

DELIBERAZIONE N. 780 DEL 30/06/2023

OGGETTO: **PRESA D'ATTO E APPROVAZIONE DELLA RELAZIONE DELLA PERFORMANCE 2022 - ASL NAPOLI 3 SUD, DI CUI ALL'ART. 10 DEL D. LGS N.150/2009 E DELLE LINEE GUIDA DEL DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA N. 3/2018"**

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

PROVVEDIMENTO: **Immediatamente Esecutivo**

IL DIRETTORE GENERALE

dr. Giuseppe Russo, nominato con Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 321 del 21 Giugno 2022 e con D.P.G.R.C. n. 111 del 4 Agosto 2022, con l'assistenza del Segretario verbalizzante, previa acquisizione del parere del Direttore Amministrativo Aziendale, ha adottato la deliberazione in oggetto di cui al testo che segue:

**OGGETTO: PRESA D'ATTO E APPROVAZIONE DELLA RELAZIONE DELLA PERFORMANCE 2022 - ASL NAPO-
LI 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 Delibera n. 370 del 29.04.2022, "PRESA D'ATTO, APPROVAZIONE ED ADOZIONE DEL "PIANO DELLA PERFORMANCE ASL NAPOLI3 SUD 2022 - 2024: DIRETTIVA ANNUALE DEL DIRETTORE GENERALE PER L'ANNO 2022. APPROVAZIONE", è stato approvato il Piano della Performance anno 2022 - 2024;
- ❖ con Delibera n. 546 del 21.06.2022, "RETTIFICA ED INTEGRAZIONE DELLA DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 370 DEL 29.04.2022 "PRESA D'ATTO, APPROVAZIONE ED ADOZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE ASL NAPOLI 3 SUD 2022

- 2024: DIRETTIVA ANNUALE DEL DIRETTORE GENERALE PER L'ANNO 2022", si è provveduto ad apportare le modifiche e le integrazioni.

Visto che

- 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 Indipendente 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 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 e che le stesse 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 riferimento all'anno 2022, è necessario provvedere a relazionare sui risultati degli obietti-

vi riportati nel Piano della Performance 2022 - 2024 di cui:

- ❖ alla delibera aziendale n. 370 del 29/04/2022: Presa d'Atto, Approvazione ed Adozione del "Piano della Performance A.S.L Napoli 3 Sud anni 2022 – 2024: Direttiva annuale del Direttore Generale per l'anno 2022. Approvazione";
- ❖ alla delibera aziendale n. 546 del 21.06.2022: Rettifica ed Integrazione della delibera aziendale n. 370 del 29/04/2022: Presa d'Atto, Approvazione ed Adozione del "Piano della Performance A.S.L Napoli 3 Sud anni 2022 – 2024: Direttiva annuale del Direttore Generale per l'anno 2022. Approvazione;
- ❖ 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;
- ❖ 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;
- la Relazione sulla Performance - è ispirata ai principi di trasparenza, immediata intelligibilità, veridicità e verificabilità dei contenuti, partecipazione e coerenza interna ed esterna;
- ❖ 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

- ❖ che al momento non è ancora conclusa la fase di validazione delle schede Performance 2022 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 della delibera 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 sarà cura dei direttori/responsabili delle strutture aziendali pubblicare le relative relazioni annuali sul sito aziendale www.aslnapoli3sud.it alla sezione di propria competenza;

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE di

- prendere atto e approvare la Relazione della Performance 2022, 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 2022;
- prendere atto che sarà cura dei direttori/responsabili delle strutture aziendali pubblicare le relative relazioni annuali sul sito aziendale www.aslnapoli3sud.it alla sezione di propria competenza;
- 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 2022 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 di pubblicazione della Relazione sulla Performance anno 2022 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

INSERRA CIRO

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

Il Direttore Generale

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

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

Sentito il parere favorevole espresso dal Direttore Amministrativo aziendale

**Il Direttore Amministrativo aziendale
dr. Michelangelo Chiacchio**

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

DELIBERA di:

- prendere atto e approvare la Relazione della Performance 2022, 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 2022;
- prendere atto che sarà cura dei direttori/responsabili delle strutture aziendali pubblicare le relative relazioni annuali sul sito aziendale www.aslnapoli3sud.it alla sezione di propria competenza;
- 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 2022 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 di pubblicazione della Relazione sulla Performance anno 2022 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 ss. mm. ii.

Il Direttore Generale

Dr. Giuseppe Russo

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

– Sostituisce la firma autografa)

REGIONE CAMPANIA



IL Direttore Generale

Dott. Giuseppe Russo

Relazione sulla performance 2022

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 2022

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 2022, 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 2022.

SOMMARIO

1. PRESENTAZIONE

1.1 IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

2. CONTENUTI DELLA RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE

2.1. 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

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

4.1 ANALISI S.W.O.T

1. PRESENTAZIONE

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

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

La Relazione sulla Performance è:

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

Essa comprende:

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

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

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

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

Le informazioni ed i dati riportati nella Relazione sulla performance 2022 provengono dalle banche dati dei sistemi informativi aziendali e dalle relazioni dei soggetti, a vario titolo, coinvolti.

1.1 IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

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.

La misurazione delle performance si inserisce all'interno del ciclo di gestione delle performance, collegato con una molteplicità di sistemi interni e integrato con gli strumenti utilizzati da ognuno di essi.

In particolare è collegato con:

1. il Sistema di bilancio: Bilancio Annuale, Bilancio Pluriennale, Relazione Previsionale e Programmatica e Allegati;
2. il Sistema del rendiconto della gestione: Conto del Bilancio, Conto Economico, Conto del Patrimonio e Relazione Illustrativa della Giunta;
3. il Sistema politico – regolamentare: Linee Programmatiche di mandato, Statuto, Ordinamento degli Uffici e dei Servizi, Macrostruttura dell'Ente, Regolamento di Contabilità, Regolamento dei Controlli Interni;
4. il Sistema dei Controlli Interni: Controllo di Gestione, Controllo Strategico, Controllo degli Equilibri Finanziari, Controllo sulle attività delle Società partecipate non quotate e degli altri organismi gestionali esterni alla Provincia, Controllo della qualità dei servizi erogati, Controllo di regolarità Amministrativa e Contabile.
5. il Sistema dell'Amministrazione trasparente: Programma triennale della trasparenza, Giornata della trasparenza e Sezione 'Amministrazione trasparente' all'interno del sito istituzionale.

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, individua:

- 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.

Nella definizione del sistema si è tenuto conto del principio generale secondo cui la misurazione e la valutazione della performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti dall'Azienda nonché alla crescita professionale delle competenze professionali attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative in un quadro di pari opportunità di diritti e di doveri, trasparenza dei risultati e delle risorse impegnate per il loro perseguimento.

Il Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance, pur se condiviso e quindi validato dall'OIV, è ancora in fase di confronto con le OO.SS. aziendali.

La definizione della performance operativa di ogni singola articolazione aziendale è un processo indispensabile per la valutazione della performance strategica d'ente.

A tal fine, così come stabilito dal DGLS N.75 del 25/05/2017 "Modifica DGLS N.150 del 27/10/2009", si è proceduto ad affidare all'interno del piano Performance 2022/2023 un set di obiettivi univocamente definiti ed associati ad opportuni indicatori atti a garantire "la misurabilità" di processi nonché il "peso" delle attività da loro definite.

La necessità dettata dal concetto di misurabilità ha spinto verso l'adozione di regole di assegnazione di un punteggio come elemento discriminante nella valutazione.

L'unico metodo numerico valutativo meglio calzante è risultata "la media ponderata", calcolo matematico che tiene conto del punteggio su scala 100 raggiunto da ogni singolo obiettivo operativo – individuale rapportato al peso assegnato ad esso. Ciò ha permesso un'agevole valutazione in termini numerici sia della performance operativa che di quella individuale.

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 con **DELIBERA n.1170 DEL 19/12/2022** si è costituito il **GUG, Comitato Unico Di Garanzia** per le pari opportunità la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.

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. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

Con la Legge regionale n. 16 del 28 novembre 2008, pubblicata sul BURC n. 48 ter del 1 dicembre 2008, il Consiglio Regionale della Campania ha adottato le misure finalizzate a garantire il rispetto degli obblighi di contenimento della spesa e di razionalizzazione e riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale, previsti dal Piano di rientro dal disavanzo di cui alla delibera della Giunta Regionale n. 460 del 20 marzo 2007, adottata a seguito dell'Accordo sottoscritto ai sensi dell'art. 1 comma 180 della legge n. 311 del 30 dicembre 2004 tra il Presidente della Regione Campania ed i Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze; nell'ambito delle misure adottate. La citata Legge regionale ha disciplinato, all'art. 2, la modifica della Legge regionale n. 32 del 3 novembre 1994, con riferimento alla razionalizzazione degli ambiti territoriali delle Aziende Sanitarie Locali. Pertanto, con la Delibera della Giunta Regionale n. 505 del 20 marzo 2009, viene costituita la nuova Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud.

Rispetto alla precedente configurazione, in data 10 agosto 2012, ovvero con Decreto Commissariale n. 98 e ss.mm.ii., il territorio del Comune di Portici è stato aggregato all'ASL Napoli 3 Sud, modificandone gli ambiti e la concentrazione della popolazione di riferimento.

La Giunta Regionale della Campania, con la Deliberazione n. 751 del 21 dicembre 2012, ha stabilito la sede legale dell'ASL Napoli 3 Sud, nel Comune di Torre del Greco (Na) 80059 – alla Via Marconi n. 66, con Partita IVA 06322711216. Il D.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e ss.mm.ii. ha attribuito, all'art. 3 comma 1bis, all'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale.

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 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:

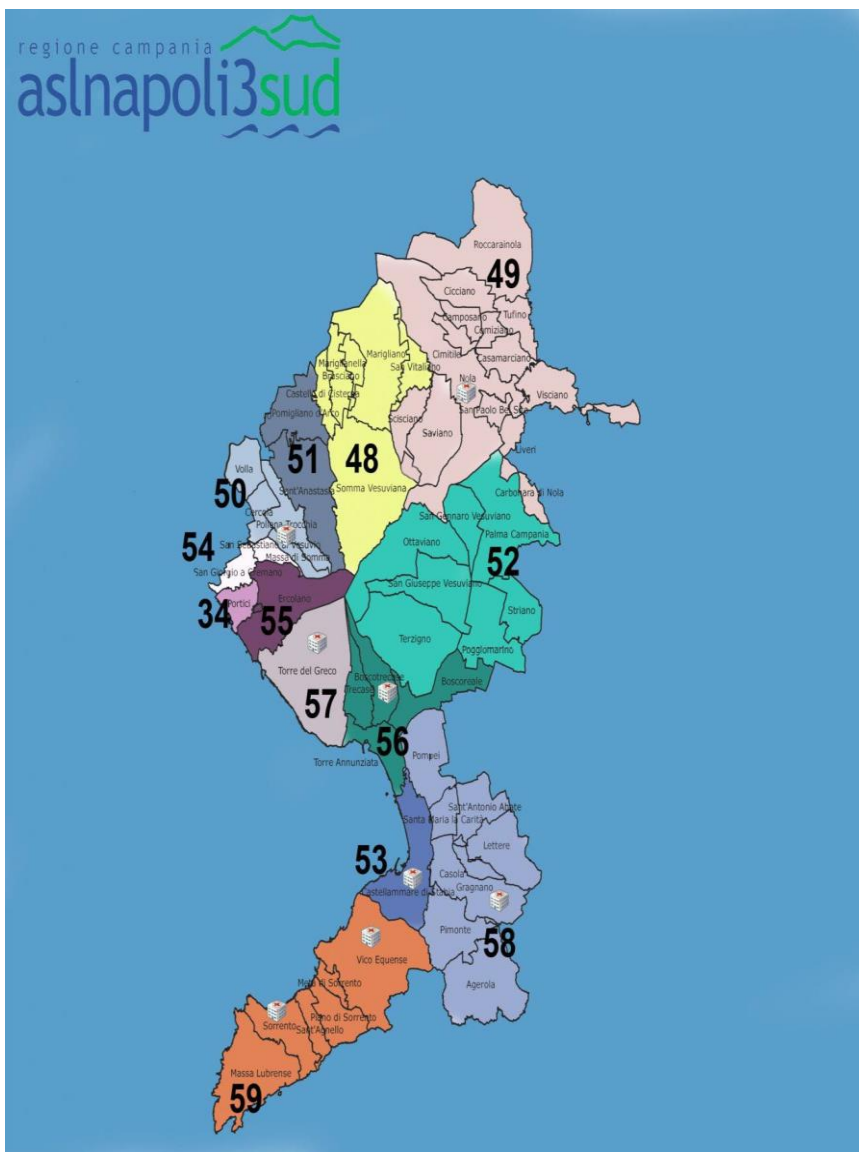


Il sito istituzionale è il seguente: www.aslnapoli3sud.it

Il logo è stato adottato il 4 ottobre 2010 con la Deliberazione Aziendale n. 1101, come immediata identificazione dell'Azienda. Con la citata Deliberazione è disposto l'utilizzo del logo come unico simbolo rappresentativo/marchio (brand) aziendale e che nessun altro logo di struttura o settore può essere inserito nella documentazione ufficiale. La Scelta dell'immagine simbolo rappresenta una precisa indicazione della volontà d'identificazione dell'azienda con il territorio tutto, nel solco di una storia e di una cultura prestigiosa.

Il logo dell'ASL Napoli 3 Sud è costituito dall'immagine stilizzata del Vesuvio e del Monte Somma, di colore verde. Sull'immagine si sovrappone, sul margine sinistro, l'indicazione della Regione e la denominazione dell'ASL di colore blu, intercalato dal verde dalla lettera S a seguire, ed alla base è posta la dizione per esteso e la stilizzazione del mare, per indicare l'estensione dell'Azienda anche sulla Penisola sorrentina.

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 1.053.598 del 2021 è passata a 1.033.937 nel 2022. distribuita in n. 57 Comuni, e la densità di popolazione è pari a 1.667,64 ab/km, con picchi elevatissimi in coincidenza dei Comuni della cinta suburbana di Napoli. La struttura geografica del territorio non è omogenea, presentando aree diverse per composizione ed organizzazione territoriale che vanno a configurarsi come fattori ambientali diversificati quali agenti determinanti dello stato di salute. Questa azienda può essere

genericamente divisa in due aree, ovvero Area Nord ed Area Sud, al cui centro è posto il Vesuvio, vulcano in quiescenza.

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 14 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.

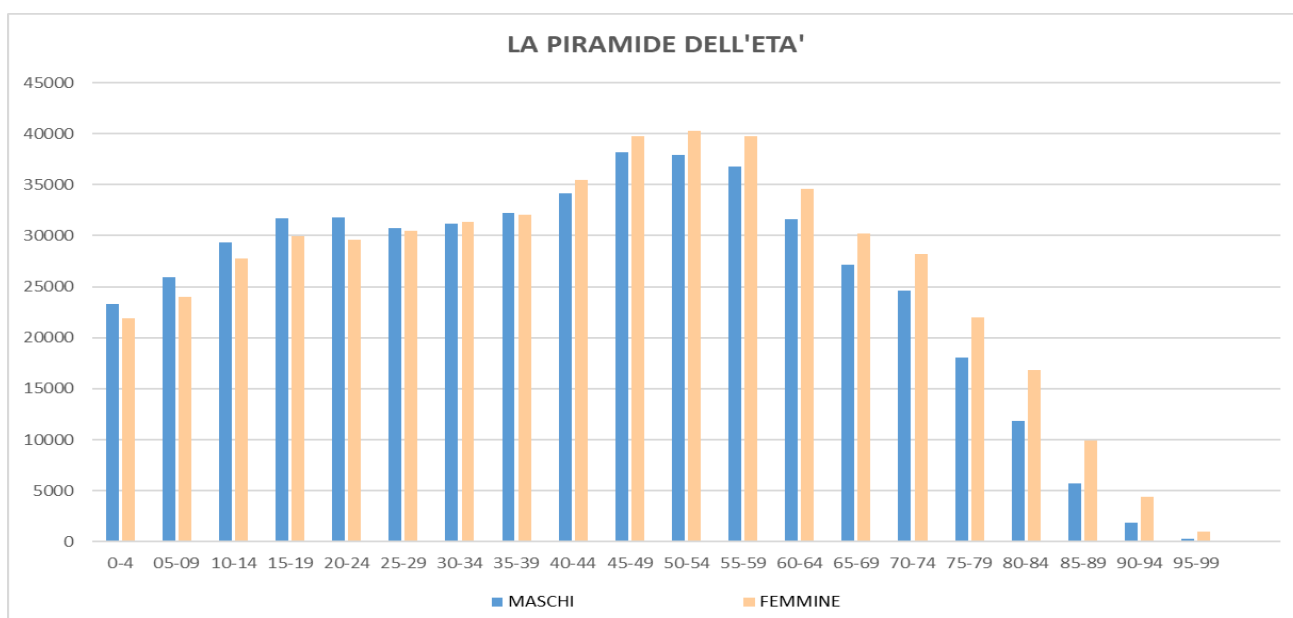
Età (fascia)	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-4	23.271	4,62	21.936	4,14	45.207	4,37
5-9	25.953	5,15	24.029	4,54	49.982	4,83
10-14	29.316	5,81	27.802	5,25	57.118	5,52
15-19	31.666	6,28	29.986	5,66	61.652	5,96
20-24	31.780	6,30	29.567	5,58	61.347	5,93
25-29	30.719	6,09	30.503	5,76	61.222	5,92
30-34	31.194	6,19	31.322	5,91	62.516	6,05
35-39	32.206	6,39	32.092	6,06	64.298	6,22
40-44	34.182	6,78	35.453	6,69	69.635	6,73
45-49	38.202	7,58	39.719	7,50	77.921	7,54
50-54	37.889	7,51	40.256	7,60	78.145	7,56

55-59	36.753	7,29	39.751	7,50	76.504	7,40
60-64	31.587	6,26	34.574	6,53	66.161	6,40
65-69	27.113	5,38	30.244	5,71	57.357	5,55
70-74	24.622	4,88	28.194	5,32	52.816	5,11
75-79	18.038	3,58	22.035	4,16	40.073	3,88
80-84	11.855	2,35	16.844	3,18	28.699	2,78
85-89	5.674	1,13	9.893	1,87	15.567	1,51
90-94	1.873	0,37	4.437	0,84	6.310	0,61
95-99	272	0,05	985	0,19	1.257	0,12
100+	42	0,01	108	0,02	150	0,01
Totale	504.207		529.730		1.033.937	

LA PIRAMIDE DELL'ETÀ

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

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

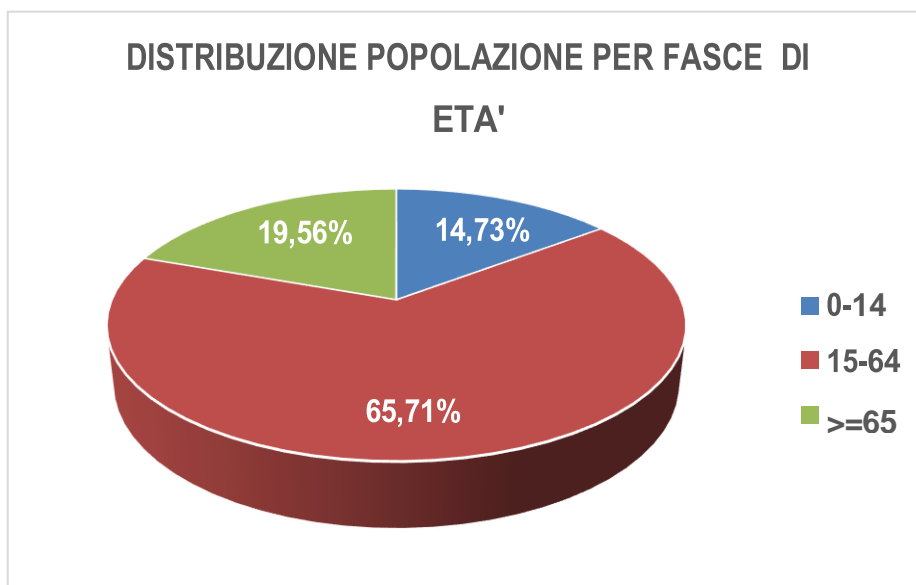


LA DISTRIBUZIONE PER FASCE E SESSO

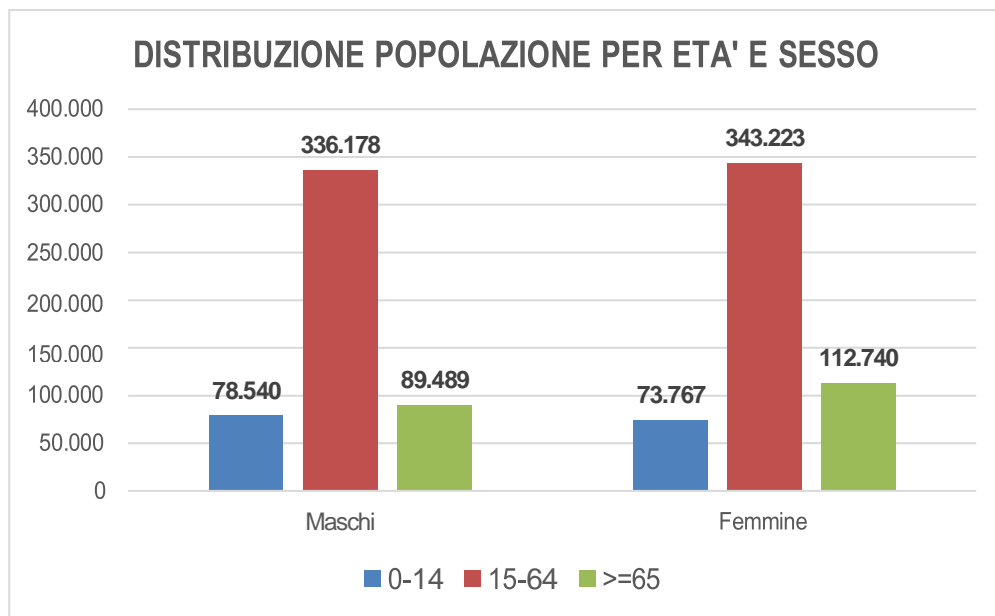
La distribuzione per fasce di età mostra che circa i due terzi della popolazione è compreso nella popolazione attiva mentre le rimanenti due fasce - popolazione anziana e infanzia - si attestano intorno al 34%.

Fasce Età	Maschi		Femmine		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
0-14	78.540	15,58	73.767	13,93	152.307	14,73
15-64	336.178	66,67	343.223	64,79	679.401	65,71
> 65	89.489	17,75	112.740	21,28	202.229	19,56
Totale	504.207		529.730		1.033.937	

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



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



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

LE TABELLE DEGLI INDICI PER L'ASL NAPOLI 3 SUD E PER DISTRETTO

Si rappresentano gli indici ottenuti, dapprima, per l'intera ASL Napoli 3 Sud e, successivamente, si evidenzia il dettaglio ottenuto per ciascun Distretto Sociosanitario aziendale.

Di seguito si mostra la popolazione presente sul DSS n. 34.

Comune	Popolazione (agg. al 01/01/20 22)	Indice di Vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione				
					0-4 aa	0-14 aa	15-64 aa	65-74 aa	>75 aa
Portici	52.500	184,47	38,13	58,81	1.917	6.834	33.059	6.133	6.474

Di seguito si mostra la popolazione presente sul DSS n. 48.

Comune	Popolazione (agg. al 01/01/20 22)	Indice di Vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione				
					0-4 aa	0-14 aa	15-64 aa	65-74 aa	>75 aa
Brusciano	15.889	100,47	24,16	48,20	751	2.587	10.721	1.564	1.026
Castello di Cisterna	7.815	88,40	23,37	49,80	389	1.379	5.217	703	516
Mariglianella	7.832	89,97	22,70	47,94	409	1.336	5.294	755	447
Marigliano	29.166	126,38	28,14	50,41	1.275	4.318	19.391	3.070	2.387
San Vitaliano	6.421	101,34	24,32	48,32	336	1.039	4.329	588	465
Somma Vesuviana	33.935	120,18	26,17	47,95	1.422	4.995	22.937	3.369	2.634
DSS 48	101.058	112,01	25,81	48,86	4.582	15.645	67.889	10.049	7.475

Di seguito si mostra la popolazione presente sul DSS n. 49.

	Popolazione (agg. al 01/01/20 22)	Indice di Vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione				
					0-4 aa	0-14 aa	15-64 aa	65- 74 aa	>75 aa
Camposano	5.102	159,14	30,34	49,40	187	651	3.415	577	459
Carbonara di Nola	2.482	95,53	20,87	42,73	114	380	1.739	197	166
Casamarciano	3.048	193,20	33,88	51,42	89	362	2.013	369	313
Cicciano	12.311	148,78	28,50	47,65	474	1.597	8.338	1.294	1.082
Cimitile	6.940	128,35	28,23	50,22	313	1.016	4.620	641	663
Comiziano	1.698	180,52	39,71	61,71	54	231	1.050	196	221
Liveri	1.504	183,51	35,53	54,89	53	188	971	172	173
Nola	33.619	138,38	29,21	50,32	1.488	4.721	22.365	3.514	3.019
Roccarainola	6.623	163,05	30,98	49,97	259	839	4.416	734	634
Saviano	15.933	112,69	25,89	48,86	762	2.459	10.703	1.551	1.220
San Paolo bel Sito	3.370	153,39	30,13	49,78	117	442	2.250	364	314
Scisciano	6.150	108,01	23,60	45,46	285	924	4.228	540	458
Tufino	3.427	108,24	23,34	44,90	152	510	2.365	303	249
Visciano	4.199	173,85	32,58	51,32	147	520	2.775	455	449
DSS 49	106.406	137,06	28,53	49,35	4.494	14.831	71.248	10.907	9.420

Di seguito si mostra la popolazione presente sul DSS n. 50

Comune	Popolazione (agg. al 01/01/ 2022)	Indice di Vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione				
					0-4 aa	0-14 aa	15-64 aa	65-74 aa	>75 aa
Cercola	17.124	133,19	29,93	52,40	726	2.525	11.236	2.022	1.341
Massa di Somma	5.056	138,27	28,26	48,71	217	695	3.400	597	364
Pollena Trochia	12.976	114,95	26,63	49,80	608	2.007	8.662	1.388	919
Volla	25.369	80,99	21,46	47,97	1.536	4.544	17.145	2.417	1.263
DSS 50	60.525	105,53	25,50	49,66	3.087	9.771	40.443	6.424	3.887

Di seguito si mostra la popolazione presente sul DSS n. 51.

Comune	Popolazione (agg. al 01/01/ 2022)	Indice di Vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione				
					0-4 aa	0-14 aa	15-64 aa	65-74 aa	>75 aa
Pomigliano D'Arco	39.762	143,65	31,91	54,13	1.737	5.731	25.798	4.554	3.679
Sant'Anastasia	26.460	132,14	29,52	51,85	1.099	3.892	17.425	2.921	2.222
DSS 51	66.222	139,00	30,95	53,21	2.836	9.623	43.223	7.475	5.901

Di seguito si mostra la popolazione presente sul DSS n. 52.

Comune	Popolazione (agg. al 01/01/ 2022)	Indice di Vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione				
					0-4 aa	0-14 aa	15-64 aa	65-74 aa	>75 aa
Ottaviano	23.064	123,44	26,28	47,56	982	3.327	15.630	2.313	1.794
Palma Campania	223	107,82	22,91	44,15	786	2.391	11.254	1.411	1.167
Poggiomarino	22.011	85,00	20,79	45,24	1.202	3.706	15.155	1.779	1.371
San Gennaro Vesuviano	12.031	84,82	20,00	43,59	639	1.976	8.379	975	701
San Giuseppe Vesuviano	30.045	96,48	21,74	44,28	1.461	4.693	20.824	2.537	1.991
Terzigno	17.256	96,00	21,92	44,75	799	2.722	11.921	1.516	1.097
Striano	8.709	93,77	22,91	47,36	480	1.444	5.911	816	538
DSS 52	129.339	98,75	22,46	45,20	6.349	20.259	89.074	11.347	8.659

Di seguito si mostra la popolazione presente sul DSS n. 53.

Comune	Popolazione (agg. al 01/01/20 22)	Indice di Vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione				
					0-4 aa	0-14 aa	15-64 aa	65-74 aa	>75 aa
Castellammare di Stabia	63.330	147,79	32,51	54,50	2.534	9.016	40.989	7.039	6.286

Di seguito si mostra la popolazione presente sul DSS n. 54.

Comune	Popolazione (agg. al 01/01/20 22)	Indice di Vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione				
					0-4 aa	0-14 aa	15-64 aa	65-74 aa	>75 aa
San Giorgio a Cremano	43.057	196,06	40,09	60,53	1.421	5.484	26.821	5.188	5.564
San Sebastiano al Ves.	8.721	151,96	34,14	56,60	317	1.251	5.569	1.041	860
DSS 54	51.778	187,87	39,06	59,86	1.738	6.735	32.390	6.229	6.424

Di seguito si mostra la popolazione presente sul DSS n. 55.

Comune	Popolazione (agg. al 01/01/20 22)	Indice di Vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione				
					0-4 aa	0-14 aa	15-64 aa	65-74 aa	>75 aa
Ercolano	50.580	141,83	32,88	56,06	2.245	7.513	32.411	5.980	4.676

Di seguito si mostra la popolazione presente sul DSS n. 56.

Comune	Popolazione (agg. al 01/01/20 22)	Indice di Vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione				
					0-4 aa	0-14 aa	15-64 aa	65-74 aa	>75 aa
Boscoreale	26.317	116,40	27,51	51,14	1.251	4.115	17.412	2.736	2.054
Boscotrecase	9.897	140,86	30,78	52,64	428	1.417	6.484	1.100	896
Torre Annunziata	40.523	136,46	33,85	58,66	1.973	6.336	25.541	4.625	4.021
Trecase	8.594	153,97	33,66	55,52	340	1.208	5.526	1.013	847
DSS 56	85.331	132,24	31,46	55,25	3.992	13.076	54.963	9.474	7.818

Di seguito si mostra la popolazione presente sul DSS n. 57.

Comune	Popolazione (agg. al 01/01/20 22)	Indice di Vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione				
					0-4 aa	0-14 aa	15-64 aa	65-74 aa	>75 aa
Torre del Greco	81.289	147,17	33,26	55,87	3.454	11.788	52.153	9.503	7.845

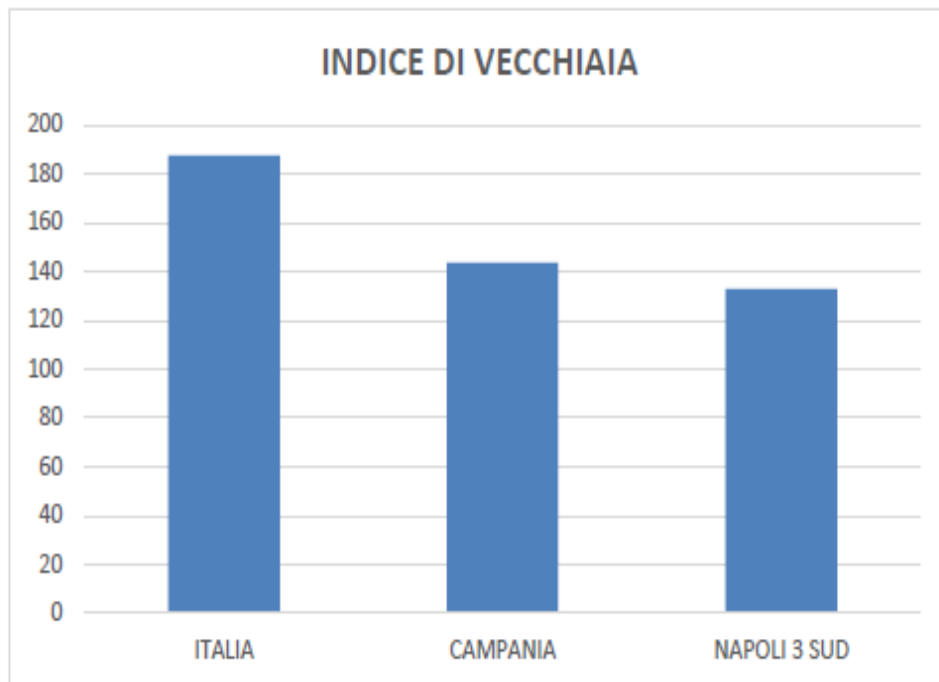
Di seguito si mostra la popolazione presente sul DSS n. 58.

Comune	Popolazione (agg. al 01/01/20 22)	Indice di Vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione				
					0-4 aa	0-14 aa	15-64 aa	65-74 aa	>75 aa
Agerola	7.666	125,25	30,60	55,03	362	1.208	4.945	756	757
Casola di Napoli	3.663	95,09	23,51	48,24	165	611	2.471	348	233
Gragnano	28.167	127,42	29,41	52,48	1.243	4.263	18.472	3.029	2.403
Lettere	6.073	93,87	23,07	47,65	287	1.011	4.113	577	372
Pimonte	5.868	90,05	21,87	46,15	306	975	4.015	542	336
Pompei	24.098	144,59	31,71	53,65	1.026	3.440	15.684	2.700	2.274
Sant'Antonio Abate	19.169	108,92	24,41	46,82	830	2.926	13.056	1.860	1.327
Santa Maria la Carità	11.689	91,46	23,31	48,79	628	2.002	7.856	1.100	731
DSS 58	106.393	117,70	27,40	50,67	4.847	16.436	70.612	10.912	8.433

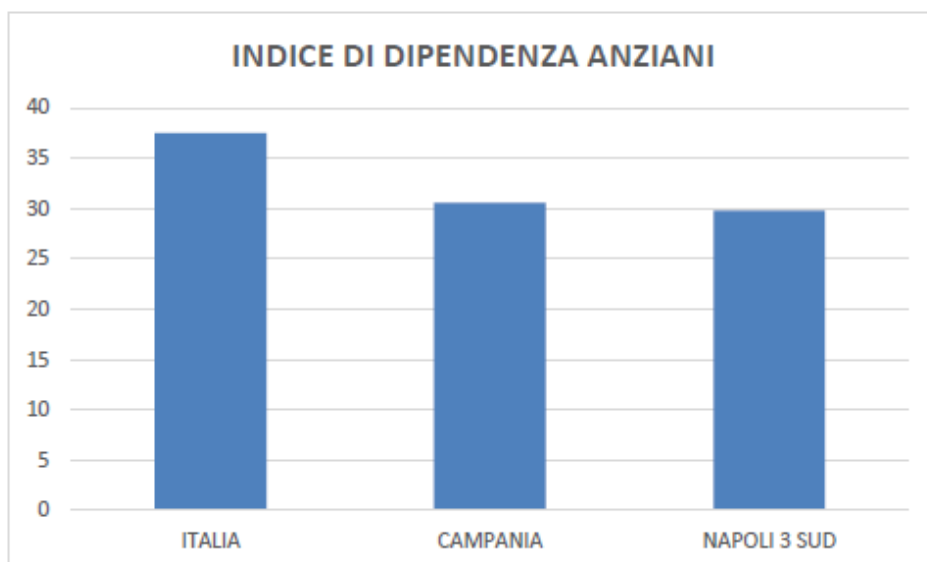
Di seguito si mostra la popolazione presente sul DSS n. 59.

Comune	Popolazione (agg. al 01/01/20 22)	Indice di Vecchiaia	Indice di dipendenz a anziani	Indice di dipendenz a strutturale	Popolazione				
					0-4 aa	0-14 aa	15-64 aa	65-74 aa	>75 aa
Massa Lubrense	14.146	141,72	32,28	55,06	633	2.078	9.123	1.493	1.452
Meta	7.862	156,71	31,57	51,72	319	1.044	5.182	787	849
Piano di Sorrento	12.486	179,56	37,23	57,97	471	1.639	7.904	1.438	1.505
Sant'Agnello	8.729	158,55	33,99	55,43	329	1.204	5.616	913	996
Sorrento	15.600	199,53	38,32	57,53	540	1.902	9.903	1.833	1926
Vico Equense	20.363	145,25	32,01	54,04	840	2.913	13.219	2.237	1.994
Distretto 59	79.186	161,96	34,27	55,43	3.132	10.780	50.947	8.701	8.758

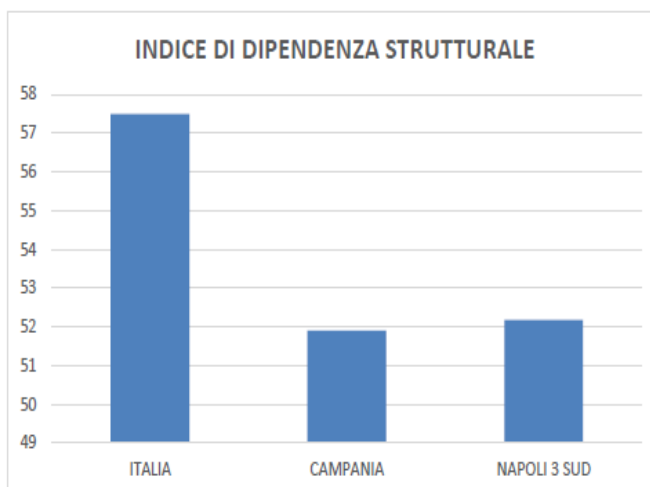
Si mostrano di seguito, graficamente, gli indici ottenuti in riferimento all'intera popolazione dell'ASL Napoli 3 Sud.



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



L'indice di dipendenza anziani è il rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di età 15-64 anni. Questo indice misura quanti ultra64enni ci sono ogni 100 adulti in età lavorativa (15-64 anni), permettendo di valutare il livello dell'invecchiamento degli abitanti di un territorio rispetto alla popolazione attiva.



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

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

Livello di analisi	Popolazione (agg. al 01/01/20 22)	Indice di Vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione		
					0-14 aa	15-64 aa	> 65 aa
Italia	59.030.133	187,6	37,5	57,5	7.489.795	37.488.934	14.051.404
Campania	5.624.420	143,6	30,6	51,9	789.360	3.701.598	1.133.462
ASL Napoli 3 Sud	1.035.273	132,8	29,8	52,2	152.307	679.401	202.229

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

Modello FLS 11 Anno 2022	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 2022	I dati relativi alle esenzioni da ticket sono coerenti con quelli esposti nel quadro H del modello FLS11, per il periodo di riferimento specificato.

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 i Presidi Ospedalieri aziendali, che sono:

- PO di Nola e dallo Stabilimento di Pollena;
- PO di Castellammare e dallo Stabilimento di Gragnano;
- PO di Sorrento e dallo Stabilimento di Vico Equense;
- PO di Boscotrecase (convertito in COVID Hospital in piena emergenza);
- 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.

2.2 L'AMMINISTRAZIONE

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

2.2.1 IL MODELLO ORGANIZZATIVO

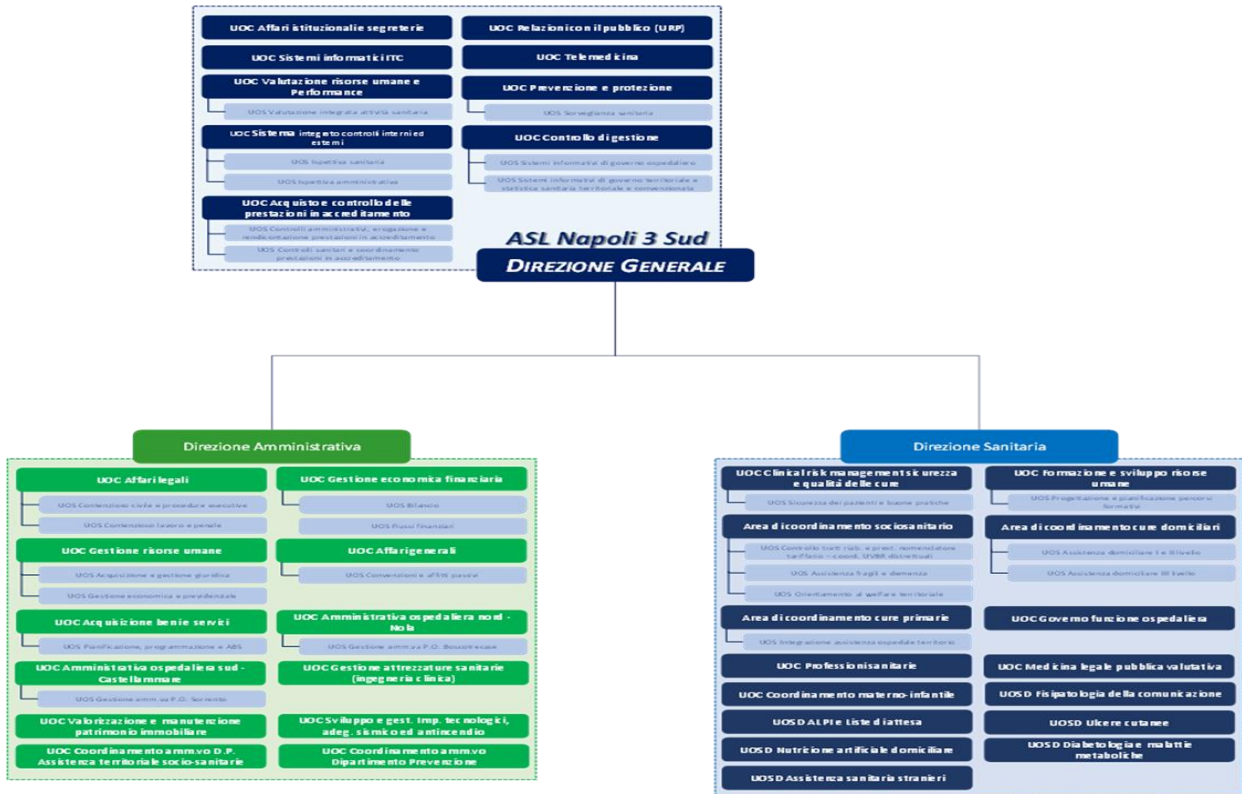
L'organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con Atto di diritto privato, approvato con Decreto del Commissario Ad Acta n.39 del 25/09/2017 e quindi deliberato dalla direzione Strategica con deliberazione del Direttore Generale n. 735 del 19/10/2017, redatto sulla base della programmazione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

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

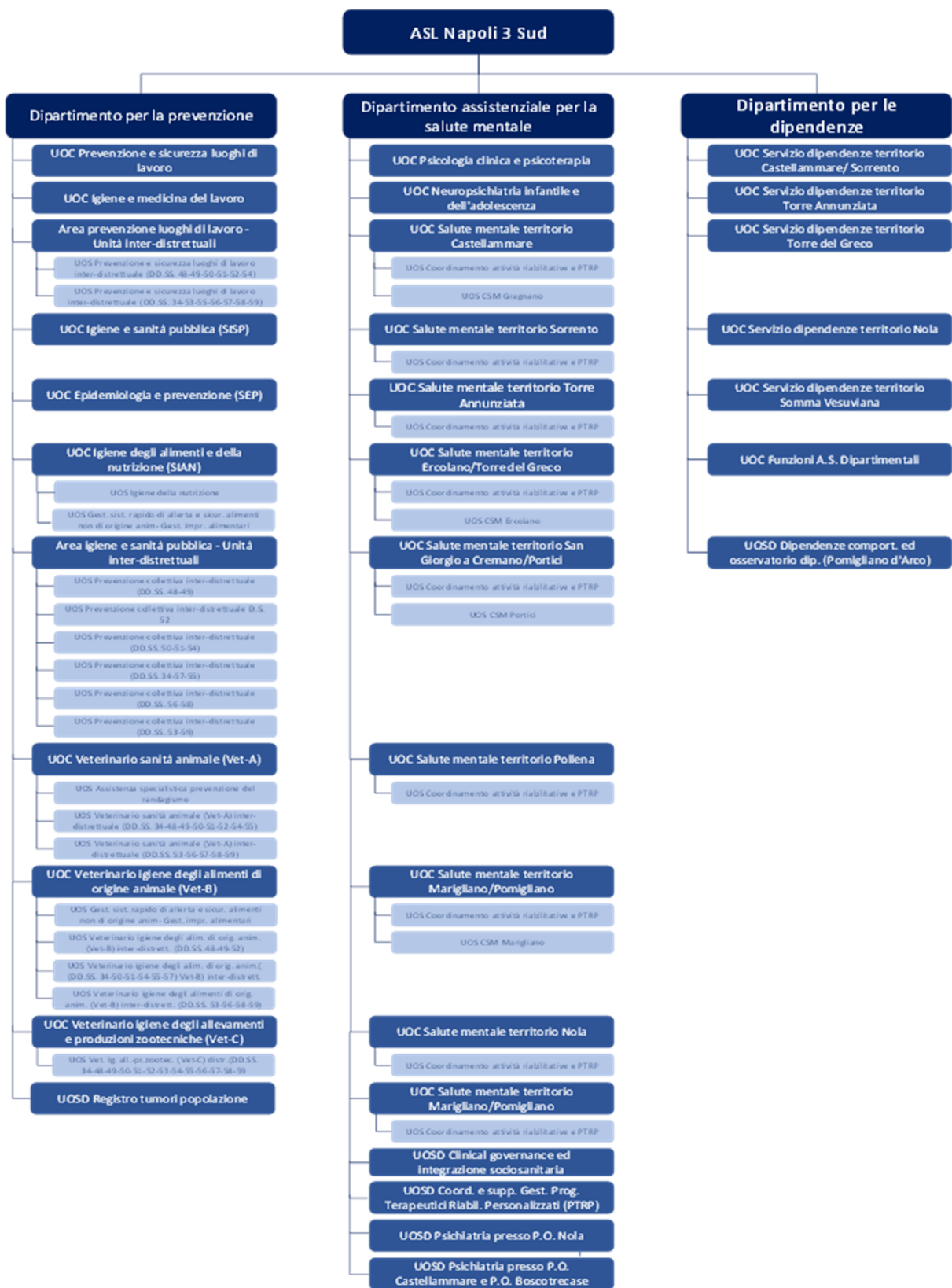
Il governo centrale dell'ASL Napoli 3 Sud è assicurato attraverso la governance della Direzione Generale, coadiuvata dalla Direzione Sanitaria e dalla Direzione Amministrativa, su tutte le strutture che la compongono.

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

ORGANIGRAMMA AREA CENTRALE



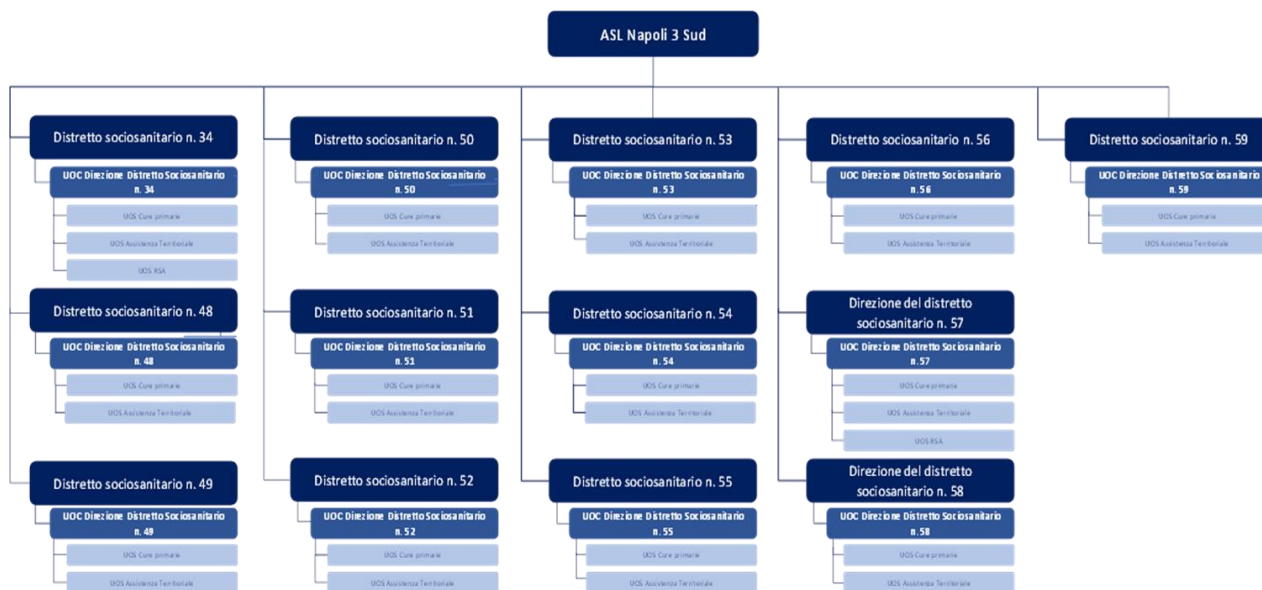
ORGANIGRAMMA AREA DIPARTIMENTALE



ORGANIGRAMMA AREA OSPEDALIERA



ORGANIGRAMMA AREA TERRITORIALE



2.3 LA RETE DEI SERVIZI

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

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

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

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

Le Strutture Centrali (Governo Clinico, Governo Tecnico Amministrativo e strutture di supporto Direzione Strategica) supportano la Direzione nei processi di pianificazione strategica, di sviluppo delle risorse umane, delle politiche della qualità e del governo clinico, nonché del controllo di gestione.

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

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;

M.M.G. e P.L.S.

DSS	2021			2022			VAR % 2021-2022
	MMG	PLS	Totale	MMG	PLS	Totale	
34 Portici	33	7	40	35	5	40	0%
48 Marigliano	69	16	85	65	15	80	-6%
49 Nola	79	16	95	71	12	83	-13%
50 Volla	36	10	46	36	10	46	0%
51 Pomigliano d'Arco	48	9	57	42	9	51	-11%
52 Palma Campania	81	20	101	79	17	96	-5%
53 Castellammare di Stabia	43	10	53	42	9	51	-4%
54 San Giorgio a Cremano	39	9	48	35	6	41	-15%
55 Ercolano	29	10	39	31	9	40	3%
56 Torre Annunziata	58	15	73	54	14	68	-7%
57 Torre del Greco	56	14	70	51	12	63	-10%
58 Pompei	70	16	86	67	15	82	-5%
59 Sant'Agnello	51	12	63	47	11	58	-8%
Totale complessivo	692	164	856	655	144	799	-7%

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).

Nell'Azienda si individuano i seguenti Dipartimenti Strutturali:

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.

Nell'Azienda si individuano le seguenti 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'

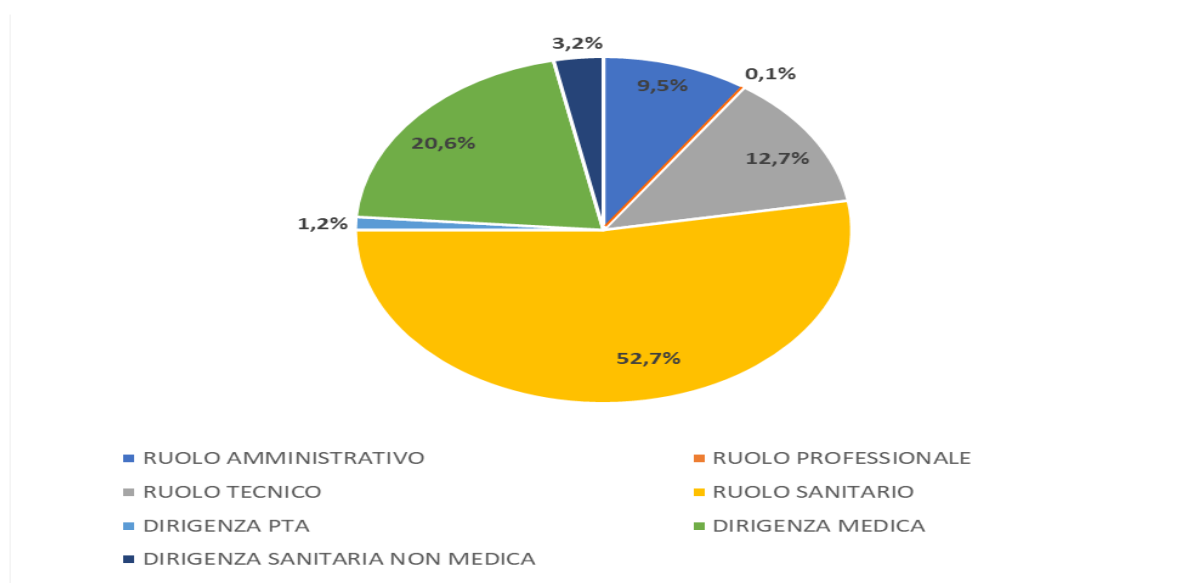
Nel corso dell'anno 2022, ovvero dal 1° gennaio al 31 dicembre, il personale in servizio presso l'ASL Napoli 3 Sud è stato di n. 4.738 unità effettive.

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

Il personale dipendente appartenente all'area dirigenza è pari a: 1.184 unità

Il personale appartenente all'area comparto è pari 3.554 unità

Di seguito si rappresenta graficamente la distribuzione del personale, distinto per profilo professionale, in servizio al 31/12/2022



2.5 DATI ECONOMICI

Si rimanda alla DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 1160 DEL 13.12.2022, OGGETTO: ADOZIONE DEL BILANCIO PREVENTIVO ECONOMICO ANNO 2023 – RETTIFICA E INTEGRAZIONE DELLA DELIBERA N. 1087 DEL 29/11/2022”

3. ALBERO DELLA PERFORMANCE

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

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

3.1 LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA

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

3.2 LA PROGRAMMAZIONE OPERATIVA E IL MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI

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

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

Il sistema di budget è l'insieme delle regole aziendali attraverso le quali vengono articolati e pesati gli obiettivi di breve periodo con riferimento al Dipartimento e alla Unità Operative Complesse e Semplici Dipartimentali.

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

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

3.3 IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

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

- Performance Organizzativa
- Performance Individuale

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

Il processo nell'anno 2022 si è svolto secondo le seguenti fasi:

A) Assegnazione degli obiettivi

Il processo ha avuto inizio con l'adozione del "Piano Triennale della performance 2022 - 2023 e del documento di Direttive 2022", Deliberazione n. 370 del 29.04.2022 APPROVAZIONE ED ADOZIONE DEL "PIANO DELLA PERFORMANCE ASL NAPOLISUD 2022 – 2024 DIRETTIVA ANNUALE DEL DIRETTORE GENERALE PER L'ANNO 2022 e Deliberazione n.546 del 21.06.2022 RETTIFICA ED INTEGRAZIONE DELLA DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 370 DEL 29.04.2022 "PRESA D'ATTO, APPROVAZIONE ED ADOZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE ASL NAPOLI 3 SUD 2022 - 2024: DIRETTIVA ANNUALE DEL DIRETTORE GENERALE PER L'ANNO 2022), che prevedevano 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. 370 del 29.04.2022 APPROVAZIONE ED ADOZIONE DEL "PIANO DELLA PERFORMANCE ASL NAPOLI3 SUD 2022 – 2024 DIRETTIVA ANNUALE DEL DIRETTORE GENERALE PER L'ANNO 2022
- Deliberazione n.546 del 21.06.2022 RETTIFICA ED INTEGRAZIONE DELLA DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 370 DEL 29.04.2022 "PRESA D'ATTO, APPROVAZIONE ED ADOZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE ASL NAPOLI 3 SUD 2022 - 2024: DIRETTIVA ANNUALE DEL DIRETTORE GENERALE PER L'ANNO 2022).

Monitoraggio della performance

Anche nel corso dell'anno 2022, lo stato pandemico di cui al Coronavirus SARS-CoV-2 ha determinato almeno nei primi mesi un rallentamento nell'affidamento degli obiettivi e delle attività per alcune strutture.

Secondo quanto già evidenziato nelle sezioni precedenti, il monitoraggio degli obiettivi è di specifica competenza dei Responsabili delle Strutture Aziendali.

Nel corso dell'anno 2022 si è avuta la nomina 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 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").

Nel corso dell'anno 2022, si è ultimato, la validazione delle schede di quei dirigenti, per vari motivi non valutati, per gli anni, 2018, 2019,2020 e 2021, pari a circa 2.724 dipendenti non valutati, che alla data del 30.06.2023 si sono ridotti a 350.

Con Delibera n. 710 del 05.08.2022, ad oggetto PRESA ATTO E APPROVAZIONE REGOLAMENTO DI FUNZIONAMENTO DELL'ORGANISMO INDIPENDENTE O.I.V. ASL NAPOLI 3 SUD, si è approvato il regolamento dell'O.I.V. fondamentale nella chiusura di ogni ciclo di Performance.

B) 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.

C) Valutazione annuale della performance individuale

Gli strumenti utilizzati sono stati:

- la "Scheda di negoziazione e valutazione degli obiettivi individuali";
- la "Scheda di valutazione degli obiettivi organizzativi, per la valutazione è di specifica competenza del Diretto superiore.

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

D) Determinazione valutazione individuale complessiva

Sono in itinere i provvedimenti conclusivi per la determinazione dei premi inerenti la Retribuzione di Risultato per la Dirigenza e la Produttività per il personale di Comparto.

Procedura di esclusiva competenza dell'U.O. C. Gestione Risorse Umane.

E) Rendicontazione a soggetti interni ed esterni

La rendicontazione ai soggetti valutati avviene con la presa d'atto della valutazione ricevuta dal diretto superiore, è obbligo del diretto superiore, consegnare, dopo il colloquio valutativo, copia della scheda oggetto di valutazione, regolarmente firmata dall'interessato per presa d'atto.

La pubblicazione dei documenti, attestanti il raggiungimento degli obiettivi Performance organizzativa della U.O. è di specifica competenza del Direttore di Dipartimento, Direttore di Distretto Socio Sanitario, Direttore P.O. Direttore U.O.C. e del Responsabile di Struttura Semplice.

E' di competenza degli stessi anche la Pubblicazione della Relazione prevenzione della Corruzione, sul sito istituzionale aziendale, nella sezione dedicata alla Performance e sui rispettivi link aziendali delle UO tutte.

A tal proposito si riporta quanto contenuto nel deliberato di cui alla Deliberazione n. 370 del 29.04.2022 avente ad oggetto "PRESA D'ATTO, APPROVAZIONE ED ADOZIONE DEL "PIANO DELLA PERFORMANCE ASL NAPOLI3 SUD 2022 - 2024: DIRETTIVA ANNUALE DEL DIRETTORE GENERALE PER L'ANNO 2022. APPROVAZIONE"- Direttiva Annuale del Direttore Generale per l'anno 2021. Approvazione":

- stabilire che il raggiungimento degli obiettivi di cui alla Deliberazione "Adozione del Piano della prevenzione della Corruzione e Piano triennale della Trasparenza anni 2022/23/24 ai sensi della legge n. 190/2012 e smi e della Delibera Anac n. 1064 del 13.11.2019 – PNA aggiornamento 2022/2024" di cui alla delibera aziendale siano propedeutici all'accesso alla valutazione degli obiettivi del "Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2022 – 2024: Direttiva annuale del Direttore Generale per l'Anno 2022" e che tali obiettivi organizzativi siano declinati, da parte dei Direttori dei Dipartimenti, i Direttori delle UU.OO.CC. e i Responsabili delle SS.SS.DD., con l'affidamento degli obiettivi organizzativi di struttura e con l'affidamento degli obiettivi individuali;
- stabilire che tutte le attività collegate al raggiungimento dei LEA, validati dall'U.O.C. Controllo di Gestione, sono da intendere obiettivi performance organizzativa e quindi vincolanti per le UU.OO. titolari del raggiungimento dei predetti obiettivi;
- stabilire che tutte le attività collegate al raggiungimento degli obiettivi di cui alla Deliberazione del Direttore n.736 del 28.07.2021: "Presa d'atto della delibera di giunta regionale n.618 del 28.12.2020 - risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere proprietario e di rilievo nazionale, art 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n.662: linee progettuali prioritarie individuate dall'accordo 1° agosto 2018. Rep atti n.150/csr anno 2018. Presa d'atto dei progetti dell'Asl Napoli 3 sud, approvati dalla Giunta Regionale della Campania, già oggetto di specifica relazione con nota prot. n.0055029 del 10/03/2021, trasmessa al Direttore Generale Tutela della Salute cssr - Regione Campania-provvedimenti consequenziali sono da intendere obiettivi performance organizzativa e quindi vincolanti per le UU.OO. titolari del raggiungimento dei predetti obiettivi;
- stabilire che il monitoraggio degli obiettivi e 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, struttura deputata al monitoraggio degli stessi;
- stabilire che il raggiungimento degli obiettivi sia validato dall'UOC Controllo di Gestione e/o da altra UOC centrale già competente, per disposizione della Direzione Strategica, per gli obiettivi specifici monitorati.
- stabilire che tutti i Responsabili delle strutture aziendali, affidatari degli obiettivi di cui all'allegato n. 2 del presente atto, trasmettano entro il 31.01.2023 il risultato del raggiungimento degli obiettivi 2022 e quindi la valutazione di tutto il personale afferenti, valutazione che dovrà essere inviata anche alla UOC Relazioni con il Pubblico Trasparenza Tutela e Comunicazione per la relativa pubblicazione
- stabilire che il mancato invio delle schede obiettivi performance 2022, nei termini di cui sopra, nel formato utile alla pubblicazione, inciderà non solo sul raggiungimento degli obiettivi affidati ma anche sul processo di valutazione da parte dei Collegi Tecnici.

In merito all'invio delle schede Performance 2022, il termine 31/01/2023, non è stato possibile rispettarlo per quanto evidenziato nei paragrafi precedenti.

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.

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 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

Nell'assistenza ospedaliera, si rappresenta che le azioni sono da mettere in atto:

- 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: DATI DI ATTIVITA'

Per quanto attiene agli obiettivi Performance 2022 affidati si rimanda a Delibera n.370 del 29.04.2022 e Delibera n.546 del 21.06.2022 di seguito si riporta una sintetica descrizione relativamente al posizionamento dell'Azienda rispetto agli indicatori NSG dell'anno 2022. Al fine di fornire un quadro di riferimento SINTETICO sui risultati che l'Azienda ha raggiunto nel corso dell'anno 2022 si riportano le tabelle (**Fonte dei dati Controllo di Gestione**).

N.	Livello di assistenza	Definizione	Gennaio-Dicembre 2021:	Gennaio-Dicembre 2022	Delta % 2021 vs 2022	Obiettivi regionali
1	Prevenzione	P01C	95,10%	94,57%	-0,53%	>=92%
		Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)				
2	Prevenzione	P02C	95,10%	93,77%	-1,33%	>=92%
		Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)				
3	Prevenzione	P15C	25,00%	13,87%	-11,13%	>=25%
		3.1 Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina				
		P15C				
3	Prevenzione	3.2 Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	33,90%	22,88%	-11,02%	>=35%
		P15C				
3	Prevenzione	3.3 Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	13,90%	8,02%	-5,88%	>=25%
		P15C				
4	Prevenzione	P10Z	146,86%	107,10%	-39,76%	>=70%
		Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino				
5	Prevenzione	P12Z	94,27%	98,75%	4,48%	>= 80%
		Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale				

6	Prevenzione	P14C	/	/		40
		Indicatore composito sugli stili di vita				
7	Assistenza Distrettuale	D03C	N. 1.075 Tasso: 95,64	82,12	-13,52	<=373
		Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>=18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco)				
8	Assistenza Distrettuale	D04C	N.4 Tasso: 2,30	6,88	4,58	<=176
		Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite)				
9	Assistenza Distrettuale	D09Z	26'26"	20'	-6'26"	<=20 min
		Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso				
10	Assistenza Distrettuale	D10Z	32,64%	65,53%	32,89%	>=60%
		Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al tot. Prestazioni di classe B				
11	Assistenza Distrettuale	D14C	6.553,93	6.158,12 * aggiornato a Ottobre 2022	-395,81	<= 7.263
		Consumo di farmaci sentinella/ traccianti per 1.000 ab. Antibiotici.				
12	Assistenza Distrettuale	D22Z	1,35	1,20	-0,15	2,6
		Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA1, CIA2, CIA3)	1,96	0,95	-1,01	1,9
			0,4	0,84	0,44	1,5
13	Assistenza Distrettuale	D27Z	0%		0%	<=6,9
		Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche				
14	Assistenza Distrettuale	D30Z	38%	38%	0%	>=35%
		Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore				

15	Assistenza Distrettuale	D33Z	/		/	>= 24,6%
		Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento				
16	Assistenza Ospedaliera	H01Z	58.655 Tasso: 35,76	31,68	-4,08	<=160
		(Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1.000 residenti.) Dimessi dalle nostre strutture di ricovero				
17	Assistenza Ospedaliera	H02Z	68,10%	62,06%	-6,04%	>=70%
		Quota interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volumi attività superiori 135 interventi annui				
18	Assistenza Ospedaliera	H04Z	0,13	0,12	-0,01	<=0,24
		Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriately in regime ordinario				
19	Assistenza Ospedaliera	H05Z	81,70%	86,11%	4,41%	>=70%
		Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg				
20	Assistenza Ospedaliera	H13C	42,50%	55,15%	12,65%	>=60%
		Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi con frattura del collo del femore operati entro 2 gg in regime ordinario				
21	Assistenza Ospedaliera	H17C	28,60%	26,75%	-1,85%	<=20%
		Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con < 1.000 parti				

22	Assistenza Ospedaliera	H18C	31,60%	31,35%	-0,25%	<=25%
		Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con > 1.000 parti				

Si ricorda ancora, che nella Deliberazione n. 370 del 29.04.2022 avente ad oggetto "Adozione del Piano della Performance 2022-2024 – Direttiva Annuale del Direttore Generale per l'anno 2022. Approvazione", e Delibera n.546 del 21.06.2022 - RETTIFICA ED INTEGRAZIONE DELLA DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 370 DEL 29.04.2022 "PRESA D'ATTO, APPROVAZIONE ED ADOZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE ASL NAPOLI 3 SUD 2022 - 2024 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 il mancato invio dei predetti dati inciderà sulla valutazione finale.

Sarà cura dei direttori/responsabili delle strutture aziendali pubblicare le relative relazioni annuali sul sito aziendale www.aslnapoli3sud.it alla sezione di proprio competenza.

Si allega documento di validazione performance 2022 redatto dall' Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.).

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

Le criticità emerse nell'anno 2022 sono sovrapponibile a quelle degli anni precedenti all'emergenza COVID 19 Infine, si deve sottolineare che è stato possibile contenere l'evento pandemico da Sars Covid solo grazie alla professionalità, al senso di responsabilità ed abnegazione di tutto il personale di qualsiasi ruolo.

4.1 ANALISI SWOT

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

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

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

		ANALISI SWOT	
		Punti di forza	Punti di debolezza
CONTESTO INTERNO		<ul style="list-style-type: none"> • Applicazione di percorsi di qualità clinicoassistenziali 	<ul style="list-style-type: none"> • Insufficiente integrazione ospedale - territorio
		<ul style="list-style-type: none"> • Diffusione della cultura connessa al rischio clinico e alla qualità 	<ul style="list-style-type: none"> • Tempistiche di reclutamento del personale
		<ul style="list-style-type: none"> • Adozione di misure per la razionalizzazione della spesa e la riduzione degli sprechi 	<ul style="list-style-type: none"> • Margini di manovra finanziaria legata ai vincoli di bilancio
		<ul style="list-style-type: none"> • Trasparenza e anticorruzione 	<ul style="list-style-type: none"> • Liste di attesa
		<ul style="list-style-type: none"> • Sviluppo della cultura della programmazione e individuazione di strumenti efficaci per la valutazione della gestione aziendale in base ai risultati e alle evidenze 	<ul style="list-style-type: none"> • Razionalizzazione della spesa farmaceutica
		<ul style="list-style-type: none"> • Percorso attuativo di Certificazione del Bilancio Aziendale 	<ul style="list-style-type: none"> • Razionalizzazione della spesa per dispositivi
			<ul style="list-style-type: none"> • Resistenza al cambiamento culturale ed organizzativo
		Opportunità	Minacce
CONTE		<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, negli aspetti organizzativi e nell’offerta in risposta alla domanda dell’utenza, sempre più diversificata, specialistica ed emergenziale

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 l’insegnamento che è venuto a noi, da tutte le problematiche insorte con l’emergenza Covid.