

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 94 DEL 31.01.2020

=====

OGGETTO: PIANO DELLA PERFORMANCE ASL NAPOLI3 SUD 2020 – 2022: DIRETTIVA ANNUALE DEL DIRETTORE GENERALE PER L'ANNO 2020. 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;">04.02.2020</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 <hr/> <p style="text-align: center;">Il Dirigente</p> <hr/>	La presente deliberazione per l'urgenza, è resa immediatamente esecutiva. <p style="text-align: center;">31.01.2020</p> <p style="text-align: center;">Il Direttore Generale f.to Ing. Gennaro Sosto</p> <hr/>

Nell'anno, giorno e mese sopra specificati,

IL DIRETTORE GENERALE

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

Oggetto: “Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2020 – 2022: Direttiva annuale del Direttore Generale per l’Anno 2020. 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 Titolare del trattamento anche nella fase di pubblicazione, la conformità del presente atto ai principi di cui al D.Lgs.30 giugno 2003 n.196 e ss.mm.ii., ed al Regolamento 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.

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

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

Premesso che:

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

amministrazioni pubbliche redigono e pubblicano sul sito istituzionale ogni anno il Piano della performance, documento programmatico triennale, che è definito dall'organo di indirizzo politico-amministrativo in collaborazione con i vertici dell'amministrazione e secondo gli indirizzi impartiti dal Dipartimento della funzione pubblica ai sensi dell'art. 3, comma 2, e che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi di cui all'articolo 5, comma 1, lettera b);

Visto:

- la delibera del 28 ottobre 2010, n. 112 della Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche, ad oggetto: "Struttura e modalità di redazione del Piano della performance";
- *quanto disposto dal Decreto Legislativo n. 33/2013 sul "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni" ed in particolare dall'art. 10 c. 8, lett. b) in riferimento al Piano della Performance;*
- la delibera aziendale n. 1003 del 27 novembre 2019: "Piano della Performance A.S.L Napoli 3 Sud anni 2019 – 2021 – Direttiva annuale del Direttore Generale per l'anno 2019. Approvazione".
- la delibera aziendale n. 1085 del 11 dicembre 2019: "Rettifica ed Integrazione della Deliberazione del Direttore Generale n.1003 del 27.11.2019" Piano della Performance A.S.L Napoli 3 Sud anni 2019 – 2021 – Direttiva annuale del Direttore Generale per l'anno 2019. Approvazione".
- le determinazioni del gruppo di lavoro costituito dal Direttore Amministrativo Dr Esposito con nota agli atti di questa UO;

Considerato:

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

Ritenuto:

- che il Dirigente Responsabile dell'U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance, su mandato, per le vie brevi, della Direzione Strategica, ha provveduto ad elaborare il documento " Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2020 – 2022: Direttiva annuale del Direttore Generale per l'Anno 2020. Approvazione," che 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 vigente nonché in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio;

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

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

Di

- prendere atto ed approvare il documento "*Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2020*

- 2022 – *Direttiva annuale del Direttore Generale per l'Anno 2020. Approvazione*”, allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale
- adottare il Piano della performance ASL Napoli3 Sud 2020 – 2022: *Direttiva annuale del Direttore Generale per l'Anno 2020. Approvazione* -
 - stabilire che gli obiettivi di cui alla Deliberazione del Direttore Generale “*Adozione del Piano della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza anni 2020/21/22*”, siano inclusi tra gli obiettivi del “*Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2020 – 2022: Direttiva annuale del Direttore Generale per l'Anno 2020* e che tali obiettivi saranno declinati con l'affidamento degli obiettivi individuali oggetto di successivo atto deliberativo al 31.03.2020.
 - dare mandato al Direttore della U.O.C. Relazioni con il Pubblico di curare la pubblicazione del “*Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2020 – 2022: Direttiva annuale del Direttore Generale per l'Anno 2020. Approvazione*” in Amministrazione Trasparente del sito dell'Asl Napoli 3 Sud;
 - di trasmettere la presente, per quanto di competenza, all'Organismo Indipendente di Valutazione ai sensi della normativa vigente
 - di dare mandato alla UOC Affari Istituzionali – ufficio delibere- di trasmettere il presente atto 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
 - Collegio Sindacale

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

f.to Dr. *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 giorno 08/08/2019

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

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

Il Direttore Sanitario aziendale

f.to dr. Gaetano D'Onofrio

Il Direttore Amministrativo aziendale

f.to dr. Giuseppe Esposito

DELIBERA di

- prendere atto ed approvare il documento “*Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2020 – 2022 – Direttiva annuale del Direttore Generale per l'Anno 2020. Approvazione*”, allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale

- adottare il Piano della performance ASL Napoli3 Sud 2020 – 2022 – Direttiva annuale del Direttore Generale per l'Anno 2020. Approvazione -
- stabilire che gli obiettivi di cui alla Deliberazione del Direttore Generale “*Adozione del Piano della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza anni 2020/21/22*”, siano inclusi tra gli obiettivi del “*Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2020 – 2022 – Direttiva annuale del Direttore Generale per l'Anno 2020* e che tali obiettivi saranno declinati con l'affidamento degli obiettivi individuali oggetto di successivo atto deliberativo al 31.03.2020.
- dare mandato al Direttore della U.O.C. Relazioni con il Pubblico di curare la pubblicazione del “*Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2020 – 2022 – Direttiva annuale del Direttore Generale per l'Anno 2020. Approvazione*” in Amministrazione Trasparente del sito dell'Asl Napoli 3 Sud;
- di trasmettere la presente, per quanto di competenza, all'Organismo Indipendente di Valutazione ai sensi della normativa vigente
- di dare mandato alla UOC Affari Istituzionali – ufficio delibere- di trasmettere il presente atto 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
 - Collegio Sindacale

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.Lgs 14 marzo 2013 n° 33 e s.m.i.

Il Direttore Generale
f.to Ing. Gennaro Sosto

Allegato alla delibera n. _____ del _ _

REGIONE CAMPANIA

**AZIENDA SANITARIA LOCALE
NAPOLI 3 SUD**



***PIANO DELLA PERFORMANCE ASL
NAPOLI 3 SUD 2020 – 2022
DIRETTIVA ANNUALE DEL DIRETTORE
GENERALE PER L'ANNO 2020***

Presentazione del Piano

Il Piano della performance è un documento programmatico triennale, che individua, in conformità alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, gli indirizzi e gli obiettivi strategici per la misurazione della performance dell'organizzazione; definisce inoltre i criteri adottati per le attività di monitoraggio e di valutazione.

Il presente documento costituisce il Piano della performance dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud adottato ai sensi dell'art.10 del D.lgs. 150/2009, così come modificato dal D.lgs.74/2017, al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance.

Questo documento rispecchia le scelte organizzative contenute nell'atto aziendale ed include gli obiettivi descritti coerentemente con le scelte di pianificazione triennale della Direzione Generale e, a scalare, dell'altro management aziendale e delle Unità Operative; sintetizza le modalità di misurazione della performance aziendale a partire dagli indirizzi e obiettivi regionali, la traduzione in obiettivi strategici e operativi, nonché la determinazione degli indicatori.

Il Piano rappresenta il mandato del Direttore Generale che, pur avendo un orizzonte più ampio, ha la possibilità di definire gli elementi di dettaglio del Piano secondo stati di avanzamento scorrevoli di anno in anno.

L'elaborazione del Piano della Performance dà avvio al ciclo di gestione della performance, così come previsto dall'art. 4 del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n° 150, integrandosi con gli strumenti aziendali di Pianificazione, Programmazione e Valutazione della Performance, di Programmazione economico-finanziaria e con la Programmazione strategica.

Attraverso il Piano è possibile definire e misurare la performance organizzativa aziendale valutandone la qualità e consentendone una sua rappresentazione comprensibile agli stakeholder.

Nelle more dell'adozione delle linee guida di determinazione degli obiettivi generali di cui all'art.5 c.1 del D.lgs.150/2009, questa Amministrazione programma e definisce gli obiettivi in continuità con gli obiettivi contenuti nel Piano della performance 2018 - 2020, tenendo conto anche dei risultati conseguiti nell'anno 2019 come opportunamente certificati dal CdG. Il presente Piano della performance ha una valenza triennale (2020 - 2022) e si pone l'obiettivo di realizzare un quadro riassuntivo d'insieme riguardante l'intero ciclo di gestione dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud al fine di:

- ✓ Rendere comprensibile ai portatori di interesse (stakeholder) gli indirizzi, gli obiettivi strategici, le azioni e i risultati che l'Azienda realizza ed intende realizzare;
- ✓ Dare evidenza degli indirizzi della programmazione regionale, quale punto di riferimento per la formulazione delle scelte strategiche aziendali;
- ✓ Avviare il sistema di budgeting aziendale e quindi predisporre il sistema di misurazione e valutazione della performance che dovrà essere oggetto di specifico Regolamento aziendale, in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione

economico-finanziaria;

- ✓ Integrare il ciclo della performance con gli strumenti e i processi relativi a qualità dei servizi, trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione;
- ✓ Migliorare la consapevolezza del personale rispetto agli obiettivi dell'Amministrazione, guidandone i percorsi realizzativi e i comportamenti dei singoli.

Gli indirizzi strategici sono programmati su base triennale e definiti, prima dell'inizio del rispettivo esercizio, dagli organi di indirizzo politico-amministrativo.

Gli obiettivi sono articolati in strategici ed operativi; per ogni obiettivo vengono individuati i relativi indicatori e i relativi target ai fini di consentire la misurazione della performance.

La rappresentazione del ciclo della performance è sintetizzata nella sottostante tabella che ne rappresenta le varie fasi:

FASE	ATTIVITA'	SOGGETTI COINVOLTI
1	Definizione del contesto istituzionale: Mission regionale e principi della Vision aziendale	Direzione Strategica
2	Rappresentazione della struttura di cui all'Atto aziendale, regolamento di funzionamento, definizione di responsabilità e di deleghe	Direzione Strategica, UU.OO.CC. di Staff
3	Definizione obiettivi strategici, precisazione degli output od outcome attesi per Dip./Dist./P.O./UU.OO.CC.	Direzione Strategica, UU.OO.CC. (individuate dalla Direzione Strategica) sino alla costituzione del <u>Comitato di budget</u>
4	Definizione obiettivi specifici di struttura ed articolazione delle sottofasi per la prescritta negoziazione	Dir. Dip., Dir. Distt, Dir. PP.OO., Dir. UU.OO.CC. con le UU.OO.CC (individuate dalla Direzione Strategica) sino alla costituzione del <u>Comitato di budget</u>
5	Validazione Piano della performance	Organismo Indipendente di Valutazione
6	Connessione funzionale del Piano con il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza	Direzione Strategica, UU.OO.CC (individuate dalla Direzione Strategica) sino alla costituzione del <u>Comitato di budget</u> e Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza
7	Collegamento/integrazione con i documenti di programmazione economico finanziaria	Direzione Strategica, Controllo di Gestione, UOC GEF

Presentazione del Piano

INDICE

1. Premessa
2. Sintesi delle Informazioni di interesse per il cittadino e gli stakeolder esterni
 - 2.1 Chi siamo
 - 2.2 Cosa Facciamo
 - 2.3. Come Operiamo
3. Identità
 - 3.1 L'amministrazione in cifre
 - Le risorse Umane
 - Le risorse economico – finanziarie
 - 3.2 Mandato Istituzionale e Mission
 - 3.3 Albero della Performance
4. Analisi del Contesto
 - 4.1 Analisi del Contesto Esterno
 - 4.2 Analisi del Contesto Interno
5. Obiettivi Strategici
 - 5.1 Dagli Obiettivi Strategici agli Obiettivi Operativi
 - 5.2 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale
6. Il processo seguito e le azioni di miglioramento *del ciclo di gestione della performance*
 - 6.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano
 - Il sistema di Misurazione e Valutazione
 - Il Processo di affidamento degli obiettivi
 - 6.2 Coerenza con la programmazione economica e finanziaria e di bilancio
 - 6.3 Azioni di miglioramento del ciclo di gestione della performance
7. Integrazione del Piano della >Performance con il Piano Triennale Prevenzione Corruzione Trasparenza (PTPCT)
8. Conclusioni

Allegati Tecnici

All. n. 1: Organigramma delle Strutture Organizzative (Atto Aziendale)

All. n. 2: Documento Linee di Indirizzo e Piano degli Obiettivi Strategici Aziendali

All. n. 3: Analisi SWOT

1. Premessa

Nelle more della definizione, da parte del Dipartimento della Funzione Pubblica, di LLGG specifiche per la predisposizione del Piano della Performance delle Aziende Sanitarie (DPR 105/2016, art. 3 c.1), nella redazione del presente Piano si mantiene l'impostazione per capitoli e paragrafi descritta nella delibera CIVIT 112/2010.

Il Decreto Legislativo n. 150/2009 “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni” prima, integrato e modificato dal Decreto Legislativo 74/2017 (Riforma Madia), si propone di offrire un sistema nuovo ed alternativo per misurare la produttività del settore pubblico, con l'intento di avviare un percorso di miglioramento ed incentivare l'efficienza e la produttività complessiva del sistema.

La performance è il contributo che un'azienda apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi ed, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'azienda stessa è costituita.

Il Piano della performance è lo strumento che dà avvio al Ciclo di gestione della performance così come previsto dal Titolo II del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150.

Nel Piano vengono evidenziati tutti i passaggi logici atti a garantire “la qualità, la comprensibilità e l'attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance”, secondo quanto previsto dall'art. 10 comma 1 del D.Lgs 150/2009.

Il Piano della performance (art. 10 c. 1 lett. a D.Lgs 27 ottobre 2009 n. 150) è il documento programmatico attraverso il quale, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, sono individuati gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi delle varie strutture organizzative dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud.

Essendo un atto di programmazione pluriennale per il triennio 2020-2022, con indicazione delle attività per l'anno in corso, il Piano è modificabile con cadenza annuale in relazione a:

- ✚ obiettivi strategici ed operativi definiti in sede di programmazione annuale;
- ✚ modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento;
- ✚ modifica della struttura organizzativa e, più in generale, delle modalità di organizzazione e funzionamento dell'Azienda.

La funzione di governo di un'Azienda si identifica nell'attività diretta a garantire la coerenza e l'equilibrio tra i risultati raggiunti e le risorse utilizzate, in modo che l'utilità prodotta sia sempre superiore al sacrificio sostenuto dalla società, per il consumo delle risorse.

Governare un'azienda significa incidere sulla quantità e qualità delle risposte ai bisogni, in relazione alle risorse disponibili, tenendo conto della dinamicità del contesto in cui l'azienda opera e della necessità di misurare costantemente i risultati, per riorientarli in funzione del divenire del contesto di riferimento.

Le aziende del servizio sanitario, per loro natura, sono assimilate a sistemi ultra-complessi, stante l'impossibilità di ricostruire tutti gli elementi o tutte le relazioni che sottendono al loro funzionamento. I fattori di complessità sono sostanzialmente riconducibili all'interdipendenza dei processi, che implica un forte bisogno di

integrazione e coordinamento in funzione della pluralità dei bisogni da soddisfare in una visione unitaria, nonché alla diversità dei prodotti e dei servizi da gestire.

Il Piano della performance dell'ASL Napoli 3 Sud presenta l'organizzazione e la mappa degli obiettivi dell'Azienda alla luce delle sue specificità istituzionali. Il Piano, in cui sono descritte le caratteristiche salienti dell'Azienda, costituisce uno strumento organizzativo-gestionale che sistematizza missione, obiettivi strategici, obiettivi operativi ed attività dell'Azienda in connessione con il bilancio di previsione e con il processo di budgeting, non più rinviabile. Rappresenta uno degli strumenti per migliorare la propria efficienza nell'utilizzo delle risorse, la propria efficacia nell'azione verso l'esterno, per promuovere la trasparenza e prevenire la corruzione. Il collegamento tra le attività svolte e le risorse impiegate trova espressione a cadenza annuale solo nell'attuazione del budget.

Le logiche di pianificazione che qualificano il presente Piano, elaborato a partire dal mese di dicembre 2019, su indicazioni del Direttore amministrativo e Direttore sanitario, sono state concretamente applicate nella programmazione degli obiettivi anno 2020.

2. Sintesi delle informazioni di interesse per il cittadino e gli *stakeholder* esterni

2.1 Chi siamo

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 dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale.

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

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



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

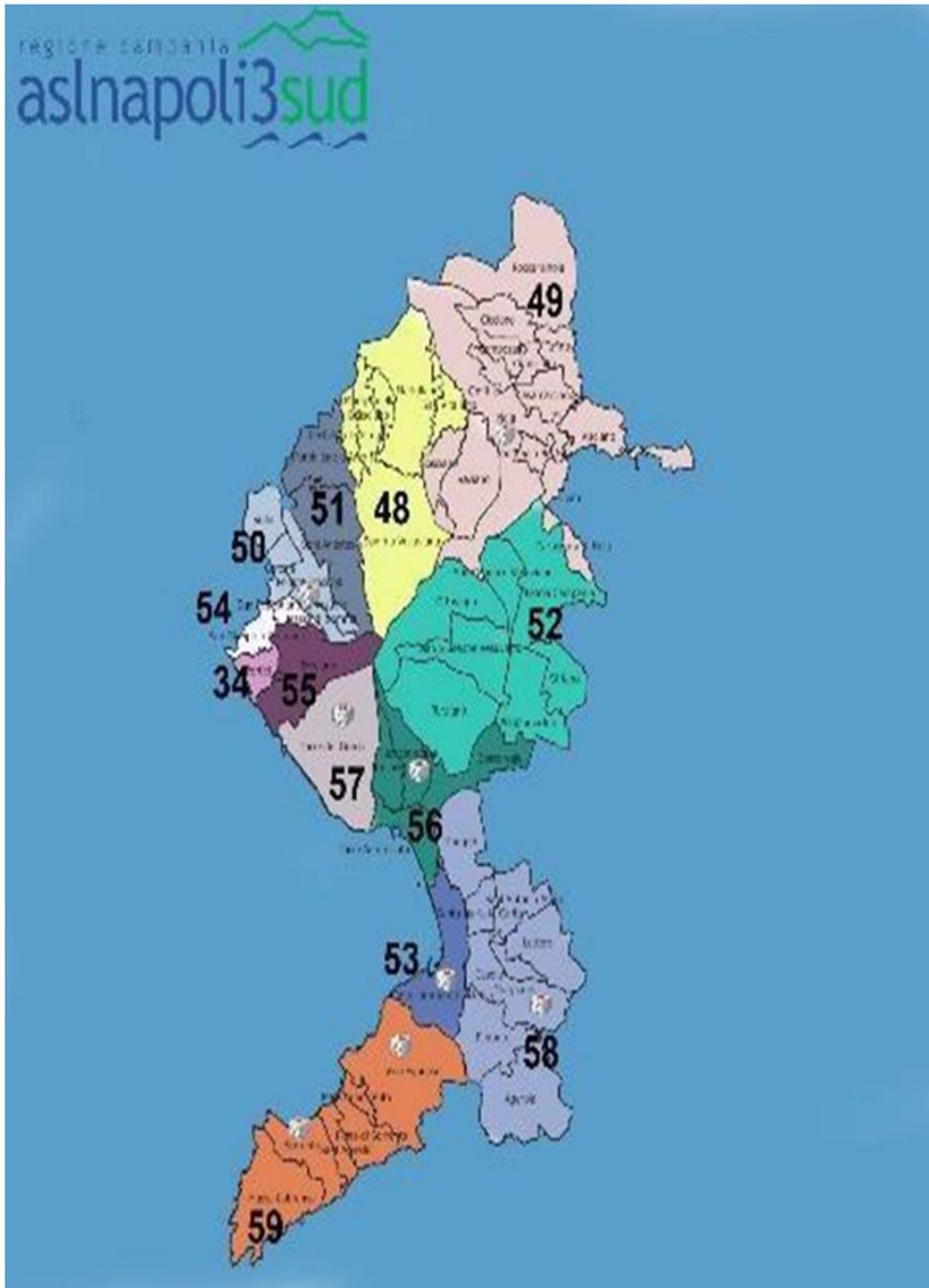


Fig. n. 1 Territorio ASL Napoli 3 Sud

L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud comprende un territorio articolato in 57 Comuni della provincia di Napoli, collocati nel territorio a sud del capoluogo.

L'Azienda è articolata territorialmente, ai sensi della legge regionale n. 16 del 28 novembre 2008 e successive modificazioni ed integrazioni e del Piano Sanitario Regionale vigente, in Distretti Sanitari.

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

(tutti i dati statistici e demografici sono stati predisposti dal u.o.c. vru e performance con il supporto del dp. Vedi nota prot. n. 8089/vrup del 15/01/2020)

Comuni	Comuni Capofila Ambiti Territoriali Sociali e ASL	Ambiti Territoriali Sociali	Distret ti Sanitar i	Popolazione Residente
Portici	Portici	N11	34	54.045
Castello di Cisterna	Somma Vesuviana	N22	48	7.975
Mariglianella	Somma Vesuviana	N22	48	7.92\
Marigliano	Somma Vesuviana	N22	48	29.727
Brusciano	Somma Vesuviana	N22	48	16.252
San Vitaliano	Somma Vesuviana	N22	48	6.451
Somma Vesuviana	Somma Vesuviana	N22	48	34.956
<u>Camposano</u>	<u>Nola</u>	<u>N23</u>	<u>49</u>	5.303
<u>Carbonara</u>	<u>Nola</u>	<u>N23</u>	<u>49</u>	2.456
<u>Casamarciano</u>	<u>Nola</u>	<u>N23</u>	<u>49</u>	3.227
<u>Cicciano</u>	<u>Nola</u>	<u>N23</u>	<u>49</u>	12.862
<u>Cimitile</u>	<u>Nola</u>	<u>N23</u>	<u>49</u>	7.091
<u>Comiziano</u>	<u>Nola</u>	<u>N23</u>	<u>49</u>	1.764
<u>Roccarainola</u>	<u>Nola</u>	<u>N23</u>	<u>49</u>	6.892
<u>Nola</u>	<u>Nola</u>	<u>N23</u>	<u>49</u>	34.593
<u>Liveri</u>	<u>Nola</u>	<u>N23</u>	<u>49</u>	1.572
<u>Visciano</u>	<u>Nola</u>	<u>N23</u>	<u>49</u>	4.379
<u>Tufino</u>	<u>Nola</u>	<u>N23</u>	<u>49</u>	3.627
<u>San Paolo Bel Sito</u>	<u>Nola</u>	<u>N23</u>	<u>49</u>	3.405
<u>Saviano</u>	<u>Nola</u>	<u>N23</u>	<u>49</u>	16.286
<u>Scisciano</u>	<u>Nola</u>	<u>N23</u>	<u>49</u>	6.145
<u>Cercola</u>	<u>Volla</u>	<u>N24</u>	<u>50</u>	17.929
<u>Massa di Somma</u>	<u>Volla</u>	<u>N24</u>	<u>50</u>	5.295
<u>Pollena Trocchia</u>	<u>Volla</u>	<u>N24</u>	<u>50</u>	13.371
<u>Volla</u>	<u>Volla</u>	<u>N24</u>	<u>50</u>	24.838
<u>Sant'Anastasia</u>	<u>Pomigliano D'Arco</u>	<u>N25</u>	<u>51</u>	27.345
<u>Pomigliano D'Arco</u>	<u>Pomigliano D'Arco</u>	<u>N25</u>	<u>51</u>	39.637
<u>Ottaviano</u>	<u>San Giuseppe Vesuviano</u>	<u>N26</u>	<u>52</u>	23.619
<u>Palma Campania</u>	<u>San Giuseppe Vesuviano</u>	<u>N26</u>	<u>52</u>	16.854
<u>Poggioreale</u>	<u>San Giuseppe Vesuviano</u>	<u>N26</u>	<u>52</u>	22.036
<u>San Gennaro Vesuviano</u>	<u>San Giuseppe Vesuviano</u>	<u>N26</u>	<u>52</u>	12.056
<u>San Giuseppe Vesuviano</u>	<u>San Giuseppe Vesuviano</u>	<u>N26</u>	<u>52</u>	32.014
<u>Striano</u>	<u>San Giuseppe Vesuviano</u>	<u>N26</u>	<u>52</u>	8.673
<u>Terzigno</u>	<u>San Giuseppe Vesuviano</u>	<u>N26</u>	<u>52</u>	18.066
<u>Castellammare di Stabia</u>	<u>Castellammare di Stabia</u>	<u>N27</u>	<u>53</u>	65.575
<u>San Giorgio a Cremano</u>	<u>San Giorgio a Cremano</u>	<u>N28</u>	<u>54</u>	44.688
<u>San Sebastiano al Vesuvio</u>	<u>San Giorgio a Cremano</u>	<u>N28</u>	<u>54</u>	8.980
<u>Ercolano</u>	<u>Ercolano</u>	<u>N29</u>	<u>55</u>	52.374
<u>Boscoreale</u>	<u>Torre Annunziata</u>	<u>N30</u>	<u>56</u>	27.864

Boscotrecase	Torre Annunziata	<u>N30</u>	56	10.211
Torre Annunziata	Torre Annunziata	<u>N30</u>	56	42.302
Trecase	Torre Annunziata	<u>N30</u>	56	8.816
Torre del Greco	Torre del Greco	<u>N31</u>	57	84.672
Casola di Napoli	Sant'Antonio Abate	<u>N32</u>	58	3.813
Gragnano	Sant'Antonio Abate	<u>N32</u>	58	28.846
Lettere	Sant'Antonio Abate	<u>N32</u>	58	6.233
Pimonte	Sant'Antonio Abate	<u>N32</u>	58	6.035
Pompei	Sant'Antonio Abate	<u>N32</u>	58	25.087
Santa Maria la Carità	Sant'Antonio Abate	<u>N32</u>	58	11.711
Sant'Antonio Abate	Sant'Antonio Abate	<u>N32</u>	58	19.655
Massa Lubrense	Sorrento	<u>N33</u>	59	14.280
Meta	Sorrento	<u>N33</u>	59	7.941
Piano di Sorrento	Sorrento	<u>N33</u>	59	12.961
Sant'Agnello	Sorrento	<u>N33</u>	59	9.067
Sorrento	Sorrento	<u>N33</u>	59	16.320
Vico Equense	Sorrento	<u>N33</u>	59	20.812

Tab. n. 1 – Ambiti sociali - Distretti Sanitari – Popolazione Residente

Tale territorio, ha al suo interno una configurazione socio-economica e culturale con rilevanti disomogeneità, che in taluni ambiti rendono difficile fare emergere una definita domanda di salute e di benessere psico-fisico; ciò implica la necessità di realizzare interventi che incidano sugli stili di vita della popolazione dell'ASL Napoli 3 Sud, attraverso la creazione di reti che favoriscano l'acquisizione di competenze inerenti la difesa e la cura del benessere individuale e collettivo.

Nell'ambito del medesimo territorio con D.C.A. specifici sono state individuate le seguenti strutture ospedaliere, classificate secondo i livelli di complessità crescente previsti dal D.M. nr.70/2015 e quindi DCA 103/2018 della Regione Campania:

- ❖ P.O. “S. Maria della Pietà” di Nola
 - Stabilimento “Cav. Raffaele Apicella” di Pollena Trocchia;
- ❖ P.O. “San Leonardo” di Castellammare di Stabia
 - Stabilimento “Girace – Casa Scuola” di Gragnano
- ❖ P.O. “Santa Maria della Misericordia” di Sorrento
- ❖ P.O. “De Luca e Rossano” di Vico Equense
- ❖ P.O. “Maresca” di Torre del Greco
- ❖ P.O. “S. Anna e SS. Madonna della Neve” di Boscotrecase

L’Azienda, per la realizzazione del proprio scopo, assume quali principi guida: il rispetto della persona e la centralità del cittadino, in quanto titolare del diritto alla salute; l’equità, la trasparenza e l’etica professionale; la tutela della privacy; la qualità clinico-professionale e la gestione del rischio individuale e collettivo; l’appropriatezza e l’adozione di strumenti che favoriscano la valutazione dei servizi e la partecipazione alle scelte assistenziali da parte dei cittadini; la sostenibilità

economica e finanziaria.

La definizione dell'identità dell'organizzazione costituisce la prima fase del percorso di costruzione del Piano della Performance in quanto permette di individuare gli attori che incidono direttamente sul governo dell'Azienda.

L'ASL Napoli 3 Sud tutela la salute della popolazione residente e assicura i livelli essenziali di assistenza (LEA) indicati nel Piano Sanitario Nazionale e nel Piano Sanitario Regionale.

Gli organi dell'ASL sono il Direttore Generale - coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, il Collegio di Direzione e il Collegio Sindacale.

L'Azienda realizza i propri fini istituzionali attraverso le unità operative che direttamente fanno capo alla Direzione Strategica, le articolazioni dell'ambito sanitario ospedaliero e territoriale, i Dipartimenti (articolati al loro interno in strutture complesse e strutture semplici).

A seguito del riordino della rete sanitaria, distrettuale e ospedaliera, l'Azienda ha ridisegnato il proprio assetto organizzativo nel nuovo Atto Aziendale, approvato con Decreto del Commissario Ad Acta n.39 del 25/09/2017 e quindi deliberato dalla direzione Strategica con deliberazione del Direttore Generale n. 735 del 19/10/2017. La revisione dell'assetto organizzativo operata con il Nuovo Atto Aziendale ha comportato – oltre che una semplificazione dell'organigramma - la ridefinizione di un modello produttivo non solo in grado di governare funzionalmente i percorsi operativi aziendali, ma anche capace di strategia e di globalità, per:

- ✓ favorire lo sviluppo dell'innovazione;
- ✓ promuovere lo sviluppo dell'eccellenza;
- ✓ sviluppare un percorso tendente alla crescita della qualità dell'assistenza erogata ai cittadini e come valore per il progresso del benessere nella società;
- ✓ consolidare l'integrazione tra assistenza ospedale/territorio;
- ✓ contribuire allo sviluppo delle professioni sanitarie, nella prospettiva di definire modelli gestionali di assistenza innovativi;
- ✓ sviluppare soluzioni organizzative secondo la metodologia del project management.

L'Azienda, coerentemente con gli atti di programmazione regionale, individua il territorio di competenza quale dimensione di riferimento delle proprie attività.

L'agire dell'Azienda è comunque caratterizzato dalla partecipazione ad un più ampio ventaglio di reti e relazioni che valorizzano alcune sue peculiarità quali:

- la capacità di erogare prestazioni anche di alta complessità, ponendosi come riferimento per un livello più ampio rispetto all'Area di competenza;
- l'essere nodo strategico dell'offerta sanitaria, promuovendo e favorendo la partecipazione a reti di patologia, funzionali anche allo sviluppo della continuità ospedale-territorio, coerentemente con i principi della programmazione Regionale;
- la capacità di integrare, favorire e promuovere la partecipazione di tutte le strutture e di tutti i professionisti a network, nazionali e internazionali;
- lo sviluppo di capacità organizzative necessarie a erogare prestazioni assistenziali di qualità, sostenibili, responsabili e centrate sui bisogni della persona;
- la capacità di percepire il cambiamento e, conseguentemente, attivare le più

opportune strategie e sinergie pubbliche e private per trasformare ed innovare i processi;

- la continuità dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, ricercando la massima collaborazione e integrazione con la medicina generale e con le strutture territoriali.

La Direzione Strategica garantisce le funzioni strategiche di innovazione, sviluppo controllo e monitoraggio attraverso le strutture di Staff della Direzione Aziendale.

Gli anni successivi al 2017 sono stati anni di conferma e sviluppo delle scelte strategiche conseguenti al nuovo Atto Aziendale. La lettura data dalla Direzione ai fenomeni economico finanziari e politici che hanno interessato, ed interessano, tutta la Pubblica Amministrazione italiana, sanità compresa, è stata quella di perseguire il cambiamento come strategia ed opportunità per andare incontro alle sfide che l'ASL Napoli 3 Sud prevede di affrontare nei prossimi anni. La continua revisione dell'assetto organizzativo, vero e proprio work in progress che ha toccato e toccherà profondamente l'organigramma aziendale, ha comportato sia una semplificazione delle strutture organizzative nel loro complesso sia una valorizzazione di quegli elementi di eccellenza ed innovazione tipici di una realtà complessa: in questo senso l'attività posta in essere dalla Direzione ha richiesto una nuova ridefinizione del proprio modello produttivo in una logica che vuole confermare e potenziare l'ASL Napoli 3 Sud verso percorsi di maggiore qualità.

Nel triennio 2020-2022 si prevede di mantenere la linea di governo ad oggi adottata, tesa a ricercare le migliori soluzioni organizzative per far fronte, in maniera efficiente e compatibile con le risorse finanziarie, ai bisogni assistenziali espressi dall'utenza in una prospettiva di sempre maggiore complessità clinica.

Così, accanto ai generali interventi strutturali richiesti dal D.M. n° 70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" e dagli atti di programmazione regionale, la Direzione ha ritenuto di dover valorizzare un ulteriore e nuovo strumento organizzativo costituito il tutto in una logica di percorso già espressa a livello nazionale nel Piano e Governo Liste d'attesa quale "...sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), a livello ospedaliero, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica.."

Lo scopo fondamentale dell'Azienda e la giustificazione stessa della sua esistenza consistono nel raggiungimento del più elevato livello di risposta alla domanda di salute, definita questa come recupero e mantenimento della salute fisica, psichica e sociale, in un processo che includa in modo inscindibile la formazione, come strumento di costruzione e miglioramento delle competenze degli operatori. Al raggiungimento di tale obiettivo contribuiscono tutte le competenze scientifiche e cliniche dei Dipartimenti, delle UU.OO.CC..

L'ASL Napoli 3 Sud è orientata a:

- ✚ perseguire l'innovazione in sanità, quale processo di creazione di nuovi strumenti organizzativi, tecnologici e produttivi, o la modificazione di quelli già esistenti, in grado di garantire un'appropriata risposta alla crescente domanda di salute e di benessere dei cittadini;
- ✚ promuovere soluzioni organizzative innovative anche attraverso strumenti di

Project Management;

- + sostenere l'innovazione organizzativa e gestionale quale elemento valoriale del sistema azienda nel suo complesso;
- + dare risposta appropriata, nel percorso assistenziale, al fabbisogno di conoscenze e competenze relative ai diversi obiettivi assistenziali/socio sanitari;
- + sviluppare e valorizzare l'offerta formativa con particolare riguardo al programma di Educazione Continua in Medicina (E.C.M.);
- + ricercare l'appropriatezza clinica ed organizzativa delle prestazioni, nel rispetto dei principi universalistici dell'assistenza e nel rispetto del principio di equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie;
- + favorire un rapporto con i cittadini improntato alla trasparenza e al rispetto della tutela della riservatezza delle informazioni sui dati personali
- + dare rilievo e potenziare i processi di comunicazione verso i cittadini e gli operatori, al fine di accrescere la condivisione dei valori etici e degli obiettivi aziendali;
- + diffondere tra i propri utenti l'informazione, anche di natura bioetica, al fine di favorirne l'autonomia decisionale
- + valorizzare il ruolo di tutti i professionisti nel governo clinico dell'azienda;
- + promuovere, come momento essenziale della programmazione aziendale, il confronto con gli enti locali, le organizzazioni sindacali, le associazioni di tutela dei cittadini e degli utenti, le associazioni del volontariato;
- + garantire il raggiungimento e mantenimento di standard organizzativi e professionali promossi da società scientifiche, norme e leggi in materia di qualità e sicurezza delle cure;
- + orientare il sistema di governo aziendale al miglioramento continuo dei servizi offerti agli utenti favorendo la loro piena soddisfazione nell'ambito dei percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali.

Le strutture sanitarie (Dipartimenti, Presidi Ospedalieri e Distretti Sanitari) sono deputate all'erogazione dell'assistenza al cittadino, secondo una logica di responsabilità finalizzata a garantire una buona qualità dell'assistenza fornita ai pazienti lungo tutto il percorso assistenziale.

L'Azienda opererà nei Presidi ospedalieri e nelle Strutture territoriali secondo logiche uniformi di integrazione dei servizi ospedalieri e territoriali, coordinando altresì la propria attività con quella delle strutture convenzionate dal SSN operanti nel suo territorio.

2.2 Cosa facciamo

L'ASL Napoli 3 Sud è garante dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza sul territorio di riferimento, svolge la funzione di presidio della tutela della salute nel territorio di riferimento, attraverso attività di prevenzione, cura gli stati di malattia e di recupero della salute, svolge funzioni di governo dell'offerta in rapporto ai bisogni dei soggetti assistibili attraverso l'integrazione tra assistenza territoriale e ospedaliera, fornendo servizi erogati direttamente o da altre Aziende pubbliche o private nel rispetto della persona e garantendo comunque condizioni di sicurezza e riservatezza.

L'organizzazione dei servizi è incentrata su un costante monitoraggio dei bisogni

sanitari della popolazione di riferimento, desumibili da un'attenta analisi dei dati epidemiologici disponibili.

L'Azienda svolge funzioni di tutela e di promozione della salute sia individuale che collettiva della popolazione residente e/o presente, attraverso attività di educazione alla salute, prevenzione, cura degli stati di malattia e recupero della salute, tutte volte a garantire la migliore qualità di vita possibile.

Le scelte sanitarie sono effettuate in coerenza con le politiche nazionali e regionali, curando l'integrazione con le altre aziende - sanitarie e non - operanti sul territorio e con il coinvolgimento delle componenti sociali, politiche, economiche e di volontariato.

L'azione dell'Azienda si ispira a criteri di efficacia, di appropriatezza, di efficienza, di equità, di professionalità, in un quadro di compatibilità con le risorse disponibili. Essa è vincolata al principio della trasparenza in ragione del quale l'Azienda rende visibili e certi gli impegni dell'organizzazione e le relative garanzie mediante l'impiego di strumenti adeguati.

L'Azienda persegue obiettivi di miglioramento della qualità a tutti i livelli, sia con riferimento ai servizi offerti alla popolazione (innovazione tecnologica, percorsi di accreditamento, sicurezza dei pazienti), sia con riferimento alla valorizzazione dei propri dipendenti (benessere organizzativo, percorsi di formazione intra ed extra-aziendali).

Elementi centrali della programmazione aziendale sono l'integrazione socio-sanitaria e l'integrazione ospedale-territorio, fondamentali per il perseguimento degli obiettivi di benessere della popolazione e di contenimento della spesa sanitaria.

L'integrazione socio-sanitaria consente di realizzare gli obiettivi di programmazione sul territorio distrettuale di riferimento attraverso il coinvolgimento di tutti gli operatori, configurandosi quale sistema di garanzia per i soggetti affetti da patologie post-acute, croniche e cronico-degenerative.

L'integrazione ospedale-territorio è uno strumento strategico per realizzare la centralità del cittadino nella programmazione e nella gestione delle strutture aziendali.

Ciò significa prevedere un sistema integrato di accompagnamento del paziente nelle varie fasi in cui è necessario soddisfare un bisogno di salute, al fine di ridurre inutili prolungamenti della degenza ospedaliera o eventuali ricoveri ripetuti.

Elemento cruciale del sistema è la gestione del paziente in dimissione, gestita in maniera tale da garantire un'adeguata prosecuzione dell'assistenza nella fase post-acute, attraverso il coordinamento tra equipe ospedaliera ed equipe territoriale, tra attività sanitarie e attività socio-assistenziali, cosiddetta "dimissione protetta".

L'ASL Napoli 3 Sud provvede al soddisfacimento della domanda di salute dei cittadini, sia attraverso le prestazioni sanitarie erogate direttamente dalle proprie strutture, sia attraverso la contrattualizzazione di rapporti convenzionali con soggetti pubblici e privati accreditati, qualora dette prestazioni non siano erogabili direttamente o l'effettuazione delle stesse sia richiesta da soggetti pubblici esterni.

2.3 Come operiamo

L'Azienda persegue le sue finalità attraverso le proprie articolazioni operative, come definite nel nuovo Atto Aziendale. Il modello operativo fondamentale è il Dipartimento con le sue articolazioni (unità operative complesse e semplici). Al

Dipartimento si affiancano le Unità operative complesse e semplici dei Presidi Ospedalieri e dell'ambito territoriale, nonché le Unità operative che direttamente fanno capo alla Direzione Aziendale. Per una dettagliata descrizione dell'organizzazione e del funzionamento aziendali si rimanda agli allegati dell'Atto Aziendale.

Accanto alle diverse articolazioni organizzative l'Atto Aziendale individua le competenze attribuite ai Direttori di Dipartimento ed agli altri Direttori di Struttura Complessa. I dirigenti esercitano le proprie funzioni di attuazione e gestione degli atti d'indirizzo e programmazione annuale delle attività nel rispetto delle proprie competenze professionali o gestionali ed in relazione agli obiettivi concordati; sono responsabili dell'attività e della gestione negli ambiti di competenza e dei relativi risultati. L'assetto organizzativo di tipo dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività dell'Azienda.

I **Dipartimenti strutturali** hanno la responsabilità gestionale diretta delle risorse loro assegnate, ivi compresa la gestione del personale e la gestione degli accessi degli operatori del Dipartimento agli istituti contrattuali nei limiti di spesa fissati dalla Direzione Strategica.

I **Dipartimenti funzionali** hanno come principale obiettivo quello di migliorare la pratica clinico- assistenziale, favorendo l'acquisizione e il mantenimento di competenze tecnico-professionali adeguate, definendo percorsi diagnostico-terapeutico- assistenziali che possono caratterizzare le diverse articolazioni organizzative afferenti.

Le **Strutture Complesse** (o Unità Operative Complesse) sono articolazioni aziendali in cui si concentrano competenze professionali e risorse (umane, tecnologiche e strumentali), finalizzate allo svolgimento di funzioni di amministrazione, di programmazione, oppure di produzione di prestazioni e di servizi sanitari. In virtù di tale "complessità", queste strutture costituiscono centri di responsabilità all'interno del processo di budget.

Le **Strutture Semplici** (o Unità Operative Semplici) sono contrassegnate da un sistema di produzione con significativo valore economico (sia in termini di tecnologie utilizzate che di risorse umane assegnate) che assicuri attività riconducibili ad una linea di produzione chiaramente individuabile.

Il sistema clinico-assistenziale di base è strumentale ai bisogni di salute più diffusi e frequenti e, a parità di sicurezza e qualità dell'offerta, dovrà essere capillare, integrato e "vicino" al cittadino, rinforzando e qualificando ulteriormente le strutture periferiche e assegnando loro precise competenze decisionali, per incrementare l'efficacia e la tempestività della azione.

La politica dell'Azienda ha come principio ispiratorio la centralità dell'interesse del cittadino quale elemento fondamentale nelle scelte e nelle decisioni strategico-programmatorie ed organizzativo-operative.

3. Identità

3.1 L'amministrazione 'in cifre'

L'ASL Napoli 3 Sud attraverso le sue articolazioni organizzative serve una popolazione di 1.064.653, al 31 dicembre 2019, in calo per il terzo anno consecutivo.

Articolazioni organizzative

1. Distretti sanitari
2. Presidi ospedalieri
3. Dipartimenti strutturali e funzionali
4. Unità Operative Complesse (U.O.C.)
5. Unità Operative Semplici (all'interno di UOC o a valenza dipartimentale)

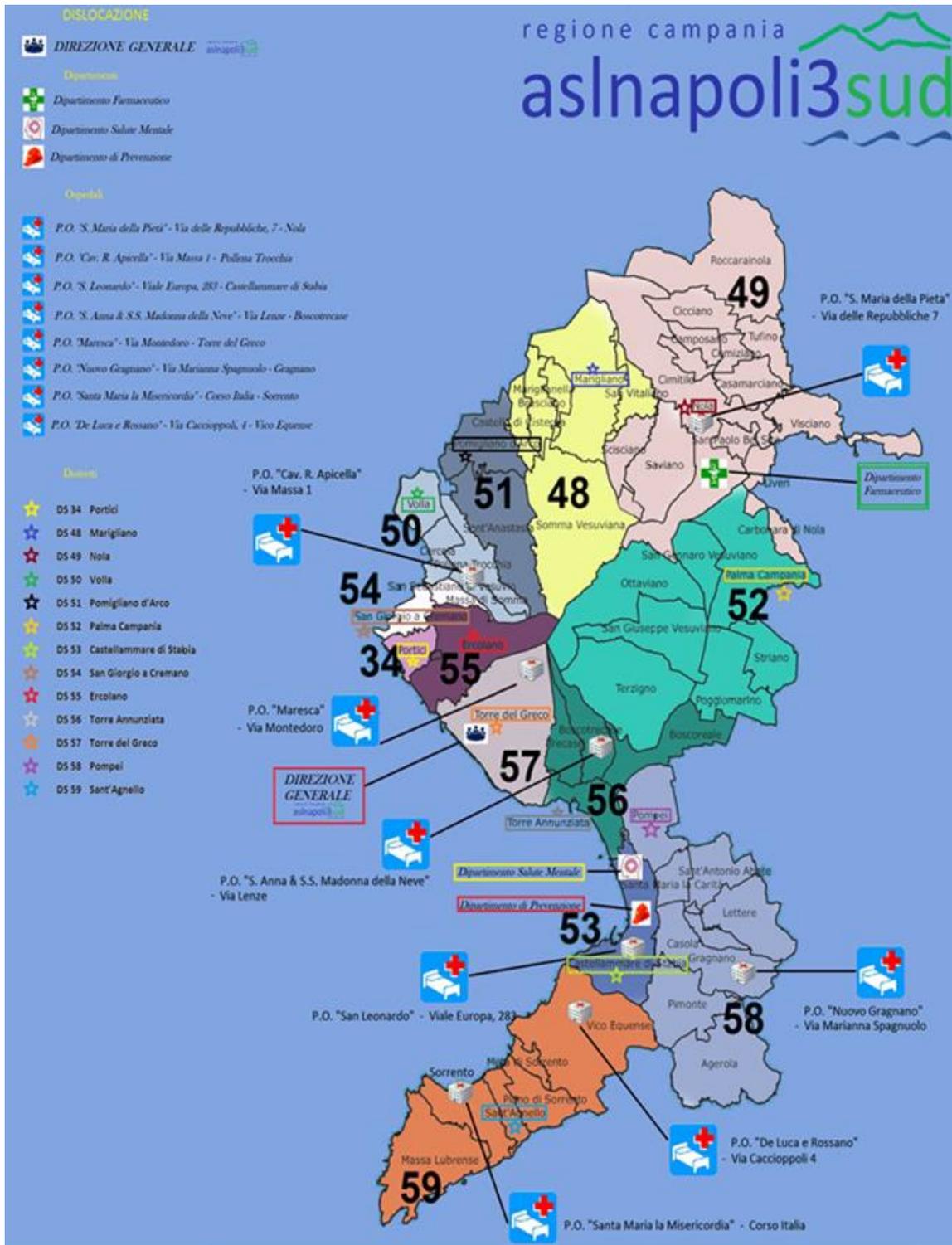


Fig. n. 2 Allocazione punti erogativi prestazioni sanitarie ASL Napoli 3 Sud

1. L'Atto Aziendale individua i seguenti Dipartimenti

a. Dipartimenti Strutturali

- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento delle Dipendenze
- Dipartimento della Salute Mentale
- Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino
- Dipartimento Farmaceutico
- Dipartimento Assistenza Ospedaliera

b. Dipartimenti funzionali

– Ambito territoriale:

- Dipartimento Attività territoriale e integrazione Socio - sanitaria

– Ambito ospedaliero:

- Dipartimento Scienze Mediche, assistenza Riabilitativa Ospedaliera e Post acuzie;
- Dipartimento di Laboratorio e Anatomia Patologica;
- Dipartimento Diagnostica per Immagini;
- Dipartimento Area Critica;
- Dipartimento Area Chirurgica

– Ambito transmurale:

- Dipartimento Integrato Materno-Infantile

Si rimanda all'Atto Aziendale (deliberazione del Direttore Generale n. 735 del 19/10/2017) per un quadro più dettagliato della struttura organizzativa aziendale, e in particolare all'allegato "Organigramma delle Strutture Organizzative", riportato anche come allegato al presente Piano (**All. n. 1**)

Alle strutture ospedaliere sopra citate sono assegnati i seguenti posti letto:

(dati richiesti con nota prot. n. 1627/vru.p del 07/01/2020, pervenuti con nota prot. n. 13847/cdg del 24/01/2020)

Distribuzione di posti letto anno 2019			
Regime	Struttura	P.L. strutturali Mod. HSP 12	
Acuti		P.L. ordinari	P.L. DH
	P.O.S.Leonardo	151	25
	P.O. Gragnano	30	10
	P.O. Sorrento	68	9
	P.O.Vico Equense	59	13
	P.O. Nola	90	17
	P.O.Pollena	27	12
	P.O. Maresca	50	18
	P.O. Boscotrecase	67	10
Totale Posti Letto per acuti		542	114

Lungodegenza	P.O.		
.....		
Riabilitazione post acuzie	P.O.		
.....		
.....		
Totale Posti letto effettivi			

Tab. n. 2 - Distribuzione di posti letto anno 2019

L'offerta relativa all'assistenza ambulatoriale è garantita dalle strutture riepilogate nei seguenti prospetti:

<ul style="list-style-type: none"> Distribuzione per livello di assistenza delle strutture pubbliche (se presenti strutture che espletano più tipologie di assistenza) 												
<ul style="list-style-type: none"> Tipo di Struttura 	<ul style="list-style-type: none"> Attività clinica 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnostica strumentale per immagini 	<ul style="list-style-type: none"> Attività di laboratorio 	<ul style="list-style-type: none"> Attività Consultorio 	<ul style="list-style-type: none"> Assistenza Psichiatrica 	<ul style="list-style-type: none"> Assistenza tossicodipendenti 	<ul style="list-style-type: none"> Assistenza AIDS 	<ul style="list-style-type: none"> Assistenza Idrotossiale 	<ul style="list-style-type: none"> Assistenza anziani 	<ul style="list-style-type: none"> Assistenza disabili fisici-FKT 	<ul style="list-style-type: none"> Assistenza disabili psichici 	<ul style="list-style-type: none"> Assistenza malati terminali
<ul style="list-style-type: none"> Ambulatorio/Laboratorio 												
<ul style="list-style-type: none"> Ds34 - Portici 	50.604	3.005							1.026			
<ul style="list-style-type: none"> Ds48 - Marigliano 	34.617	573	30.836						19			
<ul style="list-style-type: none"> Ds49 - Nola 	89.167	7.051	67.097						106			
<ul style="list-style-type: none"> Ds50 - Volla 	52.945	2.733	88.766						1.229			
<ul style="list-style-type: none"> Ds51 -Pomigliano 	43.657	3.846	43.112						238			
<ul style="list-style-type: none"> Ds52 – Palma C. 	50.861	1.103	11.854						328			
<ul style="list-style-type: none"> Ds53 - Castellammare 	75.954	1.291	56.648						171			
<ul style="list-style-type: none"> Ds54 – S.Giorgio 	27.791	1.426							50			

• Ds55 - Ercolano	23.968	247								10		
• Ds56 – Torre Ann.	55.892	64	35.765							156		
• Ds57– Torre del Greco	55.577		23.287							2.436		
• Ds58 – Pompei	70.235	494								1.330		
• Ds59 – S.Agnello	65.687	5.631	144.488							954		
• PO – SORRENTO												3
• PO – GRAGNANO												76
• PO – MARESCA												43

- DATI ASSISTENZA MALATI TERMINALI
- Nelle prestazioni di attività clinica sono comprese le prestazioni di Cardiologia -Branche a visita – Dialisi.

Tab. n. 3 Assistenza delle strutture pubbliche

• Distribuzione per livello di assistenza delle strutture convenzionate (se presenti strutture che espletano più tipologie di assistenza)												
Tipo di Struttura	• Attività clinica	• Diagnostica strumentale per immunoanalisi	• Attività di laboratorio	• Attività Consultorio	• Assistenza Psichiatrica	• Assistenza tossicodipne	• Assistenza AIDS	• Assistenza Idrotornale	• Assistenza anziani	• Assistenza disabili fisici-FKT	• Assistenza disabili	• Assistenza malati
54 - Portici	101.812	44.758	368.904									
58 - Marigliano	63.974	61.034	306.573							50.860		
59 - Nola	51.470	38.293	1.180.529							117.050		
60 - Volla	6.850	4.882	194.917							40.560		
61 -Pomigliano	57.278	23.031	350.131									
62 – Palma C.	39.135	22.985	1.131.738							38.913		
63 - Castellammare	123.037	102.687	576.182							42.074		
64 – S.Giorgio	15.813	39.792	292.534							65.609		
65 - Ercolano	5.156	4.593	85.721									
66 – Torre Ann.	145.367	148.317	1.251.673							13.928		
67– Torre del Greco	45.762	39.039	273.054							40.765		
68 – Pompei	60.382	55.565	555.040							39.387		

Struttura Semiresidenziale (RSD) Centro diurno disabili												
• DISTRETTO 34										20.934		
• DISTRETTO 48										2.914		
• DISTRETTO 49										55.284		
• DISTRETTO 50										4.417		
• DISTRETTO 51												
• DISTRETTO 52										30.088		
• DISTRETTO 53										15.841		
• DISTRETTO 54										19.823		
• DISTRETTO 55										27.635		
• DISTRETTO 56										3.369		
• DISTRETTO 57												
• DISTRETTO 58										20.546		
• DISTRETTO 59										8.625		

Tab. n. 5 Assistenza delle strutture convenzionate

Relativamente all' Assistenza sanitaria di base, l'Azienda opera mediante (dati richiesti con nota prot. n. 1627/vru.p del 07/01/2020, pervenuti con nota prot. n. 15746/gru del 28/01/2020)



DISTRETTO		MMG	PLS	Totale
34	Portici	35	5	40
48	Marigliano	59	14	73

49	Nola	70	13	83
50	Volla	42	10	52
51	Pomigliano d'Arco	45	9	54
52	Palma Campania	90	18	108
53	Castellammare di Stabia	44	9	53
54	San Giorgio a Cremano	34	6	40
55	Ercolano	32	10	42
56	Torre Annunziata	66	14	80
57	Torre del Greco	57	12	69
58	Pompei	75	15	90
59	Sant'Agnello	55	10	65
Totale				849

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

SPECIALISTI AMBULATORIALI TITOLARI	299
SPECIALISTI AMBULATORIALI SOSTITUTI	130
SPECIALISTI AMBULATORIALI NON MEDICI TITOLARI (BIOLOGI, PSICOLOGI)	14
CONTINUITA' ASSISTENZIALE TITOLARE	220
CONTINUITA' ASSISTENZIALE SOSTITUTI	125
118 EMERGENZA SANITARIA TITOLARI	21
118 EMERGENZA SANITARIA SOSTITUTI	32
MEDICINA DEI SERVIZI	20

Tab. n. 7 – Figure Convenzionate

Le risorse umane

Le risorse umane aziendali (dato aggiornato al 01.01.2020) sono come di seguito rappresentate:

(dati richiesti con nota prot. n. 1627/vru.p del 07/01/2020, pervenuti con PEC/gru del 28/01/2020)

	T.Determinato	T.Indeterminato	Somma:
Dirigenti medici	4	960	964
Dirigenti Sanitari - Farmacisti	1	48	49
Veterinari	7	80	87
Dirigenti Sanitari - Biologi		36	36
Dirigenti Sanitari - Chimici		4	4
Dirigenti Sanitari - Fisici		1	1
Dirigenti Sanitari - Psicologi		44	44
Personale infermieristico	15	1754	1769
Personale tecnico-sanitario	1	172	173
Pers. di Vigilanza e Ispezione		69	69
Assistenti Sociali		71	71

Pers. della Riabilitazione		45	45
Avvocati e Procuratori Legali		6	6
Dirigenti Professionali (Ingegneri)		4	4
Sociologo		13	13
Collaboratore Tecnico-Professionale	1	11	12
OTA/O.S.S. - Operat. Tecnico addetto assistenza	23	134	157
Operatori Tecnici	3	190	193
Programmatore		9	9
Dirigenti Amministrativi		27	27
Collaboratori amministrativi	2	116	118
Commessi		30	30
Assistenti Tecnici	1	13	14
Assistenti amministrativi	5	191	196
Coadiutore amministrativo		136	136
Ausiliari Specializzati		40	40
COM personale in comando	1		1
	64	4204	4268

Tab. n. 8 – Personale Dipendente al 01/01/2020

Femmine

	T.Det	T.Indet	Somma:
01 Dirigenti medici	2	354	356
02 Dirigenti Sanitari - Farmacisti	1	38	39
03 Veterinari	5	19	24
04 Dirigenti Sanitari - Biologi		25	25
05 Dirigenti Sanitari - Chimici		3	3
07 Dirigenti Sanitari - Psicologi		28	28
08 Personale infermieristico	9	1093	1102
11 Personale tecnico-sanitario	1	61	62
12 Pers. di Vigilanza e Ispezione		3	3
13 Assistenti Sociali		56	56
14 Pers. della Riabilitazione		28	28
15 Avvocati e Procuratori Legali		3	3
22 Sociologo		12	12
23 Collaboratore Tecnico-Professionale		1	1
24 OTA/O.S.S. - Operat. Tecnico addetto assistenza	16	24	40
25 Operatori Tecnici	1	18	19
27 Dirigenti Amministrativi		14	14
30 Collaboratori amministrativi	1	61	62
31 Commessi		15	15
33 Assistenti Tecnici		1	1

35 Assistenti amministrativi	2	96	98
36 Coadiutore amministrativo		50	50
40 Ausiliari Specializzati		10	10
COMA personale in comando	1		1
ERED Erede			0
	39	2013	2052

Maschi

	T.Det	T.Indet	Somma:
			0
01 Dirigenti medici	2	606	608
02 Dirigenti Sanitari - Farmacisti		10	10
03 Veterinari	2	61	63
04 Dirigenti Sanitari - Biologi		11	11
05 Dirigenti Sanitari - Chimici		1	1
06 Dirigenti Sanitari - Fisici		1	1
07 Dirigenti Sanitari - Psicologi		16	16
08 Personale infermieristico	6	661	667
11 Personale tecnico-sanitario		111	111
12 Pers. di Vigilanza e Ispezione		66	66
13 Assistenti Sociali		15	15
14 Pers. della Riabilitazione		17	17
15 Avvocati e Procuratori Legali		3	3
16 Dirigenti Professionali (Ingegneri)		4	4
19 Assistenti Religiosi			0
22 Sociologo		1	1
23 Collaboratore Tecnico-Professionale	1	10	11
24 OTA/O.S.S. - Operat. Tecnico addetto assistenza	7	110	117
25 Operatori Tecnici	2	172	174
26 Programmatore		9	9
27 Dirigenti Amministrativi		13	13
30 Collaboratori amministrativi	1	55	56
31 Commessi		15	15
33 Assistenti Tecnici	1	12	13
35 Assistenti amministrativi	3	95	98
36 Coadiutore amministrativo		86	86
40 Ausiliari Specializzati		31	31
DIRE Direttore			0
ERED Erede			0
	25	2192	2217

Tab. n. 9 – Personale Dipendente al 01/01/2020 distinto in Femmine e Maschi

Sintesi Figura		
ASANCOOR - Collaboratore Professionale Sanitario - Assistente Sanitario		3
ASOC - Collaboratore professionale -assistente sociale-(ric.C.C.N.L.20.09.2001)		62
ASOESP - Collaboratore prof.le assistente sociale senior		9
ASSA - Assistente Amministrativo		196
ASS - Ausiliario Specializzato addetto ai servizi socio-assistenziali		19
ASS SPEC - Ausiliario Socio Sanitario Specializzato		4
AST GEOM - Assistente Tecnico - Geometra		3
AST PCED - Programmatore di C.E.D.		9
AST PELT - Assistente Tecnico Perito Industriale Elettrotecnico		1
ATEC - Assistente Tecnico		8
ATPERITO - Ass. Tecnico - Perito Industriale		2
AUDICOLL - Coll.re prof.le sanitario Audiometrista		1
AUSTEC - Ausiliario Specializzato		17
BIODIR1L - Dirigente Biologo		19
BIODIRIP - Biologo dirigente con incarico professionale		10
BIODIRSS - Dirigente Biologo con incarico di struttura semplice		7
COAA - Coadiutore Amministrativo		136
COAAESP - Coadiutore Amministrativo senior		27
COLA - Collaboratore Amministrativo Professionale		81
COLAESP - Collaboratore amministrativo prof.le senior		10
COLEDUES - Collab.re prof.le san. senior educatore prof.le		1
COLESPAS - collab.prof.le san.senior a.s.v.		8
COLESPIN - Collaboratore prof.le sanitario senior -infermiere-		22
COLESPLA - collaboratore prof.le sanitario senior - tecnico laboratorio biomedico		3
COLESPOS - Collaboratore.prof.le sanitario senior - Ostetrica		2
COLTEC - Collaboratore tecnico professionale		12
COMA PFV - Comando in Entrata (Pagamento Fisse e Variabili)		1
COMMESSE - Commesso		30
DAVV - Dirigente Avvocato/Procuratore Legale		4
DAVVSC - Dirigente Avvocato Struttura Complessa		1
DAVVSS - Dirigente Avvocato/Procuratore Legale Strutt. Semplice		1
DCHIM - Dirigente Chimico		3
DCHIMIP - Dirigente Chimico con incarico professionale		1
DIETCOOR - Collaboratore Professionale Sanitario Dietista		2
DIRAMM - Dirigente Amministrativo		14
DIRAMMIP - Dirigente Amministrativo con incarico professionale		2
DIRAMMSC - Dirigente amministrativo con incarico di struttura complessa		9
DIRAMMSS - Dirigente amministrativo con incarico di struttura semplice		2
DIRING - Dirigente Ingegnere		3
DIRINGSC - Dirigente Ingegnere con incarico di struttura complessa		1
DPSIC - Dirigente Psicologo		29

DPSICIP - Dirigente Psicologo con incarico professionale	8
DPSICSC - Dirigente Psicologo con incarico di struttura complessa	2
DPSICSS - Dirigente Psicologo con incarico di struttura semplice	5
DSOC - Dirigente Sociologo	9
DSOCIP - Dirigente Sociologo con incarico professionale	1
DSOCSC - Dirigente Sociologo con incarico di struttura complessa	2
DSOCSS - Dirigente Sociologo con incarico di struttura semplice	1
EDUCOLL - COLL. PROF.SAN. EDUCATORE PROFESSIONALE	6
FARDIR1L - Dirigente Farmacista	35
FARDIRIP - Farmacista dirigente con incarico professionale	3
FARDIRSS - Dirigente farmacista con incarico di struttura semplice	11
FISDIR1L - Dirigente Fisico	1
INFERM - INFERMIERE GENERICO E PSICH. ESPERTO (C)	11
INF GEN - Infermiere Generico	1
INPRCOOR - Collaboratore Professionale Sanitario - Infermiere	1494
LAB COLL - Collaboratore Professionale Sanitario - Tecnico Sanitario Laboratorio medico (ric.CCNL 20.09.2001)	1
LAB COOR - Collaboratore Professionale Sanitario-Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico	63
LOGO RIC - Collaboratore Prof.le sanitario - Logopedista	2
MASSCOOR - Collaboratore Professionale Sanitario Massaggiatore non vedente	2
MED COND - Dirigente Medico ex condotto	1
MEDDIR1L - Dirigente Medico	754
MEDDIRCQ - Direttore medico con incarico quinquennale responsabile struttura complessa	17
MEDDIRIP - Dirigente medico con incarico professionale	71
MEDDIRS1 - Dirigente medico con incarico uos con incarico 15 septies	2
MEDDIRSC - Dirigente medico con incarico struttura complessa	31
MEDDIRSS - Dirigente medico con incarico struttura semplice	88
NEURCOLL - Coll. Prof. Sanitario-Tecnico di Neurofisiopatologia (ric.CCNL 20.09.2001)	6
NEURCOOR - Collaboratore Professionale Sanitario-Tecnico di Neurofisiopatologia	1
OPAUDIOP - Coll. Prof.le sanitario - tecnico audioprotesista - (ric.CCNL 20.09.2001)	1
OPRVCOLL - Coll. Prof. San. - Pesonale Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	69
OPTECAUS - Operatore tecnico autista soccorritore ex CRI ad esaurimento cat B	1
OPTECVID - Operatore tecnico -videoterminalista-	22
ORTOCOOR - Collaboratore Professionale Sanitario Ortottista	3
O.S.S. - Operatore socio sanitario	157
OST COOR - Collaboratore Professionale Sanitario Ostetrica	62
OTACCALA - Operatore Tecnico Accalappiacani	1
OT AUTI - Operatore Tecnico Autista	18
OTC AUTA - Op.Tecnico Coordinatore Autista Ambulanza	1
OTC ELET - Operatore Tecnico Specializzato Eletttricista	3
OTCENTRA - Operatore Tecnico Centralinista	11
OTC IELE - Op.Tecnico Coordinatore Impianti Elettrici	1
OTC SAMB - Operatore Tecnico Coordinatore Servizio Ambulanza	2
OTCU - Operatore Tecnico -Custode -	2
OTDISIN - Operatore Tecnico - Disinfettore -	1

OTECCOOR - Operatore Tecnico Specializzato	1
OTECSEAA - Operatore Tecnico Specializzato Esperto autista Ambulanza	28
OT ELE - Operatore Tecnico Eletttricista	3
OTFORNOI - Operatore Tecnico Fornoinceneritore	2
OTGENVAP - Operatore tecnico spec.esperto -conduttore di caldaia	2
OTIDR - OPERATORE TECNICO IDRAULICO	2
OT IMBIA - Operatore tecnico imbianchino	1
OT LAGU - Operatore Tecnico di Lavanderia e Guardaroba	1
OT LAVAS - Operatore Tecnico addetto alle lavastoviglie	1
OT MAGA - Operatore Tecnico magazziniere	8
OT MURA - Operatore tecnico muratore	1
OT - Operatore tecnico	23
OTPC - Operatore Tecnico Personal Computer	6
OTSAUTAM - Operatore Tecnico Special. Autista Ambulanze	38
OTSCENTE - Operatore Tecnico Specializzato Esperto Centralinista	8
OTSEC - OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO CUSTODE	1
OTSPCUOC - Operatore tecnico specializzato - cuoco	1
OT SSA - Operatore tecnico addetto ai servizi socio-assistenziali	2
OTVAPORE - Operatore tecnico specializzato - conduttore di caldaia	1
PINFCOOR - Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere (ric.CCNL 20.09.2001)	9
PUERESPE - Puericultrice Esperta	39
PUERIC - Puericultrice	3
RAD COOR - Collaboratore Professionale Sanitario-Tecnico Sanitario Radiologia Medica	95
TRIACOOR - Collaboratore Professionale Sanitario Fisioterapista	37
TRIA RIC - Terapista della Riabilit. ricoll.art.68 dpr384	1
VETDIR1L - Dirigente Veterinario	60
VETDIRIP - Dirigente veterinario con incarico professionale	15
VETDIRSC - Dirigente veterinario con incarico di struttura complessa	1
VETDIRSS - Dirigente veterinario con incarico di struttura semplice	11
VINFCOLL - Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere Pediatrico (ric.CCNL 20.09.2001)	28
VINFCOOR - Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere Pediatrico	80
TOTALE	4.268,00

Tab. n.10 – Sintesi di figura

(dati Tab. n. 9 e Tab n. 10, pervenuti con PEC/gru del 29/01/2020)

Le risorse economico-finanziarie

Dal punto di vista istituzionale la Regione è l'interlocutore principale per l'Azienda in quanto il finanziamento è definito dall'Assessorato regionale, che orienta il governo economico sulla base della programmazione sanitaria espressa nel Piano Sanitario Regionale. In concreto, la Regione ha in carico la gestione della politica sanitaria rivolta ai propri cittadini e la realizza attraverso l'attività delle aziende sanitarie, per le quali individua le priorità di intervento attraverso la definizione e l'assegnazione di specifici obiettivi, che sono definiti sia nel Piano Sanitario Regionale, sia negli obiettivi di mandato conferiti ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie.

Il Bilancio di Previsione rappresenta il punto di partenza nell'individuazione delle risorse finanziarie a disposizione. Il dettaglio di seguito riportato evidenzia gli elementi più significativi e gli scostamenti dei dati rispetto all'anno precedente. Il Bilancio di previsione tiene conto del Piano degli Investimenti, allegato allo stesso, nei limiti della disponibilità finanziaria.

(dati richiesti con nota prot. n. 1627/vru.p del 07/01/2020, pervenuti con nota prot. n. 14637/gef del 27/01/2020)

CONTO ECONOMICO		Importi: Euro		
SCHEMA DI BILANCIO <i>Decreto Interministeriale 20/03/2013</i>	Ann 2018	Anno 2017	VARIAZIONE 2018/2017	
			Importo	%
A) VALORE DELLA PRODUZIONE				
1) Contributi in c/esercizio	1.614.258.717	1.615.404.707	1.145.990	-0,1%
Contributi in c/esercizio - da				
a) Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale	1.613.958.717	1.615.404.707	1.445.990	-0,1%
b) Contributi in c/esercizio - extra fondo	300.000	-	300.000	-
Contributi da Regione o				
1) Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati	-	-	-	-
Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) -				
2) Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura LEA	-	-	-	-
Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) -				
3) Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura extra LEA	-	-	-	-
Contributi da Regione o				
4) Prov. Aut. (extra fondo) - altro	300.000	-	300.000	-
Contributi da aziende				
5) sanitarie pubbliche (extra fondo)	-	-	-	-
Contributi da altri soggetti				
6) pubblici	-	-	-	-
c) Contributi in c/esercizio - per ricerca	-	-	-	-
1) da Ministero della Salute per ricerca corrente	-	-	-	-
2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata	-	-	-	-
3) da Regione e altri soggetti pubblici	-	-	-	-
4) da privati	-	-	-	-

d) Contributi in c/esercizio - da privati	-	-	-	-	
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	6.453.090	10.123.767	3.670.677	-36,3%	
Utilizzo fondi per quote inutilizzate					
3) contributi vincolati di esercizi precedenti	7.476.700	3.802.543	3.674.157	96,6%	
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	112.295.054	119.524.225	7.229.171	-6,0%	
Ricavi per prestazioni sanitarie					
a) e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche	106.454.085	100.527.397	5.926.688	5,9%	
b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia	1.359.602	1.406.038	46.436	-3,3%	
c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro	4.481.367	17.590.790	13.109.423	-74,5%	
5) Concorsi, recuperi e rimborsi	2.361.537	2.024.974	336.563	16,6%	
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	6.262.541	6.579.203	316.662	-4,8%	
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	4.808.601	4.595.904	212.697	4,6%	
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-	-	-	
9) Altri ricavi e proventi	1.478.564	1.789.715	311.151	-17,4%	
Totale A)	1.742.488.624	1.743.597.504	1.108.880	-0,1%	
B) COSTI DELLA PRODUZIONE					
1) Acquisti di beni	199.482.999	181.660.440	17.822.559	9,8%	
a) Acquisti di beni sanitari	195.849.645	178.620.091	17.229.554	9,6%	
b) Acquisti di beni non sanitari	3.633.354	3.040.349	593.005	19,5%	
2) Acquisti di servizi sanitari	1.087.004.001	1.060.518.347	26.485.654	2,5%	
a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	124.522.045	121.683.568	2.838.477	2,3%	
b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	155.959.222	156.895.961	936.739	-0,6%	
c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	166.000.853	166.649.251	648.398	-0,4%	
d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	73.159.464	72.265.143	894.321	1,2%	
e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	23.253.333	24.246.604	993.271	-4,1%	
f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	13.143.624	13.548.410	404.786	-3,0%	
g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	426.099.534	417.603.248	8.496.286	2,0%	
h) Acquisti prestazioni di psichiatrica residenziale e semiresidenziale	3.651.342	2.710.198	941.144	34,7%	
i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F	62.507.690	57.893.620	4.614.070	8,0%	

j)	Acquisti prestazioni termali in convenzione	1.745.324	1.431.486	313.838	21,9%
k)	Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	6.356.809	6.196.803	160.006	2,6%
l)	Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	15.439.053	11.523.970	3.915.083	34,0%
m)	Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	1.260.806	1.278.947	18.141	-1,4%
n)	Rimborsi Assegni e contributi sanitari	1.283.333	855.780	427.553	50,0%
o)	Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	4.262.859	1.594.666	2.668.193	167,3%
p)	Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	8.358.710	4.140.692	4.218.018	101,9%
q)	Costi per differenziale Tariffe TUC	-	-	-	-
3)	Acquisti di servizi non sanitari	52.540.787	55.518.073	2.977.286	-5,4%
a)	Servizi non sanitari	51.740.378	54.632.525	2.892.147	-5,3%
b)	Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	561.104	503.674	57.430	11,4%
c)	Formazione	239.305	381.874	142.569	-37,3%
4)	Manutenzione e riparazione	17.088.078	22.425.032	5.336.954	-23,8%
5)	Godimento di beni di terzi	5.796.647	5.841.212	44.565	-0,8%
6)	Costi del personale	257.283.883	258.603.141	1.319.258	-0,5%
a)	Personale dirigente medico	109.468.936	110.357.506	888.570	-0,8%
b)	Personale dirigente ruolo sanitario non medico	13.362.282	13.387.654	25.372	-0,2%
c)	Personale comparto ruolo sanitario	93.290.541	93.778.015	487.474	-0,5%
d)	Personale dirigente altri ruoli	4.290.917	4.350.638	59.721	-1,4%
e)	Personale comparto altri ruoli	36.871.207	36.729.328	141.879	0,4%
7)	Oneri diversi di gestione	5.126.415	7.140.414	2.013.999	-28,2%
8)	Ammortamenti	4.827.283	4.634.736	192.547	4,2%
a)	Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	23.148	30.014	-6.866	-22,9%
b)	Ammortamenti dei Fabbricati	2.541.042	2.493.123	47.919	1,9%
c)	Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	2.263.093	2.111.599	151.494	7,2%
9)	Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	-	-	-	-
10)	Variazione delle rimanenze	1.875.122	1.249.324	3.124.446	-250,1%
a)	Variazione delle rimanenze sanitarie	1.951.877	1.187.289	3.139.166	-264,4%

b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	76.755	62.035	14.720	23,7%
11) Accantonamenti	98.953.815	77.939.177	21.014.638	27,0%
a) Accantonamenti per rischi	70.657.105	48.969.716	21.687.389	44,3%
b) Accantonamenti per premio operosità	1.100.000	1.200.000	100.000	-8,3%
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	16.355.000	16.355.447	-447	0,0%
d) Altri accantonamenti	10.841.710	11.414.014	572.304	-5,0%
Totale B)	1.726.228.786	1.675.529.896	50.698.890	3,0%
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	16.259.838	68.067.608	51.807.770	-76,1%
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI				
1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari	596.435	116.979	479.456	409,9%
2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	6.628	4.014.510	4.007.882	-99,8%
Totale C)	589.807	3.897.531	4.487.338	-115,1%
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE				
1) Rivalutazioni	-	-	-	-
2) Svalutazioni	-	-	-	-
Totale D)	-	-	-	-
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI				
1) Proventi straordinari	4.993.150	4.478.504	514.646	11,5%
a) Plusvalenze	-	-	-	-
b) Altri proventi straordinari	4.993.150	4.478.504	514.646	11,5%
2) Oneri straordinari	2.622.488	41.800.847	39.178.359	-93,7%
a) Minusvalenze	-	-	-	-
b) Altri oneri straordinari	2.622.488	41.800.847	39.178.359	-93,7%
Totale E)	2.370.662	37.322.343	39.693.005	-106,4%
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	19.220.307	26.847.734	7.627.427	-28,4%
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO				

1) IRAP	18.856.586	19.165.261	308.675	-1,6%
a) IRAP relativa a personale dipendente	16.061.573	16.409.937	348.364	-2,1%
b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	2.795.013	2.699.474	95.539	3,5%
c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	-	55.850	55.850	-100,0%
d) IRAP relativa ad attività commerciali	-	-	-	-
2) IRES	41.425	50.381	-8.956	-17,8%
3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)	43	-	43	-
Totale Y)	18.898.054	19.215.642	317.588	-1,7%
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	322.253	7.632.092	7.309.839	-95,8%

Tab. n. 11 Conto Economico

3.2 Mandato istituzionale e missione

L'azienda è un Ente Pubblico che risponde ai fabbisogni di salute della popolazione attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie.

La missione istituzionale dell'ASL Napoli 3 Sud:

NEI CONFRONTI DELLA POPOLAZIONE:

- ❖ **RESTITUIRE** la fiducia nell'istituzione pubblica sanitaria;
- ❖ **RISPONDERE** alla domanda di salute, sia in termini di restituzione della stessa attraverso la diagnosi e la cura, sia di prevenzione dello stato di malattia, in termini di appropriatezza, di puntualità e rispetto dei protocolli nell'esecuzione delle prestazioni, nel rispetto dei valori etici e della dignità delle persone;
- ❖ **CONIUGARE** l'assistenza sanitaria con gli interventi sociali necessari ed indispensabili per l'integrazione degli interventi in sinergia con tutte le istituzioni pubbliche preposte e con le associazioni di volontariato no profit;
- ❖ **ATTUARE** strategie per il consenso partecipato, attraverso la comunicazione e la informazione trasparente e continua per la comprensione e la partecipazione ai percorsi organizzativi di ristrutturazione ed alle strategie di riorganizzazione;
- ❖ **PROMUOVERE** il valore della sicurezza negli ambienti e luoghi di lavoro per la prevenzione degli infortuni, delle malattie professionali, anche attraverso percorsi didattici e d'informazione;
- ❖ **POTENZIARE** i controlli e la vigilanza sul rispetto delle norme sulla sicurezza;
- ❖ **ATTUARE** i sistemi di rilevazione della qualità percepita promuovendo l'audit civico

NEI CONFRONTI DEGLI OPERATORI

- **RESTITUIRE** il senso di appartenenza all'Azienda con il rispetto dei valori fondamentali del Servizio alla Collettività e con il perseguimento in ciascuna azione dell'interesse Pubblico;
- **SCEGLIERE** e **PERSEGUIRE** percorsi formativi mirati alla qualificazione professionale ed al miglioramento continuo della qualità delle prestazioni;
- **ADOTTARE**, attraverso la partecipazione diretta di tutte le professionalità, procedure di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza;
- **VALORIZZARE** le professionalità interne all'azienda stimolando la competizione positiva, ripristinando il valore della meritocrazia

NEI CONFRONTI DELLE ISTITUZIONI PUBBLICHE

- ✓ **ALLINEARE** l'Azienda alle direttive della Leggi Regionali di competenza;
- ✓ **ADOTTARE** strategie sinergiche per la razionalizzazione e la condivisione delle risorse disponibili;
- ✓ **PROMUOVERE** il mutuo scambio delle "buone pratiche";
- ✓ **CONDIVIDERE E COMUNICARE** l'organizzazione e le scelte di gestione per instaurare un percorso parallelo d'interventi mirati che rispettano la competenza di ciascuno

La missione è quella di tutelare la salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente nel proprio ambito territoriale, garantendone la migliore qualità di vita possibile e di assicurare i livelli uniformi di assistenza indicati nel Piano Sanitario Nazionale e nel Piano Sanitario Regionale. Tale obiettivo è perseguito fornendo servizi erogati direttamente o da altre strutture del SSN, pubbliche o private accreditate.

L'Azienda, nell'ambito delle risorse disponibili ed in coerenza con la programmazione sanitaria nazionale e regionale, assicura agli utenti, in relazione al fabbisogno assistenziale, l'accesso informato e la fruizione appropriata e condivisa dei servizi sanitari di diagnosi, cura e riabilitazione, nonché di prevenzione e di educazione alla salute.

Al centro della missione aziendale sono:

- l'utente, al quale garantire il servizio in campo assistenziale e socio-assistenziale;
- la comunità, verso la quale l'organizzazione si relaziona rispetto al mandato;
- il professionista e l'organizzazione stessa, che debbono garantire coerenza, qualità, continuità e compatibilità etica ed economica nell'erogazione del servizio

In un quadro di estrema complessità e dinamicità come quello attuale la Direzione Aziendale si è concentrata sulla strategia emergente, cioè leggendo ed interpretando il contesto di riferimento ha identificato le connessioni e le sinergie possibili e le ha ricondotte ad un percorso che sia in linea con le normative nazionali e regionali.

I principali assett sui quali si focalizza la strategia aziendale riguardano principalmente:

- La rete ospedaliera
- La rete territoriale
- Le funzioni di garanzia e committenza dei Distretti
- Le relazioni con le altre Aziende dell'area metropolitana
- Le innovazioni organizzative e i nuovi processi di budget
- La sostenibilità economico finanziaria
- Lo sviluppo e valorizzazione delle competenze
- Lo sviluppo dell'area di supporto Tecnica ed Amministrativa.

3.3 Albero della performance

L'Albero della performance è la mappa logica che rappresenta i legami tra mandato istituzionale, *mission*, aree di intervento, obiettivi strategici ed obiettivi operativi.



Fig. n. 3 Albero della Performance

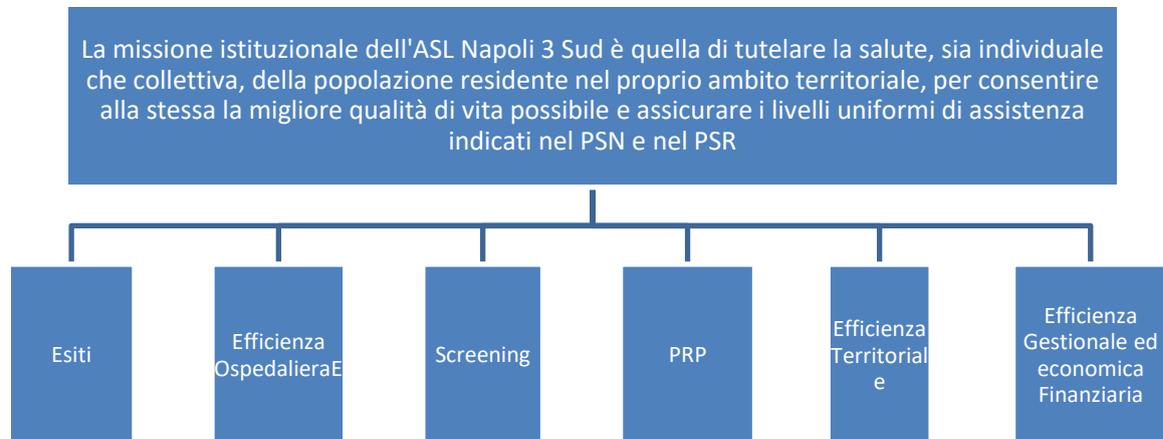
Gli obiettivi strategici per l'anno 2020 sono stati incardinati nelle linee strategiche di seguito rappresentate e definiti nel documento "Linee di indirizzo e piano degli obiettivi strategici aziendali" (Allegato 2), che sarà illustrato ai Direttori dei Dipartimenti Ospedalieri e Territoriali e ai Direttori dei Distretti Sanitari nella Riunione del Collegio di Direzione, al fine di acquisire ulteriori input e proposte per la negoziazione degli obiettivi operativi, che saranno oggetto di successiva deliberazione di assegnazione.

I suddetti obiettivi, nelle more di ricevere indicazioni dell'Assessorato Regionale competente, sono stati definiti in continuità con gli obiettivi dell'anno 2019, laddove pertinente e sulla base dei risultati preliminari.

Di seguito è rappresentato il collegamento fra la mission aziendale e le linee strategiche individuate.

Tavola 1

L'albero della performance: il collegamento fra *mission* e linee strategiche



4 Analisi del contesto

4.1 Analisi del contesto esterno

L'ASL Napoli 3 Sud opera su tutto il territorio della provincia di Napoli e comprende, come già evidenziato sopra, i Comuni di: Brusciano, Mariglianella, Marigliano, San Vitaliano, Castello di Cisterna, Somma Vesuviana, Nola, Carbonara di Nola, Casamarciano, Liveri, San Paolo Bel Sito, Saviano, Scisciano, Visciano, Camposano, Cicciano, Cimitile, Comiziano, Roccarainola, Tufino, Volla, Cercola, Pollena Trocchia, Massa di Somma, Pomigliano d'Arco, Sant'Anastasia, Palma Campania, Ottaviano, San Giuseppe Vesuviano, San Gennaro Vesuviano, Poggiomarino, Striano, Terzigno, Castellammare di Stabia, S. Giorgio a Cremano, S. Sebastiano al Vesuvio, Ercolano, Torre Annunziata, Boscoreale, Boscotrecase, Trecase, Torre del Greco, Gragnano, Agerola, Casola di Napoli, Lettere, Pimonte, Pompei, S. Antonio Abate, Santa Maria La Carità, Sant'Agnello, Sorrento, Massa Lubrense, Meta di Sorrento, Vico Equense, Piano di Sorrento

L'ASL Na3 Sud presenta un'alta densità abitativa (DA) pari a 1.675,83 abitanti/ Km²: con una popolazione di circa 1.064.653 abitanti distribuiti in 57 comuni su una superficie pari a 635,3 Km².

I comuni che fanno parte dell'ASL Napoli 3 Sud e la popolazione residente al 01/01/2019 sono indicati nella Tab. n. 1

Nei comuni dell'ASL Napoli 3 Sud si è registrato dal 2014 un progressivo calo della popolazione residente:

(dati richiesti con nota prot. n. 1627/vru.p del 07/01/2020, pervenuti con nota prot. n. 16150/dp del 29/01/2020)

ASL NA 3 SUD	Anno	0-14 anni	15-64 anni	65+ anni	Totale	Età media
	2010	186.192	721.615	158.455	1.066.262	38,7
2011	184.159	720.705	161.452	1.066.316	39,0	
2012	180.138	713.119	165.717	1.058.974	39,4	
2013	178.557	710.425	170.724	1.059.706	39,7	
2014	178.651	717.931	177.333	1.073.915	40,0	
2015	175.161	716.947	181.385	1.073.493	40,3	
2016	172.271	715.922	184.726	1.072.919	40,6	
2017	168.690	713.539	188.505	1.070.734	41,0	
2018	165.867	713.196	190.783	1.069.846	41,3	
2019	162.155	708.349	194.149	1.064.653	41,6	

Tab. n. 12 Popolazione residente dal 2010 al 2019

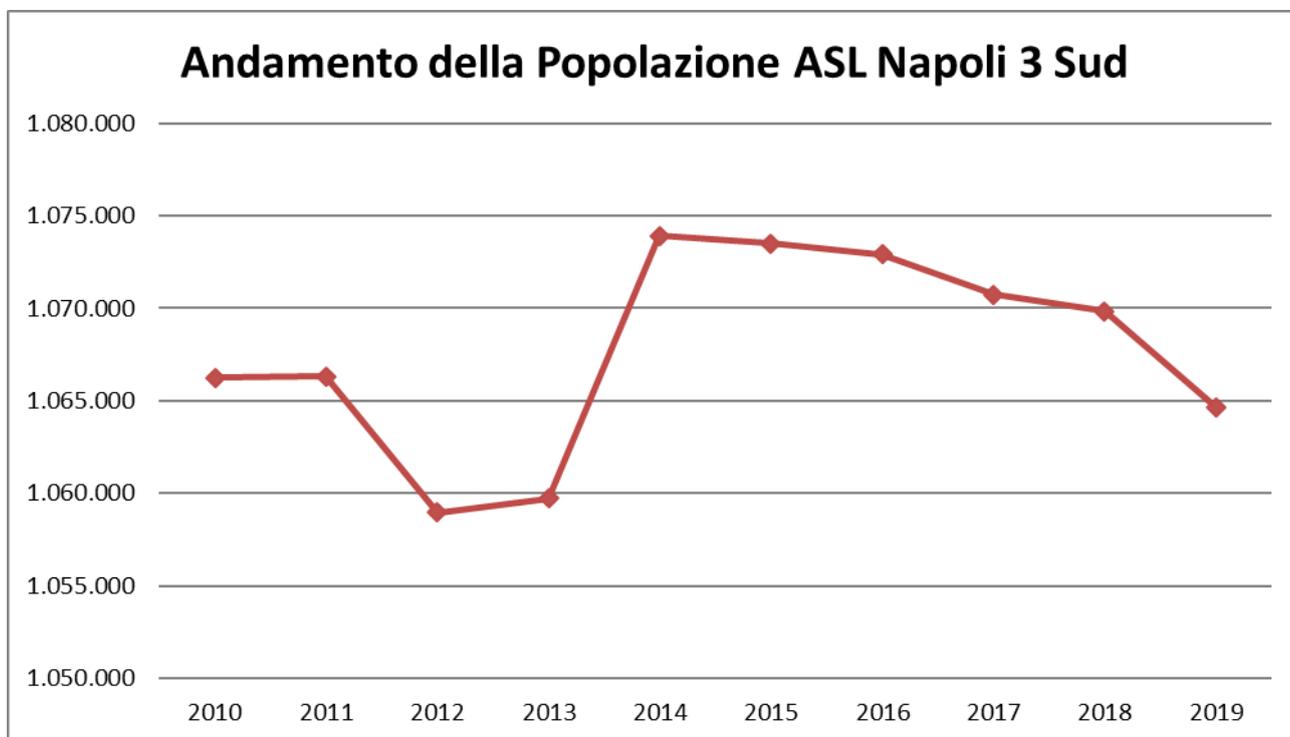


Grafico n. 1 Andamento della popolazione residente dal 2010 al 2019

ASL NA 3 SUD	Eta	Maschi		Femmine		Totale	
			%		%		%
	0-14	83.564	7,85	78.591	7,38	162.155	15,23
	15-64	349.405	32,82	358.944	33,71	708.349	66,53
	> 65	85.381	8,02	108.768	10,22	194.149	18,24
		518.350	48,69	546.303	51,31	1.064.653	100,00

Tab. n. 13 Struttura della popolazione 2019 nel territorio dell'ASL Napoli 3 Sud.

L'analisi della struttura per età di una popolazione considera tre fasce di età: **giovani** 0-14 anni, **adulti** 15-64 anni e **anziani** 65 anni ed oltre

In base alle diverse proporzioni fra tali fasce di età, la struttura di una popolazione viene definita di tipo *progressiva*, *stazionaria* o *regressiva* a seconda che la popolazione giovane sia maggiore, equivalente o minore di quella anziana. Lo studio di tali rapporti è importante per valutare alcuni impatti sul sistema sociale, ad esempio sul sistema lavorativo o su quello sanitario

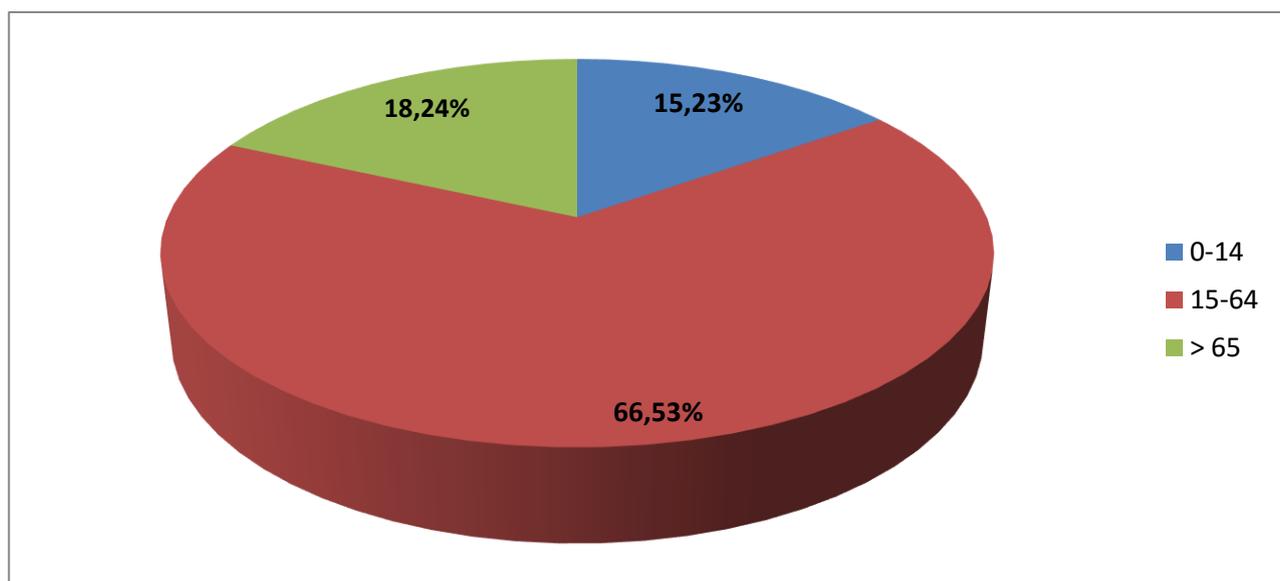


Grafico n. 2 Struttura della popolazione 2019(giovani 0-14 anni, adulti 15-64 anni e anziani 65 anni ed oltre)

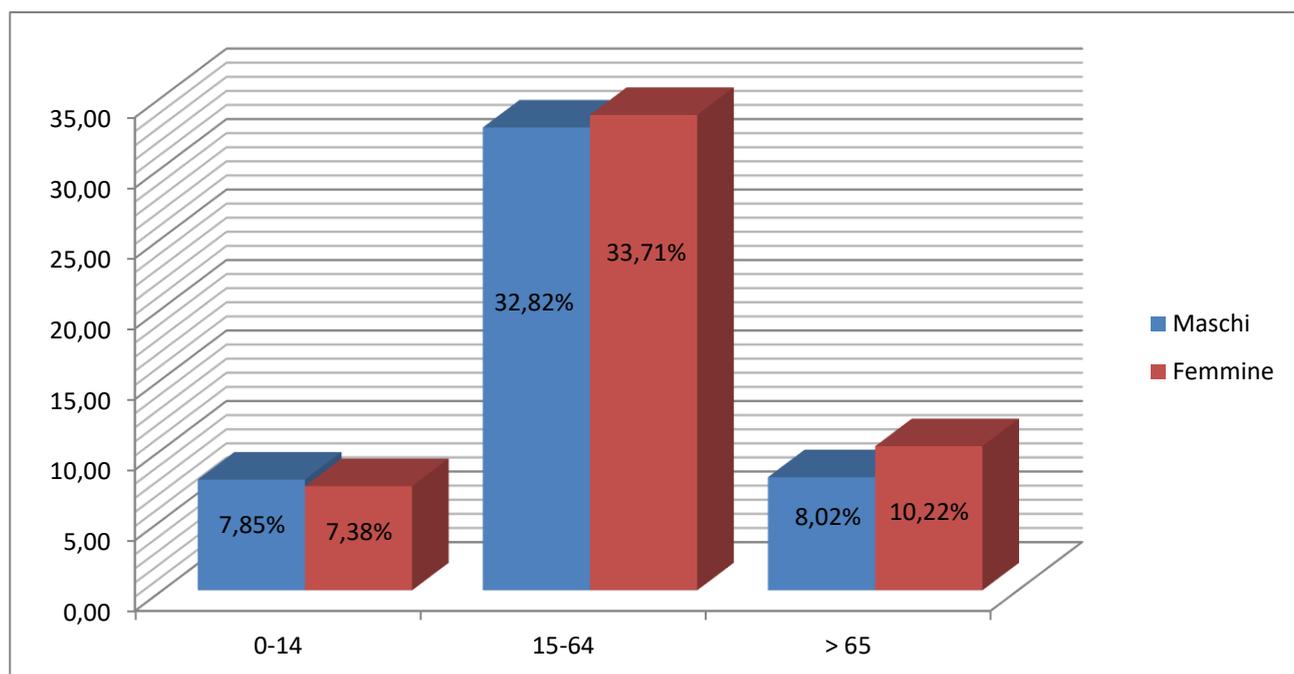


Grafico n. 3 Struttura della popolazione 2019 distinta:

- maschi, femmine
- giovani 0-14 anni, adulti 15-64 anni e anziani 65 anni ed oltre)

Anno	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza strutturale	Indice di ricambio della popolazione attiva	Indice di struttura della popolazione attiva	Indice di carico figli per donna feconda	Indice di natalità (x 1.000 ab.)	Indice di mortalità (x 1.000 ab.)
	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1 gen-31 dic	1 gen-31 dic
2010	88,3	47,9	89,2	93,2	21,9	10,6	8,2
2011	91,2	48,2	92,6	95,5	21,7	10,3	8,3
2012	95,5	48,9	93,7	99,9	21,3	9,9	8,5
2013	99,1	49,6	94,2	102,0	21,1	9,7	8,5
2014	102,8	50,1	93,0	104,6	20,7	9,1	8,4
2015	107,3	50,4	94,9	106,9	20,4	9,1	9,0
2016	111,2	50,7	96,5	109,0	20,1	8,9	8,7
2017	116,1	50,9	96,9	111,0	19,8	8,8	9,1
2018	119,8	51,0	98,9	112,8	19,7	8,6	8,8
2019	125,1	51,3	101,7	114,9	19,5	-	-

Tab. 14 Principali indici demografici calcolati sulla popolazione residente nei comuni dell'ASL Napoli 3 Sud.

Si rappresentano di seguito i dati relativi la distribuzione della popolazione straniera residente nei comuni dell'ASL Napoli 3 Sud:

Anno	Maschi		Femmine		Totale
		%		%	
2010	8.092	38,91	12.703	61,09	20.795
2011	9.262	39,60	14.125	60,40	23.387
2012	7.913	38,92	12.421	61,08	20.334
2013	9.481	40,76	13.780	59,24	23.261
2014	12.007	42,46	16.273	57,54	28.280
2015	13.793	44,63	17.114	55,37	30.907
2016	15.895	47,02	17.911	52,98	33.806
2017	16.938	47,99	18.358	52,01	35.296
2018	20.059	51,71	18.733	48,29	38.792
2019	19.429	50,57	18.992	49,43	38.421

Tab. 15 Distribuzione della popolazione straniera residente dei comuni ASL Napoli 3 Sud

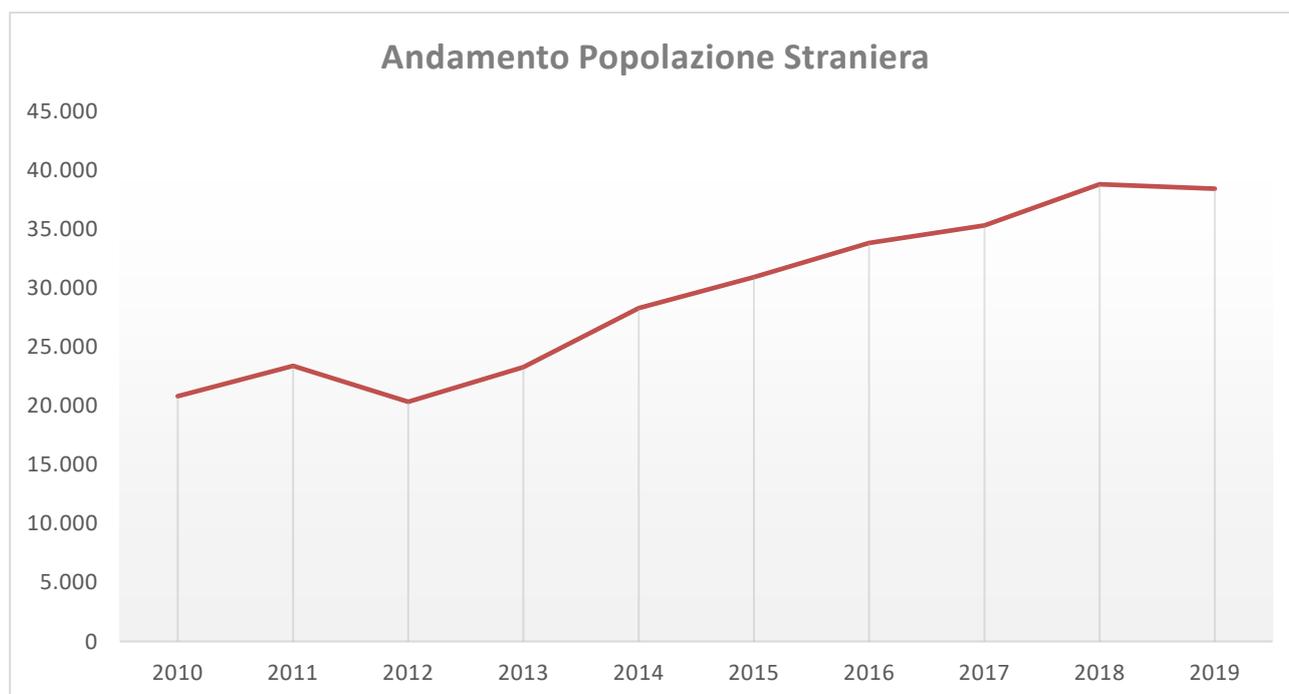


Grafico n. 4 Andamento della popolazione straniera residente dal 2010 al 2019

L'ASL Napoli 3 Sud opera in collegamento con gli Enti locali e riconosce e valorizza il ruolo degli organismi di partecipazione (Comitato Consultivo, Associazioni di volontariato, dei pazienti e dei loro familiari), oltre che promuovere forme di coinvolgimento diretto del cittadino, che può interagire con l'Azienda anche attraverso l'URP.

Il contesto esterno si completa con il quadro normativo inerente ad obiettivi di contenimento dei costi, con l'obiettivo finale dell'equilibrio di bilancio.

I dati demografici ed epidemiologici saranno oggetto di successivo, specifico documento “**Relazione Sanitaria**”

4.2 Analisi del contesto interno

L'Atto Aziendale approvato con del. 375/2017 definisce l'assetto organizzativo e funzionale dell'Azienda, come rappresentato nell'Allegato 1 “Organigramma delle strutture organizzative”, allegato al presente Piano e parte dell'Atto Aziendale. I conseguenti atti amministrativi adottati dall'Azienda o da adottare sono finalizzati a dare concreta e completa attuazione a quanto previsto in termini di dotazione organica e di organizzazione dei servizi, tenendo anche conto della riorganizzazione della rete ospedaliera regionale come approvata con D.CA del 2018.

L'Azienda a tutt'oggi affronta le criticità relative al deficit di capitale umano e sebbene i livelli di assistenza siano garantiti, tuttavia il fattore critico relativo alle risorse umane influenza in maniera significativa i livelli quantitativi delle prestazioni erogate.

Analisi SWOT (All. n. 3)

5. Gli obiettivi strategici

La Direzione Aziendale ha individuato le linee strategiche di intervento e gli obiettivi strategici di salute e funzionamento per l'anno 2020, come definiti nella tabella “Linee di indirizzo e piano degli obiettivi strategici aziendali” allegato al presente Piano (All. n. 2)

Tali obiettivi, nelle more di ricevere indicazioni dall'Assessorato Regionale competente, sono stati definiti in continuità con gli obiettivi già individuati negli anni pregressi e attualmente in corso di implementazione, tenendo conto dei risultati ottenuti, dei target e dei valori attesi, adeguandoli all'attuale contesto, salvo procedere successivamente al loro aggiornamento. La Direzione Aziendale illustrerà il Piano degli obiettivi strategici aziendali ai Direttori dei Dipartimenti Ospedalieri e Territoriali e ai Direttori dei Distretti Sanitari nella prima riunione utile del Collegio di Direzione, al fine di acquisire ulteriori input e proposte per la negoziazione degli obiettivi operativi. Gli obiettivi strategici potrebbero essere incardinati nelle seguenti linee strategiche, a ciascuna delle quali è possibile attribuire un peso:

- ❖ ESITI (peso 20): gli obiettivi tendono a migliorare la performance degli indicatori del P.N.E.
 - Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65;
 - Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun progresso cesareo);
 - Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI;

- Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post operatoria inferiore a 3 giorni.
- ❖ EFFICIENZA Ospedaliera (peso 15): gli obiettivi tendono a migliorare gli indici di produzione, qualità ed appropriatezza e l'erogazione dell'assistenza ospedaliera a vantaggio dell'assistito:
 - Miglioramento dell'efficienza dell'erogazione dell'assistenza ospedaliera a vantaggio dell'assistito.
- ❖ SCREENING (peso 30): gli obiettivi pianificano interventi strutturati per migliorare l'estensione degli Screening oncologici alla popolazione bersaglio:
 - Potenziamento Screening oncologici: cervico - carcinoma;
 - Potenziamento Screening oncologici: tumore della mammella;
 - Potenziamento Screening oncologici: tumore colonretto;
 - Adozione del test HPV – DNA;
 - Miglioramento dell'efficienza organizzativa al fine di aumentare l'adesione al programma screening.
- ❖ PROGRAMMI del Piano Regionale della Prevenzione (peso 10): gli obiettivi tendono ad attuare le linee programmatiche del Piano Regionale di Prevenzione:
 - Attuazione delle linee programmatiche regionali di prevenzione.
- ❖ EFFICIENZA Territoriale (peso 15): gli obiettivi sono volti a migliorare l'offerta dei servizi territoriali assicurando l'integrazione ospedale / territorio anche al fine di ridurre la ospedalizzazione:
 - Migliorare i percorsi assistenziali di integrazione territorio-ospedale e l'erogazione dei servizi sanitari di prevenzione ed assistenza.
- ❖ EFFICIENZA Gestionale ed Economico- Finanziaria (peso 10): gli obiettivi intendono revisionare processi e percorsi per una migliore efficacia a supporto dei servizi sanitari erogati e un razionale utilizzo delle risorse disponibili:
 - Migliorare i processi aziendali per una maggiore efficienza a supporto dei servizi sanitari e un razionale utilizzo delle risorse disponibili.

Per l'anno 2020, oltre a perseguire interventi di miglioramento dei livelli essenziali di assistenza (LEA), un'ipotesi potrebbe essere migliorare la performance di ulteriori obiettivi, già in corso di attuazione in Azienda:

- riorganizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera in funzione delle direttive regionali;
- sviluppo della organizzazione dipartimentale perseguendo un modello che garantisca una forte integrazione dell'ospedale con il territorio;
- ottimizzazione dei processi al fine di garantire la corretta completa e tempestiva trasmissione dei flussi informativi nazionali e regionali;
- miglioramento degli indici di produzione ospedaliera (degenza media, indice di occupazione, indice operatorio, etc);
- ottimizzazione dei tempi di ospedalizzazione per il trattamento delle acuzie;
- ottimizzazione dei tempi di utilizzo delle sale operatorie;
- controllo sulla qualità ed appropriatezza delle prestazioni;
- adozione di nuove modalità organizzative delle attività ambulatoriali ai fini della corretta rendicontazione nel flusso "C";
- completamento e miglioramento della informatizzazione aziendale;
- avvio della cartella clinica informatizzata;
- interventi/azioni diretti all'efficientamento energetico;

- attuazione dei Piani aziendali di prevenzione in aderenza agli obiettivi ed indicatori indicati dalla Regione nel nuovo P.R.P. ;
- promozione della salute pubblica veterinaria e della sicurezza degli alimenti;
- miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci;
- umanizzazione e comunicazione;
- revisione ed attuazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) delle principali patologie croniche per la presa in carico territoriale dei pazienti diabetici, scompensati, broncopneumopatici, etc;
- ottimizzazione dei tempi e delle procedure per usufruire dei servizi sanitari territoriali (cure palliative e hospice, assistenza domiciliare, assistenza integrativa, etc);
- miglioramento dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche;
- rispetto del budget negoziato sulle principali voci di bilancio (personale., farmaceutica, acquisti prestazioni sanitarie etc..);
- sviluppo della formazione individuale ai fini dello sviluppo delle competenze professionali;
- rispetto della normativa sulla anticorruzione e trasparenza;
- rispetto dei tetti di spesa dettati da norme nazionali e regionali;
- fornire servizi sanitari di alta qualità, erogare un numero di prestazioni, sia di ricovero che ambulatoriali, adeguate come volume e tipologia;
- utilizzare al meglio le risorse a disposizione sono obiettivi che dovrebbero essere soddisfatti da ogni azienda sanitaria
- ulteriori obiettivi che l'Assessorato della Salute assegnerà nel corso dell'anno.

La fisionomia dell'ospedale del distretto e delle strutture sanitarie in toto sta cambiando notevolmente nel corso degli anni: mentre nei decenni precedenti l'ospedale era considerato come il luogo di riferimento per qualsiasi problema di salute, erogando pertanto prestazioni ad un livello di assistenza spesso più intensivo, e quindi costoso, di quello necessario, ai nostri giorni deve essere luogo di riferimento per i soli bisogni sanitari caratterizzati da acuzie e gravità. Nell'ultimo decennio sono state pertanto messe in atto politiche di riorganizzazione incrementando la rete territoriale.

Oltre la modifica dei setting assistenziali si è cercato sempre più di rispettare l'appropriatezza, l'efficienza, l'efficacia, la qualità clinica e di processo.

Per *appropriatezza* si intende la capacità di erogare prestazioni efficaci ed adeguate ai bisogni dei pazienti, utilizzando il giusto impegno di risorse. Dal momento infatti che le risorse sono limitate, per consentire l'accesso tempestivo a prestazioni di buona qualità a chi ne ha davvero bisogno, occorre evitare un consumo delle risorse eccessivo e senza controllo.

Per *efficienza* si intende la capacità di utilizzare le minime risorse per il massimo raggiungimento dei risultati; per l'assistenza ospedaliera spesso l'efficienza viene misurata con la degenza media, utilizzato come indicatore proxy.

Per incrementare l'efficienza spesso occorre ricorrere a cambiamenti organizzativi: individuare i percorsi più appropriati, scegliendo se possibile setting assistenziali alternativi al ricovero, cercando di sviluppare continuità assistenziale con il territorio attraverso le dimissioni protette, utilizzando al meglio la risorsa delle sale operatorie.

In sanità infatti la qualità non è sinonimo di maggiori costi bensì di uso efficiente delle risorse. Quando si parla di efficacia si vanno ad analizzare i risultati clinici ovvero il miglioramento della salute del paziente. Per la misurazione dell'efficacia si utilizzano

indicatori di esito e di processo.

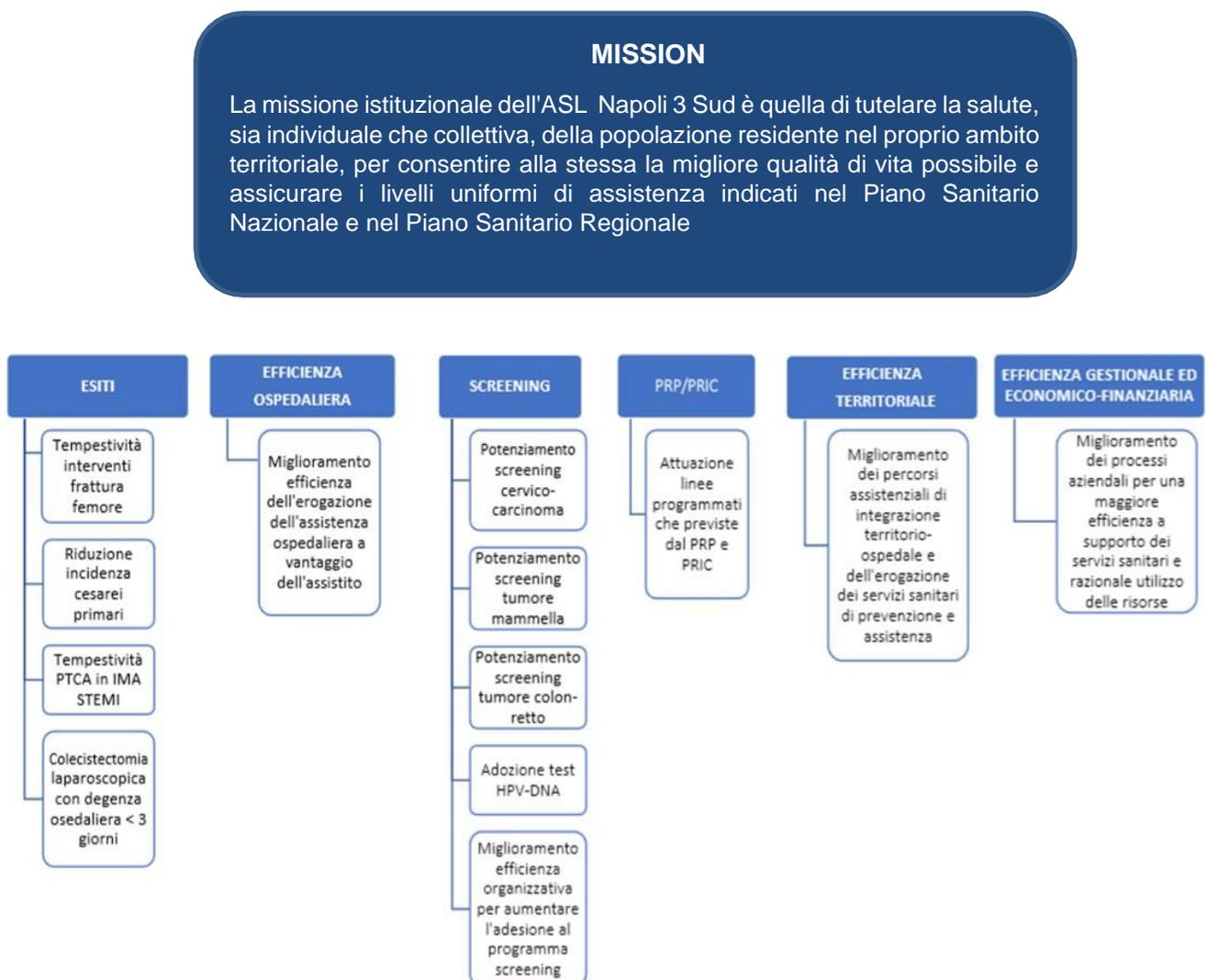
Ogni azienda sanitaria dovrebbe infine erogare prestazioni di elevata qualità dove, per qualità, si fa riferimento ad una molteplicità di fattori: la tempestività nell'erogazione della prestazione, l'adeguata adozione delle tecnologie strumentali così come delle procedure diagnostiche, la corretta esecuzione delle prestazioni sia sulla base di evidenze scientifiche che sulla condivisione tra professionisti, le complicità, le riammissioni.

Al fine del raggiungimento dell'appropriatezza, efficienza, efficacia, qualità clinica e di processo sono stati strutturati per le aziende sanitarie una molteplicità di indicatori; l'ASL Napoli 3 Sud ha strutturato una serie di indicatori aziendali volti a misurare e migliorare alcuni specifici aspetti: per il 2020 ad esempio sono stati strutturati una serie di indicatori per migliorare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali. Tutti gli obiettivi strategici di seguito dettagliati determinano la definizione di obiettivi operativi, sia organizzativi che individuali, da realizzare nel corso del 2020

Tavola 2

L'albero della performance:

il collegamento fra mandato linee strategiche e obiettivi strategici



5.1 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

La Direzione Aziendale nella prima riunione utile del Collegio di Direzione, illustra gli obiettivi strategici ai Direttori dei Dipartimenti Ospedalieri e Territoriali nonché ai Direttori dei Distretti Sanitari, al fine di acquisire ulteriori input e proposte nel processo di definizione degli obiettivi operativi, che saranno negoziati con i Responsabili di Struttura, secondo un calendario da definire e da concludersi entro il 20 marzo 2020 al fine di predisporre il dovuto atto deliberativo entro il 31 marzo 2020. Nella tabella allegata al presente piano, “Linee di indirizzo e piano degli obiettivi strategici aziendali (ALL: n. 2)” sono riportati per ogni obiettivo strategico, gli obiettivi operativi, gli indicatori, i valori attesi di risultato, i valori soglia – laddove pertinenti –, le unità operative responsabili del raggiungimento dell’obiettivo operativo. Gli obiettivi operativi in sede di negoziazione potranno essere oggetto di modifiche e integrazioni e sono suscettibili di aggiornamento in corso d’esercizio, in seguito a nuove disposizioni assessoriali e/o normative e/o per sopravvenute esigenze aziendali.

5.2 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale

Il contributo di ciascun dipendente al conseguimento degli obiettivi dell’articolazione cui afferisce rappresenta la performance individuale; presuppone la condivisione degli obiettivi e favorisce una comune visione dell’operatività basata sull’integrazione e sulla sinergia di differenti professionalità.

Attraverso un processo a cascata gli obiettivi della struttura vengono tradotti dal Responsabile dell’Unità Operativa in azioni che coinvolgono tutto il personale che opera nella stessa.

Il protocollo sul sistema premiante (che è parte del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance) lega la produttività e la retribuzione di risultato individuali alla performance organizzativa della struttura cui il dipendente è assegnato, in misura diversa in relazione al ruolo ricoperto e alla valutazione individuale di ciascun dipendente effettuata dal Dirigente superiore, secondo criteri e modalità individuati nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP), che una volta predisposto dovrà essere condiviso dalle OO.SS. e oggetto di validazione da parte dell’OIV.

La performance individuale del Dirigente Responsabile della struttura è determinata dalla performance organizzativa della U.O. e da altri ambiti di valutazione, tra i quali la capacità di valutazione del dipendente.

L’adozione del SMVP non più rinviabile prevede l’assegnazione di obiettivi individuali a tutto il personale e la valorizzazione, a consuntivo, dell’apporto di ciascun dipendente al raggiungimento degli obiettivi assegnati all’Unità operativa.

Tempi, parametri, punteggi e scale per la valutazione sono definiti negli accordi di categoria e recepiti nel suddetto SMVP per il Comparto e per la Dirigenza.

6. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del ciclo di gestione delle performance

6.1 Fasi soggetti e tempi del processo di redazione del Piano

L'obiettivo principale della nostra Azienda è la tutela della salute della popolazione residente e degli utenti dei servizi erogati.

Al fine di verificare la capacità di raggiungere tale obiettivo, la redazione del Piano della performance offre l'opportunità di individuare uno strumento condiviso, che analizza e valuta in modo multidimensionale le diverse aree organizzative ed assistenziali ed i bisogni di tutti i portatori di interesse.

Con riferimento ai soggetti coinvolti per giungere alla definizione dei contenuti del Piano Triennale, si rappresenta che la U.O.C VRU e Performance ha predisposto la bozza del Piano sulla base degli indirizzi e delle indicazioni della Direzione Strategica, coinvolgendo diversi attori, quali la U.O.C. Gestione del Personale, la U.O.C. GEF, U.O.C. Relazioni con il Pubblico (in qualità di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza) e U.O.C. Sistemi Informatici ICT. Di seguito la rappresentazione sintetica della tempistica del processo:

N	Fase del Processo	Triennio di Riferimento					
		Nov	Dic	Gen	Feb	Mar	Apr
	Avvio del processo di elaborazione del Piano						
	Definizione degli obiettivi di performance						
	Redazione del Documento						
	Condivisione del Piano della Performance						
	Approvazione ed adozione del Piano						
	Comunicazione del piano all'interno e all'esterno						
	Negoziare obiettivi						

Cronoprogramma n 1 Tempistica del Processo

Il Sistema di Misurazione e valutazione

Il Piano della Performance è lo strumento del ciclo di gestione della performance nel quale sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori, i target e gli standard. Su tali elementi si baserà la misurazione, la valutazione, la rendicontazione della performance. La rendicontazione dei risultati raggiunti verrà rappresentata nella Relazione sulla Performance, anch'essa strumento del Ciclo della performance, che, con riferimento agli obiettivi contenuti nel Presente Piano, dovrà essere prodotta entro il 30/06/2021. E' importante sottolineare che sono oggetto della misurazione e valutazione i fatti gestionali, le attività, le prestazioni, non le persone.

L'assegnazione di obiettivi e la definizione degli indicatori correlati per la misurazione dei risultati presuppongono l'individuazione di precisi criteri e scale di valutazione.

Gli obiettivi, valutati attraverso indicatori numerici ed afferenti a dimensioni quantitative (prestazioni, tassi, ecc.), sono misurati in percentuale al grado di raggiungimento dell'obiettivo stesso, definendo un eventuale margine di tolleranza (valore soglia) rispetto al target atteso, entro il quale l'obiettivo possa ritenersi raggiunto. La distribuzione dei pesi agli obiettivi è effettuata tenendo conto delle priorità aziendali e di ogni altra indicazione impartita dalla Direzione Strategica.

La misurazione della performance organizzativa viene, quindi, effettuata come sommatoria dei pesi riferiti agli obiettivi assegnati e misurati secondo i criteri di valutazione individuati.

Il processo di affidamento degli obiettivi

La necessità di individuare delle priorità tra i molteplici problemi e bisogni sanitari del contesto esterno da una parte, e le risorse limitate dall'altra, richiede l'analisi di una serie di input, per i quali è necessario poter contare sulla piena condivisione da parte di tutti gli operatori; di conseguenza durante la fase della negoziazione degli obiettivi di performance è richiesto un intenso confronto tra la Direzione Strategica e tutte le componenti aziendali, allo scopo di raccordare programmi e operatività e promuovere un'azione sinergica all'interno dell' Azienda, affinché si sviluppino obiettivi di sistema con un denominatore comune "salvaguardare il diritto alla salute dei cittadini /assistiti ".

Gli obiettivi di performance vengono assegnati dalla Direzione Aziendale a tutte le Strutture Complesse (Dipartimenti e UOC) e Strutture Semplici Dipartimentali (UOSD) previste dall'Atto Aziendale e individuati quali Centri di Responsabilità, nella fase di contrattazione degli obiettivi di performance (CdR) .

I titolari di detti CdR, sopra indicati, partecipano a tutti gli effetti al processo di affidamento degli obiettivi e, ricevuti gli obiettivi, a loro volta li assegnano ai dirigenti incardinati nelle strutture afferenti entro il 31 marzo 2020 (obiettivi affidati a cascata). La caratterizzazione dipartimentale degli obiettivi di performance vedrà il coinvolgimento dei Direttori di Dipartimento nella definizione degli indirizzi e nella assegnazione degli obiettivi operativi alle Strutture nonché nella individuazione di obiettivi a valenza dipartimentale che verranno attribuiti in modo uniforme sulle singole strutture appartenenti ai Dipartimenti stessi.

Nella declinazione degli obiettivi strategici in operativi è fondamentale che vengano rispettati i seguenti requisiti:

la coerenza con gli obiettivi strategici,

la convergenza con gli strumenti di pianificazione e programmazione,

il collegamento con un sistema informativo adeguato.

Il monitoraggio infra annuale dei risultati degli obiettivi di performance, attraverso un'analisi congiunta tra Direzione ed i Referenti degli obiettivi, consentirà la verifica della strategia programmata ed eventualmente l'adozione delle correzioni necessari per la risoluzione delle criticità.

Qualora dovesse essere necessario ricalibrare gli obiettivi si dovrà tenere traccia di tutte le modifiche effettuate e verbalizzate, anche ai fini della documentazione da predisporre per l'Organismo Indipendente di Valutazione.

La **Scheda degli Obiettivi**, a cura della UOC VRU e Performance, riporterà gli obiettivi operativi negoziati, nonché indicatori specifici, valori target e peso.

Gli Indicatori devono rispondere ai requisiti di:

- **pertinenza** rispetto ai fenomeni da misurare;
- **affidabilità e fattibilità** rispetto alla disponibilità dei dati necessari per il calcolo.

Il Valore Target, è il valore entro il quale l'indicatore si considera soddisfatto (totalmente o parzialmente).

Il Peso, è definito in relazione all'importanza strategica che l'obiettivo riveste.

6.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

La definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della Performance deve avvenire in maniera integrata con il processo di programmazione economico-finanziaria e con il bilancio aziendale (art. 5, c. 1 e art.10 c.1 lett.a D.lgs 150/2009). Si tratta di un principio di fondamentale importanza, perché un sistema di obiettivi è realmente sostenibile solo se è garantita la congruità tra le risorse effettivamente disponibili e le azioni da porre in essere per raggiungere gli obiettivi fissati.

Il Ciclo della performance è integrato con il ciclo di bilancio, costituendo l'uno la base degli indirizzi della programmazione economica e l'altro il vincolo alle risorse da assegnare nel rispetto dell'equilibrio economico di bilancio. Gli obiettivi sono assegnati in relazione alle risorse disponibili e previste dalla programmazione economica aziendale e non possono essere assegnati obiettivi correlati a risorse non programmate.

Infatti la definizione degli obiettivi strategici ed operativi da parte dell'azienda è preordinata anche alla determinazione delle azioni necessarie al loro raggiungimento e conseguentemente degli effetti economici indotti. In questo senso la sintesi del percorso di negoziazione degli obiettivi rappresenta proprio la base per la programmazione del Bilancio, intesa come stima delle risorse necessarie a coprire il fabbisogno espresso. Questo passaggio avverrà attraverso la negoziazione degli obiettivi di performance con i soggetti titolari del potere di negoziazione. Questa ulteriore dimensione programmatica, trasversale per natura rispetto a quella che proietta con il processo di negoziazione degli obiettivi aziendali sulle singole strutture interne, è proprio quella che consente di garantire una coerenza di percorso fra le azioni richieste alle strutture aziendali e le risorse messe in campo dall'azienda per renderne possibile la realizzazione. Il monitoraggio infra annuale attivo su entrambe le dimensioni consente infine di mantenere questa coerenza nel corso del tempo verificando parallelamente il rispetto del raggiungimento degli obiettivi istituzionali e di performance da parte delle strutture.

6.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di Gestione della Performance

In continuità con le azioni di miglioramento del ciclo di gestione della performance avviate nel 2019, nel 2020 l'Azienda si propone il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- implementazione delle attività di monitoraggio intermedio sullo stato di attuazione degli obiettivi
- rispetto della tempistica relativa la valutazione annuale delle Unità operative
- evidenza dell'assegnazione di obiettivi individuali a tutti i dipendenti
- individuazione di strumenti di monitoraggio intermedio sullo stato di attuazione degli obiettivi individuali
- implementazione del processo di integrazione fra il ciclo della performance e il

ciclo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio

7. Integrazione del Piano della Performance con il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)

In considerazione del quadro normativo emerso a seguito dell'entrata in vigore della legge n. 190/2012 e dei decreti legislativi n. 33/2013 e ss.mm.ii, e n. 39/2013, il Piano è concepito anche come momento di sintesi degli strumenti di programmazione di cui l'Azienda si dota e, nell'ottica del coordinamento già promosso con la delibera CIVIT n. 6/2013 ed espressamente previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione, contempla un ciclo della performance "integrato" che comprende gli ambiti relativi alla performance, agli standard di qualità dei servizi, alla trasparenza e integrità ed alle misure in tema di prevenzione e contrasto della corruzione.

Le misure anticorruzione incidono sull'efficienza dell'organizzazione e quindi sull'impiego eticamente più responsabile ed appropriato delle risorse pubbliche e sulla trasparenza dei comportamenti che scoraggiano di per sé i fenomeni corruttivi e il conflitto di interessi.

L'Azienda si adopera al fine di coordinare e integrare gli ambiti relativi alla performance, alla trasparenza, all'integrità e prevenzione della corruzione.

La coerenza tra il Piano della Performance ed il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza sarà quindi assicurata con modalità tali che l'attuazione della trasparenza e dell'integrità costituisca una responsabilità organizzativa oggetto di valutazione organizzativa e individuale. In particolare, mediante:

- ❖ l'inserimento sistematico e diretto nel sistema di valutazione previsto dal Piano della Performance di obiettivi direttamente correlati alle misure contenute nel Programma triennale per la trasparenza e l'integrità;
- ❖ la pubblicità di informazioni all'esterno (tramite l'utilizzo delle potenzialità derivanti dall'attivazione della sezione "Amministrazione Trasparente" nel sito web istituzionale) che consenta una effettiva valutazione della efficacia, efficienza ed economicità dell'attività dell'Azienda

Gli obiettivi individuati nel Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza 2020-2022 afferiscono all'obiettivo strategico "Migliorare i processi aziendali per una maggiore efficienza a supporto dei servizi sanitari e un razionale utilizzo delle risorse disponibili".

Per quanto riguarda gli aspetti legati alla trasparenza, l'OIV certifica la presenza delle informazioni contenute nella sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale secondo le griglie di rilevazione predisposte annualmente dall'A.N.A.C..

8. Conclusioni

Il nuovo Piano della Performance triennale 2020-2022 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.

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 può determinare, in caso di accertamento della responsabilità dirigenziale, l'applicazione di 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.

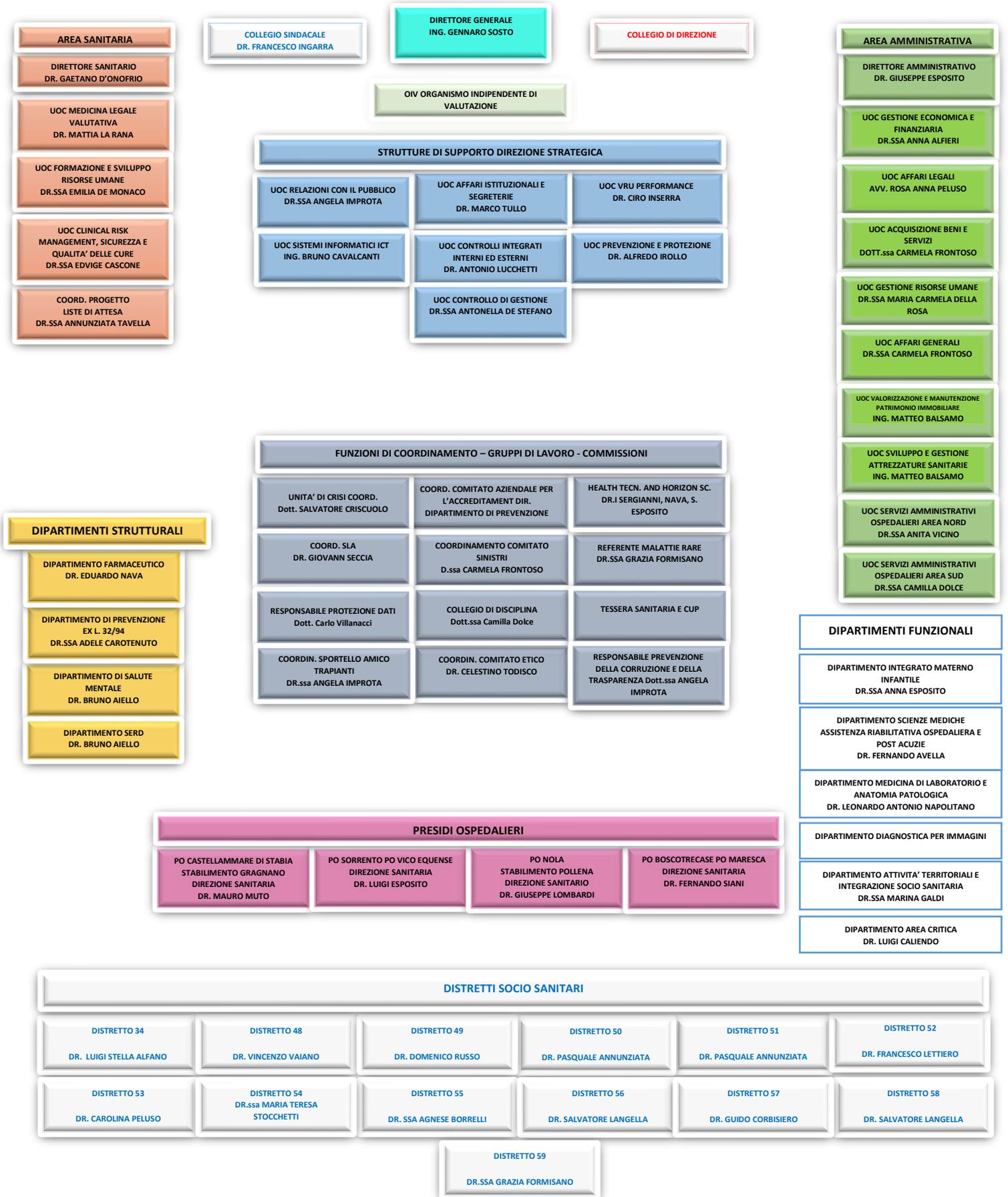
In particolare (art. 5, comma 01 del D. Lgs. 150/2009) è stata introdotta la categoria degli obiettivi generali, che identificano, in coerenza con le priorità delle politiche pubbliche nazionali nel quadro del programma di Governo e con gli indirizzi adottati dal Governo Regionale, le priorità strategiche 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 2020 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.

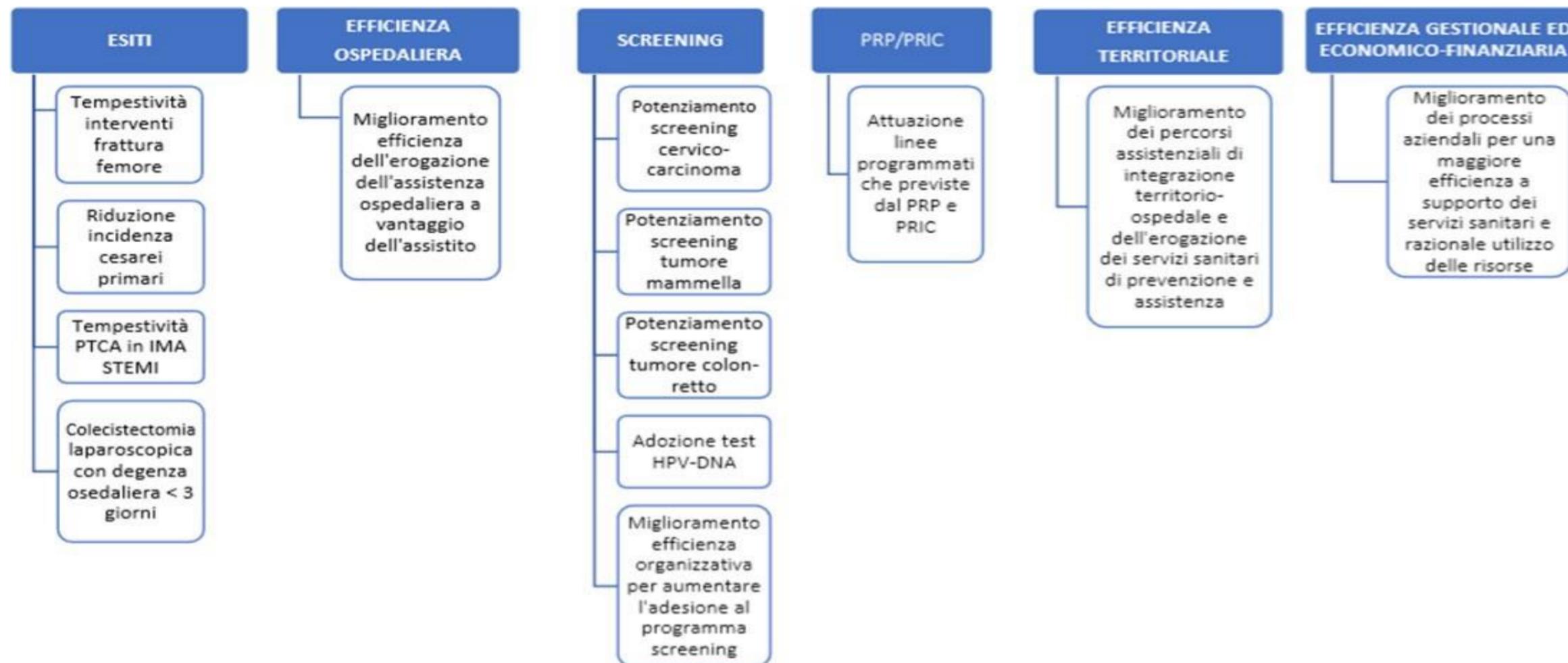
I Direttori di Dipartimento, di UU.OO.CC. e i Responsabili di UU.OO.SS.DD. sono parte fondamentale nel processo di definizione degli obiettivi e di valutazione della dirigenza e del comparto afferente alla propria struttura.



**L'albero della performance:
il collegamento fra mandato linee strategiche e obiettivi strategici**

MISSION

La missione istituzionale dell'ASL Napoli 3 Sud è quella di tutelare la salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente nel proprio ambito territoriale, per consentire alla stessa la migliore qualità di vita possibile e assicurare i livelli uniformi di assistenza indicati nel Piano Sanitario Nazionale e nel Piano Sanitario Regionale



LINEA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA	VALORE ATTESO	FONTE	UU.OO. INTERESSATE
EFFICIENZA OSPEDALIERA Peso 15	Migliorare l'efficienza dell'erogazione dell'assistenza ospedaliera a vantaggio dell'assistito	Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali nei punti nascita senza UTIN	N. nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno)		= 0	Flusso A	UU.OO. Ostetricia e Ginecologia senza UTIN
			N. nati pretermine trasferiti entro le prime 72 ore di vita/ n. totale neonati		>= 8%	Flusso A	UU.OO. Ostetricia e Ginecologia senza UTIN
		Controllo analitico su un campione del 15% delle cartelle cliniche dei neonati dimessi da codice 73 a cura del NOC aziendale (il controllo dovrà verificare la coerenza tra cartella clinica e rispetto dei criteri di ricovero del presente documento. Il report trimestrale dovrà prevedere le seguenti Informazioni:	Controllo analitico su un campione del 15% delle cartelle cliniche dei neonati dimessi da codice 73 a cura del NOC aziendale		SI	Verbale di verifica NOC	Direzione Medica di Presidio (NOC)
		<ul style="list-style-type: none"> Numero totale di cartelle cliniche di neonati ricoverati (accettati) da codice 73; Numero di cartelle cliniche controllate di neonati ricoverati (accettati) da codice 73; Numero di cartelle cliniche non conformi controllate di neonati ricoverati (accettati) da codice 73; 					
		Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia intensiva Neonatale (codice 73 o Punto Nascita con UTIN)	N. di neonati direttamente dimessi (modalità di dimissione codice 2 dimissione ordinaria a domicilio del paziente da terapia Intensiva Neonatale/ Totale dei neonati ricoverati (accattati) nella TIN (cod. 73) al netto dei deceduti (modalità di dimissione codice 1)		< 5%	Flusso A	UU.OO. Ostetricia e Ginecologia con UTIN
		Ottimizzare la correlazione tra l'attività erogata (attività tipica di reparto) ed i tempi di degenza adeguati	Degenza media regime ordinario N. GG.DD. effettiva/N. casi effettivi	<= 14gg	<= 9gg	Flusso A	Tutte le UU.OO. CC. Area Medica con degenza ordinaria

	all'effettiva esigenza del trattamento	Indice di occupazione p.l. Ordinari N. GG.DD. effettivi/N. p.l. operativi nei 365 gg	>= 80%	>= 90%	Flusso A	Tutte le UU.OO. CC. Area Medica con degenza ordinaria
		Indice Chirurgico DRG Ch/Totale DRG (Ordinari + DH + DS)	>= 70%	>= 75%	Flusso A	Tutte le UU.OO. CC. Area Chirurgica
		Abbattimento per inappropriata PAC entro le soglie previste dall'indicatore	<= Cifra data dal GEF	<= 10%	Flusso A e SDO	Tutte le UU.OO.CC. ospedaliere (disciplina acuti)
		Attivazione delle agende informatizzate delle sale operatorie e pieno utilizzo entro il 31/12/2020		SI	Pacchetto Applicativo	Anestesia
	Ricoveri dei neonati effettuati direttamente dal reparto e contestuale compilazione della scheda CEDAP	N. Neonati ricoverati dal reparto/ N. totale di neonati	90%	100%	Sistema ADT Sistema informatizzato x CEDAP	UU.OO. Ostetricia e Ginecologia e Direzione Medica di Presidio
		N. CEDAP/ N. Parti	90%	100%	Flusso CEDAP e Flusso SDO	UU.OO. Ostetricia e Ginecologia e Direzione Medica di Presidio
	Pieno utilizzo dei sistemi informativi aziendali	Attivazione del Flusso SPI (Prestazioni per interni da produrre mediante sistema informativo Anatomia Patologica)		SI	Attestazione del SIS	Anatomia Patologica
		SDO/SDAD chiuse al 15 gennaio relative all'anno precedente eccetto quelle clinicamente giustificate	95%	100%	Flusso A (per le UU.OO. attestazione Direzione Medica di Presidio)	Tutte le UU.OO. ospedaliere con degenza. Direzione Medica di Presidio
	Gestione flusso operativo informatizzato per l'accettazione e la chiusura dei piani di lavoro dell'attività ambulatoriale ai fini della corretta alimentazione del flusso C	N. visite effettuate/N. visite rendicontate sul Flusso C	95%	100%	Report CUP Flusso C	Tutte le UU.OO. ospedaliere
	Ottimizzazione gestione del Pronto Soccorso tempo medio di attesa in PS	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	>=75%	>= 85%	Flusso EMUR	UU.OO. Pronto Soccorso
		% pazienti con codice verde visitati entro 2 ore	>=80%	>=95%	Flusso EMUR	
		% pazienti con codice verde non invitati al ricovero con tempi di permanenza > = 4 ore	>=70%	>=80%	Flusso EMUR	
	Efficienza dell'erogazione dei servizi afferenti ai centri trasfusionali	Flusso informativo consumo sacche di sangue per ricoverati in DH e R.O, trasmissione entro e non oltre		SI	Disposizione regionale tabella specifica per riconoscimento	UU.OO. Centro Trasfusionale

			il 10 mese successivo di riferimento report suddiviso per regime di ricovero			economico	
			Indice di produzione piastrine aferesi in ASL Produzione di piastrine aferesi/1000 abitanti		>0 4.6 per 1000 abitanti (Ob. Nazionale)	EMONET – dati SISTRA	
			Indice di produzione unità di sangue in ambito ASL N. unità di globuli rossi/1000 abitanti		>0 39,9 (Ob. regionale)	EMONET – dati SISTRA	
			Incremento indice di donazione in sede. Totale unità di Globuli Rossi (UOR + Interna)/ Totale raccolta Globuli Rossi (UDR)		>= 65%	Decreto R.C.	
		Garantire la tempestività delle refertazioni per prestazioni per interni in regime di urgenza e programmato	Refertazione in regime programmato. Tempo medio di refertazione	<= 10 ore	<= 6 ore	Report informatizzato (esiste??)	Laboratorio di Analisi Direzione Medica di Presidio
			Refertazione in regime di urgenza. Tempo medio di refertazione	<= 3 ore	<= 1ore	Report informatizzato (esiste??)	Laboratorio di Analisi Direzione Medica di Presidio
		Garantire la tempestività delle refertazioni per prestazioni per interni in regime di urgenza e programmato	Refertazione in regime programmato. Tempo medio di refertazione	<= 10 ore	<= 6 ore	Report informatizzato (esiste??)	Radiologia e simili Direzione Medica di Presidio
			Refertazione in regime di urgenza. Tempo medio di refertazione	<= 3 ore	<= 1ore	Report informatizzato (esiste??)	Radiologia e simili Direzione Medica di Presidio
		Offerta assistenziale riabilitativa	Attivazione pp.ll. di riabilitazione	SI/NO	SI	Attivazione pp.ll.	Dipartimento Area Medica e Riabilitativa U.O.C. Attività Riabilitative

LINEA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA	VALORE ATTESO	FONTE	UU.OO. INTERESSATE
SCREENING Peso 30	Potenziamento Screening oncologici Cervico vaginale	Potenziamento Screening oncologici Cervico vaginale	Test eseguiti N. di test eseguiti/Popolazione target (donna residenti 25 – 64 anni)	40%	60%	D.C.A. R. C. Attestazione del C. di G.	Consultori Anatomia Patologica Ostetricia (2° liv.) Dip. Materno Infantile
	Potenziamento Screening oncologici Tumore della mammella	Potenziamento Screening oncologici Tumore della mammella	Test eseguiti N. di test eseguiti/Popolazione target (donna residenti 45 – 65 anni)	50%	60%	D.C.A. R. C. Attestazione del C. di G.	Radiologia Chirurgia Generale Dip. Materno Infantile
	Potenziamento Screening oncologici Tumore Colon Retto	Potenziamento Screening oncologici Tumore Colon Retto	Test eseguiti N. di test eseguiti/Popolazione target (uomini e donne residenti 40 – 65 anni)	40%	60%	D.C.A. R. C. Attestazione del C. di G.	Laboratorio di Analisi Gastroenterologia (2° liv.) Chirurgia Generale Dip Prev.
	Migliorare l'efficienza organizzativa a fine di aumentare l'adesione al programma screening	Migliorare l'estensione e l'adesione della popolazione target e perseguire il pieno coinvolgimento ed effettivo apporto dei MMG	Estensione: N.ro assistiti invitati/Popolazione target	90%	100%	D.C.A. R. C. Attestazione del C. di G.	Coordinamento area screening competente Dip. Prevenzione Dip. Materno Infantile
			Adesione: N.ro assistiti accettati/N.ro assistiti invitati	30%	50%	D.C.A. R. C. Attestazione del C. di G.	Coordinamento area screening competente Dip. Prevenzione Dip. Materno Infantile
			N.ro inviti inesitati/N.ro totale inviti	5%	2%	D.C.A. R. C. Attestazione del C. di G.	Coordinamento area screening competente Dip. Prevenzione Dip. Materno Infantile
			N.ro MMG attivi/totale MMG	60%	100%	D.C.A. R. C. Attestazione del C. di G.	Coordinamento area screening competente Dip. Prevenzione Dip. Materno Infantile Distretti Sanitari

LINEA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA	VALORE ATTESO	FONTE	UU.OO. INTERESSATE
EFFICIENZA TERRITORIALE Peso 15	Migliorare i percorsi assistenziali di integrazione territorio – ospedale e l'erogazione dei servizi sanitari di prevenzione ed assistenza	Ottimizzazione dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali secondo gli standards regionali	Ex ante: Somma N.ro prestazioni richieste (da 1 a 63) % di garanzia in classe B/ Totale prestazioni prenotate in classe B. Ex ante: Somma N.ro prestazioni richieste (da 1 a 63) % di garanzia in classe D/ Totale prestazioni prenotate in classe D.	>=75	>=90	Sistema CUP	U.O.C. Specialistica
			Ex Post: Numero di prestazioni garantite entro i tempi della classe di priorità B/ Totale prestazioni di classe B; Ex Post: Numero di prestazioni garantite entro i tempi della classe di priorità D/ Totale prestazioni di classe D; relativamente alle otto prestazioni (visita oculistica, mammografia, Tac torace con e senza contrasto, ecocolordoppler dei trochi sovraortici e RMN colonna vertebrale, ecografia ostetrica e ginecologica, visita ortopedica, visita cardiologica) l'indicatore viene calcolato per ciascuna prestazione	>=75	>=90	Flusso C Flusso M Flusso XML	
		Integrazione Ospedale /Territorio: Cartella ostetrica informatizzata	N.ro di cartelle ostetriche completate dal Punto Nacita/N.ro Cartelle Ostetriche inviate dai Consultori	50%	60%	UU.OO.CC. Ostetricia e Ginecologia Dip. Materno Infantile Consultori Familiari	
		Integrazione Ospedale /Territorio; Implementazione Ambulatori di ecografia ostetrica di 1° livello nei Punti Nascita	Incremento di ecografia ostetrica rispetto all'anno 2019		>= 30%	UU.OO.CC. Ostetricia e Ginecologia Distretti Sanitari Dip. Materno Infantile Consultori Familiari	
Riduzione Liste d'attesa. Implementazione /Attivazione delle agende settimanali di prestazioni ginecologiche	Aumento delle prestazioni rispetto all'anno 2019	<= 20%	>= 30%	UU.OO.CC. Ostetricia e Ginecologia Dip. Materno Infantile			

						Consultori Familiari	
	Miglioramento dei percorsi assistenziali nei servizi territoriali: Attuazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) delle principali patologie croniche per la presa in carico territoriale dei pazienti diabetici, scompensati, brocopneumopatici	Definizione di un processo uniforme gestibile informaticamente mediante il sistema esistente per l'erogazione dell'assistenza integrativa e protesica entro il 30/04/2020		SI			U.O.C. Specialistica
		Attivazione del sistema per la gestione informatizzata dei processi strumentali alla rilevazione dell'attività entro il 30/06/2020		SI			U.O.C. Informatica
		Adozione e attuazione del processo uniforme gestito informaticamente mediante il sistema esistente per l'erogazione dell'assistenza integrativa e protesica entro il 30/09/2020		SI			Distretti sanitari
Numero assistiti presso Dipartimento Salute Mentale per 1.000 residenti Garantire il target definito nella Griglia LEA	Mantenimento del tasso degli utenti in carico >10.82 (utenti > 18 anni per 1000 abitanti residenti)	N. assistiti DSM /N. residenti	100%	100%	Piattaforma Inf. HTH	Dip. Salute Mentale Tutte UU.OO.CC.	
	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche maggiorenni e minori	N. ricoverati maggiorenni/ N residenti maggiorenni	100%	100%	Piattaforma Inf. HTH	Dip. Salute Mentale SPDC	
		N. ricoverati minorii/ N residenti minori	100%	100%	Piattaforma Inf. HTH	Dip. Salute Mentale SPDC	
Governo e management delle prestazioni socio-sanitarie a carattere residenziale	Governo delle risorse e delle autorizzazioni di spesa: controllo e monitoraggio della Spesa per il miglioramento dell'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse dipartimentali	N. PTRI monitorati / N. totale pazienti in carica inseriti in Comunità	100%	100%	UU.OO.CC. Dip. Salute Mentale	Dip. Salute Mentale Tutte UU.OO.CC.	
		Report trimestrale quali – quantitativo spesa prestazioni acquisite da privati	100%	100%	UU.OO.CC. Dip. Salute Mentale	Dip. Salute Mentale Tutte UU.OO.CC	
Miglioramento della qualità e correttezza della registrazione dei dati relativi alle attività sull'assistito per generare flussi informativi	Report trimestrale del monitoraggio allineamento Flusso SISM residenziale e semiresidenziale e modello STS 24 quadro I e quadro g	4 Report anno 2020 per Flusso SISM residenziale e semiresidenziale e modello STS 24 quadro I e quadro g	100%	100%	Flusso SISM Modello STS 24	Dip. Salute Mentale Tutte UU.OO.CC	
Integrazione Ospedale – territorio	Riduzione ricoveri per patologie croniche	N.PTRI condivisi UOC SM e SPDC per i ricoveri in TSO /N. ricoveri in TSO	100%	100%	UU.OO.CC. U.O.C. SPDC Dip. Salute Mentale	Dip. Salute Mentale Tutte UU.OO.CC	
Assistenza per disturbo da uso di sostanze	Potenziamento e miglioramento dei programmi di Assistenza per disturbo da uso di	N. pazienti presi in carico/N. di richieste pervenute di prese in carico	100%	100%	Piattaforma Inf. SID	Dip. SERD Tutte UU.OO.CC	

		sostanze					
	Assistenza per Gioco d'Azzardo Patologico	Garanzia dell'Assistenza a pazienti affetti da Gioco d'Azzardo Patologico	N. pazienti presi in carico/N. di richieste pervenute di prese in carico	100%	100%		Dip. SERD Tutte UU.OO.CC
	Screening per la prevenzione delle malattie infettive	Potenziamento dei programmi di Screening per la prevenzione delle malattie infettive	Incremento del 10% del numero di pazienti sottoposti a screening anno 2020/N. pazienti sottoposti a screening anno 2019	100%	100%		Dip. SERD Tutte UU.OO.CC
	Governo e management delle prestazioni socio-sanitarie a carattere residenziale	Governo delle risorse e delle autorizzazioni di spesa: controllo e monitoraggio della spesa per il miglioramento dell'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse dipartimentali	Analisi dei ricoveri in comunità terapeutiche per tipologia di utenti	100%	100%	DIRETTORE DIP SERD	Dip. SERD Tutte UU.OO.CC
	Implementazione sistemi di verifica appropriatezza prescrittiva	Monitoraggio di II° livello degli interventi riabilitativi e congruità file H mensile	12 File H anno 2020	100%	100%	File H	Dipartimento Attività Territoriali e Integrazione Socio Sanitaria U.O.C. Coordinamento Attività Territoriali
	Integrazione Ospedale - territorio	Ottimizzazione percorso ospedale territorio: raccordo UORA territoriali per presa in carico assistiti per il miglioramento post ospedaliero	N. riscontri e raccordi con le UORA Distrettuali/N. contatti con le UU.OO. Ospedaliere aziendali	80%	80%		Dipartimento Attività Territoriali e Integrazione Socio Sanitaria U.O.C. Coordinamento Attività Territoriali
	I cittadini STP/ENI (prestazioni sanitarie ambulatoriali e ospedaliere erogate da strutture pubbliche o private accreditate):	Prestazioni sanitarie date x STP: 1° Visita 2° Visita Vaccinazioni Visite specialistiche Ecc.	Trasmissione dati trimestrali Al referente aziendale	100%	100%	PIATTAFORMA REGIONALE STP/ENI	Distretti sanitari Referente Aziendale
	- cure urgenti ed essenziali; - tutela della gravidanza e della maternità, tutela del minore; - vaccinazioni, profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive; - assistenza	Prestazioni sanitarie date x ENI: 1° Visita 2° Visita Vaccinazioni Visite specialistiche Ecc.	Trasmissione dati trimestrali Al referente aziendale	100%	100%	PIATTAFORMA REGIONALE STP/ENI	Distretti sanitari Referente Aziendale

	farmaceutica; assistenza protesica						
	Indicatore proxy dell'efficacia degli interventi di presa in carico pazienti in ADI	Appropriatezza delle prestazioni rese in ADI	N. UVI e UVBR/N. Richieste per ADI	100%	100%	SISTE alimenta SANIARP Cadenza trimestrale	Dip. Socio San Distr. Sanitari P.O. UU.OO.CC. interessate
LINEA STRATEGICA							
	EFFICIENZA GESTIONALE ED ECONOMICO FINANZIARIA Peso 10	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA	VALORE ATTESO	FONTE
		Migliorare i processi aziendali per una maggiore efficienza a supporto dei servizi sanitari e un razionale utilizzo delle risorse disponibili	Rispetto degli obiettivi negoziati ed eventuale rinegoziazione	Costo del personale	Costo anno 2019	<= costo	Bilancio di previsione cod. CEBA 2080
				Costo della farmaceutica convenzionata	Costo anno 2019	<= costo	Bilancio di previsione cod. CEBA 0500
				Costo della DPC	Costo anno 2019	<= costo	Conto economico 501010106
				Riduzione del costo per energia elettrica cod CEBA 1660 rispetto all'esercizio precedente (2019 =)	<= 10%	<= 20%	U.O.C. Tecnico
			Ricognizione dei contratti in funzione del periodo di validità	Report trimestrale dei contratti attivi secondo lo schema allegato (da predisporre) da trasmettere all'U.O.C. competente entro il 15 del mese successivo al trimestre di riferimento		SI	Attestazione dell'U.O.C. competente
			Rispetto dei tempi di pagamento	Incidenza delle scadenze non rispettate	<= 35%	<= 25%	Registrazione GEF su specifico sistema ASL Na 3sud
			Ottimizzazione delle rimanenze finali di magazzino	Incidenza delle rimanenze finali complessive (magazzini + reparti) su acquistato di cui al conto CE BA 0030 al netto del conto 501010106 sul totale acquisti (dato anno 2019 = 21%)	<= 15%	<= 10%	Modello CE
				Incidenza delle rimanenze finali complessive su acquistato negli aggregati 5010100500, 5010100600, 5010100700 (magazzini + reparti) (dato anno 2019 = 21%)	<= 15%	<= 10%	Modello CE
				Incidenza delle rimanenze	<= 15%	<= 10%	Modello CE
							Farmacia Ospedaliera
							Farmacia

		finali complessive su acquistato sul conto economico 501010106 (DPC) (dato anno 2019 = 35 %)				Territoriale	
		Attivazione del conto deposito (o altro) per la gestione delle protesi	Attivazione del processo e del sistema di gestione del conto deposito (o altro) entro il 30/06/2020		SI	Attestazione dell'U.O. C. Amministrativa competente	Farmacia Ospedaliera
		Ottimizzazione dei consumi energetici	Controllo ed eventuale attivazione/completamento degli impianti di efficientamento energetico su tutte le Strutture asl		SI	Verbali di verifica/di collaudo	U.O.C. competente
		Pieno utilizzo fondi PSN (Accordo Stato - Regioni)	Finanziamenti impiegati o autorizzati/Finanziamenti disponibili	80%	100%	Attestazione dell'U.O.C. coordinamento progetti	U.O.C. coordinamento progetti
			Presentazione dei progetti da finanziare entro i termini stabiliti dalle norme regionali			SI	Attestazione dell'U.O.C. coordinamento progetti
		Gestione flusso operativo informatizzato per l'accettazione e la chiusura dei piani di lavoro dell'attività ambulatoriale ai fini della corretta alimentazione del flusso C	Prestazioni effettuate/Prestazioni rendicontate sul Flusso C	>= 95%	100%	Flusso C Report CUP	Tutte le UU.OO. che erogano attività ambulatoriale
			Prestazioni accettate ed eseguite non presenti nel Flusso C	100	0	Flusso C Report CUP	UU. OO Specialistiche
			Prestazioni accettate e non eseguite senza valida motivazione	100	0	Report dal Sistema CUP con attestazione delle UU.OO. Specialistiche	U.O.C. Area Tecnica competente
			Piena operatività delle postazioni di lavoro informatiche: Postazioni non operative al 30/04/2020	n. postazioni	0	Attestazioni dei Direttori dei Distretti e dei Direttori dei Dipartimenti	
		Prevenzione della Corruzione Attuazione di azioni e revisione dei processi al fine di ridurre i rischi mappati nella propria struttura	Rispetto degli obiettivi contenuti nel PTPCT 2020 – 2022 vigente	100%	100%	Attestazione del responsabile della Trasparenza e dell'Anticorruzione	Tutte le UU.OO.
			La mappatura dei processi, con fattori di analisi ed obiettivi inseriti	100%	100%	Attestazione del responsabile della Trasparenza e dell'Anticorruzione	Tutte le UU.OO.
		Trasparenza Pubblicazione dati come richiesto dal D. Lgs. 33/2013 e smi e dal PTPCT	Pubblicazione dati di cui al D. Lgs. 33/2013 e smi e dal PTPCT vigente	SI	SI	Attestazione del responsabile dell'Anticorruzione e della Trasparenza	Tutte le UU.OO.
		Privacy Adempimenti richiesti in materia Privacy dal DPO	Riscontro agli adempimenti richiesti nei termini previsti	SI	SI	Attestazione DPO	Tutte le UU.OO.
	U.O.C. Affari Istituzionali e Segreterie	Predisposizione atti ad organi esterni (procura ecc.)	Atti richiesti nei tempi previsti dalla specifica richiesta	100%	100%	Richieste degli organi esterni	UOC A.I e Segreterie

		Segreteria nel Coll. Di direzione, Collegio Sanitario ecc	Verbali trasmessi entro 5 giorni	100%	100%		UOC A.I e Segreterie
U.O.C. Sistemi Informatici ICT		Sviluppo del sistema informativo integrato verso la nuova piattaforma SIAC	Attivazione delle procedure utili all'entrata in esercizio del Sistema SIAC, continuo allineamento alla cabina di regia		SI		UOC SI - ITC
	Gestione del centro Unico di Prenotazione		Gestione/ Potenziamento del CUP aziendale	100%	100%		UOC SI- ITC
			Utilizzo di nuove tecnologie informatiche x apertura di nuovi canali di accesso alle attività di prenotazione	100%	100%		UOC SI- ITC
			Implementazione di processi di informatizzazione delle strutture territoriali	100%	100%		UOC SI- ITC
	Amministrazione digitale	Avanzamento dei sistemi digitali e ottimizzazione delle aree già operative (refertazioni on line, cure domiciliari, fatturazione ecc.)		SI		UOC SI- ITC	
	Amministrazione digitale per l'utenza	Avvio dei servizi on line di : prenotazione, ricezione referti e pagamento)		SI		UOC SI- ITC	
	U.O.C. Relazioni con il Pubblico, Trasparenza, Tutela Comunicazione	Implementazione del sistema di gestione del Portale della Trasparenza	Percentuale di dati trasmessi	100%	100%		U.O.C. R.P. , Trasparenza, Tutela Comunicazione
Aggiornamento e attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza		Aggiornamento del Piano e Relazione	100%	100%		U.O.C. R.P. , Trasparenza, Tutela Comunicazione	
Ascolto dei cittadini		Elaborazione e pubblicazione dei dati sul portale aziendale dei dati sul grado di soddisfazione dell'utenza		SI		U.O.C. R.P. , Trasparenza, Tutela Comunicazione	
U.O.C. Gestione delle Risorse Umane	Personale Convenzionato Produzione e "certificazione" del prospetto di raccordo tra i dati contenuti nel flusso del personale e i dati esposti nel Modello CE	Produzione e "certificazione" del prospetto di raccordo Flusso Personale Tab.2 – CE: 0% delta non giustificato per ogni trimestre		SI		U.O.C. GRU	
	Personale Dipendente Invio delle tabelle del Prospetto di raccordo Flusso del Personale - Modello CE 2016	Produzione e "certificazione" del prospetto di raccordo Flusso Personale Tab.2 – CE: 0%delta non giustificato per ogni trimestre		SI		U.O.C. GRU	
	Personale Dipendente Produzione del	Coerenza monitoraggio trimestrale con le risultanze		SI		U.O.C. GRU	

		monitoraggio trimestrale dell'andamento del personale (unità e costi) nell'ambito degli adempimenti del Programma Operativo in coerenza con le risultanze del Flusso del Personale: sottoscrizione/certificazione	del flusso: 0% delta non giustificato tra unità di personale rilevate nella Tabella D.1.2 e dal Flusso per ogni trimestre				
		Adozione provvedimenti di fabbisogno delle dotazioni organiche ed invio degli stessi alla Regione	Adozione provvedimento d.o. e invio alla regione secondo le modalità e tempi previsti		SI		U.O.C. GRU
		Assunzione personal: Gestione e monitoraggio e invio reports trimestrali alla Direzione Strategica sullo sviluppo dei processi	Reports trimestrale secondo modalità e tempi previsti		100%		U.O.C. GRU
	U.O.C. Gestione Economica e Finanziaria	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	Adempimenti della delibera 11/2017	100%	100%	Delibera 11/2017	GEF Tutte UU.OO. San/Amm interessate
		Rispetto delle scadenze previste nella trasmissione dei flussi di competenza e completezza degli stessi	Trasmissione alla Piattaforma di competenza dei modelli CE, entro le scadenze previste dalle normative vigenti.	100%	100%		GEF
			Predisposizione del modello SP entro la scadenza prevista dalle normative vigenti.		SI		GEF
		Predisposizione in tempo utile dei documenti di bilancio (previsionale e consuntivo)	Predisposizione del bilancio previsionale anno 2019 secondo le direttive dell'Assessorato Regionale		SI		GEF
			Predisposizione del bilancio consuntivo 2018 entro la scadenza prevista dalla normativa regionale vigente		SI		GEF
		Contabilità separata per prestazioni in ALPI.	Elaborazione di report semestrale aggiornato per ciascuna struttura erogatrice delle prestazioni in ALPI, con relativa valorizzazione				GEF
		Attuazione delle Direttive U.E. sui ritardi di pagamento nelle transizioni commerciali	Risoluzione dei ritardi di pagamento dei fornitori				GEF
	U.O.C. Valorizzazione e Manutenzione Patrimonio Immobiliare	Attuazione piano di investimenti di edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico 2018/2019	Realizzazione del piano investimento anno 2019	100%	100%		U.O.C. V e M P I
		Piano spending review per la gestione e la manutenzione del	Piano 2020	100%	100%		U.O.C. V e M P I

		patrimonio immobiliare					
		Assistenza e gestione progetti di ristrutturazione immobili dell'ASL Na 3 Sud, con avvio delle procedure per la cantierizzazione dei lavori già finanziati di cui all'art. 20 L.67/88, elaborazione ed invio di reports trimestrali	Reports trimestrale sui progetti di ristrutturazione redatti e su lavori già finanziati e cantierizzati.	>= 90%	100%		U.O.C. V e M P I
	U.O.C. Acquisizione beni e servizi	BENI e SERVIZI: rispetto della normativa vigente in merito e del Regolamento	N° procedure acquisti beni-servizi (escluse gare centralizzate programmate) con motivazioni che hanno impedito il ricorso esclusivo a CONSIP e alla Centrale Unica di Committenza / N° procedure acquisti beni-servizi (escluse gare centralizzate programmate) effettuate senza il ricorso esclusivo a CONSIP e alla Centrale Unica di Committenza	100%	100%		UOC ABS
			N° procedure negoziate e/o operate in carattere di urgenza con motivazioni che hanno richiesto il ricorso a tale tipo di procedura / N° procedure negoziate e/o operate in carattere di urgenza	100%	100%		UOC ABS
			N° contratti per i quali risultino essere state concesse proroghe con motivazioni che hanno impedito l'avvio e/o la definizione di nuova procedura / N° contratti per i quali risultino essere state concesse proroghe	100%	100%		UOC ABS
	U.O.C. Sviluppo e Gestione Attrezzature Sanitarie	Censimento delle apparecchiature elettromedicali dell'ASL Na 3 Sud	Censimento delle apparecchiature	>= 90%	100%		U.O.C.S e G A S
			N. procedure negoziate e/o operate in carattere di urgenza con motivazioni che hanno richiesto il ricorso a tale tipo di procedura / N. procedure negoziate e/o operate in carattere di urgenza	100%	100%		U.O.C.S e G A S
		Caricamento contratti su sistema informatico	N° contratti caricati sul Sistema / N° contratti sottoscritti dalle parti	100%	100%		U.O.C.S e G A S
		Pianificazione dei controlli	N° di controlli periodici	>= 90%	100%		U.O.C.S e G A S

		periodici di sicurezza e funzionalità	effettuati / N° di apparecchiature biomediche aziendali				
U.O.C. Servizi Amministrativi Ospedalieri		Recupero crediti per attività ambulatoriali e dei codici bianchi di P.S.	Recupero di tutti i crediti previsti	100%	100%		Direzione Amm,va P.O.
		Gestione cassa economale e cassa tiket su delega bancaria	N.di mandati/N. di pagamenti effettuati e ricevuti	100%	100%		Direzione Amm,va P.O.
		Gestione autorizzazioni utilizzo aree parcheggi riservati al pz. Esterno affetti da patologie gravi, in trattamento periodico presso il P.O	Numero di irregolarità sanzionate/ Numero di irregolarità evidenziate di pazienti esterni affetti da patologie gravi con accesso al P.O.	100%	100%		Direzione Amm,va P.O.
		Monitoraggio orario di servizio del personale tutto dei PP.OO. di competenze	Monitoraggio mensile/MONITORAGGI 2020	100%	100%		Direzione Amm,va P.O.
		Monitoraggio delle attività tecniche della logistica ospedaliera	Monitoraggio semestrale/MONITORAGGI 2020	100%	100%		Direzione Amm,va P.O.
		Informatizzazione del magazzino ospedaliero	Magazzino ospedaliero informatizzato al 31/12/2019i	si	si		Direzione Amm,va P.O.
	U.O.C. Coordinamento amministrativo Socio Sanitario		Monitoraggio prestazioni cure domiciliari, palliative e controllo della congruità rispetto al budget per profilo di cura.	Controllo mensile	100%	100%	
		Monitoraggio e verifica dei tempi previsti per le liquidazioni mensili delle fatturazioni delle aree di competenza	Controllo trimestrale N. Fatture liquidate/N. Fatture caricate su OLIAMM	100%	100%		U.O.C. C. amministrativo S.S.
		Recupero annuale, quote Crediti degli Enti Locali per la compartecipazione ai cittadini assistiti in RRSSAA Pubblica	Quote recuperate/Quote da recuperare	>= 90%	100%		U.O.C. C. amministrativo S.S.
U.O.C. Amministrativa Dip. Prev		Monitoraggio spese sostenute per gestione D.P.	Controllo mensile	100%	100%		U.O.C. A. DP
		Verifica attività intramena del personale dirigente	Verifica mensile	100%	100%		U.O.C. A. DP
		Gestione sanzioni amministrative	Controllo mensile/Controlli al 31/12/2019	100%	100%		U.O.C. A. DP
		Applicazione D.Lgs 194/08 "Disciplina di rifinanziamento dei controlli sanitari ufficiali in attuazione del regolamento CE 882/04	Gestione della contabilità	si	si		U.O.C. A. DP

LINEA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA	VALORE ATTESO	FONTE	UU.OO. INTERESSATE
PRP Peso 10 RAPPRESENTA IL PESO 100 DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Livelli di copertura delle attività di prevenzione delle malattie infettive, con riferimento alle vaccinazioni effettuate nell'età pediatrica	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Vaccinazioni eseguite N. di vaccinazioni eseguite/Popolazione target (bambini entro i 24 mesi di età)	80%	100%	Pacchetto Applicativo GEVA File H	Dipartimento Prevenzione Materno Infantile Distretti Sanitari Cure Primarie
		Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR).	Vaccinazioni eseguite N. di vaccinazioni eseguite/Popolazione target (bambini entro i 24 mesi di età)	80%	100%	Pacchetto Applicativo GEVA File	Dipartimento Prevenzione Materno Infantile Distretti Sanitari Cure Primarie
	Livelli di copertura della vaccinazione antinfluenzale, misura finalizzata a prevenire la morbosità per influenza e le sue complicanze nella popolazione anziana, nonché l'eccesso di mortalità nell'età pediatrica	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	Vaccinazioni eseguite N. di vaccinazioni eseguite/Popolazione target	80%	100%	Pacchetto Applicativo GEVA File	Dipartimento Prevenzione Distretti Sanitari Cure Primarie
	Monitoraggio delle attività (ispezioni, controlli, sorveglianza sanitaria) finalizzate alla prevenzione degli infortuni sul lavoro	Denunce d'infortunio sul lavoro	N. ispezioni, controlli, sorveglianza sanitaria) finalizzate alla prevenzione degli infortuni sul lavoro attuate/ N. ispezioni, controlli, sorveglianza sanitaria) finalizzate alla prevenzione degli infortuni sul lavoro richieste	80%	100%		Dipartimento Prevenzione UU.OO. competenti
	Monitoraggio delle attività di controllo volte a prevenire, eliminare o ridurre la presenza di contaminanti negli alimenti di origine animale che impattano in modo diretto sulla salute del cittadino	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	Controllo delle anagrafi animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino		100%		Dipartimento Prevenzione UU.OO. competenti
	Monitoraggio delle attività di controllo volte a prevenire, eliminare o ridurre la presenza di contaminanti negli	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento	Controllo delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti di		100%		Dipartimento Prevenzione UU.OO. competenti

	<p>alimenti di origine animale che impattano in modo diretto sulla salute del cittadino</p>	<p>alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti di farmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetali</p>	<p>farmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetali</p>				
--	---	--	---	--	--	--	--

All, n. 3)

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:

<u>PUNTI DI FORZA (Strenght)</u>	<u>PUNTI DI DEBOLEZZA (Weakness)</u>
<ul style="list-style-type: none">❖ Sempre maggiore integrazione socio – sanitaria❖ Crescente integrazione tra Ospedale e Territorio.❖ Disposizioni e misure operative per il contenimento della spesa con risparmi ed economie.❖ Promozione della salute degli immigrati.❖ Potenziamento delle RSA per pazienti “fragili”.❖ Incremento delle attività di screening oncologici in particolare per la mammella, l’utero e il colon-retto.❖ Avvio integrazione e potenziamento della rete informatizzata aziendale.❖ Programmazione e potenziamento degli interventi di Promozione della Salute e di Prevenzione❖ Crescente sinergia tra interventi formativi e livelli operativi di intervento	<ul style="list-style-type: none">❖ Esigui margini di manovra finanziaria legati ai vincoli di bilancio.❖ Riduzione del personale, non sostituito, e blocco delle assunzioni❖ Riorganizzazione e riallocazione delle risorse umane.❖ Risorse umane non stabilizzate e con contratti a termine.❖ Alta spesa per l’assistenza farmaceutica.❖ Presenza di alcuni indicatori di salute negativi.❖ Sistema informatico in fase di implementazione in azienda con conseguenti problematiche di change management (resistenza al cambiamento) su nuove metodologie e nuove procedure informatizzate
<u>OPPORTUNITA’ ESTERNE (Opportunities)</u>	<u>EVENTI/MINACCE ESTERNE (Threats)</u>
<ul style="list-style-type: none">❖ Legislazione Regionale centrata sulla riorganizzazione ed integrazione Ospedale/Territorio.❖ Piano Nazionale di Prevenzione, quindi Piano Regionale della Prevenzione vigente	<ul style="list-style-type: none">❖ Aumento progressivo della popolazione anziana (con conseguente aumento delle patologie croniche ed a più elevato costo).❖ Stato di indigenza e di forte disagio sociale di parte

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Sviluppo di nuove tecnologie di informazione e formazione ❖ 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, efficacia e qualità dei servizi ❖ Fondi e opportunità finanziarie vincolate per l'attuazione di progetti specifici per target critici. ❖ Attuazione del Piano Ospedaliero/Piano Territoriale 	<p>della popolazione ed insorgenza di nuove patologie</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Difficoltà per i medici ad operare ulteriori restrizioni sulle prescrizioni di farmaci e di prestazioni specialistiche. <p>Carente integrazione degli interventi socio assistenziali da parte degli enti locali</p>
--	---

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.

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 31.01.2020 / _____ 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. VAL. RISORSE UMANE E PERFORMANCE	
	U.O.C. AFFARI GENERALI		U.O.C. RELAZIONE CON IL PUBBLICO	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 INT. ED EST.	DISTRETTO N. 55
			DIPARTIMENTO RADIODIAGNOSTICA	DISTRETTO N. 56
	U.O.C. COORD. ATT. RIABILITATIVE		DIPARTIMENTO MED. LAB. E ANATOMIA PAT.	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. COORD. COM. ETICO CAMPANIA SUD
	U.O.C. PREV. E CURA PATOLOGIE DELLA DONNA E DEL BAMBNO		DISTRETTO N. 52	DIPARTIMENTO INTEGRATO MATERNO INFANTILE