente di oftalmologia	3
SCCDRR08	Tecnico audiometrista	1

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



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

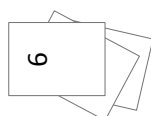
Figura professionale		N.
PCCIPC01	Assistente religioso	7
PDDHPD01	Avvocato	15
PDDHPD02	Ingegnere	7
Totale		29

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

E' 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

E' 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 obiettivi è in capo al Direttore del Dipartimento e/o della UOC e/o responsabile della SSD che si coordinerà con il Direttore della UOC Controllo di Gestione
- stabilire che il raggiungimento degli obiettivi sia validato dall'UOC Controllo di Gestione e/o da altra UOC centrale già competente per gli obiettivi specifici monitorati.
- stabilire che tutti i Responsabili delle strutture aziendali, affidatari degli obiettivi con successivo atto per l'anno 2021 trasmettano entro il 31.01.2022 il risultato del raggiungimento degli obiettivi 2021 e quindi la valutazione di tutto il personale 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. Ma nella visione più ampia, si tratta anche di intervenire dall'azione di "advocacy" consistente nel disincentivare comportamenti e stili di vita a rischio, alla promozione di stili di vita salubri fin dalla più tenera età in collegamento con le agenzie educative e culturali, alla prevenzione primaria negli ambienti di vita e lavorativi, alla prevenzione secondaria.

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 pubblicate sul sito aziendale "Amministrazione Trasparente" – Relazioni Performance.

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)	dicembre 2018: (94,36)	Gennaio-dicembre 2019: (93,44)	Gennaio-Dicembre 2020: (92,62)	<u>I dati inerenti all'anno 2021 saranno oggetto di successivo atto di deliberazione una volta pervenuti a questa UOC</u>	95%
		1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	dicembre 2018: (93,30)	Gennaio-dicembre 2019: (92,33)	Gennaio-Dicembre 2020: (91,84)		92%
		1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni)	62,2 % campagna vaccinale 2017-2018	Gennaio-dicembre 2019 (62,12)	Gennaio-Dicembre 2020: (63,90)		VALORE COMPRESO TRA 60% 75%

N.	Livello di assistenza	Definizione	2018	2019	2020	2021	Obiettivi regionali
2	Prevenzione	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto	<p>Test eseguiti non completi 2018: 12533 indicatore 12,3% valutazione calcolo LEA provvisoria</p> <p>Dato 2018 invitate 53610 inviati score LEA 100%; eseguite 18668/53.610 score LEA 35%</p> <p>ESTRAZIONE dal 01/01/18 al 31/12/18 12153 – (9%) (proporzione di persone che hanno effettuato screening di I livello)</p>	<p>Test eseguiti non completi gennaio-dicembre 2019: 19448 indicatore 17,3% valutazione calcolo LEA provvisoria</p> <p>Dato 2019 invitate: 70225 score LEA: 100 % eseguite 25146/70225 score LEA: 35,8 %</p> <p>ESTRAZIONE dal 01/01/19 al 31/12/19 22686– (13,9%) (proporzione di persone che hanno effettuato screening di I livello)</p>	<p>Test eseguiti non completi gennaio-dicembre 2020: 7657 indicatore 7,5% valutazione calcolo LEA provvisoria</p> <p>Dato 2020 invitate:40328 score LEA: 57,4% eseguite 7836/70225 score LEA: 11,2%</p> <p>ESTRAZIONE dal 01/01/20 al 31/12/20 Refertati 50-69 anni:2440 1,8% Refertati 50-74 anni:3074 1,9% (proporzione di persone che hanno effettuato screening di I livello)</p>		<p>>35% (SCORE 3)</p> <p>>25% (SCORE 3)</p> <p>>25% (SCORE 3)</p>
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	dicembre 2018: controllate 111	Gennaio-dicembre 2019: controllate 200	Gennaio-Dicembre 2020		VALORE COMPRESO TRA 2.5 % E 5%

N.	Livello di assistenza	Definizione	2018	2019	2020	2021	Obiettivi regionali
5	Prevenzione	5.1 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza	dicembre 2018: 100%	Gennaio-dicembre 2019: 100%	Gennaio-Dicembre 2020		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%
		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 ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi nonchè riduzione della prevalenza in tutte le specie	dicembre 2018: ovini: 100% bovini 100% bufalini 100%	Gennaio-dicembre 2019 ovini: 100% bovini: 100% bufalini: 100%	Gennaio-Dicembre 2020 ovini: 106,6% bovini: 105,40% bufalini: 114,28%		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	Dicembre 2018: 100%	Gennaio-dicembre 2019 100%	Gennaio-Dicembre 2020		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	dicembre 2018: 100%	Gennaio- dicembre 2019 100%	Gennaio-Dicembre 2020 93,14%		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	dicembre 2018: 148,9%	Gennaio-dicembre 2019 108,25%	Gennaio-Dicembre 2020 98,14%		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	dicembre 2018: 100%	Gennaio-dicembre 2019 100%	Gennaio-Dicembre 2020 97,91%		Garantire almeno ≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM

N.	Livello di assistenza	Definizione	2018	2019	2020	2021	Obiettivi regionali
7	Distrettuale Calcoliamo l'erogato	(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 dalle 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	indicatore al 31/12/2018 (1,90)	Percentuale di prese in carico al 31/12/2019 (1,90)	Percentuale di prese in carico al 31/12/2020 (2,99)		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 terminali malati	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	Dato gennaio/novembre 2018: (95,7)	Dato Gennaio-dicembre 2019 (94,6)	Gennaio-Ottobre 2020 DDD 1000Ab die:16,66 Indicatore LEA D14C:5081,30		
13	Distrettuale specialistica	Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	4,5% in azienda a popolazione residente	Dato annuale			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	dato aggiornato al 31 dicembre 2018 Tasso=16,93 per mille abitanti maggiorenni	dato aggiornato al 31 dicembre 2019 Tasso=15,59 per mille abitanti maggiorenni	dato aggiornato al 31 dicembre 2020 Tasso=13,57 per mille abitanti maggiorenni		Continuare a garantire un valore >=10,82

N.	Livello di assistenza	Definizione	2018	2019	2020	2021	Obiettivi regionali
15	Ospedaliera <i>Calcoliamo l'erogato</i>	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		
		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= 1269 $\Delta = -17,44\%$	Al 31_12_2019=1304	Al 31_12_2020=325		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= 25387 $\Delta = -2,59\%$	Al 31_12_2019= 9739	Al 31_12_2020=17172		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= 18,64 $\Delta = -5,78\%$	Al 31_12_2019= 20,04	Al 31_12_2020=18,82		< 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= 0,22 $\Delta = -25,33\%$	Al 31_12_2019= 0,18	Al 31_12_2020=0,15		Garantire un valore ≤ 0.21 (DGR 372/19)
18	Ospedaliera	Percentuale parti cesarei primari	Al 31_12_2018= 32,40 $\Delta = -1,18$	Al 31_12_2019= 30,55	Al 31_12_2020=29,98		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= 50.00 $\Delta = +1,64$	Al 31_12_2019= 47,48	Al 31_12_2020=51.53		Garantire un valore $\geq 60\%$ (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		

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 clinico assistenziali 	<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
		<ul style="list-style-type: none"> • Ricambio generazionale
	Opportunità	Minacce
CONTESTO ESTERNO	<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"> • Valorizzazione delle risorse umane 	<ul style="list-style-type: none"> • Contesto ambientale relativo a macro 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.

Elenco delle strutture che hanno trasmesso le Relazioni alla data del 28/06/2022

 DS 59 REL PERFRO 2021	
 COORD CURE DOMICILIARI REL PERFOR...	
 COORD CURE PRIMARIE REL PERFORM ...	
 COORD FARMACEUTICO RELAZIONI PER...	
 DIP AREA CHIRURGICA ORTOPEDIA NOL...	
 DIP AREA CRITICA RELAZ PERFORM 2021	
 DIP AREA MEDICA ATTIVITA RIABILITATI...	
 DIP AREA MEDICA NEFROLOGIA REL PE...	
 DIP PREV UOC AMMVA REL PERFORM 2...	
 DIP SERD RELAZIONE PERFORMANCE 20...	
 DIP SERD Relazione 21 UOC Nola	
 DS 34 RELAZIONE PERFORM 2021	
 DS 49 relazione PERFORMANCE anno 20...	
 DS 50 REL PERFORM 2021 DRSSA FUSCO	
 DS 50 REL PERFORM 2021 DRSSA SORRE...	
 DS 51 REL PERFORM 2021	
 DS 52 REL PERFORMANCE 2021	
 DS 56 4272 RELAZIONE PERFORMANCE 2...	
 DS 58 Allegati alla relazione performance ...	
 DS 58 REL PERFORMANCE 2021 parte 1	
 DS48_Relazione_OBIETTIVI_DISTRETTO2021	
 ONCOLOGIA UOOCC REL PERFORM 20...	
 PEDIATRIA E NEONATOLOGIA VICO REL ...	
 PO BOSCO PERFORM REL 2021	
 PO MARESCA DIR SAN C REL PERFORM ...	
 PO NOLA OSTRETICIA E GIN REL PERFOR...	
 PO VICO SORRENTO DIR SAN REL PERF...	
 UOC AFFARI ISTITUZIONALI REL PERFOR...	
 UOC CONTROLLO DI GESTIONE REL PER...	
 UOC COORD AMMTISS REL PERFORMA...	
 UOC FORMAZIONE REL PERFORM 2021	
 UOC GESTIONE SISTEMI TECNOLOGICI E...	
 UOC GFO C REL PERFORM 2021	
 UOC MEDICINA PO MARESCA PEROF 2021	
 UOC NUTRIZ CLINICA PERF 2021	
 UOC NUTRIZ CLINICA REL PERFORMAN...	
 UOC OSTETRICIA E GIN PO VICO C REL P...	
 UOC PREV E PROT C REL PERFORM 2021	
 UOC SISTEMI INFORMATICI C REL PERFO...	
 UOC TELEMEDICINA E CONTROLLI INTE...	

PROGETTO DI LAVORO			
ANNO FSN		TITOLO DEL PROGETTO	
		Sviluppo Dei Processi di Umanizzazione- Progetto Controllo della qualità percepita (Customer Satisfaction)	
AZIENDA SSR		I° RESPONSABILE	QUALIFICA RICOPERTA
ASL NAPOLI 3 SUD		Dr.ssa Angela Improta	responsabile del progetto
		II° RESPONSABILE	QUALIFICA RICOPERTA
CODICE DI PROGETTO AZIENDALE		OBIETTIVO DI PIANO - LINEA PROGETTUALE	
DCA 134 DEL 28.10.2016		Sviluppo Dei Processi di Umanizzazione- Progetto Controllo della qualità percepita (Customer Satisfaction)	

--	--

Obiettivo progettuale	% obiettivo raggiunto	Descrizione
Obiettivo 1	100%	Strutturazione delle interviste individuali, aperte e non standardizzate rivolte a specifici stakeholders- esperti dei processi per redigere il PreTest;
Obiettivo 2	100%	Strutturazione del PreTest;
Obiettivo 3	100%	Somministrazione del PreTest a campione telefonicamente e mediante auto-compilazione previo invio alla e-mail personale dell'interessato oppure reperibile nella pagina web della U.O.C. Relazioni con il Pubblico – SEZ. CUSTOMER SATISFACTION SUL SITO ISTITUZIONALE WWW.ASLNAPOLI3SUD.IT;
Obiettivo 4	100%	Strutturazione di una scheda di monitoraggio al fine di raccogliere ed osservare il numero dei questionari compilati telefonicamente e dei questionari compilati autonomamente e rispediti alla e-mail istituzionale relazionipubbliche@aslnapoli3sud.it;
Obiettivo 5	100%	Strutturazione del questionario finale da somministrare agli utenti delle cure domiciliari pubblicato sulla pagina web della U.O.C. Relazioni con il Pubblico- sez. Customer Satisfaction sul sito istituzionale www.aslnapoli3sud.it e sulla pagina facebook Aziendale;
Obiettivo 6	100%	Invio Link Questionario alle e-mail dei cittadini e/o Caregivers in assistenza domiciliare (mediante l'ausilio dell'app di google moduli).
Obiettivo 7		
Obiettivo 8		
Obiettivo 9		
Obiettivo 10		
Obiettivo 11		
Data		
Firma del Responsabile di progetto .		


Scheda progetto					Scheda attività			
Dati generali					Descrizione dell'attività			
Indirizzo	Bench guide	Ragione d'essere	Indirizzo di appartenenza	Attività programata	Scheda attività			
					Area	Area	Area	Area

PROGETTO DI LAVORO			
ANNO FSN	TITOLO DEL PROGETTO		
	Malattie Rare (DCA 43/2019)		
AZIENDA SSR	I° RESPONSABILE	QUALIFICA RICOPERTA	
ASL NAPOLI 3 SUD	dr.ssa Grazia Formisano	Referente medico aziendale	
	II° RESPONSABILE	QUALIFICA RICOPERTA	
	dr.ssa Angela Improta	referente tecnico amministrativo	
CODICE DI PROGETTO AZIENDALE		OBIETTIVO DI PIANO - LINEA PROGETTUALE	
DCA 43/2016		Azioni relative all'accoglienza delle persone con Malattie Rare (DCA 43/2019)	

--	--

Obiettivo progettuale	% obiettivo raggiunto	Descrizione
Obiettivo 1	100%	Supporto al referente aziendale per le MR per il corso di formazione interno; SEMPRE ATTIVO
Obiettivo 2	100%	Supporto al referente aziendale per le MR corso di formazione in collaborazione con il CRMR per i referenti e gli operatori distrettuali SEMPRE ATTIVO
Obiettivo 3	100%	Censimento delle associazioni per le malattie Rare SEMPRE ATTIVO
Obiettivo 4	100%	Aggiornamento dati relativi ai pazienti affetti da MR dell'azienda sanitaria Aslnapoli3sud SEMPRE ATTIVO
Obiettivo 5	100%	Aggiornamento dati relativi ai pazienti affetti da Malattie per patologia (Dati epidemiologici). SEMPRE ATTIVO
Obiettivo 6		
Obiettivo 7		
Obiettivo 8		
Obiettivo 9		
Obiettivo 10		
Obiettivo 11		
Data		
Firma del Responsabile di progetto .		

Asl 1 Scheda progettuale



Disaminazione univoca del progetto: MALATTIE RARE									
Responsabile del progetto: dr.ssa Grazia Formisano			Codice internan di progetto		Numero di autorizzazione (indicare tutti i numeri di autorizzazione attribuiti alle progettualità) n.53/2021 sub 105		Budget totale di progetto 293,812,80		Data inizio progetto
Nominativo	Ruolo/qualifica	Rapporto di lavoro	Unità operativa di appartenenza	Obiettivo progettuale	Obiettivi individuali				% obiettivo raggiunto
					T1	T2	T3	T4	
Indicare il nominativo del personale coinvolto nel progetto	Indicare il ruolo/qualifica del personale coinvolto nel progetto	Indicare il tipo di contratto	Indicare se è previsto il coinvolgimento di più strutture aziendali	Indicare l'obiettivo generale previsto dal progetto	Indicare specifici obiettivi derivanti dall'obiettivo generale declinati per trimestre	Indicare la % dell'obiettivo raggiunto	Indicare specifici obiettivi derivanti dall'obiettivo generale declinati per trimestre	Indicare specifici obiettivi derivanti dall'obiettivo generale declinati per trimestre	Indicare il numero degli indicatori qualora fossero > di 1.
Dr.ssa Grazia Formisano	referente medico aziendale	direttore distretto	sì	Azioni relative all'assistenza delle persone con Malattie Rare (D.C.A. 42/2019)	Supporto al referente aziendale per le MR per il corso di formazione interno; SEMPRE ATTIVO Supporto al referente aziendale per le MR corso di formazione in collaborazione con il CRMR per i referenti e gli operatori distrettuali SEMPRE ATTIVO Censimento delle associazioni per le malattie Rare SEMPRE ATTIVO Aggiornamento dati relativi ai pazienti affetti da MR dell'azienda sanitaria Asinapoli3sud SEMPRE ATTIVO Aggiornamento dati relativi ai pazienti affetti da Malattie per patologia (Dati epidemiologici). SEMPRE ATTIVO		Supporto al referente aziendale per le MR per il corso di formazione interno; SEMPRE ATTIVO Supporto al referente aziendale per le MR corso di formazione in collaborazione con il CRMR per i referenti e gli operatori distrettuali SEMPRE ATTIVO 100% Censimento delle associazioni per le malattie Rare SEMPRE ATTIVO Aggiornamento dati relativi ai pazienti affetti da MR dell'azienda sanitaria Asinapoli3sud SEMPRE ATTIVO Aggiornamento dati relativi ai pazienti affetti da Malattie per patologia (Dati epidemiologici). SEMPRE ATTIVO	Supporto al referente aziendale per le MR per il corso di formazione interno; SEMPRE ATTIVO Supporto al referente aziendale per le MR corso di formazione in collaborazione con il CRMR per i referenti e gli operatori distrettuali SEMPRE ATTIVO Censimento delle associazioni per le malattie Rare SEMPRE ATTIVO Aggiornamento dati relativi ai pazienti affetti da MR dell'azienda sanitaria Asinapoli3sud SEMPRE ATTIVO Aggiornamento dati relativi ai pazienti affetti da Malattie per patologia (Dati epidemiologici). SEMPRE ATTIVO	
Dr.ssa Angiola Imparato	referente tecnico amministrativo	DIRETTORE LOC.	sì	Azioni relative all'assistenza delle persone con Malattie Rare (D.C.A. 42/2019)					
Dr.ssa Fabrizia Galda	psicologa assegnata al progetto	psicologa ex 15 scd/tes		Azioni relative all'assistenza delle persone con Malattie Rare (D.C.A. 42/2019)					

Data

Firma del Responsabile di progetto:

PROGETTO DI LAVORO			
		ANNO FSN	
		TITOLO DEL PROGETTO	
		azioni di promozione dell'equità in ambito sanitario dgrc 618 2020	
AZIENDA SSR		I° RESPONSABILE	QUALIFICA RICOPERTA
ASL NAPOLI 3 SUD		dr.ssa Angela Improta	Responsabile
		II° RESPONSABILE	QUALIFICA RICOPERTA
CODICE DI PROGETTO AZIENDALE		OBIETTIVO DI PIANO - LINEA PROGETTUALE	
dgrc 618 2020		azioni volte ad eliminare le discriminazioni nei luoghi di lavoro	


--	--

Obiettivo progettuale	% obiettivo raggiunto	Descrizione
Obiettivo 1	100%	prima riunione di confronto ed approfondimento sulla progettualità inerente la linea 2 "Promozione dell'Equità in Ambito Sanitario" (D.G.R.C) n. 618 del 29.12.2020);
Obiettivo 2	100%	- assegnazione budget al Direttore U.O.C. Valorizzazione e Manutenzione Patrimonio Immobiliare
Obiettivo 3	100%	- assegnazione budget al Direttore della U.O.C Formazione e Sviluppo Risorse Umane
Obiettivo 4		
Obiettivo 5		
Obiettivo 6		
Obiettivo 7		
Obiettivo 8		
Obiettivo 9		
Obiettivo 10		
Obiettivo 11		
Data		
Firma del Responsabile di progetto .		


Dimensione umana del progetto: azioni di promozione dell'equità in ambito sanitario dtgr 018 2020


Responsabile del progetto: SSA Angela Impresta			Numero di autorizzazione (indicare tutti i numeri di autorizzazione attribuiti alle progettualità) n.532821 sub 174		Budget totale di progetto 648.731,00 euro			Data inizio progetto 2021	
Nominativo	Ruolo/qualifica	Rapporto di lavoro	Unità operativa di appartenenza	Obiettivo progettuale	Obiettivi individuali				% obiettivo raggiunto
					T1	T2	T3	T4 TERZO TRIMESTRE 2021	
Indicare il nominativo del personale coinvolto nel progetto	Indicare il ruolo/qualifica del personale coinvolto nel progetto	Indicare il tipo di contratto	Indicare se è prevista il coinvolgimento di più strutture aziendali	Indicare l'obiettivo generale previsto dal progetto	Indicare specifici obiettivi derivanti dall'obiettivo generale declinati per trimestre	Indicare la % dell'obiettivo raggiunto	Indicare specifici obiettivi derivanti dall'obiettivo generale declinati per trimestre	Indicare specifici obiettivi derivanti dall'obiettivo generale declinati per trimestre	Indicare il numero degli indicatori qualora fossero > di 1.
Dr.ssa Angela Impresta	Responsabile	DIRETTORE UOC	SI	azioni volte ad eliminare le discriminazioni sui luoghi di lavoro	/	/	/	"prima riunione di confronto ed approfondimento sulla progettualità inerente la linea 2 "Promozione dell'Equità in Ambito Sanitario" (D.G.R.C. n. 618 del 29.12.2020);" - assegnazione budget al Direttore U.O.C. Valorizzazione e Manutenzione Patrimonio Immobiliare" - assegnazione budget al Direttore della U.O.C Formazione e Sviluppo Risorse Umane"	100%
Dr.ssa Maria Iannicelli	scienze assegnata al progetto	scienze ex 15 art.18							
Dr.ssa Chiara Caffaro	scienze assegnata al progetto	scienze ex 15 art.18							
Dr.ssa Rosa Panico	scienze assegnata al progetto	scienze ex 15 art.18							
Dr.ssa Giovanna Scaramuzzo	scienze assegnata al progetto	scienze ex 15 art.18							
Dr.ssa Rosa Pariti	scienze assegnata al progetto	scienze ex 15 art.18							
Dr.ssa Fabiana Gialli	scienze assegnata al progetto	scienze ex 15 art.18							
Data									
Firma del Responsabile di progetto									


PROGETTO DI LAVORO		
	ANNO FSN	TITOLO DEL PROGETTO
		Implementazione U.F.A.
AZIENDA SSR		I° RESPONSABILE
ASL NAPOLI 3 SUD		Dr. Eduardo Nava
		II° RESPONSABILE
		Dr.ssa Stefania Cascone
CODICE DI PROGETTO AZIENDALE		OBIETTIVO DI PIANO - LINEA PROGETTO
		DCA 134/2016 Linea progetto
P2014-70		
P2014-77		

	ANNO FSN	TITOLO DEL PROGETTO
		I Servizi di Farmacia come
AZIENDA SSR		I° RESPONSABILE
ASL NAPOLI 3 SUD		Dr. Eduardo Nava
		II° RESPONSABILE
		Dr.ssa Stefania Cascone
CODICE DI PROGETTO AZIENDALE		OBIETTIVO DI PIANO - LINEA PROGETTO
		DCA 134/2016 Linea progetto
P2014-70		
P2014-77		

	ANNO FSN	TITOLO DEL PROGETTO
--	----------	---------------------

		Gestione Cronicità Linea A
AZIENDA SSR		I° RESPONSABILE
ASL NAPOLI 3 SUD		Dr. Eduardo Nava
		II° RESPONSABILE
		Dr.ssa Stefania Cascone
CODICE DI PROGETTO AZIENDALE		OBIETTIVO DI PIANO - I
		DCA 43/2019 Linea progettua
	P2017-85	

	ANNO FSN	TITOLO DEL PROGETTO
		Reti Oncologiche Linea
AZIENDA SSR		I° RESPONSABILE
ASL NAPOLI 3 SUD		Dr.ssa Stefania Cascone
		II° RESPONSABILE
		Dr. Eduardo Nava
CODICE DI PROGETTO AZIENDALE		OBIETTIVO DI PIANO - I
		DCA 43/2019 Linea Progett
	P2017-86	

	ANNO FSN	TITOLO DEL PROGETTO
		Gestione delle cronicita'-I per la gestione dell
AZIENDA SSR		I° RESPONSABILE
		Condiviso tra più UOOCC

ASL NAPOLI 3 SUD

II° RESPONSABILE

Dr. Eduardo Nava

CODICE DI PROGETTO AZIENDALE

OBIETTIVO DI PIANO - L

DCA 43/2019 Linea progettua

P2017-85

/ORO

A. – Centralizzazione preparazione farmaci antitumorali –Galenica oncologica

QUALIFICA RICOPERTA

Direttore UOC Governo Ass. Farm. Coordinamento Farm.

QUALIFICA RICOPERTA

Direttore UOC Assistenza Farm. Ospedali Area Sud

LINEA PROGETTUALE

attuale 5/36

nodo funzionale della Rete Oncologica per migliorare aderenza appropriatezza e governo della spesa farmaceutica - anno 2014

QUALIFICA RICOPERTA

Direttore UOC Governo Ass. Farm. Coordinamento Farm.

QUALIFICA RICOPERTA

Direttore UOC Assistenza Farm. Ospedali Area Sud

LINEA PROGETTUALE

attuale 5/56

zione 7 - Gestione del paziente cronico e monitoraggio dell'aderenza alle terapie

QUALIFICA RICOPERTA

Direttore UOC Governo Ass. Farm. Coordinamento Farm.

QUALIFICA RICOPERTA

Direttore UOC Assistenza Farm. Ospedali Area Sud

LINEA PROGETTUALE

Linea 5 Gestione Criticità - Linea di Azione n. 7

Azione 5 – Miglioramento della sicurezza e della qualità della Rete oncologica

QUALIFICA RICOPERTA

Direttore UOC Assistenza Farm. Ospedali Area Sud

QUALIFICA RICOPERTA

Direttore UOC Governo Ass. Farm. Coordinamento Farm.

LINEA PROGETTUALE

Linea 6 Reti Oncologiche - Linea di Azione 5

**Linea Azioni 2,8 e 9 - Utilizzo dello strumento PDTA quale metodologia di lavoro
e aree di cronicità come individuate nel Piano Nazionale delle Cronicità**

QUALIFICA RICOPERTA

QUALIFICA RICOPERTA

Direttore UOC Governo Ass. Farm. Coordinamento Farm.

LINEA PROGETTUALE

ale 5 Gestione Criticità - Linea di Azione n. 2, 8 e 9

Cosumo DPC da Gennaio a Dicembre 2021								
Numero Ricette 2021	Numero Ricette AP	DIFF. Numero Ricette	VAR. Numero Ricette	Pezzi 2021	Pezzi AP	DIFF. Pezzi	VAR. Pezzi	Importo Lordo 2021
1,116,766	1,001,607	115,159	11,00%	1,314,884	1,243,522	71362	5,00%	30,576,209.80 €
								PREZZO ACQUISTO

Importo Lordo AP	DIFF. Importo Lordo	VAR. Importo Lordo	Importo Aggio DPC 2021	Importo Aggio DPC AP	DIFF. Importo Aggio DPC	VAR. Importo Aggio DPC
37,153,380.23 €	-6,577,170.43 €	-13,06%	9,643,321.52	9,107,891.70	535,429.82	5,88%