

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 1003 DEL 27.11.2019

=====

**OGGETTO:** PIANO DELLA PERFORMANCE ASL NAPOLI3 SUD 2019 – 2021 – DIRETTIVA ANNUALE DEL DIRETTORE GENERALE PER L'ANNO 2019. APPROVAZIONE.

PUBBLICAZIONE		ESECUTIVITA'	
<u>AFFISSIONE ALBO</u>	<u>RELATA</u>	<u>ORDINARIA</u>	<u>IMMEDIATA</u>
La presente deliberazione sarà affissa all'Albo Pretorio informatico dell' Azienda dal <p style="text-align: center;">03.12.2019</p> e vi permarrà per 15 giorni consecutivi. L'incaricato f.to sig.ra Maria Vallone	La presente deliberazione è stata affissa all'Albo Pretorio informatico dell' Azienda per 15 giorni consecutivi dalla data della sua pubblicazione <p style="text-align: center;">L'incaricato</p>	La presente deliberazione ha efficacia a decorrere dal <p style="text-align: center;">Il Dirigente</p>	La presente deliberazione per l'urgenza, è resa immediatamente esecutiva. <p style="text-align: center;">27.11.2019</p> <p style="text-align: center;">Il Direttore Generale f.to Ing. Gennaro Sosto</p>

Nell'anno, giorno e mese sopra specificati,

IL DIRETTORE GENERALE

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

## DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

**Oggetto:** “Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2019 – 2021 – Direttiva annuale del Direttore Generale per l’Anno 2019. Approvazione”

### IL DIRIGENTE RESPONSABILE DELL’ U.O.C. VALUTAZIONE RISORSE UMANE E PERFORMANCE

alla stregua dell’istruttoria compiuta dal Dirigente Responsabile dell’U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance, giusta Deliberazione del Direttore Generale n. 300 del 01.04.2019 e ss.mm.ii., delle risultanze degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell’espressa dichiarazione di regolarità tecnica e amministrativa della stessa, resa dallo stesso 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 D.Lgs.30 giugno 2003 n.196, ed al Regolamento aziendale, in materia di protezione dei dati personali, di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 52 del 17 Gennaio 2018, redatto in conformità alle prescrizione del Regolamento europeo n. 679 del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE, con consequenziale esclusiva assunzione di responsabilità;

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

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

### **Premesso che:**

- ai sensi dei DD.CC.AA. n. 14/2009 e n. 60/2011 la Direzione aziendale delinea la pianificazione strategica, focalizzando le strategie per l’attuazione degli obiettivi individuati dal Piano Sanitario Nazionale e dalla Programmazione Regionale, in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio;
- tale pianificazione prende forma attraverso il Piano della Performance di cui all’art. 10 del D. Lgs. n. 150/2009 a valenza triennale e la Direttiva annuale di all’ art. 14 del D. Lgs.n. 165/2001;
- l’art. 10, comma I, lettera a del D. Lgs. n. 150 del 2009 stabilisce che: *“al fine di*

- assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, le amministrazioni pubbliche, secondo quanto stabilito dall'articolo 15, comma 2, lettera d), redigono annualmente, un documento programmatico triennale, denominato Piano della Performance da adottare ... in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori*
- l'art. 8 del D. Lgs. n. 74 del 25 maggio 2017 "Modifiche all'art. 10 del decreto legislativo n. 150 del 2009" apporta modificazioni al citato D. Lgs. 150/2009, stabilendo, tra l'altro che: *le amministrazioni pubbliche redigono e pubblicano sul sito istituzionale ogni anno il Piano della performance, documento programmatico triennale, che è definito dall'organo di indirizzo politico-amministrativo in collaborazione con i vertici dell'amministrazione e secondo gli indirizzi impartiti dal Dipartimento della funzione pubblica ai sensi dell'art. 3, comma 2, e che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi di cui all'articolo 5, comma 1, lettera b);*
  - secondo l'art. 10 del D.L.gs n. 150/2009, il Piano individua, con valenza triennale da aggiornarsi annualmente a scorrimento, gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce gli indicatori per la misurazione e valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale e i relativi indicatori, dando avvio al ciclo di gestione della performance su cui si baserà poi la misurazione e la rendicontazione dei risultati;
  - per dette finalità, gli obiettivi definiti dal Piano devono essere:
    - a. rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
    - b. specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
    - c. tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
    - d. riferibili ad un arco temporale determinato, corrispondente ad un anno;
    - e. commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazione con amministrazioni omologhe;
    - f. confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
    - g. correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili;
  - ✚ in relazione alla programmazione aziendale, con il richiamato Decreto CA n. 14/2009 è prevista, con cadenza annuale, l'elencazione dei Centri responsabili degli obiettivi strategici e l'individuazione delle strutture per la funzione di supporto alla Direzione Aziendale nella strutturazione del processo e nelle valutazioni sul suo andamento in corso di esercizio;
  - ✚ tutte le attività collegate al raggiungimento del L.E.A. sono da intendere compiti istituzionali (vedi Decreto n.99 del 14/12/2018, vedi Decreto del Commissario ad Acta n. 134 del 28/10/2016 e il Decreto n.38 del 01/06/2016), il cui raggiungimento degli obiettivi stabiliti dalla Direzione Strategica, costituiscono il presupposto per

accedere, alla valutazione degli obiettivi del Piano della Performance ASL Napoli 3 Sud 2019 – 2021, parte integrante e sostanziale del presente atto

**Tenuto conto che:**

- con nota prot. n. 107004 del 16/07/2019 si trasmetteva, per il seguito di competenza, la proposta di delibera: “*Piano della Performance ASL Napoli 3 Sud 2019 – 2021 - direttiva annuale del Direttore Generale per l’Anno 2018. Approvazione*”;
- la proposta di delibera di cui sopra, veniva ritirata dal Responsabile per motivi di ufficio;
- con nota prot. n. 121071 del 22/08/2019 si ritrasmetteva, per il seguito di competenza, la proposta di delibera: “*Piano della Performance ASL Napoli 3 Sud 2019 – 2021 - direttiva annuale del Direttore Generale per l’Anno 2018. Approvazione*”;
- in data 28/08/2019, veniva restituita la proposta di delibera: “*Piano della Performance ASL Napoli 3 Sud 2019 – 2021 - direttiva annuale del Direttore Generale per l’Anno 2018. Approvazione*”, con la seguente motivazione: Si restituisce al proponente affinché venga riproposta al Direttore Generale di nuovo insediamento”;
- con nota prot. n. 145509 del 15/01/2019 si convocavano i Direttori delle Strutture Sanitarie ASL Napoli 3 Sud, per la sottoscrizione degli obiettivi performance anno 2019, rimodulati così come chiesto per le vie brevi dal Direttore Sanitario ASL Napoli 3 Sud – Dr. Gaetano D’Onofrio,
- allo stato si è conclusa la fase di sottoscrizione degli obiettivi performance anno 2019.

**Visto:**

- la delibera del 28 ottobre 2010, n. 112 della Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l’Integrità delle amministrazioni pubbliche, ad oggetto: “*Struttura e modalità di redazione del Piano della performance*”;
- *quanto disposto dal Decreto Legislativo n. 33/2013 sul “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni” ed in particolare dall’art. 10 c. 8, lett. b) in riferimento al Piano della Performance;*
- la delibera aziendale n. 567 del 19 luglio 2018: “*Presenza d’atto ed Approvazione del Piano della Performance A.S.L Napoli 3 Sud anni 2018/2019/2020*”.

**Dato Atto** che il Dirigente Responsabile dell’U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance, su mandato, per le vie brevi, del Direttore Generale, ha provveduto ad elaborare il documento “*Piano della Performance anno 2019/2020/2021 dell’ A.S.L. Napoli 3 Sud, aggiorna il precedente Piano; che tale Piano, allegato alla presente, ne diventa parte integrante e sostanziale ed è redatto in raccordo con il Piano triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza nonché in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio;*”

### Visto:

- il Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165, che contempla norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche, e le successive modificazioni del Decreto medesimo;
- il Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, attuativo della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni;

### Considerato:

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

### PROPONE AL DIRETTORE GENERALE di:

- ✚ prendere atto ed approvare il documento "*Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2019 – 2021 – Direttiva annuale del Direttore Generale per l'Anno 2019. Approvazione*", allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale (Allegato 1);
- ✚ stabilire che gli obiettivi contenuti nel Piano sono vincolanti per tutti gli operatori e le articolazioni organizzative dell'Azienda, istituite e modificate in conformità al nuovo Atto Aziendale adottato con delibera n. 735 del 19/10/2017 e approvato dalla Regione Campania con D.C.A. n.39 del 25/09/2017, pubblicato sul BURC n. 72 del 2 Ottobre 2017;
- ✚ stabilire che tutte le attività collegate al raggiungimento dei L.E.A. sono da intendere compiti istituzionali, come indicato nel Decreto del Commissario ad Acta n.99 del 14/12/2018 e nel Decreto del Commissario ad Acta n. 134 del 28/10/2016, il cui raggiungimento degli obiettivi stabiliti dalla Direzione Strategica, costituiscono il presupposto per accedere, alla valutazione degli obiettivi del Piano della Performance ASL Napoli 3 Sud 2019/2020/2021, parte integrante e sostanziale del presente atto;
- ✚ dare mandato a tutti i Responsabili delle macro articolazioni aziendali, per l'anno 2019, area Sanitaria ed Amministrativa, di raggiungere gli obiettivi stabiliti dalla Direzione Strategica Aziendale e quindi declinarli, concordandoli con tutto il personale delle U.O. afferenti, di trasmettere al Responsabile dell'U.O.C.

- Valutazione Risorse Umane e Performance il verbale della riunione, firmato da tutti i partecipanti e pubblicarlo sul proprio link del sito istituzionale;
- ✚ stabilire che tutti i Responsabili delle macro articolazioni aziendali, per l'anno 2019, trasmettano entro il 31/01/2020, il risultato del raggiungimento degli obiettivi 2019 e quindi la valutazione di tutto il personale delle U.O. afferenti;
  - ✚ dare mandato a tutti i Responsabili delle azioni di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. 99 del 14/12/2018, di raggiungere, quali compiti istituzionali, gli obiettivi contenuti nello stesso;
  - ✚ dare mandato a tutti i Responsabili/Referenti delle azioni di cui alle attività progettuali del Decreto del Commissario ad Acta n. 134 del 28/10/2016, quali compiti da fondi vincolati, di raggiungere gli obiettivi contenuti nello stesso;
  - ✚ dare mandato a tutti i Responsabili/Referenti delle azioni di cui alle attività progettuali del Decreto n. 38 del 01/06/2016, quali compiti da fondi vincolati, di raggiungere gli obiettivi contenuti nello stesso;
  - ✚ stabilire che gli obiettivi di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n.678 del 22/07/2019 "*Adozione del Piano della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza anni 2019/20/21*", siano inclusi tra gli obiettivi del "*Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2019 – 2021 – Direttiva annuale del Direttore Generale per l'Anno 2019. Approvazione*" e nello specifico ob.n.1 e ob. n. 2 di cui alla scheda obiettivi performance anno 2019, adottato con il presente provvedimento;
  - ✚ dare mandato al Direttore della U.O.C. Relazioni con il Pubblico di curare la pubblicazione del "*Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2019 – 2021 – Direttiva annuale del Direttore Generale per l'Anno 2019. Approvazione*" in Amministrazione Trasparente del sito dell'Asl Napoli 3 Sud;
  - ✚ dare mandato al Dirigente Responsabile dell'U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance di trasmettere il "*Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2019 – 2021 – Direttiva annuale del Direttore generale per l'Anno 2019. Approvazione*" a:

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

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

f.to dott. Ciro Inserra

**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 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 aziendale

## Il Direttore Amministrativo Aziendale

f.to Dott. Giuseppe Esposito

## Il Direttore Sanitario Aziendale

f.to Dott. Gaetano D'Onofrio

### DELIBERA di:

- ✚ prendere atto ed approvare il documento “*Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2019 – 2021 – Direttiva annuale del Direttore Generale per l’Anno 2019. Approvazione*”, allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale (Allegato 1);
- ✚ stabilire che gli obiettivi contenuti nel Piano sono vincolanti per tutti gli operatori e le articolazioni organizzative dell’Azienda, istituite e modificate in conformità al nuovo Atto Aziendale adottato con delibera n. 735 del 19/10/2017 e approvato dalla Regione Campania con D.C.A. n.39 del 25/09/2017, pubblicato sul BURC n. 72 del 2 Ottobre 2017;
- ✚ stabilire che tutte le attività collegate al raggiungimento dei L.E.A. sono da intendere compiti istituzionali, come indicato nel Decreto del Commissario ad Acta n.99 del 14/12/2018 e nel Decreto del Commissario ad Acta n. 134 del 28/10/2016, il cui raggiungimento degli obiettivi stabiliti dalla Direzione Strategica, costituiscono il presupposto per accedere, alla valutazione degli obiettivi del Piano della Performance ASL Napoli 3 Sud 2019/2020/2021, parte integrante e sostanziale del presente atto;
- ✚ dare mandato a tutti i Responsabili delle macro articolazioni aziendali, per l’anno 2019, area Sanitaria ed Amministrativa, di raggiungere gli obiettivi stabiliti dalla Direzione Strategica Aziendale e quindi declinarli, concordandoli con tutto il personale delle U.O. afferenti, di trasmettere al Responsabile dell’U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance il verbale della riunione, firmato da tutti i partecipanti e pubblicarlo sul proprio link del sito istituzionale;
- ✚ stabilire che tutti i Responsabili delle macro articolazioni aziendali, per l’anno 2019, trasmettano entro il 31/01/2020, il risultato del raggiungimento degli obiettivi 2019 e quindi la valutazione di tutto il personale delle U.O. afferenti;
- ✚ dare mandato a tutti i Responsabili delle azioni di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. 99 del 14/12/2018, di raggiungere, quali compiti istituzionali, gli obiettivi contenuti nello stesso;

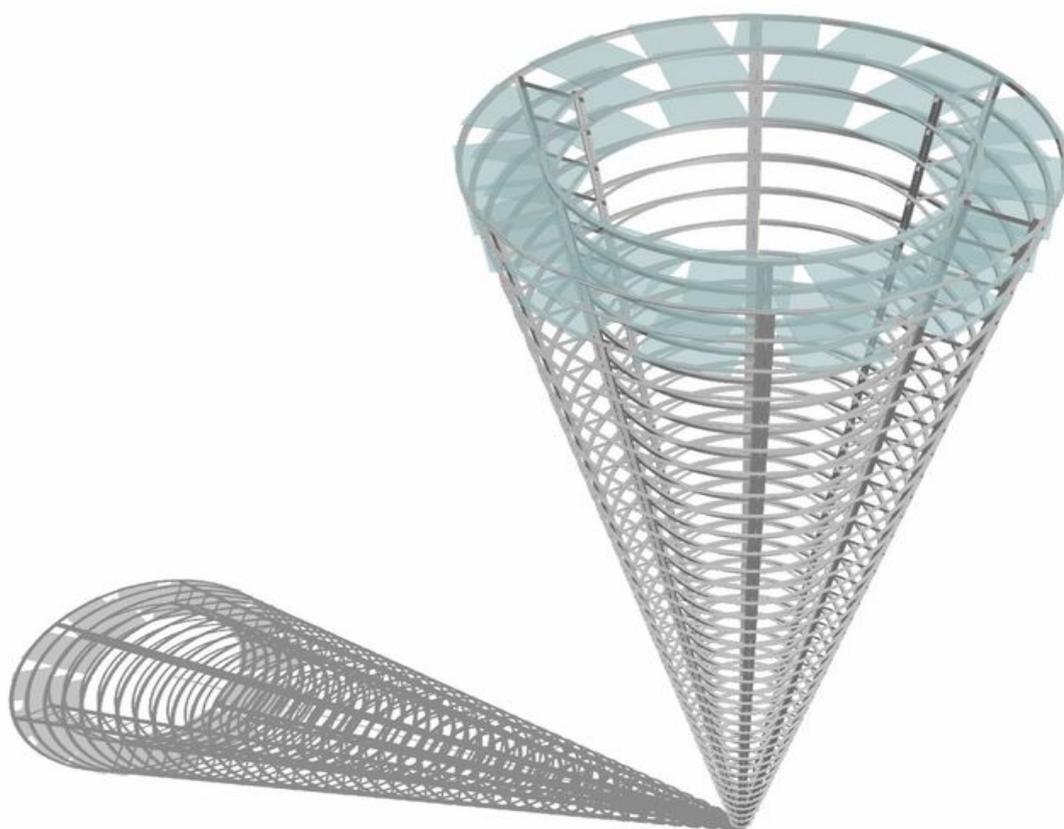
- ✚ dare mandato a tutti i Responsabili/Referenti delle azioni di cui alle attività progettuali del Decreto del Commissario ad Acta n. 134 del 28/10/2016, quali compiti da fondi vincolati, di raggiungere gli obiettivi contenuti nello stesso;
- ✚ dare mandato a tutti i Responsabili/Referenti delle azioni di cui alle attività progettuali del Decreto n. 38 del 01/06/2016, quali compiti da fondi vincolati, di raggiungere gli obiettivi contenuti nello stesso;
- ✚ stabilire che gli obiettivi di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n.678 del 22/07/2019 “Adozione del Piano della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza anni 2019/20/21”, siano inclusi tra gli obiettivi del “Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2019 – 2021 – Direttiva annuale del Direttore Generale per l’Anno 2019. Approvazione” e nello specifico ob.n.1 e ob. n. 2 di cui alla scheda obiettivi performance anno 2019, adottato con il presente provvedimento;
- ✚ dare mandato al Direttore della U.O.C. Relazioni con il Pubblico di curare la pubblicazione del “Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2019 – 2021 – Direttiva annuale del Direttore Generale per l’Anno 2019. Approvazione” in Amministrazione Trasparente del sito dell’Asl Napoli 3 Sud;
- ✚ dare mandato al Dirigente Responsabile dell’U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance di trasmettere il “Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2019 – 2021 – Direttiva annuale del Direttore generale per l’Anno 2019. Approvazione” a:

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

Il 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**  
f.to Ing. Gennaro Sosto

**Il Piano della Performance 2019 – 2021**  
**Direttiva Annuale del Direttore Generale per l'anno**  
**2019**



**Mostra d'Arte Contemporanea Cuma 4000**

Costa Varotsos (Il Teatro Greco 1999)

*Una scultura che trova canali di comunicazione tra il passato ed il presente: la trasparenza che si trasmette dal fondo del “cono” fino ad un’altezza di 18 metri, la luce, l’energia che si erge verso l’altro, la stabilità l’equilibrio e allo stesso tempo la possibilità di trarre dell’ombra la consapevolezza delle criticità che necessitano di essere riorganizzate per orientarsi verso mete più alte.*

“Siamo consapevoli di presentare alcuni aspetti di criticità. Anche noi siamo cittadini e viviamo il clima di sfiducia abbastanza generalizzato. Veniamo da una realtà difficile, oggi siamo ancora in piano di rientro. Dobbiamo prestare attenzione ai costi in un settore che rappresenta l’80% del bilancio regionale. Usare in modo appropriato le risorse scarse, in un contesto che registra una tendenza crescente all’invecchiamento della popolazione, è etico. La sfida è quindi quella di stabilire sinergie con tutte le forze del territorio, disinvestire risorse per riallocare con un occhio di riguardo ai pazienti fragili”.

## Presentazione del Piano

Il Piano della Performance è un documento di programmazione triennale redatto secondo le disposizioni di cui all'articolo 10 del decreto legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009 e nel rispetto della linee guida approvate con delibera n. 112 del 28.10.2010 della CIVIT, con delibera n. 1/2012 (Linee guida relative al miglioramento dei sistemi di misurazione e valutazione della performance e dei piani della performance) e con delibera n. 6/2013 (linee guida relative al ciclo di gestione della performance per l'annualità 2013) e in sintonia con l'aggiornamento 2015 del PNA (determinazione A.N.A.C. n.12 del 28/10/2015) e successivi aggiornamenti del PNA 2016 (delibera A.N.A.C. n.831/2016), del PNA 2017 (Delibera A.N.A.C. n. 1208 del 22 novembre 2017), e del PNA 2018 (delibera ANAC 1074 del 21/11/2018).

Ha per oggetto la definizione del sistema di valutazione, monitoraggio e misurazione delle azioni da compiere per realizzare il soddisfacimento del bisogno pubblico del bene salute.

Il Piano della Performance è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della *performance* (articolo 4 del D. Lgs 150/09); è un documento programmatico triennale in cui, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i *target*. Il Piano definisce dunque gli elementi fondamentali (obiettivi, indicatori e *target*) su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della *performance* individuale e delle strutture aziendali.

Il Piano della Performance:

- ❖ individua gli obiettivi strategici ed operativi;
- ❖ definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione;
- ❖ definisce gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori;
- ❖ è coerente con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio;
- ❖ dà compimento alla fase programmatoria del ciclo di gestione della performance.

Secondo quanto previsto dall'articolo 10, comma 1, del decreto, il Piano è redatto con lo scopo di assicurare “*la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance*”, che viene sintetizzato nelle tre finalità di seguito descritte:

➤ **Qualità della performance** (art.5 Decreto n.150/09):

Il Piano ha lo scopo di assicurare la qualità della rappresentazione della *performance* dal momento che in esso è esplicitato il processo e la modalità con cui si è arrivati a formulare gli obiettivi dell'amministrazione, nonché l'articolazione complessiva degli stessi. Questo consente la verifica interna ed esterna della “qualità” del sistema di obiettivi o, più precisamente, del livello di coerenza con i requisiti metodologici che, secondo il decreto, devono caratterizzare gli obiettivi.

Il Piano consente la verifica dell'effettivo rispetto di tali requisiti metodologici dal momento che, oltre a definire gli obiettivi, esplicita il metodo ed il processo attraverso i quali si è arrivati ad individuarli. In particolare, individua ed esplicita i bisogni della collettività, la missione istituzionale, le priorità politiche, le strategie e le risorse disponibili ed il collegamento tra questi elementi e gli obiettivi.

➤ **Comprensibilità della performance** (art.11 Decreto n. 150/09):

Il Piano assicura la comprensibilità della rappresentazione della *performance*. Nel Piano viene esplicitato il “legame” che sussiste tra i bisogni della collettività, la missione istituzionale, le priorità politiche, le strategie, gli obiettivi e gli indicatori dell'Azienda. Questo rende esplicita e comprensibile la *performance* attesa, ossia il contributo che l'Azienda nel suo complesso e nelle unità organizzative e negli individui di cui si compone intende apportare attraverso la propria azione alla soddisfazione dei bisogni della collettività.

➤ **Attendibilità della performance** (art.10 Decreto n. 150/09):

La terza finalità del Piano è di assicurare l'attendibilità della rappresentazione della *performance*. La rappresentazione della *performance* è attendibile solo se è verificabile *ex post* la correttezza metodologica del processo di pianificazione (principi, fasi, tempi, soggetti) e delle sue risultanze (obiettivi, indicatori, *target*).

Il processo di redazione del Piano della Performance si inserisce nell'ambito del complessivo processo di pianificazione strategica e programmazione operativa dell'Azienda.

Il punto di partenza è costituito dagli obiettivi strategici di indirizzo definiti dalle indicazioni e dalla programmazione regionale sanitaria, attraverso i documenti che individuano le linee politiche, organizzative ed amministrative per lo sviluppo e l'adeguamento del sistema sanitario regionale e la promozione della salute dei cittadini siciliani. L'arco temporale di riferimento del presente Piano è il triennio 2019-2021. Detto piano svolge funzioni di programmazione ed è sottoposto a verifica.

I principi generali che hanno indirizzato la redazione del Piano sono stati:

#### **A) IMMEDIATA INTELLEGIBILITÀ**

Il Piano è strutturato da una parte principale accessibile e comprensibile a tutti e dagli allegati tecnici dedicati ai cosiddetti "addetti ai lavori".

Per una migliore intelligibilità di seguito si riportano le fondamentali definizioni contenute nel Piano:

- **Performance:** contributo che qualunque soggetto inteso come organizzazione, unità operativa, gruppo o singolo individuo può apportare al raggiungimento degli obiettivi per i quali l'Azienda vive ed opera;
- **Performance Organizzativa:** la performance ottenuta dall'Azienda nel suo complesso ovvero dalle singole UU. OO. nelle quali si articola;
- **Performance Individuale:** performance ottenuta dai singoli individui o micro-gruppi di individui;
- **Ciclo di Gestione della Performance:** il processo posto in essere per la definizione degli obiettivi e per i piani di azione ad essi legati e attraverso cui si provvede alla misurazione, valutazione e rendicontazione dei risultati alla fine del ciclo;
- **Piano della Performance:** l'insieme degli obiettivi strategici ed operativi su cui si fonda l'attività dell'Amministrazione, approvato e revisionato annualmente dall'Azienda;
- **Misurazione della Performance:** attività di riscontro degli scostamenti tra i singoli obiettivi prefissati e i conseguenti risultati raggiunti, in base ad indicatori misurabili in termini quantitativi e/o economici ovvero riferiti a processi di qualità;
- **Valutazione della Performance:** attività di analisi e valutazione dei risultati ottenuti sulla base della misurazione della performance, dell'ASL Napoli 3 Sud e del grado di soddisfacimento dei bisogni di utenti e cittadini;
- **Rendicontazione sulla Performance:** descrizione periodica degli esiti dell'attività di misurazione e valutazione della performance dell'Azienda o dei singoli gruppi o individui, indirizzata alla Direzione Strategica, ai cittadini, agli stakeholder e a tutti gli eventuali competenti in materia;
- **Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance:** l'insieme dei criteri che fissano le metodologie da utilizzarsi, i vari steps ed il ruolo dei soggetti coinvolti nel processo di misurazione e valutazione della performance;
- **Indicatore:** caratteristica del processo, misurabile, che evidenzia significative informazioni sull'efficacia, efficienza o qualità dell'attività realizzata ovvero sul grado di raggiungimento dell'obiettivo;
- **Benchmarking:** operazione di confronto attraverso cui comprendere ed importare le buone pratiche che si sviluppano in altre organizzazioni o in strutture analoghe;
- **Stakeholders:** gruppo qualificato di individui che può essere influenzato direttamente o indirettamente dal raggiungimento degli obiettivi aziendali o, comunque, dalla sua azione;
- **Outcome:** risultato finale dell'azione;
- **Accountability:** il necessario rendiconto dei risultati di un'azione amministrativa, tramite informazioni corrette agli utenti e tale da permettere l'espressione di un valido giudizio.

#### **B) TRASPARENZA**

Ai sensi dell'articolo 11, comma 3, del decreto sopracitato questa ASL Napoli 3 Sud assicura la massima trasparenza in ogni fase del Ciclo di gestione della *performance*.

#### **C) VERIDICITÀ E VERIFICABILITÀ**

I contenuti del Piano sono rispondenti alla realtà e per ogni indicatore è indicata la fonte di provenienza dei dati e sono individuati gli attori coinvolti.

#### **D) PARTECIPAZIONE**

Il prodotto finale, che si auspica sia qualitativamente un buon risultato, è frutto di un complesso processo di coinvolgimento degli attori dell'Azienda e rappresenta il momento di sintesi di distinte analisi dei problemi, di elaborazioni di proposte e di discussioni.

La metodologia utilizzata per mappare i processi è stata l'analisi e la rappresentazione dei seguenti elementi: input-origine del processo, fasi di realizzazione, tempi, risorse e vincoli, eventuali collegamenti con altri processi, responsabilità e strutture organizzative a supporto del processo, output-risultato atteso. La mappatura così realizzata costituisce il documento base per l'individuazione degli obiettivi da perseguire.

Con l'approvazione dell'Atto Aziendale con deliberazione n.735/2017, risulta fondamentale avviare una nuova fase di mappatura dei processi che devono trasformarsi in strumenti di autoanalisi al fine di realizzare una miglior organizzazione delle strutture coinvolte e per individuare le misure di prevenzione dei rischi che sono state tradotte in obiettivi misurabili sia individuali che dell'organizzazione, proprio perché si è convinti che la corruzione è un concetto che va inteso in un senso più ampio come "*maladministration*".

I risultati di un'organizzazione complessa come quella di un'Azienda Sanitaria, misurati nella capacità di fornire servizi appropriati e tempestivi secondo i bisogni e le attese dei pazienti, sono dipendenti dalle strategie, dai modelli di governo e dallo sviluppo delle politiche del personale operante in azienda che con le conoscenze, capacità, attitudini, competenze e modalità relazionali rappresentano la qualità del prodotto offerto.

La metodologia da utilizzare deve realizzare la valorizzazione e la crescita professionale dei dipendenti, infatti, ciascun individuo nell'offrire l'apporto richiesto nell'eseguire il proprio lavoro dovrà sentirsi parte, se non essenziale, sicuramente fondamentale di questa grande Azienda.

Al fine di strutturare il documento in modo da semplificare la lettura, preliminarmente viene presentata l'ASL Napoli 3 Sud e dopo vengono descritte le modalità di assegnazione alla stessa da parte degli organi sovraordinati degli obiettivi da raggiungere, vengono definiti gli obiettivi strategici che devono guidare l'azione dell'azienda ed infine, tali indicazioni vengono contestualizzate negli obiettivi annuali che devono corrispondere con i risultati della Relazione sulla Performance, redatta a consuntivo di ciascun anno. Il seguente Piano, verrà opportunamente aggiornato e revisionato a seguito di eventuali altri obiettivi stabiliti dallo Stato Nazionale e quindi da quello Regionale

## PARTE PRIMA

Il nuovo Piano della Performance triennale 2019-2021 pone le sue basi in un contesto di cambiamento, sia a livello nazionale, sia in ambito regionale e quindi in ambito aziendale.

La disciplina statale introdotta dalla “Riforma Madia” (D. Lgs. 74/2017), intervenuta modificando il D. Lgs. 150/2009, e le normative regionali vigenti presentano impatti notevoli sull’organizzazione, la gestione del personale ed in particolare sulla valutazione della performance dei dirigenti e del comparto.

Una riforma che modifica del tutto il contenuto di quanto riportato dalla pag. 11/347 alla pagina 117/347 dell’Atto Aziendale ASL Napoli 3 Sud 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. 372 del 06/08/2019.

Le principali novità relative al ciclo della performance ed alla valutazione del personale dirigente/comparto, quale naturale conseguenza al Decreto Legislativo n.74/2017, si esplicitano di seguito:

### **1. Viene ampliato il perimetro di attività e di responsabilità dell’Organismo Indipendente di Valutazione all’interno dell’ente pubblico in cui opera.**

In particolare l’OIV ha accesso a tutti gli atti e documenti in possesso dell’amministrazione, utili all’espletamento dei propri compiti, nel rispetto della disciplina in materia di protezione dei dati personali. L’Organismo ha altresì accesso diretto a tutti i sistemi informativi dell’amministrazione ivi incluso il sistema di controllo di gestione, e può accedere a tutti i luoghi all’interno dell’amministrazione, al fine di svolgere le verifiche necessarie all’espletamento delle proprie funzioni, potendo agire anche in collaborazione con gli organismi di controllo di regolarità amministrativa e contabile dell’amministrazione. Nel caso di riscontro di gravi irregolarità, l’Organismo Indipendente di Valutazione effettua ogni opportuna segnalazione agli organi competenti. (art. 14, comma 4-ter del D. Lgs. n. 150/2009).

Inoltre si prevede che il sistema di misurazione e valutazione della performance sia adottato e aggiornato annualmente, previo parere vincolante dell’Organismo Indipendente di Valutazione, così assicurando un controllo ex ante sulla correttezza metodologica dei contenuti di tale documento (art. 7, comma 1 del D. Lgs. 150/2009).

Si conferma altresì che la nomina dell’Organismo Indipendente di Valutazione è effettuata dall’organo politico-amministrativo.

L’OIV dell’ASL Napoli 3 Sud, istituito con Deliberazione del Direttore Generale n. 10 del 07/01/2019 e n. 96 del 29/01/2019, è composto da un collegio di tre esperti esterni.

L’Organismo Indipendente di Valutazione, così come stabilito nell’incontro tra la Delegazione Trattante con le OO.SS. della Dirigenza ASL Napoli 3 Sud (verbale n.18/2019 del 17/06/2019), porterà a compimento la valutazione degli obiettivi anno 2018 entro il 30/09/2019.

Con il d.lgs. 74/2017, correttivo del D. Lgs. n. 150/2009, sono state ridefinite le competenze dell’OIV.

### **2. Viene definita una correlazione diretta fra le modalità/gli esiti valutativi e gli incarichi/le responsabilità dirigenziali.**

In particolare (artt. 20, 23, 24, 25 D. Lgs. 150/2009) viene precisato che il rispetto delle disposizioni in materia di valutazione sia non solo condizione necessaria per l’erogazione di premi e componenti del trattamento retributivo legati alla produttività, ma rilevante anche ai fini del riconoscimento delle progressioni economiche, dell’attribuzione degli incarichi di responsabilità al personale, nonché del conferimento degli incarichi dirigenziali. E’ stato altresì previsto che la valutazione negativa rilevi ai fini dell’accertamento della responsabilità dirigenziale e dell’irrogazione del licenziamento disciplinare secondo quanto previsto dal decreto legislativo n. 165 del 2001.

Inoltre sono previste specifiche sanzioni in caso di mancata adozione del Piano o della relazione annuale. In caso di ritardo nell'adozione degli stessi, è stato previsto che l'Amministrazione comunichi tempestivamente le ragioni del mancato rispetto dei termini al Dipartimento della Funzione Pubblica (art. 10, comma 5, D. Lgs. 150/2009).

**3. In materia di obiettivi e indicatori, viene introdotta la categoria degli obiettivi generali.**

In particolare (art. 5, comma 01 del D. Lgs. 150/2009) è stata introdotta la categoria degli obiettivi generali, che identificano, in coerenza con le priorità delle politiche pubbliche nazionali nel quadro del programma di Governo e con gli indirizzi adottati dal Governo Regionale, le priorità strategiche delle pubbliche amministrazioni in relazione alle attività e ai servizi erogati, anche tenendo conto del comparto di contrattazione di appartenenza e in relazione anche al livello e alla qualità dei servizi da garantire ai cittadini.

Tale previsione normativa è indirizzata, al momento, solo agli enti statali. L'ASL Napoli 3 Sud include tali linee guida nell'ambito della performance organizzativa.

**4. Viene definito un ruolo attivo dei cittadini nelle risultanze della valutazione.**

In particolare (art. 19 bis del D. Lgs. 150/2009) si prevede che i cittadini, anche in forma associata, partecipino al processo di misurazione delle performance organizzative, sia comunicando direttamente all'Organismo indipendente di valutazione il proprio grado di soddisfazione per le attività e i servizi erogati, secondo le modalità stabilite dallo stesso Organismo, sia tramite sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti e dei cittadini in relazione alle attività e ai servizi erogati che ciascuna amministrazione dovrà adottare, favorendo ogni più ampia forma di partecipazione e collaborazione dei destinatari dei servizi.

Nel 2019 l'ASL Napoli 3 Sud, nel definire gli obiettivi di performance dei propri operatori, intende rafforzare il proprio impegno su temi trasversali quali l'efficienza e la trasparenza, il contenimento dei costi, il perseguimento della legalità ed il contrasto della corruzione.

I Direttori di Dipartimento, di UU.OO.CC. e i Responsabili di UU.OO.SS.DD. sono parte fondamentale nel processo di definizione degli obiettivi e di valutazione della dirigenza e del comparto afferente alla propria struttura.

**Il Piano della Performance risulta inoltre strettamente connesso ai documenti di programmazione economico-finanziaria:** gli obiettivi di performance organizzativa ed individuali sono allineati agli obiettivi presenti negli atti di cui sopra.

**Il Piano della Performance evidenzia un forte collegamento anche al Piano Triennale della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione (PTPC),** ed in particolare gli obiettivi di performance organizzativa includono elementi valutativi legati alla prevenzione del rischio corruzione.

La metodologia annuale di valutazione della performance dei dirigenti pone inoltre l'attenzione sul rispetto delle pari opportunità.

## L'ASL NAPOLI 3 SUD

### 1. ELEMENTI IDENTIFICATIVI E CARATTERIZZANTI

L'ASL Napoli 3 Sud nasce il 20 marzo del 2009, giusta legge regionale n. 16 del 28 novembre 2008, pubblicata sul BURC n° 48 ter del 01 dicembre 2008, "MISURE STRAORDINARIE DI RAZIONALIZZAZIONE E RIQUALIFICAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE PER IL RIENTRO DAL DISAVANZO", è un ente con personalità giuridica di diritto pubblico, dotata di autonomia imprenditoriale.

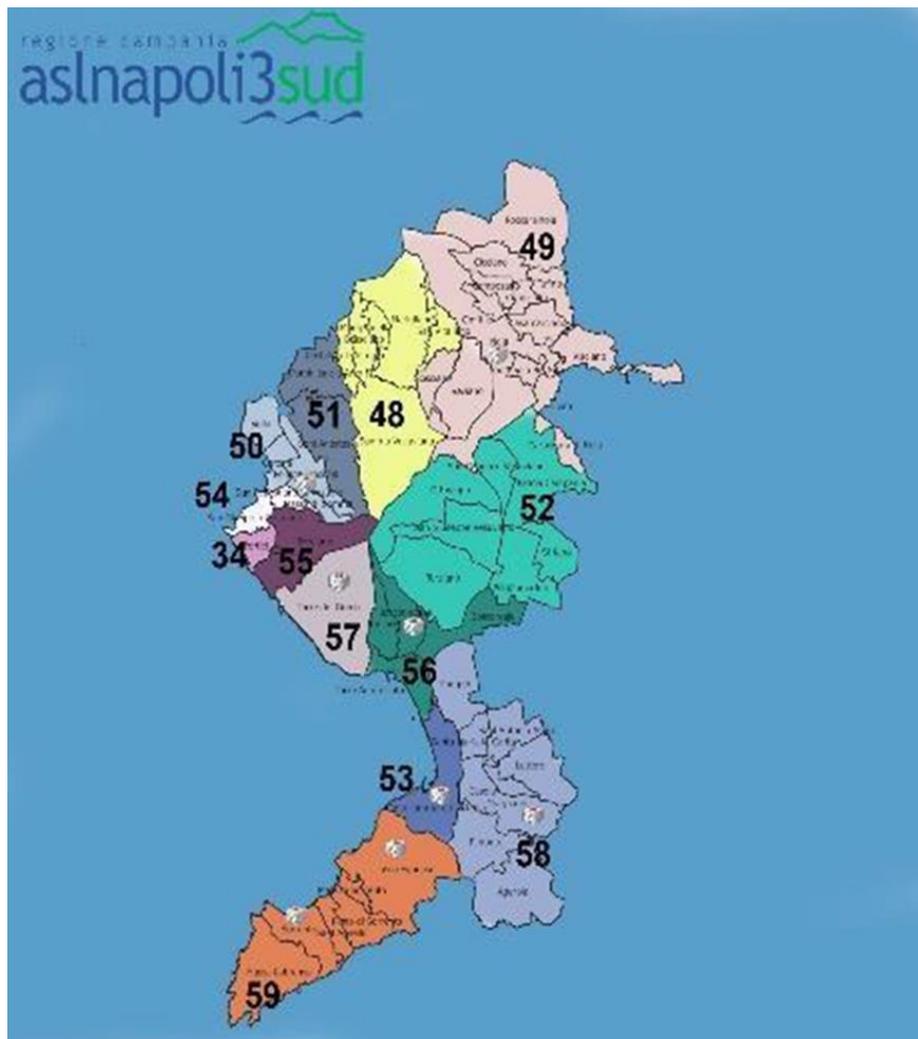
L'atto aziendale, che ne disciplina l'organizzazione e il funzionamento, è stato adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 735 del 19/10/2017.

La sua sede legale è a Torre del Greco, alla Via Marconi n. 66 (ex Presidio Bottazzi).

Il logo dell'Azienda, da inserire in tutti gli atti ufficiali è il seguente:



Il sito web è: [www.aslnapoli3sud.it](http://www.aslnapoli3sud.it)



## Fig. n. 1 Territorio ASL Napoli 3 Sud

### 2. SCOPO, MISSIONE E PRINCIPI

L'Azienda persegue le finalità di tutela della salute individuate dalle vigenti disposizioni normative e regolamentari. Tali finalità sono perseguite attraverso interventi di tipo preventivo, diagnostico, terapeutico o riabilitativo. A tal fine l'ASL ritiene di vitale importanza che l'operato di tutte le componenti dell'organizzazione e dei singoli operatori sia improntato ai seguenti principi ed obiettivi specifici:

**Centralità del cittadino.** Nel rispetto dei reali bisogni di salute dei cittadini, delle normative vigenti e delle risorse a disposizione, l'ASL persegue i seguenti obiettivi: – garantire i livelli essenziali di assistenza; una corretta gestione degli accessi alle prestazioni attraverso precisi percorsi sanitari e una corretta e precisa informazione; – monitorare le esigenze di sanità delle fasce più deboli e a rischio di salute (malati cronici, anziani, disabili, malati terminali, malati con pluripatologie) al fine di adeguare l'offerta di prestazioni. Tutti i livelli di intervento sopra indicati sono perseguiti nel rispetto della dignità della persona e della sua privacy.

**Qualità dei servizi.** La qualità dei servizi erogati rappresenta l'obiettivo primario per tutta l'organizzazione e considera tutte le dimensioni: in riferimento ai processi, agli esiti ed alla soddisfazione degli utenti esterni ed interni. In particolare l'ASL orienta il sistema qualità sui seguenti principi di riferimento.

1. Efficacia ed appropriatezza clinica: a livello aziendale vengono sviluppati linee guida, percorsi diagnostici terapeutici ed assistenziali, protocolli e procedure che hanno come riferimento scientifico l'evidence based medicine, l'evidence based nursing, l'evidence base health care. L'audit clinico ed assistenziale ovvero l'azione di valutazione sistematica degli esiti consente di evidenziare le principali criticità e di mettere in atto specifici interventi di ottimizzazione.
2. Sicurezza e gestione del rischio: nella consapevolezza che la valutazione e la gestione del rischio rappresentano un dovere etico irrinunciabile per un'organizzazione che opera nel campo della salute, l'ASL si pone l'obiettivo di proteggere il cittadino/utente e gli operatori nei confronti di rischi prevedibili e prevenibili, anche attraverso l'attivazione di apposita funzione di Risk Management.
3. Efficienza ed appropriatezza organizzativa: per offrire servizi di qualità al cittadino è necessario utilizzare al meglio le risorse a disposizione. In tale ottica l'ASL Napoli 3 Sud persegue i seguenti obiettivi:
  - a. diminuire i ricoveri impropri negli ospedali potenziando e riorganizzando i servizi territoriali;
  - b. incrementare l'utilizzo dei ricoveri a ciclo diurno e delle prestazioni ambulatoriali;
  - c. diminuire l'utilizzo improprio delle prestazioni diagnostiche e specialistiche;
  - d. razionalizzare la spesa farmaceutica attraverso una maggiore congruità tra patologia e trattamento;
  - e. promuovere la prevenzione primaria, secondaria e terziaria.
4. Soddisfazione degli utenti e degli operatori: il "cliente" (esterno ed interno) rappresenta il fondamentale interlocutore dell'Azienda e pertanto va costantemente ascoltato. A tal fine l'organizzazione realizza un sistema di ascolto finalizzato a raccogliere le informazioni necessarie per migliorare la qualità dei servizi.
5. Attenzione costante alle relazioni, consapevoli che la qualità relazionale incide anche sull'esito clinico della prestazione stessa. Tali obiettivi verranno perseguiti attraverso l'applicazione costante di sistemi e metodologie di miglioramento della qualità governati da una specifica funzione "Qualità" all'interno dell'organizzazione aziendale.

**Continuità terapeutica.** L'Azienda assume come valore strategico e quindi come obiettivo da perseguire la continuità dei percorsi di cura.

Questa è da intendersi come quell'insieme di processi assistenziali che permettono, da un lato, la presa in carico globale dell'assistito in tutti i momenti del percorso di cura e, dall'altro, l'integrazione massima

dei singoli momenti, che si realizza praticamente attraverso l'uso integrato delle risorse necessarie, sia umane che strumentali o finanziarie.

La continuità dei percorsi di cura si realizza attraverso diversi momenti di integrazione: tra i servizi di guardia medica territoriale e la medicina generale, tra quest'ultima e l'assistenza domiciliare, nei percorsi facilitati di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, fra le cure primarie e l'assistenza ospedaliera, nella stessa assistenza ospedaliera e, infine, fra l'assistenza sanitaria e quella sociale territoriale.

**Imparzialità e trasparenza.** L'azione dell'organizzazione è rivolta all'uguaglianza di trattamento degli utenti nonché alla trasparenza dell'operato dell'ASL da realizzarsi promuovendo la conoscenza dei servizi aziendali anche attraverso gli strumenti di informazione e comunicazione in grado di raggiungere il maggior numero di cittadini e agevolando processi di semplificazione. L'ASL fa propri i principi di cui al D.lgs 33/2013 in materia di trasparenza, intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività dell'ASL, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

**Responsabilizzazione sui risultati aziendali e responsabilità diffusa.** L'ASL Napoli 3 Sud definisce le specifiche responsabilità decisionali, di coordinamento e controllo dei processi organizzativi e gestionali affinché i dirigenti aziendali perseguano la piena responsabilizzazione nell'assunzione delle scelte e delle decisioni, orientando i comportamenti secondo logiche di gestione per processi.

L'ASL Napoli 3 Sud adotta uno stile di direzione che promuove la responsabilità diffusa, facendo ampio ricorso all'istituto della delega. Nell'osservanza del principio del decentramento decisionale l'Azienda individua le tipologie di atti con cui i singoli dirigenti possono impegnare l'amministrazione verso l'esterno.

**Integrazione delle attività di erogazione delle prestazioni e razionalizzazione dei costi a livello sovrazonale.** L'ASL Napoli 3 Sud deve operare in una visione sistemica, perseguendo la massima integrazione delle attività di erogazione delle prestazioni e la razionalizzazione dei costi.

Per il perseguimento degli obiettivi generali suddetti, l'ASL Napoli 3 Sud ritiene strategica la caratterizzazione della sua organizzazione nelle seguenti linee di gestione:

**Massimo sviluppo delle risorse umane.** L'azienda considera le risorse umane (operatori del comparto e dirigenti, dipendenti e convenzionati) l'elemento qualificante ed essenziale per realizzare i propri obiettivi di salute. Le persone che compongono l'azienda rappresentano la principale risorsa della stessa. Esse sono portatrici di caratteristiche umane e di professionalità che costituiscono la ricchezza dell'azienda. Per tale ragione sono considerate di vitale importanza la formazione e l'aggiornamento continuo degli operatori, il reclutamento e la selezione del personale, l'accoglimento e la cura nell'inserimento del nuovo ingresso nell'organizzazione e l'utilizzo degli strumenti utili alla motivazione del personale. Fra questi: i sistemi premianti gestiti secondo logiche effettivamente meritocratiche, la cura di un clima aziendale positivo, la responsabilizzazione e l'autonomia dei singoli attraverso la gestione per obiettivi ed una corretta comunicazione interna.

**Pari opportunità.** L'ASL Napoli 3 Sud adotta soluzioni affinché sia assicurata l'effettiva parità tra i propri operatori, senza alcuna discriminazione, favorendo la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

**Aggiornamento tecnologico.** Il veloce progresso tecnico-scientifico nel campo sanitario ed il continuo aggiornamento dei profili diagnostico terapeutici che rende di uso frequente tecnologie precedentemente con rare indicazioni determinano rispettivamente una veloce obsolescenza del patrimonio tecnologico di un'azienda sanitaria e la necessità di acquisizione di nuove tecnologie prima non presenti in azienda. Per questa ragione l'ASL, compatibilmente alle risorse disponibili, affronta con particolare attenzione questo problema, destinando risorse agli investimenti compatibilmente alle risorse assegnate, con attenzione particolare all'evoluzione delle tecnologie e alla modificazione dei bisogni.

**Innovazione organizzativa e tecnologica.** L'ASL promuove modelli organizzativi moderni ed avanzati che superino la tradizionale organizzazione "divisionale" verso forme di maggiore integrazione, dirette a creare reti quali, a puro titolo esemplificativo, l'organizzazione per processi di cui ai fondi vincolati. Tale modello pur non potendo avere evidenza nella struttura organizzativa disegnata nell'atto aziendale,

vedrà la sua costruzione attraverso un percorso di ri-disegno dei sistemi operativi aziendali e da un parallelo percorso formativo per il personale.

## **2.1. - PARTECIPAZIONE**

### ***a) Nei confronti dei cittadini singoli ed associati***

L'Azienda orienta la valorizzazione del processo partecipativo proprio del cittadino singolo e delle sue associazioni garantendone l'ascolto, la proposta, il controllo anche ai fini di supporto, modifica o integrazione di attività.

A tal fine l'ASL Napoli 3 Sud promuove la costituzione del Comitato Consultivo e Partecipativo.

L'Azienda rende pubblici, con la Carta dei Servizi, gli impegni che assume nei confronti dei cittadini, ai fini della qualità e quantità delle operazioni erogate.

L'Azienda al fine di rispondere agli impegni assunti nei confronti dei cittadini, mette in campo anche le funzioni/compiti sovvenzionati dai fondi vincolati.

### ***b) Nei confronti delle istituzioni***

L'Azienda, nell'esercizio della propria autonomia, attiva la piena collaborazione con tutte le istituzioni ricercando le possibili sinergie al fine di dare le giuste e appropriate risposte ai bisogni della popolazione di competenza.

Si impegna ad attuare le funzioni attribuite alla sua competenza con il coinvolgimento dell'intero sistema aziendale, nello spirito di leale collaborazione istituzionale, quale strumento di innovazione partecipativa nella programmazione e nella gestione dei servizi sanitari.

### ***c) Nei confronti degli operatori***

L'Azienda, riconosce il significato strategico e di valore degli operatori e professionisti dipendenti e convenzionati, nei quali individua il vero capitale, al di là delle scelte operate nella determinazione del modello organizzativo.

Promuove e tutela forme di valorizzazione del personale, favorendone la partecipazione decisionale negli ambiti di competenza riconosciuti, il coinvolgimento nella responsabilità, la gratificazione professionale, la formazione e l'aggiornamento.

Il processo di valorizzazione del personale costituisce impegno prioritario della Direzione Generale e dei livelli dirigenziali dell'Azienda.

### ***d) Nei confronti del contesto socio-economico***

L'Azienda è consapevole della sua appartenenza al contesto sociale, economico e culturale dell'ambito territoriale di suo riferimento e si impegna a esserne diretta espressione istituzionale, mediante l'assunzione di forme partecipative e di correlazione.

Nell'attività di gestione di servizi non finalizzati direttamente alla tutela della salute, l'ASL Napoli 3 Sud si avvale delle forme di esternalizzazione consentite dalla legge, valorizzando l'apporto del privato sociale non lucrativo.

## **2.2 ASSETTO ISTITUZIONALE**

### **Gli Organi dell'Azienda**

Sono Organi dell'Azienda il Direttore Generale, il Collegio di Direzione ed il Collegio Sindacale.

Il Direttore Generale, nominato dal Presidente della Giunta Regionale, ha la rappresentanza legale dell'Azienda ed è responsabile della gestione complessiva dell'Azienda stessa e ne assicura il regolare funzionamento.

In qualità di organo di vertice dell'Azienda, coadiuvato dai Direttori Sanitario e Amministrativo, esercita le funzioni di indirizzo politico-amministrativo definendo gli obiettivi ed i programmi da attuare, adotta gli altri atti rientranti nello svolgimento di tali funzioni e verifica e controlla la rispondenza dei risultati dell'attività amministrativa e della gestione agli indirizzi impartiti.

Allo scopo di assicurare alla Direzione Aziendale l'apporto dei vari responsabili nei diversi momenti di programmazione e di valutazione delle attività tecnico sanitarie e ad alta integrazione socio sanitaria, con particolare riferimento all'appropriatezza dei percorsi diagnostico-assistenziali, è istituito il Collegio di Direzione.

Il Collegio concorre alla formulazione dei programmi di formazione, di ricerca e di innovazione delle soluzioni organizzative per lo svolgimento dell'attività libero-professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. Supporta inoltre la Direzione Aziendale nell'adozione degli atti di governo clinico dell'Azienda.

Il Collegio di Direzione è convocato dal Direttore sanitario con periodicità, di norma, mensile.

Il Collegio Sindacale è nominato dal Direttore Generale sulla base delle designazioni ricevute secondo le previsioni di legge. Esso esercita il controllo sulla regolarità amministrativa e contabile dell'Azienda, vigila sull'osservanza delle leggi, verifica la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del bilancio ai risultati dei libri e delle scritture contabili, nonché svolgendo ogni altra funzione ed attività al medesimo riservata dalle norme nazionali e regionali.

L'attività di controllo del Collegio concerne sia l'attività di diritto pubblico che quella di diritto privato dell'Azienda.

Il Direttore Generale, il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo compongono la Direzione Aziendale.

La Direzione Aziendale è titolare della funzione di pianificazione strategica e ha il compito di assistere il Direttore Generale nello svolgimento delle proprie funzioni. Definisce in particolare la politica aziendale, la programmazione, gli obiettivi generali e le strategie per il loro conseguimento. Inoltre, controlla l'andamento generale delle attività e verifica la congruità delle metodologie adottate per il conseguimento degli obiettivi.

La Direzione aziendale come responsabile della pianificazione strategica, in coerenza con quanto previsto dalla pianificazione regionale in ambito socio-sanitario, definisce gli obiettivi generali dell'azienda sanitaria di medio - breve termine, le strategie per il loro raggiungimento, l'allocazione delle risorse, lo sviluppo dei servizi ospedalieri in rete e l'assetto organizzativo dell'azienda.

L'Azienda, per una costante verifica e monitoraggio della propria attività complessiva, si dota di idonei strumenti di controllo avvalendosi allo scopo delle strutture organizzative di staff, attraverso la definizione di apposite procedure di verifica del raggiungimento degli obiettivi strategici anche in termini di servizi erogati e del corretto utilizzo delle risorse umane e materiali.

Il Controllo di Gestione è deputato alla verifica dell'attuazione della programmazione operativa di breve periodo ed annuale e dell'efficacia, efficienza ed economicità della gestione al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati conseguiti.

L'U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance con il Controllo di Gestione e con tutte le UU.OO.CC. Centrali (Staff aziendale): - supporta la Direzione Aziendale nel controllo del conseguimento degli obiettivi strategici definiti dalla programmazione regionale e dalla programmazione aziendale; supporta la Direzione Aziendale nel controllo del conseguimento degli obiettivi annuali definiti dalla programmazione operativa; - supporta i Direttori delle strutture organizzative funzionali di livello generale.

Il Controllo di Gestione - fornisce le informazioni di base necessarie ai Dirigenti responsabili per valutare la compatibilità e congruenza tra piani di attività finalizzati agli obiettivi di salute e risorse richieste, al fine di permettere interventi di correzione.

#### Le funzioni e le attività

I Servizi e le attività che l'ASL Napoli 3 Sud deve garantire a tutti i cittadini, avvalendosi delle risorse umane e strumentali presenti sul territorio, sono compresi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), vale a dire le prestazioni ed i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.

I servizi e le prestazioni previsti dai LEA sono articolati in 3 aree di offerta come segue:

- **Assistenza Sanitaria Collettiva in ambiente di vita e di lavoro**, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alla collettività ed ai singoli;
- **Assistenza Distrettuale**, vale a dire le attività ed i servizi sanitari e socio-sanitari diffusi capillarmente sul territorio;

- **Assistenza Ospedaliera**, in pronto soccorso, in ricovero ordinario, in day hospital e day surgery, in strutture per la lungodegenza e per la riabilitazione ecc.

### **Le strutture della prevenzione**

La struttura operativa che eroga le prestazioni proprie del livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, perseguendo gli obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita dei singoli e della collettività è il **Dipartimento di Prevenzione (D.I.P.)**.

Il D.P. effettua funzioni di analisi e descrizione epidemiologica dei fattori di rischio e di danno per la salute, di controllo e di vigilanza, di informazione e comunicazione al fine di favorire la diffusione della cultura della prevenzione e l'adozione di comportamenti orientati alla tutela della salute, nei seguenti ambiti di intervento:

- profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro;
- sanità pubblica veterinaria;
- tutela igienico sanitaria degli alimenti; sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- attività di prevenzione rivolte alla persona: vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, programmi di diagnosi precoce.

Spetta in particolare al Dipartimento di Prevenzione, attraverso le sue articolazioni, di assicurare l'erogazione dei seguenti LEA:

- Igiene e Sanità Pubblica;
- Igiene degli Alimenti e della Nutrizione;
- Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale;
- Sanità Animale;
- Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche;
- Epidemiologia;
- Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro;
- Sicurezza impiantistica ed infortunistica negli ambienti di vita e di lavoro;

### **I Distretti Sanitari**

I Distretti rappresentano l'articolazione territoriale ed organizzativa dell'ASL Napoli 3 Sud per lo svolgimento delle attività di promozione della salute, prevenzione, cura e riabilitazione tramite le risorse integrate dell'Azienda e degli Enti Locali.

Essi assicurano l'erogazione dei seguenti LEA:

- Assistenza sanitaria di base (medicina di base e pediatria di libera scelta in forma ambulatoriale e domiciliare, continuità assistenziale notturna e festiva, guardia medica turistica);
- Assistenza farmaceutica erogata direttamente o attraverso le farmacie territoriali;
- Assistenza integrativa: fornitura di presidi sanitari ai soggetti affetti da diabete mellito, ai soggetti con incontinenza sfinterica, ai soggetti con stomie cutanee, ai soggetti che necessitano di alimenti dietetici particolari (celiachia, insufficienza renale cronica);
- Assistenza specialistica ambulatoriale (visite specialistiche, prestazioni terapeutiche e riabilitative, diagnostica strumentale e di laboratorio);
- Assistenza protesica (fornitura di protesi e ausili a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali);
- Assistenza territoriale ambulatoriale (consultori familiari, servizi di salute mentale, servizi di riabilitazione ai disabili, servizi a persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool) e assistenza domiciliare (assistenza domiciliare sanitaria, socio-sanitaria e riabilitativa a

persone non autosufficienti di qualunque età, a disabili, a pazienti in fase terminale, alle persone con infezione da HIV);

- Assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale (residenze e centri diurni per persone anziane non autosufficienti, comunità terapeutiche e centri diurni per persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool, comunità terapeutiche e centri diurni per persone con problemi psichiatrici, residenze e centri diurni per la riabilitazione di persone disabili, hospice per pazienti nella fase terminale, residenze per le persone con infezione da HIV).

I Distretti possono essere definiti Centri di Salute, suddivisi in Punti di Erogazione Servizi per facilitare i cittadini nella fruizione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie nel territorio.

Nell'ambito delle attività distrettuali, pertanto, si concretizzano anche i rapporti con gli Ambiti sociali individuati per lo stesso territorio, al fine di favorire le integrazioni delle prestazioni sociali ad alto contenuto sanitario, in una logica di interazione che porta ad individuare e soddisfare i bisogni dei cittadini anche nel campo delle valutazioni socio-sanitarie.

In ragione della necessaria integrazione socio – sanitaria, nell'ASL Napoli 3 Sud, divisa in 13 Distretti Sanitari, si individuano gli ambiti sociali, così articolati

Comuni	Comuni Capofila Ambiti Territoriali Sociali e ASL	Ambiti Territoriali Sociali	Distretti Sanitari
Portici	Portici	N11	34
Castello di Cisterna	Somma Vesuviana	N22	48
Mariglianella	Somma Vesuviana	N22	48
Marigliano	Somma Vesuviana	N22	48
Brusciano	Somma Vesuviana	N22	48
San Vitaliano	Somma Vesuviana	N22	48
Somma Vesuviana	Somma Vesuviana	N22	48
<u>Camposano</u>	<u>Nola</u>	<u>N23</u>	<u>49</u>
<u>Carbonara</u>	<u>Nola</u>	<u>N23</u>	<u>49</u>
<u>Casamarciano</u>	<u>Nola</u>	<u>N23</u>	<u>49</u>
<u>Cicciano</u>	<u>Nola</u>	<u>N23</u>	<u>49</u>
<u>Cimitile</u>	<u>Nola</u>	<u>N23</u>	<u>49</u>
<u>Comiziano</u>	<u>Nola</u>	<u>N23</u>	<u>49</u>
<u>Roccarainola</u>	<u>Nola</u>	<u>N23</u>	<u>49</u>
<u>Nola</u>	<u>Nola</u>	<u>N23</u>	<u>49</u>
<u>Liveri</u>	<u>Nola</u>	<u>N23</u>	<u>49</u>
<u>Visciano</u>	<u>Nola</u>	<u>N23</u>	<u>49</u>
<u>Tufino</u>	<u>Nola</u>	<u>N23</u>	<u>49</u>
<u>San Paolo Bel Sito</u>	<u>Nola</u>	<u>N23</u>	<u>49</u>
<u>Saviano</u>	<u>Nola</u>	<u>N23</u>	<u>49</u>
<u>Scisciano</u>	<u>Nola</u>	<u>N23</u>	<u>49</u>
<u>Cercola</u>	<u>Volla</u>	<u>N24</u>	<u>50</u>
<u>Massa di Somma</u>	<u>Volla</u>	<u>N24</u>	<u>50</u>
<u>Pollena Trocchia</u>	<u>Volla</u>	<u>N24</u>	<u>50</u>
<u>Volla</u>	<u>Volla</u>	<u>N24</u>	<u>50</u>
<u>Sant'Anastasia</u>	<u>Pomigliano D'Arco</u>	<u>N25</u>	<u>51</u>

<u>Pomigliano D'Arco</u>	<u>Pomigliano D'Arco</u>	<u>N25</u>	<u>51</u>
<u>Ottaviano</u>	<u>San Giuseppe Vesuviano</u>	<u>N26</u>	<u>52</u>
<u>Palma Campania</u>	<u>San Giuseppe Vesuviano</u>	<u>N26</u>	<u>52</u>
<u>Poggiomarino</u>	<u>San Giuseppe Vesuviano</u>	<u>N26</u>	<u>52</u>
<u>San Gennaro Vesuviano</u>	<u>San Giuseppe Vesuviano</u>	<u>N26</u>	<u>52</u>
<u>San Giuseppe Vesuviano</u>	<u>San Giuseppe Vesuviano</u>	<u>N26</u>	<u>52</u>
<u>Striano</u>	<u>San Giuseppe Vesuviano</u>	<u>N26</u>	<u>52</u>
<u>Terzigno</u>	<u>San Giuseppe Vesuviano</u>	<u>N26</u>	<u>52</u>
Castellammare di Stabia	Castellammare di Stabia	N27	53
San Giorgio a Cremano	San Giorgio a Cremano	N28	54
San Sebastiano al Vesuvio	San Giorgio a Cremano	N28	54
Ercolano	Ercolano	N29	55
Boscoreale	Torre Annunziata	N30	56
Boscotrecase	Torre Annunziata	N30	56
Torre Annunziata	Torre Annunziata	N30	56
Trecase	Torre Annunziata	N30	56
Torre del Greco	Torre del Greco	N31	57
Casola di Napoli	Sant'Antonio Abate	N32	58
Gragnano	Sant'Antonio Abate	N32	58
Lettere	Sant'Antonio Abate	N32	58
Pimonte	Sant'Antonio Abate	N32	58
Pompei	Sant'Antonio Abate	N32	58
Santa Maria la Carità	Sant'Antonio Abate	N32	58
Sant'Antonio Abate	Sant'Antonio Abate	N32	58
Massa Lubrense	Sorrento	N33	59
Meta	Sorrento	N33	59
Piano di Sorrento	Sorrento	N33	59
Sant'Agnello	Sorrento	N33	59
Sorrento	Sorrento	N33	59
Vico Equense	Sorrento	N33	59

**Tab. n. 1 - Ambiti sociali**

L'azienda opera mediante strutture a gestione diretta e strutture accreditate a gestione indiretta. La tipologia di strutture e il tipo di assistenza erogata sono così suddivise:

Le Strutture a gestione diretta:

- 38 Ambulatori / Presidi;

- 19 Consultori;
- 7 Sert;
- 10 Centri di salute mentale;
- 15 Strutture semi-residenziali;
- 8 Strutture residenziali di cui 6 SIR e 2 RSA per anziani

Assicura con le proprie strutture territoriali a gestione diretta l'attività clinica, la diagnostica strumentale e per immagini, l'attività di laboratorio, le attività consultoriali (materno infantile) l'assistenza psichiatrica, ai tossicodipendenti, agli anziani, ai disabili psichici, ai malati terminali.

### I Presidi Ospedalieri

I Presidi Ospedalieri (P.O.) contribuiscono alla promozione, al mantenimento ed al ripristino delle condizioni di salute della popolazione, assicurando prestazioni specialistiche in regime di ricovero, di Day Hospital e Day Surgery, nonché di tipo ambulatoriale.

Le prestazioni rese in ambito ospedaliero possono essere sintetizzate attraverso l'erogazione dei seguenti LEA:

- ricovero d'urgenza o emergenza;
- ricovero ordinario;
- ricovero in day hospital e day surgery;
- ricovero in attività libero professionale;
- prestazioni in regime ambulatoriale sia istituzionale che in libera professione intramuraria.

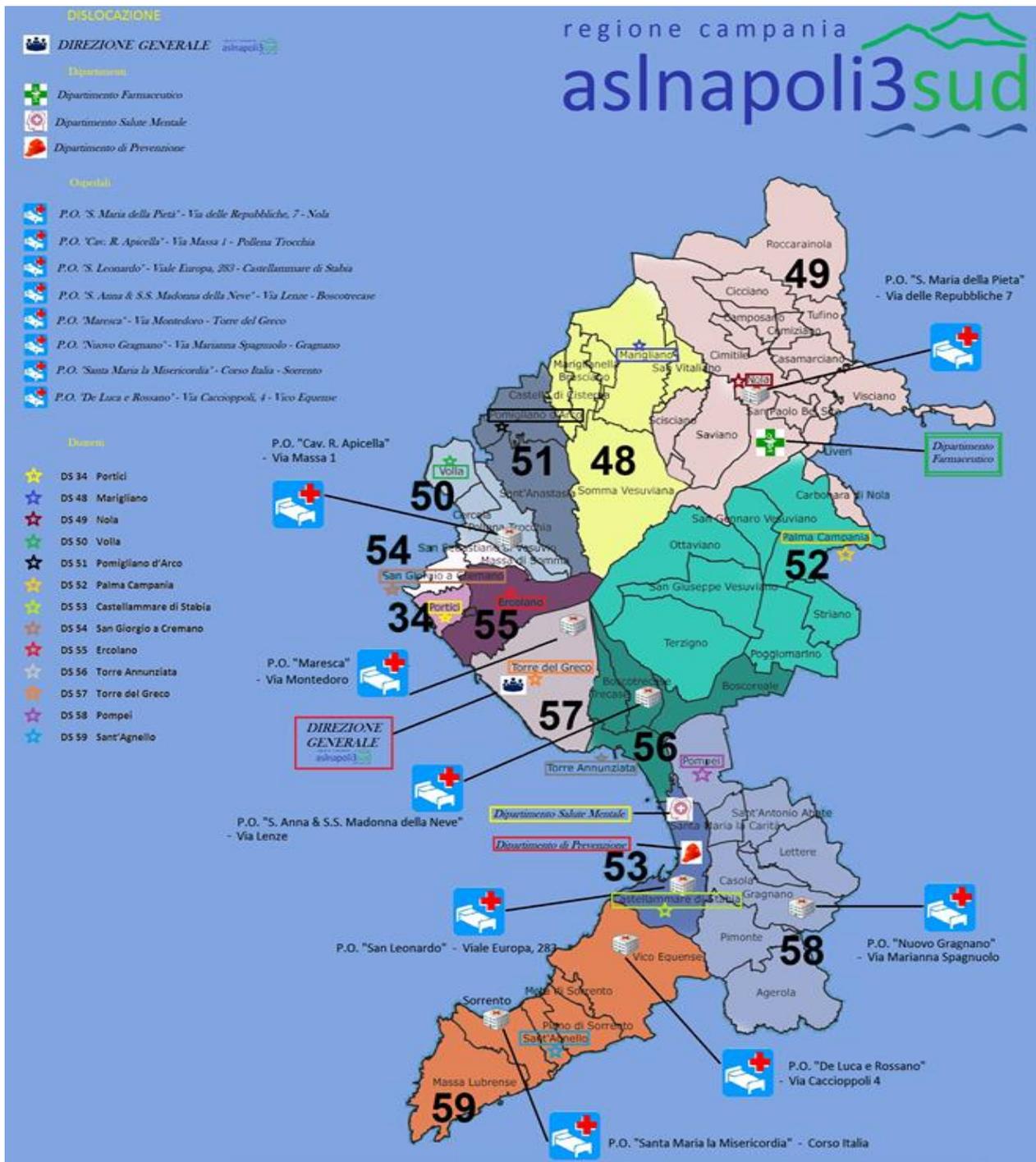
### Strutture a gestione indiretta - Case di Cura accreditate.

Denominazione	Luogo	Distretto
Stazione Climatica Bianchi	Portici	34
Casa di Cura S. Maria del Pozzo	Somma Vesuviana	48
Casa di Cura Villa Elisa	Casamarciano	49
Casa di Cura N.S. di Lourdes	Massa di Somma	50
Casa di Cura IOS ex Meluccio	Pomigliano D'Arco	51
Casa di Cura IOS già Meluccio ex S. Felice	Pomigliano D'Arco	51
Casa di Cura La Madonnina	San Gennaro Vesuviano	52
Casa di Cura Cardiomed ex Trusso	Ottaviano	52
Casa di Cura S. Lucia	San Giuseppe Vesuviano	52
Casa di Cura Villa Stabia	Castellammare di Stabia	53
Casa di Cura A. Grimaldi	San Giorgio a Cremano	54
Casa di Cura S. Maria La Bruna	Torre del Greco	57
Casa di Cura M. Rosaria	Pompei	58

**Tab. n. 2 – Case di Cura Accreditate**

L'attuale assetto dei n. 6 Presidi Ospedalieri aziendali e dei n. 2 Stabilimenti, a gestione diretta, sarà adeguato, all'organizzazione descritta nell'Atto Aziendale, alle previsioni del DCA 08/2018 "Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015 - Aggiornamento".

I posti letti attualmente gestiti direttamente sono n. 712 e 61 culle, a cui vano aggiunti 1149 unità e 165 culle, convenzionati.



**Fig. n. 2** Allocazione punti erogativi prestazioni sanitarie ASL Napoli 3 Sud

### L'organizzazione

L'Azienda garantisce lo svolgimento dei suoi compiti istituzionali attraverso strutture organizzative professionali e funzionali individuate tenendo presente le norme generali di organizzazione e del necessario collegamento tra assistenza ospedaliera e territoriale, tra assistenza sanitaria e sociale.

Le strutture organizzative sono articolazioni aziendali in cui si concentrano le competenze professionali e le risorse finalizzate all'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari mediante produzione di prestazioni e allo svolgimento di funzioni tecnico amministrative e di committenza.

Le strutture organizzative professionali sono strutture monoprofessionali che si identificano nelle Aree

Omogenee dipartimentali.

Le Reti professionali, si caratterizzano come strutture di coordinamento tecnico – professionale, quali quelle che si costituiscono per le attività collegate ai fondi vincolati (DCA 105/2014, DCA 134/2016, ecc.).

Le strutture organizzative funzionali sono l'insieme di più funzioni operative riconosciute appartenenti a settori omogenei di attività. Sono strutture multi professionali che aggregano il personale secondo criteri orientati alla produzione di servizi. Sono strutture organizzative funzionali:



#### Lo Staff

#### Macrostruttura

UU.OO. della Direzione Aziendale

#### Dipartimenti funzionali

Dipartimento Integrato Materno Infantile

Dipartimento Scienze Mediche, assistenza Riabilitativa Ospedaliera e Post acuzie

Dipartimento di Laboratorio e Anatomia Patologica

Dipartimento Diagnostica per Immagini

Dipartimento Attività territoriale e integrazione Socio - sanitaria

Dipartimento Area Critica

Dipartimento Area Chirurgica (in fase di istituzione)

La pubblicazione del regolamento dei predetti Dipartimenti, stabilirà le funzioni organizzative degli stessi, appena enunciati nell'Atto aziendale

#### Dipartimenti strutturali

Dipartimento di Prevenzione

Dipartimento delle Dipendenze

Dipartimento di Salute Mentale

	Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino
	Dipartimento Farmaceutico

### Macrostruttura

#### Distretti Sanitari

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

### Macrostruttura

#### Ospedali

	Presidio Ospedaliero di Nola Stabilimento di Pollena Trocchia
	Presidio Ospedaliero di Castellammare di Stabia Stabilimento di Pollena Trocchia
	Presidio Ospedaliero di Bosco Trecase
	Presidio Ospedaliero di Torre del Greco
	Presidio Ospedaliero di Vico Equense
	Presidio Ospedaliero di Sorrento

Macrostruttura	
I Servizi Amministrativi, Tecnici e Professionali	
	UOC AFFARI GENERALI
	UOC AFFARI LEGALI
	UOC GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA
	UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI
	UOC AMMINISTRATIVA OSPEDALIERA AREA NORD
	UOC AMMINISTRATIVA OSPEDALIERA AREA SUD
	UOC GESTIONE RISORSE UMANE
	UOC VALORIZZAZIONE E MANUTENZIONE PATRIMONIO IMMOBILIARE
	UOC GESTIONE ATTREZZATURE SANITARIE (INGEGNERIA CLINICA)
	UOC SVILUPPO E GESTIONE TELECOMUNICAZIONI ED IMPIANTISTICA
	UOC COORDINAMENTO AMMINISTRATIVO D.P. ASSISTENZA TERRITORIALE SOCIO-SANITARIA
	UOC AMMINISTRATIVA DIP. PREV

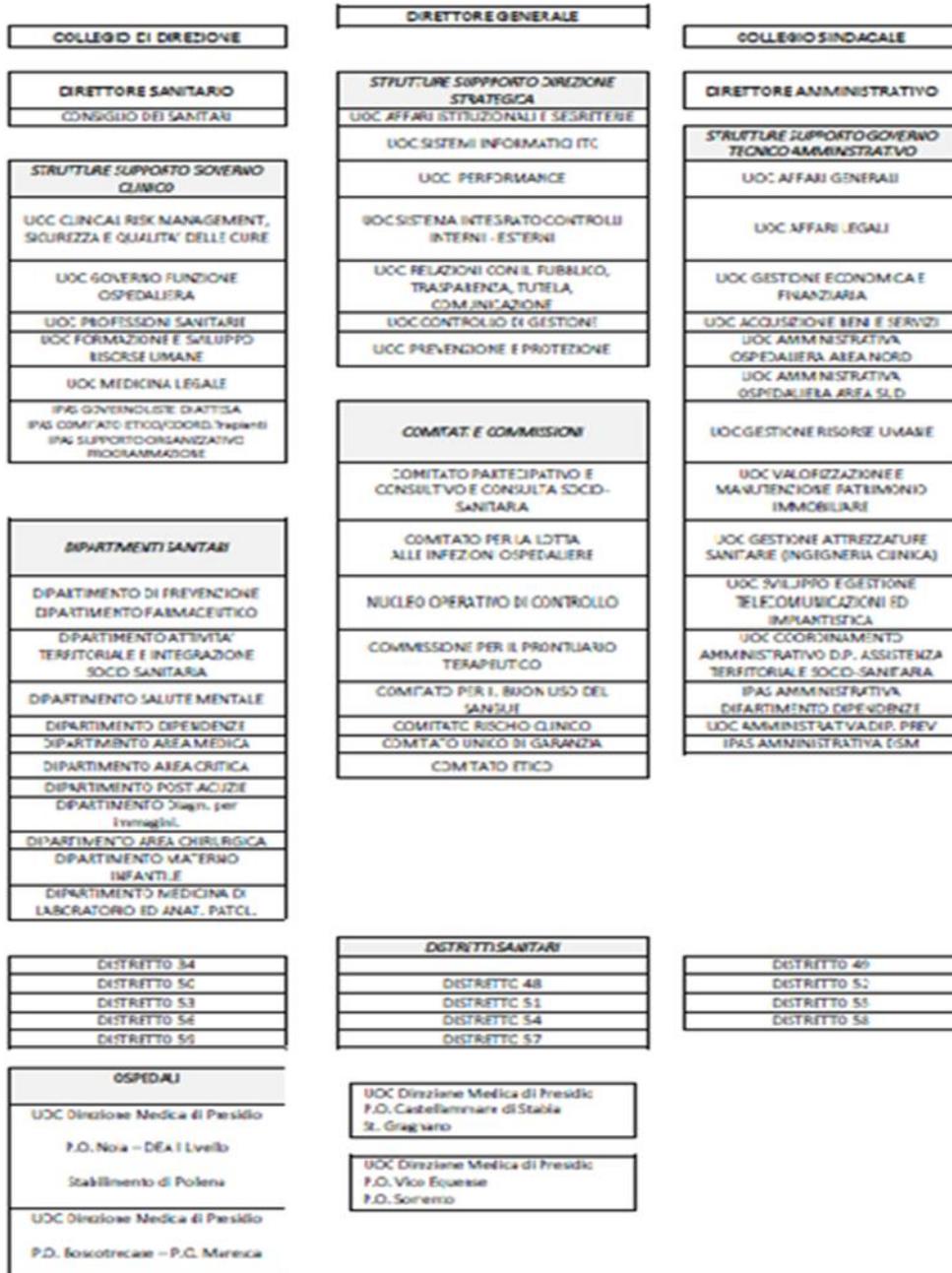
**Tab. n. 3 Assetto Organizzativo ASL Napoli 3 Sud**

L'attuale assetto organizzativo dell'ASL Napoli 3 Sud, sarà titolare degli obiettivi da perseguire per il periodo 2019 – 2021, accelerando la piena attuazione dell'Atto Aziendale.

Infatti, l'attuazione dell'Atto Aziendale, determinerà inevitabilmente la rimodulazione del presente piano Performance.

L'ASL Napoli 3 Sud, al fine di perseguire l'ottimale realizzazione del percorso preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo e di esercitare, in forma unitaria e coordinata, le attività assistenziali, adotta un modello di gestione integrativa.

Questo modello organizzativo, attraverso la gestione unitaria delle risorse economiche, umane e strumentali garantisce l'integrazione gestionale atta a raggiungere il miglioramento qualitativo e quantitativo delle attività.



301/347  
In pubblicazione dal

Fig. n. 3 Organigramma alla completa attuazione dell'atto azienda

## Personale

### Personale dipendente

I dipendenti, stando ai dati in possesso sono poco più di **4.500 a tempo indeterminato a cui si aggiunge il numero dei dipendenti a vario titolo presenti in azienda.**

(non si è possesso di dati aggiornati)

#### **DOTAZIONE ORGANICA AL 02/09/2016 (Dati DD 67/2016).**

<b>Ruolo Sanitario</b>	
Direttore Medico con incarico quinquennale responsabile struttura complessa	8
Dirigente Medico	696
Dirigente Medico con incarico Prof.le	80
Dirigente Medico con incarico struttura complessa	42
Dirigente Medico con incarico struttura semplice	144
Dirigente Medico ex condotto	4
Dirigente Veterinario	54
Dirigente Veterinario con incarico di struttura complessa	1
Dirigente Veterinario con incarico di struttura semplice	15
Dirigente Veterinario con incarico Prof.le	15
Dirigenti Sanitari - Biologi	47
Dirigenti Sanitari - Chimici	4
Dirigenti Sanitari - Farmacisti	39
Dirigenti Sanitari - Fisici	1
Dirigenti Sanitari - Psicologi	48
Collaboratore Prof.le Sanitario esperto - Fisioterapista	1
Collaboratore Prof.le Sanitario esperto - Ostetrica	6
Collaboratore Prof.le Sanitario esperto - Tecnico laboratorio bioMedico	3
Collaboratore Prof.le Sanitario esperto a.s.v.	13
Collaboratore Prof.le Sanitario esperto educatore Prof.le	1
Collaboratore Prof.le Sanitario esperto -infermiere-	24
Puericultrice Esperta	63
Collaboratore Prof.le San. Pesonale Tecn. prev.ne nell'amb.te e nei luoghi di lavoro	104
Collaboratore Prof.le Sanitario Assistente Sanitario	4
Collaboratore Prof.le Sanitario - Tecnico audioprotesista - (ric.CCNL 20.09.2001)	1
Collaboratore Prof.le Sanitario Audiometrista	1
Collaboratore Prof.le Sanitario Dietista	2
Collaboratore Prof.le Sanitario Educatore Prof.le	6
Collaboratore Prof.le Sanitario Fisioterapista	23
Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	1.583
Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere (ric.CCNL 20.09.2001)	9
Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere Pediatrico	76
Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere Pediatrico (ric.CCNL	29

20.09.2001)	
Collaboratore Prof.le Sanitario Logopedista	3
Collaboratore Prof.le Sanitario Massaggiatore non vedente	2
Collaboratore Prof.le Sanitario Ortottista	3
Collaboratore Prof.le Sanitario Ostetrica	67
Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico di Neurofisiopatologia	1
Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico OdontoTecnico	1
Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico Sanitario Laboratorio BioMedico	79
Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico Sanitario Radiologia Medica	78
Collaboratore Prof.le Sanitario-Tecnico di Neurofisiopatologia (ric. CCNL 20.09.2001)	8
Puericultrice	4
Terapista della Riabilit. ricoll.art.68 dpr384	1
Infermiere Generico	1
Infermiere Generico e Psich. Esperto (-C-)	23
Ausiliario Socio Sanitario Specializzato	4
Ausiliario Specializzato addetto ai servizi socio-assistenziali	34
Operatore socio Sanitario	98
<b>Totale Parziale</b>	<b>3.554</b>

<b>Ruolo Tecnico</b>	
Sociologo	13
Collaboratore Prof.le assistente sociale esperto	10
Collaboratore Prof.le assistente sociale- (ric.C.C.N.L.20.09.2001)	68
Collaboratore Tecnico Prof.le	11
Assistente Tecnico	8
Assistente Tecnico Geometra	3
Assistente Tecnico Perito Industriale	2
Assistente Tecnico Perito Industriale ElettroTecnico	1
Programmatore di C.E.D.	11
Operatore Tecnico	31
Operatore Tecnico Accalappiacani	1
Operatore Tecnico addetto ai servizi socio-assistenziali	2
Operatore Tecnico addetto all'assistenza	1
Operatore Tecnico addetto alle lavastoviglie	1
Operatore Tecnico Autista	50
Operatore Tecnico Centralinista	15
Operatore Tecnico Coordinatore Autista	1
Operatore Tecnico Coordinatore Capo servizio operai	9
Operatore Tecnico Custode	2
Operatore Tecnico di Lavanderia e Guardaroba	1
Operatore Tecnico Disinfettore	2
Operatore Tecnico Elettricista	3
Operatore Tecnico Forno inceneritore	2
Operatore Tecnico Fuochista	1

Operatore Tecnico Idraulico	2
Operatore Tecnico Imbianchino	1
Operatore Tecnico Magazziniere	10
Operatore Tecnico Muratore	1
Operatore Tecnico Personal Computer	7
Operatore Tecnico Spec. Esperto Custode	1
Operatore Tecnico spec.esperto -conduttore di caldaia	2
Operatore Tecnico Special. Autista Ambulanze	28
Operatore Tecnico Special. Centralinista	10
Operatore Tecnico Specializzato	3
Operatore Tecnico specializzato conduttore di caldaia	2
Operatore Tecnico specializzato cuoco	2
Operatore Tecnico Specializzato Elettricista	2
Operatore Tecnico Specializzato Esperto autista Ambulanza	13
Operatore Tecnico Specializzato Esperto Centralinista	2
Operatore Tecnico specializzato Esperto elettricista	1
Operatore Tecnico Specializzato Esperto -idraulico	1
Operatore Tecnico Specializzato Guardia Giurata	1
Operatore Tecnico Termo/Idraulico/Meccanico	1
Operatore Tecnico -videoterminalista-	25
Ausiliario Specializzato	46
<b>Totale Parziale</b>	<b>410</b>

<b>Ruolo Amministrativo</b>	
Dirigenti Amministrativi	26
Collaboratore Amministrativo Prof.le esperto	15
Collaboratore Amministrativo Prof.le	108
Assistente Amministrativo	218
Coadiutore Amministrativo Esperto	35
Coadiutore Amministrativo	170
Commesso	38
<b>Totale Parziale</b>	<b>610</b>

<b>Ruolo Professionale</b>	
Architetti	1
Avvocati e Procuratori Legali	7
Dirigenti Professionali (Ingegneri)	2
<b>Totale Parziale</b>	<b>10</b>

**Totale Generale**

**4.584**

**Tab. n. 4 – Dotazione Organica al 02/09/2016 (ultimi dati disponibili)**

Il personale dipendente risulta in progressivo calo dal 2011, come effetto anche dell'applicazione dei dettati normativi nazionali e delle conseguenti disposizioni regionali relative al contenimento della spesa complessiva e dei costi del personale.

Buona la presenza delle donne rispetto a quella dei maschi. Alta la presenza del personale infermieristico, seguito da medici e veterinari, bassa la presenza del personale OTA/OSS.

Con nota prot. n. 72720 del 15/05/2019, l'U.O.C. GRU, tramette la tabella che segue:

Anno	Ruolo	Cessati (A)	Assunti (B)	Saldo (B-A)
2012	Dirigenza	80	30	50
	Comparto	210	77	133
	Totale	290	107	183
2013	Dirigenza	34	32	2
	Comparto	105	98	7
	Totale	139	130	9
2014	Dirigenza	49	6	43
	Comparto	127	46	81
	Totale	176	52	124
2015	Dirigenza	65	15	50
	Comparto	142	30	112
	Totale	207	45	162
2016	Dirigenza	70	34	36
	Comparto	109	76	33
	Totale	179	110	69
2017	Dirigenza	59	100	-41
	Comparto	156	48	108
	Totale	215	148	67
2018	Dirigenza	165	162	3
	Comparto	190	89	101
	Totale	355	251	104

**Tab. n. 5 – Personale Assunto/Cessato al 31/12/2018**

Relativamente alla medicina generale, l'Azienda opera mediante 802 medici di Medicina Generale e n. 155 Pediatri di Libera Scelta, così distribuiti:

DISTRETTO		MM G	PLS	Totale
34	Portici	44	6	50
48	Marigliano	70	15	85
49	Nola	80	13	93
50	Volla	46	10	56
51	Pomigliano d'Arco	51	11	62
52	Palma Campania	98	19	117
53	Castellammare di Stabia	52	9	61
54	San Giorgio a Cremano	43	7	50
55	Ercolano	39	10	49
56	Torre Annunziata	74	15	89
57	Torre del Greco	65	12	77
58	Pompei	83	17	100
59	Sant'Agnello	57	11	68

	<b>Totale</b>	802	155	957
--	---------------	-----	-----	-----

**Tab. n. 6 – Medici di medicina generale e Pediatri di Libera Scelta**

La Continuità Assistenziale, l'ASL opera attraverso n. 239 medici titolari e n. 33 supplenti

### 2.3 IL CONTESTO

La nostra società genera rischi crescenti per le persone. La crescita deriva dal progressivo superamento delle soluzioni 'standard' del modello di welfare fordista, dai processi di de-standardizzazione e di individualizzazione, che hanno nei fatti moltiplicato i percorsi e le opzioni riguardo ai quali le persone si devono orientare e le circostanze critiche che devono fronteggiare.

Innanzitutto, dobbiamo sottolineare un ampliamento del ventaglio di stati di disagio e un'estensione del perimetro dei rischi, che toccano persone e famiglie "normali", che si possono improvvisamente scoprire vulnerabili e incapaci a fronteggiare le circostanze che impediscono loro di soddisfare bisogni primari.

In secondo luogo, proprio la crescente differenziazione rende più rilevanti le disuguaglianze di risorse su cui persone e famiglie possono contare, che tradizionalmente hanno sempre pesato, ma che oggi a maggior ragione costituiscono una dotazione determinante per far fronte a nuovi rischi.

Infine, paradossalmente, cresce il rilievo delle "opzioni socialmente strutturate", che, in un determinato contesto, si presentano alle persone come modelli di comportamento da seguire, per orientarsi, quando si tratta di scegliere alternative e traiettorie nella propria vita familiare, lavorativa e sociale (andare a vivere in coppia, diventare genitore, lasciare il lavoro per dedicarsi ai figli, accettare certi lavori piuttosto che altri, ecc). Questi modelli non riguardano solo i singoli, ma anche i comportamenti collettivi, i modi con cui istituzioni e attori locali significativi si muovono e 'costruiscono' reti di protezione, definiscono e disegnano la fruizione di diritti sociali, configurano nei fatti modelli locali di welfare.

In questa prospettiva – nella pianificazione delle politiche sociali – il territorio non deve essere considerato un contenitore sostanzialmente neutro degli interventi, ma un attore in scena, con le sue specificità, i suoi punti di debolezza e di forza, che cambiano nel tempo e che possono incidere pesantemente sia sulla generazione di rischi sociali, sia sulla costruzione di azioni preventive o curative degli stati di disagio. Da notare che riconoscere un ruolo attivo al contesto significa andare oltre la presa d'atto della diversità nella dotazione di risorse su cui individui e famiglie possono contare nei vari territori della ASL Napoli 3 Sud, ma vuol dire cogliere la presenza di rendimenti differenziati delle medesime risorse.

In sostanza, quel che conta per le persone non è la pur importante disponibilità di risorse, ma la capacità di trarne effettiva utilità per il soddisfacimento dei bisogni, che cambia in modo significativo al variare del contesto locale, perché cambiano le condizioni materiali e culturali in cui gli individui le possono utilizzare. Le stesse situazioni di disabilità fisica, di malattia, di esclusione sociale, di disoccupazione, possono implicare differenti ricadute sull'autonomia al variare del contesto in cui si verificano; analogamente, le stesse opportunità di lavoro, di istruzione, di costituzione di una famiglia, di attivazione di una rete sociale possono essere o meno a "portata di mano" a seconda del profilo prevalente dei modelli culturali locali cui le persone fanno riferimento.

In questo senso, anche gli sforzi di identificare livelli omogenei di servizi sul territorio, devono tener conto della differenziazione non solo, com'è ovvio, legata alla differente presenza di stati di disagio – misurati sulla presenza-assenza di risorse fondamentali per il benessere -, ma anche dei differenti contesti in cui questi stati si collocano, che possono rendere più o meno adeguata un'uguale combinazione di interventi.

Una connessione rilevante tra salute della popolazione e contesto socio-economico viene anche posta al centro del Libro Bianco Europeo "*Un impegno comune per la salute: approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-20*", che sottolinea come "la speranza di vita in buona salute", dipendente da una varietà di politiche sociali, sia un "fattore chiave per la crescita economica", e quindi come la spesa in tali politiche rappresenti "un investimento", necessario per assicurare condizioni di sviluppo.

In questo caso si mette sotto osservazione il circolo virtuoso salute-contesto, piuttosto che gli effetti del contesto sulla salute, il che mostra da un altro punto di vista il rilievo, attribuito anche a livello europeo, del radicamento territoriale delle politiche sociali per la salute.

La strategia di osservazione dei contesti mira, quindi, a coglierne i tratti rilevanti che possono incidere sugli stati di agio/disagio delle persone. Per far questo, non si può che procedere costruendo indicatori sulla base dei dati istituzionali (demografici, economici, ecc.), sapendo che rispondono solo in parte alle esigenze conoscitive.

## 2.4 LA POPOLAZIONE

Al 31 dicembre 2017 la popolazione residente nei territori inclusi nell'ASL Napoli 3 Sud è di 1.073.493 abitanti, in calo per il terzo anno consecutivo.

Dalle tabelle e grafici che seguono si evidenzia un incremento della popolazione > 65 anni, come a livello nazionale, ma le previsioni demografiche indicano un ulteriore inasprimento del processo di invecchiamento per i prossimi decenni.

Il numero di stranieri residenti, al 31 dicembre 2017, è pari a 33.414

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

### Distretto 34 - (Ambito territoriale n. 11) – Comuni n. 1 - Portici

Estensione Territoriale 4,60 km<sup>2</sup> - Densità Abitativa 11.959,13 ab./km<sup>2</sup>

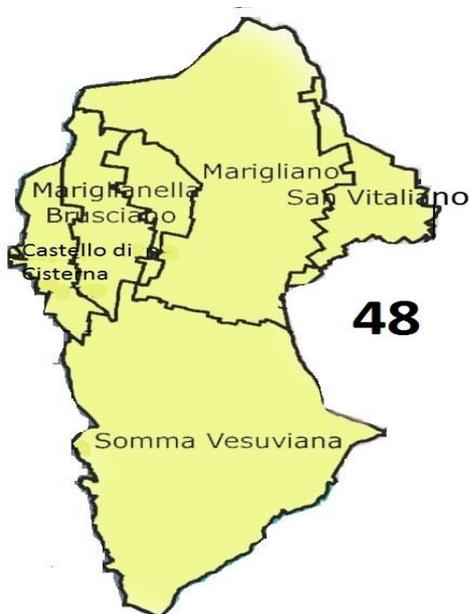
Portici



Comune	0-14	15-64	65+	Totale	Età media	Indice vecchiaia	Ind. Dip.za strutturale	Superficie km <sup>2</sup>	Densità ab./km <sup>2</sup>
Portici	7.719	34.733	12.560	55.012	44,1	162,72%	58,39%	4,6	11.959,13

**Distretto 48 – (Ambito territoriale n. 22) – Comuni n. 6 - Marigliano**Estensione Territoriale 71,4 km<sup>2</sup> - Densità Abitativa **1.454,09**ab./km<sup>2</sup>

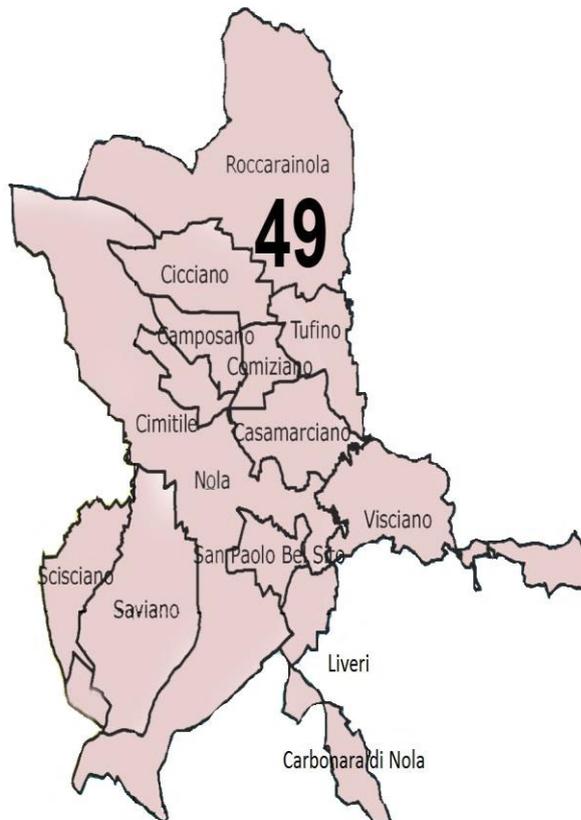
Marigliano	
Brusciano	
Castello di Cisterna	
Mariglianella	
San Vitaliano	
Somma Vesuviana	



Comune	0-14	15-64	65+	Totale	Età media	Indice vecchiaia	Ind. Dip.za strutturale	Superficie km <sup>2</sup>	Densità ab./km <sup>2</sup>
Marigliano	4.740	20.293	5.013	30.046	40,6	105,76%	48,06%	22,58	1.330,65
Brusciano	2.826	11.428	2.245	16.499	38,6	79,44%	44,37%	5,62	2.935,77
Castello di Cisterna	1.479	5.399	1.048	7.926	37,6	70,86%	46,80%	3,92	2.021,94
Mariglianella	1.448	5.388	1.000	7.836	38	69,06%	45,43%	3,26	2.403,68
San Vitaliano	1.151	4.315	949	6.415	39	82,45%	48,67%	5,37	1.194,60
Somma Vesuviana	5.629	24.047	5.424	35.100	39,9	96,36%	45,96%	30,65	1.145,19
<b>Totali</b>	<b>17.273</b>	<b>70.870</b>	<b>15.679</b>	<b>103.822</b>	<b>38,95</b>	<b>90,77%</b>	<b>46,50%</b>	<b>71,4</b>	<b>1.454,09</b>

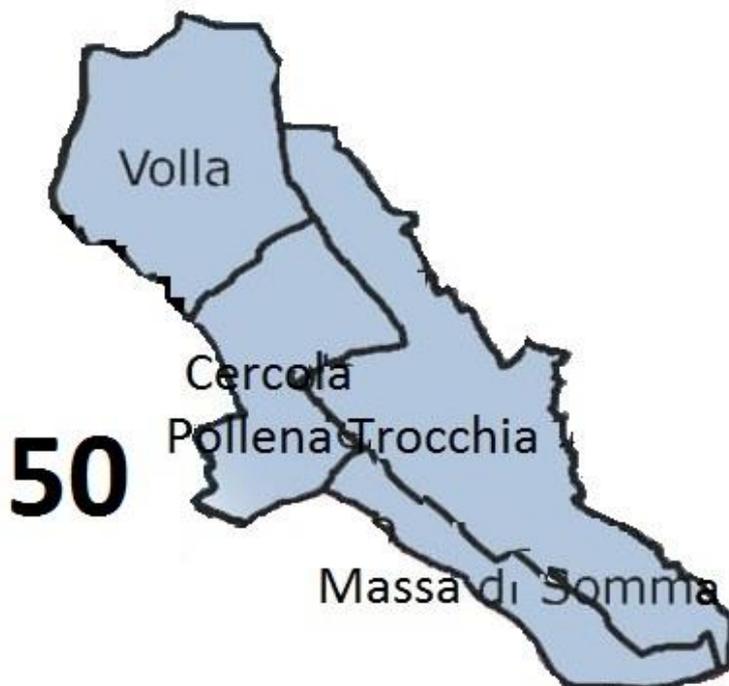
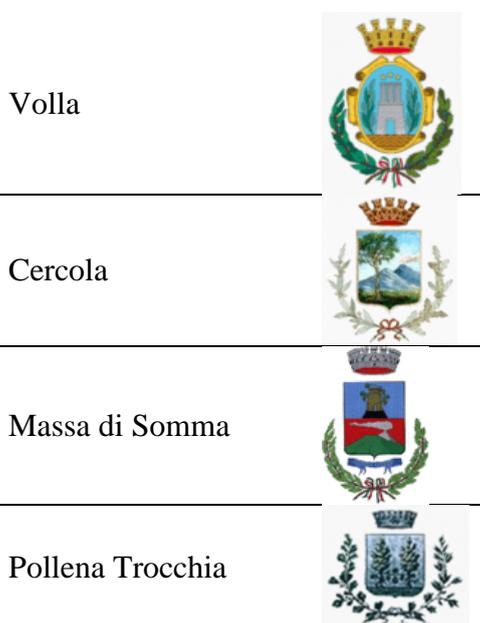
**Distretto 49 – (Ambito territoriale n. 23) – Comuni n. 14 - NOLA**  
 Estensione Territoriale 134,55 km<sup>2</sup> - Densità Abitativa **816,43** ab./km<sup>2</sup>

Nola	
Camposano	
Carbonara di Nola	
Casamarciano	
Cicciano	
Cimitile	
Comiziano	
Liveri	
Roccarainola	
San Paolo Bel Sito	
Saviano	
Scisciano	
Tufino	
Visciano	



Comune	0-14	15-64	65+	Totale	Età media	Indice vecchiaia	Ind. Dip.za strutturale	Superficie km <sup>2</sup>	Densità ab./km <sup>2</sup>
Nola	4.971	23.411	6.050	34.432	41,6	121,71%	47,08%	39,19	878,59
Camposano	759	3.612	964	5.335	41,6	127,01%	47,70%	3,33	1.602,10
Carbonara di Nola	410	1.694	332	2.436	38,9	80,98%	43,80%	3,65	667,40
Casamarciano	451	2.170	649	3.270	42,7	143,90%	50,69%	6,38	512,54
Cicciano	1.791	8.904	2.203	12.898	41,6	123,00%	44,86%	7,33	1.759,62
Cimitile	1.027	4.861	1.305	7.193	41,6	127,07%	47,97%	2,74	2.625,18
Comiziano	277	1.116	428	1.821	43,8	154,51%	63,17%	2,45	743,27
Liveri	223	1.053	339	1.615	43,6	152,02%	53,37%	2,71	595,94
Roccarainola	949	4.785	1.275	7.009	42,2	134,35%	46,48%	28,33	247,41
San Paolo Bel Sito	517	2.372	606	3.495	41,3	117,21%	47,34%	2,95	1.184,75
Saviano	2.533	11.042	2.542	16.117	40,1	100,36%	45,96%	13,88	1.161,17
Scisciano	969	4.199	886	6.054	39,8	91,43%	44,18%	5,5	1.100,73
Tufino	610	2.522	588	3.720	40,2	96,39%	47,50%	5,21	714,01
Visciano	606	2.983	867	4.456	42,6	143,07%	49,38%	10,9	408,81
<b>Totali</b>	<b>16.093</b>	<b>74.724</b>	<b>19.034</b>	<b>109.851</b>	<b>44,74</b>	<b>118,28%</b>	<b>47,01%</b>	<b>134,55</b>	<b>816,43</b>

**Distretto 50 – (Ambito territoriale n. 24) – Comuni n. 4 - VOLLA**  
 Estensione Territoriale 21,49 km<sup>2</sup> - Densità Abitativa **2.840,07** ab./km<sup>2</sup>



Comune	0-14	15-64	65+	Totale	Età media	Indice vecchiaia	Ind. Dip.za strutturale	Superficie km <sup>2</sup>	Densità ab./km <sup>2</sup>
Volla	4.376	16.686	2.940	24.002	37,3	67,18%	43,85%	6,2	3.871,29
Cercola	2.909	12.394	2.908	18.211	40,1	99,97%	46,93%	4,23	4.305,20
Massa di Somma	772	3.747	833	5.352	40,7	107,90%	42,83%	3,04	1.760,53
Pollena Trocchia	2.223	9.244	2.001	13.468	39,3	90,01%	45,69%	8,02	1.679,30
<b>Totali</b>	<b>10.280</b>	<b>42.071</b>	<b>8.682</b>	<b>61.033</b>	<b>39,35</b>	<b>84,46%</b>	<b>45,07%</b>	<b>21,49</b>	<b>2.840,07</b>

**Distretto 51 – (Ambito territoriale n. 25) – Comuni n. 2 – POMIGLIANO D'ARCO**  
 Estensione Territoriale 30,45 km<sup>2</sup> - Densità Abitativa 2.219,70 ab./km<sup>2</sup>

Pomigliano d'Arco



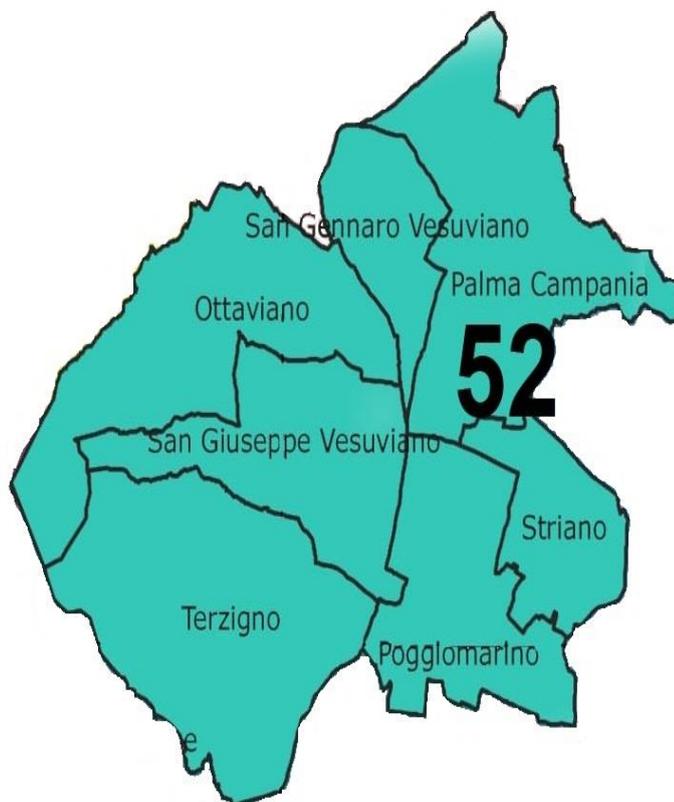
Sant'Anastasia



Comune	0-14	15-64	65+	Totale	Età media	Indice vecchiaia	Ind. Dip.za strutturale	Superficie km <sup>2</sup>	Densità ab./km <sup>2</sup>
Pomigliano d'Arco	6.052	26.276	7.515	39.843	41,6	124,17%	51,63%	11,71	3.402,48
Sant'Anastasia	4.356	18.717	4.674	27.747	40,5	107,30%	48,24%	18,74	1.480,63
<b>Totali</b>	<b>10.408</b>	<b>44.993</b>	<b>12.189</b>	<b>67.590</b>	<b>41,05</b>	<b>117,11%</b>	<b>50,22%</b>	<b>30,45</b>	<b>2.219,70</b>

**Distretto 52 – (Ambito territoriale n. 26) – Comuni n. 7 – PALMA CAMPANIA**Estensione Territoriale 106,22 km<sup>2</sup> - Densità Abitativa **1.246,20** ab./km<sup>2</sup>

Palma Campania	
Ottaviano	
Poggiomarino	
San Gennaro Vesuviano	
San Giuseppe Vesuviano	
Striano	
Terzigno	



Comune	0-14	15-64	65+	Totale	Età media	Indice vecchiaia	Ind. Dip.za strutturale	Superficie km <sup>2</sup>	Densità ab./km <sup>2</sup>
Palma Campania	2.413	11.270	2.362	16.045	39,4	97,89%	42,37%	20,67	776,25
Ottaviano	3.651	16.396	3.713	23.760	40,1	101,70%	44,91%	20,02	1.186,81
Poggiomarino	3.920	15.207	2.882	22.009	37,9	73,52%	44,73%	13,2	1.667,35
San Gennaro Vesuviano	2.069	8.369	1.473	11.911	38	71,19%	42,32%	7,01	1.699,14
San Giuseppe Vesuviano	4.970	22.013	4.209	31.192	38,7	84,69%	41,70%	14,17	2.201,27
Striano	1.457	5.881	1.181	8.519	38,3	81,06%	44,86%	7,65	1.113,59
Terzigno	3.207	13.436	2.292	18.935	37,8	71,47%	40,93%	23,5	805,74
<b>Totali</b>	<b>21.687</b>	<b>92.572</b>	<b>18.112</b>	<b>132.371</b>	<b>38,60</b>	<b>83,52%</b>	<b>42,99%</b>	<b>106,22</b>	<b>1.246,20</b>

**Distretto 53 – (Ambito territoriale n. 27) – Comuni n. 1 – CASTELLAMMARE DI STABIA**  
 Estensione Territoriale 17,81 km<sup>2</sup> - Densità Abitativa 3.714,99 ab./km<sup>2</sup>

Castellammare di Stabia



Comune	0-14	15-64	65+	Totale	Età media	Indice vecchiaia	Ind. Dip.za strutturale	Superficie km <sup>2</sup>	Densità ab./km <sup>2</sup>
Castellammare di Stabia	10.347	43.027	12.790	66.164	41,5	123,61%	53,77%	17,81	3.714,99

**Distretto 54 – (Ambito territoriale n. 28) – Comuni n. 2 – SAN GIORGIO A CREMANO**  
 Estensione Territoriale 6,76 km<sup>2</sup> - Densità Abitativa **8.070,41** ab./km<sup>2</sup>

San Giorgio a  
Cremano



San Sebastiano al  
Vesuvio



Comune	0-14	15-64	65+	Totale	Età media	Indice vecchiaia	Ind. Dip.za strutturale	Superficie km <sup>2</sup>	Densità ab./km <sup>2</sup>
San Giorgio a Cremano	6.347	28.516	10.547	45.410	43,7	166,17%	59,24%	4,11	11.048,66
San Sebastiano al Vesuvio	1.400	6.020	1.726	9.146	41,6	123,29%	51,93%	2,65	3.451,32
<b>Totali</b>	<b>7.747</b>	<b>34.536</b>	<b>12.273</b>	<b>54.556</b>	<b>42,65</b>	<b>158,42%</b>	<b>57,97%</b>	<b>6,76</b>	<b>8.070,41</b>

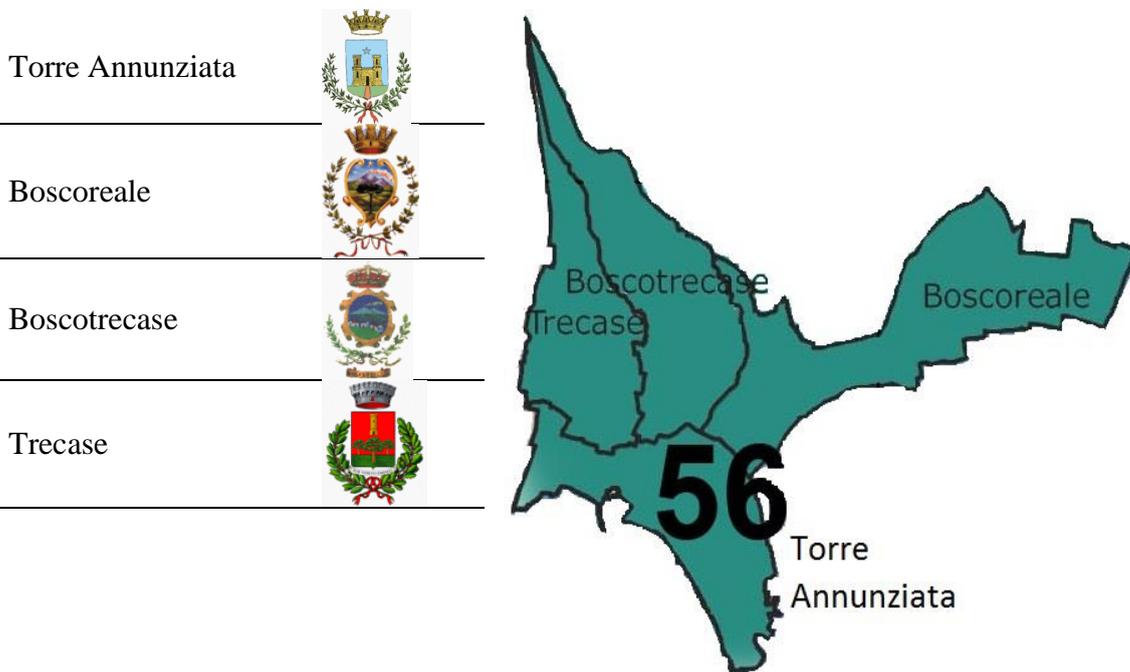
**Distretto 55 – (Ambito territoriale n. 29) – Comuni n. 1 - ERCOLANO**  
 Estensione Territoriale 19,89 km<sup>2</sup> - Densità Abitativa 2.676,27 ab./km<sup>2</sup>

Ercolano



Comune	0-14	15-64	65+	Totale	Età media	Indice vecchiaia	Ind. Dip.za strutturale	Superficie km <sup>2</sup>	Densità ab./km <sup>2</sup>
Ercolano	8.469	34.883	9.879	53.231	40,9	116,65%	52,60%	19,89	2.676,27

**Distretto 56 – (Ambito territoriale n. 30) – Comuni n. 4 – TORRE ANNUNZIATA**  
 Estensione Territoriale 32,63km<sup>2</sup> - Densità Abitativa **2.756,73** ab./km<sup>2</sup>



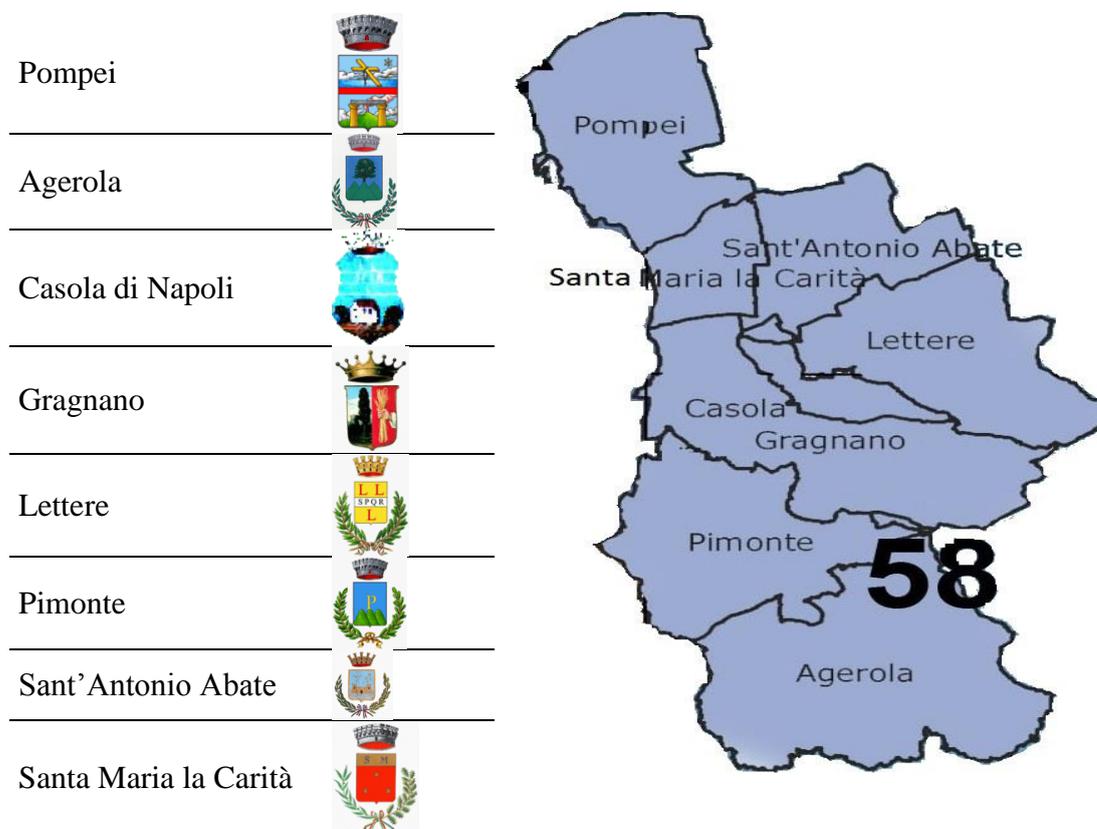
Comune	0-14	15-64	65+	Totale	Età media	Indice vecchiaia	Ind. Dip.za strutturale	Superficie km <sup>2</sup>	Densità ab./km <sup>2</sup>
Torre Annunziata	6.953	26.982	8.692	42.627	41,5	125,01%	57,98%	7,54	5.653,45
Boscoreale	4.580	18.754	4.584	27.918	39,9	100,09%	48,86%	11,35	2.459,74
Boscotrecase	1.609	6.794	1.913	10.316	41,2	118,89%	51,84%	7,53	1.369,99
Trecase	1.421	5.854	1.816	9.091	41,8	127,80%	55,30%	6,21	1.463,93
<b>Totali</b>	<b>14.563</b>	<b>58.384</b>	<b>17.005</b>	<b>89.952</b>	<b>41,10</b>	<b>116,77%</b>	<b>54,07%</b>	<b>32,63</b>	<b>2.756,73</b>

**Distretto 57 – (Ambito territoriale n. 31) – Comuni n. 1 – TORRE DEL GRECO**  
 Estensione Territoriale 30,63 km<sup>2</sup> - Densità Abitativa 2.799,93 ab./km<sup>2</sup>

Torre del Greco



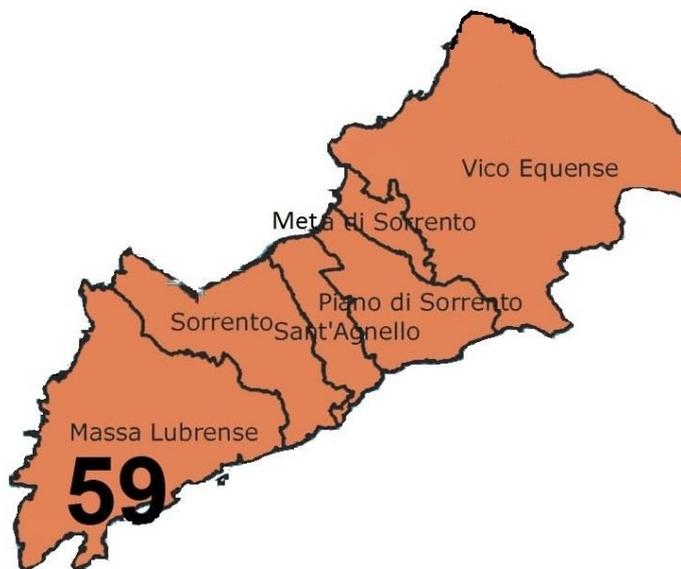
Comune	0-14	15-64	65+	Totale	Età media	Indice vecchiaia	Ind. Dip.za strutturale	Superficie km <sup>2</sup>	Densità ab./km <sup>2</sup>
Torre del Greco	13.444	56.124	16.194	85.762	41,3	120,46%	52,81%	30,63	2.799,93

**Distretto 58 – (Ambito territoriale n. 32) – Comuni n. 8 - POMPEI**Estensione Territoriale 85,95 km<sup>2</sup> - Densità Abitativa **1.273,19** ab./km<sup>2</sup>

Comune	0-14	15-64	65+	Totale	Età media	Indice vecchiaia	Ind. Dip.za strutturale	Superficie km <sup>2</sup>	Densità ab./km <sup>2</sup>
Pompei	3.790	16.698	4.708	25.196	41,6	124,22%	50,89%	12,42	2.028,66
Agerola	1.213	4.987	1.497	7.697	41,4	123,41%	54,34%	19,83	388,15
Casola di Napoli	774	2.561	535	3.870	37,6	69,12%	51,11%	2,59	1.494,21
Gragnano	4.853	19.155	5.000	29.008	39,79	103,03%	51,44%	14,64	1.981,42
Lettere	1.158	4.267	825	6.250	37,7	71,24%	46,47%	12,02	519,97
Pimonte	1.066	4.219	715	6.000	37,3	67,07%	42,21%	12,54	478,47
Sant'Antonio Abate	3.532	13.397	2.816	19.745	38,4	79,73%	47,38%	7,93	2.489,91
Santa Maria la Carità	2.208	7.932	1.525	11.665	37,6	69,07%	47,06%	3,98	2.930,90
<b>Totali</b>	<b>18.594</b>	<b>73.216</b>	<b>17.621</b>	<b>109.431</b>	<b>38,92</b>	<b>94,77%</b>	<b>49,46%</b>	<b>85,95</b>	<b>1.273,19</b>

**Distretto 59 – (Ambito territoriale n. 33) – Comuni n. 6 – SANT'AGNELLO**Estensione Territoriale 72,92 km<sup>2</sup> - Densità Abitativa **1.123,96** ab./km<sup>2</sup>

Sant' Agnello	
Massa Lubrense	
Meta	
Piano di Sorrento	
Sorrento	
Vico Equense	



Comune	0-14	15-64	65+	Totale	Età media	Indice vecchiaia	Ind. Dip.za strutturale	Superficie km <sup>2</sup>	Densità ab./km <sup>2</sup>
Sant' Agnello	1.375	5.944	1.822	9.141	42,8	132,51%	53,79%	4,15	2.202,65
Massa Lubrense	2.209	9.370	2.657	14.236	41,8	120,28%	51,93%	19,84	717,54
Meta	1.118	5.241	1.586	7.945	43,1	141,86%	51,59%	2,25	3.531,11
Piano di Sorrento	1.875	8.336	2.815	13.026	43,4	150,13%	56,26%	7,34	1.774,66
Sorrento	2.202	10.669	3.738	16.609	44,4	169,75%	55,68%	9,96	1.667,57
Vico Equense	3.287	13.846	3.869	21.002	41,5	117,71%	51,68%	29,38	714,84
<b>Totali</b>	<b>12.066</b>	<b>53.406</b>	<b>16.487</b>	<b>81.959</b>	<b>42,83</b>	<b>136,64%</b>	<b>53,46%</b>	<b>72,92</b>	<b>1.123,96</b>

### Gli indicatori demografici

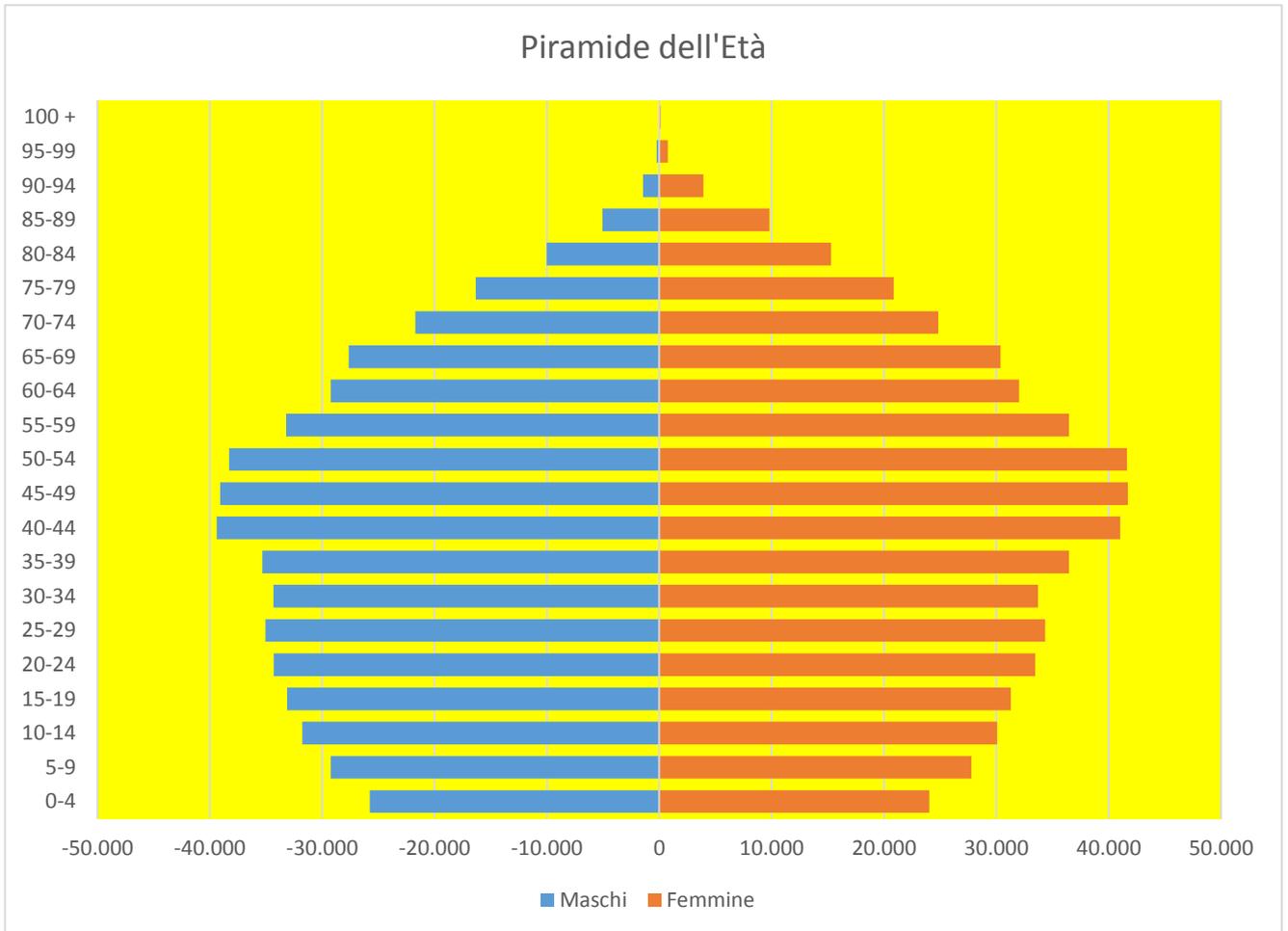
L'analisi di seguito riportata è stata effettuata utilizzando la popolazione al 01\_01\_°2017

#### *La piramide dell'età*

La piramide dell'età è sovrapponibile alla piramide della popolazione campana essa mostra la frequenza più elevata in assoluto tra i 40 e 50 anni. L'età anziana ( $\geq 64$  aa) mostra una prevalenza a favore del sesso femminile con un incremento di oltre due punti percentuali.

Età	Maschi		Femmine		Totale	
		%		%		%
0-4	25.769	2,41%	24.048	2,25%	49.817	4,65%
5-9	29.239	2,73%	27.792	2,60%	57.031	5,33%
10-14	31.768	2,97%	30.074	2,81%	61.842	5,78%
15-19	33.122	3,09%	31.283	2,92%	64.405	6,02%
20-24	34.328	3,21%	33.462	3,13%	67.790	6,33%
25-29	35.050	3,27%	34.334	3,21%	69.384	6,48%
30-34	34.352	3,21%	33.705	3,15%	68.057	6,36%
35-39	35.347	3,30%	36.467	3,41%	71.814	6,71%
40-44	39.376	3,68%	41.020	3,83%	80.396	7,51%
45-49	39.089	3,65%	41.710	3,90%	80.799	7,55%
50-54	38.290	3,58%	41.623	3,89%	79.913	7,46%
55-59	33.205	3,10%	36.482	3,41%	69.687	6,51%
60-64	29.253	2,73%	32.041	2,99%	61.294	5,72%
65-69	27.654	2,58%	30.363	2,84%	58.017	5,42%
70-74	21.721	2,03%	24.842	2,32%	46.563	4,35%
75-79	16.333	1,53%	20.870	1,95%	37.203	3,47%
80-84	10.032	0,94%	15.306	1,43%	25.338	2,37%
85-89	5.062	0,47%	9.793	0,91%	14.855	1,39%
90-94	1.445	0,13%	3.944	0,37%	5.389	0,50%
95-99	224	0,02%	762	0,07%	986	0,09%
100 +	24	0,00%	130	0,01%	154	0,01%
	<b>520.683</b>	<b>48,62%</b>	<b>550.051</b>	<b>51,37%</b>	<b>1.070.734</b>	<b>100%</b>

**Tab. n. 5 La piramide dell'età**



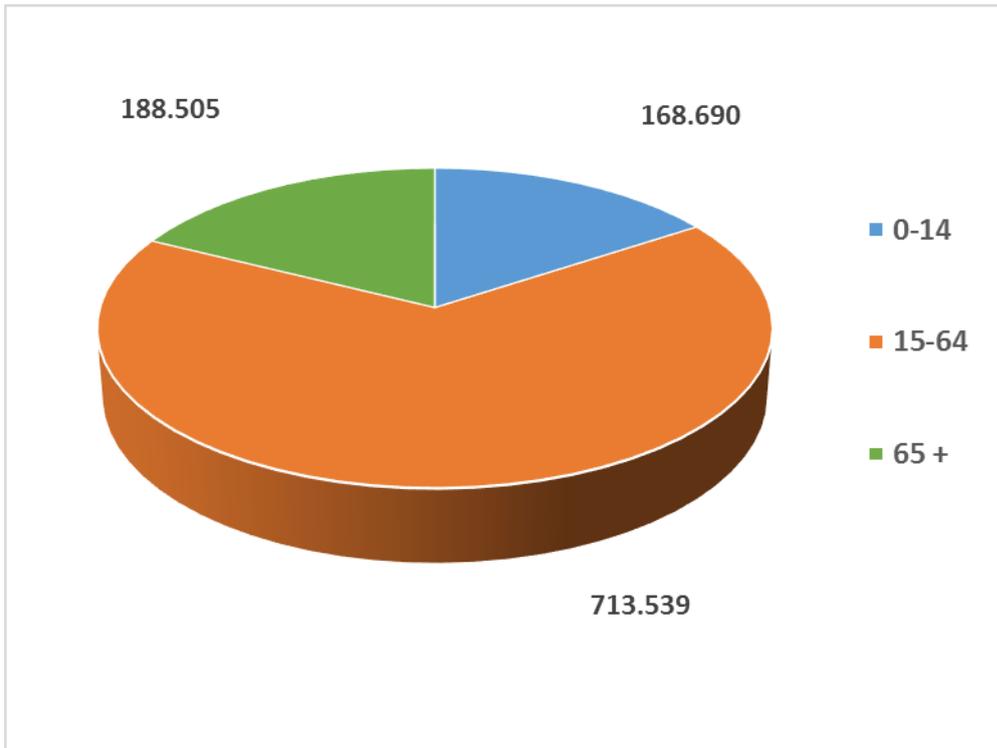
**Fig. n. 4** La piramide dell'età

#### Distribuzione per fasce e sesso

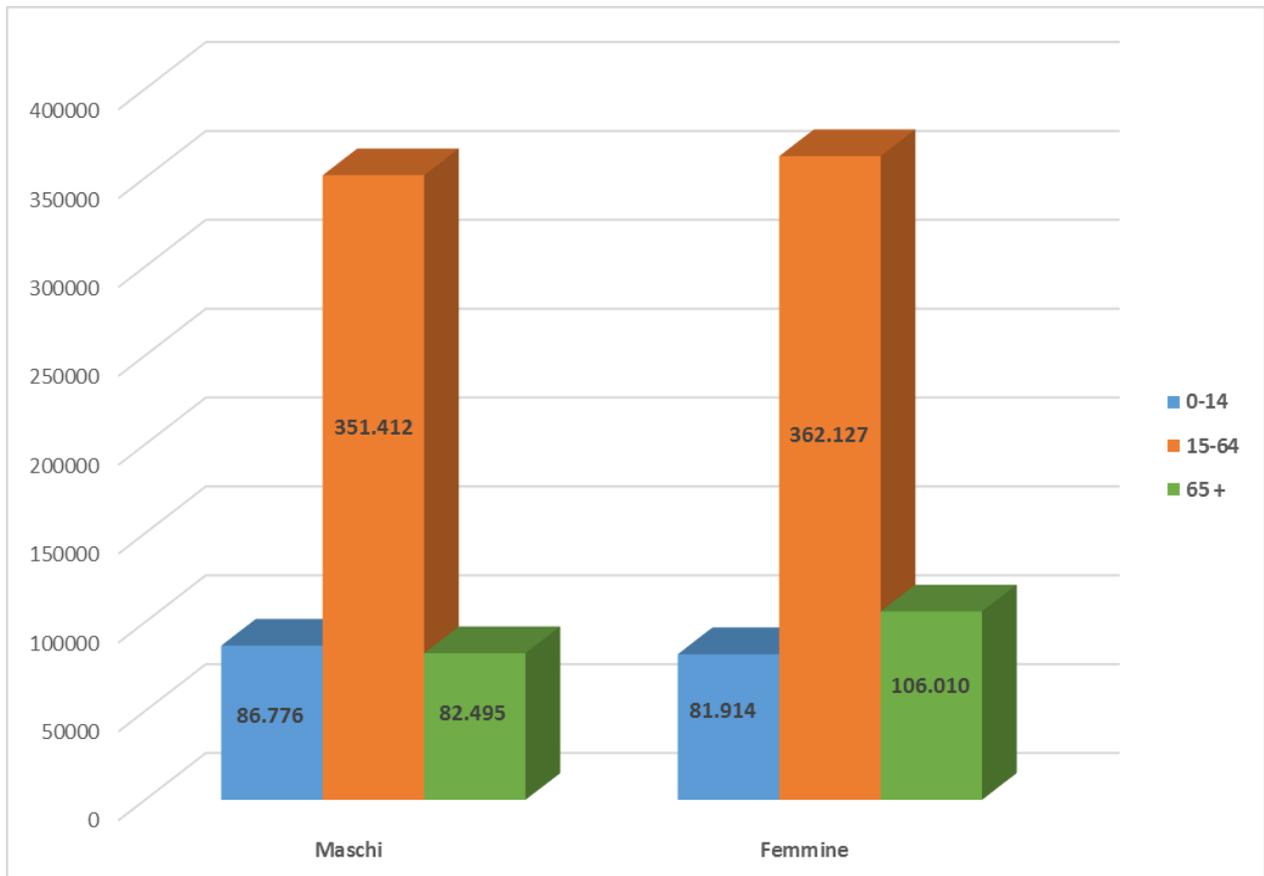
La distribuzione per fasce di età mostra che circa i due terzi della popolazione è compreso nella popolazione attiva mentre le rimanenti due fasce - popolazione anziana e infanzia - si attestano intorno al 16%.

	Fasce Età	Maschi		Femmine		Totale	
		Numero	%	Numero	%	Numero	%
ASL Napoli 3 Sud	<b>0-14</b>	86.776	8,10%	81.914	7,65%	168.690	15,75%
	<b>15-64</b>	351.412	32,82%	362.127	33,82%	713.539	66,64%
	<b>65 +</b>	82.495	7,70%	106.010	9,90%	188.505	17,61%
		520.683	48,63%	550.051	51,37%	1.070.734	100,00%

**Tab. n. 6** Distribuzione per fasce e sesso



**Fig. n.5** Distribuzione per fasce di età

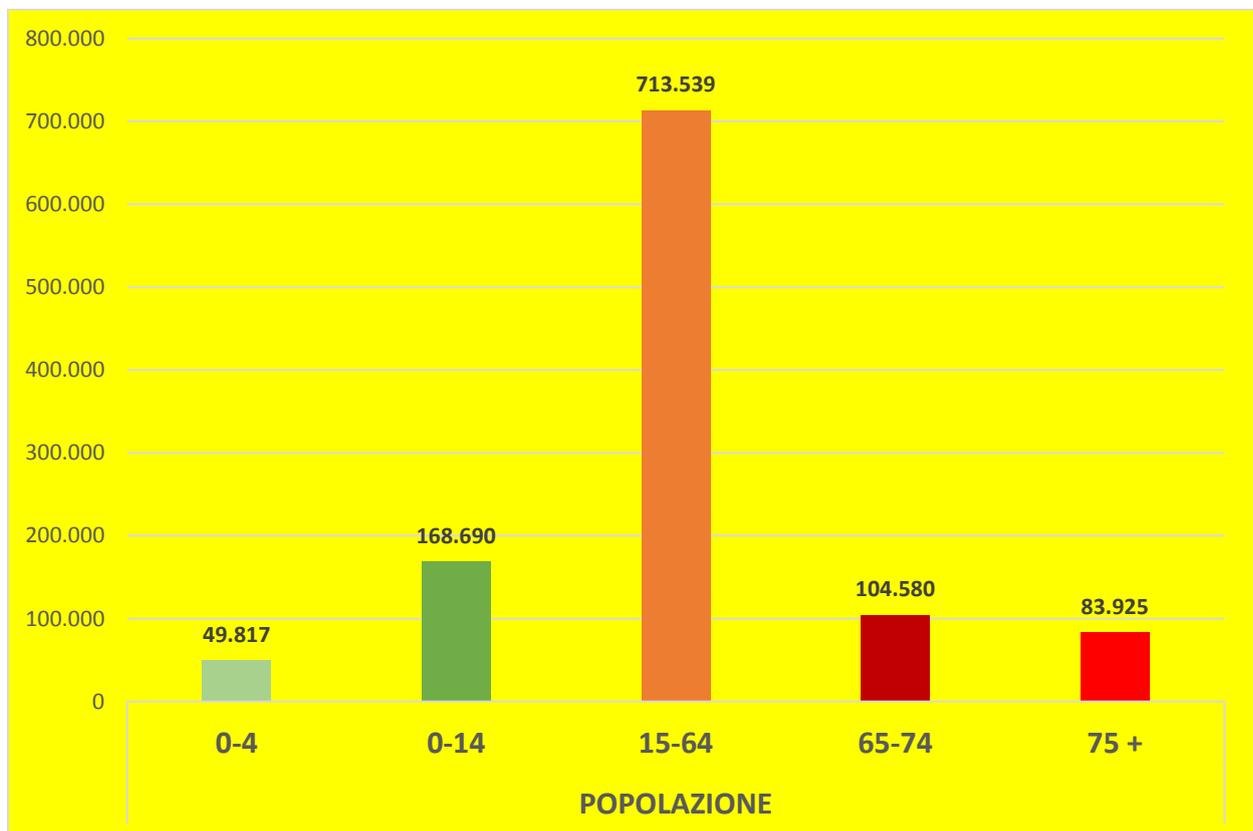


**Fig. n. 6** Distribuzione per fasce e sesso

La distribuzione per sesso evidenzia una lieve prevalenza totale per il sesso femminile (51%), tale prevalenza è concentrata nella fascia maggiore di 75 aa.

	Popolazione Totale al 01/01/2017	Indice di Vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione				
					0-4 anni	0-14 anni	15-64 anni	65-74 anni	75 + anni
ASL Napoli 3 Sud	1.070.734	111,75	26,42	50,06	49.817	168.690	713.539	104.580	83.925

**Tab. n. 7 Indici Asl Napoli 3 Sud**

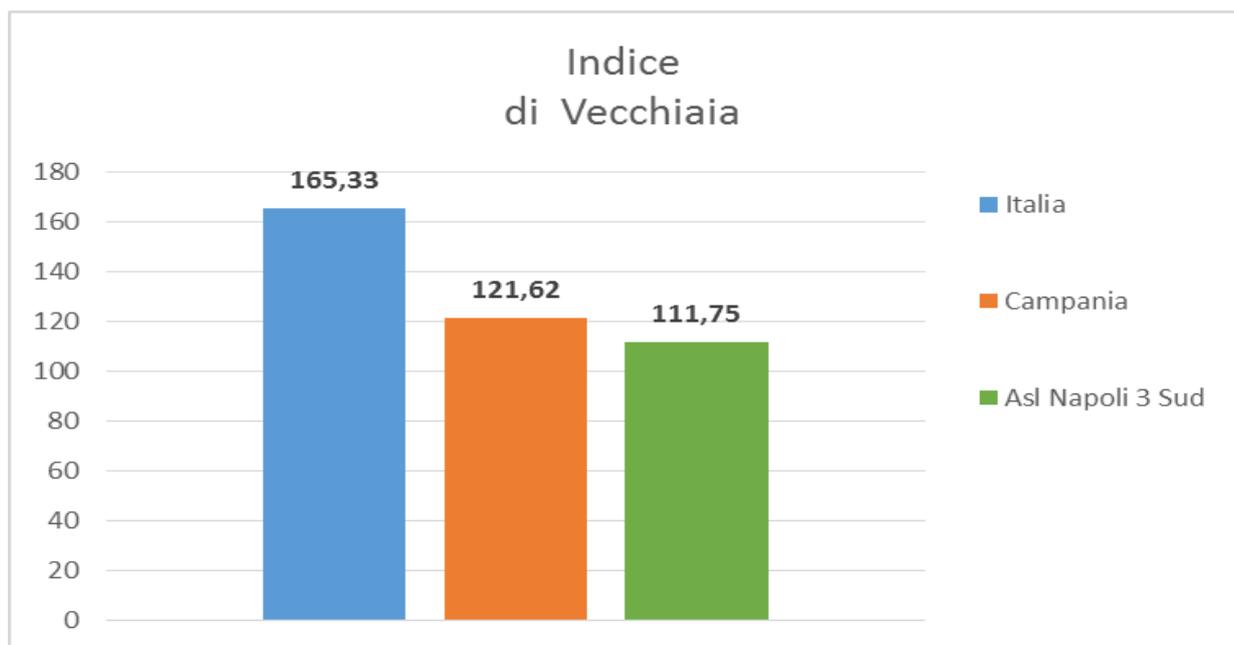


**Fig. n. 7 Indici Asl Napoli 3 Sud - Distribuzione per fasce di età**

	Popolazione Totale al 01/01/2017	Indice di Vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione		
					0-14 anni	15-64 anni	65 +
Italia	60.589.445	165,33	34,80	55,84	8.182.584	38.878.311	13.528.550
Campania	5.839.084	121,62	27,23	49,62	873.733	3.902.680	1.062.671
ASL Napoli 3 Sud	1.070.734	111,75	26,42	50,06	168.690	713.539	188.505

**Tab. n. 8 Raffronto con dati Nazionali e Regionali**

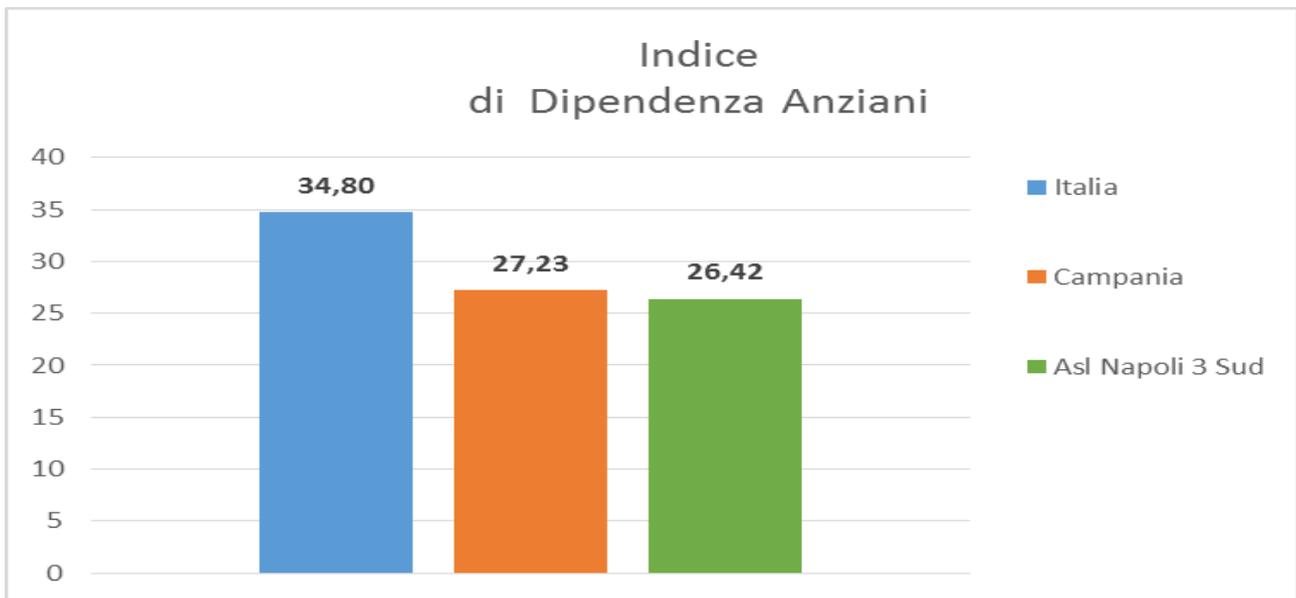
### Indice di vecchiaia



*L' indicatore è un indice molto dinamico della tendenza all'invecchiamento esso 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 la nostra ASL pur essendo un valore inferiore ben lontano dalla media nazionale e inferiore alla media regionale ha superato il valore soglia di cento.*

**Fig. n. 8 Indice di vecchiaia**

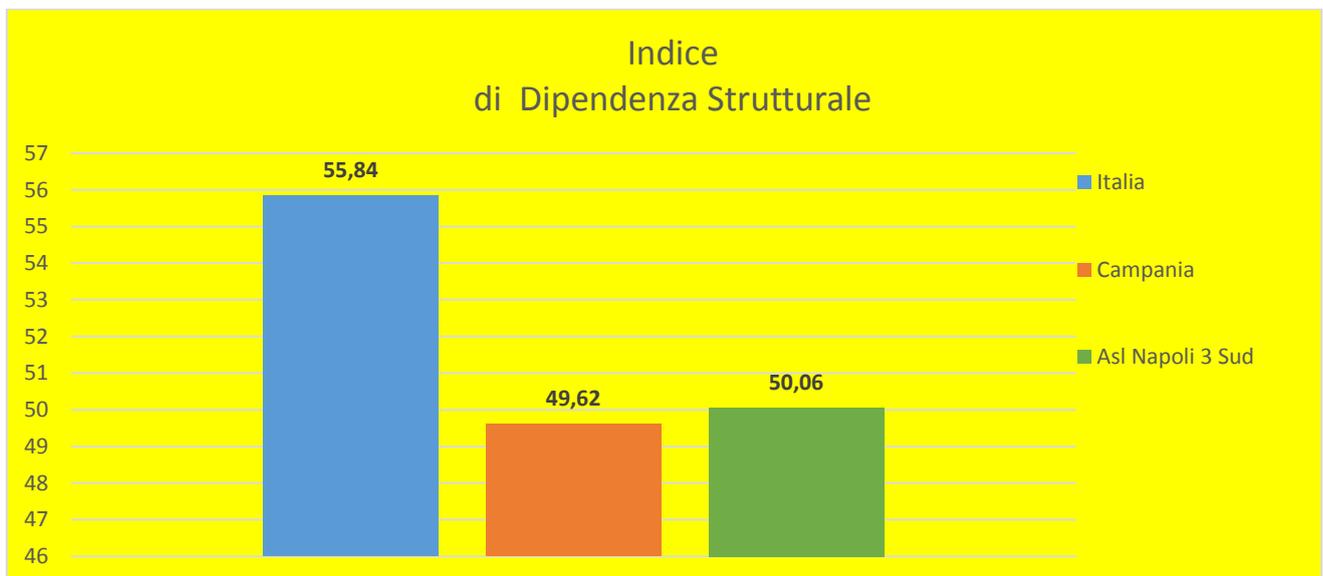
## Indice di dipendenza



L'indice di dipendenza è il rapporto percentuale tra la popolazione residente in età non attiva (da 0 a 14 anni e da 65 anni e oltre) e la popolazione in età lavorativa (da 15 a 64 anni). Tale rapporto misura il carico demografico sulla popolazione in età attiva. Valori superiori al 50 per cento indicano una situazione di squilibrio generazionale.

**Fig. n. 9** Indice di dipendenza anziani

## Indice di dipendenza strutturale



L'indice di dipendenza strutturale rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni). Ad esempio, teoricamente, a Sant'Anastasia nel 2016 ci sono 47,6 individui a carico, ogni 100 che lavorano.

**Fig. n. 10** Indice di dipendenza strutturale

### Cittadini stranieri

Al 1° gennaio 2017 risultano, residenti in Campania 232 214 cittadini stranieri, seguono i dati riportati ai territori di competenza dell'ASL Napoli 3 Sud.

### Cittadini stranieri nei Distretti ASL Napoli 3 Sud

Area Geografica di Provenienza	DISTRETTI													
	34		48		49		50		51		52		53	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Africa centro meridionale	0	2	1	3			0	4	0	1	8	20		
Africa occidentale	8	26	35	28	18	39	4	10	8	36	13	328	3	21
Africa orientale	10	3	6	4	2	1			2	2	3	2	1	0
Africa settentrionale	4	17	190	435	116	201	8	24	91	186	646	1.616	3	10
Altri paesi europei	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1
America centro meridionale	36	6	63	17	45	14	30	4	50	24	57	17	57	16
America settentrionale	3	2	7	2	7	5	1	2	1	0	2	0	2	0
Apolidi							0	1						
Asia centro meridionale	58	57	51	76	77	153	30	74	26	33	543	3.190	8	15
Asia occidentale	14	4	6	1	3	2	6	0	5	2	1	3	1	0
Asia orientale	34	21	57	55	24	20	25	15	17	12	1.840	2.302	32	26
Europa centro orientale	263	45	825	416	427	183	225	90	418	172	1.513	753	326	88
Oceania														
SCV									0	2				
Unione Europea	161	37	525	354	613	392	130	59	306	209	1.235	863	295	116
<b>Totale complessivo</b>	<b>591</b>	<b>221</b>	<b>1.767</b>	<b>1.391</b>	<b>1.332</b>	<b>1.011</b>	<b>460</b>	<b>283</b>	<b>925</b>	<b>679</b>	<b>5.862</b>	<b>9.094</b>	<b>728</b>	<b>293</b>

DISTRETTI													
Area Geografica di Provenienza	54		55		56		57		58		59		Totale complessivo
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	M/F
Africa centro meridionale	1	3	3	4	0	3	3	0	2	0	12	2	72
Africa occidentale	4	19	13	58	6	224	3	6	23	41	7	12	993
Africa orientale	1	0	3	9	1	1	5	1	2	2	8	4	73
Africa settentrionale	3	8	11	15	52	106	19	19	34	82	26	33	3.955
Altri paesi europei							1	0	2	0	9	3	22
America centro meridionale	42	11	29	4	30	6	32	3	40	19	109	28	789
America settentrionale	0	1			1	1	3	0	6	1	21	7	75
Apolidi					1	1							3
Asia centro meridionale	43	47	16	78	20	117	34	36	56	154	110	150	5.252
Asia occidentale	16	2	6	0	4	2	8	2			6	6	100
Asia orientale	36	2	10	10	119	153	32	29	80	36	78	40	5.105
Europa centro orientale	202	37	135	34	512	168	306	66	559	330	688	180	8.961
Oceania					0	2					6	4	12
SCV													2
Unione Europea	126	36	59	12	427	222	184	57	482	281	584	235	8.000
<b>Totale complessivo</b>	<b>474</b>	<b>166</b>	<b>285</b>	<b>224</b>	<b>1.173</b>	<b>1.006</b>	<b>630</b>	<b>219</b>	<b>1.286</b>	<b>946</b>	<b>1.664</b>	<b>704</b>	<b>33.414</b>

**Tab. n. 9 Cittadini stranieri nei Distretti ASL Napoli 3 Sud**



Fig. n. 11 Cittadini stranieri territorio ASL Napoli 3 Sud distribuzione per paese di provenienza

Paese di Origine	M/F
Ucraina	7.529
Cina	4.744
Romania	4.470
Bangladesh	3.825
Marocco	3.313
Polonia	1.621
Bulgaria	1.253
India	652
Albania	548
Sri Lanka (ex Ceylon)	470
Russia	453
Algeria	335
Nigeria	300
Brasile	284
Tunisia	265
Pakistan	235
Moldova	231
Filippine	209
Regno unito	179
Cuba	156
Gambia	154
Senegal	125
Mali	110
Ghana	103
Germania	98
Bielorussia	91
Indonesia	83
Costa d'Avorio	78
Francia	69
Spagna	64
Georgia	63
Stati Uniti	62
Perù	56
Colombia	55
Dominicana, Repubblica	51
Venezuela	37
Croazia	36
Egitto	34
Thailandia	31

Paese di Origine	M/F
Burkina Faso (ex Alto Volta)	23
Messico	22
Serbia, Repubblica di	22
Capo Verde	22
Kirghizistan	22
Portogallo	22
Ungheria	21
Belgio	21
Congo (Repubblica del)	21
Giappone	19
Eritrea	18
Ecuador	17
Slovacchia	17
Niger	17
Austria	16
Svizzera	16
Turchia	15
Siria	15
Ceca, Repubblica	14
Canada	13
Svezia	13
Cile	11
Dominica	11
Benin (ex Dahomey)	10
Sud Africa	10
Ciad	10
Armenia	9
Guatemala	9
Togo	9
Somalia	9
Lettonia	9
Myanmar (Ex Birmania)	9
Irlanda	8
Danimarca	8
El Salvador	7
Kenya	7
Oceania	6
Uzbekistan	6
Norvegia	6

Paese di Origine	M/F
Malta	4
Panama	4
Timor-Leste	4
Libano	4
Etiopia	4
Guinea-Bissau	4
Tanzania	3
Apolide	3
Slovenia	3
Angola	3
Uruguay	3
Cambogia	3
Uganda	3
Honduras	3
Nepal	3
Israele	3
Congo, Rep. Democ.(ex Zaire)	3
Burundi	2
Taiwan (ex Formosa)	2
Mauritius	2
Libia	2
Sierra Leone	2
Santa Sede (Città del Vaticano)	2
Iraq	2
Montenegro	2
Iran, Repubblica islamica dell'	2
Nuova Zelanda	2
Kosovo	2
Seychelles	2
Malaysia	1
Lussemburgo	1
Terr.Autonomia Palestinese	1
Mauritania	1
Nicaragua	1
Corea del sud	1
Mongolia	1
Ruanda	1
Giordania	1
Centrafricana, Repubblica	1

Guinea	29	Vietnam	6	Corea, Repubblica Popolare Democratica (Corea del Nord)	1
Macedonia,ex Jugoslava	28	Sudan	6	<b>Totali</b>	<b>33.414</b>
Lituania	28	Liberia	6		
Grecia	27	Kazakhstan	5		
Argentina	27	Costa Rica	5		
Paraguay	26	Finlandia	5		
Afghanistan	25	Estonia	5		
Paesi Bassi	24	Australia	4		
Camerun	23	Bolivia	4		
Madagascar	23	Bosnia-Erzegovina	4		

**Tab. n. 10 Paese di Origine M/F**

### Comuni più popolosi della ASL Napoli 3 Sud

Di seguito vengono riportati i comuni con più di 50 000 abitanti della regione.

Pos.	Stemma	Comune	Area	Popolazione 01-01-2017	Superficie (km <sup>2</sup> )	Densità (ab/km <sup>2</sup> )	Altitudine (m s.l.m.)
4°		Torre del Greco	 Napoli	85.762	30,66	2 799,93	43
8°		Castellammare di Stabia	 Napoli	66 164	17,71	3 714,99	6
13°		Portici	 Napoli	54 994	4,52	11 959,13	29
17°		Ercolano	 Napoli	53.231	19,64	2 676,27	44

**Tab. n. 11 Comuni più popolosi della ASL Napoli 3 Sud**

Nessuno dei comuni ASL Napoli 3 Sud, rientra tra quelli con meno di 500 abitanti.

Inoltre, l'Asl Na3 Sud presenta un'alta densità abitativa (DA) pari a 1.737 abitanti/ Km<sup>2</sup>: con una

popolazione di circa 1.073.493 abitanti distribuiti in 57 comuni su una superficie pari a 620 Km<sup>2</sup>, tale DA è una delle più alte della Regione ed è di gran lunga superiore a quella media nazionale. Alcuni comuni, in particolare, mostrano densità abitative estremamente elevate come S. Giorgio a Cremano 11.500 ab/ Km<sup>2</sup>, Torre Annunziata 6.000 ab/ Km<sup>2</sup> e Castellammare di Stabia 3.600 ab/ Km<sup>2</sup>.

### **Demografia e salute**

La dinamica demografica, ovvero l'evoluzione delle componenti naturali (nascite e morti) o sociali (immigrazioni ed emigrazioni) che modificano la consistenza e la struttura della popolazione, rappresenta un elemento di valutazione di estrema importanza qualora si affronti il tema dello stato sanitario di un Paese. Nella dinamica demografica, infatti, va ricercata la causa del fenomeno sanitario più rilevante, ovvero l'invecchiamento della popolazione.

Infatti le tabelle di cui al punto precedente dimostrano quanto sia rilevante l'invecchiamento demografico progressivo e il miglioramento della sopravvivenza che comporta un incremento della domanda e conseguente la necessità di un adeguamento dell'offerta diagnostico assistenziale; inoltre per contrastare tale andamento è utile anche rafforzare gli interventi di prevenzione primaria volti a limitare l'esposizione ai principali fattori di rischio. Gli indicatori di salute perinatale (mortalità infantile, allattamento al seno e ricorso al parto cesareo) indicano la necessità di attivazione di programmi specifici per la protezione della maternità

E il miglioramento dell'assistenza ostetrica e pediatrica nel periodo perinatale, l'ottimizzazione del numero di punti nascita e la riduzione del tasso di parti cesarei ed intensificare gli interventi di sorveglianza e promozione della salute nei luoghi di lavoro; sussistono indicazioni per una valutazione attenta dei bisogni assistenziali in relazione alle disabilità e alla non autosufficienza.

### **Dati sanitari**

*Patologie oncologiche:* sono ben note e documentate le problematiche oncologiche nella popolazione regionale, oggetto di specifici studi da parte dell'ISS, ma sovrapponibili per la popolazione dell'ASL Napoli 3 Sud. L'analisi dei trend temporali dell'incidenza oncologica contribuisce in modo significativo a comprendere l'andamento della patologia sul territorio, il suo modificarsi nel tempo e le cause che ad esso sottendono. In tre tumori, mammella della donna, prostata e colon - sia nei maschi che nelle donne- è stato rilevato un trend in progressivo e significativo aumento dei tassi di incidenza, nonostante che gli stessi siano tutt'ora più bassi rispetto al Pool. Una visione d'insieme dell'andamento della patologia oncologica sul territorio regionale evidenzia due aspetti principali:

- 1) un trend in aumento di alcuni tumori quali mammella, colon retto, tiroide, prostata, seppure in linea con i corrispettivi trend rilevati a livello nazionale;
- 2) il persistere di una minore sopravvivenza oncologica che rende palpabile la contraddizione tra una minore incidenza complessiva di cancro che si accompagna, però ad una maggiore mortalità osservata rispetto a quella attesa in relazione all'incidenza.

Sul deficit di sopravvivenza, pesano notevolmente:

- 1) la perdurante bassa compliance degli screening della cervice uterina e della mammella e il solo recente avvio di quello del colon retto;
- 2) le difficoltà di accesso alle strutture sanitarie di diagnosi e cura da parte delle fasce di popolazioni più deboli e a rischio;
- 3) l'enorme frazionamento dei percorsi sanitari (migrazione sanitaria, notevole presenza di strutture sanitarie private convenzionate) in assenza di uno standard di qualità di riferimento, sia di tipo diagnostico che terapeutico; ciò impedisce, tra l'altro, la realizzazione di una analisi, oltre che dei costi, anche della qualità delle prestazioni rese.

Il tasso di mortalità per il complesso dei tumori maligni osservato anche per la nostra azienda risulta nelle donne quasi sovrapponibile al valore nazionale. Risultano più elevati i tassi di mortalità per tumore del fegato, della laringe e della vescica

*Altre patologie:* Quando si analizzano le cause specifiche di mortalità, tra gli uomini vi è in Campania una larga prevalenza di tassi superiori alla media nazionale. Sono infatti più alti i livelli di mortalità per malattie circolatorie e le malattie cerebrovascolari; risultano inoltre più elevati i tassi di mortalità per malattia dell'apparato respiratorio, dell'apparato digerente e per diabete mellito. Per quanto riguarda i tumori maligni nel loro complesso, i tassi osservati in Campania sono superiori al dato nazionale. Risultano più elevati i tassi di mortalità per i tumori nelle seguenti sedi: fegato, laringe, trachea, bronchi e polmone, prostata, pancreas, vescica.

Tra le donne risultano più elevati i livelli di mortalità per malattie circolatorie e malattie cerebrovascolari; risultano inoltre più elevati i tassi di mortalità per malattie dell'apparato respiratorio e dell'apparato digerente.

Risalta il tasso di mortalità per diabete mellito (4.88) quasi doppio di quello italiano (2.58).

La mortalità generale risulta essere più alta del valore medio nazionale ed in entrambi i generi.

Per quanto riguarda la mortalità, la situazione in Campania è piuttosto critica: il tasso di mortalità generale in Campania è superiore al tasso italiano in entrambi i generi ed è il più elevato in Italia. In Campania, nell'ASL Napoli 3 Sud, come in Italia, sono le malattie del sistema circolatorio a rappresentare la quota maggiore di mortalità, circa il 40%.

## Prevalenza delle principali patologie croniche

### Pazienti in Trattamento Dialitico

Anno 2016		
	N. Pazienti	% Sulla Popolazione
ASL Napoli 3 Sud	925	0,1%
Dati Regione Campania	4.869	0,1%

### Pazienti che utilizzano presidi per diabetici

Anno 2016		
	N. Pazienti	% Sulla Popolazione
ASL Napoli 3 Sud	47,469	4,4 %
Dati Regione Campania	263.079	4,7%

### Pazienti che utilizzano statine

Anno 2016			
	N. Pazienti	N. Assistibili	% su totale ass.
ASL Napoli 3 Sud	120.791	1.072.919	11,26
Dati Regione Campania	647.378	5.869.180	11,03

### Pazienti con BPCO

Anno 2016		
	N. Pazienti	% Sulla Popolazione
ASL Napoli 3 Sud	193.871	18 %
Dati Regione Campania	976.765	17%

## Prestazioni sanitarie

**Assistenza Domiciliare Integrata**

Anno 2017			
	Casi Trattati	Casi Trattati Anziani	Casi Trattati terminali.
ASL Napoli 3 Sud	6.136	5.069	305
Dati Regione Campania	52.123	44.173	4.441

**Assistenza Residenziale e Semi - Residenziale**

Anno 2017						
		Residenziale			Semi - Residenziale	
	Posti	Utenti	Giornate	Posti	Utenti	Gionate
<b>Assistenza agli Anziani</b>						
ASL Napoli 3 Sud	123	127	42.563	-	-	-
<b>Assistenza ai Disabili Fisici</b>						
ASL Napoli 3 Sud	50	39	13.993	-	-	-
Assistenza ai Disabili Psicici						
ASL Napoli 3 Sud	216	207	74.509	-	-	-
<b>Assistenza ai Malati Terminali</b>						
ASL Napoli 3 Sud	-	-	-	-	-	-
<b>Assistenza Psichiatrica</b>						
ASL Napoli 3 Sud	80	78	24.541	130	492	17.975
Dati Regione Campania	3.124	4.198	778.114	1.485	3.097	278.606

**ANALISI SWOT**

Si presenta di seguito un'analisi SWOT connessa allo scenario di contesto, esterno ed interno, ove vengono evidenziati i punti di forza e i punti di debolezza che hanno caratterizzato le condizioni in cui questa Azienda ha operato nel periodo corrente:

<p><b><u>PUNTI DI FORZA (Strength)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sempre maggiore integrazione socio – sanitaria</li> <li>• Crescente integrazione tra Ospedale e Territorio.</li> <li>• Disposizioni e misure operative per il contenimento della spesa con risparmi ed economie.</li> <li>• Promozione della salute degli immigrati.</li> <li>• Potenziamento delle RSA per pazienti “fragili”.</li> <li>• Incremento delle attività di screening oncologici in particolare per la mammella, l’utero e il colon-retto.</li> <li>• Avvio integrazione e potenziamento della rete informatizzata aziendale.</li> <li>• Programmazione e potenziamento degli interventi di Promozione della Salute e di Prevenzione</li> <li>• Crescente sinergia tra interventi formativi e livelli operativi di intervento</li> </ul>	<p><b><u>PUNTI DI DEBOLEZZA (Weakness)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esigui margini di manovra finanziaria legati ai vincoli di bilancio.</li> <li>• Notevole riduzione del personale, non sostituito, e blocco delle assunzioni</li> <li>• Riorganizzazione e riallocazione delle risorse umane.</li> <li>• Risorse umane non stabilizzate e con contratti a termine.</li> <li>• Alta spesa per l’assistenza farmaceutica convenzionata.</li> <li>• Presenza di alcuni indicatori di salute negativi.</li> <li>• Sistema informatico in fase di implementazione in azienda con conseguenti problematiche di change management (resistenza al cambiamento) su nuove metodologie e nuove procedure informatizzate</li> </ul>
<p><b><u>OPPORTUNITA’ ESTERNE (Opportunities)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Legislazione Regionale centrata sulla riorganizzazione ed integrazione Ospedale/Territorio.</li> <li>• Piano Nazionale di Prevenzione, quindi Piano Regionale della Prevenzione 2014/2018</li> <li>• Sviluppo di nuove tecnologie di informazione.</li> <li>• Programmi ministeriali e regionali per lo sviluppo dei processi di <i>governance</i>, dei sistemi operativi organizzativo-gestionali e per il monitoraggio e il controllo dell’efficienza ed efficacia dei servizi.</li> <li>• Fondi e opportunità finanziarie vincolate per l’attuazione di progetti specifici per target critici.</li> <li>• Attuazione del Piano Ospedaliero.</li> </ul>	<p><b><u>EVENTI/MINACCE ESTERNE (Threats)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento progressivo della popolazione anziana (con conseguente aumento delle patologie croniche ed a più elevato costo).</li> <li>• Stato di indigenza e di forte disagio sociale di parte della popolazione.</li> <li>• Difficoltà per i medici prescrittori ad operare ulteriori restrizioni sulle prescrizioni di farmaci e di prestazioni specialistiche.</li> <li>• Carente integrazione degli interventi socio assistenziali da parte degli enti locali e degli attori del terzo settore operanti nel territorio.</li> </ul>

Gli elementi dell’analisi SWOT, devono essere valutati nella loro integrità e non considerati separatamente; occorre avere un “quadro generale” della reale situazione per poter decidere e orientare al meglio le azioni dell’Azienda al fine di raggiungere gli obiettivi fissati eliminando le difficoltà che possano impedire, nella fattispecie, il soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione.

Dall’analisi SWOT si evidenziano caratteristiche di particolare complessità per il momento “storico” e congiunturale che si sta attraversando e che richiede a tutti gli operatori un impegno sempre maggiore per poter raggiungere le performance attese.

### 3. Parte terza

L'attività di pianificazione strategica illustrata dal Piano della Performance 2019-2021 prevede la definizione di obiettivi strategici annuali che si desumono da:

- A. Il programma di mandato del Direttore Generale;
- B. Il collegamento con i documenti di programmazione economico-finanziaria;
- C. Il collegamento col Piano anticorruzione e trasparenza (PTPC);
- D. Il ruolo dell'amministrazione sanitaria (la sua vision, la mission ed i valori espressi) rispetto alla comunità e ai cittadini;
- E. L'evoluzione del contesto esterno di riferimento:
  1. l'evoluzione delle aspettative dei cittadini, degli operatori, ecc.;
  2. i vincoli di risorse e le linee guida che derivano dalla gestione e dalle norme nazionali;
  3. l'evoluzione delle normative nazionale e regionali di riferimento;
- F. La congiuntura economica e le priorità che ne derivano in termini di intervento socio – sanitario aziendale.

#### 3.1 Albero della performance ASL Napoli 3 Sud

L'albero della performance è una mappa logica che rappresenta, i legami tra mandato istituzionale, missione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi (che individuano obiettivi operativi, azioni e risorse). Esso fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance dell'amministrazione.

Nella logica dell'albero della performance il mandato istituzionale e la missione sono articolati in aree strategiche che si declinano in obiettivi operativi.

Rappresentazione grafica dell'albero della *performance*:

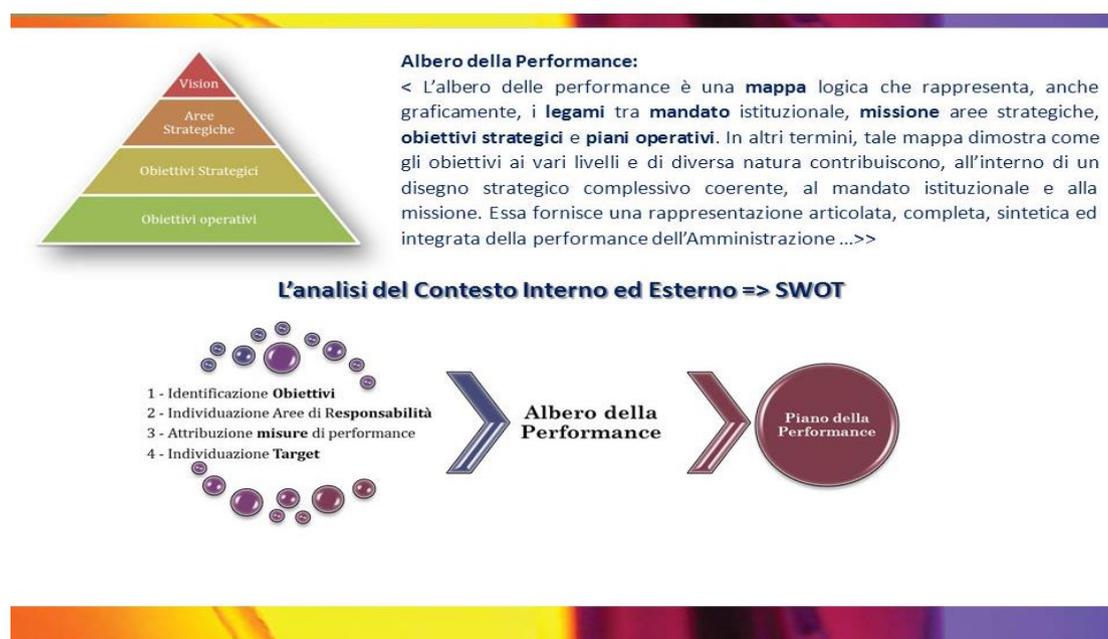


Fig. n. 12 Albero della Performance

Il sistema adottato dall'ASL Napoli 3 Sud, nel piano della performance 2019 – 2021, seguendo un percorso timidamente iniziato nel 2017, si pone nella strada di Kaplan e Norton alla ricerca delle principali aree chiave di performance, seguendo la sequenza logica delle relazioni di causa ed effetto, per ottenere i risultati strategici attesi facendo leva sui determinanti degli stessi. L'organizzazione, che è stata adottata anche per il corrente anno, individua prospettive, dimensioni e obiettivi, in una struttura a cascata:

- le prospettive caratterizzano i processi di erogazione dei servizi;
- le dimensioni stabiliscono i fattori da monitorare;
- gli obiettivi definiscono i progetti dal punto di vista operativo, che poi vengono caratterizzati da indicatori e target di riferimento.

La Direzione strategica dell'ASL Napoli 3 Sud ha stabilito un Piano delle Azioni, nel quale sono state definite le specifiche aree di intervento (strutturali; implementazione di nuove attività; appropriatezza delle prestazioni; redistribuzione di risorse e riorganizzazione territoriale; percorsi per pazienti fragili, critici e psichiatria; attuazione del piano di prevenzione) e le azioni con riferimento a quanto già eventualmente avviato e/o completato nel corso dell'anno 2017/2018.

L'albero della performance nasce dalla traduzione di quanto sopra descritto in obiettivi che la Direzione Generale considera strategici per l'anno 2019. Si propone di seguito lo schema sintetico delle prospettive per l'anno 2019:

- ✓ APPROPRIATEZZA;
- ✓ EFFICACIA CLINICA;
- ✓ EFFICIENZA;
- ✓ EQUILIBRIO FINANZIARIO;
- ✓ INTEGRAZIONE/COORDINAMENTO;
- ✓ LEGALITA';
- ✓ PREVENZIONE SODDISFACIMENTO DEL BISOGNO.

Gli obiettivi aziendali vengono strutturati, in schede descrittive che stabiliscono innanzitutto le caratteristiche dell'obiettivo (il risultato atteso, il target e le scadenze), individuando nel Direttore di Dipartimento/Direttore P.O./ Direttore Distretto Socio sanitario/Direttore U.O.C. e nel responsabile S.S.D., in qualità di "esperto", il titolare del processo di specifica competenza.

Il processo di redazione del Piano si inserisce nell'ambito del più complesso processo di pianificazione strategica e programmazione operativa dell'ASL Napoli e Sud.

Nel caso dell'ASL Napoli 3 Sud, gli attuali obiettivi del mandato triennale del Direttore Generale, definiti con la D.G.R. n. 375/2016, sono distinguibili nelle seguenti categorie:

1. Obiettivi che richiedono l'adeguamento della Rete Ospedaliera, nei termini di efficienza, appropriatezza ed equità;
2. Obiettivi relativi allo sviluppo della rete relativa alle prestazioni ambulatoriali, secondo una logica di appropriatezza e nella prospettiva di integrazione ospedale/territorio;
3. Obiettivi di riqualificazione territoriale, con particolare riferimento alla Continuità Assistenziale;
4. Obiettivi di equilibrio economico-finanziario, da perseguire attraverso il monitoraggio attivo del contenzioso e la progressiva riduzione nel triennio della quota di Fondo Sanitario Regionale assegnata a titolo di riequilibrio programmato;
5. Obiettivi relativi alla realizzazione e implementazione del Programma delle attività territoriali distrettuali;
6. Obiettivi relativi all'attuazione degli obiettivi centrali del Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018.

Questi obiettivi sono stati oggetto di verifica di metà mandato, come da Relazione del Direttore Generale, redatta sulla base dell'art. 3 bis comma 6 del D.Lgs. 502/92, sull'attività svolta, trasmessa in Assessorato.

Obiettivi di mandato del Direttore Generale sono anche quelli di cui al decreto n.99 del 14/12/2018 del

Commissario ad Acta, approvati dall'ASL Napoli 3 Sud con Deliberazione del Direttore n. 135/2019. Obiettivi di mandato sono anche tutte le attività collegate ai fondi vincolati.

Il raggiungimento degli obiettivi di cui sopra, di specifica competenza di ogni dirigente, consentirà l'accesso al processo di valutazione del piano della performance 2019 – 2021.

L'albero della performance declina le linee strategiche delle direttive nazionali e regionali nel programma del Direttore Generale, costituendo le basi per la definizione degli obiettivi di performance organizzativa e individuale dell'ASL Napoli 3 Sud.

### **3.1.1 Definizione degli obiettivi strategici ed individuali**

Il processo di fissazione degli obiettivi è un percorso che coinvolge tutta l'organizzazione dell'ASL Napoli 3 Sud, secondo le seguenti fasi:

#### **Definizione Obiettivi di performance organizzativa**

- Adozione del Piano 2019-2021 da parte dell'ASL Napoli 3 Sud, con definizione delle linee guida strategiche e definizione degli obiettivi strategici trasversali, “performance organizzativa”, validi per tutte le strutture (ed inseriti, con pesi diversi, sia nelle schede di valutazione dei Dirigenti e quindi nelle schede del Comparto).
- Illustrazione del Piano performance 2019-2021, ai Direttori di Dipartimenti (Strutturali e Funzionali), ai Direttori di PP.OO., ai Direttori di Distretti Socio Sanitari, ai Direttori UU.OO.CC. (Area Med/Vet e STAP) e ai Responsabili di UU.OO.SS.DD..
- Declinazione degli obiettivi di performance organizzativa attraverso una serie di colloqui con i Direttori di cui sopra, i quali a seguire provvedono ad assegnarli ai propri Dirigenti.

Gli obiettivi di performance organizzativa sono indirizzati al miglioramento dell'efficienza, all'ottimizzazione dell'economicità e allo sviluppo della qualità del servizio ai cittadini.

#### **Obiettivi di performance organizzativa ed individuale 2019 - misuratori**

Gli obiettivi di performance organizzativa ed individuale 2019 sono assegnati, in linea con gli obiettivi di Piano 2019-2021, con il Programma di mandato del Direttore Generale, nel rispetto delle normative vigenti.

In questa fase di attuazione dell'Atto Aziendale va colta l'opportunità di:

- Aggiornamento della mappatura dei processi della Struttura, in ottica di razionalizzazione e semplificazione
- Individuazione tra i processi mappati, quelli che comportano il trattamento dei dati personali - normativa privacy
- Aggiornamento dell'analisi del rischio corruzione, secondo il Piano Nazionale Anticorruzione
- Rispetto delle norme sulla trasparenza
- Monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione individuate dai dirigenti in sede di valutazione e trattamento dei rischi specifici di processo.

#### **Definizione Obiettivi di performance individuale**

Conclusa la fase di definizione, inserimento e validazione degli obiettivi di performance organizzativa, si procede con la fase di inserimento degli obiettivi di performance individuale:

- I Dirigenti valutatori inseriscono gli obiettivi individuali a sistema, nelle schede di ciascun Dirigente. Fondamentale prevedere il collegamento fra gli obiettivi di performance individuale assegnati ai dirigenti e gli obiettivi strategici e gestionali dell'Azienda.

Nel 2019, questa U.O. avvia una fase di sperimentazione con la Direzione del P.O. San Leonardo - Stabilimento di Gragnano e con il Distretto Socio Sanitario n. 58, per la valutazione individuale, relativa ai comportamenti, alle attitudini, all'allineamento alle linee guida dell'organizzazione:

- Capacità di gestione delle risorse umane
- Capacità manageriali
- Capacità di comunicazione
- Gestione degli strumenti di valutazione dipendenti.

Si allega modello scheda (cfr. all. n. 1).

Si prevede inoltre che, ai sensi del D. Lgs 74/2017, il sistema di misurazione e valutazione della performance sia adottato e aggiornato annualmente, previo **parere vincolante dell'Organismo Indipendente di Valutazione**, che verifica il rispetto della metodologia di valutazione (annualmente aggiornata, secondo le normative vigenti e le condizioni interne/esterne), la coerenza e la significatività degli obiettivi inseriti e il rispetto delle tempistiche.

Anche per il 2019, sono stati individuati obiettivi collegati al processo della trasparenza e della anticorruzione. La novità del 2019 è l'obiettivo di "Lean Management", che potrà supportare anche la comunicazione all'interno dei gruppi di lavoro, il dialogo fra dirigente e collaboratori, e fornire nuove idee e nuovi spunti operativi per il miglioramento continuo dell'organizzazione aziendale.

Nella definizione degli obiettivi, strategici ed individuali, è stato posto l'accento sullo **sviluppo della managerialità** dei Dirigenti, sia in termini di progettualità e risultati operativi, sia in termini di gestione e motivazione del proprio gruppo di lavoro.

Si è tenuto conto dell'esigenza di includere tra gli obiettivi organizzativi quello del miglioramento dell'efficienza di ciascuna struttura aziendale.

La metodologia di valutazione 2019 presuppone che, ove gli obiettivi di performance individuale assegnati ai dirigenti siano correlati agli obiettivi strategici o gestionale del DEFR, gli indicatori e i target siano i medesimi.

## 4. Parte quarta

### 4.1. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione della *performance*

#### 4.1.1. Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano

In questa sezione e nei paragrafi che seguono, si richiama ai processi contenuti nel ciclo della performance, con focus in particolare al raccordo del Piano con gli altri documenti di programmazione e processi chiave di monitoraggio dell'amministrazione regionale.

#### 4.1.2. Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione della performance

Nel 2019 il ciclo di gestione della performance sarà sottoposto a successivi affinamenti in ottica di miglioramento continuo, in funzione della nuova normativa nazionale e del rinnovato contesto organizzativo in cui l'Amministrazione opera.

Il **primo obiettivo di performance organizzativa 2019** conferma ed amplia il processo di mappatura ed efficienza dei processi, a livello di singola struttura dirigenziale, per tutta l'ASL Napoli 3 Sud.

Tali processi vengono "clusterizzati" in macroprocessi, per identificarli in modo più chiaro e fruibile.

Segue quindi l'analisi del rischio corruttivo, e la proposta, da parte della dirigenza, di misure di prevenzione del rischio stesso.

Si introduce, per la prima volta, ed alla luce della più recente normativa in materia di privacy, la verifica di tutti i processi che presentano analisi e tutela dei dati personali.

Un **ulteriore obiettivo di performance organizzativa 2019**, è indirizzato al dialogo fra dipendenti e dirigenti e tra questi e l'Azienda Sanitaria, la conoscenza degli obiettivi raggiunti e il peso raggiunto dal singolo operatore e quindi dalla struttura.

Per quanto concerne gli obiettivi individuali, assegnati al dirigente valutatore, si rende necessario per il 2020, attivare il sistema informativo Skema, "Cruscotto della Performance", che potrà fornire alcuni dati, indicatori ed informazioni fungibili alla valutazione della performance, con particolare riferimento agli obiettivi del LEA, riducendo la discrezionalità nella valutazione.

**I tre principali documenti di programmazione dell'ASL Napoli 3 Sud, in orizzonte triennale sono:**

- **Bilancio di Previsione;**
- **PTPC;**
- **Piano Performance.**

**Documenti strettamente collegati tra loro, ma distinti per competenze e quindi non sovrapponibili.**

La Valutazione della Performance Organizzativa opera a tutti i livelli organizzativi in funzione del grado di responsabilità previsto nell'Atto Aziendale:

- Dipartimenti Strutturali;
- Dipartimenti Funzionali
- Direzioni Sanitarie di Presidio;
- Direzioni Sanitarie di Distretto;
- Strutture Complesse (S.C.);
- Strutture Semplici Dipartimentali (S.S.D.),
- Strutture Semplici.

Gli obiettivi di performance organizzativa sono assegnati ai responsabili delle strutture di cui sopra con cadenza di norma annuale. Le verifiche periodiche dei risultati conseguiti e la rilevazione e misurazione finale degli scostamenti tra obiettivi e risultati sono verificate dalla U.O.C. Controllo di

Gestione, che attuerà le dovute iniziative al fine di individuare le motivazioni che hanno determinato gli scostamenti e quindi li trasferisce all' U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance.

La valutazione finale dei risultati di performance organizzativa di tutte le articolazioni aziendali è deliberata dal Direttore Generale sulla base delle proposte formulate dall'O.I.V.

La valutazione della performance organizzativa costituisce "conditio sine qua non" per il conseguimento della retribuzione di risultato.

L'ASL Napoli 3 Sud per l'assegnazione degli obiettivi di performance anno 2019, utilizza il modello che segue:

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1						
2						
3						
4						
n...						
			<b>totale peso</b>	<b>100</b>		

\* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito

Il Direttore Sanitario/  
Il Direttore amministrativo

Per accettazione  
Il Direttore ....

#### 4.1.3. Trasparenza del ciclo di gestione della performance

Al fine di garantire una piena visibilità del processo complessivo del ciclo di misurazione e valutazione della performance e una piena condivisione da parte dell'ASL Napoli 3 Sud, si prevedono due distinti piani, quello rivolto all'esterno e quello rivolto all'interno.

##### Trasparenza verso l'esterno

Per quanto riguarda l'esterno, la comunicazione e la trasparenza riguardano in primo luogo il rapporto fra amministrazione e cittadini: trasparenza significa accessibilità totale ed ha lo scopo di "favorire forme diffuse di controllo".

Per tali motivi è necessario che l'apposita sezione del sito istituzionale dell'ASL Napoli 3 Sud: quella destinata alla "**Amministrazione trasparente**", accessibile dalla home page del sito istituzionale, sia resa di facile accesso, che gli operatori addetti, assunti per tali funzioni, siano dedicati solo ed esclusivamente al supporto di tutti i Direttori per rendere meno farraginosi le fasi per la pubblicazione.

Si ricorda che la normativa prevede che l'OIV operi in affiancamento al responsabile prevenzione

della corruzione, comunicando al Dipartimento Funzione Pubblica i dati di competenza dello stesso, sovrintendendo agli obblighi di pubblicazione degli stessi su web (trasparenza), con competenza specifica del Presidente dell'OIV alla firma annuale delle griglie elaborate dall'Autorità Anticorruzione.

La normativa prevede anche l'istituzione di una "**Giornata della trasparenza**" annuale, a cura dell'Amministrazione, che esplicita i propri obiettivi e risultati, rivolgendosi agli stakeholders a tutti i livelli.

Anche per il 2019, l'ANAC ha individuato il termine del 31 marzo come scadenza per predisporre gli adempimenti sulla trasparenza, a cura dell'OIV, e il termine del 30 aprile per la pubblicazione delle griglie predisposte.

Questo aspetto risulta particolarmente importante, anche alla luce degli indirizzi desumibili dalla Riforma Madia che prevedono che "***“i cittadini e le organizzazioni della società civile partecipano al processo di misurazione delle performance organizzative, anche comunicando direttamente all'Organismo indipendente di valutazione”*** il proprio grado di soddisfazione per le attività e per i servizi erogati. I risultati della rilevazione del grado di soddisfazione di cittadini e utenti "sono pubblicati dall'Organismo indipendente di valutazione, con cadenza annuale, sul sito dell'amministrazione" e gli "esaminatori" ne terranno conto "ai fini della valutazione della performance organizzativa dell'amministrazione e in particolare, ai fini della validazione della Relazione sulla performance".

Gli strumenti operativi per un dialogo fra cittadini ed OIV saranno oggetto di attenzione e l'avvio di una fase di sperimentazione: la PA più vicina al cittadino, che diventa parte attiva di un processo di valutazione e quindi di miglioramento.

#### **Comunicazione verso l'interno**

Per quanto riguarda la comunicazione interna, ovvero la comunicazione a dirigenti e dipendenti, l'azione deve essere sviluppata su due ambiti:

- incontri informativi e formativi indirizzati ai Dirigenti/personale di comparto per garantire una corretta comunicazione e diffusione delle informazioni relative al ciclo di valutazione della performance; infatti, è intenzione di questa U.O., se messa nelle condizioni, di avviare almeno nel IV ° trimestre 2019, giornate formative d'aula, con lo scopo di testare, attraverso alcune esercitazioni, la conoscenza degli strumenti di valutazione, ed approfondire le tematiche propedeutiche alla conclusione del ciclo della performance 2019. Analogamente, tali iniziative, saranno proposte anche nel corso dell'anno 2020 e 2021.
- quello informativo/mail/telefonico indirizzato (da qualunque dipendente, a qualunque livello) all' IPAS - STP; forme di comunicazione che consentiranno di rispettare tempi e scadenze;

## **4.2. Raccordo con gli strumenti della programmazione regionale**

L'art. 1 co. 8 bis della L. n. 190/2012 come novellato dal D. Lgs. n. 97/2016 ha sottolineato la necessità "*che i piani triennali per la prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico - gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza*". La rilevanza strategica dell'attività di prevenzione e contrasto della corruzione comporta che le amministrazioni debbano procedere all'inserimento delle attività che pongono in essere per l'attuazione della Legge n. 190/2012 nella programmazione strategica e operativa, definita in via generale nei Piani della Performance (PdP) e negli analoghi strumenti di programmazione previsti nell'ambito ASL Napoli 3 Sud.

### **4.2.1 Raccordo con gli strumenti della programmazione strategica**

Risulta fondamentale che il PTPC sia adeguatamente e concretamente collegato con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico - gestionale dell'ASL Napoli 3 Sud

Coerentemente, il tema della prevenzione della corruzione tra i “*Servizi istituzionali, generali e di gestione*”.

*In coerenza con quanto previsto dalla Legge n. 190/2012, così come modificata dal D. Lgs. n. 97/2016, l’ASL Napoli 3 Sud con cadenza annuale definisce gli obiettivi strategici ed adotta il Piano Triennale per la Trasparenza e per la Prevenzione della Corruzione. La coerenza con il Piano degli Obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione e con quelli indicati nel Piano della Performance è oggetto di valutazione dell’Organismo Indipendente di Valutazione, secondo quanto previsto dalla normativa nazionale. In tale contesto, l’ASL Napoli 3 Sud si impegna a rafforzare l’integrazione tra gli strumenti di prevenzione della corruzione, di programmazione, di controllo e di valutazione dell’Azienda stessa. Tale impostazione è in linea con l’esigenza di rafforzare l’efficacia del sistema di controllo interno con un’immediata ricaduta sulle misure di prevenzione della corruzione.*

#### 4.2.2 Raccordo con il ciclo della performance

Come previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione, risulta fondamentale che il PTPC sia adeguatamente e concretamente collegato con il ciclo della *performance* dell’ASL Napoli 3 Sud. Quindi l’Amministrazione procederà ad inserire negli strumenti del ciclo della performance, in qualità di obiettivi e di indicatori per la prevenzione del fenomeno della corruzione, i processi e le attività di programmazione posti in essere per l’attuazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (PTPC). Sarà necessario, come già avvenuto negli anni scorsi, introdurre tra gli strumenti previsti dal ciclo della *performance*, in qualità di obiettivi 2019, quelli utili ai fini della prevenzione del fenomeno della corruzione.

Il Piano della Performance 2019-2021 di durata triennale, deve essere coordinato ed integrato, nella sua attuazione 2019, con il PTCP 2019-2021, prendendo in considerazione quegli obiettivi che preventivamente sono stati concordati e quindi individuati nel PTPC, legati alla prevenzione del rischio di corruzione, nonché alle azioni (cd. misure trasversali e non) atte a ridurre tale rischio.

Si ricorda che le attività, svolte dal personale Asl, individuate per la predisposizione, l’implementazione e l’attuazione del PTPC, se concordate a priori con l’U.O.C. VRU e Performance, vengono inserite in forma di obiettivi nel Piano della Performance, come previsto dal PNA, nel duplice versante della:

- ☐ **performance organizzativa**, come definita dall’articolo 8 del D. Lgs. 150/2009, modificato dal D. Lgs. 74/2017;
- ☐ **performance individuale**, come definita dall’articolo 9 del D. Lgs. 150/2009, modificato dal D. Lgs. 74/2017.

Nel piano delle Performance 2019 – 2021, obiettivi 2019, vista l’assenza della fase propedeutica tra l’U.O.C. VRU e Performance e il Settore Trasparenza e Anticorruzione, la scheda obiettivi performance 2019, individua nell’ ob. n. 1 e nell’ ob n. 2 la somma degli obiettivi collegati alla trasparenza e all’anticorruzione:

DIPARTIMENTO/DIST.SAN/P.O./U.O.C./U.O.S.D.						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3						
4						
5						
6						
n..						
				<b>totale peso</b>	<b>100</b>	

\* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Il Direttore Superiore

Per accettazione

Nel Piano della Performance per il 2019, si rafforzerà, come obiettivo di *performance* organizzativa, lo *step* di monitoraggio dell’attuazione delle misure di prevenzione, avviato negli anni precedenti.

Inoltre, la novità consisterà nella razionalizzazione dei processi che andranno raggruppati in pochi “macroprocessi”, consentendo, in tal modo, una più efficace omogeneizzazione anche delle misure trasversali correlate al macroprocesso stesso.

Dell’esito del raggiungimento degli obiettivi in tema di contrasto del fenomeno della corruzione individuati nel PTPC (e dunque dell’esito della valutazione delle performance organizzativa ed individuale) occorrerà dare specificamente conto nell’ambito della Relazione delle performance (art. 10, d.lgs. n. 150 del 2009), dove a consuntivo, con riferimento all’anno precedente, l’amministrazione dovrà verificare i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

Dei risultati emersi nella Relazione delle performance il responsabile della prevenzione della corruzione dovrà tener conto:

- effettuando un’analisi per comprendere le ragioni/cause in base alle quali si sono verificati degli scostamenti rispetto ai risultati attesi;
- individuando delle misure correttive, sia in relazione alle misure c.d. obbligatorie che a quelle c.d. ulteriori, anche in coordinamento con i dirigenti in base alle attività che svolgono ai sensi dell’art. 16, comma 1, lett. l) bis, ter, quater, d.lgs. n. 165 del 2001 ed i referenti del responsabile della corruzione;
- inserendo le misure correttive tra quelle per implementare/migliorare il PTPC.

Anche la performance individuale del responsabile della prevenzione deve essere valutata in relazione alla specifica funzione affidata, a tal fine inserendo nel PdP la diretta responsabilità degli obiettivi affidati.

#### **4.3. Attuazione di un modello di “Ciclo di gestione della performance” – Analisi componenti del sistema**

Nell’accezione prevista dal D.lgs 150/2009 il ciclo della performance è il processo che collega la pianificazione, la definizione degli obiettivi, la misurazione dei risultati e la valutazione della performance declinata con riferimento all’Azienda nella sua globalità, alle unità organizzative e al singolo dipendente. Tale processo, che vede coinvolto l’ASL nel suo complesso (il vertice direzionale con il servizio valutazione risorse umane e performance, controllo di gestione e controllo interno ed esterno, i dirigenti e tutto il personale) nonché gli stakeholder (cittadini/utenti, professionisti, associazioni, imprese, etc.), è collegato all’utilizzo di un sistema di valutazione premiante.

In particolare, la norma si prefigge la costituzione di **un sistema globale di gestione della performance con 4 attori principali**, tre interni alle amministrazioni ed uno esterno: il vertice aziendale, la dirigenza, l’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e all’esterno il Dipartimento della Funzione Pubblica (e ANAC per gli aspetti relativi alla trasparenza e prevenzione della corruzione).

In sintesi, il Titolo II prevede la seguente dinamica per il ciclo di gestione della performance:

<b>FASE</b>	<b>RESPONSABILE</b>
Individua le metodologie di base del ciclo di gestione delle performance	Dipartimento della Funzione pubblica

Definisce le priorità politico-amministrative dell'ente di riferimento	Vertice aziendale
Attua le priorità strategiche traducendole, attraverso l'attività di gestione, in servizi per i cittadini	Dirigenti e Dipendenti
Supporta metodologicamente lo svolgimento del ciclo di gestione delle performance, assicura l'applicazione delle metodologie predisposte da Funzione Pubblica e ANAC	Organismo Indipendente di Valutazione

Gli obiettivi sottesi sono quelli di migliorare: i processi di pianificazione, di misurazione, di valutazione, di premialità e di rendicontazione.

Prevalgono l'ottica di risultato (la verifica di un concreto miglioramento in tutti questi ambiti) e di trasparenza (la messa a disposizione, anche su internet, delle risultanze di questo sistema).

#### 4.4 Ruoli e responsabilità nel ciclo di gestione della performance

Il ciclo di gestione della performance si sviluppa nelle seguenti fasi:

- definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale;
- utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Si realizza dunque un **ciclo di gestione della performance** che raccoglie in un unico quadro le funzioni di pianificazione (ed allocazione di risorse), monitoraggio, misurazione e valutazione, esiti della valutazione e rendicontazione.

Il **concetto di performance** non è la versione inglese del “rendimento” o della “produttività”, ma rappresenta il **passaggio fondamentale dalla logica di mezzi a quella di risultato**. La produttività è collegata all'efficienza, la performance è collegata ad un insieme di elementi (efficienza, efficacia, economicità e qualità dei servizi al cittadino).

La valutazione viene dunque intesa non come un adempimento di fine periodo, ma come uno strumento manageriale che, dalla fase di fissazione degli obiettivi alla valutazione dei loro esiti di periodo, consente all'organizzazione di crescere, migliorare ed innovare.

#### Le finalità del sistema di misurazione e valutazione

Le Pubbliche Amministrazioni sono tenute a misurare e valutare i risultati raggiunti sia dall'amministrazione nel suo complesso, sia dalle strutture che la compongono.

In sanità queste misurazioni e valutazioni sono strettamente correlate al sistema budgetario e, conseguentemente, ai livelli di raggiungimento degli obiettivi definiti nell'applicazione del sistema. L'assegnazione degli obiettivi di budget e la valutazione del loro raggiungimento è effettuata a livello centralizzato tramite apposita metodologia come di seguito illustrata.

Percorso differente segue il piano della performance, prettamente collegato agli obiettivi dati al Direttore Generale, dati dall'organo regionale.

I criteri e gli esiti del processo di valutazione, sono proposti dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e approvati dalla Direzione Strategica. Il documento finale è pubblicato nel sito istituzionale.

L'ASL Napoli 3 Sud misura e valuta la performance con riferimento all'Amministrazione nel suo complesso, alle direzioni in cui si articola e ai singoli dipendenti, al fine di migliorare la qualità dei servizi offerti nonché la crescita delle competenze professionali, con la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dalle UU.OO. e direzioni (performance organizzativa) e dagli individui (performance individuale).

#### 4.5 La performance organizzativa

La Performance Organizzativa prevede i seguenti ambiti principali, indirizzati dalle linee guida di efficienza, economicità, qualità dei servizi al cittadino:

- l'attuazione delle politiche di soddisfazione dei bisogni della collettività,
- lo sviluppo degli strumenti offerti dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione,
- lo sviluppo manageriale dell'organizzazione,
- la riduzione dei costi e dei tempi,
- la quantità e qualità dei servizi offerti,
- gli obiettivi delle pari opportunità.

#### 4.6 La performance individuale

- La performance individuale, per **dirigenti e comparto**, prevede i seguenti ambiti principali: indicatori di performance operativa di struttura/servizio, specifica per attività e progetti chiave (fondi vincolati),
- la qualità del contributo (in termini di comportamento organizzativo - fattori di prestazione) al raggiungimento degli obiettivi dell'ente,
- il grado di differenziazione delle valutazioni dei collaboratori.

La valutazione del personale (comparto) deve considerare i seguenti ambiti principali:

- il raggiungimento degli obiettivi di gruppo o individuali
- il contributo al raggiungimento degli obiettivi complessivi del servizio.

#### 4.7 I soggetti competenti del sistema di valutazione

La funzione di misurazione e valutazione della performance è svolta:

- dall'Organismo Indipendente di Valutazione della performance che assicura il rispetto della metodologia e la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, partecipandovi nei termini di cui al presente documento, e valida gli esiti della performance;
- dai dirigenti, che valutano le performance del personale assegnato comprese gli operatori di comparto.

In particolare, l'OIV propone alla Direzione Generale la valutazione dei Direttori di dipartimento, di UU.OO.CC., di UU.OO.SS. DD., nel rispetto della metodologia e della normativa vigente (art. 14, comma 4, lett. e), del D.Lgs. n. 150/2009).

#### 4.8 Integrazione con il sistema attuale

La definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori ed il collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse si realizza attraverso i seguenti strumenti di programmazione:

- Le linee guida contenute nel programma di mandato del Direttore Generale con un orizzonte temporale di tre anni;
- Documento di Economia e Finanza che fissa su una base triennale gli indirizzi strategici della programmazione aziendale che è di base per la programmazione finanziaria dell'ASL Napoli 3 Sud.
- Piano triennale della Prevenzione della Trasparenza e della Corruzione (PTPC 2019-2021) che, tra gli obiettivi a valenza triennale, deve individuare la mappatura dei processi e la loro realizzazione, nonché l'analisi, la valutazione e il trattamento del rischio corruttivo.
- Gli obiettivi devono essere in linea con i bisogni della collettività, con la missione istituzionale e le priorità strategiche dell'ente. Devono essere specifici e misurabili in termini concreti e chiari, determinare un miglioramento della qualità dei servizi, definiti su standard comparati a livello nazionale e ove possibile internazionale, confrontati con le tendenze del triennio precedente e collegati alle risorse disponibili.

#### 4.9 Monitoraggio e misurazione in corso

Il monitoraggio degli aspetti metodologici e delle scadenze è realizzato continuativamente dall'U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance, dall'IPAS – STPA e dall'Organismo Indipendente di Valutazione, attraverso la predisposizione degli stati di avanzamento nei documenti di programmazione, presentati periodicamente agli organi di vertice dell'ASL Napoli 3 Sud.

A seguito di tali verifiche, posso essere introdotti eventuali interventi correttivi necessari per la effettiva realizzazione degli obiettivi.

Il monitoraggio e la misurazione in corso d'anno dell'andamento della performance, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori si realizza attraverso la valutazione intermedia che coinvolge l'U.O.C. Controllo di Gestione e l'U.O.C. Controllo Interno ed Esterno nonché i dirigenti e tutti gli operatori.

#### 4.10 La rendicontazione dei risultati

Ai sensi del D. Lgs 150/2009, ogni anno deve essere adottata dall'ASL Napoli 3 Sud una **Relazione sulla Performance**, validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione, che dà conto dei risultati dell'ente e dei risultati individuali, evidenziandone gli scostamenti e il bilancio di genere.

La rendicontazione dei risultati attraverso la redazione della Relazione sulla performance è finalizzata alla presentazione dei risultati conseguiti agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi anche in adempimento di quanto previsto dalla legislazione vigente. La Relazione sulla Performance viene pubblicata sul sito istituzionale dell'ente, nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente".

Approvata la Relazione dalla Direzione Strategica, viene disposta, ai sensi della normativa vigente, l'erogazione della premialità per i Dirigenti e i dipendenti del comparto.

##### 4.10.1 I sistemi di valutazione delle performance

Il sistema di valutazione delle performance nella ASL Napoli 3 Sud si articola, vista la peculiarità dei soggetti da "valutare", in più sottosistemi:

- La valutazione della dirigenza prende avvio dalla valutazione degli obiettivi di performance organizzativa che ciascun dirigente provvede a consuntivare al proprio apicale. L'OIV acquisisce le relazioni e monitora gli esiti delle attività di tutti i dirigenti, afferenti ai Dipartimenti, Distretti Sanitari, PP.OO., UU.OO.CC. e UU.OO.SS.DD. a supporto della Direzione Strategica.
- Una volta valutati gli obiettivi di performance organizzativa, la valutazione degli altri obiettivi

individuali e dei fattori di prestazione verrà effettuata da ciascun Dirigente apicale, con il supporto metodologico dell'OIV.

- La valutazione del comparto verrà operata dalla dirigenza, eventualmente coadiuvata dalle posizioni organizzative.

Tutti i processi valutativi devono essere fortemente correlati tra loro in tutte le singole fasi: definizione e comunicazione obiettivi, colloquio di valutazione intermedio e finale.

#### **4.10.2 Sistema di valutazione della dirigenza**

Il sistema di valutazione della dirigenza si riverbera sul sistema retributivo attualmente in uso. Attualmente la retribuzione di risultato è percentualmente correlata al trattamento economico complessivo del dirigente, come determinato dalla contrattazione decentrata integrativa e si basa sulla misurazione del raggiungimento di obiettivi di performance organizzativa, performance individuale e sui fattori di prestazione.

#### **4.10.3 Sistema di valutazione del comparto**

Anche per il personale del comparto, la valutazione è composta da una parte legata agli obiettivi di performance organizzativa e una parte legata agli obiettivi individuali.

Per gli obiettivi ci si collega agli obiettivi del dirigente di riferimento.

Al dipendente, "a cascata", saranno assegnati gli obiettivi individuali legati all'obiettivo del dirigente. Questo significa che tutto il personale appartenente ad una stessa struttura viene collettivamente coinvolto nel raggiungimento anche degli obiettivi complessivi della unità cui appartiene.

## 5. Parte quinta

### 5.1. Le basi per una nuova visione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance

Il nuovo percorso, intrapreso dall'U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance, con il Piano della Performance 2019 – 2021, deve inevitabilmente porre le basi all'istituzione di un Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance che deve essere in applicazione alle norme nazionali e regionali, ai sensi dei Contratti Nazionali di Lavoro vigenti e nel rispetto del dettato del D.Lgs. 150/2009.

L'oggetto del Sistema è la performance, inteso come il contributo che ciascun soggetto (singolo individuo, organizzazione) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi dell'ASL Napoli 3 Sud e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali la stessa è stata costituita.

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance deve consentire di migliorare l'allocatione delle risorse fra le diverse strutture, premiando quelle virtuose e di eccellenza e riducendo gli sprechi e le inefficienze. Il Sistema deve essere orientato principalmente al cittadino, in quanto la sua soddisfazione ed il suo coinvolgimento costituiscono il vero motore dei processi di miglioramento e innovazione.

La misurazione della performance, che si intende attuare dal 2020, dovrà avere l'obiettivo di migliorare l'efficienza e l'efficacia, tale da rendere l'organizzazione capace di:

- ❖ migliorare, una volta a regime, il sistema di individuazione e comunicazione dei propri obiettivi;
- ❖ verificare che gli obiettivi siano stati conseguiti;
- ❖ informare e guidare i processi decisionali;
- ❖ gestire più efficacemente sia le risorse sia i processi organizzativi;
- ❖ influenzare e valutare i comportamenti di gruppi e di individui;
- ❖ rafforzare l'accountability e le responsabilità a diversi livelli gerarchici;
- ❖ incoraggiare il miglioramento continuo e l'apprendimento organizzativo.

Appare evidente come in questa prospettiva misurare le performance sia un elemento indispensabile per misurare gli obiettivi, valorizzare i contributi delle persone, mettere i dirigenti nelle condizioni di gestire. E quindi creare benessere organizzativo. E quando aumenta il benessere organizzativo aumenta la produttività e, di conseguenza, la performance complessiva aziendale.

E' intenzione di questa U.O.C. , passare da sistemi di valutazione dell'efficienza organizzativa secondo una logica prettamente finanziaria, a strumenti di clinical governance e, quindi, di valutazione e management della performance clinica, basandosi sulle indicazioni provenienti dall'Evidence Based Medicine (EBM) e su altre fonti di standard comportamentali (linee guida, protocolli delle società scientifiche, percorsi elaborati a livello aziendale, ecc.).

L'ASL Napoli 3 Sud inevitabilmente deve adottare, a partire dal 2020, un sistema di verifica degli obiettivi, attraverso la strutturazione definita nel ciclo di budget, che indirizzi e orienti i comportamenti delle articolazioni organizzative e degli individui.

La mission dell'Azienda si fonda sui seguenti capisaldi:

- operare nel pieno rispetto delle norme legislative e delle linee guida regionali, anche attraverso l'applicazione di standard internazionali di eccellenza specifici del settore sanitario, sia nelle singole specialità che a livello aziendale;
- generare e alimentare costantemente una cultura della qualità centrata sulle persone, siano essi pazienti o operatori, lavorando per la tutela di entrambi attraverso l'implementazione di sistemi di controllo del rischio e attraverso strumenti di garanzia della qualità dei servizi erogati;
- garantire un ottimale rapporto tra risorse assegnate dal livello regionale e quindi risorse impegnate, attività progettata e attività svolte, risultati progettati e risultati ottenuti;
- coinvolgere, motivare e valorizzare il personale, per il quale si intendono essenziali interventi di informazione, formazione ed aggiornamento professionale, quali strumenti di crescita professionale e

di supporto tecnico-professionale finalizzati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate, perseguendo così il miglioramento continuo delle attività svolte;

- realizzare una fattiva collaborazione con tutte le parti interessate e coinvolte nei processi dell'ASL

La mission prevede che il conseguimento degli obiettivi si realizzi attraverso una serie di passi fondamentali:

- ✓ l'assunzione di precise responsabilità da parte di tutti gli operatori;
- ✓ garanzia, in ogni circostanza, dell'appropriatezza e dell'efficacia delle prestazioni fornite;
- ✓ tempestività delle prestazioni;
- ✓ sviluppo di processi di comunicazione con i clienti interni ed esterni;
- ✓ attenzione al costante livello di sicurezza per clienti ed operatori;
- ✓ ottimizzazione dell'uso delle risorse organizzative, tecnologiche e finanziarie;
- ✓ promozione della formazione permanente di tutti gli operatori e dello sviluppo delle competenze per un miglioramento continuo del servizio;
- ✓ l'ascolto e recepimento dei bisogni degli utenti ed adeguarsi ad essi nel tempo;
- ✓ l'approccio multidimensionale alla valutazione della performance;
- ✓ la definizione delle procedure fondamentali per la conduzione delle attività svolte;
- ✓ la definizione di metodologie per valutare i risultati raggiunti;
- ✓ la comunicazione ed il coinvolgimento di tutte le parti coinvolte;
- ✓ il continuo raffronto con il tessuto sociale del bacino di interesse aziendale per avere un costante monitoraggio dei fabbisogni di salute della popolazione.

La valutazione della performance, assolve ad una pluralità di scopi:

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

Massima deve essere la trasparenza dei processi, operata attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale, in apposita sezione di facile accesso e consultazione, denominata "Amministrazione trasparente" dei documenti previsti dalla normativa (Piano della Performance, Relazione annuale sulla performance, le tabelle retributive della premialità, i nominativi e i curricula dei componenti dell'Organismo Indipendente di Valutazione).

## 5.2. Infrastrutture di supporto

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance deve possedere un'infrastruttura di supporto, intesa come l'insieme di mezzi e soggetti che rendono possibile l'acquisizione, la selezione, l'analisi, l'interpretazione e la diffusione dei dati, garantendone la tracciabilità.

Nell'ASL Napoli 3 Sud l'avvio del sistema di Budget e della Programmazione sono affidati alle UU.OO.CC. indicate nell'Atto Aziendale.

All'U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance, tra le altre funzioni è affidato anche il compito di Struttura Tecnica Permanente di supporto all'O.I.V. (IPAS STP); in particolare tra i suoi compiti sono previste le seguenti attività:

- supportare la Direzione Aziendale nella redazione dei documenti aziendali relativi alla programmazione (Piano della Performance e Relazione sulla Performance);
- predisporre le schede obiettivi performance, solo dopo aver acquisito le schede di budget per le Strutture secondo schemi concordati con la Direzione Generale;
- collaborare alla negoziazione e approvazione degli obiettivi di performance;
- archiviare le schede di performance firmate dai Direttori di Struttura;
- monitorare la congruità dei risultati con gli obiettivi assegnati;
- supportare l'O.I.V. nello svolgimento delle attività di competenze.

La Struttura Tecnica Permanente si interfaccia quindi con le altre Unità Operative aziendali che consentono la realizzazione del sistema: si tratta quindi di coordinarsi con tali soggetti ed anche individuare opportune regole

per l'acquisizione delle informazioni necessarie alla misurazione ed alla valutazione degli obiettivi, anche ad impulso delle rilevazioni, delle elaborazioni e delle trasmissioni dei dati (con le procedure informatiche) nelle scadenze che sono opportune per i compiti dell'O.I.V..

A tale scopo vengono coinvolte le strutture che si occupano di controllo di gestione, di sistemi informativi, di contabilità analitica, di gestione del personale e dei sistemi di incentivazione; d'altra parte possono essere di riferimento le strutture di staff che si occupano di qualità, di risk management, di customer satisfaction, di epidemiologia e di statistica sanitaria. In ogni caso il sistema aziendale coinvolge annualmente i dirigenti delle strutture che hanno in gestione problematiche trasversali (come possono essere la Farmacia e gli staff della Direzione Generale, Sanitaria e Amministrativa), che comunque gerarchicamente sono a conoscenza delle criticità (quali ad esempio la Direzione Sanitaria Ospedaliera, il Coordinamento dei Distretti, la Direzione dei Dipartimenti territoriali e della Prevenzione), i dirigenti delle strutture che hanno in gestione problematiche trasversali collegate al Decreto 99 del 14/12/2019 approvato con deliberazione del Direttore generale 135 del 11/02/2019 e i dirigenti delle strutture che hanno in gestione problematiche trasversali collegate a funzioni di cui ai fondi vincolati: ad ognuno di questi soggetti viene richiesto fin dalla definizione degli obiettivi di prendersi in carico il monitoraggio e la misurazione dell'andamento degli obiettivi e di relazionarne alla Struttura Tecnica Permanente.

Infatti in questa fase di attuazione dell'Atto Aziendale e sino alla istituzionalizzazione della IPAS STP, ogni Dipartimento, P.O., Distretto Socio Sanitario e U.O.C. individuerà un dirigente che collaborerà col l'U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance per le funzioni di competenza della STP collegate all'area di competenza.

**Fase di sperimentazione**  
**Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance 2019 – 2021,:**  
**Distretto Socio sanitario n.58;**  
**P.O. San Leonardo**

Questa U.O., con il presente atto, intende avviare una fase di sperimentazione nel sistema di misurazione e valutazione della performance dell'ASL Napoli 3 Sud, proposta ai sensi dell'art.7 del D. Lgs. 150 2009 e costruito sulla base delle indicazioni fornite dalle successive delibere emanate dalla ANAC (già CiVIT) in materia di sistema di misurazione e valutazione della performance.

I contenuti di cui ai punti 2, 3, e 4 relativi alla descrizione del Sistema e al processo si riferiscono alla misurazione e valutazione sia della performance organizzativa che di quella individuale.

Il documento, che intende tradurre operativamente la delibera n. 89/2010 e le successive delibere CiVIT in tale ambito, dovrà essere sottoposto a monitoraggio e a valutazione con una manutenzione periodica, al fine di potersi adattare alle novità che emergono nella disciplina, alle normative di nuova pubblicazione, alle esigenze gestionali ed organizzative dell'Agenzia.

## **METODOLOGIA MISURAZIONE PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

Si propone un sistema caratterizzato da appositi indicatori, che permettono di rilevare lo scostamento tra obiettivi pianificati e risultati conseguiti e informare di tali scostamenti gli organi responsabili, affinché possano decidere e attuare le opportune azioni correttive.

Al fine di migliorare la comprensione della misurazione e valutazione della performance si fa chiarezza sui concetti di obiettivo, indicatore e target che, nella gestione della performance, sono i tre elementi usati per rappresentare rispettivamente:

- ciò che si vuole perseguire (**obiettivo**);

- ciò che si utilizza per raccogliere ed analizzare i dati necessari per motivare i progressi ottenuti nel perseguimento dell'obiettivo (**indicatore**);
- il livello atteso di performance, misurato attraverso uno o più indicatori, che si desidera ottenere per poter considerare un obiettivo conseguito o raggiunto (**target**).

Esiste quindi una chiara distinzione tra obiettivo, indicatore e target, come esplicitato nella seguente tabella che rappresenta due esempi, il primo relativo ad un obiettivo a cui corrisponde un target in valore assoluto, ed il secondo a cui corrisponde un target espresso in valore %:

	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET
	Ciò che si vuole perseguire	Ciò che si usa per misurare i progressi ottenuti	La quantificazione dell'obiettivo (incremento della produttività) nella dimensione misurata dall'indicatore (pratiche per addetto)
1)	Incrementare la produttività	<i>N. di pratiche per dipendente</i>	<i>30 al mese</i>
2)	Incrementare le attività di scientific advice	<i>Richieste lavorate/ricieste accettabili ricevute</i>	<i>90%</i>

I target sono la concretizzazione degli intenti in numeri.

L'assenza di target è giustificabile solo se obiettivi ed indicatori sono "esplorativi", cioè finalizzati alla conoscenza di attività e di processi.

Obiettivi, indicatori e target sono distinti, ma perfettamente complementari.

**Obiettivo:** definizione puntuale di un traguardo che l'organizzazione o l'unità organizzativa si prefigge di raggiungere in determinato arco temporale per realizzare con successo gli indirizzi programmatici, l'indicatore di performance è lo strumento che rende possibile l'acquisizione di informazioni relative alla performance ottenuta come conseguenza di un insieme di attività svolte.

**Risultato:** è l'effetto oggettivo e/o tangibile che l'obiettivo si prefigge di raggiungere affinché questo possa dirsi realizzato;

**Indicatore:** aspetto o caratteristica dell'obiettivo, del processo o del prodotto, misurabile, che fornisce informazioni significative sull'efficacia, l'efficienza, l'economicità o la qualità dell'attività svolta e sul grado di raggiungimento dell'obiettivo;

**Target:** valore desiderato che un'entità si prefigge di ottenere rispetto ad un dato indicatore;

## 1.2 METODOLOGIA VALUTAZIONE PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Per meglio affrontare gli aspetti metodologici è utile rimarcare alcuni concetti di base, ormai patrimonio delle organizzazioni che da tempo hanno attivato il sistema di pianificazione e controllo. L'ASL Napoli 3 Sud intende il "**controllo di gestione**", detto anche "**controllo direzionale**", come il sistema operativo volto a guidare la gestione verso il conseguimento degli obiettivi stabiliti in sede di pianificazione operativa, rilevandone, attraverso la misurazione, il loro conseguimento.

Il sistema di controllo di gestione è strettamente connesso al sistema di pianificazione, definito come il sistema operativo attraverso il quale l'organizzazione definisce i suoi obiettivi e le azioni per conseguirli.

Le fondamentali azioni svolte dal Controllo di Gestione per verificare le attività svolte in base agli obiettivi assegnati possono riassumersi in:

- raccogliere i dati tramite le rendicontazioni fornite dagli Uffici/Unità preliminarmente individuati;

- elaborare i dati, trasformandoli in informazioni predisponendo specifici report con cadenza semestrale;
- distribuire l'informazione alla Direzione Generale e fornire feedback agli Uffici/Unità coinvolti;
- trasmettere i dati o meglio i report all'U.O.C. VRU e Performance
- conservare i dati raccolti, archiviandoli.

L'approccio metodologico, descritto nei paragrafi successivi, permette di applicare un percorso ciclico tramite il quale, definita una strategia, si assegnano gli obiettivi, si monitorano i dati, si applicano azioni correttive - se necessario - e con i dati e i reporting si elaborano valutazioni che possono portare a revisione di programmi e in caso di necessità a modifiche della strategia stessa.

Questo approccio determina, pertanto, una dinamica che permette di attivare un processo decisionale che porta ad azioni correttive e alla eventuale modifica e ridefinizione degli obiettivi. Il cruscotto gestionale è pertanto lo strumento che guida le scelte decisionali e che permette di monitorare e di verificare, con dati e informazioni puntuali, l'esito del processo avviato.

L'applicazione complessiva del modello descritto consente un governo del sistema con adeguata e consapevole capacità decisionale, supportata da dati e informazioni tempestive, controllate, analizzate e con la descrizione dei possibili scenari alternativi.

L'amministrazione identifica le linee di indirizzo e i conseguenti obiettivi strategici ed operativi con una logica di "cascading", come esplicitato nel prosieguo del documento.

## PROCESSO

Il documento che si propone ripercorre il processo del "Ciclo della performance" partendo dalla programmazione triennale dell'ASL Napoli 3 Sud fino ad arrivare al documento conclusivo, rappresentato dalla Relazione sulla performance annuale validata dall'OIV. Il ciclo della performance è imprescindibilmente collegato al Sistema di Valutazione e, conseguentemente, è correlato al sistema incentivante legato al raggiungimento degli obiettivi assegnati.

### a. FASI

Le linee di indirizzo dell'ASL vengono definite in base al Piano della performance e rappresentano la declinazione delle indicazioni strategiche derivanti dal Programma di attività triennale e dal Piano di attività annuale dell'Azienda, cui si aggiungono e si integrano le ulteriori linee strategiche e priorità dettate dalle norme Nazionali e Regionali.

Il modello di riferimento seguito è il **top down** che prevede una sorta di percorso a step "gerarchici" in base al quale il Direttore Generale riceve le indicazioni e le linee strategiche di indirizzo fissate dalla Regione Campania.

Altri obiettivi da proporre possono essere desunti da normative e leggi (Finanziaria, accordo Stato Regioni), da indirizzi e accordi internazionali, da esigenze di implementare nuovi servizi o di garantire attività scientifiche e di divulgazione, di migliorare i percorsi di qualità.

Successivamente il Direttore Generale, anche tramite riunioni collegiali ed eventualmente incontri dedicati, fornisce ai dirigenti delle Strutture organizzative le linee di indirizzo e relativi obiettivi strategici, con le relative risorse a disposizione.

Il Controllo di Gestione elabora e distribuisce per quanto di competenza, alla Direzione Generale e ai Direttori delle Strutture (distintamente per Centro di Responsabilità), la documentazione atta ad evidenziare:

- il livello dell'attività propria di ogni Struttura, facendo confronti omogenei con i periodi precedenti e proiezioni sull'anno in corso;
- gli scostamenti significativi dei livelli di attività rispetto a quanto indicato e sottoscritto nelle

schede obiettivi di budget

Dati che andranno trasmessi anche all'U.O.C. VRU e Performance, per gli obiettivi presenti nel Piano della Performance.

Tendenzialmente entro il mese di giugno di ogni anno, se conclusa la fase di valutazione del Piano della Performance, viene redatta dal VRU e Performance - con riferimento all'anno precedente - la "Relazione annuale della Performance", che dovrà essere supportata anche dalle relazione rappresentativa dei dati conclusivi da parte delle Strutture collegate al processo di budget . La Relazione di budget, sottoposta all'attenzione del Direttore Generale per la sua valutazione, assolve un duplice compito: certifica il livello di raggiungimento degli obiettivi da parte dei CdR e di conseguenza offre lo strumento all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) per attivare, unitamente alla Relazione sulla performance, il sistema premiante.

Le verifiche finali in ordine al conseguimento degli obiettivi sottoscritti sono effettuate dal Responsabile sovraordinato, con l'avvallo da parte dell'OIV per la metodologia seguita.

I risultati della verifica costituiscono elementi di rilievo ai fini della valutazione periodica dei dirigenti, nonché fondamento per il collegamento con il sistema premiante rappresentato dalla retribuzione di risultato dei dirigenti e incentivazione alla produttività del personale del comparto.

L'OIV verifica la Relazione sulla performance ed è l'organo preposto alla validazione o meno della stessa.

## b. TEMPI

Con riferimento alle tempistiche del processo di misurazione e valutazione della performance si riporta di seguito una tabella di sintesi.

Inoltre, per un maggiore dettaglio delle fasi del processo, viene allegato al presente documento il "Timing del Sistema di misurazione e valutazione della performance"

Sia la tabella che il Timing sono sviluppati considerando che il processo inizi in un determinato "anno N".

<b>TIMIN G</b>		<b>DOCUMENTI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE</b>
<b>Predisposizione documento</b>		
<b>Mese</b>	<b>Anno</b>	
Sett-Dic	Anno N	Programma delle attività triennale (da Anno N+1 ad anno N +3)
Sett-Dic	Anno N	Piano delle attività (dell'anno N +1)
Sett-Ott	Anno N	Bilancio di previsione (dell'anno N +1)
Dic-Gen	Anno N /Anno N +1	Piano della Performance (da Anno N+1 ad Anno N +3)
Feb	Anno N+1	Assegnazione Obiettivi ai CdR (dell'Anno N +1)
Feb-Mar	Anno N+1	Assegnazione Obiettivi Individuali(dell'Anno N +1)
Lug	Anno N+1	Rendicont. Risultati I° sem. (dell'Anno N +1)
Set	Anno N+1	Reporting I° semestre(dell'Anno N +1)
Gen	Anno N +2	Rendicont. Risultati II° sem. (dell'Anno N +1)
Gen	Anno N +2	Relazione Obiettivi dei CdR (dell'Anno N +1)
Gen-Mar	Anno N +2	Valutazioni individuali del comparto (dell'Anno N +1)
Gen-Mar	Anno N +2	Proposte di valutazione individuale professionalità sanitarie (dell'Anno N +1)
Apr	Anno N +2	Relazione annuale sul raggiungimento obiettivi per DG (dell'Anno N +1)
Apr	Anno N +2	Valutazione Dirigenti II° fascia (dell'Anno N +1)
Apr	Anno N +2	Valutazione Dirigenti professionalità sanitarie (dell'Anno n+1)
Apr-Mag	Anno N +2	Relazione del Direttore Generale sulle attività annuali (dell'Anno N +1)

Apr	Anno N +2	Bilancio consuntivo (Anno N +1)
Apr-Giu	Anno N +2	Relazione sulla performance (dell'Anno N +1)
Apr	Anno N +2	Relazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione (dell'Anno N +1)
Lug-Set	Anno N +2	Validazione Relazione sulla performance (dell'Anno N +1)

### c. MODALITÀ

#### Indicatori di performance - il sistema di reporting

Non più rinviabile è il ricorso ad un sistema di reporting che permette di avere un quadro della situazione tramite la ricezione, da parte delle Strutture “core”, di tutte le informazioni, inserite nelle schede di rendicontazione, ritenute necessarie e sufficienti per prendere le opportune decisioni.

Necessita dotarsi di un sistema strutturato e puntuale, con la definizione di chi e con quali modalità si alimentano in modo costante i dati, di chi li elabora e ne trasmette la sintesi ai vari livelli dell’organizzazione.

Obiettivo principale è, quindi, quello di produrre e diffondere informazioni utili e fruibili ai vari destinatari che necessitano di informazioni in tempo utile per le attività da svolgere.

Il sistema è indirizzato a fornire dati ed informazioni collegati agli obiettivi assegnati ed ha finalità di fornire conoscenza, capire i fenomeni e gli eventi, permettere di prendere decisioni con cognizione di causa, individuare gli errori e/o le aree problematiche ed attivare eventuali manovre correttive. Il sistema è rappresentativo dei principali indici dei fattori produttivi (prestazioni effettuate, performance collegata alla produttività effettiva espressa in full time equivalent “FTE”, ecc.).

#### Valutazione periodica e revisione degli obiettivi

Il sistema di reporting permette di avere le informazioni utili e necessarie per verificare se il trend è in linea con gli obiettivi assegnati. In presenza di scostamenti determinati da specifici eventi, la Direzione Generale può accettare modifiche o rimodulare gli obiettivi.

Ovviamente le richieste di modifica devono trovare un plausibile riscontro nei dati e negli eventi che hanno determinato il rischio di mancato raggiungimento dell’obiettivo. La Direzione Generale può richiedere una variazione degli obiettivi in caso di arrivo di nuove disposizioni da Enti esterni.

Il modello prevede, successivamente alla fase di assegnazione degli obiettivi di performance tramite le specifiche “Schede obiettivi di Struttura”, la possibilità di una revisione a Settembre degli obiettivi, sulla base dei dati del primo semestre. Tali revisioni possono essere richieste dalle Strutture con motivata e documentata richiesta.

Scostamenti negativi ingiustificati attiveranno azione correttive da parte della Direzione Generale nei confronti della struttura/CdR responsabili.

#### Finalità e linee metodologiche

L’attribuzione dei livelli attesi di *performance*, che costituiscono gli “Obiettivi performanti” delle Strutture, avviene attraverso un processo di assegnazione degli obiettivi le cui finalità sono in sintesi:

- determinare la *performance* che le articolazioni organizzative individuate devono ottenere, individuando i criteri e/o gli indicatori per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati;
- individuare, al fine della loro assegnazione preventiva, le risorse necessarie per realizzare gli obiettivi negoziati;
- verificare in modo sistematico nel corso dell’esercizio l’andamento delle attività e monitorare l’attuazione degli obiettivi nel rispetto delle risorse assegnate;

- d) consentire la possibilità di rinegoziare gli obiettivi di budget e se coinvolti anche gli obiettivi di budget , in situazioni motivate e per cause documentate, su impulso del Controllo di Gestione o degli stessi Centri di Responsabilità (CdR);
- e) individuare i livelli di responsabilità dei dirigenti di Struttura e, tenuto conto degli specifici livelli di competenza, del personale della Dirigenza e del Comparto che collabora per il raggiungimento degli obiettivi prefissati;
- f) contribuire ad attuare un sistema di comunicazione e di *reporting* che consenta sia di monitorare l'andamento dell'ASL attraverso il controllo delle attività delle singole Strutture rispetto agli obiettivi sia di adottare tempestivamente le eventuali azioni correttive;
- g) permettere l'applicazione progressiva del *ciclo di gestione delle performance* in aderenza ai principi del D.Lgs. 150 del 27.10.2009.

### **Trasparenza dei dati**

Un sistema trasparente e chiaro diminuisce il rischio di errori ed agevola il raggiungimento degli obiettivi. Il Controllo di Gestione comunica le modalità di assegnazione degli obiettivi di bu, il processo, i risultati attesi, la descrizione delle conseguenze del mancato raggiungimento degli obiettivi.

Il Controllo di Gestione assicura la qualità e congruenza dei dati, tramite verifiche ed eventuali richieste di chiarimenti e produzione di ulteriore documentazione in collaborazione con le Strutture di riferimento.

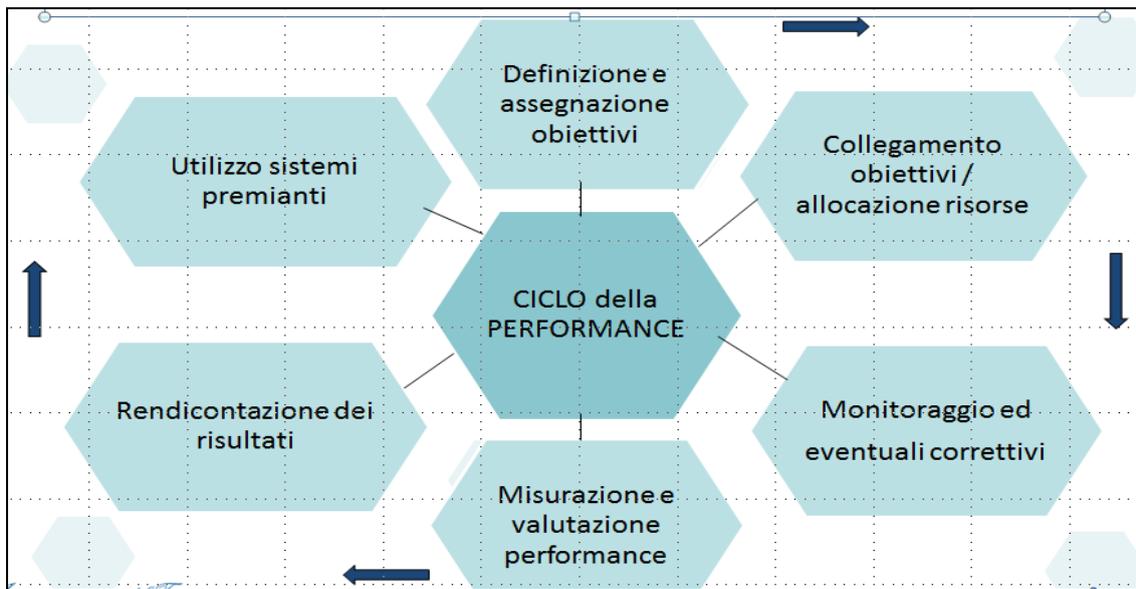
Il Controllo di Gestione comunica al VRU e Performance, il raggiungimento degli obiettivi collegati al Piano della Performance, i risultati attesi, la descrizione delle conseguenze del mancato raggiungimento degli obiettivi

### **Sistema incentivante (collegamento con il DLgs. n° 150 del 27.10.2009)**

Il ciclo della performance è imprescindibilmente collegato al sistema di valutazione e conseguentemente può correlarsi al sistema incentivante. Le variabili stipendiali legate al risultato possono essere erogate solo previa valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati. Ogni anno, tramite specifici accordi sindacali, devono essere formalizzati i criteri di erogazione dell'incentivazione alla produttività per il personale del comparto e della retribuzione di risultato per il personale dirigente.

Si ribadisce l'importanza che gli obiettivi siano rilevanti, specifici e misurabili, riferibili ad un periodo temporale definito, confrontabili e correlati alla quantità delle risorse disponibili. Nell'ambito della misurazione individuale assume rilevanza il sistema di indicatori e target.

Di seguito si riportano graficamente gli aspetti principali del ciclo della performance:



**Fig. n. 13 Ciclo della performance**

### La performance individuale

Ai sensi dell'articolo 14, comma 4 lettera e del D. Lgs. n° 150 27 ottobre 2009, la valutazione dei Direttori di Dipartimento, Direttori di Distretto Socio sanitario, Direttori di P.O., Direttori di U.O.C. compete al Direttore Sanitario e al Direttore Amministrativo, in base all'area di competenza.

L'OIV verifica la metodologia seguita e avalla, se dovuta, nel quadro della valutazione complessiva dell'organizzazione.

L'OIV monitora il funzionamento complessivo del sistema e, a tal fine, elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso, ai sensi dell'articolo 14, comma 4, lett. a), del D. Lgs 150 2009 definita "Relazione degli OIV sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni". Tale relazione deve essere trasmessa all'Organo di indirizzo politico-amministrativo e alla CIVIT, nei tempi stabiliti salvo eventuale comunicazione di diversa scadenza.

La performance individuale (sia della Dirigenza che del personale del Comparto) è direttamente collegata con la performance organizzativa.

Per entrambe le componenti sono previsti obiettivi, con relativi indicatori e punteggi assegnati, di tipo quantitativo e di tipo qualitativo. La valutazione della performance individuale si effettua tramite schede di assegnazione obiettivi personalizzate, di cui di seguito si allegano i fac-simile di schede rispettivamente previste per:

- Dirigenti di Struttura Personale della dirigenza sanitaria
- Personale del comparto.

Con riferimento agli obiettivi quantitativi dei Dirigenti di Struttura la scheda individuale rinvia alla scheda obiettivi del relativo Struttura. Lo schema prevede infatti un "macro obiettivo quantitativo" collegato con la performance dell'Struttura (scheda obiettivi annuale), da cui il Dirigente può derivare la quota parte collegata all'apporto del singolo.

Gli obiettivi qualitativi per i Dirigenti di Struttura, per i Dirigenti delle Professionalità Sanitarie e per il personale del Comparto sono invece individuati in cinque competenze organizzative (*soft skills*) che riguardano l'insieme delle conoscenze, delle capacità e delle abilità allo scopo di perseguire un obiettivo.

Tali qualità vengono valutate non in sé ma, attraverso il livello di professionalità osservabile nel raggiungimento degli obiettivi assegnati, evitando il rischio di giudicare la persona anziché la sua performance.

Ciascuna competenza organizzativa, oltre ad avere una propria descrizione, è declinata su quattro livelli di valutazione (livello eccellente, livello atteso, livello in sviluppo, livello critico) ciascuno con i propri descrittori comportamentali al fine di rendere il più oggettiva possibile la valutazione ed indirizzare l'azione del valutato verso quelle competenze organizzative che nell'Amministrazione sono riconosciute come un valore.

Gli obiettivi dovranno essere assegnati dal Dirigente di Struttura a tutto il personale che abbia prestato servizio per un periodo superiore a 30 giorni lavorativi presso la Struttura in oggetto.

Nei casi in cui, invece, nel corso dell'anno solare il personale da valutare sia ad esempio assegnato ad una Struttura per un periodo di 11 mesi e per il restante mese ad un'altra Struttura, in via straordinaria, sarà sufficiente - ai fini della valutazione - che il dirigente della Struttura nella quale il dipendente ha prestato servizio per un periodo pari o inferiore al mese apponga la propria sigla sulla scheda individuale a sua volta già firmata dal dirigente della Struttura per cui il dipendente ha prestato servizio per il periodo prevalente.

Di seguito si riporta il form delle seguenti schede:

- scheda obiettivi di Dipartimento/Distretto SS, P.O., U.O.C. e U.O.S.D.;
- scheda obiettivi individuali Direttore Dipartimento, /Direttore Distretto SS, Direttore P.O., Direttore U.O.C. e Responsabile U.O.S.D.;
- scheda obiettivi individuali Dirigenza;
- scheda obiettivi individuali Comparto.

Ipotesi di OBIETTIVI ANNO X dell'UFFICIO/UNITA' Y					
Tipologia	Item		Obiettivo	Indicatore e Target	Punti
<b>OBIETTI VI DI ATTIVIT A' ED EFFICIE NZA OPERAT IVA</b>	<b>Area Produzione/ Ricavi/ Efficienza</b>	1	Audit	anno 2018= 100% dato atteso anno 2019 = 100% audit effettuati/audit programmati	<b>15</b>
		2	Verifica POS (nuova stesura)	anno 2018= 100% dato atteso anno 2019 = 100% POS verificate/Richieste Nuove POS ( cut- off richieste: 30 novembre)	<b>20</b>
		3	Verifica POS (revisione)	anno 2018 = 100% dato atteso anno 2019 = 100% POS verificate/Richieste revisione POS (cut- off richieste: 30 novembre)	<b>20</b>
		4	Predisposizione Manuale della Qualità FV e aggiornamento di tutte le procedure a seguito della nuova normativa di farmacovigilanza	Redazione Manuale Qualità FV: manuale redatto o non redatto 100% aggiornamento procedure	<b>15</b>
		5	Collaborazione e supporto a livello europeo nella definizione dei documenti della Qualità (partecipazione a WGQM). Rappresentanza in qualità di Assessor BEMA con partecipazione a riunioni e training.	Partecipazione a x incontri del WGQM Partecipazione ad x visite BEMA in qualità di Assessor	<b>15</b>

<b>OBIETTIVI GESTION ALI- ORGANIZZ ATIVI</b>	<b>Area della Organizza zione, Gestione del Personale</b>	<b>6</b>	Assegnazione e Valutazione obiettivi al Personale (100% del Personale della Dirigenza e Comparto) a) Assegnazione (corretta e completa) degli obiettivi entro un mese dalla firma del verbale di negoziazione; b) Valutazione (corretta e completa) degli obiettivi entro la scadenza fissata dal CdG.	100% schede (nuovo template 2019): a) Assegnazione obiettivi entro gg/gg/aaaa ; b) Valutazione obiettivi entro gg/gg/aaaa ;	<b>5</b>
		<b>7</b>	Procedure operative standard inclusi anche gli elementi relativi al decreto 190/2012 ("Decreto Anticorruzione") nei casi in cui siano stati mappati i rischi connessi di livello alto e critico	Atteso anno X: N° POS/ G revisionate= .....	<b>5</b>
		<b>8</b>	Rendicontazione delle attività svolte: attraverso le schede tradizionali (trimestralmente nel rispetto dei tempi e secondo le modalità indicate dal CdG) oppure attraverso le schede del progetto Costing (giornalmente)	Invio nel rispetto dei tempi in base alle comunicazioni del CdG	<b>5</b>
					<b>100</b>
Il Direttore Generale			Il Responsabile dell'Ufficio/Unità		
Data accettazione scheda					

➤ SCHEDA OBIETTIVI INDIVIDUALI Direttore Dipartimento, /Direttore Distretto SS,  
Direttore P.O., Direttore U.O.C. e Responsabile U.O.S.D.;

<b>COGNOME E NOME</b>				
<b>STRUTTURA:</b>				
<b>PERIODO DI COMPETENZA:</b> (a cura del Settore Risorse Umane)				
<b>INQUADRAMENTO CONTRATTUALE:</b> (a cura del Settore Risorse Umane)				
<b>ANNO 2019</b>				
<b>OBIETTIVI QUANTITATIVI (minimo n. 3 obiettivi, Massimo n.10 obiettivi) (60%)</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>FASE ASSEGNAZIONE:</b> Punteggio assegnato	<b>FASE VALUTAZIONE:</b> Punteggio ottenuto attribuito dal DG
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
<b>Subtotale obiettivi quantitativi</b>			<b>0</b>	<b>0</b>
<b>OBIETTIVI QUALITATIVI ED ORGANIZZATIVI (40%)</b>	<b>Vedere Allegato per i descrittori comportamentali</b>			<b>FASE VALUTAZIONE:</b> Punteggio ottenuto attribuito dal DG
	<b>Livello Eccellente</b>	<b>Livello atteso</b>	<b>Livello in sviluppo</b>	<b>Livello Critico</b>
	<b>da 16 a 20</b>	<b>da 11 a 15</b>	<b>da 6 a 10</b>	<b>da 1 a 5</b>
1	<b>LEADERSHIP:</b> assumere un ruolo di riferimento, guida e responsabilità verso gli altri colleghi, suscitando consenso e valorizzando il contributo dei singoli componenti del gruppo			
2	<b>PIANIFICAZIONE E ORGANIZZAZIONE:</b> definire e implementare, in coerenza con le necessità interne ed esterne, i piani di sviluppo delle attività, verificando l'allineamento tra il pianificato ed il realizzato e gestendo conseguentemente le risorse (umane, finanziarie e strumentali)			

3	<b>CAPACITA' DECISIONALE:</b> scegliere, nell'ambito delle proprie responsabilità, tra diverse alternative con ponderatezza, lucidità e tempestività anche in condizione di incertezza e complessità e valutando le conseguenze																
4	<b>ACCURATEZZA E TEMPESTIVITA':</b> esercitare la propria attività con l'attenzione, la precisione e il rispetto dei tempi richiesti dalle circostanze specifiche e dalla natura del compito assegnato																
5	<b>INNOVAZIONE:</b> cercare nuove vie percorribili in termini di processo e servizio per rispondere alle esigenze del cittadino/cliente facendosi motore del cambiamento																
<b>Subtotale obiettivi qualitativi ed organizzativi</b>																	
<b>TOTALE PUNTEGGIO (Obiettivi quantitativi + qualitativi ed organizz.)</b>																	
<b>FASE DI ASSEGNAZIONE</b>		<b>FASE VALUTAZIONE</b>															
<table border="1"> <tr> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td>Data</td> <td>Il Direttore Generale per assegnazione obiettivi (*)</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>				Data	Il Direttore Generale per assegnazione obiettivi (*)			<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Il Direttore Generale per valutazione</td> <td>Data</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> <td> </td> </tr> </table>		Il Direttore Generale per valutazione		Data					
Data	Il Direttore Generale per assegnazione obiettivi (*)																
Il Direttore Generale per valutazione		Data															
<table border="1"> <tr> <td>Data</td> <td>Il Dirigente per accettazione obiettivi (*)</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		Data	Il Dirigente per accettazione obiettivi (*)			<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Il Dirigente per presa visione</td> <td>Data</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> <td> </td> </tr> </table>		Il Dirigente per presa visione		Data							
Data	Il Dirigente per accettazione obiettivi (*)																
Il Dirigente per presa visione		Data															
<p>(*) L'assegnazione degli obiettivi quantitativi del Dirigente di II Fascia corrisponde alla firma della Scheda Obiettivi della Struttura, quindi per le firme del Direttore Generale e del Dirigente Responsabile della Struttura si rimanda alla Scheda Obiettivi della Struttura di cui sopra.</p> <p>Entrambi gli obiettivi sono su base 100. Il punteggio totale è la somma aritmetica dei due sottogruppi. Ai fini della erogazione del premio si dovrà fare riferimento agli accordi tra Amministrazione e OOSS.</p>																	
<b>EVENTUALI OSSERVAZIONI DEL VALUTATO:</b>																	

## SCHEMA OBIETTIVI INDIVIDUALI DIRIGENZA

COGNOME E NOME						
STRUTTURA:						
PERIODO DI COMPETENZA: (a cura del Settore Risorse Umane)						
INQUADRAMENTO CONTRATTUALE: (a cura del Settore Risorse Umane)						
ANNO 2019						
OBIETTIVI QUANTITATIVI (minimo n. 3 obiettivi, Massimo n.10 obiettivi) (60%)		Indicatore	Target	FASE ASSEGNAZIONE: Punteggio assegnato	FASE VALUTAZIONE: Punteggio proposto dal Responsabile Ufficio/Unità	FASE VALUTAZIONE: Punteggio attribuito dal DG (inserire solo se diverso dalla proposta del Dirigente Responsabile)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
Subtotale obiettivi quantitativi					0	0
OBIETTIVI QUALITATIVI ED ORGANIZZATIVI (40%)		Vedere Allegato per i descrittori comportamentali			FASE VALUTAZIONE: Punteggio proposto dal Responsabile Ufficio/Unità	FASE VALUTAZIONE: Punteggio attribuito dal DG (inserire solo se diverso dalla proposta del Dirigente Responsabile)
		Livello Eccellente	Livello atteso	Livello in sviluppo	Livello Critico	
		da 16 a 20	da 11 a 15	da 6 a 10	da 1 a 5	
1	<b>ORIENTAMENTO AI RISULTATI:</b> indirizzare costantemente la propria attività al conseguimento degli obiettivi previsti, fornendo un livello di prestazione adeguato alla natura e all'importanza degli stessi					

2	<b>ACCURATEZZA E TEMPESTIVITA'</b> : esercitare la propria attività con l'attenzione, la precisione e il rispetto dei tempi richiesti dalle circostanze specifiche e dalla natura del compito assegnato					
3	<b>COMUNICAZIONE</b> : esprimere concetti ed idee nella comunicazione verbale e nella redazione dei documenti in modo che risultino chiari, organizzati, strutturati e favorire lo scambio di informazioni					
4	<b>LAVORO IN GRUPPO</b> : saper lavorare insieme agli altri integrando le energie per raggiungere un risultato comune, promuovendo rapporti produttivi di collaborazione e assicurando la circolazione delle informazioni					
5	<b>FLESSIBILITA'</b> : adattare la propria attività in funzione delle mutevoli caratteristiche del contesto anche rispetto a eventi non previsti e non ordinari, allo scopo di cogliere opportunità e di raggiungere l'obiettivo prefissato					
<b>Subtotale obiettivi qualitativi ed organizzativi</b>						
<b>TOTALE PUNTEGGIO (Obiettivi quantitativi + qualitativi ed organizz.)</b>						

## FASE DI ASSEGNAZIONE

FASE  
VALUTAZIONE

Il Dirigente Responsabile di Struttura per proposta valutazione		Data
Data	Il Direttore Responsabile di Struttura per assegnazione obiettivi (*)	
	(Nome e Cognome)	
	Firma	
Il Dirigente Sanitario per presa visione		Data
Data	Il Dirigente Sanitario per accettazione obiettivi	

**Note:** per i Dirigenti Sanitari gli obiettivi sono assegnati dal Dirigente Responsabile della Struttura. In fase di valutazione gli obiettivi dei Dirigenti Sanitari sono proposti dal Dirigente della Struttura e ratificati dal Direttore Generale.

Entrambi gli obiettivi sono su base 100. Il punteggio totale è la somma aritmetica dei due sottogruppi. Ai fini della erogazione del premio si dovrà fare riferimento agli accordi tra Amministrazione e OOSS.

**EVENTUALI OSSERVAZIONI DEL VALUTATO:**

## SCHEDA OBIETTIVI INDIVIDUALI COMPARTO

COGNOME E NOME					
STRUTTURA:					
PERIODO DI COMPETENZA: (a cura del Settore Risorse Umane)					
INQUADRAMENTO CONTRATTUALE: (a cura del Settore Risorse Umane)					
ANNO 2019					
OBIETTIVI QUANTITATIVI (minimo n. 3 obiettivi, Massimo n.10 obiettivi) (60%)		Indicatore	Target	FASE ASSEGNAZIONE: Punteggio assegnato	FASE VALUTAZIONE: Punteggio ottenuto
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
Subtotale obiettivi quantitativi				0	0
OBIETTIVI QUALITATIVI ED ORGANIZZATIVI (40%)		Vedere Allegato per i descrittori comportamentali			FASE VALUTAZIONE: Punteggio ottenuto
		Livello Eccellente	Livello atteso	Livello in sviluppo	Livello Critico
		da 16 a 20	da 11 a 15	da 6 a 10	da 1 a 5
1	<b>ACCURATEZZA E TEMPESTIVITA'</b> : esercitare la propria attività con l'attenzione, la precisione e il rispetto dei tempi richiesti dalle circostanze specifiche e dalla natura del compito assegnato				
2	<b>COMUNICAZIONE</b> : esprimere concetti e idee nella comunicazione verbale e nella redazione dei documenti in modo che risultino chiari, organizzati, strutturati e favorire lo scambio di informazioni				
3	<b>LAVORO IN GRUPPO</b> : saper lavorare insieme agli altri integrando le energie per raggiungere un risultato comune, promuovendo rapporti produttivi di collaborazione e assicurando la circolazione delle informazioni				

4	<b>FLESSIBILITA'</b> : adattare la propria attività in funzione delle mutevoli caratteristiche del contesto anche rispetto a eventi non previsti e non ordinari, allo scopo di cogliere opportunità e di raggiungere l'obiettivo prefissato					
5	<b>ANALISI E SOLUZIONE DEI PROBLEMI</b> : contestualizzare i problemi e/o le situazioni complesse e ricercare le soluzioni più idonee scegliendo tra le alternative possibili					
<b>Subtotale obiettivi qualitativi ed organizzativi</b>						
<b>TOTALE PUNTEGGIO (Obiettivi quantitativi + qualitativi ed organizz.)</b>						
<b>FASE DI ASSEGNAZIONE</b>			<b>FASE VALUTAZIONE</b>			
<b>Data</b>	<b>Il Dirigente assegnazione obiettivi</b>	<b>Responsabile della Struttura per</b>	<b>Il Dirigente per valutazione</b>	<b>Responsabile della Struttura</b>	<b>Data</b>	
	(Nome e Cognome)		(Nome e Cognome)			
	Firma		Firma			
<b>Data</b>	<b>Il Dipendente per accettazione obiettivi</b>		<b>Il Dipendente per presa visione</b>		<b>Data</b>	
Entrambi gli obiettivi sono su base 100. Il punteggio totale è la somma aritmetica dei due sottogruppi. Ai fini della erogazione del premio si dovrà fare riferimento agli accordi tra Amministrazione e OOSS.						
<b>EVENTUALI OSSERVAZIONI DEL VALUTATO:</b>						

Si tenga ben presente che nell'affidamento degli obiettivi performanti, vanno sempre indicati il tipo di indicatore scelto (quantitativo, qualitativo). Alcuni obiettivi sono comuni a tutte le Strutture, altri specifici in funzione delle particolari competenze. La loro numerosità e complessità dovrà avere una distribuzione equa, per permettere una corretta ponderazione anche ai fini della valutazione di risultato. Ogni obiettivo è correlato ad un punteggio, funzionale al livello di complessità o di impatto nelle strategie dell'ASL.

Nel documento vengono definiti in modo trasparente il sistema di calcolo, i criteri per ottenere il punteggio massimo o una sua frazione, nonché il limite sotto il quale non viene assegnato nessun punteggio.

## SOGGETTI E RESPONSABILITÀ

L'attività di monitoraggio, la funzione di misurazione e valutazione della performance individuale e la rendicontazione dei risultati sono affidati, al fine di rilevare eventuali scostamenti tra gli obiettivi intermedi programmati ed il risultato di performance allo stato raggiunto e attivare, ove necessario, interventi correttivi, alla responsabilità di una pluralità di soggetti: l'organo di indirizzo politico-amministrativo, l'OIV, i dirigenti (di livello generale e non).

In particolare i soggetti sono:

## Organo di indirizzo politico-amministrativo:

- valuta, con il supporto del Direttore Generale, l'andamento della performance organizzativa, proponendo, ove necessario, interventi correttivi in corso d'esercizio;
- assegna gli obiettivi strategici al Direttore Generale;

## Dirigenza

- Al Direttore Generale, al Direttore Sanitario e al Direttore Amministrativo, compete la misurazione e la valutazione della performance individuale dei Direttore Dipartimento, /Direttore Distretto SS, Direttore P.O., Direttore U.O.C.;
- Al Direttore Dipartimento, /Direttore Distretto SS, Direttore P.O., Direttore U.O.C. compete la misurazione e la valutazione della performance individuale dei Dirigenti di S.S ;
- Al Dirigente di S.S., compete la misurazione e la valutazione del personale del Comparto.

## Personale della Dirigenza

Interviene in tutto il processo di misurazione e valutazione, come soggetto che deve essere informato e coinvolto nella definizione degli obiettivi e dei criteri di misurazione e valutazione.

**Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)** con il supporto della Struttura Tecnica Permanente di cui all'articolo 14, commi 9 e 10, del decreto, presidia in maniera integrata e sistemica il processo di misurazione e valutazione della performance organizzativa nel suo complesso.

## Struttura Tecnica Permanente

- supporta l'OIV, la dirigenza e il personale nello svolgimento delle attività sopra descritte;
- funge da "interfaccia tecnica" tra l'OIV e i Dirigenti di Struttura nell'ambito del processo di misurazione e valutazione, interagendo con le diverse unità organizzative e, in particolare, con quelle coinvolte nella pianificazione strategica e operativa, nella programmazione economico-finanziaria e nei controlli interni.

Per le competenze e funzioni si rimanda a: Parte quinta, 5.2 Infrastrutture di supporto

## Valutazione della qualità dei servizi da parte dei cittadini e degli utenti

Nel corso del 2020, dovrà essere pubblicato on line un questionario per la valutazione del grado di soddisfazione degli cittadini e degli utenti (customer satisfaction), destinato sia ad utenti interni che esterni.

L'amministrazione all'inizio del ciclo di ogni nuova performance dovrà elaborare le risultanze dei questionari di competenza del ciclo della performance in oggetto al fine di predisporre dati e statistiche utili a fornire un ulteriore strumento di misurazione e valutazione della performance organizzativa.

Procedura di specifica competenza dell'U.O.C. Relazioni con il Pubblico,

Il form del questionario per utenti interni e per utenti esterni, verrà inoltre adeguati nel corso del 2020 con l'introduzione delle dimensioni oggetto di valutazione della qualità dei servizi previste dalla delibera n. 88/2010 della ex-CiViT.

## Collegio di CONCILIAZIONE per contestazione VALUAZIONE

Il valutato può attivare, fermo restando gli ordinari rimedi giurisdizionali, una procedura volta all'incontro delle parti per un esame congiunto della valutazione contestata ed eventuale rivalutazione della stessa dinanzi ad apposito "Collegio di conciliazione".

Il Collegio, composto da tre componenti scelti tra il personale interno dell'ASL che tra esperti esterni, è nominato con provvedimento del Direttore generale, per la durata di due anni, ed opera in presenza di almeno due componenti.

I termini per proporre la richiesta di revisione sono di 20 giorni e decorrono dalla data indicata nella comunicazione con cui i dipendenti vengono informati dell'avvenuta procedura di valutazione.

Il valutato potrà proporre richiesta di revisione/istanza di conciliazione anche se non ha accettato formalmente, tramite la firma della scheda, l'assegnazione degli obiettivi durante la relativa fase. Infatti, come precedentemente indicato, gli obiettivi si ritengono assegnati anche nel caso in cui il valutato, durante la fase di assegnazione svolta in contraddittorio con il dirigente, non ha accettato formalmente gli obiettivi.

Quindi, in caso di disaccordo sulla valutazione finale, il valutato dovrà formalizzare, con nota corredata degli elementi che possono contribuire alla revisione del giudizio finale, la richiesta di revisione al valutatore, entro il termine sopra indicato, pena di irricevibilità.

Il valutatore, entro 10 giorni dal ricevimento della richiesta di revisione può procedere alle proprie osservazioni, in merito a quanto espresso dal valutato, revisionando e/o confermando la valutazione dandone comunicazione al valutato anche mezzo email.

Nel caso dei Dirigenti di Strutture Dipartimentali, Complesse, la richiesta di revisione dovrà essere inviata direttamente al Direttore Generale in qualità di valutatore, che potrà delegare o meno la valutazione finale (revisione/conferma/conciliazione) al "proponente la valutazione" ossia il Dirigente dell'Ufficio che ha sottoscritto la scheda contestata.

Nel caso in cui il valutato accetti la revisione proposta del valutatore il procedimento si concluderà con la modifica e la sottoscrizione della scheda obiettivo che sarà inviata in originale all'UOC VRU e Performance.

Nel caso in cui invece il valutatore confermi la valutazione o il valutato non accetti le revisioni proposte, quest'ultimo entro 10 giorni dal ricevimento della comunicazione del valutatore, pena inammissibilità della istanza, potrà inviare, anche mezzo email, istanza di conciliazione al Collegio e al valutatore inoltrando altresì lo scambio di documenti precedentemente descritti, con eventuali ulteriori elementi, se lo riterrà opportuno.

Dalla notifica della istanza suddetta il valutatore potrà inviare alla segreteria del Collegio e al valutato anche mezzo email, entro 5 giorni, eventuali ulteriori osservazioni.

Il Collegio valuterà le istanze pervenute e la relativa documentazione e procederà, ove se ne ravvisino gli estremi, ad esperire il tentativo di conciliazione tra le parti eventualmente convocando le stesse.

Il procedimento si concluderà con la comunicazione, anche mezzo email, da parte del Collegio dell'esito della conciliazione e l'invio della scheda modificata nonché dell'eventuale verbale di incontro o con la comunicazione di presa atto da parte del Collegio dell'impossibilità di esperire il tentativo di conciliazioni tra le parti.

Il Collegio si pronuncia altresì sulla corretta applicazione del Sistema di misurazione e valutazione della performance, nel caso in cui, nella procedura di conciliazione, emergano elementi manifesti al riguardo, fornendo parere finale motivato alle parti, anche mezzo email.

Il termine ultimo per inviare istanza di conciliazione è di norma il 15 maggio di ogni anno, salvo diverse indicazioni comunicate ai dipendenti, restando comunque fermi i termini del procedimento sopra indicati.

Il termine per la definizione della Conciliazione, salvo interruzione per richieste istruttorie, è di 30 giorni salvo diverse indicazioni comunicate ai dipendenti.

## 6. Parte sesta

### 1.1 La direttiva annuale del Direttore Generale

(art. 14 D.L.gs 30.03.2001 n. 165)

Gli obiettivi dell'ASL Napoli 3 Sud si inseriscono nell'ambito degli indirizzi e orientamenti nazionali e regionali, derivano da indicazioni regionali per ambiti specifici e da scelte di livello locale condivise nella Conferenza dei Sindaci.

La presente Direttiva annuale delinea gli elementi di programmazione di riferimento per l'esercizio 2019 è in continuità con gli orientamenti espressi per l'anno 2018 nonché in piena coerenza con i contenuti e le norme della programmazione regionale, segnatamente con la cruciale tematica del miglioramento dei Livelli Essenziali di Assistenza indispensabile per la fuoriuscita dalla fase di commissariamento, dando rilievo nello specifico agli obiettivi definiti con la Deliberazione G.R.C. n. 426 del 12.07.2017 "Valutazione dei risultati di gestione dei Direttori Generali di Aziende ed Enti del SSR ... *garantire " l' erogazione delle prestazioni sanitarie e dei Livelli Essenziali di assistenza, nonché il conseguimento dei nuovi obiettivi di finanza programmata, le ulteriori azioni di supporto contabile e gestionale, l'attuazione degli acta previsti dal Governo per il rientro dal disavanzo della spesa sanitaria in raccordo con il nuovo assetto della gestione commissariale per le Regioni in disavanzo, nonché l'osservanza delle disposizioni contenute nei decreti del Commissario ad Acta e nelle specifiche direttive emanate per la realizzazione delle misure di razionalizzazione della spesa. "*

Obiettivo principale, dell'attuale fase di programmazione, è rappresentato dall'Atto Aziendale approvato con il Decreto CA n. 39 del 25/09/2017, pubblicato sul BURC n. 72 del 2 Ottobre 2017, subordinatamente al completamento e allineamento del modello organizzativo territoriale a quanto previsto dal Decreto CA n.99/2016 "Piano regionale di Programmazione della rete per l'assistenza territoriale 2016-2018", da ritenersi preambolo indispensabile al perseguimento della *mission* propria dell'Azienda e degli obiettivi assegnati, portando a completamento, in ambito territoriale, le articolazioni (AFT e UCCP) previste dal nuovo modello delle cure primarie di cui al Decreto di cui sopra, finalizzate all'integrazione multiprofessionale dei percorsi ed obiettivi assistenziali, e in ambito ospedaliero con la messa a regime dei Dipartimenti indicati nell'Atto Aziendale, mirati ad una più forte integrazione operativa e gestionale per il governo delle risorse e la crescita professionale e qualitativa dei servizi.

Fondamentale è anche l'attuazione di tutte le possibili procedure di mobilità e di concorso per il reclutamento di personale, autorizzate ai sensi delle vigenti norme nazionali e Decreti commissariali regionali. Allo sforzo fin qui profuso per velocizzare tali procedure, si ritiene indispensabile dare ulteriore slancio nel corso dell'esercizio 2019, al fine di limitare le difficoltà operative collegate alle carenze organiche indotte dal prolungato blocco del *turnover* e dalla conseguenziale dinamica negativa tra i nuovi assunti ed i collocati in quiescenza per raggiunti limiti di età - causata anche dalla elevata età media del personale in servizio - di forte pregiudizio rispetto alla garanzia dei livelli assistenziali in molte aree operative, tra cui maggiormente critica quelle della emergenza-urgenza.

Altro cardine della programmazione 2019 è la realizzazione del Piano Investimenti finalizzato a salvaguardare gli standard qualitativi dell'assistenza e delle prestazioni erogate, garantendo adeguati livelli tecnologici delle apparecchiature biomedicali in dotazione e adeguata ricettività alberghiera in tutte le strutture territoriali e ospedaliere a servizio dell'utenza. Ciò, attraverso l'acquisizione di moderne attrezzature sanitarie e gli interventi mirati di manutenzione straordinaria di cui al Programma Triennale dei **Lavori Pubblici 2019/2021 approvato con Delibera del Direttore Generale**, per la riqualificazione dei Presidi Ospedalieri e dei Distretti Sanitari, con l'adeguamento e la messa in sicurezza del patrimonio edilizio ed impiantistico.

Da tenere presente, il gravoso impegno che l'apparato tecnico-amministrativo dell'Azienda è chiamato ad ottemperare a partire dal 2019 per l'entrata in esercizio del nuovo Sistema Amministrativo Contabile (SIAC), nell'ambito del progetto regionale di cui all'art. 79 comma 1 *sexies* lettera c) della Legge n. 133/2008. Processo, da attuarsi secondo le direttive della Cabina di regia regionale istituita con Decreto CA n. 43 del 9/10/2017 presso la Direzione generale per la Tutela della Salute, è finalizzato a garantire una metodica uniforme per tutte le AASSLL e AAOO della Regione, per le attività di programmazione e di controllo, la produzione

sistematica e l'interpretazione dei dati economici, gestionali e produttivi delle strutture sanitarie operanti a livello locale.

#### **i. Quadro Normativo di Riferimento**

L'Azienda formula la programmazione in linea con gli obiettivi assegnati al Direttore Generale con l'atto di nomina di cui alla DGRC n. 375 del 13/07/2016 , con gli obiettivi enunciati nella griglia per la valutazione del raggiungimento dei risultati di gestione dei Direttori Generali approvata con la Delibera G.R.C. n. 426 del 12.07.2017, con quanto definito a livello nazionale e regionale nel Piano Sanitario Nazionale (PSN), con gli obiettivi individuati nei Programmi Operativi di prosecuzione del Piano di Rientro di cui alla DGRC n. 460/2007, da ultimo fissati nel Decreto CA n. 14 dell'1.03.2017, ed i correlati Decreti commissariali e provvedimenti giuntali costituenti la programmazione regionale, in primo luogo il Decreto CA n. 33 del 17.05.2016 e successivo Decreto CA n. 8 dell'1.02.2018 e n. 103 del 28.12.2018 concernenti il Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015, il Decreto CA n. 99 del 22.09.2016 concernente il Piano regionale di programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale, il Decreto n. 134 del 28.10.2016 concernente l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli Obiettivi del Piano Sanitario Nazionale.

#### **ii. Governo Economico - Finanziario**

Obiettivo prioritario del Direttore Generale è garantire l'equilibrio economico-finanziario dei costi e dei ricavi dell'Azienda, prerequisito indispensabile per il pieno assolvimento della *mission* aziendale, in continuità con i risultati conseguiti nei pregressi esercizi 2013, 2014, 2015, 2016 e 2017 come compendati nelle sottostanti tabelle

**Quadro di sintesi bilanci 2013\_2014\_2015\_2016\_2017**

<b>1</b>	<b>(in migliaia di euro)</b>					
<b>Descrizione voce</b>	<b>Consuntivo 2013</b>	<b>Consuntivo 2014</b>	<b>Consuntivo 2015</b>	<b>Consuntivo 2016</b>	<b>Consuntivo 2017</b>	<b>Previsionale 2019</b>
<i>Totale Valore della produzione (A)</i>	<b>1.339.451.00</b> 2	<b>1.334.100.10</b> 5	<b>1.492.674.18</b> 1	<b>1.683.220.911</b>	<b>1.743.597.504</b>	<b>1.721.918.728</b>
<i>Totale Costi della produzione (B)</i>	<b>1.307.966.27</b> 0	<b>1.420.406.95</b> 1	<b>1.450.084.95</b> 4	<b>1.646.799.608</b>	<b>1.675,529,896</b>	<b>1.702.669.643</b>
<i>I° margine (A) – (B)</i>	<b>31.484.732</b>	<b>15.359.342</b>	<b>42.589.227</b>	<b>36.421.603</b>	<b>68.067.608</b>	<b>19.249.085</b>
<i>Totale proventi e oneri finanziari (C)</i>	<b>-6.978.682</b>	<b>-3.673.962</b>	<b>-7.154.08</b>	<b>-3.852.556</b>	<b>-3.897.531</b>	<b>-34.000</b>
<i>Totale Rettifiche di valore di attività finanziarie (D)</i>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<i>Totale proventi e oneri straordinari (E)</i>	<b>-2.724.946</b>	<b>9.329.100</b>	<b>-14.986.255</b>	<b>-11-949.901</b>	<b>-37.322.343</b>	<b>0</b>
<i>Risultato prima delle imposte (A+B +/- C +/- D +/-E)</i>	<b>21.781.104</b>	<b>21.014.480</b>	<b>20.444.884</b>	<b>20.618.846</b>	<b>26.847.734</b>	<b>19.215.085</b>
<i>Totale imposte e tasse</i>	<b>21.374.043</b>	<b>20.653.500</b>	<b>20.098.615</b>	<b>18.959.666</b>	<b>19.215.642</b>	<b>19.215.085</b>
<b>RISULTATO DI ESERCIZIO</b>	<b>407.061</b>	<b>320.388</b>	<b>350.269</b>	<b>1.659.180</b>	<b>7.632.092</b>	<b>0</b>

## (in migliaia di euro) COSTI DELLA PRODUZIONE CONSUNTIVI 2013 – 2014 – 2015 – 2016 – 2017 PREVISIONALE 2019

CODICE	VOCE MODELLO CE	CONSUNTIVO 2013	%	CONSUNTIVO 2014	%	CONSUNTIVO 2015	%	CONSUNTIVO 2016	CONSUNTIVO 2017	%	PREVISIONALE 2019	%
BA0010	B.1) Acquisti di beni	133.164.680		152.211.440		167.183.118		189.770.666	181.660.440		208.328.684	
BA0020	B.1.A) Acquisti di beni sanitari	128.570.475		145.704.500		164.317.246		187.474.530	178.620.091		200.655.920	
BA0310	B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	4.594.205		6.506.940		2.865.872		2.296.136	3.040.349		7.672.764	
BA0390	B.2) Acquisti di servizi	819.029.984		881.657.337		906.742.368		1.096.368.060	1.116.036.420		1.146.270.506	
BA0400	B.2.A) Acquisti servizi sanitari	770.143.475		830.778.747		853.243.389		1.037.354.709	1.060.518.347		1.092.771.901	
BA1560	B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	48.886.509		50.878.590		53.318.879		59.013.351	55.518.073		53.498.605	

<b>BA1910</b>	<b>B.3) Manutenzion e e riparazione (ordinaria esternalizzata)</b>	<b>12.399.692</b>	<b>14.486.872</b>	<b>14.101.714</b>	<b>16.929.376</b>	<b>22.425.032</b>	<b>25.465.745</b>
<b>BA1990</b>	<b>B.4) Godimento di beni di terzi</b>	<b>10.751.960</b>	<b>12.628.095</b>	<b>7.285.905</b>	<b>7.576.667</b>	<b>5.841.212</b>	<b>6.533.928</b>
<b><u>BA2080</u></b>	<b><u>Totale Costo del personale</u></b>	<b>276.944.176</b>	<b>267.886.740</b>	<b>260.541.781</b>	<b>254.598.387</b>	<b>258.603.141</b>	<b>257.713.949</b>
<b>BA2090</b>	<b>B.5) Personale del ruolo sanitario</b>	<b>229.928.144</b>	<b>223.488.617</b>	<b>218.102.750</b>	<b>213.217.137</b>	<b>217.523.175</b>	<b>217.071.000</b>
<b>BA2230</b>	<b>B.6) Personale del ruolo professionale</b>	<b>1.064.665</b>	<b>1.045.760</b>	<b>664.577</b>	<b>717.403</b>	<b>916.896</b>	<b>972.942</b>
<b>BA2320</b>	<b>B.7) Personale del ruolo tecnico</b>	<b>23.984.895</b>	<b>21.741.700</b>	<b>20.628.864</b>	<b>19.771.770</b>	<b>18.807.685</b>	<b>18.244.753</b>
<b>BA2410</b>	<b>B.8) Personale del ruolo amministrativo</b>	<b>21.966.472</b>	<b>21.610.663</b>	<b>21.145.590</b>	<b>20.892.077</b>	<b>21.355.385</b>	<b>21.425.154</b>
<b>BA2500</b>	<b>B.9) Oneri diversi di gestione</b>	<b>3.925.906</b>	<b>5.798.287</b>	<b>6.324.294</b>	<b>7.917.451</b>	<b>7.140.414</b>	<b>6.584.658</b>
<b>BA2570</b>	<b>B.10) Ammortamen</b>	<b>681.260</b>	<b>111.237</b>	<b>176.430</b>	<b>13.205</b>	<b>30.014</b>	<b>30.014</b>

	ti delle immobilizzazioni immateriali								
BA2580	B.11) B.12) B.13) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	14.481.441	13.677.592	10.952.445	6.974.643	4.604.722	4.604.722		
BA2630	B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	200.000	8.500.000	8.500.000	0	0	0		
BA2660	B.15) Variazione delle rimanenze	704.359	-996.904	-1.504.557	-2.434.415	1.249.324	-10.000.000		
BA2690	B.16) Accantonamenti dell'esercizio	35.682.812	64.446.255	69.781.446	69.085.568	77.939.177	57.173.447		
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	1.307.966.270	1.420.406.951	1.450.084.954	1.646.799.608	1.675.529.896	1.702.699.643		

Tanti sono i mutamenti organizzativi, in parte già intercorsi, conseguenti all'adozione del nuovo Atto aziendale della ASL Napoli 3 Sud, con la conseguente ridefinizione dell'assetto organizzativo, attraverso riagggregazioni e razionalizzazioni di Strutture, tuttora in parte ancora in corso.

Seppur in un momento di grande trasformazione e dinamicità del sistema sanitario regionale il processo di Budgeting, non ancora avviato dalla ASL Napoli 3Sud, deve rappresentare il vero obiettivo per il 2019, tanto da costituire uno strumento di responsabilizzazione per indurre un cambiamento culturale e per un maggior coinvolgimento degli operatori, ora più che mai necessario in considerazione dell'esigenza di perfezionare la nuova articolazione e di riprogrammare le attività sanitarie, amministrative e gestionali delle realtà locali per garantire l'assistenza, inducendo comportamenti "virtuosi".

Si tenga a mente che il Budget non è uno strumento statico ma è uno strumento di controllo flessibile: il budget, paradossalmente, viene fatto per essere modificato. A tal fine è necessario implementare un adeguato sistema informativo che rilevi in tempi rapidi dati provenienti da fonti diverse, consenta di verificare i risultati raggiunti e di mettere in moto un'eventuale rimodulazione degli obiettivi e delle attività preventivate.

Anche per il 2019, quindi, la Direzione Strategica della ASL Napoli 3 Sud, non potendo avvalersi del budget quale principale strumento di programmazione annuale e di responsabilizzazione e gestione manageriale delle attività, con il Piano della Performance attiva il processo per la definizione degli obiettivi da assegnare alle UU.OO.

Per procedere all'individuazione dei predetti obiettivi, nelle more dei nuovi Piani operativi e di ulteriori determinazioni regionali in relazione ai nuovi obiettivi da attribuire al Direttore Generale, la Direzione Strategica ha dovuto far riferimento da un lato agli adempimenti previsti dal Programma operativo Socio Sanitario Regionale in vigore dall'altro agli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale con la delibera di nomina della Giunta Regionale della Campania e del contratto sottoscritto dal Direttore Generale, nonché gli obiettivi derivanti dalla griglia LEA.

Per l'anno 2019 in seguito all'applicazione del nuovo atto aziendale inevitabilmente è stato rivisitato l'organigramma aziendale, con il venir meno di molte UOC complesse e l'istituzione di nuove, con la necessità di definire, attraverso un periodo di transizione, i CDR con i quali negoziare.

Tale procedura di negoziazione vuole sostituire l'assegnazione di obiettivi top-down con l'assegnazione botton-up, con una sempre maggiore partecipazione dei CDR nella definizione degli obiettivi anche per i prossimi anni. Ciò al fine di ottimizzare i tempi ed i modi per l'assegnazione degli obiettivi e favorire la maggior condivisione degli stessi con i Direttori/Responsabili, fatta salva la necessità di fornire un'adeguata assegnazione delle risorse e delle tecnologie in dotazione, che devono essere progressivamente incrementate, data la scarsità che ha contraddistinto gli anni precedenti ed ha provocato ritardi nell'introduzione delle procedure relative alla gestione della performance. Tuttavia si è anche constatato che la totale applicazione dell'assegnazione botton-up degli obiettivi comporta un'inevitabile dilatazione dei tempi per la formale sottoscrizione delle schede di budget ed è un processo che deve essere sicuramente perfezionato.

Per il 2019 si utilizza una scheda obiettivi performanti, diversa dagli anni precedenti, una scheda che non può essere confusa con quelle delle schede di budget, come accaduto negli anni passati.

Con le predette schede la Direzione strategica assegna un numero limitato di obiettivi adeguatamente sfidanti in relazione al contesto operativo attuale e alle risorse disponibili ed alle criticità evidenziate dai Direttori di Struttura, che consenta di individuare lo sforzo organizzativo posto in essere da ciascuna struttura. Per poter misurare il grado di

raggiungimento di ciascun obiettivo vengono individuati opportuni indicatori di performance, oggettivamente misurabili attraverso pesature % in considerazione della strategicità e complessità degli obiettivi. In particolare per ciascun obiettivo si stabilisce un risultato minimo accettabile ed un risultato atteso cui corrisponde una performance del 100% e, con la presente Direttiva, si prevede che il raggiungimento di risultati intermedi comporterà la proporzionale riduzione del punteggio % attribuibile.

Le schede con gli obiettivi individuati e i relativi indicatori sono suscettibili di modifiche ed integrazioni conseguenti ad ulteriori proposte da parte dei Direttori di Struttura e/o cambiamenti organizzativi e normativi.

Anche per il 2019, in un'ottica di costante miglioramento, la Direzione Strategica ha disposto che i Direttori delle Strutture aziendali operino per favorire il lavoro di squadra e coinvolgano al massimo i loro collaboratori nella condivisione e nel perseguimento degli obiettivi assegnati.

Per favorire lo sviluppo ulteriore del processo è necessario diffondere fra gli attori una maggiore sensibilità culturale in materia di responsabilità gestionale, tuttora non pienamente affermata; occorre incidere in modo determinante sulla qualità del processo e sul maggior coinvolgimento dei Centri di responsabilità (CDR) sia nella fase di definizione degli obiettivi, sia nella fase di concreta realizzazione degli stessi anche attraverso il lavoro di squadra guidato dai relativi Responsabili. Molto importante per creare una nuova cultura è la realizzazione di ulteriori momenti di formazione dei Responsabili dedicati all'approfondimento in materia di Sistema di gestione e misurazione della Performance, necessario anche in seguito all'avvicendamento di nuovi Dirigenti Responsabili ed il collocamento in quiescenza di Direttori di molteplici UU.OO., con i quali già si era consolidato, negli anni precedenti, il modello operativo precitato.

Molto rilevante è anche la fase di rendicontazione dei risultati raggiunti dalle Strutture, predisposta dai vari Direttori delle stesse. Spesso tale rendicontazione non è tempestivamente ed adeguatamente fornita, proprio perchè a tutt'oggi in alcuni Responsabili manca la consapevolezza dell'importanza rivestita dalla fase di analisi e rendicontazione dei risultati raggiunti, in quanto i predetti sono oberati soprattutto dalla necessità di garantire, in un contesto molto problematico a causa della esiguità di risorse, l'attività clinica e professionale. Pertanto la Direzione strategica ha voluto porre termini temporali precisi per l'attività di rendicontazione seppur compatibilmente con i tempi necessari per l'acquisizione dei dati necessari per le relative analisi.

Da tutto quanto sopra evidenziato, anche per il 2019 la Direttiva deve essere necessariamente porsi come uno strumento flessibile e rimodulabile in modo da adeguarsi prontamente al nuovo scenario che si andrà delineando in relazione alle nuove determinazioni regionali e/o nazionali, ai nuovi obiettivi che saranno attribuiti al Direttore Generale, nonché ad eventuali richieste e criticità evidenziate dai Dirigenti delle Strutture.

## **OBIETTIVI STRATEGICI**

Il mandato istituzionale della ASL Napoli 3 Sud si attua nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale, dove opera per la tutela della salute degli individui e della collettività e concorre alla promozione e miglioramento continuo dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze medico-scientifiche e degli strumenti di comunicazione.

In linea con la programmazione sanitaria definita attraverso i Decreti commissariali e i provvedimenti della Giunta Regionale, nonché con gli obiettivi generali e specifici assegnati con Delibera G.R.C. n. 375 del 13/07/2016 l'Azienda focalizza la *performance* 2019 nei seguenti punti:

- a) Perseguire l'equilibrio economico-finanziario, in continuità con i risultati positivi conseguiti nei pregressi esercizi;

- b) completare l'assetto organizzativo dell'Azienda secondo l'Atto Aziendale approvato con Decreto C.A. n. 39 del 25/09/2017 e preso atto con Delibera Direttore Generale n. 735 del 19/10/2017, attraverso il conferimento degli incarichi di dirigenti nei reparti chiave e nelle strutture dipartimentali;
- c) garantire il diritto alla salute, con il conseguimento dei *target* relativi agli obiettivi LEA assegnati;
- d) portare a compimento le procedure di reclutamento del personale, come autorizzate in base alle disposizioni regionali in materia;
- e) predisporre azioni di edilizia sanitaria e ammodernamento delle attrezzature biomedicali, come previsti con il Piano investimenti 2018-2020;
- f) ottimizzare i flussi informativi in tutti gli ambiti di attività dell'Azienda ed in particolare di quelli correlati al monitoraggio dei LEA;
- g) migliorare l'appropriatezza delle prestazioni nelle sue varie declinazioni, dai ricoveri ai tagli cesarei, all'attività prescrittiva di farmaci e prestazioni ambulatoriali;
- h) garantire l'attuazione e il monitoraggio del programma triennale della trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione, e migliorare la comunicazione e la partecipazione degli utenti;
- i) strutturare il rapporto con i fornitori accreditati e le attività periodiche di monitoraggio e controllo;
- j) riqualificare la rete di emergenza-urgenza;
- k) garantire la sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico;
- l) garantire il rispetto delle liste d'attesa nonché la massima trasparenza e diffusione delle relative informazioni.

Gli obiettivi per l'anno 2019 sono qui ricondotti agli atti di riferimento regionale o interno, nonché alle articolazioni organizzative aziendali coinvolte (Dipartimenti, Distretti, Presidi ospedalieri, Servizi e Funzioni centrali).

## A - Obiettivi relativi alla "Garanzia dei LEA"

(Delibere G.R.C. n. 394 del 20.07.2016 e G.R.C. n. 426 del 12.07.2017)

Atto di riferimento	Obiettivo	Descrizione obiettivo	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	DIPARTIMENTO MARENIO INFANTILE	DISTRETTI SANITARI	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	DIPARTIMENTO DIPENDENZE	PRESIDI OSPEDALIERI	DIPARTIMENT OSPEDALIERI	FUNZIONI CENTRALI
DGRC 372/2019 (obiettivi1.1_1.2_1.3)	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Incremento della copertura vaccinale sino all'ottenimento del valore del 95% per tutte le vaccinazioni	X	X	XX					
	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Incremento della copertura vaccinale sino all'ottenimento almeno del valore del 92%	X		XX					
	Copertura vaccinale antinfluenzale anziani (> = 65 anni)	Copertura vaccinale antinfluenzale negli assistiti > = 65 anni almeno tra il 60 e il 75%	X		XX					
DGRC372/2019 (obiettivo 2)	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammilla, colon retto.	Incremento della popolazione che ha effettuato test di screening di primo livello, per cervice uterina, mammella, colon retto con valori superiori rispettivamente al 35%, 25% e 25%.	X		X					X
DGRC 372/2019, DCA 115/2016 DCA 54/2018 (obiettivo 3)	Controlli Unità locali sicurezza	Incremento del valore percentuale sino alla soglia di copertura ricompreso almeno tra 2,5% e 5%	X		X					
DGRC 372/2019 (obiettivi 4.1, 4.2., 4.3)	Controlli delle malattie trasmissibili all'uomo	Controlli per la prevenzione della tubercolosi bovina e della brucellosi ovicaprina, bovina e bufalina fino ai valori percentuali previsti	X							

	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	X							
DGRC 372/2019 (obiettivi 5.1_5.2_5.3)	Controlli dei contaminanti negli alimenti di origine animale e vegetale	Attuazione del piano per la ricerca dei residui di farmaci, sostanze illecite e contaminanti negli alimenti di origine animale, e del programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali	X							
DGRC 372/2019 (obiettivi 6.6.1, 6.2)	Appropriatezza dei ricoveri	Mantenimento dei ricoveri ordinari in età pediatrica (< 18 anni) per: asma e gastroenterite			XX			XX	XX	
		Riduzione dei 10% dei ricoveri ordinari in età adulta (>= 18 anni) per: complicanze (a breve e a lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco			XX			XX	XX	
DGRC 372/2019 (obiettivo 7)	Assistenza domiciliare	Percentuale di anziani > 65 anni trattati in ADI almeno per un valore ricompreso tra >= 1,56 e < 1,88		X	XX					XX
DGRC 372/2019 (obiettivo 8)	Prestazioni RMN	Garantire prestazioni di risonanza magnetica per un valore ricompreso tra 5,10 e 7,50 per 100 residenti			XX					
DGRC 372/2019 (obiettivo 9)	Salute mentale	Numero di assistiti presso Dipartimento Salute Mentale >=10,82 per 100 residenti					XX			
DGRC 372/2019 (obiettivi 10.1 e 10.2)	Appropriatezza	Mantenimento dei ricoveri diurni di tipo diagnostico dell'anno 2018						XX	XX	
		Mantenimento degli accessi di tipo medico dell'anno 2018						XX	XX	
DGRC 372/2019 (obiettivo 11)	DRG a rischio di in appropriatezza	Rapporto <= 0,21 tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di in appropriatezza in regime ordinario						XX	XX	

DGRC 372/2019 (obiettivo 12)	Riduzione tagli cesarei	Garantire un valore dei parti cesarei primari ricompreso tra 20,01% e 24,0%							XX	XX
DGRC 372/2019 (obiettivo 13)	Fratture di femore	Percentuale >=60% di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario							XX	XX

TABELLA 1

## B. Obiettivi relativi ai Programmi operativi regionali

Atto di riferimento	Obiettivo	Descrizione obiettivo	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	DISTRETTI SANITARI	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	DIPARTIMENTO DIPENDENZE	PRESIDI OSPEDALIERI	DIPARTIMENTI OSPEDALIERI	FUNZIONI CENTRALI
DCA 108/2014; Bilancio di Previsione; Piano Investimenti	Investimenti	Adeguamenti strutturali di edilizia sanitaria e ammodernamento delle tecnologie biomedicali (Piano investimenti)							U.O. Attività tecniche e patrimoniali; U.O. Acquisirne beni e servizi; U.O. Valutazione tee. Sanitarie
DCA 106/2014; DCA 108/2016; L. 161/2014; DCA 14/2017	Razionalizzazione organizzativa del personale	Razionalizzazione interna delle Unità operative e dei turni del personale finalizzata all'abbattimento del ricorso all'auto-convenzionamento interno per la dirigenza medica e sanitaria			XX		XX	XX	
		Razionalizzazione interna delle Unità operative e dei turni del personale finalizzata al contenimento del fondo disagio del comparto	XX	XX	XX	XX	XX	XX	X
DCA 66/2016; DCA 44/2018; DCA 138/2018	Razionalizzazione della spesa farmaceutica e contenimento dell'utilizzo degli antibiotici	Incentivazione dell'appropriatezza prescrittiva e razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera		XX	XX	X	XX		Dip. Farmaceutico
		Contenimento del consumo di antibiotici classe J01 entro le 23 DDD		XX	XX		XX	XX	Dip. Farmaceutico
		Incentivazione dei farmaci a brevetto scaduto e dei biosimilari		XX	XX	XX	XX		Dip. Farmaceutico
		Contenimento della spesa all'interno delle autorizzazioni annuali	XX	XX	XX	XX	XX		X

Direttiva UE sui ritardi di pagamento nelle transizioni commerciali DCA 23/2018	Risoluzione dei ritardi di pagamento dei fornitori	Liquidazione e pagamento delle fatture con ritardo di liquidazione	XX	XX	XX	XX	XX		U.O. GEF; U.O. Affari Legali
	Rapporti con gli erogatori	Verifica tecnica del rispetto dei tetti di spesa per gli operatori privati accreditati		XX					U.O. centri accreditati Assistenza
	Tempi di pagamento dei Fornitori	Pagamento delle fatture entro i termini previsti	XX	XX	XX	XX	XX	X	X
DCA 108/2014; DCA 6/2016; DCA 14/2017 (delibere ASL Na 3 Sud)	Gestione del personale	Implementazione delle misure regionali relative alla razionalizzazione della gestione del personale: - completamento delle procedure reclutamento del personale autorizzate; - rispetto degli adempimenti regionali relativi agli Specialisti ambulatoriali convenzionati; - rideterminazione dei fondi per la contrattazione integrativa. Completamento delle procedure concorsuali per l'affidamento degli incarichi dirigenziali.							U.O. GRU
DGRC 271/2012; DCA 34/2017	Miglioramento dei tempi di attesa	Governo delle liste di attesa per prestazioni ambulatoriali e prestazioni di ricovero e stratificazione dell'offerta CUP		XX			XX	XX	X
DCA 4/2018; DCA 35/2017	DAY-SERVICE	Promozione del day-service					XX	XX	
DCA 70/2017; DCA n. 3/2018	Riabilitazione respiratoria	Implementazione del percorso aziendale per la presa in carico riabilitativa del paziente con BPCO		XX			XX	XX	X
DCA n. 69/2017	Riabilitazione motoria	Implementazione del percorso riabilitativo del paziente con frattura di femore		XX			XX	XX	
DGRC 2312/2007;	Attività di prevenzione primaria per la tutela della salute degli adolescenti	Promozione del benessere e prevenzione dei comportamenti a rischio		XX		XX			X
Delibera ASL Napoli 3 sud n. 87/2016, e n.2772017	Equità in salute	Integrazione socio-sanitaria dei migranti e dei senza fissa dimora Da verificare	XX	XX				XX	U.O. Epidemiologia U.O. Assistenza Primaria UU.OO. Coinvolte
DDCA 108/2014 DGRC 394/2016 Legge 120/2007	Flussi informativi	Adozione delle misure più idonee per il miglioramento della continuità, completezza e qualità dei flussi informativi consolidati: Distribuzione diretta e oncologici ad alto costo (file F), flusso EMUR, SIIVIES, Tesserata Sanitaria, SDO, Specialistica ambulatoriale (file C), Consumi ospedalieri (CO), etc.	XX	XX	XX	XX	XX		X
		Monitoraggio delle Attività Libero Professionale intramurarie	XX	XX	XX	XX	XX		X
DCA 33/2016 DCA 21/2018	Riqualificazione attività di ricovero	Riqualificazione del case-mix delle prestazioni di ricovero, anche al fine di ridurre la migrazione sanitaria					XX	XX	
DCA 33/2016	Riqualificazione emergenza-urgenza	Riqualificazione del circuito dell'emergenza-urgenza nella gestione delle patologie tempo dipendenti		XX	XX		XX	XX	

		Formazione permanente per l'adeguamento delle competenze tecnico-scientifiche per la gestione delle emergenze sanitarie		XX	XX		XX	XX	
		Riduzione del ricorso improprio al Pronto soccorso		XX	XX		XX	XX	
DCA 99/2016	Rete assistenza territoriale	Completamento delle misure organizzative dell'assistenza territoriale sul modello delle AFT, delle UCCP e delle strutture intermedie		XX					X

TABELLA 2

## PAC/SIAC

Atto di riferimento	Obiettivo	Descrizione obiettivo	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	DISTRETTI SANITARI	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	DIPARTIMENTO DIPENDENZE	PRESIDI OSPEDALIERI	DIPARTIMENTI OSPEDALIERI	FUNZIONI CENTRALI
DD.L.gs 118/2011; DDCA 5/2015 (PAC);	Percorsi PAC	Applicazione delle azioni previste nel Manuale dei percorsi attuativi per la certificabilità (PAC) adottato con - Delibera n. 11 del 17.01.2017 - Delibera n. 196 del 26.10.2016 - Delibera n. 332 del 25.06.2013 previsti con il Decreto CA n. 22/2018.	XX	XX	XX	XX	XX	X	XX
DDCA 108/2014 Delibera n. 196 del 26.10.2016 DDDCA n. 53/2017;	Ottimizzazione del magazzino	Registrazione del carico e scarico di magazzino entro 10 giorni		XX			XX		XX
DCA n. 22/2018 DCA 63/2018	Tempi di registrazione fatture	Registrazione delle fatture entro 15 giorni	XX	XX	XX	XX	XX	X	XX
	SIAC Progetto regionale art. 79 comma 1 sexies lettera c) della legge n. 133/2008	Realizzazione delle azioni necessarie all'entrata in esercizio del Sistema SIAC, secondo le direttive della Cabina di regia regionale di cui art. 79	XX	XX	XX	XX	XX	X	XX

TABELLA 3





D.Lgs 33/2013	Monitoraggio Delle Informazioni	Aggiornamento costante sul sito istituzionale delle informazione prescritte dal Decreto 33/2013	XX	XX	XX	XX	XX	XX		XX
	Riscontro rilievi del Collegio Sindacale	Tempi di riscontro ai rilievi del Collegio entro 30 giorni	XX	XX	XX	XX	X	X	XX	XX
D.Lgs 165/2001	Codice di comportamento	Aggiornamento continuo del Codice di comportamento dei dipendenti dell'Azienda in base alle nuove norme	XX	XX	XX	XX	XX	XX		XX

TABELLA 6

Alla base del sistema di programmazione aziendale permane il principio della responsabilità individuale e collettiva, in quanto mezzo e fine da perseguire con l'apporto e il coinvolgimento di tutti gli operatori, per una adeguata diffusione degli obiettivi aziendali ed una condivisione dei principi e dei valori sottesi, affinché il contenuto del presente documento divenga effettivo strumento di lavoro e di orientamento dei processi, dei comportamenti e delle azioni quotidiane di tutti.

### DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

Ad ogni area di intervento declinata in obiettivi strategici si associa un'articolazione di obiettivi operativi, da assegnare alle macrostrutture e alle unità operative complesse, per ciascuno dei quali vengono definiti uno o più indicatori e i valori target da raggiungere nel periodo.

Gli obiettivi operativi sono definiti e assegnati annualmente e rilevati in apposite schede denominate "schede di budget", che hanno la seguente struttura:

ASP PALERMO OBIETTIVI BUDGET anno .....

macrostruttura .....						
UOC .....						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. * anno .....	V.R. anno .....
totale peso				100		

\* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Terminato l'anno di riferimento, I report relativi al raggiungimento degli obiettivi di performance organizzativa dovranno poi essere trasmessi per la valutazione unitamente alla "Relazione annuale sulla performance organizzativa della struttura", secondo quanto indicato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) nelle apposite linee guida pubblicate sul sito aziendale alla sezione Documenti/Regolamenti.

Nell'allegato 3 si riportano gli obiettivi operativi per l'anno 2019 e le relative schede di budget.

PIANO DELLA PERFORMANCE

2019 – 2020 - 2021

Obiettivi definiti in aderenza alle indicazioni della

D.G.R.C. n. 375/2017

E successiva D.G.R.C. n. 426/2017, DCA 134/2016,

DCA 38/2016

**SETTORE P - PREVENZIONE**

N.	DEFINIZIONE OBIETTIVI	RISULTATO ATTESO	NOTE PER L'ELABORAZIONE	INDICATORI DI MISURAZIONE	Valore Anno 2015	Valore Anno 2016	Valore Anno 2017	Valore Anno 2018	Target		
									2019	2020	2021
I.P	Governo delle risorse e delle autorizzazioni di spesa	Rispetto delle autorizzazioni annuali definite sui conti gestionali di competenza	Controllo dei volumi di spesa e coinvolgimento delle UU.OO.	Percentuale di rapporto tra Preventivo/Consuntivo					rapporto 1,0 = 100 %	rapporto 1,0 = 100 %	rapporto 1,0 = 100 %
2.P	Implementazione del sistema di gestione del Portale della Trasparenza	Trasmissione dei dati soggetti agli obblighi di pubblicazione.	Dati di cui al Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2018-2020 adottato con delibera n. 170 del 14/02/2018	A) Percentuale di dati trasmessi; B) Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico					A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
3. P DGRC 372/2019 (obiettivo 1)	1.1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Incremento della copertura vaccinale sino all'ottenimento del valore del 95% per tutte le vaccinazioni		Copertura vaccinale coorti 2014-2015					95,00%	95,00%	95,00%
	1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo parotite rosolia (MPR)	Incremento della copertura vaccinale sino all'ottenimento almeno del valore del 92%		Copertura vaccinale coorti 2014-2016					92,00%	92%	92,0%
	1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni)	Incremento della copertura vaccinale sino all'ottenimento di un valore compreso almeno tra il 60 e il 75%		Copertura vaccinale popolazione >= 65 anni					tra 60 % e 75 %	tra 60 % e 75 %	tra 60 % e 75 %
4. P DGRC 372/2019 (obiettivo 2)	Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	Incremento del valore percentuale sino alla soglia di copertura ricompreso almeno tra 2,5% e 5%	Le UU.LL. sulla sicurezza assegnate sono rapportate a quelle censite per la ASL Na 3 Sud con il DCA n.	Percentuale delle Unità locali ispezionate					tra 2,5 % e 5 %	tra 2,5 % e 5 %	tra 2,5 % e 5 %

	<p>4.1 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO</p> <p>Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto della TUBERCOLOSI bovina – (percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza; le regioni con status sanitario non omogeneo per territorio, vengono valutate con i criteri previsti per le non ufficialmente indenni)</p>	<p>Garantire almeno il 100% di allevamenti controllati e inoltre uno dei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ diminuzione del 10% della prevalenza delle aziende se la prevalenza è &gt; 0,2% e &lt; 0,9 %;</li> <li>➤ diminuzione del 50% della prevalenza delle aziende se la prevalenza è &gt; 1% e &lt; 3%</li> </ul>		<p>Indicatore</p> <p>A) Percentuali di allevamenti bovini controllati; Indicatore B): prevalenza</p>				<p>A = 100%; B = riduzione del 10 % della Prevalenza delle aziende rispetto al 2016 se il valore di partenza è tra 0,2% e 0,9%; riduzione del 50 % della Prevalenza rispetto al 2016 se il valore di partenza è tra 1% e 3%;</p>	<p>A = 100%; B = riduzione del 10 % della Prevalenza delle aziende rispetto al 2016 se il valore di partenza è tra 0,2% e 0,9%; riduzione del 50 % della Prevalenza rispetto al 2016 se il valore di partenza è tra 1% e 3%;</p>	<p>A = 100%; B = riduzione del 10 % della Prevalenza delle aziende rispetto al 2016 se il valore di partenza è tra 0,2% e 0,9%; riduzione del 50 % della Prevalenza rispetto al 2016 se il valore di partenza è tra 1% e 3%;</p>
<p>5. P DGRC 372/2019 (obiettivo 4)</p>	<p>4. 2 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO</p> <p>- Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina.</p> <p>OM 28 maggio 2015 -(percentuale di allevamenti controllati, trend della prevalenza e alimentazione dei sistemi informativi;</p> <p><b>Nota 1:</b> <i>le regioni con status sanitario non omogeneo per territorio, vengono valutate con i criteri previsti per le non ufficialmente indenni –</i></p> <p><b>Nota 2:</b> <i>se risultano inseriti in SANAN &lt;80% dei controlli sierologici, si assegna il punteggio di valutazione immediatamente inferiore)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Garantire almeno un valore ricompreso tra &lt; 99,8% e &gt; 98% di allevamenti controllati per ciascuna delle 4 specie e prevalenza delle aziende &lt; 0,2% per ciascuna delle 4 specie.</li> <li>➤ Oppure: &gt;98% di allevamenti controllati per ciascuna delle 4 specie e prevalenza &gt; 0,2%</li> </ul>		<p><b>Indicatore A</b></p> <p>Percentuali di allevamenti ovicaprini, bovini e bufalini controllati;</p> <p><b>Indicatore B</b></p> <p>Prevalenza</p>				<p>a) compreso tra 98 % e 99,8% per ciascuna specie; b) Incidenza &lt;0,2%</p>	<p>a) compreso tra 98 % e 99,8% per ciascuna specie; b) Incidenza &lt;0,2%</p>	<p>a) compreso tra 98 % e 99,8% per ciascuna specie; b) Incidenza &lt;0,2%</p>
	<p>4.3 ANAGRAFI ANIMALI</p> <p>- 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</p>	<p>Garantire almeno un valore ricompreso tra il 95% - 97,9%</p>		<p>Percentuale delle aziende ovicaprine controllate</p>				<p>Ricompresa tra il 95% e il 97,9% del valore relativo al 3% delle aziende presenti</p>	<p>Ricompresa tra il 95% e il 97,9% del valore relativo al 3% delle aziende presenti</p>	<p>Ricompresa tra il 95% e il 97,9% del valore relativo al 3% delle aziende presenti</p>

6.P DGRC 372/2019 (obiettivo 5)	5.1 CONTAMINANTI NEGLI AUMENTI DI ORIGINE ANIMALE - ATTUAZIONE DEL Piano Nazionale per la ricerca dei Residui (PNR)-di farmaci, sostanze illecite e contaminanti negli alimenti di origine animale: percentuale dei campioni analizzati sul totale dei campioni programmati	Garantire almeno valori ricompresi tra il 90% - 97,9%	1 campioni PNR programmati per l'ASL Na 3 sud con il DPAT di cui al Decreto Dirigenziale regionale n. 30 del 12/02/2016	N. di campioni in allevamento; N. di campioni al macello					A) Ricompreso tra 90% e 97,9% sui programmati B) Ricompreso tra il 90% e il 97,9% sui programmati	A) Ricompreso tra 90% e 97,9% sui programmati B) Ricompreso tra il 90% e il 97,9% sui programmati	A) Ricompreso tra 90% e 97,9% sui programmati B) Ricompreso tra il 90% e il 97,9% sui programmati
	5.2 CONTROLLI SANITARI SVOLTI NEGLI ESERCIZI DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI: somma dei valori delle percentuali di ispezioni a esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva) e campionamento presso esercizi di commercializzazione e ristorazione (pubblica e collettiva) effettuati sul totale dei programmati, art. 5 e 6 del DPR 14/07/95	Garantire almeno valori ricompresi tra il <160 e >=120	I campioni in esercizi programmati per la ASL Na 3 sud con il DPAT di cui al Decreto Dirigenziale regionale n. 30 del 12/02/2016,	A) somma delle percentuali di campionamenti e ispezioni presso esercizi					Ricompresa tra 120 e 160 sul campionamento programmato e ispezioni da effettuare	Ricompresa tra 120 e 160 sul campionamento programmato e ispezioni da effettuare	Ricompresa tra 120 e 160 sul campionamento programmato e ispezioni da effettuare
	5.3 CONTAMINANTI NEGLI AUMENTI DI ORIGINE VEGETALE- programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabella 1 e 2 del DM 23/12/92); percentuale dei campioni previsti i cui esiti sono resi disponibili per l'invio all'EFSA nei tempi previsti	Garantire valori almeno >= 90% in tutte le categorie previste dal DM	I campioni in esercizi programmati per la ASL Na 3 sud con il DPAT di cui al Decreto Dirigenziale regionale n. 30 del 12/02/2016	N. di campioni negli esercizi;					N. campioni >=90% sui programmati	N. campioni >=90% sui programmati	N. campioni >=90% sui programmati
7.P	Partecipazione/pareri c.d.s. – s.u.a.p. (SISP)	Evasione 90% richieste pervenute	Rilascio pareri per gli Sportelli Unici (SUAP) o partecipazione a conferenze dei Servizi	A) n. risposte/n. richieste; B) Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico				A) 90%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 90%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 90%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	
8.P	Potenziamento delle attività di educazione alla salute	Realizzazione dei progetti previsti dal Piano Aziendale di Educazione alla Salute	Coinvolgimento delle scuole ed altre agenzie nella realizzazione degli interventi progettati	A) N. Corsi effettuati; B) Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico				A. Uguale o maggiore a 3; B. Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A. Uguale o maggiore a 3; B. Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A. Uguale o maggiore a 3; B. Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	

9.P	Coordinamento e monitoraggio delle Attività Libero Professionale Intramurarie	Miglioramento della governante dell'attività Libero professionale ALPI	A) Pianificazione dei volumi di attività istituzionale al fine di consentire la parametrizzazione dei volumi pianificabili di attività ALPI. B)	A) Report previsione dei volumi annuali di attività istituzionale. B) Report monitoraggio trimestrale di attività ALPI in confronto con l'attività istituzionale					A) Report previsione B) Report Monitoraggio	A) Report previsione B) Report Monitoraggio	A) Report previsione B) Report Monitoraggio
10.P	Attuazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance individuale e organizzativa (SMVP) ai sensi del D. Lgs 150/2009 e D. Lgs 74/2017	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Trasmissione degli atti all'OIV entro i termini	Data di trasmissione degli atti di valutazione all'OIV.					Entro il 31 Gennaio	Entro il 31 Gennaio	Entro il 31 Gennaio

### SETTORE D DISTRETTUALE

N.	DEFINIZIONE OBIETTIVI	RISULTATO ATTESO	NOTE PER L'ELABORAZIONE E MODALITÀ' DI REALIZZAZIONE	INDICATORI DI MISURAZIONE	Valore Anno 2015	Valore Anno 2016	Valore Anno 2017	Valore Anno 2018	Target		
									2019	2020	2021
1. D	Bisogno sanitario della popolazione di riferimento	Analisi del bisogno di salute		Analisi statistica/epidemiologica attuata					Report	Report	Report
2. D	Governo delle risorse e delle autorizzazioni di spesa	Rispetto delle autorizzazioni annuali definite sui conti gestionali di competenza	Controllo dei volumi di spesa e coinvolgimento delle UU.OO.	Percentuale di rapporto tra Preventivo/Consuntivo					rapporto 1,0 = 100 %	rapporto 1,0 = 100 %	rapporto 1,0 = 100 %
3.D	Implementazione del sistema di gestione del Portale della Trasparenza	Trasmissione dei dati soggetti agli obblighi di pubblicazione.	Dati di cui all'allegato c) del Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2018-2020 adottato con delibera n. 170 del 14.02.2018	A) Percentuale di dati trasmessi; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico.					A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico

4. D DGRC 372/2019 (obiettivo6)	mantenimento dei Ricoveri ordinari in età pediatrica (< 18 anni ) per asma e gastroenterite, anno 2018 <b>(integrazione ospedale-territorio)</b>	Mantenimento dati anno 2018 <b>(integrazione ospedale- territorio)</b>	Sistema informativo SDO <b>-Asma pediatrica.</b> Diagnosi principale: codice ICD9CM 493.xx (tutti i tipi di asma). Età: < 18 anni. Esclusione: MDC 14 e MDC 15  <b>-Gastroenterite pediatrica.</b> Diagnosi principale: 008.6x, 008.8, 009.x, 5589. Età:< 18 anni. Esclusione trasferiti da altra struttura; DRG 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390.	Numero di ricoveri ordinari per asma e per gastroenterite ad assistiti di età < 18 anni					Mantenimen to dati anno 2018	Mantenimento dati anno 2018	Mantenimento dati anno 2018
	Riduzione del 10% dei ricoveri ordinari in età adulta (>= 18 anni per: complicanze (a breve e a lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco <b>(integrazione ospedale- territorio)</b>	Riduzione del 10% <b>(integrazione ospedale- territorio)</b>	Sistema informativo SDO. - <u>Complicanze a breve termine del diabete.</u> Diagnosi principale: codice 250.1x, 250.2x, 250.3x Età: > 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15;	Numero di ricoveri ordinari per complicanze a breve e a lungo termine per diabete, per BPCO e per scompenso cardiaco, ad assistiti di età > = 18 anni					-10%	-10%	-10%
5. D DGRC 372/2019 (obiettivo2)  DCA 38/2016 (per le zone indicate) Fondi vincolati collegati alla prestazione	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per ➤ <u>cervice uterina.</u> ➤ <u>mammella,</u> ➤ <u>colon retto</u>	Incremento della popolazione che ha effettuato test di screening di primo livello per ❖ cervice uterina; ❖ mammella; ❖ colon retto con valori superiori almeno rispettivamente a: 35% - 25% - 25%	Le popolazioni bersaglio dei tre programmi sono: a) <u>per cervice uterina</u> popolazione femminile di età ≥ 25 e ≤64 ogni tre anni; b) <u>per mammella</u> popolazione femminile di età ≥ 25 e ≤ 64 ogni due anni; c) <u>per colon retto</u> popolazione maschile e femminile di età ≥ 50 e ≤74 anni ogni tre anni.	Numero di soggetti sottoposti a screening / (fratto) popolazione bersaglio del programma	Cervice Uterina: 17,7% + 2 x le zone di cui al DCA 38/2016  Mammella: 16,7% + 2 x le zone di cui al DCA 38/2016  Colon retto: 2,44% + 2 x le zone di cui al DCA 38/2016	Cervice Uterina: 3,9% + 2 x le zone di cui al DCA 38/2016  Mammella: 15,1% + 2 x le zone di cui al DCA 38/2016  Colon retto: 8,2% + 2 x le zone di cui al DCA 38/2016	Cervice Uterina: 16,78% + 2 x le zone di cui al DCA 38/2016  Mammella: 7,02% + 2 x le zone di cui al DCA 38/2016  Colon retto: 9,1% + 2 x le zone di cui al DCA 38/2016	Crescen te	a) 35%; b) 25%; c) 25%  + 2 x le zone di cui al DCA 38/2016		a) 5%; b) 5%; c) 5%  + 2 x le zone di cui al DCA 38/2016

6. D DGRC 372/2019 (obiettivo7)	Percentuale di anziani > 65 anni trattati in ADI	Garantire almeno un valore ricompreso tra $\geq 1,56$ e $\leq 1,88$		Numero di soggetti 65 anni trattati in ADI / (fratto) popolazione di età 65 anni	2,10%	2,09%	2,41%	Crescente	tra $\geq 1,56$ e $< 1,88$	tra $\geq 1,56$ e $< 1,88$	tra $\geq 1,56$ e $< 1,88$
6.D bis Piattaforma SANIARP.	Cure domiciliari -Contenimento/azzeramento delle pratiche di assistenza domiciliare (ADI) con coefficiente di intensità assistenziale pari a 0	Azzeramento codici CIAO	fonte dato: Piattaforma Saniarp.	n. Pratiche di assistenza domiciliare con coefficiente di intensità			580	Decrescente	Zero	Zero	Zero
7. D DGRC 375/2017 (obiettivo 8)	Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	Continuare al garantire un valore ricompreso tra 5,10-7,50		Numero di prestazioni RM / (fratto) popolazione residente x 100	n.d.	6,70%	9,36%	Contenuto in un range	tra 5,10 e 7,50	tra 5,10 e 7,25	tra 5,10 e 7,00
8.D	Coordinamento e monitoraggio dei percorsi assistenziali e del governo dei LEA	Attivazione del percorso di riabilitazione respiratoria e implementazione del percorso aziendale per la presa in carico del paziente con BPCO	DCA n. 70/2017; DCA n. 3/2018.	<b>A)</b> Percentuale di pazienti presi in carico con progetto riabilitativo individuale PTRI / N. totale pazienti BPCO; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico					<b>A)</b> > ; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	<b>A)</b> > ; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	<b>A)</b> > ; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
9.D	Coordinamento e monitoraggio dei percorsi assistenziali e del governo dei LEA	Implementazione del percorso riabilitativo del paziente con frattura di femore	DCA n. 69/2017	<b>A)</b> Percentuale di pazienti presi in carico con progetto riabilitativo individuale PTRI / N. totale pazienti con frattura di femore; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico					<b>A)</b> > ; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	<b>A)</b> > ; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	<b>A)</b> > ; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
10.D	Quality Management della Gravidanza e del Parto	Modello operativo distrettuale per l'educazione alla gravidanza. Istituzione dei Corsi di Educazione dal 1° trimestre di gravidanza.	Attuazione delle Linee Guida Gravidanza Fisiologica. Tenuta del Registro distrettuale delle gravide.	<b>A)</b> N. Corsi di Educazione. <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo					<b>A)</b> Almeno 2 <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	<b>A)</b> Almeno 2 <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	<b>A)</b> Almeno 2 <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
11. D	Coinvolgimento dei Medici Convenzionati per una maggiore appropriatezza prescrittiva e il Potenziamento dell'assistenza integrata	Alleanza con i Medici di assistenza primaria, Pediatri di libera scelta e Specialisti ambulatoriali attraverso il preposto UCAD	Incontri UCAD per formazione/informazione ai medici MAP e PLS. Controlli delle note AIFA. Aggiornamento informativo e	<b>A)</b> n. incontri UCAD. <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico					<b>A)</b> $\geq 4$ <b>B)</b> Relazione con riferimento	<b>A)</b> $\geq 4$ <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo	<b>A)</b> $\geq 4$ <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo



1.O	Governo delle risorse e delle autorizzazioni di spesa	Rispetto delle autorizzazioni annuali definite sui conti gestionali di competenza	Controllo dei volumi di spesa e coinvolgimento delle UU.OO.	Percentuale di rapporto tra Preventivo/Consumivo					rapporto 1,0 = 100 %	rapporto 1,0 = 100 %	rapporto 1,0 = 100 %
2.O	Implementazione del sistema di gestione del Portale della Trasparenza	Trasmissione dei dati soggetti agli obblighi di pubblicazione.	Dati di cui all'allegato del Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2018- 2020 adottato con delibera n. 170 del 14.02.2018	<b>A)</b> Percentuale di dati trasmessi; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico.					<b>A)</b> 100%; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	<b>A)</b> 100%; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	<b>A)</b> 100%; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
3.O  DGRC 372/2019 (obiettivo 6)	mantenimento dei ricoveri ordinari in età pediatrica (< 18 anni) per: asma e gastroenterite, anno 2018 ( <b>integrazione ospedale-territorio</b> )	Mantenimento anno 2018 ( <b>integrazione ospedale-territorio</b> )	Sistema informativo SDO. - <b>Asma pediatrica.</b> Diagnosi principale: codice ICD9CM 493.XX (tutti i tipi di asma). Età: < 18 anni. Esclusione: MDC 14 e MDC 15 - <b>Gastroenterite pediatrica.</b> Diagnosi principale: 008.6x, 008.8, 009.X, 5589. Età: < 18 anni. Esclusione trasferiti da altra struttura; DRG 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390.	Numero di ricoveri ordinari per asma e per gastroenterite ad assistiti di età < 18 anni					Mantenimento anno 2018	Mantenimento anno 2018	Mantenimento anno 2018
	Riduzione del 10% dei ricoveri ordinari in età adulta (>= 18 anni) per: complicanze (a breve e a lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Riduzione del 10%	Sistema informativo SDO. - <b>Complicanze a breve termine del diabete.</b> Diagnosi principale: codice 250.1x, 250.2x, 250.3x. Età: >= 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15;	Numero di ricoveri ordinari per complicanze a breve e a lungo termine per diabete, per BPCO e per scompenso cardiaco, ad assistiti di età >= 18 anni					-10%	-10%	-10%
4.O DGRC 372/2019 (obiettivo 10)	10.1 Mantenimento dei ricoveri diurni di tipo diagnostico dell'anno 2018	Almeno un valore pari al 30% rispetto al dato dell'anno precedente	Sistema informativo SDO.	Numero di ricoveri diurni di tipo diagnostico					Dati 2018 = 1.134	Dati 2018 = 1.134	Dati 2018 = 1.134
	10.2 Mantenimento degli accessi di tipo medico dell'anno 2018	Almeno un valore pari al 25% rispetto al dato dell'anno precedente	Sistema informativo SDO.	Numero di accessi per ricoveri diurni di tipo medico					Dati 2018 = 9.851	Dati 2018 = 9.851	Dati 2018 = 9.851

5. O DGRC 372/2019 (obiettivo 11)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di in appropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di in appropriatezza in regime ordinario	Garantire un valore $\leq 0,21$	Sistema informativo SDO.	Numero di ricoveri per DRG a rischio di in appropriatezza / (fratto) Numero di DRG non a rischio di in appropriatezza	(Strutture pubbliche e private accredit.)	(Strutture pubbliche e private accredit.)	(Strutture Pubbliche e private accredit.)	(Strutture Pubbliche e private accredit.)	$\leq 0,21$	$\leq 0,21$	$\leq 0,21$
6.O DGRC 372/2019 (obiettivo 12)	Percentuale parti cesarei Primari	Garantire almeno un valore ricompreso tra 20,01% e 24,00%	Sistema informativo SDO.	Numero parti cesarei primari / (fratto) Numero parti totali	54,54% (Strutture pubbliche e private accredit.)	48,35% (Strutture pubbliche e private accredit.)	37,5% (Strutture pubbliche e private accredit.)	Valori 2018	$\geq 20,01$ E $\leq 24,00$	$\geq 20,01$ E $\leq 24,00$	$\geq 20,01$ E $\leq 24,00$
7.O DGRC 372/2019 (obiettivo 13)	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	Garantire un valore $\geq 60,00\%$	Sistema informativo SDO.	Numero pazienti di età > 65 anni con frattura del collo del femore operati entro 48 ore / (fratto) Numero pazienti di età > 65 anni con frattura del collo del femore operati	30,68% (Strutture pubbliche e private accredit.)	35,96% (Strutture pubbliche e private accredit.)	59,96% (Strutture pubbliche e private accredit.)	Valori 2018	$\geq 60,00\%$	$\geq 60,00\%$	$\geq 60,00\%$
8.O	Percentuale di ricoveri con DRG medico tra i dimessi da reparti chirurgici	<25%	Solo UU.OO. Chirurgiche	N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici / (fratto) N. di dimessi da reparti chirurgici	34,37% (Strutture pubbliche e private accredit.)	35,37% (Strutture pubbliche e private accredit.)	34,17% (Strutture pubbliche e private accredit.)	Valori 2018	<25%	< 25 %	< 25 %
9. O	Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico	1,4 giorni	Solo UU.OO. Chirurgiche	Numero giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico / (fratto) Numero di dimessi sottoposti a intervento chirurgico	1,32 (Solo strutture pubbliche)	1,45 (Solo Strutture pubbliche)	1,64 (Solo Strutture pubbliche)	Valori 2018	1,4 giorni	1,4 giorni	1,4 giorni
9.O bis	Percentuale di DRG ordinari chirurgici programmati con preospedalizzazione	$\geq$	Solo UU.OO. Chirurgiche	A) N. DRG ordinari chirurgici progr. Con preospedaliz. / N. totale DRG chir. Programmati * 100; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico		50,91% (Solo Strutture pubbliche)	52,6% (Solo Strutture pubbliche)	Valori 2018	A) $\geq$ ; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) $\geq$ ; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) $\geq$ ; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
10.O DM 70/2015	Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni (Strutture pubbliche e private accreditate)	minimo 70%	Fonte dato: Piano Nazionale Esiti	N. colecistectomie con dimissione a 3 gg. / N. totale colecist.	51,21%	53,26%	57,18%	Valori 2018	$\geq 70\%$	$\geq 70\%$	$\geq 70\%$
13.O Decreto CA 108/2014	Contenimento della spesa per beni sanitari	Riduzione della spesa farmaceutica in rapporto ai volumi di prestazioni erogati	Incentivazione dei farmaci a brevetto scaduto e del biosimilari e monitoraggio della spesa in rapporto ai volumi di attività	A) Spesa farmaceutica per singolo ricovero (punti DRG); B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico					A) $\leq$ ; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) $\leq$ ; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) $\leq$ ; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico

13.O bis	Contenimento del consumo di antibiotici classe JO1 (Decreto CA n. 44/2018 e n. 138/2018)	Contenimento del consumo di antibiotici classe JO1 entro le 23 DDD	Formazione/informazioni ai medici dipendenti e monitoraggio dei consumi DDD/100 gg. degenza r.o.	<b>A)</b> DDD/100 gg. degenza r.o ; <b>B)</b> Relazione sull'obiettivo specifico					<b>A)</b> ≤ 23 DDD <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	<b>A)</b> ≤ 23 DDD <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	<b>A)</b> ≤ 23 DDD <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
14.O	Incremento/mantenimento della complessità dei ricoveri ordinari	Incremento /Mantenimento del peso medio DRG	Selezione del case-mix	<b>A)</b> Peso medio DRG; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	0,97 (Strutture pubbliche e private accreditate)				<b>A)</b> ≥; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	<b>A)</b> ≥; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	<b>A)</b> ≥; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
15.O	Sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza	Report sullo studio puntuale di prevalenza	<b>A)</b> Adesione allo studio di prevalenza sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso degli antibiotici. <b>B)</b> Adesione alla sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico. <b>C)</b> Sorveglianza e controllo delle batteriemie da enterobatteri produttori di Carbapenemasi	<b>A)</b> n. di pazienti chirurgici sorvegliati con redazione della scheda ministeriale; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico			<b>A)</b> n. pazienti sorvegliati	<b>A)</b> n. pazienti sorvegliati	<b>A)</b> > ; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	<b>A)</b> > ; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	<b>A)</b> > ; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
16.O DCAn. 134/2016	Coordinamento e monitoraggio dei percorsi assistenziali e del governo dei LEA in ambito neonatale	Monitoraggio degli screening neonatali per l'incremento dei neonati sottoposti a screening	Riferimento al Piano Regionale della Prevenzione di cui alla DGRC n. 860/2015 recepito con delibera n. <b>65/2016</b> ; DCA n. 134/2016. Progetto sul macroprogramma C del Piano Regionale della Prevenzione: "1 primi mille giorni di vita".	<b>A)</b> Percentuale de neonati sottoposti a screening; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico					<b>A)</b> > ; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	<b>A)</b> > ; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	<b>A)</b> > ; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
17.O DCA n. 70/2017; DCA n. 3/2018	Coordinamento e monitoraggio dei percorsi assistenziali e del governo dei LEA in ambito riabilitativo respiratorio	Dimissioni protette: attivazione del percorso di riabilitazione respiratoria e implementazione del percorso aziendale per la presa in carico del paziente con BPCO	DCA n. 70 del 21.12.2017; DCA n. 3 del 17.01.2018.	<b>A)</b> Percentuale di pazienti presi in carico con progetto riabilitativo individuale PTRI / N. totale pazienti BPCO; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico					<b>A)</b> > ; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	<b>A)</b> > ; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	<b>A)</b> > ; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico

18.0 DCA n. 69/2017	Coordinamento e monitoraggio dei percorsi assistenziali e del governo dei LEA in ambito riabilitativo motorio	Dimissioni protette: implementazione del percorso riabilitativo del paziente con frattura di femore	DCA n. 69/2017	<b>A)</b> Percentuale di pazienti presi in carico con progetto riabilitativo individuale PTRI / N. totale pazienti con frattura di femore; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico					<b>A) &gt; ;</b> <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	<b>A) &gt; ;</b> <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	<b>A) &gt; ;</b> <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
19.0	Coordinamento e monitoraggio delle Attività Libero Professionale intramurarie	Miglioramento della governance dell'attività Libero professionale ALPI.	<b>A)</b> Pianificazione dei volumi di attività istituzionale al fine di consentire la parametrizzazione dei volumi pianificabili di attività ALPI. <b>B)</b> Monitoraggio dei volumi di attività ALPI in confronto con i volumi di attività istituzionale.	<b>A)</b> Report previsione dei volumi annuali di attività istituzionale. <b>B)</b> Report monitoraggio trimestrale di attività ALPI in confronto con l'attività istituzionale.					<b>A)</b> Report Previsione; <b>B)</b> Report Monitoraggio	<b>A)</b> Report Previsione; <b>B)</b> Report Monitoraggio	<b>A)</b> Report Previsione; <b>B)</b> Report Monitoraggio
20.0	Controllo Cartelle cliniche	Attuazione delle disposizioni di cui al Decreto CA n. 21/2018	Attività di autocontrollo sul 100% delle SDO e delle cartelle cliniche come individuate dal Decreto CA n. 21/2018	% di SDO e cartelle cliniche controllate					100%	100%	100%
21.0	Ottimizzazione del magazzino	Registrazione del carico e scarico di magazzino entro 10 giorni	Registrazione dei movimenti di magazzino entro 10 giorni	Quota di registrazioni di magazzino effettuate entro i 10 giorni: relazione					Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
22.0	Ottimizzazione della registrazione e liquidazione fatture	Registrazione delle fatture entro 15 giorni e liquidazione entro i termini previsti		Quota di registrazioni fatture effettuate entro i 15 giorni e liquidazione entro i termini previsti: relazione					Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
23.0	Attuazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance individuale e organizzativa (SMVP) ai sensi del D.Lgs 150/2009 e D.Lgs 94/2017	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Trasmissione degli atti all'OIV entro i termini	Data di trasmissione degli atti di valutazione all'OIV.					Entro il 31 marzo	Entro il 31 Marzo	Entro il 31 marzo

N	Definizione Obiettivi	Risultato atteso	Note per l'elaborazione	Indicatori di Misurazione	Valore Anno	Valore Anno	Valore Anno	Valore Anno	Target		
									2018	2019	2020

			Modalità di realizzazione		2015	2016	2017	2018			
<b>SETTORE OSPEDALIERO PRONTO SOCCORSO/UU.OO. A CICLO CONTINUO</b>											
1.PS	Utilizzo della <u>Cartella Clinica integrata</u>	Utilizzo coordinato della documentazione sanitaria da parte dei medici e degli infermieri		A) % cartelle cliniche B) Relazione					Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
2.PS	Raccomandazione Ministeriale n. 7: Prevenzione della morte o grave danno derivanti da errori in terapia farmacologica Scheda unica di terapia	Adozione della Scheda unica di Terapia	Progettazione della Scheda unica di Terapia	numero schede adottate/n. pazienti					50%	50%	50%
3.PS	Prevenzione e gestione delle Cadute in ospedale	Attuazione della Procedura aziendale di Prevenzione e gestione delle cadute in Ospedale	Compilazione della scheda per la valutazione del rischio di caduta in reparto	A) Numero di schede di valutazione del rischio/n. pazienti a rischio; B) Relazione					○ 50 % ○ Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 50% B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 50% B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
<b>SETTORE OSPEDALIERO SALA OPERATORIA</b>											
4.PS	Implementazione della <u>Check list</u>	Attuazione della specifica modalità nel 100% degli interventi chirurgici	Attuazione delle indicazioni delle Linee Guida per la gestione del Rischio Clinico	N.Interventi Chirurgici/n. interventi con adozione <u>Check list</u>					50%	50%	50%
5.PS	Adesione al Protocollo Nazionale per la sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico	Attuazione della specifica modalità negli interventi chirurgici selezionati	Attuazione delle indicazioni del Sistema Nazionale Sorveglianza delle Infezioni del Sito chirurgico (SNICH)	N. Unità operative che aderiscono allo SNICH / N. totale delle UU.OO. Chirurgiche					50%	50%	50%
<b>SETTORE OSPEDALIERO PRONTO SOCCORSO</b>											
6.PS	Raccomandazione Ministeriale n.15: Prevenzione della morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice di triage all'interno del P.S.	Adozione della procedura aziendale di triage in P.S.	Formazione adeguata e continua del personale infermieristico e di supporto del P.S.	N. unità infermieristiche dei PP.SS. formate					50%	50%	50%
<b>SETTORE TERRITORIALE</b>											
7.PS	Miglioramento della qualità assistenziale ostetrica/infermieristica nell'ambito del Percorso Nascita	Potenziamento della informazione e dell'orientamento al parto fisiologico	Monitoraggio della gravidanza fisiologica in ambito Consultoriale Con attivazione di ambulatorio dedicato	Giornate settimanali dedicate					≥1	≥ 1	≥ 1

8.PS	Ambulatorio infermieristico distrettuale	Ambulatorio infermieristico distrettuale	Disponibilità all'accoglienza per prestazioni infermieristiche non complesse, consigli all'utenza per il mantenimento dello stato di salute, nonché informazioni sulle potenzialità e il tipo di servizi erogati dalla Struttura Sanitaria ASL, al fine di orientare in modo corretto l'utenza e la domanda di salute.	Giornate settimanali di Apertura					≥1	≥ 1	≥ 1
------	--	--	--	----------------------------------	--	--	--	--	----	-----	-----

## SETTORE SM Salute Mentale

N.	Obiettivo	Risultato atteso	NOTE PER L'ELABORAZIONE E MODALITÀ DI REALIZZAZIONE	Indicatori di misurazione	Valore Anno 2015	Valore Anno 2016	Valore Anno 2017	Valore Anno 2018	Target		
									2018	2019	2020
1.SM	Governo delle risorse e delle autorizzazioni di spesa	Rispetto delle autorizzazioni annuali definite sui conti gestionali di competenza	Controllo dei volumi di spesa e coinvolgimento delle UU.OO.	Percentuale di rapporto tra Preventivo/Consuntivo					Rapporto 1,0 = 100 %	Rapporto 1,0 = 100 %	Rapporto 1,0 = 100 %
2.SM	Implementazione del sistema di gestione del Portale della Trasparenza	Trasmissione dei dati soggetti agli obblighi di pubblicazione.	Dati di cui all'allegato del Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2018-2020 adottato con delibera n. 170/2018	<b>A)</b> Percentuale di dati trasmessi; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico.					<b>A)</b> 100%; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	<b>A)</b> 100%; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	<b>A)</b> 100%; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
3.SM DGRC 372/2019 (obiettivo 9)	Numero assistiti presso Dipartimento Salute Mentale per 1.000 residenti	Continuare al garantire un valore ottimale		N. assistiti Dipartimento / (fratto) n. residenti					≥ = 10,82	≥ = 10,82	≥ = 10,82
4.SM	Governo e management delle prestazioni socio- sanitarie a carattere residenziale.	Applicazione e valutazione periodica del PTRI sul 100% dei pazienti in carica inseriti In comunità alloggio	Coinvolgimento di tutti i profili professionali e adeguamento della documentazione clinica per il monitoraggio dei PTRI	N. PTRI monitorati / N. totale pazienti in carica inseriti in Comunità					100%	100%	100%
5.SM	Attività domiciliari	Mantenimento del rapporto tra visite domiciliari e numero di visite totali		<b>A)</b> N. Visite domiciliari/N. Visite Totali <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico					<b>A) ≥;</b> <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	<b>A) ≥;</b> <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	<b>A) ≥;</b> <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
6.SM	Mantenimento dei Trattamenti Sanitari Obbligatorii rispetto ai ricoveri totali	Mantenimento dell'incidenza dei TSO rispetto ai ricoveri totali	Mantenimento del follow-up extra-spedaliero per i pazienti sub-acuti. Mantenimento della modalità della Residenzialità non sanitaria, con approccio socio-sanitario.	<b>A)</b> N. ricoveri in TSO / (fratto) N. ricoveri-ospitalità residenziale totali; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico					<b>A) ≤;</b> <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	<b>A) ≤;</b> <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	<b>A) ≤;</b> <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico

7.SM	Governo e management del processo di riconversione Case di Cura Neuropsichiatriche (Decreto n.11 del 9.2.2018)	Applicazione del PTRI per utenti inseriti in moduli residenziali riabilitativi delle Case di Cura neuropsichiatriche riconvertite.	Coinvolgimento di tutti i profili professionali e adeguamento della documentazione clinica	Percentuale di PTRI sottoposti a rivalutazione trimestrale del percorso riabilitativo / N. totale ricoveri in Case di Cura riconvertite					50%	55%	60%
8.SM	Rapporti con le Associazioni di Volontariato	Presenza delle Associazioni di Volontariato nelle attività del Dipartimento	Coinvolgimento delle Associazioni di Volontariato nel percorso assistenziale degli utenti	Numero di Associazioni coinvolte nei percorsi assistenziali					Almeno 2	Almeno 2	Almeno 2
9.SM	Ottimizzazione della registrazione e liquidazione fatture	Registrazione delle fatture entro 15 giorni e liquidazione entro i termini previsti		Quota di registrazioni fatture effettuate entro i 15 giorni e liquidazione entro i termini previsti: relazione					Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
10.SM	Implementazione e messa a regime delle procedure di informatizzazione su piattaforma GDSM	Allineamento dei dati di attività attraverso la piattaforma software GDSM	a) Implementazione delle modifiche software necessarie ad allineare le modalità di registrazione delle attività. b) Registrazione del 100% delle prestazioni su piattaforma GDSM	A) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico. B) Registrazione del 100% delle prestazioni su piattaforma GDSM					A) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico. B) 100%	A) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico. B) 100%	A) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico. B) 100%
11.SM	Attuazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance individuale e organizzativa (SMVP) ai sensi del D.Lgs 150/2009 e D.Lgs 94/2017	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Trasmissione degli atti all'OIV entro i termini	Data di trasmissione degli atti di valutazione all'OIV.					Entro il 31 marzo	Entro il 31 Marzo	Entro il 31 Marzo

**SETTORE DP DIPENDENZE**

N	Obiettivo	Risultato atteso	NOTE PER L'ELABORAZIONE E MODALITÀ' DI REALIZZAZIONE	Indicatori di Misurazione	Valore Anno 2015	Valore Anno 2016	Valore Anno 2017	Valore Anno 2018	Target		
									2019	2020	2021
1.DP	Governo delle risorse e delle autorizzazioni di spesa	Rispetto delle autorizzazioni annuali definite sui conti gestionali di competenza	Controllo dei volumi di spesa e coinvolgimento delle UU.OO.	Percentuale di rapporto tra Preventivo/Consumativo					rapporto 1,0 =100 %	rapporto 1,0 =100 %	rapporto 1,0 =100 %

2.DP	Implementazione del sistema di gestione del Portale della Trasparenza	Trasmissione dei dati soggetti agli obblighi di pubblicazione.	Dati di cui al Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2018-2020 adottato con delibera n. 170 del 14.02.2018	<b>A)</b> Percentuale di dati trasmessi; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico.					<b>A)</b> 100%; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	<b>A)</b> 100%; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	<b>A)</b> 100%; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
3. DP DCA n. 86/2016	Potenziamento e miglioramento dei programmi di assistenza per disturbo da uso di sostanze	Presa in carico dei pazienti secondo le Linee guida di trattamento multidisciplinare per Dipendenza da sostanze (alcol, stupefacenti, tabacco)	Sviluppo del programma di identificazione precoce dei comportamenti a rischio e di intervento a breve (IPI8 Alcool). Definizione e monitoraggio dei PTRI. Counseling e screening di eventuali altre dipendenze. Attivazione di gruppi di auto- mutuo-aiuto	N. pazienti presi in carico/N. richieste					100%	100%	100%
4.DP DCA n. 86/2016	Garanzia dell'assistenza a pazienti affetti da Gioco d'Azzardo Patologico	Miglioramento delle condizioni di accoglienza e dell'appropriatezza nel trattamento del GAP	Sviluppo del programma di identificazione precoce dei comportamenti a rischio e di intervento a breve. Definizione e monitoraggio dei PTRI.	N. pazienti presi in carico/N. richieste					100%	100%	100%
5.DP DCAn. 69/2016	Potenziamento dei programmi di screening per la prevenzione delle malattie infettive	Incremento delle adesioni agli screening infettivologici (HBV, HCV, HIV, MTS)	Progetto EPASERD, campagna di prevenzione e utilizzo dei test rapidi linguali	<b>A)</b> N. di pz sottoposti a screening; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico					<b>A) ≥;</b> <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo Specifico	<b>A) ≥;</b> <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo Specifico	<b>A) ≥;</b> <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo Specifico
6.DP DC A n. 86/2016	Recupero mobilità passiva	Riduzione dei ricoveri in Comunità Terapeutica extraregionali	Riqualificazione dei programmi di trattamento con Enti Ausiliari regionali accreditati (Comunità). Incremento delle sessioni congiunte per le buone pratiche dei trattamenti	<b>A)</b> N. dei ricoveri in strutture extraregionale; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico					<b>A) ≤;</b> <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo Specifico	<b>A) ≤;</b> <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo Specifico	<b>A) ≤;</b> <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo Specifico
7.DP	Coinvolgimento delle Associazioni di Volontariato nei percorsi assistenziali	Contributo delle Associazioni di Volontariato nella definizione dei percorsi assistenziali	Incontri di verifica sui casi specifici	Numero di Associazioni coinvolte nei programmi di assistenza					Almeno 2	Almeno 2	Almeno 2
8.DP	Ottimizzazione della registrazione e liquidazione fatture	Registrazione delle fatture entro 15 giorni e liquidazione entro i termini previsti		Quota di registrazioni fatture effettuate entro i 15 giorni e liquidazione entro i termini previsti; relazione					Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico

9.DP	Coordinamento e monitoraggio delle Attività Libero Professionale Intramurarie	Miglioramento della governance dell'attività Libero professionale ALPI.	A) Pianificazione dei volumi di attività istituzionale al fine di consentire la parametrizzazione dei volumi pianificabili di attività ALPI. B) Monitoraggio dei volumi di attività ALPI in confronto con i volumi di attività istituzionale.	A) Report previsione dei volumi annuali di attività istituzionale. B) Report monitoraggio trimestrale di attività ALPI in confronto con l'attività istituzionale.					A) Report previsione B) Report Monitoraggio	A) Report previsione B) Report Monitoraggio	A) Report previsione B) Report Monitoraggio
10.DP	Attuazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance individuale e organizzativa (SMVP) ai sensi del D.Lgs 150/2009 e D.Lgs 94/2017	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Trasmissione degli atti all'OIV entro i termini	Data di trasmissione degli atti di valutazione all'OIV.					Entro il 31 marzo	Entro il 31 Marzo	Entro il 31 Marzo

### SETTORE AT. TERRITORIALE (COORDINAMENTO AREE DOMICILIARI)

N.	Obiettivo	Risultato atteso	NOTE PER L'ELABORAZIONE E MODALITÀ' DI REALIZZAZIONE	Indicatori di misurazione	Valore Anno 2015	Valore Anno 2016	Valore Anno 2017	Valore Anno 2018	Target		
									2019	2020	2021
1. AT DCA 134/2016	Coordinamento delle attività per le Cure Domiciliari	Potenziamento della presa in carico degli anziani	Riferimento al DCA 134/2016	A) Percentuale di anziani ultra 65enni presi in carico in assistenza domiciliare B) Relazione					tra $\geq 1,56$ e $< 1,88$	tra $\geq 1,56$ e $< 1,88$	tra $\geq 1,56$ e $< 1,88$
2. AT DCA 134/2016	Coordinamento delle attività per le Cure Palliative	Incremento della presa in carico di utenti in cure palliative	Riferimento al DCA 134/2016	Numero di utenti presi in carico in cure palliative					A) >; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) >; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) >; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
3.AT	Attuazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance individuale e organizzativa (SMVP) ai sensi del D.Lgs 150/2009 e D.Lgs 94/2017	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Trasmissione degli atti all'OIV entro i termini	Data di trasmissione degli atti di valutazione all'OIV.					Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo

### SETTORE C CENTRALE

N.	Obiettivo	Risultato atteso	NOTE PER L'ELABORAZIONE E MODALITÀ' DI REALIZZAZIONE	Indicatori di misurazione	Valore Anno 2015	Valore Anno 2016	Valore Anno 2017	Valore Anno 2018	Target		
									2019	2020	2021
1.C. <b>GEF</b>	Governo delle risorse e delle autorizzazioni di spesa	Rispetto delle autorizzazioni annuali definite sui conti gestionali di competenza	Controllo dei volumi di spesa e coinvolgimento delle UU.OO.	Percentuale di rapporto tra Preventivo/Consuntivo					rapporto 1,0 = 100 %	rapporto 1,0 = 100 %	rapporto 1,0 = 100 %
2.C. <b>RELAZ PUBB</b>	Implementazione del sistema di gestione del Portale della Trasparenza	Trasmissione dei dati soggetti agli obblighi di pubblicazione	Dati di cui al Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2018-2020 adottato con delibera n.170 del 14.02.2018	<b>A)</b> Percentuale di dati trasmessi; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico					<b>A)</b> 100%; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	<b>A)</b> 100%; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	<b>A)</b> 100%; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
3.C. DCA 23/2018 <b>GEF E UU.OO.C C LIQUIDANTI /PAGANTI</b>	Attuazione Direttive U.E. su ritardi di pagamento nelle transizioni commerciali	Risoluzione dei ritardi di pagamento dei fornitori	Liquidazione e pagamento delle fatture con ritardo di liquidazione	<b>A)</b> Report e relazione sull'obiettivo specifico					<b>A)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	<b>A)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	<b>A)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
3.C. <b>GEF</b>	Piano dei pagamenti per debiti pregressi	Puntuale attuazione del Piano regionale ai sensi della Decreto Dirigenziale n. 150/2017 e del Decreto CA n. 23/2018	Attuazione di tutte le connesse procedure (SEF-AA.LL.)	<b>A)</b> Percentuale di procedure di pagamento rispetto alle procedure istruite; <b>B)</b> Report e relazione sull'obiettivo specifico					<b>A)</b> 100%; <b>B)</b> Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico	<b>A)</b> 100%; <b>B)</b> Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico	<b>A)</b> 100%; <b>B)</b> Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico
4.C. <b>GEF e Singoli RESP. Linee Progetti ali</b>	Verifica dei progetti finanziati da terzi	Ricognizione delle attività di progetto a fondi vincolati, compresi i fondi di cui al comitato etico	Anagrafica dei progetti finanziati (CIPE, Regione, etc.). Tutti i fondi vincolati di qualsiasi natura. Report su assegnazioni e	Anagrafe e relazione.					Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
5.C. <b>Serv. Tecnico</b>	Attuazione del Piano di investimenti di edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico	Realizzazione del Piano Investimenti 2018/2019	Realizzazione dei lavori e delle acquisizioni programmati	Grado di realizzazione del piano investimenti: relazione					Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico

6.C. <b>COOR.</b> <b>TAV.</b> <b>TEC.</b>	Verifica tecnica del rispetto dei tetti di spesa per gli operatori privati accreditati	Rispetto dei tetti di spesa per singolo ambito  Chiusura Tavoli Tecnici 2014 - 2018	Accordi contrattuali; Verifiche di periodo a tre mesi	A. Percentuale di strutture monitorate per l'applicazione delle eventuali regressioni; B. Relazione con riferimento all'obiettivo					A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
7.C. <b>SIST.</b> <b>INFORM.</b>	Sviluppo del sistema Informativo Integrato verso la nuova piattaforma SIAC	Entrata in esercizio del nuovo sistema amministrativo contabile SIAC	Realizzazione delle azioni necessarie all'entrata in esercizio del Sistema SIAC, secondo le direttive della Cabina di Regia regionale di cui art. 79 e allineamento continuo del sistema amministrativo-	Relazione sul grado di implementazione del sistema					Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico
8.C. <b>TUTTE</b> <b>UUOCC</b> <b>/UUOOS</b> <b>SDD</b>	Riscontro ai rilievi del Collegio Sindacale	Riscontro entro 30 giorni alle osservazioni del Collegio Sindacale		A) Percentuale dei rilievi riscontrati entro 30 giorni; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico					A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
9.C. <b>RELAZ</b> <b>PUBB</b>	Aggiornamento e attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Applicazione del Piano della Prevenzione della Corruzione aggiornato secondo le norme vigenti. Attivazione della formazione sui temi dell'etica e della legalità. Vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconfiribilità e incompatibilità.	Aggiornamento del Piano e pubblicazione sul sito istituzionale. Monitoraggio dell'applicazione del Piano 2019-2021	Aggiornamento del Piano e Relazione					Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
10.C. (Decreto CA n.66/2016) <b>DIP.</b> <b>FARM.</b>	Attuazione dei decreti commissariali inerenti la razionalizzazione e il contenimento della spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera	Incremento dell'uso dei farmaci equivalenti e biosimilari	Formazione/informazione ai MMG e medici dipendenti. Controlli delle note A1FA. Aggiornamento informativo e documentale alle UCAD distrettuali.	Percentuale di farmaci con brevetto scaduto sul totale dei farmaci. Relazione sulle attività svolte: relazione					Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico

<p>10.C. bis (Decreto CA n.44/2018 e n. 138/2018) <b>DIP.</b> <b>FARM.</b></p>	<p>Contenimento del consumo di antibiotici classe J01</p>	<p>Contenimento del consumo di antibiotici classe J01 entro le 23 DDD</p>	<p><u>Formazione/informazione</u> ai MMG e medici dipendenti e monitoraggio dei consumi DDD/mille abitanti die (territ); <u>Controlli delle note A1FA.</u> <u>Aggiornamento</u> informativo e documentale alle USAP distrettuali</p>	<p><b>A)</b> DDD/mille abitanti die (territ); DDD/10 gg. Degenza r.o. (osped); <b>B)</b> Relazione sull'obiettivo specifico</p>					<p>Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico</p>	<p>Relazione con riferimento all'obiettivo specifico</p>	<p>Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico</p>
<p>11.C. Legge 120/2007; Legge 189/2012; DGRC 2014/2007 DCA n. 60/2018 DCA 95/2018 <b>ALPI</b></p>	<p>Coordinamento e monitoraggio delle Attività Libero Professionale intramurarie</p>	<p><b>A)</b> Miglioramento della governante dell'attività ALPI. <b>B)</b> Definizione di bozza di Piano aziendale</p>	<p><b>A.</b> Rimodulazione, se del caso, del Regolamento aziendale ALPI; <b>B.</b> Pianificazione attività ALPI; <b>C.</b> Anagrafica dei professionisti svolgenti attività ALPI; <b>D.</b> Proposte strumenti per garantire omogeneamente l'attività del medico competente in ALPI; <b>E.</b> Indicazioni metodologiche ai Macrocentri per rilevare e pianificare i volumi istituzionali di prestazioni e per monitorare</p>	<p><b>A.</b> Rimodulazione, se del caso, del Regolamento aziendale ALPI <b>B.</b> Documento anagrafe dei professionisti svolgenti ALPI; <b>C.</b> Documenti e relazione per rilevare i volumi istituzionali di prestazioni e per monitorare le attività in ALPI</p>					<p><b>A)</b> Rimod.ne Regolamento se dovuto; <b>B)</b> Anagrafica dei professionisti svolgenti attività ALPI; <b>C)</b> volumi istituzionali di prestazioni e per monitorare le attività in ALPI</p>	<p><b>A)</b> Rimod.ne Regolamento se dovuto; <b>B)</b> Anagrafica dei professionisti svolgenti attività ALPI; <b>C)</b> volumi istituzionali di prestazioni e per monitorare le attività in ALPI</p>	<p><b>A)</b> Rimod.ne Regolamento se dovuto; <b>B)</b> Anagrafica dei professionisti svolgenti attività ALPI; <b>C)</b> volumi istituzionali di prestazioni e per monitorare le attività in ALPI</p>

11.C. bis DGRC 271/2012; DCA 34/2017; DCA 38/2017  <b>SIST.</b> <b>INFOR</b>	Gestione del Centro Unico di Prenotazione	A. Gestione e potenziamento del CUP aziendale. B. Utilizzo di nuove Tecnologie informatiche per l'apertura di nuovi canali di accesso alle attività di prenotazione C. Implementazione di processi di informatizzazione delle Strutture Territoriali	Riorganizzazione dell'offerta delle prestazioni ambulatoriali tramite il CUP adeguandole agli aggiornamenti normativi;  Utilizzo delle nuove tecnologie informatiche per la gestione del servizio di	A) Percentuale di aggiornamento delle agende di prenotazione e report. B) Percentuale di agende di prenotazione fruibili con le nuove tecnologie e relazione					A) 70% B) 20% Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 80% B) 50% Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100% B) 70% Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
12.C. <b>Assistenza</b> <b>Primaria</b> <b>(List. Attesa)</b>	Governo delle liste di attesa	Governo delle liste di attesa secondo la DGRC n. 271/2012 e rispetto dei tempi massimi di attesa previsti per le 43 prestazioni ambulatoriali e le 15 prestazioni di ricovero di cui al DCA n. 34/2017.	Monitoraggio dei tempi di attesa come da DCA n. 34/2017.	A) N. prestazioni erogate entro i tempi massimi di attesa (per classe di priorità) / N. prestazioni erogate (per classe di priorità); B) Report e relazione con riferimento all'obiettivo specifico					A) 90% B) Report e relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 90% B) Report e relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 90% B) Report e relazione con riferimento all'obiettivo specifico
13.C. <b>RELAZ</b> <b>PUBB</b>	Coordinamento delle attività inerenti i rapporti con le Associazioni di Volontariato	A. Coinvolgimento delle le Associazioni di Volontariato nei percorsi di salute. B. Implementazione ...		Relazione					Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
14.C. <b>DIP.</b> <b>PREV.</b>	Promozione e tutela della salute	Promozione del benessere e degli stili di vita sani. Piano aziendale per la promozione e l'educazione alla salute	Programma attuativo aziendale intersettoriale per le attività di educazione e promozione alla salute. Programmi di intervento educativi/formativi nei setting scolastico, comunità e ambienti sanitari.	Report e relazione con riferimento all'obiettivo specifico					Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
15.C. <b>DIP.</b> <b>SOC./SAN</b>	Coordinamento delle attività di integrazione Socio-Sanitaria	Programmazione delle attività socio- sanitarie con integrazione tra PAT e PdZ.	Formazione e atti di programmazione, indirizzo e coordinamento. Partecipazione all'Ufficio di Piano	Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico					Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico

16.C. <b>DIP.</b> <b>MAT./INF</b>	Procedura di adozione	Facilitazione del percorso di adozione con il coordinamento tra servizi all'interno degli ambiti sociali	Applicazione dei protocolli ASL-Comuni-Piano di Zona-Tribunale dei minori	n. di adozioni regolate secondo protocollo					Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con Riferimento all'obiettivo Specifico
17.C. <b>Resp.</b> <b>Del</b> <b>Processo</b>	Equità in salute	Integrazione socio-sanitaria dei migranti e senza fissa dimora	Potenziamento degli ambulatori STP (Stranieri temporaneamente presenti), della informazione e della dotazione strumentale. Attivazione su azione preventiva TBC su extracomunitari	Numero di interventi e relazione sul grado di potenziamento degli ambulatori					Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
18.C. <b>RISK</b> <b>MANAG.</b>	Coordinamento delle attività di sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico	<b>A)</b> Studio di prevalenza europeo sulle infezioni correlate all'assistenza e uso di antibiotici negli ospedali. <b>B)</b> Sicurezza in sala operatoria. <b>C)</b> Adesione al Sistema Nazionale di Monitoraggio Eventi Sentinella (SIMES)	<b>A)</b> Partecipazione allo studio europeo mediante la rilevazione con apposite schede dei fattori di rischio, delle procedure invasive, delle infezioni e degli antibiotici prescritti, a carico dei pazienti ricoverati. <b>B)</b> Adozione del manuale della sicurezza in sala operatoria: raccomandazioni	<b>A)</b> Rapporto annuale regionale della Direzione Generale per la Tutela della Salute; Rapporto annuale nazionale del CCM; Rapporto annuale europeo del ECDC. <b>B)</b> Percentuale di interventi chirurgici con compilazione della check-list. <b>C)</b> Percentuale schede compilate in casi sentinella					<b>A)</b> Almeno 4 Presidio partecipante allo studio; <b>B)</b> 100%; <b>C)</b> 100%.	<b>A)</b> Almeno 4 Presidio partecipante allo studio; <b>B)</b> 100%; <b>C)</b> 100%.	<b>A)</b> Tutti i Presidi devono partecipare allo studio; <b>B)</b> 100%; <b>C)</b> 100%.

<p>1. C. <b>DIP.M.I.-</b> <b>PPOO –</b> <b>DISTR. –</b> <b>RIAB. A</b> <b>e B</b></p>	<p>Coordinamento e monitoraggio dei percorsi assistenziali e del governo dei LEA</p>	<p>Monitoraggio degli indicatori LEA per la riduzione dei tagli cesarei Primari, in particolare presso i punti nascita esterni.</p>	<p><b>Riferimento</b> <b>Griglia LEA e</b> <b>Progetto percorso nascita di cui al DCA 134/2016.</b> Applicazione delle check-list ministeriali (DM 11.11.2015) sui requisiti minimi dei punti nascita aziendali pubblici e privati. <b>Riqualificazione delle attività consultori al per il percorso nascita e garanzia dei LEA.</b> Offerta attiva di partoanalgesia su almeno 2 punti nascita con</p>	<p><b>A)</b> Indicatore LEA percentuale TC primari; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico</p>					<p><b>A)</b> &lt;; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico</p>	<p><b>A)</b> &lt;; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico</p>	<p><b>A)</b> &lt;; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico</p>
		<p>Monitoraggio degli screening neonatali per l'incremento dei neonati sottoposti a screening</p>	<p>Riferimento al Piano Regionale della Prevenzione di cui alla DGRC n. 860/2015 recepito dall'ASL Napoli 3 sud, DCA n. 134/2016. Progetto sul macroprogramma C del Piano Regionale della Prevenzione: "il primi mille giorni di vita"</p>	<p><b>A)</b> Percentuale dei neonati sottoposti a screening; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico</p>					<p><b>A)</b> &gt;; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico</p>	<p><b>A)</b> &gt;; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico</p>	<p><b>A)</b> &gt;; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico</p>
		<p>Monitoraggio delle fratture di femore</p>	<p>Riferimento Griglia LEA</p>	<p><b>A)</b> Percentuale dei pazienti di età &gt; 65 anni con frattura del collo del femore operati entro 48 ore; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico</p>	<p>(Strutture pubbliche e private)</p>	<p><b>A)</b> &gt;; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico</p>	<p><b>A)</b> &gt;; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico</p>	<p><b>A)</b> &gt;; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico</p>			
		<p>Attivazione del percorso di riabilitazione respiratoria e implementazione del percorso aziendale per la presa in carico del paziente con BPCO</p>	<p>DCA n. 70 del 21.12.2017; DCA n. 3 del 17.01.2018.</p>	<p>Monitoraggio del percorso e relazione sull'obiettivo specifico</p>					<p>Relazione con riferimento all'obiettivo specifico</p>	<p>Relazione con riferimento all'obiettivo specifico</p>	<p>Relazione con riferimento all'obiettivo specifico</p>

20.C. <b>CONTRO LLI . EST. - INT.</b>	Coordinamento delle attività di competenza del Nucleo Operativo di Controllo (NOC)	Controlli presso le strutture di erogazione e relative proposte connesse ai risultati dei controlli	Attuazione dei controlli nelle aree di attività segnalate dalla Commissione regionale.	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico					Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
21.C._ <b>COMITA TO ETICO</b>	Valutazione dei progetti di competenza del Comitato Etico (se obiettivo performance non riconosce quote economiche diverse)	Verifica dei progetti di sperimentazione di competenza del Comitato Etico	Istruttoria e valutazione dei progetti	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico					Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico
22.C <b>PPOO/G EST, OSP.</b>	Controllo Cartelle cliniche	Coordinamento delle attività per l'attuazione delle disposizioni di cui al Decreto CA n. 21/2018	Coordinamento delle attività di autocontrollo da parte dei PP.OO. sul 100% delle SDO e delle cartelle cliniche così come individuate dal Decreto CA n. 21/2018	<b>A)</b> % di SDO e cartelle cliniche controllate; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico					<b>A)</b> 100%; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	<b>A)</b> 100%; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	<b>A)</b> 100%; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
23.C <b>FORMAZ IONE</b>	Formazione del personale	Aggiornamento del Piano aziendale di formazione e accreditamento ECM dei corsi destinati ai profili sanitari	Ricognizione del fabbisogno formativo in sinergia con i Macrocentri aziendali. Procedure di accreditamento	Atto di aggiornamento del Piano Aziendale di Formazione					Adozione del Piano	Adozione del Piano	Adozione del Piano
24.C. <b>RELAZ PUBB</b>	Ascolto dei cittadini	Indagini di rilevazione del grado di soddisfazione dell'utenza; settore reclami e gestione dei reclami pervenuti	Somministrazione di questionario ed elaborazione dei dati	<b>A)</b> Elaborazione e pubblicazione dei dati sul portale aziendale dei dati sul grado di soddisfazione dell'utenza; <b>B)</b> Relazione con riferimento all'obiettivo					Indagine di tutti i distretti e ospedali	Completamento Indagine di tutti i distretti e ospedali. Indagine D.P. e D.S.M.	Completamento Indagine degli anni 2019 e 2020, indagine per ogni struttura ASL Napoli 3 Sud

25.C. <b>SIST.</b> <b>INFOR</b>	Amministrazione Digitale	Incremento delle aree di utilizzo dei sistemi operativi di gestione digitalizzata	Avanzamento dei sistemi digitali e ottimizzazione delle aree già operative (Refertazione on line, Cure domiciliari, Fatturazione elettronica, Determine on	Relazione sul grado di avanzamento dei sistemi					Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
25.C. bis <b>SIST.</b> <b>INFOR</b>	Amministrazione Digitale per l'utenza	Introduzione di sistemi on line di servizio ai cittadini	Avvio dei servizi on line di: ❖ prenotazione; ❖ ricesione referti; ❖ pagamento	Relazione sul grado di avanzamento dei sistemi					Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
26.C. <b>DIP.</b> <b>FARM.</b>	Farmacovigilanza	Sicurezza dei farmaci e vaccini	Monitoraggio delle reazioni avverse a farmaci e/o vaccini, tramite la diffusione della prevista modulistica AIFA, da inviare al Responsabile Farmacovigilanza ASL da parte di: Medici di MMG; Medici ospedalieri. Farmacisti dipendenti e convenzionati, Distretti sanitari. Dipartimenti, Odontoiatri, infermieri, ostetriche e comuni	Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico					Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico
27.C. <b>VALUT.</b> <b>PERFOR</b> <b>MANCE</b>	Attuazione Integrata del personale: - Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance individuale e organizzativa (SMVP) ai sensi dei Decreti 150/2009e 94/2017 - Sistema di Valutazione a norma di legge	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	A. Trasmissione degli atti all'OIV entro i termini B. Trasmissione degli atti agli Organi Competenti	A.1 Data di trasmissione degli atti di valutazione all'OIV. A.2 Data di trasmissione degli atti agli Organi Competenti					A. Entro il 31 Gennaio B.1 Entro 10 giorni dalla trasmissione degli atti delle singole UU.OO.	A. Entro il 31 Gennaio B.1 Entro 10 giorni dalla trasmissione degli atti delle singole UU.OO.	A. Entro il 31 Gennaio B.1 Entro 10 giorni dalla trasmissione degli atti delle singole UU.OO.

## Considerazioni conclusive

L'ASL Napoli 3 Sud si pone nelle condizioni di affrontare (e di vincere) tre sfide fondamentali, dopo aver ottenuto il sostanziale riequilibrio nella distribuzione delle risorse tra ospedale e territorio: la sfida della qualità, della efficacia e della sostenibilità.

**Qualità** che deve essere adeguatamente documentata da sistemi informativi più performanti e sostenuta da un processo di standardizzazione degli interventi, laddove il primo rappresenta ormai un passaggio ineluttabile di modernizzazione, ma che senza il secondo non consente una lettura adeguata dei fenomeni e neppure una corretta distribuzione delle risorse.

**Efficacia** in quanto la varietà delle prestazioni erogate non sempre viene seguita e corredata da una attenta valutazione degli esiti, sebbene il Piano Nazionale Sanitario si stia muovendo in questa direzione.

**Sostenibilità** in quanto le risorse disponibili sono comunque limitate e la crescente differenziazione e specializzazione degli interventi sanitari, unita al crescente numero di pazienti trattati e alla uscita sul mercato dei cosiddetti farmaci innovativi, potrebbe far esplodere la spesa pubblica.

L'effettiva realizzazione di quanto esposto in premessa passa però attraverso una delicata opera di mediazione che dovrà essere espletata a più livelli.

E' necessario infatti, da un punto di vista tecnico-contrattuale, sollecitare ed incrementare il livello di collaborazione dei MMG, PLS e degli specialisti ambulatoriali, peraltro costantemente seguiti attraverso le periodiche riunioni dei corrispondenti Comitati. In questo senso questa Azienda sta operando non solo nel mantenimento dei livelli formativi, ma anche nel tentativo di coinvolgere sempre di più tali professionisti nelle dinamiche e nelle scelte aziendali.

Dall'altro si rende necessario un livello di mediazione più alto a livello politico con i Sindaci dei numerosi Comuni di riferimento per questa Azienda, che hanno, come è noto, precise responsabilità in termini di sanità. Tale mediazione "alta" dovrà necessariamente essere svolta in collaborazione con la Regione, sia perché depositaria delle volontà politiche più generaliste, sia perché responsabile degli indirizzi sanitari locali.

Ulteriore livello di mediazione si dovrà esercitare con le forze sindacali, che giustamente segnalano un certo livello di "stanchezza" degli operatori, nonché con gli "stakeholders", i portatori di interesse, ovvero le associazioni dei cittadini che sempre più spesso rappresentano le esigenze di alcune di categorie di popolazione.

Attraverso questo Piano, in definitiva, l'Azienda si prefigge l'obiettivo di rendere la propria azione più aderente al dettato normativo, più efficiente e più vicina ai cittadini, compito non facile che è però possibile affrontare con il confronto e la condivisione fra tutti gli attori protagonisti.

**TRASMISSIONE AL COLLEGIO SINDACALE**

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

**TRASMISSIONE AL COMITATO DI RAPPRESENTANZA DELLA CONFERENZA DEI SINDACI**

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

**TRASMISSIONE ALLA GIUNTA REGIONALE**

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

**PROVVEDIMENTO DELLA GIUNTA REGIONALE**

Deliberazione della G.R. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Decisione: \_\_\_\_\_

IL FUNZIONARIO  
\_\_\_\_\_

**INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA 28.11.2019 / \_\_\_\_\_ A:**

x	DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE	U.O.C. ASS.ZA CONSULT. MED. DI GENERE	
X	DIRETTORE AMM. AZIENDALE	U.O.C. MEDICINA LEGALE PUBBL.VAL.	
x	COLLEGIO SINDACALE	U.O.C. PATOLOGIA CLINICA	
	U.O.C. AFFARI ISTIT. E SEGRETERIE	U.O.C. PREVENZIONE E PROTEZIONE	
	U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE	x U.O.C. Progr. PIAN. VAL. ATTIV. SAN	
	U.O.C. AFFARI GENERALI	U.O.C. RELAZIONE CON IL PUBBLICO, TRASPARENZA, TUTELA, COMUNICAZIONE	DISTRETTO N. 53
	U.O.C. AFFARI LEGALI	U.O.C. RISK MANAGEMENT	DISTRETTO N. 54
	U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERV.	U.O.C. CONTROLLI INTEGRATI INTERNI ED ESTERNI	DISTRETTO N. 55
		DIPARTIMENTO RADIODIAGNOSTICA	DISTRETTO N. 56
	U.O.C. COORDINAMENTO ATTIVITA RIABILITATIVE	DIPARTIMENTO MEDICINA LABORATORIO E ANATOMIA PATOLOGICA	DISTRETTO N. 57
	U.O.C. ATTIVITA RIABILITATIVE	COORD.TO GESTIONE LIQUIDATORIA	DISTRETTO N. 58
		COORD. TO PROGETTI FONDI	DISTRETTO N. 59
	U.O.C. CURE PRIMARIE E ATTIVITA TERRITORIALI	DIPARTIMENTO ATTIVITA' TERRITORIALI ED INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIO	P.O. NOLA + STAB. POLLENA TROCCHIA
	U.O.C. EPIDEMIOLOGIA VALUTATIVA	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	P.O. CAST. + STAB. GRAGNANO
	U.O.C. COORD. CURE DOMICILIARI	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	P.O. BOSCO + P.O. MARESCA
	U.O.C. FORMAZIONE E S.R.U.	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	P.O. SORRENTO + P.O. VICO EQ.
	U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINAN	DISTRETTO N. 34	U.O.S.D. A.L.P.I.
	U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE	DISTRETTO N. 48	DIPARTIMENTO AREA CRITICA
	U.O.C. SVILUPPO E GESTIONE ATTREZZATURE SANITARIE	DISTRETTO N. 49	U.O.C. SERVIZI AMM.VI OSPEDALIERI AREA SUD
	U.O.C. VALORIZZAZIONE E MANUT. PATRIMONIO IMMOBILIARE	DISTRETTO N. 50	U.O.C. SERVIZI AMM.VI OSPEDALIERI AREA NORD
	U.O.C. SISTEMI INFORMATICI ITC	DISTRETTO N. 51	U.O.C. COORDINAMENTO COMITATO ETICO CAMPANIA SUD
	U.O.C. PREV. E CURA PATOLOGIE DELLA DONNA E DEL BAMBNO	DISTRETTO N. 52	DIPARTIMENTO INTEGRATO MATERNO INFANTILE