

ORIGINALE

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 000567 DEL 19 LUG. 2018

[illegible]

OGGETTO: PRESA D'ATTO ED APPROVAZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE ASL NAPOLI 3 SUD ANNI 2018 - 2019 - 2020.

PUBBLICAZIONE		ESECUTIVITA'	
<p><u>AFFISSIONE ALBO</u></p> <p>La presente deliberazione sarà affissa all'Albo Pretorio informatico dell' Azienda dal</p> <p>21 LUG. 2018</p> <p>e vi permarrà per 15 giorni consecutivi.</p> <p>L'incaricato</p> <p><i>Renata Bellone</i></p>	<p><u>RELATA</u></p> <p>La presente deliberazione è stata affissa all'Albo Pretorio informatico dell' Azienda per 15 giorni consecutivi dalla data della sua pubblicazione</p> <p>L'incaricato</p>	<p><u>ORDINARIA</u></p> <p>La presente deliberazione ha efficacia a decorrere dal</p> <p>Il Dirigente</p>	<p><u>IMMEDIATA</u></p> <p>La presente deliberazione per l'urgenza, è resa immediatamente esecutiva.</p> <p>19 LUG. 2018</p> <p>Il Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p> <p><i>Antonietta Costantini</i></p>

Nell'anno, giorno e mese sopra specificati.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. ssa Antonietta Costantini, nominata con Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 375 del 13 luglio 2016 e del D.P.G.R.C. n. 165 del 19 luglio 2016, con l'assistenza del Segretario verbalizzante, previa acquisizione dei pareri del Direttore Sanitario Aziendale e del Direttore Amministrativo Aziendale, ha adottato la deliberazione in oggetto di cui al testo che segue:

Oggetto: Presa d'atto ed approvazione del Piano della Performance ASL Napoli 3 Sud anni 2018 – 2019 - 2020.

IL RESPONSABILE DELLA DIREZIONE DELL' U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Responsabile dell' U.O.C. Controllo di Gestione delle risultanze degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità tecnica e amministrativa della stessa, resa dallo stesso Dirigente responsabile proponente a mezzo della sottoscrizione della presente;

dichiarata, altresì, espressamente con la sottoscrizione, nella qualità di responsabile del trattamento anche nella fase di pubblicazione, la conformità del presente atto ai principi di cui al D.Lgs.30 giugno 2003 n.196, ed al Regolamento aziendale, in materia di protezione dei dati personali, di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 52 del 17 Gennaio 2018, redatto in conformità alle prescrizioni del Regolamento europeo n. 679 del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE, con conseguenziale esclusiva assunzione di responsabilità;

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

Premesso che:

- ai sensi del D.C.A. n. 14/2009 e del D.C.A. n. 60/2011 la Direzione strategica aziendale delinea la pianificazione strategica, focalizzando le strategie per il raggiungimento degli obiettivi individuati dal Piano sanitario nazionale e dalla Programmazione regionale, in coerenza con i contenuti ed il Ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio;
- l' art. 10, comma I, lettera a) del D. Lgs. n. 150 del 2009, modificato dal Decreto Legislativo n. 74 del 25 maggio 2017, stabilisce 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);*
- come indicato nell'art. 10 del D.L.gs n. 150/2009, il Piano individua, con valenza triennale da aggiornarsi annualmente, gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce gli indicatori per la misurazione e valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale

dirigenziale e i relativi indicatori, dando avvio al ciclo di gestione della performance su cui si baserà poi la misurazione e la rendicontazione dei risultati;

- per dette finalità, gli obiettivi definiti dal Piano devono essere:
 - a. rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
 - b. specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
 - c. tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
 - d. riferibili ad un arco temporale determinato, corrispondente ad un anno;
 - e. commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazione con amministrazioni omologhe;
 - f. confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
 - g. correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili;
- che in relazione alla programmazione aziendale, con il richiamato Decreto CA n. 14/2009 è prevista, con cadenza annuale, l'elencazione dei Centri responsabili degli obiettivi strategici e l'individuazione delle strutture per la funzione di supporto alla Direzione Aziendale nella strutturazione del processo e nelle valutazioni sul suo andamento in corso di esercizio;

Visto:

- la delibera 28 ottobre 2010, n. 112 della Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT), 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. 756 del 25 ottobre 2017: "Preso d'atto ed Adozione del Piano della Performance anno 2017/2018/2019 A.S.L Napoli 3 Sud".

Dato Atto che:

- il Responsabile dell'U.O.C. Controllo di Gestione, su mandato del Direttore Generale come indicato nella nota n. 44989 del 23/03/2018, in qualità di Coordinatore del Gruppo di lavoro, di cui alla nota prima indicata, ha provveduto a coordinare l'elaborazione del documento " Piano della Performance ASL Napoli 3 Sud 2018 – 2020. Direttiva annuale del Direttore Generale per l'Anno 2018", che aggiorna il precedente Piano; che tale Piano, allegato alla presente, ne diventa parte integrante e sostanziale, è redatto in raccordo con il Piano triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 170 del 14/02/2018, nonché in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.

Considerato che l'Azienda, in ottemperanza alle prescrizioni contenute nel Decreto Legislativo n.150/2009, ha istituito un sistema di valutazione e misurazione delle performance organizzative ed individuali al fine di ottimizzare la produttività del lavoro, nonché la qualità, l'efficienza, l'integrità e la trasparenza dell'attività amministrativa.

Visto:

- il Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165, che contempla norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche, e le successive modificazioni del Decreto medesimo;
- il Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, attuativo della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni;
- la Deliberazione del Direttore Generale n. 147 del 07/02/2018;
- la Deliberazione del Direttore Generale n. 269 del 22/03/2018;
- la Deliberazione del Direttore Generale n. 315 del 10/04/2018;
- la Deliberazione del Direttore Generale n. 324 del 13/04/2018;
- la Deliberazione del Direttore Generale n. 430 del 31/05/2018;
- la Deliberazione del Direttore Generale n. 444 del 04/06/2018;
- la Deliberazione del Direttore Generale n. 446 del 04/06/2018;
- la Deliberazione del Direttore Generale n. 453 del 05/06/2018;
- la Deliberazione del Direttore Generale n. 499 del 19/06/2018;
- la Deliberazione del Direttore Generale n. 521 del 26/06/2018.

Tenuto conto delle sottoelencate note del Direttore Generale, parte integrante e sostanziale del presente documento:

- n. 64688 del 23/05/2017;
- n. 99478 del 30/08/2017;
- n. 111671 del 02/10/2017;
- n. 145623 del 15/12/2017;
- n. 1881 del 04/01/2018;
- n. 1890 del 04/01/2018;
- n. 1892 del 04/01/2018;
- n. 1894 del 04/01/2018.

Tenuto conto, altresì, degli atti predisposti e ricevuti dal Gruppo di lavoro, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- Nota prot. n. 39297 del 14/03/2018 del Responsabile della Direzione dell'U.O.C. Controllo di Gestione;
- Nota prot. n. 44296 del 22/03/2018 del Responsabile della Direzione dell'U.O.C. Controllo di Gestione;

- Nota prot. n. 44989 del 23/03/2018 del Direttore Generale;
- Nota prot. n. 45283 del 23/03/2018 del Responsabile della Direzione dell'U.O.C. P.P.V.A.S.;
- Nota prot. n. 45287 del 23/03/2018 del Responsabile della Direzione dell'U.O.C. Risk Management;
- Verbale del 26/05/2018;
- Nota prot. n. 46585 del 27/03/2018 del Direttore Sanitario aziendale;
- Nota prot. n. 49611 del 03/04/2018 del Responsabile della Direzione dell'U.O.C. Assistenza Distrettuale;
- Nota prot. n. 50068 del 04/04/2018 del Responsabile della Direzione dell'U.O.C. Risk Management;
- Nota prot. n. 52452 del 09/04/2018 del Responsabile della Direzione dell'U.O.C. Controllo di Gestione;
- Nota prot. n. 53672 del 10/04/2018 del Coordinatore Gruppo di Lavoro;
- Nota prot. n. 53676 del 10/04/2018 del Coordinatore Gruppo di Lavoro;
- Nota prot. n. 53677 del 10/04/2018 del Coordinatore Gruppo di Lavoro;
- Nota prot. n. 53678 del 10/04/2018 del Coordinatore Gruppo di Lavoro;
- Nota prot. n. 54062 del 11/04/2018 del Coordinatore Gruppo di Lavoro ;
- Nota prot. n. 54084 del 11/04/2018 del Coordinatore Gruppo di Lavoro;
- Nota prot. n. 54466 del 11/04/2018 del Coordinatore Gruppo di Lavoro;
- Nota del Direttore Amministrativo a margine della nota n. 54828 del 12/04/2018 del Direttore dell'U.O.C. Relazioni con il Pubblico;
- Nota prot. n. 56072 del 13/04/2018 del Responsabile della Direzione dell'U.O.C. Assistenza Distrettuale;
- Nota prot. n. 59295 del 20/04/2018 della Direzione Strategica;
- Nota prot. n. 83870 del 05/06/2018 del Coordinatore Gruppo di Lavoro ;
- Nota prot. n. 89934 del 15/06/2018 del Direttore dell'U.O.C. Relazioni con il Pubblico;
- Nota prot. n. 97608 del 29/06/2018 del Responsabile della Direzione dell'U.O.C. P.P.V.A.S. ;
- Nota prot. n. 99300 del 03/07/2018 del Coordinatore Gruppo di Lavoro;
- Nota n. 83870/Controllo di Gestione del 06/07/2018 ed annotazioni a margine della stessa del Responsabile della Direzione dell'U.O.C. P.P.V.A.S.;
- Nota prot. n. 102341 del 09/07/2018 del Direttore dell'U.O.C. Valorizzazione e Manutenzione Patrimonio Immobiliare.

Rilevato che l'attivazione di un ciclo della performance è altresì finalizzata alla valorizzazione del merito per il conseguimento dei risultati previsti secondo la tempistica di riferimento.

Dato atto che nell'ambito del ciclo della performance si rivela determinante l'adozione da parte dell'Azienda di un Piano delle attività ordinarie e strategiche da demandare a ciascun Dirigente, che evidenzia il tipo di obiettivo, la descrizione dell'obiettivo, i risultati

attesi, le fasi ed i tempi di realizzazione, eventuali particolari adempimenti di chiusura esercizio, gli indicatori di risultato, le risorse umane e strumentali assegnate.

Rimarcato che nel Piano della Performance 2018/2019/2020, vanno evidenziati, oltre agli obiettivi di mantenimento delle attività ordinarie principali, rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, anche e soprattutto quelli tesi a determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati.

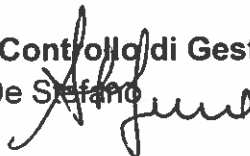
Rilevato, altresì, che, ai sensi della normativa vigente, detti obiettivi devono essere misurabili in termini concreti e riferibili ad un arco temporale determinato, normalmente corrispondente ad un triennio.

Ritenuto opportuno, provvedere in merito in quanto atto dovuto

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE di

- ✚ prendere atto ed approvare il "Piano della Performance ASL Napoli 3 Sud 2018-2020" allegato alla presente deliberazione quale sua parte integrante e sostanziale (Allegato 1);
- ✚ stabilire che gli obiettivi contenuti nel Piano sono vincolanti per tutti gli operatori e le articolazioni organizzative dell'Azienda, comprese quelle che verranno ulteriormente attivate in conformità a quanto indicato nel nuovo Atto Aziendale adottato con delibera n. 735 del 19/10/2017 e approvato dalla Regione Campania con Decreto CA n.39 del 25/09/2017, pubblicato sul BURC n. 72 del 2 Ottobre 2017;
- ✚ dare mandato a tutti i Responsabili delle macro articolazioni aziendali che hanno concordato, per l'anno 2018, gli obiettivi strategici di propria competenza con il Direttore Sanitario ed Amministrativo aziendali, di declinarli, concordandoli con tutto il personale delle U.O. afferenti, pubblicando il verbale della riunione, firmato da tutti i partecipanti sul proprio link del sito istituzionale;
- ✚ dare mandato al Direttore della U.O.C. Relazioni con il Pubblico di curare la pubblicazione del Piano Triennale della Performance dell'Asl Napoli 3 Sud anni 2018/2019/2020 in Amministrazione Trasparente del sito dell'Asl Napoli 3 Sud;
- ✚ dare mandato al Direttore della U.O.C. Relazioni con il Pubblico di trasmettere il Piano Triennale della Performance dell'Asl Napoli 3 Sud anni 2018/2018/2020, a:
 - ❖ tutte le Strutture aziendali;
 - ❖ tutte le OO.SS. dell'Asl Napoli 3 Sud;
 - ❖ tutte le Associazioni componenti il Comitato Partecipativo e Consultivo;
 - ❖ tutti i portatori di interesse

Il Responsabile dell' U.O.C. Controllo di Gestione
dott.ssa Antonella De Stefano



Il Direttore Generale

In forza della D.G.R.C. n° 375 del 13/07/2016 e del D.P.G.R.C. n° 165 del 19/07/2016

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

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

Il Direttore Sanitario aziendale

dr. Luigi Caterino



Il Direttore Amministrativo aziendale

dr. Domenico Concilio



DELIBERA di

- ✚ prendere atto ed approvare il "Piano della Performance ASL Napoli 3 Sud 2018-2020" allegato alla presente deliberazione quale sua parte integrante e sostanziale (Allegato 1);
- ✚ stabilire che gli obiettivi contenuti nel Piano sono vincolanti per tutti gli operatori e le articolazioni organizzative dell'Azienda, comprese quelle che verranno ulteriormente attivate in conformità a quanto indicato nel nuovo Atto Aziendale adottato con delibera n. 735 del 19/10/2017 e approvato dalla Regione Campania con Decreto CA n.39 del 25/09/2017, pubblicato sul BURC n. 72 del 2 Ottobre 2017;
- ✚ dare mandato a tutti i Responsabili delle macro articolazioni aziendali che hanno concordato, per l'anno 2018, gli obiettivi strategici di propria competenza con il Direttore Sanitario ed Amministrativo aziendali, di declinarli, concordandoli con tutto il personale delle U.O. afferenti, pubblicando il verbale della riunione, firmato da tutti i partecipanti sul proprio link del sito istituzionale;
- ✚ dare mandato al Direttore della U.O.C. Relazioni con il Pubblico di curare la pubblicazione del Piano Triennale della Performance dell'Asl Napoli 3 Sud anni 2018/2019/2020 in Amministrazione Trasparente del sito dell'Asl Napoli 3 Sud;
- ✚ dare mandato al Direttore della U.O.C. Relazioni con il Pubblico di trasmettere il Piano Triennale della Performance dell'Asl Napoli 3 Sud anni 2018/2018/2020, a:
 - ❖ tutte le Strutture aziendali;

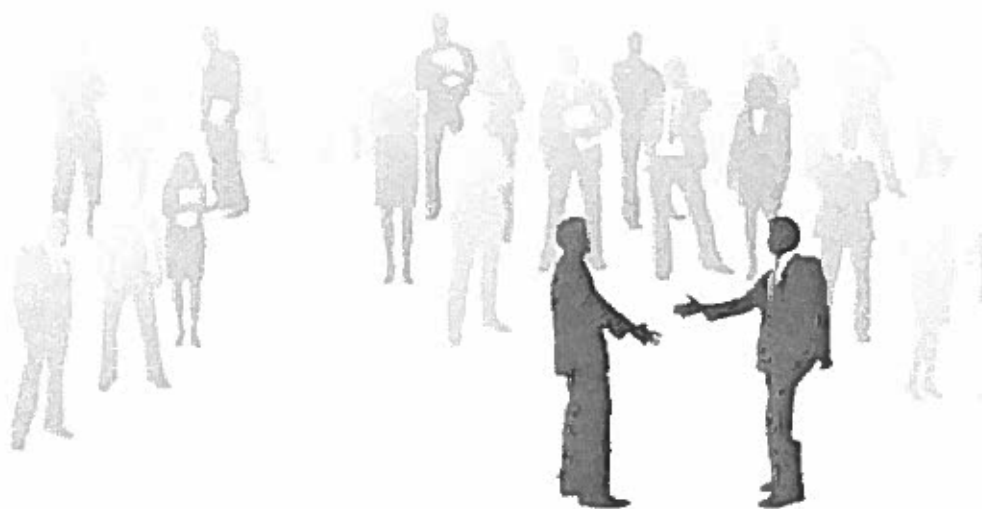
- ❖ tutte le OO.SS. dell'Asl Napoli 3 Sud;
- ❖ tutte le Associazioni componenti il Comitato Partecipativo e Consultivo;
- ❖ tutti i portatori di interesse.

Il Dirigente proponente sarà responsabile in via esclusiva, dell'esecuzione della presente deliberazione, che viene resa immediatamente esecutiva, data l'urgenza, curandone tutti i consequenziali adempimenti, nonché quelli di pubblicità e di trasparenza previsti dal D.L.gs 14 marzo 2013 n° 33 e s.m.i.

Il Direttore Generale
dott.ssa Antonietta Costantini



Un modo per fare meglio tutti insieme



AGGIORNAMENTO PIANO della PERFORMANCE 2018 e pluriennale 2018-2020

A cura del gruppo di lavoro di cui alla nota Prot. N.0044989 del 23/03/2018:

Dr.ssa De Stefano Antonella – Coordinatore;

Dr.ssa Annunziata Maria;

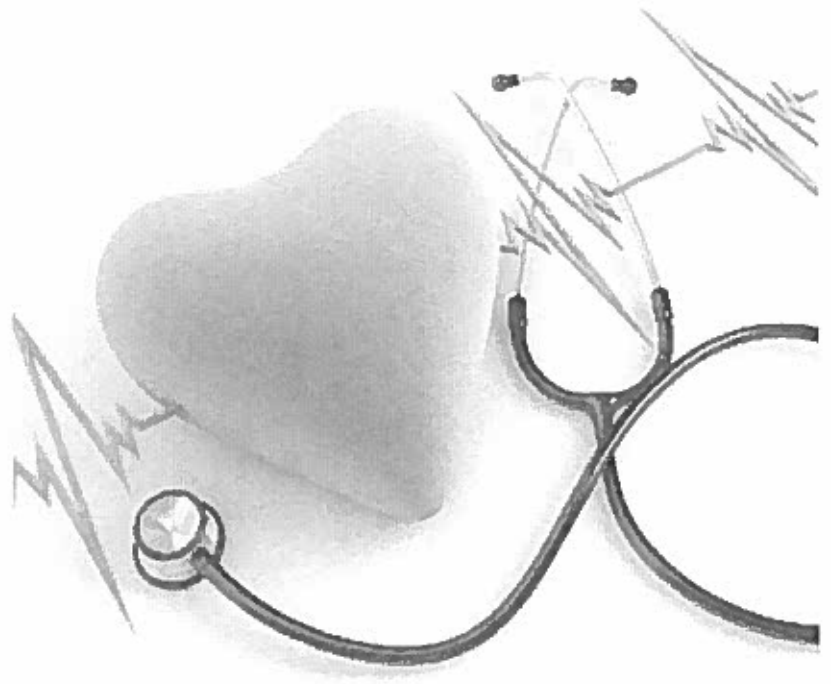
Sig. Carbonaro Luigi

Dr. Cardone Palmerino

Dr. Inserra Ciro;

Dr.ssa Longobardi Giovanna

Dr.ssa Rita Pagnotta



"Un gruppo diventa un vero team quando tutti i membri che lo compongono sono abbastanza sicuri di sé e del contributo che possono dare, da riuscire a lodare la preparazione degli altri partecipanti".
(Anonimo)

Motivate yourself

gfe

gfe

***AGGIORNAMENTO PIANO della PERFORMANCE
2018
e pluriennale 2018-2020***

Delibera n° del 2018

Il Piano della Performance triennio 2018 – 2020

Le politiche per la salute hanno bisogno di forti alleanze tra i cittadini e gli operatori della sanità, con il mondo dell'industria, della cultura e della formazione.

Reputo inevitabile riportare le parole pronunciate da M. Chan Direttore Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità in occasione della 8° Conferenza Globale sulla Promozione della Salute del 2013, a Helsinki, ancora oggi illuminanti per affrontare il tema della sostenibilità del sistema sanitario in ogni paese. *"Le diseguaglianze nella salute, tra paesi e all'interno dei paesi, non sono mai state così grandi nella storia recente. Noi viviamo in un mondo di paesi ricchi pieni di gente povera e malata. La crescita delle malattie croniche minaccia di allargare ancora di più questo gap. Gli sforzi per prevenire queste malattie vanno contro l'interesse commerciale di operatori economici molto potenti e questa è una delle sfide più grandi da affrontare nella promozione della salute". (...) "Negli anni 80, quando parlavamo di collaborazione multisettoriale per la salute ciò significava lavorare insieme a settori amici, come istruzione, casa, nutrizione, acqua e igiene. Quando la sanità collaborava con il settore educativo e con quello che si occupava di acquedotti e fognature, i conflitti d'interesse erano una rarità. Oggi a convincere le persone a condurre stili di vita sani e adottare comportamenti salubri ci si scontra con forze che non sono così amiche. Anzi non lo sono per niente. Gli sforzi per prevenire le malattie croniche vanno contro gli interessi commerciali di potenti operatori economici. Secondo me, questo è la più grande sfida che si trova di fronte la promozione della salute. E non si tratta più solo dell'industria del tabacco, ad esempio. La sanità pubblica deve fare i conti con l'industria del cibo, delle bevande gassate e alcoliche. Tutte queste industrie hanno paura delle regole e si proteggono usando le stesse, ben note tattiche. Queste includono gruppi d'opinione, lobbies, promesse di autoregolamentazione, cause legali, ricerche finanziate dall'industria che hanno lo scopo di confondere le prove e tenere il pubblico nel dubbio. Le tattiche comprendono anche regali, donazioni e contributi a cause giuste per apparire rispettabili agli occhi dei politici e del pubblico. Usano argomenti che attribuiscono agli individui la responsabilità per i danni alla salute e descrivono gli interventi dei governi come un'interferenza nei confronti della libertà personale e della libera scelta. Questa è una formidabile opposizione alla sanità pubblica. Il potere del mercato diventa poi potere politico. Pochi governi danno la priorità alla salute rispetto ai grandi affari. E come abbiamo imparato dall'esperienza del tabacco, una compagnia potente può vendere al pubblico proprio ogni cosa. Lasciatemi ricordare una cosa. Non un solo paese è riuscito a invertire l'epidemia di obesità in tutte le classi di età. Questo non è il fallimento della volontà individuale. E' il fallimento della volontà politica di prevalere sul grande business. Io sono preoccupata per due recenti tendenze. La prima riguarda gli accordi commerciali. I governi che introducono misure per proteggere la salute dei cittadini vengono portati davanti al giudice e sfidati nel processo. Questo è pericoloso. La seconda riguarda gli sforzi dell'industria di influenzare le politiche di sanità pubblica che colpiscono i loro prodotti. Quando l'industria è coinvolta nelle scelte politiche è certo che efficaci misure di controllo vengono minimizzate o completamente annullate. Tutto ciò è documentato e anche questo è pericoloso".*

Le politiche per la tutela della salute sono uno strumento fondamentale per la coesione sociale; un potente traino per l'economia e l'occupazione nonché un importante fattore di sviluppo di settori ad alta tecnologia e intensità di ricerca.

Ancora oggi, il SSN in generale e quello regionale nello specifico, sono chiamati a fronteggiare una serie di importanti sfide che incideranno sulla possibilità tanto di garantire nel medio-lungo termine il rispetto dei principi di universalità, solidarietà ed equità nell'erogazione dei servizi, quanto di mantenere il nostro servizio sanitario nazionale ai primi posti a livello globale per la qualità dell'offerta.

Si richiede un forte impegno delle attività e modalità di governo per la salute sugli aspetti

che seguono:

1. il finanziamento del Ssn;
2. la sostenibilità della spesa privata;
3. un piano straordinario di investimenti;
4. il monitoraggio dei Lea;
5. l'uniformità dei sistemi di governance;
6. le risorse umane;
7. la formazione;
8. l'informatizzazione e la digitalizzazione della sanità;
9. legalità e trasparenza.

Da questi presupposti, ho dato mandato, al gruppo di lavoro all'uopo costituito, di lavorare alla proposta del Piano della Performance triennio 2018 – 2020.

Il Piano della Performance, rappresenta lo strumento di programmazione attraverso il quale, in coerenza con le risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale, vengono individuati gli obiettivi strategici ed operativi, gli indicatori di risultato ed i target su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance individuale ed organizzativa. E' un documento di programmazione pluriennale (2018-2020) che si focalizza principalmente sulle attività dell'anno corrente (2018) e risulta pertanto modificabile con cadenza annuale in relazione a:

- Obiettivi definiti in sede regionale di programmazione sanitaria e socio-sanitaria;
- Modifiche al contesto di riferimento, tanto interno che esterno;
- Modifiche intervenute nelle modalità di organizzazione e di funzionamento della ASL

Napoli 3 Sud.

Tale documento si colloca all'interno del ciclo di gestione della performance, che si articola nelle seguenti fasi:

- A. Definizione ed assegnazione degli obiettivi, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- B. Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- C. Monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- D. Misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale come strumento di apprendimento organizzativo e di orientamento a supporto dei processi decisionali.
- E. Utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- F. Rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.
- G. Attuazione di un'effettiva accountability e trasparenza.

In relazione al suo valore ed alla sua funzione di "integratore" fra tutte le componenti aziendali, il presente Piano, pur necessariamente dovendo rimandare agli specifici documenti e strumenti di lavoro in relazione ai diversi ambiti, rappresenta una sintesi di indirizzo strategico unitario con il Ciclo di Programmazione Economico-Finanziaria, con il Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione, con il Piano di Risk Management, con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e l'Integrità. Nello spirito e nella cultura che lo animano, il presente Piano rappresenta e fa propri i contenuti dei Codici Etico e Comportamentale aziendali e della Carta dei Servizi.

Per l'anno 2018 l'ASL Napoli 3 Sud sarà impegnata nell'attuazione dell'Atto Aziendale, approvato nel settembre 2017, che consentirà di attuare la progressiva ridefinizione della "identità organizzativa", attraverso un vero e proprio processo di "reingegnerizzazione" della visione strategica.

Continuerà l'impegnativa revisione dei processi organizzativi l'importante riqualificazione

delle risorse impiegate per l'assistenza, secondo i principi e le direttive di evoluzione del sistema sanitario regionale, attraverso politiche di revisione della rete di offerta, di maggiore aggregazione delle funzioni aziendali, di semplificazione degli organi di governo e politiche di appropriatezza e controllo delle prestazioni erogate. Altra area di particolare impegno sarà l'integrazione sociosanitaria e lo sviluppo del modello di presa in carico delle persone affette da patologie croniche.

Il presente documento è coerente con i principi indicati:

- nel titolo II del decreto 150/2009 così come modificato dal decreto legislativo n°74 del 25 maggio 2017 (Decreto Madia), e dagli indirizzi impartiti dal Dipartimento della funzione Pubblica ai sensi dell'art.19 del decreto legge 24 giugno 2014, n°90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n°114.nel D.Lgs. 150/2009 - art. 10 in tema di redazione del piano della Performance;

- nella normativa nazionale e aziendale in materia di Trasparenza ed Anticorruzione (Legge 190/2012, Delibere CIVIT nn. 112/2010 e 50/2013, Delibera ANAC 72/2013-PNA 2013);

- nel D. Lgs 97/2016 che modifica il T.U. in materia di trasparenza;

- nel D.P.R. 105/2016 di riordino delle funzioni del DFP in materia di misurazione e valutazione della Performance;

- nella Circolare DFP 14 luglio 2016 di chiarimento sulla nomina dei componenti OIV;

Il Piano della Performance è pubblicato nella sua versione integrale sul sito web dell'Azienda.

Grazie

*Il Direttore Generale ASL Napoli 3 Sud
Antonietta Costantini*

La performance

La performance è il contributo che un'azienda, attraverso la propria azione, apporta al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi per i quali è stata costituita. La sua misurazione e valutazione nel suo complesso, nonché delle unità organizzative in cui si articola e dei singoli dipendenti di cui si compone, sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti, nonché alla crescita delle competenze professionali presenti nell'Azienda stessa.

Essa è tesa a rafforzare la rete di responsabilità incrociate e affermare un comune progetto aziendale che coinvolga tutte le articolazioni organizzative e le componenti dell'Azienda, anche attraverso la comunicazione interna ed esterna, verso uno spirito identitario condiviso e a servizio di una comune percezione della pubblica utilità e della missione assistenziale.

Il gruppo di lavoro, costituito con nota prot. n. 44989 del 23/03/2018

Il Presente Documento ha lo scopo di individuare gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi, nonché gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle performance dell'Azienda, in conformità alle direttive della Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle Amministrazioni Pubbliche.

La performance è il contributo e modalità di raggiungimento di un risultato 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 è costituita.

La misurazione della performance è utilizzata come elemento fondamentale per il miglioramento dell'efficienza ed efficacia dei servizi pubblici. La misurazione della performance è essenzialmente un processo empirico e formalizzato, che mira ad ottenere ed esprimere informazioni descrittive delle proprietà di un oggetto tangibile o intangibile (ad es. un processo, un'attività, un gruppo di persone). Per effettuare la misurazione della performance, un'organizzazione deve dotarsi di un sistema che svolga le funzioni fondamentali di acquisizione, analisi e rappresentazione di informazioni

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.

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 (target di riferimento), delle varie articolazioni organizzative dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud.

Il Piano della performance definisce, inoltre gli elementi fondamentali su cui si imposterà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance, l'azienda sceglie una pianificazione annuale, attraverso la redazione di un documento sintetico e schematico che rende noti gli obiettivi, le azioni ed i risultati che intende perseguire, in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.

Nel documento sono riportati gli indirizzi strategici, che discendono dagli obiettivi di mandato che costituiscono la programmazione di medio periodo della Direzione – e sono altresì declinati gli obiettivi di programmazione e di gestione, riferiti all'anno in corso ed in continuità con il precedente esercizio, per i quali sono definiti gli indicatori di misurazione.

Essendo un atto di programmazione di medio periodo, il piano della performance è modificabile con cadenza annuale in relazione a:

- ❖ Obiettivi definiti in sede di programmazione regionale;
- ❖ Modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento;
- ❖ Modifica della struttura organizzativa e delle modalità di organizzazione e funzionamento dell'Azienda Sanitaria (atto aziendale).

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.

La prima finalità del Piano riguarda la verifica interna ed esterna della qualità del sistema di obiettivi o più precisamente, del livello di coerenza con i requisiti metodologici che, secondo il decreto, devono caratterizzare gli obiettivi. L'art. 5, comma 2, del decreto richiede, infatti che gli obiettivi siano:

- a) "Rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- b) Specifici misurabili in termini concreti e chiari;
- c) Tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi:
- d) Riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno;
- e) Commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale ed internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- f) Confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- g) Correlati alla quantità ed alla qualità delle risorse disponibili".

La seconda finalità del piano è quella di assicurare la comprensibilità della rappresentazione della performance. Nel Piano viene esplicitato il "legame" che sussiste tra i bisogni della collettività, la missione istituzionale, le aree strategiche, gli obiettivi che l'Azienda intende perseguire. Questo rende esplicita e comprensibile la performance attesa, ossia il contributo che l'Azienda sanitaria intende apportare attraverso la propria azione alla soddisfazione dei bisogni di salute della collettività

*Il Gruppo di lavoro
Piano della Performance 2018_2020*



LEGENDA

Per favorire una chiara comprensione dei contenuti del presente Piano e per garantire la necessaria trasparenza si ritiene utile fornire il significato di alcune delle principali terminologie specifiche riportate all'interno del Piano stesso.

❖ **Performance organizzativa:** è il livello di performance ottenuto dall'Azienda nel suo complesso, ovvero dalle singole Strutture Organizzative nelle quali essa si articola;

❖ **Performance individuale:** è il livello di performance ottenuto dai singoli individui o microgruppi di individui;

❖ **Ciclo di gestione della performance:** è il processo aziendale posto in essere per la definizione degli obiettivi attraverso cui si provvede alla misurazione, alla valutazione ed alla rendicontazione dei risultati perseguiti alla fine del ciclo;

❖ **Piano della performance:** è l'insieme degli obiettivi strategici ed operativi su cui si fonda l'attività aziendale ed è approvato e revisionato annualmente dalla stessa ASL;

❖ **Misurazione della performance:** è l'attività di analisi degli scostamenti tra i singoli obiettivi prefissati ed i conseguenti risultati raggiunti, rapportati ad indicatori misurabili in termini quantitativi e/o economici, oppure riferiti a processi organizzativi e/o di qualità e/o soddisfazione dei bisogni della popolazione e degli utenti;

❖ **Valutazione della performance:** è l'attività di valutazione dei risultati ottenuti sulla base della misurazione della performance, anche rispetto alle aspettative generali ed al grado di soddisfacimento dei bisogni degli utenti;

❖ **Rendicontazione sulla performance:** è la descrizione a cadenza periodica degli esiti dell'attività di misurazione e di valutazione della performance dell'Azienda nel suo complesso o dei singoli gruppi o individui, ed indirizzata agli stakeholder esterni;

❖ **Sistema di valutazione e misurazione della performance:** è l'insieme dei criteri che fissano le metodologie da utilizzarsi, le varie fasi ed il ruolo dei soggetti coinvolti nel processo di misurazione e di valutazione della performance.





Indice

1. LA DIRETTIVA ANNUALE DEL DIRETTORE GENERALE:

- ❖ Direttiva anno 2018:
 - i. Quadro Normativo di riferimento;
 - ii. Governo economico – finanziario;
- ❖ OBIETTIVI STRATEGICI;
- ❖ OBIETTIVI ANNO 2018
 - Obiettivi relativi alla “Garanzia LEA”;
 - Obiettivi relativi ai Programmi Operativi regionali;
 - PAC;
 - Obiettivi relativi alla sicurezza dei pazienti, rischio clinico e PDTA;
 - Obiettivi relativi alla comunicazione e accessibilità;
 - Obiettivi relativi a Trasparenza e prevenzione alla Corruzione.

2. CRITERI GENERALI:

- ❖ Principi Generali;
- ❖ Presentazione del Piano delle Performance:
 - i. La “riforma Madia e le sue implicazioni”;
- ❖ Finalità del Piano delle Performance;
- ❖ Contenuto del Piano delle Performance

3. INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI ED ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI

- ❖ Contesto;
 - i. Quadro Normativo
 - Nazionale;
 - Regionale

❖

4. L' AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 3 SUD

- ❖ Chi Siamo
 - i. Organizzazione;

- ❖ Cosa Facciamo
- ❖ Come Operiamo:
 - Livello Assistenza Territoriale
 - ✓ Distretti;
 - Livello Assistenza Ospedaliera
 - ✓ Presidi Ospedalieri;
 - Livello Assistenza Collettiva;
- ❖ Dipartimenti

5. ANALISI DEL CONTESTO

- ❖ Contesto Esterno;
 - i. Demografia e salute;
 - Distribuzione della Popolazione;
 - Indicatori demografico:
 - Piramide dell'età;
 - Distribuzione per fasce e sesso;
 - Indice di vecchiaia;
 - Indice di dipendenza;
 - Indice di dipendenza strutturale;
 - Cittadini Stranieri;
 - Condizioni socio – economiche;
 - Territorio;
- ❖ Contesto Interno;
- ❖ Principi e Criteri di Organizzazione e Funzionamento;
- ❖ Organizzazione aziendale;
- ❖ Organi Aziendali;
- ❖ Governo e Risultati dell'Azienda;
- ❖ Natura degli Atti;
- ❖ Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini.

6. IDENTITA'

- ❖ L'ASL Napoli 3 Sud in cifre:
 - i. Personale dipendente;
 - ii. Risorse Finanziarie.
- ❖ Dalle Politiche Regionali all'efficienza e al Risanamento Economico – Finanziario;
- ❖ Criticità ed Opportunità;
- ❖ Quadro di Sintesi
- ❖ RAPPORTO CON GLI STAKEHOLDERS.

7. IMPEGNI STRATEGICI

- ❖ Impegni Strategici e Dimensioni della Performance:
 - i. Temi strategici aziendali:
 - Appropriately;
 - Sicurezza;
 - Comunicazione;
 - Etica;
 - Prevenzione e promozione della Salute;
 - Integrazione Ospedale – Territorio
 - Integrazione Socio – Sanitario

8. OBIETTIVI - PERFORMANCE 2018 – 2020:

- ❖ Definizione degli obiettivi;
 - i. Principi di base del P.P.;
 - ii. Vigenza del Piano e integrazione con il Ciclo di Gestione della Performance;
- ❖ L'Albero della Performance.

9. OBIETTIVI STRATEGICI:

- ❖ Pianificazione degli Obiettivi Strategici
 - i. Processo di Riorganizzazione;
 - ii. Procedure di Reclutamento;
 - iii. Piano Investimento;
- ❖ Garantire la compatibilità economica nazionale e regionale, perseguendo l'equilibrio economico – finanziario dell'Azienda;
- ❖ Garantire il diritto alla Salute e il conseguimento dei target relativi ai LEA;
- ❖ Recupero della mobilità sanitaria;
- ❖ Garantire la sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico;
- ❖ Ulteriori obiettivi strategici del triennio 2018 - 2020

10. OBIETTIVI OPERATIVI

11. IL BENESSERE ORGANIZZATIVO:

- ❖ Il Benessere organizzativo;
 - i. Metodologia del Benessere organizzativo;
 - ii. L'Analisi del Clima Organizzativo

12. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

- i. Coerenza con la Programmazione Economico – Finanziaria e di Bilancio;
 - ii. Azione di Miglioramento del Ciclo della Gestione della Performance;
 - iii. Collegamento Trasparenza e Integrità;
- ❖ Coerenza del Piano della Performance con il Piano per la Trasparenza e la Corruzione;
 - i. Obiettivi operativi di trasparenza di medio periodo (tre anni)
- ❖ La Responsabilità del Responsabile della trasparenza e della Corruzione;

13. IL SISTEMA DI MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE

- ❖ Indicatore
- ❖ Target
- ❖ Infrastruttura di supporto
- ❖ Processo

14. VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

15. VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

- i. Oggetto della valutazione individuale
 - ii. Misurazione degli Obiettivi Individuali:
 - iii. Schede di Valutazione

16. COERENZA TRA IL PIANO DELLA PERFORMANCE E LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA

17. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

18. ALLEGATI

[Handwritten signatures]

1

(ART. 14 D.L.GS 30.03.2001 N. 165)

LA DIRETTIVA ANNUALE
DEL DIRETTORE GENERALE



❖ DIRETTIVA ANNO 2018

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

Con il Decreto CA n. 39 del 25/09/2017, pubblicato sul BURC n. 72 del 2 Ottobre 2017, la Regione Campania ha approvato l'Atto Aziendale dell'ASL Napoli 3 Sud:

- con la seguente prescrizione:
 - "completare ed allineare il modello organizzativo dell'assistenza territoriale a quanto previsto dal DCA 99/2016 – Piano regionale di programmazione della rete per l'assistenza territoriale 2016/2018 - entro 60 giorni dall'adozione del presente decreto;
- con la seguente disposizione:
 - l' Atto Aziendale dovrà essere rimodulato in coerenza con il provvedimento di aggiornamento della riorganizzazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 da adottarsi dalla Struttura Commissariale al fine di recepire le indicazioni fornite dai Tavoli di Verifica ministeriale

L'ASL Napoli 3 Sud, prende atto del Decreto C.A. n. 39 del 25/09/2017, con Delibera Direttore Generale n. 735 del 19/10/2017.

Con tali Atti, l'Azienda ha definito la propria organizzazione ed il proprio funzionamento, sostanziando i formali riferimenti per poter coerentemente perseguire la propria *mission*, nel rispetto dei principi e dei criteri emanati dalla Regione Campania

In funzione di ciò, la Direzione sta dando impulso all'attuazione dell'assetto organizzativo formulato, con l'avvio del conferimento degli incarichi dirigenziali delle Strutture aziendali ritenute fondamentali.

L'assetto organizzativo ed i criteri di funzionamento sono anche conformi al principio di decentramento dei poteri gestionali, attraverso un organico sistema di deleghe ai dirigenti preposti alle strutture organizzative individuate come centri di responsabilità, e un accentramento dei poteri di programmazione e di indirizzo in capo al Direttore Generale in rapporto fiduciario con il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo.

La Direttiva Annuale -obiettivi annuali- affidata al Direttore Generale, dalla Regione Campania, costituisce lo strumento attraverso il quale l'Azienda definisce la programmazione e gli obiettivi generali annuali, cui vengono orientate la gestione e le attività assistenziali, in un quadro di compatibilità con le risorse economiche disponibili.

Essa è elaborata in aderenza a quanto previsto nell'ambito dei Percorsi Attuativi per la Certificabilità di cui ai Decreti CA n. 5 dell'01.04.2015 e n. 53 del 07.11.2017, attuati dall'ASL Napoli 3 Sud con Delibera n. 11 del 17.01.2017 -Adozione del Piano Attuativo Certificabilità del Bilancio, con Delibera n. 196 del 26.10.2016 - Presa d'atto del documento "Verso il Piano Attuativo Certificabilità e con Delibera n. 332 del 25.06.2013 - Adozione Regolamento di Contabilità.

Con l'Atto Aziendale sono state individuate le aree macro-organizzative (Presidi ospedalieri, Distretti sanitari, Dipartimenti strutturali, Dipartimenti funzionali), articolazioni a cui sono assegnate le risorse e gli obiettivi assistenziali e di *performance* nonché la rendicontazione e la verifica attraverso la contabilità analitica e gli indicatori di risultato al fine di analizzare sia le criticità economiche sia i risultati conseguiti nella *performance* sanitaria e non sanitaria, elementi necessari anche per una corretta metodica di valutazione dei dirigenti.

Con l'adozione dell'Atto Aziendale, di diritto privato, la ASL Napoli 3 Sud, esplicita, quindi, la propria identità e la propria *mission*, i principi ed il sistema di valori che devono orientare l'operato dell'organizzazione e i comportamenti dei singoli, il sistema di relazioni e le logiche generali di governo dell'Azienda, la struttura organizzativa, i sistemi operativi e gli strumenti a supporto della gestione e dello sviluppo professionale degli operatori

i. Quadro Normativo di Riferimento

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

ii. Governo Economico - Finanziario

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



CODICE	VOCE MODELLO CE	CONSUNTIVO 2013		CONSUNTIVO 2014		CONSUNTIVO 2015		CONSUNTIVO 2016	
Z9999	Totale valore della produzione (A)	1.369.777		1.435.766		1.492.674		1.683.220	
Z9999	Totale costi della produzione (B)	1.329.158		1.420.407		1.450.085		1.646.800	
A0020	1° Margine (A)- (B)	40.619		15.359		42.589		36.420	
Z9999	Totale proventi ed oneri finanziari (C)	6.979		3.674		7.154		3.852	
Z9999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	-		-		-		-	
Z9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	5.384		9.329		14.986		11.950	
A0000	Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	39.024		21.014		20.449		20.618	
Z9999	Totale imposte e tasse	21.374		20.694		20.099		18.959	
Z9999	RISULTATO DI ESERCIZIO	17.650		320		350		1.659	




ODICE	VOCE MODELLO CE	CONSUNTI VO2013		CONSUNTIV 2014		CONSUNTIVO 2015		CONSUNTIVO 2016	
A0010	B.1) Acquisti di beni	133.165	10,02%	152.211	10,72%	167.183	11,53%	189.772	11,52%
A0020	B.1.A) Acquisti di beni sanitari	128.570	9,67%	145.704	10,26%	164.317	11,33%	187.476	11,38%
A0310	B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	595	0,35%	6.507	0,46%	2.866	0,20%	2.296	0,14%
A0390	B.2) Acquisti di servizi	19.030	61,62%	881.658	62,07%	906.742	62,53%	1.096.365	66,58%
A0400	B.2.A) Acquisti servizi sanitari	770.143	57,94%	830.779	58,49%	853.423	58,85%	1.037.353	62,99%
A1560	B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	48.887	3,68%	50.879	3,58%	53.319	3,68%	59.012	3,58%
A1910	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria externalizzata)	12.400	0,93%	14.487	1,02%	14.102	0,97%	16.929	1,03%
A1990	B.4) Godimento di beni di terzi	10.752	0,81%	12.628	0,89%	7.286	0,50%	7.577	0,46%
A2080	<u>Totale Costo del personale</u>	276.944	20,84%	267.887	18,86%	260.543	17,97%	254.600	15,46%
A2090	B.5) Personale del ruolo sanitario	229.928	17,30%	223.488	15,73%	218.103	15,04%	213.218	12,95%
A2230	B.6) Personale del ruolo professionale	1.065	0,08%	1.046	0,07%	665	0,05%	718	0,04%

A2320	B.7) Personale del ruolo tecnico	23.985	1,80%	21.742	1,53%	20.629	1,42%	19.772	1,20%
A2410	B.8) Personale del ruolo amministrativo	21.966	1,65%	21.611	1,52%	21.146	1,46%	20.892	1,27%
A2500	B.9) Oneri diversi di gestione	3.926	0,30%	5.798	0,41%	6.324	0,44%	7.917	0,48%
A2570	B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	681	0,05%	111	0,01%	176	0,01%	13	0,00%
A2580	B.11) B.12) B.13 Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	14.481	1,09%	13.678	0,96%	10.953	0,76%	6.974	0,42%
A2630	B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	200	0,02%	8.500	0,60%	8.500	0,59%	-	0,00%
A2660	B.15) Variazione delle rimanenze	704	0,05%	997	0,07%	1.505	0,10%	2.434	0,15%
A2690	B.16) Accantonamenti dell'esercizio	56.875	4,28%	64.446	4,54%	69.781	4,81%	69.087	4,20%
Z9999	Totale costi della produzione (B)	1.329.158	100,00%	1.420.407	100,00%	1.450.085	100,00%	1.646.800	100,00%

TAB. n. 1

❖ OBIETTIVI STRATEGICI

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

In linea con la programmazione sanitaria definita attraverso i Decreti commissariali e i provvedimenti della Giunta Regionale, nonché con gli obiettivi generali e specifici assegnati con Delibera G.R.C. n. 375 del 13/07/2016 l'Azienda focalizza la *performance* 2018 nei seguenti punti:

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

b) completare l'assetto organizzativo dell'Azienda secondo l'Atto aziendale approvato con Decreto C.A. n. 39 del 25/09/2017 e preso atto con Delibera Direttore Generale n. 735 del 19/10/2017, attraverso il conferimento degli incarichi di dirigenti nei reparti chiave e nelle strutture dipartimentali;

c) garantire il diritto alla salute, con il conseguimento dei *target* relativi agli obiettivi LEA assegnati;

d) portare a compimento le procedure di reclutamento del personale, come autorizzate in base alle disposizioni regionali in materia;

e) predisporre azioni di edilizia sanitaria e ammodernamento delle attrezzature biomedicali, come previsti con il Piano investimenti 2018-2020;

f) ottimizzare i flussi informativi in tutti gli ambiti di attività dell'Azienda ed in particolare di quelli correlati al monitoraggio dei LEA;

g) migliorare l'appropriatezza delle prestazioni nelle sue varie declinazioni, dai ricoveri ai tagli cesarei, all'attività prescrittiva di farmaci e prestazioni ambulatoriali;

h) garantire l'attuazione e il monitoraggio del programma triennale della trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione, e migliorare la comunicazione e la partecipazione degli utenti;

i) strutturare il rapporto con i fornitori accreditati e le attività periodiche di monitoraggio e controllo;

j) riqualificare la rete di emergenza-urgenza;

k) garantire la sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico;

l) garantire il rispetto delle liste d'attesa nonché la massima trasparenza e diffusione delle relative informazioni.

❖ OBIETTIVI PER L'ANNO 2018

Gli obiettivi per l'anno 2018 sono qui ricondotti agli atti di riferimento regionale o interno, nonché alle articolazioni organizzative aziendali coinvolte (Dipartimenti, Distretti, Presidi ospedalieri, Servizi e Funzioni centrali).

A. Obiettivi relativi alla "Garanzia dei LEA"

(Delibere G.R.C. n. 375 del 13/07/2016 e G.R.C. n. 426 del 12.07.2017)

Atto di riferimento	Obiettivo	Descrizione obiettivo	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	DISTRETTI SANITARI	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	DIPARTIMENTO DIPENDENZE	PRESIDI OSPEDALIERI	DIPARTIMENTI - OSPEDALIERI	FUNZIONI CENTRALI
DGRC 375/2016 (obiettivi 1.1_1.2_1.3)	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Incremento della copertura vaccinale sino all'ottenimento del valore del 95% per tutte le vaccinazioni							
	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Incremento della copertura vaccinale sino all'ottenimento almeno del valore del 92%							
	Copertura vaccinale antinfluenzale	Copertura vaccinale antinfluenzale negli assistiti > = 65 anni almeno tra il 60 e il 75%							
DGRC 375/2016 (obiettivo 2)	Prevenzione secondaria/screening	Incremento della popolazione che ha effettuato test di screening di primo livello, per cervice uterina, mammella, colon retto. Screening neonatali.							
DGRC 375/2016 DCA 115/2016 DCA 54/2018 (obiettivo 3)	Controlli Unità locali sicurezza	Incremento del valore percentuale sino alla soglia di copertura ricompreso almeno tra 2,5% e 5%							
DGRC 375/2016 (obiettivi 4.1_4.2_4.3)	Controlli delle malattie trasmissibili all'uomo	Controlli per la prevenzione della tubercolosi bovina e della brucellosi ovicaprina, bovina e bufalina fino ai valori percentuali previsti							
	Anagrafi animali	Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina rispetto al 3% previsto dal Regolamento CE 1505/06							

DGRC 375/2016 (obiettivi 5.1_5.2_5.3)	Controlli dei contaminanti negli alimenti di origine animale e vegetale	Attuazione del piano per la ricerca dei residui di farmaci, sostanze illecite e contaminanti negli alimenti di origine animale, e del programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali							
DGRC 375/2016 (obiettivi 6.1_6.2)	Appropriatezza dei ricoveri	Riduzione del 30% dei ricoveri ordinari in età pediatrica (< 18 anni) per: asma e gastroenterite							
		Riduzione del 10% dei ricoveri ordinari in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e a lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco							
DGRC 375/2016 (obiettivo 7)	Assistenza domiciliare	Percentuale di anziani > 65 anni trattati in ADI almeno per un valore ricompreso tra ≥ 1,56 e < 1,88							
DGRC 375/2016 (obiettivo 8)	Prestazioni RMN	Garantire prestazioni di risonanza magnetica per un valore ricompreso tra 5,10 e 7,50 per 100 residenti							
DGRC 375/2016 (obiettivo 9)	Salute mentale	Numero di assistiti presso Dipartimento Salute Mentale ≥ 10,82 per 1.000 residenti							
DGRC 375/2016 (obiettivi 10.10.2)	Appropriatezza	Riduzione del 30% dei ricoveri diurni di tipo diagnostico							
		Riduzione del 25% degli accessi di tipo medico							
DGRC 375/2016 (obiettivo 11)	DRG a rischio di inappropriatezza	Rapporto ≤ 0,21 tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza							

TAB. n. 2

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

B. Obiettivi relativi ai Programmi operativi regionali

Atto di riferimento	Obiettivo	Descrizione obiettivo	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	DISTRETTI SANITARI	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	DIPARTIMENTO DIPENDENZE	PRESIDI OSPEDALIERI	DIPARTIMENTI OSPEDALIERI	FUNZIONI CENTRALI
DCA 108/2014; Bilancio di Previsione; Piano Investimenti	Investimenti	Adeguamenti strutturali di edilizia sanitaria e ammodernamento delle tecnologie biomedicali (Piano investimenti)							U.O. Attività tecniche e patrimoniali; U.O. Acquisizione beni e servizi; U.O. Valutazione tee. Sanitarie
DCA 106/2014; DCA 108/2016;	Razionalizzazione organizzativa del personale	Razionalizzazione interna delle Unità operative e dei turni del personale finalizzata all'abbattimento del ricorso all'auto-convenzionamento interno per la dirigenza medica e sanitaria							
DCA 161/2014; DCA 14/2017		Razionalizzazione interna delle Unità operative e dei turni del personale finalizzata al contenimento del fondo disagio del comparto							X
DCA 56/2015;	Razionalizzazione della spesa	Incentivazione dell'appropriatezza prescrittiva e razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale							
DCA 57/2015;		Incentivazione dell'appropriatezza prescrittiva e razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera							
DCA 66 2016;		Incentivazione dei farmaci a brevetto scaduto e dei biosimil.							
DCA 108/2014		Contenimento della spesa all'interno delle autorizzazioni annuali							X
DCA 108/2014 DCA 23/2018	Piano dei pagamenti per debiti pregressi	Attuazione del Piano dei pagamenti ai sensi della Determina Dirigenziale regionale n. 150/2017 e del Decreto CA n. 23/2018							U.O. GEF; U.O. Affari Legali
	Rapporti con gli erogatori	Verifica tecnica del rispetto dei tetti di spesa per gli operatori privati accreditati							U.O. Assistenza
	Tempi di pagamento dei Fornitori	Pagamento delle fatture entro i termini previsti							X

DCA 108/2014;	Gestione del personale	Implementazione delle misure regionali relative alla razionalizzazione della gestione del personale: - completamento delle procedure reclutamento del personale autorizzate; - rispetto degli adempimenti regionali relativi agli Specialisti ambulatoriali convenzionati; - rideterminazione dei fondi per la contrattazione integrativa. Completamento delle procedure concorsuali per l'affidamento degli incarichi dirigenziali.							U.O. GRU
GRC 271/2012 DCA 34/2017	Miglioramento dei tempi di attesa	Governo delle liste di attesa per prestazioni ambulatoriali e prestazioni di ricovero e stratificazione dell'offerta CUP							X
DCA n. 4 del 17.01.2018	DAY-SERVICE	Promozione del day-service							
DCA n. 70 del 21.12.2017; DCA n. 3 del	Riabilitazione respiratoria	Implementazione del percorso aziendale per la presa in carico riabilitativa del paziente con BPCO							
DCA n. 69/2017	Riabilitazione motoria	Implementazione del percorso riabilitativo del paziente con frattura di femore							
GRC 2312/2007;	Attività di prevenzione primaria per la tutela della	Promozione del benessere e prevenzione dei comportamenti a rischio							X
Delibera ASL Napoli 3 sud n. 87/2016, e n.277/2017	Equità in salute	Integrazione socio-sanitaria dei migranti e dei senza fissa dimora							U.O. Area Fragilità U.O.Assistenza Primaria UU.OO.Convolute
DCA 108/2014 GRC 394/2016 Legge 120/2007	Flussi informativi	Adozione delle misure più idonee per il miglioramento della continuità, completezza e qualità dei flussi informativi consolidati: Distribuzione diretta e oncologici ad alto costo (file F), flusso EMUR, SIIVIES, Tessera Sanitaria, SDO, Specialistica ambulatoriale (file C), Consumi ospedalieri (CO), etc.							X
		Monitoraggio delle Attività Libero Professionale intramurarie							X
DCA 33/2016 DCA	Riqualificazione attività di ricovero	Riqualificazione del case-mix delle prestazioni di ricovero anche al fine di ridurre la migrazione sanitaria							

DCA 33/2016	Riqualificazione emergenza- urgenza	Riqualificazione del circuito dell'emergenza-urgenza nella gestione delle patologie tempo dipendenti							
		Formazione permanente per l'adeguamento delle competenze tecnico-scientifiche per la gestione delle emergenze sanitarie							
		Riduzione del ricorso improprio al Pronto soccorso							
DCA 99/2016	Rete assistenza territoriale	Completamento delle misure organizzative dell'assistenza territoriale sul modello delle AFT, delle UCCP e delle strutture intermedie							X

TAB. n. 3

PAC

.Lgs 118/2011; DCA 5/2015 (PAC); DCA 108/2014	Percorsi PAC	Applicazione delle azioni previste nel Manuale dei percorsi attuativi per la certificabilità (PAC) adottato con - Delibera n. 11 del 17.01.2017 - Delibera n. 196 del 26.10.2016 - Delibera n. 332 del 25.06.2013 previsti con il Decreto CA n. 22/2018.							
DCA n. 53/2017;	Ottimizzazione del magazzino	Registrazione del carico e scarico di magazzino entro 10 giorni							
DCA n. 22/2018 Delibera n. 11 del 17.01.2017	Tempi di registrazione fatture	Registrazione delle fatture entro 15 giorni							

TAB. n. 4

C. Obiettivi relativi alla sicurezza dei pazienti, rischio clinico e PDTA

Atto di riferimento	Obiettivo	Descrizione obiettivo	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	DISTRETTI SANITARI	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	DIPARTIMENTO DIPENDENZE	PRESIDI OSPEDALIERI	DIPARTIMENTI OSPEDALIERI	FUNZIONI CENTRALI
Delibera n. 735 del 19/10/2017 Atto aziendale	Formazione	Promozione della formazione presso tutte le Strutture aziendali quale indispensabile strumento di miglioramento della qualità delle attività							
		Implementazione del Piano formativo aziendale							
DCA99/2016 DCA 33/2016 DCA 8/2018	PDTA	<p>Progetti di miglioramento nelle aree assistenziali critiche sia adulte che pediatriche e PDTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - diabete (DCA 108/2014 e DCA 26/2014); - piede diabetico e ulcere cutanee (DCA 108/2014 e DCA 43/2014); - bronco-pneumopatia cronica ostruttiva (DCA 70/2017; DCA 3/2018); - scompenso cardiaco (DCA 108/2014 e linee guida di riferimento); - ipertensione (DCA 108/2014 e linee guida di riferimento); - nefropatie croniche (linee guida di riferimento); - sclerosi laterale amiotrofica (DCA 51/2015); - demenze (DCA 52/2015); - malattie rare - malattie croniche in età evolutive (DCA 91 e 105/2014; DCA 134/2016) 							
DCA 105/2014 DCA 108/2014 DD. D.G. per la presa atto delle linee progettuali di cui ai DDCCAA R.C. (fondi vincolati)	Sicurezza dei pazienti	Promozione del Piano di formazione aziendale per la sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico							
		Prevenzione delle infezioni nosocomiali e partecipazione allo studio europeo mediante la rilevazione dei fattori di rischio, delle procedure invasive, delle infezioni e degli antibiotici prescritti, a carico dei pazienti ricoverati.							
	Raccomandazioni ministeriali e procedure aziendali	Adozione delle raccomandazioni Ministeriali e procedure aziendali relative alla Linea progettuale n. 16.1 del DCA 105/2014, come adottate con delibere dell'ASL Napoli 3 Sud							

	Sicurezza in sala operatoria	Applicazione del manuale della sicurezza in sala operatoria: raccomandazioni ministeriali e adozione della check-list							
	Sistema Nazionale Monitoraggio Eventi Sentinella	Adesione al SIMES e alimentazione del flusso informativo regionale-ministeriale relativo agli errori in sanità							
	Farmacovigilanza	Miglioramento della sicurezza dei farmaci e vaccini e monitoraggio delle reazioni avverse							
DGRC 1584/2005 DCA36/2016	Educazione e promozione della salute	Potenziamento delle attività di educazione e promozione della salute nell'ambito della pianificazione aziendale							

TAB. n. 5

D. Obiettivi relativi alla comunicazione e accessibilità

Atto di riferimento	Obiettivo	Descrizione obiettivo	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	DISTRETTI SANITARI	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	DIPARTIMENTO DIPENDENZE	PRESIDI OSPEDALIERI	DIPARTIMENTI OSPEDALIERI	FUNZIONI CENTRALI
DCA 08/2013	Soddisfazione dell'utenza	Indagini di rilevazione del grado di soddisfazione dell'utenza; Ufficio reclami e gestione dei reclami pervenuti							
	Diritto di accesso e informazione	Applicazione del Regolamento di accessibilità degli atti							
	Comunicazione e relazione con i cittadini	Adeguamento del sito web aziendale							

TAB. n. 6

E. Obiettivi relativi a Trasparenza e Prevenzione della corruzione

Atto di riferimento	Obiettivo	Descrizione obiettivo	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	DISTRETTI SANITARI	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	DIPARTIMENTO DIPENDENZE	PRESIDI OSPEDALIERI	DIPARTIMENTI OSPEDALIERI	FUNZIONI CENTRALI
Legge 90/2012	Prevenzione della corruzione e trasparenza	Applicazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza							
.Lgs 3/2013	Monitoraggio Delle Informazioni	Aggiornamento costante sul sito istituzionale delle informazioni prescritte dal Decreto 33/2013							
	Riscontro rilievi del Collegio Sindacale	Tempi di riscontro ai rilievi del Collegio entro 30 giorni							
.Lgs 65/2001	Codice di comportamento	Aggiornamento continuo del Codice di comportamento dei dipendenti dell'Azienda in base alle nuove norme							

TAB. n. 7

2

CRITERI GENERALI

Handwritten signatures:
A
He

❖ Principi Generali

Il Piano della performance dell'ASL Napoli 3 Sud si ispira ed attiene ai seguenti principi generali:

❖ **Principio della Trasparenza** L'ASL Napoli 3 sud pubblicherà pertanto il Piano della performance sul proprio sito istituzionale in apposita sezione, di facile accesso e consultazione e denominata "Amministrazione Trasparente". Inoltre il Piano verrà trasmesso all'Autorità Nazionale AntiCorruzione (A.N.AC.), al Dipartimento della Funzione Pubblica ed al Ministero dell'Economia e delle Finanze, nonché alla Direzione Sanità della Regione Campania. L'Azienda infine presenterà il Piano, nelle forme e nelle sedi più opportune, agli interlocutori e destinatari interni (Dirigenti, Rappresentanze sindacali), all'Organismo Indipendente di Valutazione ed ai portatori di interesse esterni (Conferenza dei Servizi, Organizzazioni sindacali, Tribunale del malato, ecc...), anche attraverso la comunicazione organizzata nella Giornata della Trasparenza. Il Piano della Performance 2018, è lo strumento di integrazione tra performance, trasparenza, strategia aziendale e piano delle azioni.

- **Principio della Immediata Intelligibilità** Al fine di garantire facilità di comprensione agli interlocutori interni ed ai portatori di interesse esterni, il Piano viene proposto secondo una struttura multi-livello prevedendo, pertanto, una parte principale del Piano, nel quale sono esplicitati alcuni contenuti ed approfondimenti tecnici.
- **Principio della Veridicità e Verificabilità** Per ciascun indicatore individuato viene indicata la fonte di provenienza dei dati. I dati che alimentano gli indicatori sono tracciabili. Al fine di garantire la verificabilità del processo seguito, vengono definite le fasi, i tempi e le modalità del processo per la predisposizione del Piano e per la sua eventuale revisione infrannuale nel caso in cui intervenissero situazioni straordinarie. Vengono altresì individuati gli attori coinvolti (Direzione, Organismo Indipendente di Valutazione, Dirigenti e Strutture).
- **Principio della Partecipazione** Il processo di sviluppo del Piano deve essere frutto di un percorso di coinvolgimento di tutti i portatori di interessi interni ed esterni al sistema.
- **Principio dell'Orizzonte pluriennale** La norma prevede un arco temporale di riferimento triennale, con scomposizione in obiettivi annuali secondo una logica di scorrimento

❖ Presentazione del Piano delle Performance

Il Piano della Performance costituisce un documento programmatico introdotto nel nostro ordinamento dal Decreto Legislativo n. 150/2009, 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.

Il Decreto Legislativo n. 150/2009 e ss.mm.ii. 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.

Il Piano della performance dà avvio al Ciclo di gestione della performance, quale ciclo di programmazione e controllo, che si articola nelle seguenti fasi:

- ✓ Definizione e assegnazione degli obiettivi da raggiungere, dei valori attesi e degli indicatori;
- ✓ Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- ✓ Monitoraggio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- ✓ Misurazione e valutazione della performance, organizzativa ed individuale;
- ✓ Utilizzo sistemi premianti;
- ✓ Rendicontazione dei risultati.

Il Piano della performance, in quanto atto di programmazione pluriennale per il triennio 2018- 2020, con indicazione delle attività prioritarie per l'anno in corso, è aggiornato con cadenza annuale in relazione agli obiettivi strategici ed operativi definiti in sede di programmazione annuale, alle variazioni del contesto interno ed esterno di riferimento ed alle modifiche delle modalità di organizzazione e funzionamento dell'ASL.

Il Piano viene adottato in coerenza con il Piano Sanitario Regionale e con gli obiettivi attualmente conferiti al Direttore Generale da parte della Regione Campania ed è coerente/correlato con il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione.

Il Piano della performance, presenta l'organizzazione e la mappa degli obiettivi 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 in connessione con il bilancio di previsione e con il processo di budgeting.

Rappresenta uno degli strumenti per migliorare l'efficienza nell'utilizzo delle risorse e l'efficacia nell'azione verso l'esterno, per promuovere la trasparenza e per prevenire la corruzione.

Il documento è redatto coerentemente con i principi contenuti nel D.Lgs. n. 150/2009 e ss.mm.ii. ed in conformità con le linee guida fornite dalla stessa ANAC alle Amministrazioni destinatarie del suddetto decreto.

Il presente Piano della Performance ha una valenza triennale per gli anni 2018-2020 con rivalutazione annuale e si pone lo scopo di:

- ↓ portare a conoscenza dei portatori di interesse (stakeholder) gli obiettivi strategici, gli obiettivi operativi, le azioni che l'Istituto intende realizzare;
- ↓ valorizzare e riqualificare il processo di budget ed il sistema di valutazione ed incentivazione del personale;
- ↓ integrare il ciclo della performance con gli strumenti e i processi relativi a qualità dei servizi, trasparenza, integrità e prevenzione della anticorruzione;
- ↓ porre in essere percorsi di miglioramento continuo della performance.

Il Piano è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della *performance* (articolo 4 del Decreto), nel quale sono esplicitati in coerenza con le risorse assegnate, gli obiettivi, gli indicatori ed i *target* costituenti i fondamentali elementi su cui è basata, *ex post*, la misurazione, valutazione e rendicontazione della *performance*.

Gli obiettivi esplicitati nel Piano sono di necessità:

- rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale e alle strategie dell'amministrazione;
- specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- finalizzati a un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- riferibili ad un arco temporale determinato corrispondente ad un anno;
- commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

Il Piano della Performance 2018 – 2020, deve attenersi anche al novello decreto n.74 del 2017, che tra l'altro apporta modifiche all'articolo 3 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, infatti, dopo il comma 5 è inserito il seguente: «5-bis. La valutazione negativa, come disciplinata nell'ambito del sistema di misurazione e valutazione della performance, rileva ai fini dell'accertamento della responsabilità dirigenziale e ai fini dell'irrogazione del licenziamento disciplinare ai sensi dell'articolo 55-quater, comma 1, lettera f-quinquies), del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165, ove resa a tali fini specifici nel rispetto delle disposizioni del presente decreto

i. La "riforma Madia" e le sue implicazioni

L'impianto normativo della "legge Brunetta" è stato modificato dalla "legge Madia": in attuazione dell'art.17, comma 1, lett. r, della legge n. 124/2015, il d.lgs. 74 del 25.05.2017 ha apportato modifiche al ciclo della misurazione e valutazione della performance, riferita sia alle singole amministrazioni sia alle singole unità organizzative, sino ad arrivare ai singoli dipendenti.

La riforma può essere inserita nel più ampio quadro normativo teso a una maggiore managerializzazione dell'apparato pubblico, mediante la diffusione di una nuova cultura nella pubblica amministrazione, al fine di creare un collegamento tra le retribuzioni dei dipendenti e i risultati raggiunti in termini di efficienza in rapporto alla qualità del servizio reso. Allo stesso tempo, la riforma mira a consolidare la progressiva separazione del versante della trasparenza e dell'anticorruzione da quello relativo al ciclo della performance, pur consolidando, al contempo, la funzione di reciproca integrazione al fine della piena affermazione di una concezione "moderna" del pubblico impiego di trasparenza e partecipazione.

Tale principio viene perseguito anche attraverso il potenziamento e la ridefinizione dell'istituto degli OIV ai quali già il d.lgs. 150/2009 affidava il compito della "valutazione" delle performance individuali e collettive attraverso diversi strumenti tra i quali, si ricorda, il potere di validazione della relazione annuale sulla performance scritta dall'Ente. Su tali argomentazioni è bene citare il rilievo del Consiglio di Stato (Cons. St., comm. spec., 21.04.2017, n.917) che in sede consultiva ha evidenziato come "tutte le affermazioni sul premio al merito e sul premio alla performance avranno una loro effettiva ragion d'essere solo se il sistema – da cui dipendono la posizione, la condizione lavorativa e il salario – sarà fondato su elementi reali, equi, misurabili e dimostrabili, e su organi capaci di adottare decisioni evidence based, sottratte all'arbitrio e all'approssimazione, e che siano davvero in grado di far fronte ai proprio compiti".

Attraverso la modifica dell'articolo 3 del d.lgs. 150/2009, la riforma introduce una precisa linea di demarcazione della misurazione tra la valutazione della performance organizzativa e quella dei singoli dipendenti, con quest'ultima che diventa elemento imprescindibile per il riconoscimento di incarichi dirigenziali, nonché per la concreta valutazione della responsabilità dirigenziale e del licenziamento disciplinare. Con la modifica dell'art.8 della precedente riforma, la misurazione e valutazione della performance organizzativa è rivolta a:

- l'attuazione delle politiche attivate sulla soddisfazione finale dei bisogni della collettività; l'attuazione di piani e programmi, ovvero la misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse;
- la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive; - la modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e la capacità di attuazione dei programmi;
- lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione;
- l'efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare attenzione al contenimento e alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi;
- la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati;
- il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle parti opportunità.

Occorre, inoltre, ricordare come, con specifico riferimento alla performance individuale, l'art.7 del d.lgs. 74/2017 introduce una distinzione tra i dirigenti e il personale non dirigenziale: ai dirigenti di livello generale compete la valutazione della performance individuale dei dirigenti di livello non generale e del personale responsabile di una unità organizzativa in posizione di autonomia e

responsabilità; ai dirigenti di livello non generale compete la misurazione e la valutazione della performance individuale del personale non dirigenziale. La 28 valutazione dei dirigenti di vertice è effettuata dall'organo di indirizzo politico-amministrativo sulla base delle proposte dell'OIV.



Figura 1 I valutatori nella riforma Madia

In base alle direttive nazionali e regionali, il direttore generale è chiamato a definire i propri «obiettivi specifici, strategici e operativi» che sono il perno su cui ruota il Ciclo annuale della performance.

Di conseguenza il Piano della performance deve essere impostato in base ad un orizzonte globale, per cui nel Ciclo annuale (della performance), vanno riportati gli obiettivi del direttore generale e tutti gli atti di indirizzo regionali.

Il sistema di gestione della performance deve essere "aperto", per cui è prevista la possibilità di inserire, nel corso del Ciclo, eventuali modifiche degli obiettivi o delle variazioni agli stessi indicatori; naturalmente ci si deve accertare che le variazioni siano ragionevoli e vengano formalizzate nei riguardi dei CdR interessati.

Le proposte di valutazione della performance relativi ai CdR aziendali competono all'OIV, ogni modifica apportata al "Ciclo" in corso d'anno deve essere sottoposta alla "validazione" preventiva di tale organismo. D'altro canto, come risulta dalla modifica radicale dell'art. 6 (Monitoraggio della performance), è questo organismo che ha ricevuto un netto ampliamento delle proprie funzioni, e fra queste rientra la segnalazione alla direzione la necessità di eventuali interventi correttivi.

Le modifiche degli obiettivi e le valutazioni relative ad uno specifico esercizio devono essere "inserite" nella corrispondente Relazione della performance, in modo che vengano valutate dall'OIV ai fini della "validazione" ribadita nell'art. 14. Comma 4, lettera c).

Il Piano configura una visione comune tra il vertice aziendale e il personale dipendente e rappresenta uno strumento di orientamento delle azioni e dei comportamenti sia dei dirigenti che del personale del comparto.

La revisione annuale del Piano, da attuarsi nei tre anni di vigenza, è alla base del miglioramento continuo indispensabile per l'attuazione degli obiettivi dell'ASL Napoli 3 Sud e sarà oggetto di ulteriori modifiche e integrazioni in relazione alle aree di criticità che andranno di volta in

volta a delinearsi.

❖ Finalità del Piano delle Performance

La finalità del Piano è quella di rendere espliciti, per il triennio di riferimento - sia nei confronti degli "shareholders" (SSN/SSR), che nei confronti degli "stakeholders" (cittadini, utenti, operatori, associazioni di volontariato, ecc.), l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera, territoriale e collettiva che l'Azienda Sanitaria intende assicurare, nel rispetto dei livelli essenziali dell'assistenza da garantire per Legge.

Il Piano della Performance quindi, da un lato definisce i propri elementi fondamentali, quali:

- definizione degli obiettivi ed indicatori aziendali;
- declinazione ed assegnazione degli stessi alle strutture, secondo un processo che ne massimizzi la condivisione;
- descrizione del processo di auditing e dell'introduzione di azioni correttive;

dall' altro fornisce le basi per i processi di valutazione e rendicontazione della performance, secondo le previsioni dell'Art. 5, Comma 2, dell'Art.6 e dell'Art. 7 del D.Lgs. su "ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e dell'efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni". Il presente Piano della Performance ottempera, altresì, alle indicazioni del Piano Nazionale Anticorruzione che, in base alle disposizioni della Legge 190/2012 e del Decreto Legislativo 33/2013, chiede alle Amministrazioni Pubbliche di armonizzare la programmazione di performance, trasparenza e anticorruzione, mediante l'integrazione del ciclo della performance con gli strumenti e i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità e in generale alla prevenzione della corruzione.

❖ Contenuti del Piano delle Performance

Il Piano risulta articolato nel rispetto di quanto previsto al capitolo 3 della Delibera A.N.A.C. n. 112 del 28/10/2010, con i relativi allegati, emanata dalla Commissione per la Valutazione e la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche.

Nella prima parte del documento viene riportata la descrizione dell'identità dell'Asl Napoli 3 Sud, con l'esplicazione delle informazioni utili ad identificare chi e che cosa fa. Viene descritto, altresì, il contesto esterno ed interno nel quale opera l'Azienda, con particolare riferimento alla struttura dell'offerta e ai livelli assistenziali assicurati alla popolazione di riferimento. Il contesto interno viene rappresentato attraverso la fotografia delle risorse umane ed economiche gestite, la descrizione dell'attuale assetto organizzativo e dei principi di riferimento, e una rendicontazione dell'attività svolta dalle diverse strutture aziendali.

La seconda parte riguarda gli obiettivi strategici per la realizzazione del mandato di Direzione, declinati coerentemente con gli indirizzi di programmazione regionale.

La terza parte del Piano descrive il ciclo e le fasi della performance organizzativa ed individuale, ponendo attenzione agli elementi di integrazione tra i due ambiti e all'individuazione di azioni di miglioramento del processo, nonché agli strumenti per la valutazione del personale.

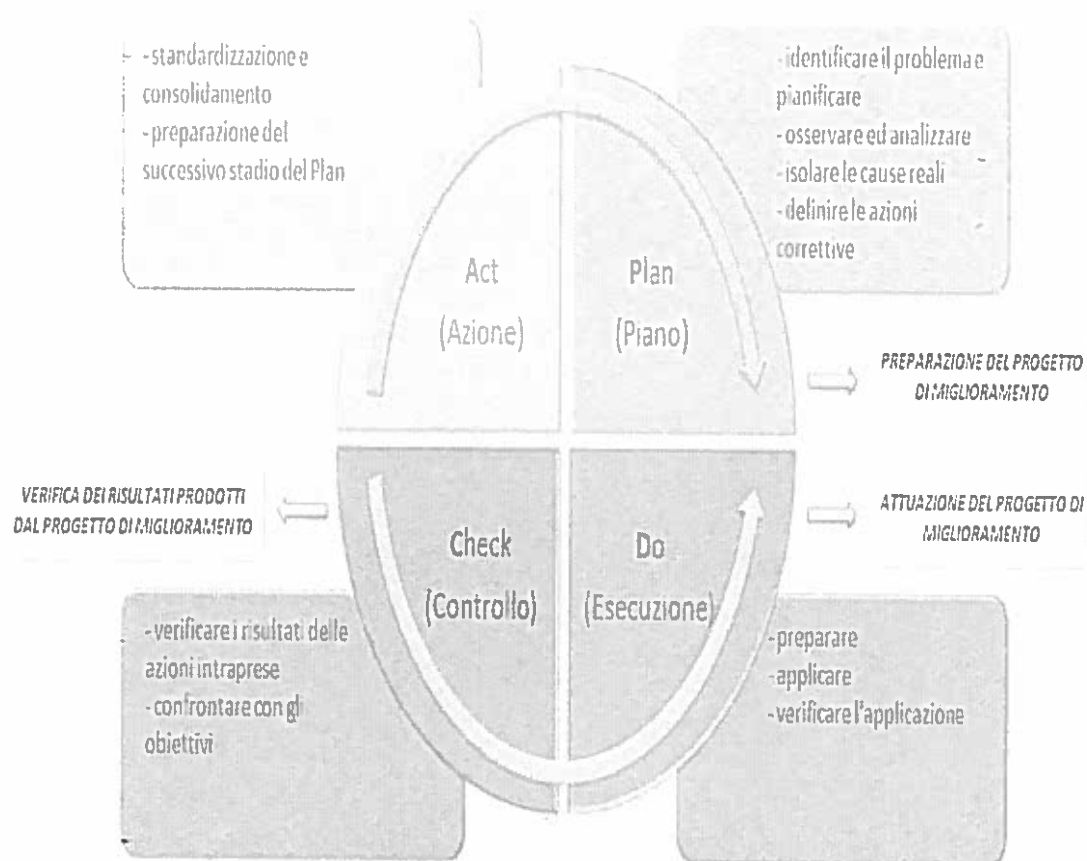


Figura 2 Il Percorso per la Performance

3

INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I
CITTADINI ED ALTRI STAKEHOLDER
ESTERNI

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

❖ CONTESTO

Strumenti di grande rilevanza sono stati introdotti nel recente passato, a livello nazionale ed in accordo con le regioni, al fine di determinare un vero e proprio processo di efficientamento del sistema sanitario, mediante la governance del sistema, il rafforzamento dell'azione di monitoraggio e di controllo della qualità e della sicurezza delle cure.

Questi processi trovano fondamento nel Patto per la Salute 2014-2016, di cui alla intesa Stato Regioni del 10.7.2014, e dal conseguente Regolamento recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311" e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95. convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 (repertorio Atti n. 198/Conferenza Stato Regioni del 13 gennaio 2015).

Obiettivo del legislatore è quello di garantire la sostenibilità del sistema sanitario, in un periodo storico nel quale tutti i sistemi di welfare risentono della riduzione di risorse e finanziamenti, attraverso un processo di revisione della spesa che utilizzi un sistema di monitoraggio omogeneo per tutte le regioni rispetto ad un comune sistema di indicatori (di struttura, di organizzazione e di funzionamento). Questa intesa presuppone quindi la partecipazione del sistema sanitario della regione Campania, consapevole, misurabile e misurata, al processo di uniformazione tendenziale agli standard definiti, e comporta la conseguente adozione di provvedimenti regionali cogenti per le Aziende sanitarie. Inoltre, sempre in questa visione di confronto con le altre realtà regionali, risulta quanto mai importante per le aziende sanitarie campane, dunque per l'ASL Napoli 3 Sud, orientare i propri obiettivi di produzione in forma coerente con gli obiettivi e gli indicatori contenuti nel PSN e PSR, in particolare per il monitoraggio delle performances regionali in relazione alla erogazione dei LEA, nel quale sono contenuti numerosi obiettivi di produzione direttamente riconducibili alla governance della Azienda Sanitaria, rispetto ai quali è possibile anche una azione di auto-controllo e di confronto con le altre aziende sanitarie regionali ed extra-regionali.

i. Quadro Normativo.

➤ Nazionale

La modifica al titolo V della Costituzione ha affidato allo Stato la garanzia dei livelli essenziali di assistenza portando in capo alle Regioni la responsabilità della loro effettiva applicazione, individuando tra le principali criticità che il sistema salute deve affrontare:

- a) l'appropriatezza delle cure, obiettivo prioritario da conseguire principalmente attraverso l'individuazione dei *setting* assistenziali che consentano la massima efficienza ed efficacia delle prestazioni erogate;
- b) la uniformità nel trattamento del personale e nell'approvvigionamento ed erogazione di beni e servizi, attraverso l'adozione dei relativi regolamenti;
- c) l'applicazione rigorosa della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, secondo i dettami del D.Lgs. n. 33/2013.

Sono inoltre riferimenti del quadro normativo nazionale:

- ✓ l'art. 54 del D.Lgs n. 165 del 2001 (codice di comportamento dei pubblici dipendenti)
- ✓ il D.Lgs n.150/2009 e s.m.i. (in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni).

➤ Regionale

Explicitatosi con le seguenti normative:

- A. le Deliberazioni GRC n. 514/2007; n. 887/2007; n. 1590/2008; n. 130/2009; n. 1271/2009 che hanno disciplinato, in linea con il Piano di rientro, il blocco percentuale delle assunzioni, la rideterminazione delle dotazioni organiche, la rimodulazione dei fondi del trattamento accessorio e il riallineamento alla media regionale; il Decreto CA n. 11 del

- 12.3.2010 con il quale è stato prorogato a tutto il 2010 il blocco parziale delle assunzioni del personale a tempo indeterminato ed il blocco totale delle assunzioni di personale a tempo determinato nonché altre forme di lavoro flessibile; il Decreto CA n. 29 del 13.03.2015 concernente Misure per il contenimento della spesa per il personale del SSR e procedure di reclutamento relative al personale cessato nel 2011 e nel 2012; il Decreto CA n. 30 del 13.03.2015, concernente Misure per il contenimento della spesa per il personale del SSR e procedure di reclutamento relative al personale cessato negli anni 2013 e 2014;
- B. il Decreto n. 6 dell'11.02.2016, concernente Procedure di reclutamento del personale negli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2016; il Decreto CA n. 67 del 14.07.2016 concernente il Provvedimento di definizione del Fabbisogno di personale delle Aziende Sanitarie della Campania;
- C. i Decreti CA n. 18 del 18.02.2015 concernente il Modello di riorganizzazione delle Cure Primarie e n. 99 del 22.09.2016 concernente il Piano regionale di programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale;
- D. il Decreto CA n. 18 del 18.02.2013 concernente l'Approvazione atto di indirizzo per l'adozione dell'Atto Aziendale delle ASL della Regione Campania;
- E. i Decreti n. 33 del 17.05.2016 e n. 8 del 1.02.2018, concernenti il Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015;
- F. i Decreti CA n. 5 del 30.09.2009, n. 58 del 30.09.2010 e n. 17 del 20.03.2014, concernenti rispettivamente: Obiettivi di miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri nonché Definizione soglie di ammissibilità dei DRG ad alto rischio di inappropriately per il ricovero in regime di degenza ordinaria e diurna;
- G. i Decreti CA n. 15 del 30.11.2009 concernente il Piano di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera; n. 56 del 29.05.2015 concernente Misure di incentivazione dell'appropriatezza prescrittiva e di razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale; n. 57 del 29.5.2015 concernente Misure di incentivazione dell'appropriatezza prescrittiva e di razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera; n. 66 del 17.07.2016 concernente Misure di incentivazione dei farmaci a brevetto scaduto e dei biosimilari e monitoraggio delle prescrizioni attraverso la piattaforma Sani.ARP;
- H. il Decreto CA n. 5 del 2.02.2015 concernente la Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità dei bilanci delle Aziende Sanitarie;
- I. il Decreto CA n. 53 del 7.11.2017 concernente la Implementazione della Contabilità Analitica e Percorso Attuativo della Certificabilità dei Bilanci delle Aziende Sanitarie.

Tutte le misure correttive, intraprese a seguito dei Piani di rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario regionale, che hanno portato al commissariamento della Regione Campania, hanno riguardato:

- misure sul personale dipendente, attraverso la rideterminazione in riduzione delle dotazioni organiche, il blocco del turn-over e le successive autorizzazioni mirate di sblocco percentuale, le parametrizzazioni standard in merito alla definizione con l'Atto Aziendale delle strutture semplici e complesse e delle posizioni organizzative e di coordinamento;
- misure sull'appropriatezza dei ricoveri, con la riduzione della inappropriately dei ricoveri ordinari e di day-hospital e il trasferimento di alcune tipologie di ricovero in regime ambulatoriale, la ridefinizione delle soglie di ammissibilità dei DRG ad alto rischio di inappropriately per il ricovero in regime di degenza ordinaria e diurna;
- misure di riorganizzazione delle cure primarie e della rete territoriale;
- misure sulla farmaceutica ospedaliera e territoriale, attraverso l'incremento dell'appropriatezza prescrittiva per una razionalizzazione della spesa;
- la centralizzazione degli acquisti, attraverso la centrale unica di acquisto So.Re.Sa.;

- la implementazione di corrette procedure contabili, attraverso l'attuazione del Decreto CAn. 14 del 30.11.2009;
- la definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità dei bilanci;
- l'approvazione degli Atti aziendali delle ASL e delle AA.OO..

Three handwritten signatures in black ink, located in the bottom right corner of the page. The signatures are stylized and appear to be of different individuals.

4

L'AZIENDA SANITARIA LOCALE
NAPOLI 3 SUD

by
she

❖ Chi Siamo

L'azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud, è un ente strumentale della Regione Campania, dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia.

L'azienda ha la finalità di tutelare, promuovere e migliorare la salute dei cittadini in conformità alle disposizioni di legge europee, statali, regionali ed in linea con i principi e gli obiettivi contenuti nel "P.S.R..

Essa ha la propria sede legale a Torre del Greco (Na), Via Marconi 66.

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



Il sito web è: www.aslnapoli3sud.it

i. Organizzazione

L'ASL Napoli 3 Sud, è in piena fase di riorganizzazione, dopo l'approvazione dell'Atto Aziendale, con l'obiettivo di garantire una qualità elevata dell'assistenza sanitaria prestata alla popolazione di competenza, offrendo prestazioni e servizi intersettoriali mirati al fabbisogno reale, rispettando i principi dell'efficacia, dell'efficienza, dell'appropriatezza, ma anche della sicurezza e della sostenibilità.



Figura 3 Immagine Regione Campania

L'Azienda è organizzata in 13 Distretti Sanitari, 8 Presidi Ospedalieri e Dipartimenti strutturali, così come individuati nella L.R. n. 16 del 28.11.2008, nelle Delibere di Giunta Regionale n. 504 e 505 del 20.3.2009, nel DCA n. 33 del 17.5.2016 e successivo DCA n. 8 dell'1.02.2018.

L'organizzazione dei servizi, inoltre, si struttura anche attraverso il Dipartimento di Prevenzione, il Dipartimento Salute Mentale, il Dipartimento delle Dipendenze, il Dipartimento Integrato dell'Emergenza e i Dipartimenti funzionali ospedalieri.

Il Distretto Sanitario è il punto focale per l'orientamento dell'assistenza verso la promozione attiva della salute e il rafforzamento delle risorse personali, familiari e sociali dell'individuo, lasciando

all'Ospedale l'adozione del cosiddetto paradigma dell'attesa, ovvero quel modello di assistenza ad elevata standardizzazione ed intensività che si attiva in presenza di un nuovo evento acuto, consentendo all'Ospedale di perdere le attuali caratteristiche generaliste e diventare invece sempre più specializzato e tecnologicamente dotato per la cura delle acuzie, delle urgenze e delle emergenze.

Tuttavia, la necessaria ricerca dell'appropriatezza dell'ambito di cura, attraverso l'elaborazione di linee guida diagnostico-terapeutiche e di percorsi assistenziali condivisi per macro-patologie, impone che la rete di offerta dei servizi sia configurata quale insieme fortemente integrato Ospedale-Territorio, con una modalità di produzione dell'offerta individuata come una piattaforma unica, a valenza sia territoriale che ospedaliera, avulsa da elementi di divisione ma articolata su una linea continua di gradienti di intensità della risposta socio-assistenziale-sanitaria, calibrata sul reale bisogno di salute.

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

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

Comuni	Comuni Capofila Ambiti Territoriali Sociali e ASL	Ambiti Territoriali Sociali	Distretti Sanitari
Portici	Portici	N11	34
Castello di Cisterna	Somma Vesuviana	N22	48
Mariglianella	Somma Vesuviana	N22	48
Marigliano	Somma Vesuviana	N22	48
Brusciano	Somma Vesuviana	N22	48
San Vitaliano	Somma Vesuviana	N22	48
Somma Vesuviana	Somma Vesuviana	N22	48
<u>Camposano</u>	<u>Nola</u>	<u>N23</u>	<u>49</u>
<u>Carbonara</u>	<u>Nola</u>	<u>N23</u>	<u>49</u>
<u>Casamarciano</u>	<u>Nola</u>	<u>N23</u>	<u>49</u>
<u>Cicciano</u>	<u>Nola</u>	<u>N23</u>	<u>49</u>
<u>Cimitile</u>	<u>Nola</u>	<u>N23</u>	<u>49</u>
<u>Comiziano</u>	<u>Nola</u>	<u>N23</u>	<u>49</u>
<u>Roccarainola</u>	<u>Nola</u>	<u>N23</u>	<u>49</u>
<u>Nola</u>	<u>Nola</u>	<u>N23</u>	<u>49</u>
<u>Liveri</u>	<u>Nola</u>	<u>N23</u>	<u>49</u>
<u>Visciano</u>	<u>Nola</u>	<u>N23</u>	<u>49</u>
<u>Tufino</u>	<u>Nola</u>	<u>N23</u>	<u>49</u>
<u>San Paolo Bel Sito</u>	<u>Nola</u>	<u>N23</u>	<u>49</u>
<u>Saviano</u>	<u>Nola</u>	<u>N23</u>	<u>49</u>
<u>Scisciano</u>	<u>Nola</u>	<u>N23</u>	<u>49</u>
<u>Cercola</u>	<u>Volta</u>	<u>N24</u>	<u>50</u>
<u>Massa di Somma</u>	<u>Volta</u>	<u>N24</u>	<u>50</u>
<u>Pollena Trocchia</u>	<u>Volta</u>	<u>N24</u>	<u>50</u>
<u>Volta</u>	<u>Volta</u>	<u>N24</u>	<u>50</u>
<u>Sant'Anastasia</u>	<u>Pomigliano D'Arco</u>	<u>N25</u>	<u>51</u>
<u>Pomigliano D'Arco</u>	<u>Pomigliano D'Arco</u>	<u>N25</u>	<u>51</u>
<u>Ottaviano</u>	<u>San Giuseppe Vesuviano</u>	<u>N26</u>	<u>52</u>
<u>Palma Campania</u>	<u>San Giuseppe Vesuviano</u>	<u>N26</u>	<u>52</u>
<u>Poggioreale</u>	<u>San Giuseppe Vesuviano</u>	<u>N26</u>	<u>52</u>

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

TAB. n. 8 - Ambiti sociali

L'Azienda ha come scopo la promozione e la tutela della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente e comunque presente a qualsiasi titolo nel proprio ambito territoriale, per consentire la migliore qualità di vita possibile, garantendo i livelli essenziali di assistenza come previsto dalla normativa nazionale e regionale. L'Azienda concorre, inoltre, alla realizzazione della più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione, anche integrando i servizi sociali e socio-assistenziali degli enti locali di pertinenza per quanto espressamente previsto o delegato. 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. Nell'attuale contesto socio economico nazionale e regionale, i principali capisaldi del Mandato istituzionale dell'Azienda riguardano la sostenibilità economico finanziaria, lo sviluppo in efficacia, efficienza e qualità dei servizi, l'innovazione tecnologica e organizzativa.

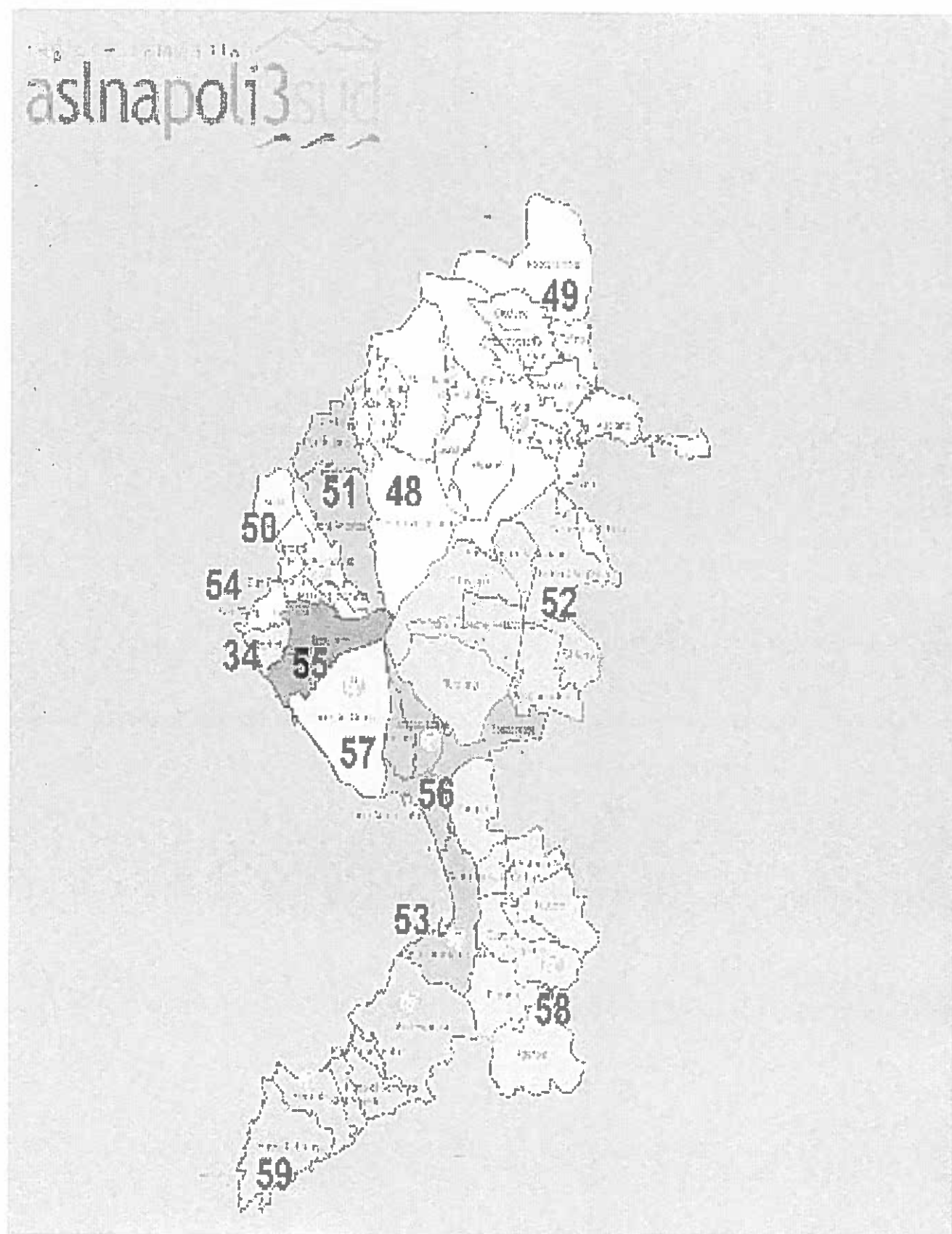


Figura 4 Immagine ASL Napoli 3 Sud

❖ Cosa Facciamo

Il Piano della Performance dell'ASL Napoli 3 Sud, è fortemente integrato con la mission

aziendale, finalizzata a soddisfare i bisogni di salute della popolazione di competenza, mediante l'erogazione delle prestazioni sanitarie, gestendo con efficienza le risorse disponibili, al fine di garantire le prestazioni di prevenzione e cura efficaci, offerte con la tempestività necessaria, nel rispetto della persona ed in condizioni di sicurezza.

Il mandato istituzionale dell'ASL Napoli 3 Sud si inserisce nel contesto legislativo della Regione Campania all'interno del più ampio quadro normativo nazionale.

La Missione dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud è di contribuire agli obiettivi di promozione, al mantenimento e allo sviluppo dello stato di salute della propria popolazione e dell'insieme dei cittadini presenti nel territorio di competenza che si trovano nelle condizioni di bisogno di assistenza, assicurando la disponibilità e l'accesso all'intera gamma di tipologie di assistenza, di servizi e di prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza, nel rispetto:

- ⊕ dei principi di dignità della persona
- ⊕ del bisogno di salute
- ⊕ della sicurezza delle strutture
- ⊕ dell'equità nell'accesso ai servizi

avvalendosi delle attività prodotte dall'insieme dei soggetti accreditati secondo le caratteristiche qualitative e quantitative specificate dagli accordi e dai contratti di fornitura e uniformando la propria attività a criteri di efficacia, di efficienza e di economicità.

In riferimento alle funzioni socio-assistenziali e socio-sanitarie ad essa delegate dai Comuni ai sensi dell'art. 3 D.lgs 502/92, l'Azienda assume i principi sopradetti assicurando il rispetto dei contenuti degli specifici Piani di Zona e promuovendo con il mondo dell'associazionismo e del volontariato, le modalità del lavoro di rete ed il concetto di sussidiarietà. In particolare la missione e gli scopi dell'Azienda sono:

NEI CONFRONTI DEI CITTADINI

Nel rispetto dei reali bisogni di salute dei cittadini residenti e domiciliati, delle normative vigenti, delle risorse a disposizione, l'Azienda persegue i seguenti obiettivi:

- ❖ garantire i livelli essenziali di assistenza;
- ❖ garantire su tutto il territorio dell'ASL uguali opportunità di risorse sanitarie
- ❖ garantire una corretta gestione degli accessi alle prestazioni, attraverso un sistema di prenotazione efficace ed efficiente; precisi percorsi sanitari; una corretta e precisa informazione;
- ❖ garantire la gestione dei tempi di attesa di erogazione delle prestazioni (liste di attesa) ;
- ❖ promuovere ed attivare una rete integrata di servizi sanitari e socio-sanitari per l'assistenza a tutti i cittadini; promuovere la domiciliarizzazione degli interventi sanitari e socio-sanitari;
- ❖ ridurre il tasso di ospedalizzazioni improprie;
- ❖ promuovere, attivare e potenziare interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

La visione strategica dell'Azienda è tesa a consolidare un sistema organizzativo basato su:

- **CLINICAL GOVERNANCE E SICUREZZA DELLE CURE**
- **CLIMA E BENESSERE ORGANIZZATIVO**
- ✓ Valorizzare le risorse umane;
- ✓ Aumentare la motivazione dei dipendenti;
- ✓ Migliorare i rapporti tra i dipendenti dell'Azienda;
- ✓ Migliorare l'immagine interna ed esterna e la qualità dei servizi forniti;
- **GESTIONE DELLE RISORSE UMANE**
- **TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO**
- **POTENZIARE LE ATTIVITA' DEL SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE**
- **FORMAZIONE CONTINUA**

- **PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI**
- **CARTA DEI SERVIZI**
- **COMUNICAZIONE**
- **ACCESSO E L'ACCOGLIENZA**
- **DIRITTI DEGLI UTENTI**
- **SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE**

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa, riguarderà:

- l'attuazione di piani e programmi, ovvero la misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse;
- la modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e la capacità di attuazione di piani e programmi;
- l'efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi;
- la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati; gli Ambiti di misurazione e valutazione della performance

I valori fondanti l'azione dell'ASL Napoli 3 Sud sono:

- **qualità dell'assistenza**, definita dalle dimensioni: efficacia, efficienza, accettabilità, accessibilità, equità, rilevanza, sicurezza e riconducibile al "fare al meglio le cose giuste";
- **equità e solidarietà**, come uguaglianza di opportunità di accesso e trattamento e come diversità, quale riconoscimento e valorizzazione delle differenze (di genere, di età, fisica, religiosa, sociale e culturale), con impegno alla reciprocità e garanzia di pari opportunità;
- **rispetto e valorizzazione della persona**, come soggetto informato e consapevole che prende parte attivamente al proprio progetto di salute;
- **appropriatezza**: prendersi cura in sicurezza del paziente giusto, nel luogo giusto, nel modo giusto e nel tempo giusto, con il giusto consumo di risorse;
- **coinvolgimento e partecipazione dei professionisti** nella programmazione e nello sviluppo dei servizi;
- **promozione di una cultura organizzativa** orientata alla ricerca, all'apprendimento continuo,
- **all'innovazione e al miglioramento continuo della qualità**;
- **centralità del cittadino, continuità della cura, integrazione dei percorsi e servizi**;
- **sostenibilità nelle scelte sanitarie**, nel rispetto dei principi di tutela della salute, dell'ambiente e della sicurezza all'interno della società civile;
- **legalità, integrità ed etica, trasparenza e attitudine a rendere conto dell'utilizzo e dell' gestione delle risorse affidate nell'ambito delle proprie responsabilità, e dei risultati ottenuti (accountability).**

Questi valori guidano una pratica professionale, a tutti i livelli, orientata al cittadino/fruitori, sia esso esterno o interno.

Nell'Azienda il personale tutto garantisce la tutela della salute come bene collettivo ed individuale e promuove azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi di efficacia assistenziale, appropriatezza tecnica ed organizzativa, efficienza nell'allocazione e nell'utilizzo delle risorse umane, economiche e strumentali

I diritti dei cittadini e le modalità del loro esercizio sono definiti nella Carta dei Servizi che è resa pubblica attraverso i mezzi di comunicazione aziendale, al fine di garantirne la massima diffusione. La Carta dei Servizi è il documento che nasce dalla volontà dell'Azienda di migliorare il rapporto con il cittadino, secondo una logica di trasparenza e di garanzia dei diritti. E' un importante strumento in grado di incidere positivamente sui rapporti tra cittadini e Azienda Sanitaria, rivolto a tutelare il diritto alla salute, offrendo ai cittadini e alle loro associazioni di rappresentanza la possibilità di valutare la

qualità dei servizi sanitari erogati ed il rispetto degli impegni aziendali.

❖ Come Operiamo

“Vogliamo aiutare i cittadini a trovare risposte appropriate, efficienti ed efficaci ai bisogni di salute, vogliamo educare a comportamenti e stili di vita corretti in modo da prevenire tali bisogni, vogliamo ricercare l'integrazione fra tutti gli attori del territorio attraverso relazioni di collaborazione strategica ed operativa... vogliamo che il cittadino non si senta mai solo”.

Nell'ultimo decennio, in sintonia con quanto previsto dai Piani Socio-Sanitari, si è assistito ad una graduale conversione del ruolo dell'Azienda Sanitaria Locale da “erogatrice di servizi” a “garante della salute del cittadino”.

Tale funzione di “governance” presuppone lo sviluppo ed il consolidamento delle capacità di programmazione, acquisto, vigilanza e controllo delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie. Da qui l'opportunità di indirizzarsi verso un graduale affidamento all'esterno dei servizi, concentrandosi sulle nuove funzioni di governo del sistema, oltre che sullo sviluppo di più efficaci politiche di educazione sanitaria e di promozione della salute.

La mission dell'ASL si identifica, quindi, nel governo di un sistema a rete che, in termini quali/quantitativi appropriati rispetto alle risorse disponibili e compatibilmente con l'equilibrio economico-finanziario, per il tramite di servizi sanitari e socio-sanitari pubblici e privati, concorre a garantire il benessere della popolazione assistita, che sceglie liberamente le strutture erogatrici alle quali rapportarsi.

I dipartimenti della ASL concorrono, coerentemente con lo specifico ruolo aziendale ricoperto, alla messa a fuoco di peculiari ambiti di vision, la cui sovrapposizione genera l'immagine di ASL, come Leader di Governance. La governance complessiva del sistema si coniuga con la specificità della domanda e le peculiarità del territorio, per rispondere alle esigenze dei cittadini in modo flessibile, coerente con i bisogni e le risorse disponibili, in modo integrato nei diversi livelli di assistenza sanitaria e socio sanitaria, anche attraverso soluzioni innovative e sinergiche con le realtà locali.

L'Azienda organizza la propria attività di produzione ed erogazione delle prestazioni secondo i principi e le finalità previsti dalle leggi, dal piano sanitario e sociale integrato regionale.

In particolare, l'Azienda è articolata in strutture organizzative, di carattere professionale o funzionale, alle quali è preposto un responsabile. Per struttura si intende ogni articolazione professionale e funzionale alla quale è attribuita la responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie per il perseguimento degli obiettivi di salute.

La pianificazione strategica è la funzione con la quale sono definiti gli obiettivi aziendali.

L'Azienda attua la pianificazione attraverso la predisposizione di atti di programmazione previsti dalle disposizioni statali e regionali.

L'Azienda opera in relazione alle politiche regionali ed agli obiettivi assegnati, al fine di raggiungere i risultati individuati nella programmazione regionale in un'ottica di sinergia sistemica; coerentemente, le strategie aziendali e le conseguenti attività gestionali sono improntate ad un'intensa operatività, indirizzata a percorsi di programmazione relativa ai tre livelli assistenziali Distrettuale, Ospedaliera e Sanitaria Collettiva.

- **Livello di assistenza distrettuale** (sono presenti 13 Distretti), gli indirizzi a livello nazionale e regionale prevedono la riorganizzazione delle attività territoriali con conseguente riconsiderazione del ruolo. Il Distretto viene così configurato come una macro-struttura aziendale e, al contempo, una realtà fortemente legata alla comunità locale e ai luoghi di vita del cittadino. Si enfatizza infatti la sua funzione come sistema al quale è demandata la responsabilità di governare la domanda (svolgere un ruolo di tutela/committenza; valutare quali servizi per quali bisogni) e di garantire l'assistenza primaria, compresa la continuità assistenziale (ruolo di produzione o di programmazione ed acquisto delle prestazioni).

L'orientamento aziendale è rivolto essenzialmente al potenziamento dell'integrazione ospedale territorio, attraverso protocolli che consentano un corretto setting assistenziale, coinvolgendo le attività specialistiche territoriali, i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta, ed implementando le cure domiciliari integrate.

A ciò si aggiunge, inoltre, il potenziamento delle prestazioni atte principalmente ad assicurare la copertura su tutto il territorio aziendale, così da garantire capillarmente la tutela della salute della donna, della famiglia e della età evolutiva, oltreché l'attività di prevenzione, diagnosi, cura, e riabilitazione dei disturbi neurologici, psicologici e psichiatrici dell'età infantile.

i. Assistenza territoriale

L'azienda opera mediante strutture a gestione diretta e 269 strutture accreditate a gestione indiretta. La tipologia di strutture e il tipo di assistenza erogata sono così suddivise:

Le Strutture a gestione diretta:

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

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

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

	DISTRETTO	MMG	PLS	Totale
34	Portici	44	6	50
48	Marigliano	70	15	85
49	Nola	80	13	93
50	Volla	46	10	56
51	Pomigliano d'Arco	51	11	62
52	Palma Campania	98	19	117
53	Castellammare di Stabia	52	9	61
54	San Giorgio a Cremano	43	7	50
55	Ercolano	39	10	49
56	Torre Annunziata	74	15	89
57	Torre del Greco	65	12	77
58	Pompei	83	17	100
59	Sant'Agnello	57	11	68
	Totale	802	155	957

TAB. n. 9 MMG/PLS

La Continuità Assistenziale l'ASL opera attraverso n. 239 medici titolari e n. 33 e 81 supplenti

✓ Distretti

Le attività del Distretto fanno capo alle seguenti fondamentali aree di intervento:

- ⊥ Assistenza sanitaria di base;
- ⊥ Materno - Infantile;
- ⊥ Riabilitazione e protesica;

- ⊕ Geriatria, Cure domiciliari, Cure palliative;
- ⊕ Farmacia.

Le attività di Assistenza sanitaria di base sono organizzate anche attraverso nuove articolazioni contemplate ai sensi della Legge n. 189 del'8.11.2012, secondo gli indirizzi regionali di cui ai DCA n.18/2015 (*Modello di riorganizzazione delle Cure Primarie*) e DCA n. 99/2016 (*Piano regionale di programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale*).

In particolare, il modello organizzativo delle cure primarie è orientato a promuovere l'integrazione con il sociale e con i servizi ospedalieri, anche attraverso l'assistenza domiciliare, al fine di migliorare l'efficienza e la capacità di presa in carico dei cittadini.

Sono pertanto costituite nel Distretto nuove articolazioni organizzative denominate "aggregazioni funzionali territoriali (AFT)", all'interno delle quali operano Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta o Specialisti ambulatoriali coordinati in *team* funzionali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, *audit* e strumenti analoghi.

In tale innovativo modello delle cure primarie sono inoltre presenti forme organizzative multiprofessionali, denominate "unità complesse di cure primarie (UCCP)", che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.

Per quanto attiene alla programmazione socio-sanitaria del Distretto, l'Azienda cura attraverso il Coordinamento socio-sanitario e le strutture distrettuali dedicate, l'integrazione tra il Piano delle Attività Territoriali (PAT) ed Piano di Zona dei servizi sociali sottoscritto da tutti i Direttori dei Distretti dello stesso Ambito Sociale, al fine definire ed attuare in modo coordinato gli interventi sociali ad alto impatto sanitario.

Tale modalità attiene a tutte le attività assistenziali socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, costituenti nel loro insieme l'Area Socio-Sanitaria ad Elevata Integrazione Sanitaria (materno- infantile, anziani, disabili fisici, psichici e sensoriali, salute mentale, dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezione da HIV, patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico - degenerative, assistenza ai detenuti affetti da dipendenza o disturbi mentali).

Il Distretto, rappresenta anche il luogo privilegiato per presidiare i percorsi di cura delle persone affette da malattia cronica, sempre attraverso una forte integrazione con i servizi socio-sanitari e in continuità con i servizi ospedalieri per i casi ad alta complessità e severità.

Il vero obiettivo è quello di mantenere il più a lungo possibile la persona malata al proprio domicilio evitandone l'ospedalizzazione, attivando ove possibile (per condizioni abitative e presenza del *caregiver*) le cure domiciliari, che rappresentano il più appropriato *setting* per l'assistenza alla persona malata in condizione di fragilità, accrescendone l'*empowerment* e la capacità di autogestione dei propri bisogni.

Tale setting, inoltre, consente di realizzare le dimissioni programmate e/o protette dai reparti ospedalieri per acuti, dalle strutture riabilitative post-acute e dalle Residenze Sanitarie Assistite (RSA).

In chiave strategica, è obiettivo perseguito dall'Azienda, quello di promuovere un modello di integrazione dell'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari allo scopo di orientare i soggetti, promuovere la capacità di scelta informata, realizzare percorsi assistenziali maggiormente di tipo domiciliare rispetto alla residenzialità, innalzare la capacità di risposta del sistema sanitario ai bisogni del cittadino, implementare progetti personalizzati per la presa in carico integrata tra il sistema sanitario ed il sistema sociale, favorire la continuità dei percorsi assistenziali.

Al fine di assicurare l'equità di accesso a tale sistema integrato delle cure, la Porta Unitaria di

Accesso realizzata nel Distretto rappresenta l'anello operativo strategico per il recepimento unitario della domanda per tutti i servizi sociali e sanitari a gestione integrata e compartecipata.

La presa in carico dell'assistito avviene attraverso la valutazione multiprofessionale che, in presenza di bisogni di diversa natura, è anche multidimensionale con attivazione della Unità di Valutazione Integrata (UVI) distrettuale e stesura del *percorso assistenziale individuale/piano di cura personalizzato* centrato sui bisogni globali (non solo clinici), sulle aspettative e sui desideri della persona malata.

Il piano di cura personalizzato, oltre a definire la pianificazione delle attività, prevede la valutazione evolutiva dei relativi esiti da intendere come insieme dei risultati intermedi e finali riferiti, oltre che agli aspetti clinici, anche alla disabilità e alla qualità della vita, utilizzando indicatori che siano in grado di esaminare lo stato di salute globale della persona.

Nei casi in cui non è possibile attivare l'ADI, per mancanza della rete socio-familiare e/o per inidoneità dell'abitazione, l'assistito viene ospitato presso le diverse tipologie di strutture semiresidenziali o residenziali pubbliche o accreditate in relazione alla specificità del bisogno presentato.

Con qualsiasi setting di cura attivato, il sistema deve assicurare la presa in carico globale e la relazione con la persona malata e i suoi familiari improntata sull'accoglienza, l'ascolto attivo e l'empatia.

Le diverse fasi della malattia terminale, necessitano della rete integrata dei servizi che deve assicurare la continuità socio-assistenziale al paziente e alla sua famiglia. La rete delle cure palliative, con anche la partecipazione delle associazioni di volontariato in osservanza della L. 38/2010 e delle vigenti Linee di Indirizzo regionali, è costituita da MMG o PLS, ambulatori specialistici, cure domiciliari, centri residenziali per le cure palliative (Hospice e day-Hospice), ricovero ospedaliero in regime ordinario e di day-hospital.

Tutto quanto, richiede un modello di presa in carico globale, al fine di combattere il dolore inutile e la sofferenza che ne deriva, fornendo alla persona malata e all'intero nucleo familiare un adeguato sostegno psicologico, sociale e culturale, indispensabile nella fase del trapasso.

Tendere all'intervento presso l'abitazione del paziente, che solo quando non può più essere assistito al proprio domicilio, o nei casi di difficoltà temporanea della famiglia, potrà essere ospitato nel Centro residenziale per le cure palliative, *Hospice*, che fornisce assistenza sanitaria e tutela alberghiera in modalità che riproduce l'ambiente domestico e di vita.

Sia a domicilio che in *Hospice*, infatti, obiettivi principali delle cure sono la qualità di vita e il rispetto della dignità della persona affetta da patologia progressiva, in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, per la quale non sussiste più alcuna possibilità di trattamento specifico finalizzato al miglioramento dei sintomi e/o alla guarigione.

Per la integrazione e la continuità assistenziale tra la domiciliarità e la residenzialità in Hospice, l'Azienda favorisce la possibilità di erogare le cure domiciliari da parte della stessa équipe che opera in *Hospice*.

- **Livello di assistenza ospedaliera** si articola in otto Presidi Ospedalieri, che erogano attività di ricovero ed ambulatoriale. L'orientamento aziendale, coerentemente alla programmazione sanitaria regionale, è rivolto alla riorganizzazione della rete dell'offerta di prestazioni, con l'obiettivo prioritario di aumentarne la quantità e la qualità, al fine di ridurre la mobilità passiva e migliorare l'appropriatezza.

L'appropriatezza rimane un obiettivo costante ed in continua evoluzione, identificandosi con la maggior parte degli obiettivi della qualità di un sistema sanitario, in rapporto al mutamento del quadro epidemiologico, delle scoperte scientifiche e tecnologiche e della situazione economica e politica.

La ASL Napoli 3 Sud focalizza la propria attenzione al miglioramento dei due tradizionali ambiti di appropriatezza, ossia quello clinico e organizzativo. Nell'ambito clinico, ispirando la

propria attività ad un modello gestionale e organizzativo di *Clinical Governance*, attraverso una strategia integrata e sinergica tra gli aspetti clinici, gestionali ed economici; l'obiettivo è quello di garantire il contenimento dei costi con un'efficiente gestione, assicurando il perseguimento della qualità, efficacia e sicurezza delle prestazioni. Nell'ambito organizzativo, la ASL è impegnata in una riprogettazione organizzativa assistenziale, finalizzata allo sviluppo di Percorsi Diagnostici Terapeutici ed Assistenziali ed alla continuità ospedale – territorio, alla attivazione delle cure domiciliari, in un'ottica di presa in carico dei pazienti.

Quanto alla riorganizzazione della rete ospedaliera, è un obiettivo che si inquadra nel più ampio disegno di riequilibrio con le altre componenti dell'assistenza sanitaria, quali le iniziative di prevenzione e di assistenza territoriale. La caratterizzazione delle nuove patologie ed il prolungamento dell'età media non permettono di esaurire il bisogno di assistenza all'interno dell'ospedale per acuti. Perciò si rende necessario affrontare in modo nuovo e qualificato le esigenze che derivano dalle condizioni di cronicità, polipatologia e di disabilità, destinate ad aumentare progressivamente nei prossimi anni.

Per far fronte a tale complessità di bisogni e a questi trend epidemiologici, è intento dell'ASL sviluppare

approcci pluridisciplinari e forme di integrazione tra i diversi livelli assistenziali orizzontali (all'interno

degli stessi livelli) e verticali (strutture ospedaliere e territoriali) attraverso le *Reti Assistenziali* per il trattamento integrato delle *patologie croniche* (diabete, scompenso cardiaco e assistenza domiciliare oncologica), in modo tale da garantire :

- ❖ la continuità e la qualità dell'assistenza nel lungo periodo,
- ❖ l'appropriatezza dei regimi assistenziali offerti,
- ❖ il decentramento della risposta, che favorisca il permanere del soggetto nel proprio contesto sociale;
- ❖ l'integrazione socio-sanitaria.

Le reti sono funzionali al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza del sistema, ma, più di ogni altra cosa, il loro affermarsi non costituisce soltanto un'opportunità di innovazione culturale e professionale, ma rappresenta, soprattutto, un campo di sfida storica delle politiche sanitarie del prossimo futuro. Specialmente l'aumento dell'incidenza delle patologie cronico degenerative rende sempre più necessaria l'individuazione di modalità innovative di supporto assistenziale, attraverso le quali rispondere in modo efficace ai bisogni di salute della popolazione di riferimento. In realtà, all'interno del concetto di patologia cronica, afferiscono molteplici aspetti per i quali si rende necessaria

una risposta complessiva ed integrata ai bisogni del paziente, che sono di natura sanitaria, sociosanitaria ed assistenziale. In questo senso, il territorio diventa l'ambito elettivo di intervento per la

gestione delle cronicità, nella misura in cui l'assistenza territoriale consente al paziente, da un lato, di ricevere l'assistenza di cui necessita, rimanendo nel proprio ambiente e mantenendo le proprie abitudini quotidiane, e dall'altro, consente una riduzione del tasso di ospedalizzazione e dell'inappropriatezza.

ii. Assistenza Ospedaliera

Strutture a gestione diretta

- ❖ P.O. Maresca e P.O. Boscotrecase
- ❖ P.O. S. Leonardo e P.O. Gagnano
- ❖ P.O. Sorrento e P.O. Vico Equense
- ❖ P.O. Santa Maria della Pietà Nola e P.O. Cav. R. Apicella Pollena

Strutture a gestione indiretta - Case di Cura accreditate.

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

Figura 10 Strutture Accreditate

L'attuale assetto dei 4 OO.RR., a gestione diretta, sarà adeguato, all'organizzazione dell'Atto Aziendale, alle previsioni del DCA 08/2018 "Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015 - Aggiornamento".

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

L'attività di ricovero rappresenta un imponente capitolo delle prestazioni sanitarie a cui si associa un assorbimento di risorse economiche notevole. In questo particolare momento storico è diffusa in tutti i sistemi sanitari avanzati la tendenza alla deospedalizzazione che trova riscontro non solo nelle attuali risorse economiche limitate ma, è supportata anche dalle società scientifiche mediche che chiedono il trattamento di patologie a bassa complessità in setting assistenziali diversi dall'ospedaliero sia per non allontanare il paziente dal suo ambiente sia per non esporlo a patologie connesse alla permanenza in ospedale.

L'assistenza ospedaliera, allineandosi alle prescrizioni regionali, è programmata secondo un incremento della complessità dei ricoveri ordinari e la riduzione del loro numero con sviluppo di alternativi setting assistenziali.

La domanda di prestazioni di ricovero è diffusa in tutta la popolazione ma, si incrementa maggiormente in quei territori ove non è sviluppata un'adeguata offerta di prestazioni sanitarie sostitutive secondo modelli organizzativi di tipo territoriale.

✓ Presidi Ospedalieri

La razionalizzazione della rete ospedaliera costituisce presupposto imprescindibile per la ridefinizione ed il potenziamento dell'offerta territoriale. Le risorse del territorio in un contesto di disavanzo strutturale sono assolutamente da ricercare nell'economie derivanti dalla razionalizzazione della rete ospedaliera.

Le attività dell'ambito ospedaliero sono organizzate, al pari di quelle territoriali su modello del Dipartimento funzionale, al fine di configurare una specifica tipologia organizzativa e gestionale volta a dare risposte unitarie, tempestive, razionali e complete rispetto agli obiettivi assegnati, per i cui fini vengono adottate regole condivise di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca, etico, medico-legale ed economico.

- **Livello di assistenza collettiva** si è fatto proprio il concetto di rete di prevenzione espresso dal Piano di prevenzione regionale, atteso che la salute è largamente influenzata da fattori estranei al sistema sanitario, quali determinanti sociali, economici, comportamentali ed ambientali.

Tenuto conto che la prevenzione esclusivamente sanitaria non è sufficiente, è necessario costruire una cultura condivisa in un sistema di rete in cui la "salute" diviene preoccupazione globale del Paese e non solo del sistema sanitario. Tuttavia, l'approccio intersettoriale deve integrarsi con il consolidamento di un sistema fondato sulla comunicazione e sulla partecipazione dei professionisti della salute, che pur appartenenti ad unità operative diverse o a diversi livelli gestionali del SSN, concorrono al raggiungimento di obiettivi comuni, attraverso l'elaborazione ed attuazione di percorsi clinico - assistenziali condivisi tra territorio ed ospedale ed attraverso l'attivazione di reti integrate tra prevenzione, assistenza di base (MMG, PLS), servizi distrettuali, specialistica territoriale, assistenza ospedaliera, al fine di assicurare appropriatezza, coordinamento e continuità dell'assistenza sanitaria.

La promozione della salute si realizza perciò sia in ambito individuale che collettivo, tramite interventi finalizzati a modificare i comportamenti soggettivi, ad esempio promuovendo l'adozione di stili di vita e, a livello della collettività, migliorando i contesti e le condizioni di vita rilevanti ai fini della salute. In quest'ambito, l'intento dell'azienda ASL è di caratterizzare la propria attività dedicando un ruolo di rilievo alle campagne di screening per la prevenzione dei tumori e alle campagne vaccinali; alla promozione di progetti riguardanti l'educazione alimentare e la prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare; alla promozione di una azione di prevenzione per la tutela dell'ambiente e della sicurezza nei posti di lavoro nei comparti edile, chimico, agricolo e portuale-marittimo; al potenziamento del servizio veterinario e del servizio di medicina legale.

Complessivamente, le linee operative aziendali per il triennio sono orientate allo sviluppo di modelli organizzativi che attribuiscono risorse appropriate alle strutture dipartimentali, in modo da garantire una condizione di flessibilità organizzativa in grado di soddisfare continuamente le esigenze assistenziali sanitarie, garantendo trasversalmente la crescita culturale e professionale del personale, l'integrazione delle professionalità e l'accrescimento del senso di identità e appartenenza all'Azienda.

❖ **Dipartimenti.**

L'Organizzazione dipartimentale è articolata nelle seguenti tipologie di Strutture Organizzative:

- *Strutture Complesse (Unità Operative Complesse - U.O.C.);*
- *Strutture Semplici a valenza dipartimentale (Unità Operative Semplici Dipartimentali - U.O.S.D.);*
- *Strutture Semplici (Unità Operative Semplici sub articolazioni di strutture complesse - U.O.S.);*
- *Gruppi Operativi Interdisciplinari (G.O.I.).*

Nei dipartimenti sono applicate logiche di governo collegiale e processi di coordinamento e controllo, previsti e descritti in appositi Regolamenti, redatti sulla base di linee guida approvate dalla Direzione Aziendale, sentito il Collegio di Direzione.

Le Unità Operative Complesse del Dipartimento (U.O.C.) sono caratterizzate da un elevato grado di autonomia gestionale e da piena responsabilità nella realizzazione di processi integrati, e possono presentare sub-articolazioni quali Unità Operative Semplici (U.O.S.).

Le Unità Semplici a valenza dipartimentale (U.O.S.D.) sono istituite in area sanitaria per far fronte a particolari processi assistenziali che richiedono un coordinamento interdisciplinare di processi assistenziali trasversali rispetto a più strutture complesse. Sono caratterizzate da autonomia operativa che comporta l'utilizzazione e/o la gestione di risorse umane, strutturali o strumentali dedicate o

condivise con altre strutture. Dipendono gerarchicamente e funzionalmente dal Direttore del Dipartimento di appartenenza.

Il Direttore di Unità Operativa Complessa e il Dirigente Responsabile di Unità Semplice a valenza dipartimentale, salva diversa determinazione del Direttore Generale, sono responsabili dei procedimenti di competenza dell'Unità medesima.

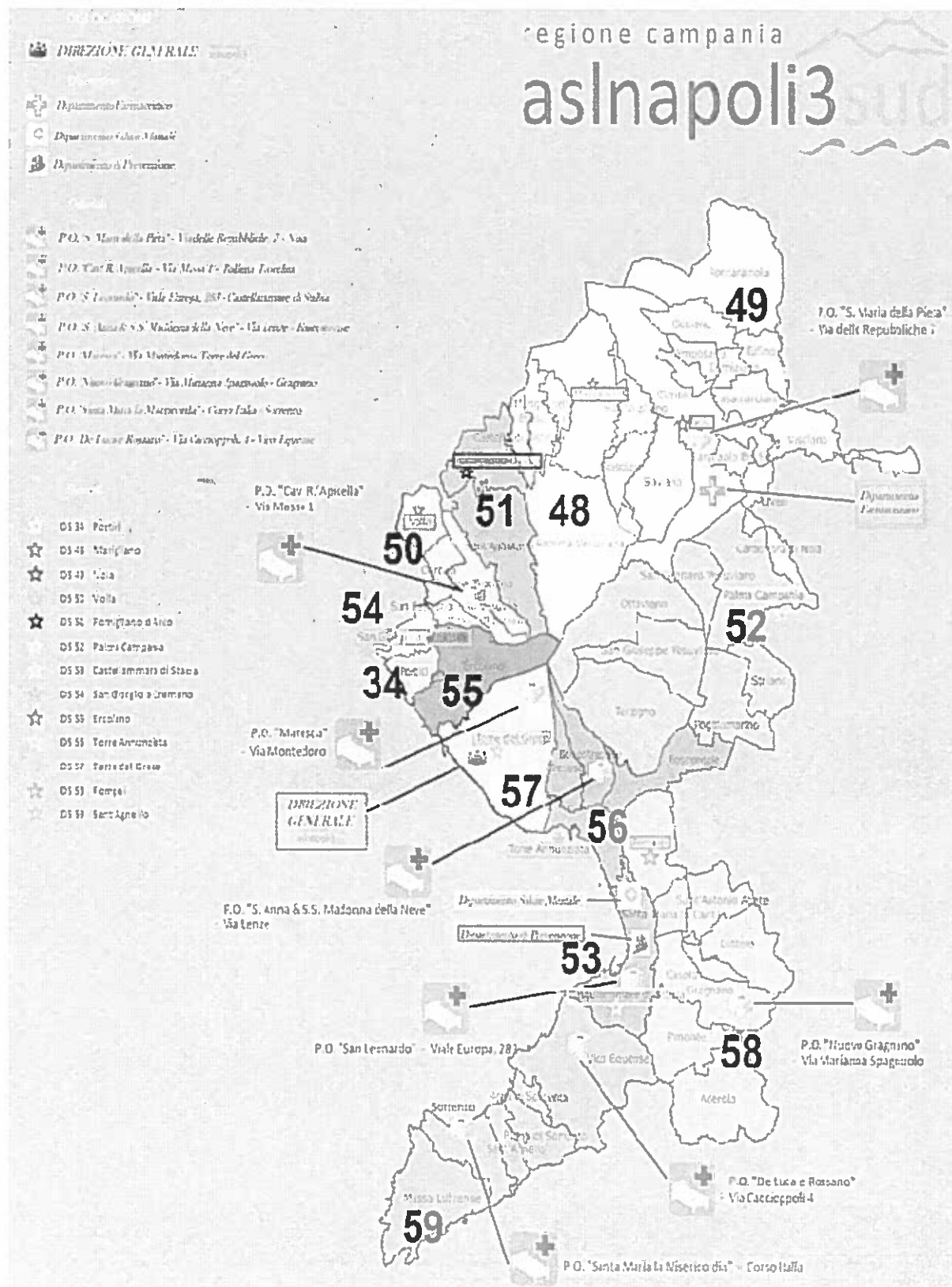


Figura 5 Collocazione punti erogazione servizi sanitari

5

ANALISI DEL CONTESTO

10/11/11

❖ Contesto Esterno

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I paragrafi successivi illustrano i principali risultati dell'analisi di quattro ambiti di dati istituzionali che, alla luce di queste premesse, risultano rilevanti per le attività del piano sociale:

- Le caratteristiche del contesto: differenze di tipo ambientale, demografico ed economico (sviluppo, sistemi produttivi locali, mercato del lavoro);
- Le risorse individuali e le disuguaglianze: la diversità tra aree per livelli di occupazione, reddito (povertà), abitazione, istruzione (capitale umano);
- Gli stati di malessere-benessere individuali: disoccupazione, salute (mortalità) e fragilità della popolazione anziana;
- Gli interventi e le politiche: volume dei servizi offerti, differenze nella composizione dell'utenza e nei modelli di intervento.

i. Demografia e salute

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

Al fine di fornire un quadro utile alla definizione all'offerta socio-sanitaria che risponda ad una domanda fortemente condizionata dalla distribuzione della popolazione per fasce di età la popolazione è stata suddivisa in anziana, attiva, infanzia e pediatrica.

Le tabelle di distribuzione della popolazione sono state elaborate partendo dall'unità minima di riferimento: il comune, aggregati per distretti sanitari fino a giungere all'aggregazione per azienda.

I dati elaborati riportano in dettaglio gli indici e i dati rappresentativi della struttura della popolazione in funzione della domanda socio-assistenziale correlata alle diverse fasce di età:

- l'indice di vecchiaia, ovvero il rapporto percentuale tra popolazione con età uguale o superiore a 65 anni e popolazione con età inferiore a 15 anni;
- l'indice di dipendenza anziani, ovvero il rapporto tra la popolazione di età 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100;
- l'indice di dipendenza strutturale, ovvero il rapporto tra la somma della popolazione con età inferiore a 15 anni e la popolazione di età 65 anni e più, e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100;
- la fascia tra 0 e 14 anni, che rispecchia la domanda per bambini e ragazzi
- la fascia tra 15 e 64 anni, che rispecchia la popolazione potenzialmente attiva,
- la fascia over 65 che rappresenta la popolazione anziana,

➤ La distribuzione della popolazione

La distribuzione della popolazione per classi di età, nei territori inclusi nell'ASL Napoli 3 Sud è stata realizzata utilizzando la popolazione al 01_01_2017

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

Distretto 34 - (Ambito territoriale n. 11) – Comuni n. 1 - Portici
 Estensione Territoriale 4,60 km² - Densità Abitativa 11.959,13 ab./km²

Portici



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

[Handwritten signatures]

Distretto 48 – (Ambito territoriale n. 22) – Comuni n. 6 - Marigliano
Estensione Territoriale 71,4 km² - Densità Abitativa 1.454,09ab./km²

Marigliano



Brusciano



Castello di Cisterna



Mariglianella



San Vitaliano



Somma Vesuviana



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

Distretto 49 – (Ambito territoriale n. 23) – Comuni n. 14 - NOLA

Estensione Territoriale 134,55 km² - Densità Abitativa 816,43 ab./km²



Nola



Camposano



Carbonara di Nola



Casamarciano



Cicciano



Cimitile



Comiziano



Liveri



Roccarainola



San Paolo Bel Sito



Saviano



Scisciano



Tufino




Visciano



Handwritten signatures and initials.

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

Distretto 50 – (Ambito territoriale n. 24) – Comuni n. 4 - VOLLA
 Estensione Territoriale 21,49 km² - Densità Abitativa 2.840,07 ab./km²

Volla	
Cercola	
Massa di Somma	
Pollena Trocchia	



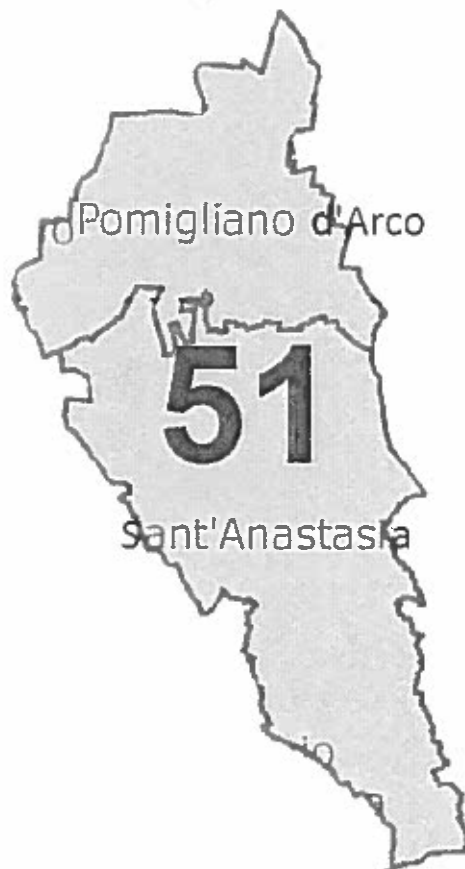
Comune	0-14	15-64	65+	Totale	Età media	Indice vecchiaia	Ind. Dip.za strutturale	Superficie km ²	Densità ab./km ²
Volla	4.376	16.686	2.940	24.002	37,3	67,18%	43,85%	6,2	3.871,29
Cercola	2.909	12.394	2.908	18.211	40,1	99,97%	46,93%	4,23	4.305,20
Massa di Somma	772	3.747	833	5.352	40,7	107,90%	42,83%	3,04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

Distretto 51 – (Ambito territoriale n. 25) – Comuni n. 2 – POMIGLIANO D'ARCO
 Estensione Territoriale 30,45 km² - Densità Abitativa 2.219,70 ab./km²

Pomigliano d'Arco



Sant'Anastasia



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

Distretto 52 – (Ambito territoriale n. 26) – Comuni n. 7 – PALMA CAMPANIA

 Estensione Territoriale 106,22 km² - Densità Abitativa 1.246,20 ab./km²

Palma Campania



Ottaviano



Poggiomarino


 San Gennaro
Vesuviano

 San Giuseppe
Vesuviano


Striano



Terzigno



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

Distretto 53 – (Ambito territoriale n. 27) – Comuni n. 1 – CASTELLAMMARE DI STABIA
 Estensione Territoriale 17,81 km² - Densità Abitativa 3.714,99 ab./km²

Castellammare di
Stabia



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

[Handwritten signatures and marks]

Distretto 54 – (Ambito territoriale n. 28) – Comuni n. 2 – SAN GIORGIO A CREMANO
 Estensione Territoriale 6,76 km² - Densità Abitativa 8.070,41 ab./km²

San Giorgio a
Cremano



San Sebastiano al
Vesuvio



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

Distretto 55 – (Ambito territoriale n. 29) – Comuni n. 1 - ERCOLANO
 Estensione Territoriale 19,89 km² - Densità Abitativa 2.676,27 ab./km²





Ercolano

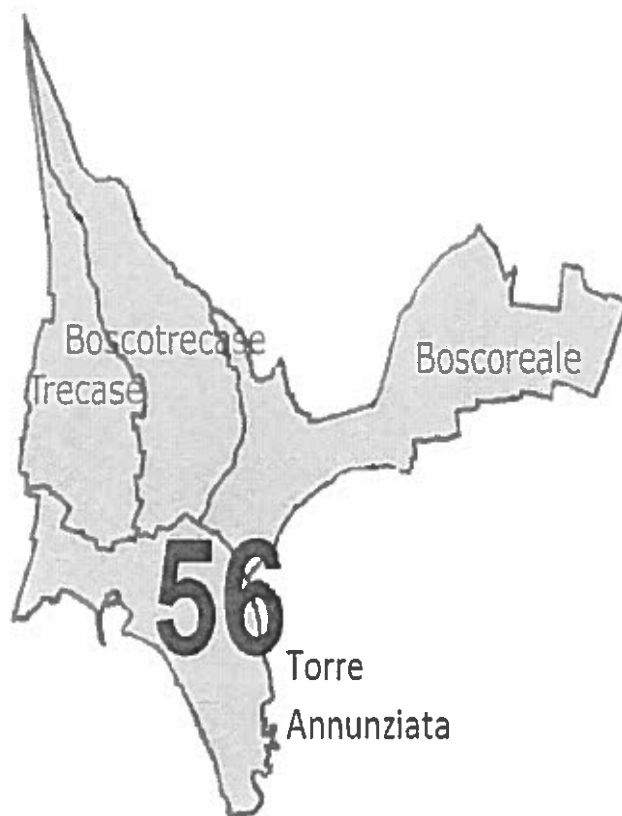


Comune	0-14	15-64	65+	Totale	Età media	Indice vecchiaia	Ind. Dip.za strutturale	Superficie km ²	Densità ab./km ²
Ercolano	8.469	34.883	9.879	53.231	40,9	116,65%	52,60%	19,89	2.676,27

[Handwritten signatures]

Distretto 56 – (Ambito territoriale n. 30) – Comuni n. 4 – TORRE ANNUNZIATA
 Estensione Territoriale 32,63km² - Densità Abitativa 2.756,73 ab./km²

Torre Annunziata	
Boscoreale	
Boscotrecase	
Trecase	



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

[Handwritten signature]

Distretto 57 – (Ambito territoriale n. 31) – Comuni n. 1 – TORRE DEL GRECO
 Estensione Territoriale 30,63 km² - Densità Abitativa 2.799,93 ab./km²

Torre del Greco







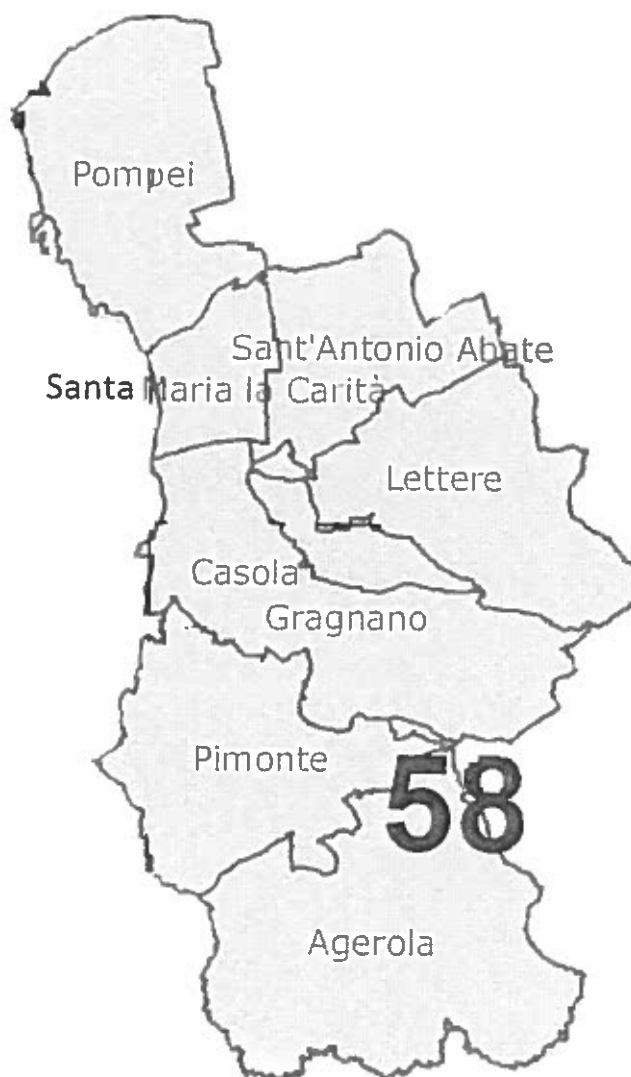
Comune	0-14	15-64	65+	Totale	Età media	Indice vecchiaia	Ind. Dip.za strutturale	Superficie km ²	Densità ab./km ²
Torre del Greco	13.444	56.124	16.194	85.762	41,3	120,46%	52,81%	30,63	2.799,93

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Distretto 58 – (Ambito territoriale n. 32) – Comuni n. 8 - POMPEI
 Estensione Territoriale 85,95 km² - Densità Abitativa 1.273,19 ab./km²







Pompei	
Agerola	
Casola di Napoli	
Gragnano	
Lettere	
Pimonte	
Sant'Antonio Abate	
Santa Maria la Carità	

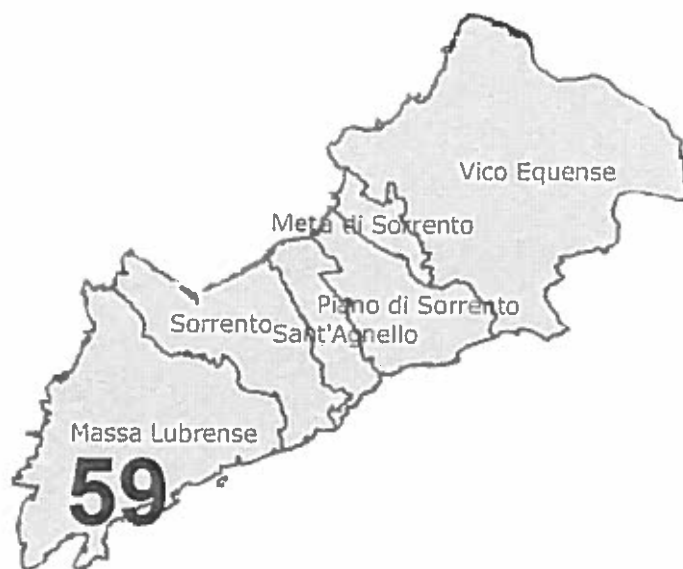


Comune	0-14	15-64	65+	Totale	Età media	Indice vecchiaia	Ind. Dip.za strutturale	Superficie km ²	Densità ab./km ²
Pompei	3.790	16.698	4.708	25.196	41,6	124,22%	50,89%	12,42	2.028,66
Agerola	1.213	4.987	1.497	7.697	41,4	123,41%	54,34%	19,83	388,15
Casola di Napoli	774	2.561	535	3.870	37,6	69,12%	51,11%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

Distretto 59 – (Ambito territoriale n. 33) – Comuni n. 6 – SANT'AGNELLO

Estensione Territoriale 72,92 km² - Densità Abitativa 1.123,96 ab./km²

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



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



➤ **Indicatori demografici**

L'analisi di seguito riportata è stata effettuata utilizzando la popolazione al 01/01/2017

La piramide dell'età

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

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

TAB. n. 11 Popolazione x sesso e fasce di età

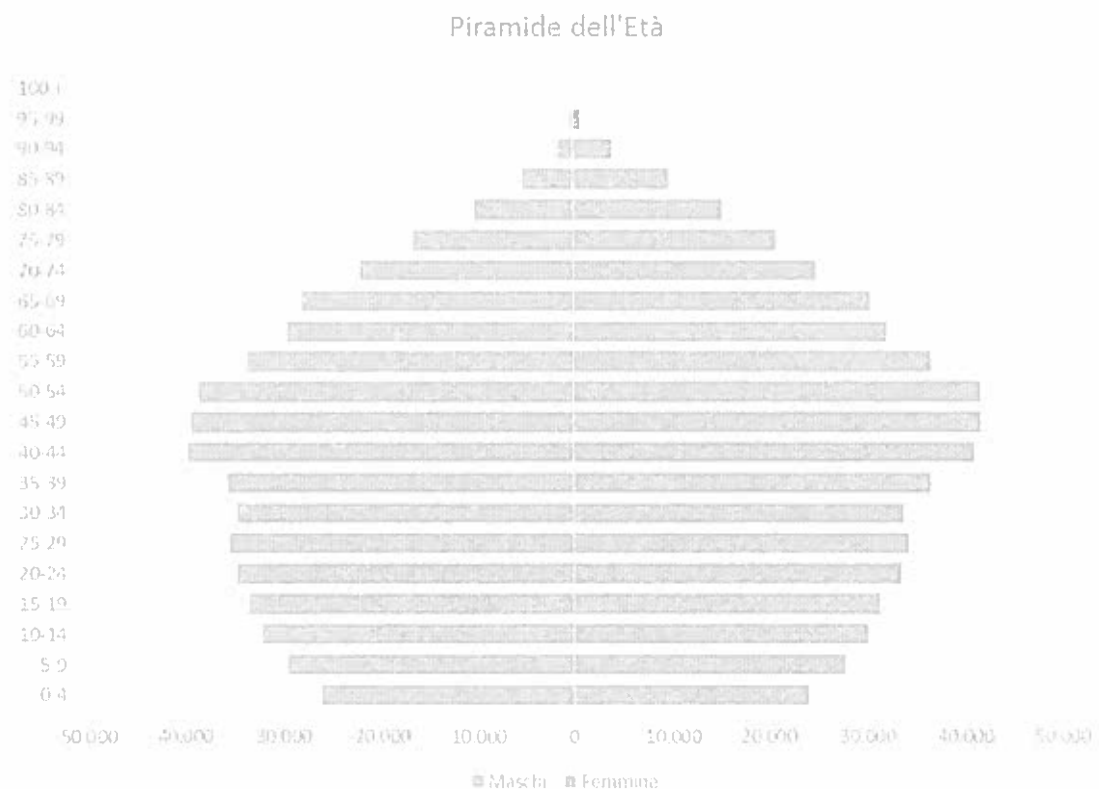


Figura n. 6 La piramide dell'età

➤ **Distribuzione per fasce e sesso**

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

	Fasce Età	M		F		Totale	
		Maschi		Femmine		Totale	
		Numero		Numero		Numero	
ASL Napoli 3 Sud	0-14	86.776	8,10%	81.914	7,65%	168.690	5,75%
	15-64	351.412	32,82%	362.127	33,82%	713.539	66,64%
	65 +	82.495	7,70%	106.010	9,90%	188.505	17,61%
		520.683	48,63%	550.051	51,37%	1.070.734	100,00%

TAB. n. 12 Distribuzione x fasce e sesso

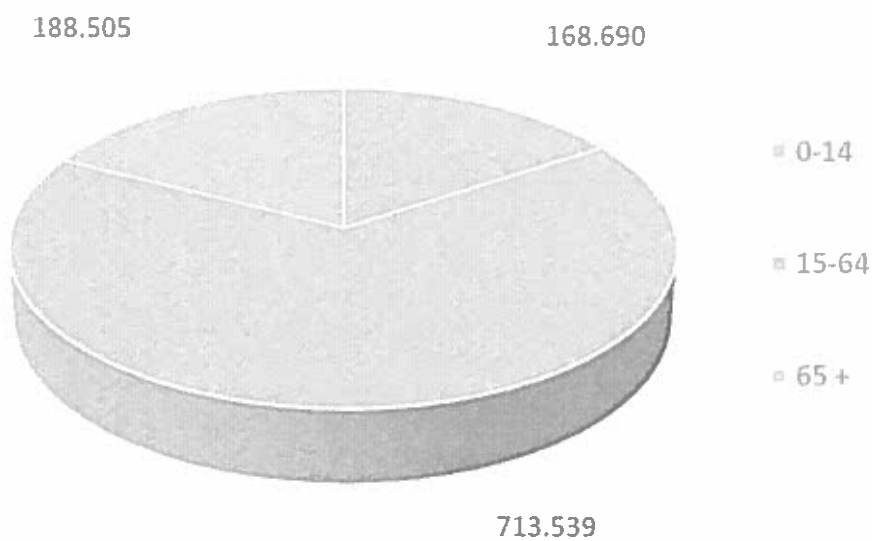


Figura n. 7 Distribuzione per fasce e sesso



Figura n. 8 Distribuzione per fasce e sesso

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

Tabella degli indici Asl Napoli 3 Sud

	Popolazione Totale 01/01/2017	Indice di Vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione				
					0-4 anni	5-14 anni	15-64 anni	65-74 anni	75 +anni
ASL Napoli 3Sud	1.070.734	111,75	26,42	50,06	9.817	68.690	713.539	104.580	3.925

TAB. n. 13 Indici

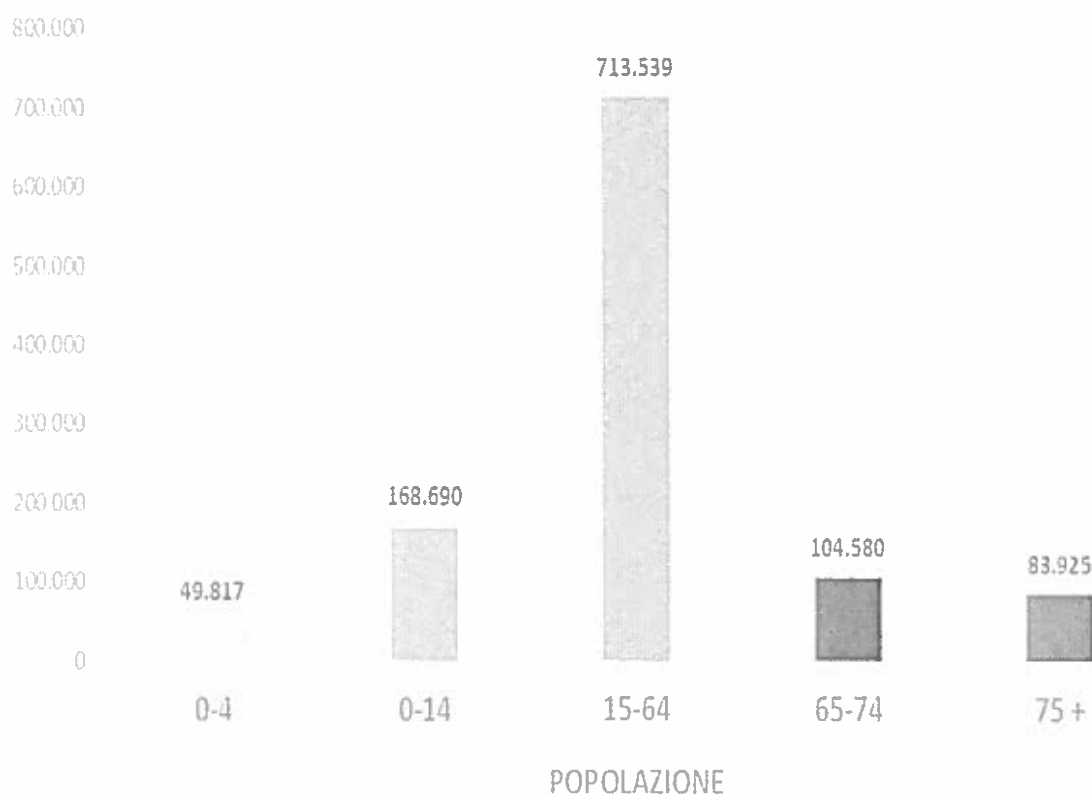


Figura n. 9 Indici Asl Napoli 3 Sud - Distribuzione per fasce di età

Raffronto con dati Nazionali e Regionali

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

TAB. n. 14 Raffronto

Indice di vecchiaia

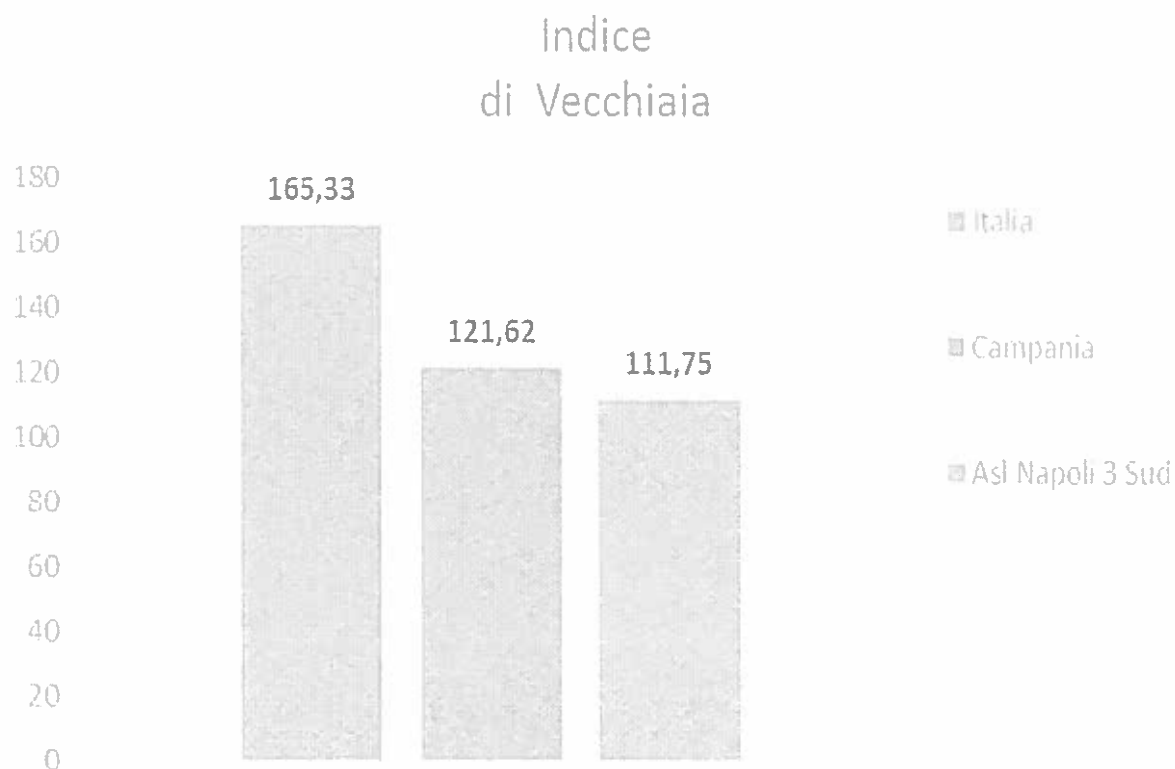


Figura n. 10 Indice di vecchiaia

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

Indice di dipendenza

Indice di Dipendenza Anziani

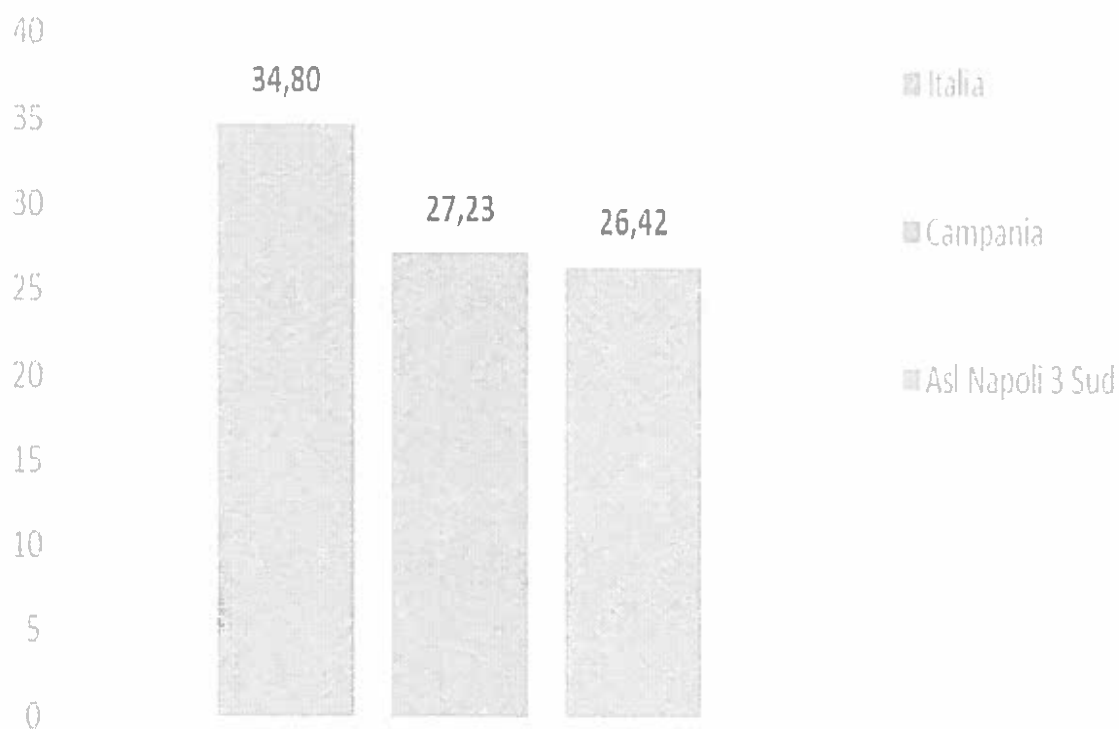


Figura n. 11 Indice di dipendenza anziani

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

Indice di dipendenza strutturale

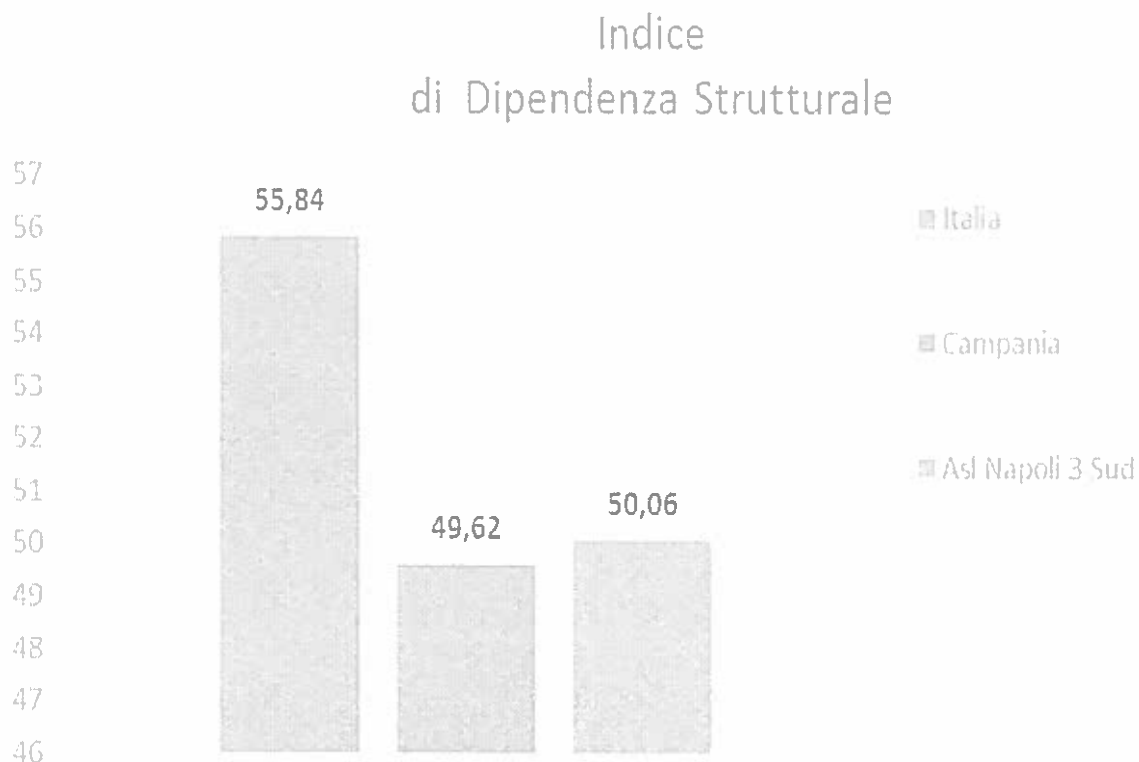


Figura n. 12 Indice di dipendenza strutturale

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

➤ **Cittadini stranieri**

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

Cittadini stranieri nei Distretti ASL Napoli 3 Sud

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

Cittadini stranieri nei Distretti ASL Napoli 3 Sud

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

TAB. n. 15 Cittadini stranieri



Paese di Origine	M/F	Paese di Origine	M/F	Paese di Origine	M/F
Ucraina	7.529	Burkina Faso (ex Alto Volta)	23	Malta	4
Cina	4.744	Messico	22	Panama	4
Romania	4.470	Serbia, Repubblica di	22	Timor-Leste	4
Bangladesh	3.825	Capo Verde	22	Libano	4
Marocco	3.313	Kirghizistan	22	Etiopia	4
Polonia	1.621	Portogallo	22	Guinea-Bissau	4
Bulgaria	1.253	Ungheria	21	Tanzania	3
India	652	Belgio	21	Apolide	3
Albania	548	Congo (Repubblica del)	21	Slovenia	3
Sri Lanka (ex Ceylon)	470	Giappone	19	Angola	3
Russia	453	Eritrea	18	Uruguay	3
Algeria	335	Ecuador	17	Cambogia	3
Nigeria	300	Slovacchia	17	Uganda	3
Brasile	284	Niger	17	Honduras	3
Tunisia	265	Austria	16	Nepal	3
Pakistan	235	Svizzera	16	Israele	3
Moldova	231	Turchia	15	Congo, Repubblica democratica del (ex Zaire)	3
Filippine	209	Siria	15	Burundi	2
Regno Unito	179	Ceca, Repubblica	14	Taiwan (ex Formosa)	2
Cuba	156	Canada	13	Mauritius	2
Gambia	154	Svezia	13	Libia	2
Senegal	125	Cile	11	Sierra Leone	2
Mali	110	Dominica	11	Santa Sede (Stato della Città del Vaticano)	2
Ghana	103	Benin (ex Dahomey)	10	Iraq	2
Germania	98	Sud Africa	10	Montenegro	2
Bielorussia	91	Ciad	10	Iran, Repubblica islamica dell'	2
Indonesia	83	Armenia	9	Nuova Zelanda	2
Costa d'Avorio	78	Guatemala	9	Kosovo	2
Francia	69	Togo	9	Seychelles	2
Spagna	64	Somalia	9	Malaysia	1
Georgia	63	Lettonia	9	Lussemburgo	1
Stati Uniti	62	Myanmar (Ex Birmania)	9	Territori dell'Autonomia Palestinese	1
Perù	56	Irlanda	8	Mauritania	1
Colombia	55	Danimarca	8	Nicaragua	1
Dominicana, Repubblica	51	El Salvador	7	Corea del sud	1
Venezuela	37	Kenya	7	Mongolia	1
Croazia	36	Oceania	6	Ruanda	1
Egitto	34	Uzbekistan	6	Giordania	1
Thailandia	31	Norvegia	6	Centrafricana, Repubblica	1
Guinea	29	Vietnam	6	Corea, Repubblica Popolare Democratica (Corea del Nord)	1
Macedonia, Ex Repubblica Jugoslava di	28	Sudan	6	Totali 33.414	
Lituania	28	Liberia	6		
Grecia	27	Kazakhstan	5		
Argentina	27	Costa Rica	5		
Paraguay	26	Finlandia	5		
Afghanistan	25	Estonia	5		
Paesi Bassi	24	Australia	4		
Camerun	23	Bolivia	4		
Madagascar	23	Bosnia-Erzegovina	4		

TAB. n. 16 Cittadini Stranieri x Sesso

➤ Condizioni socio-economiche

Le caratteristiche socio-economiche e culturali dei cittadini sono tra i più potenti determinanti di salute: una solida evidenza scientifica ha concretamente e concordemente dimostrato come la scarsa istruzione, la disoccupazione e le conseguenti modeste risorse economiche delle famiglie siano oggettivamente associate a condizioni e stili di vita precari i quali, a loro volta, espongono i singoli a una maggiore probabilità di malattia. Nell'analizzare lo stato di salute di una popolazione, dunque, è indispensabile tener conto sia delle condizioni d'istruzione, di sviluppo sociale e di risorse disponibili sia degli stili di vita dei cittadini: tali condizioni rappresentano i principali fattori di rischio "modificabili" delle malattie croniche non trasmissibili (fumo, alcol, inattività fisica, scorretta alimentazione), sui quali dovrà concentrarsi, nei prossimi anni, una buona parte degli interventi di prevenzione e promozione della salute.

L'associazione tra condizioni socio-economiche e salute di una popolazione è ampiamente dimostrata, il territorio dell'ASL Napoli 3 Sud, come dimostrano i recenti dati disponibili, è caratterizzato, da una popolazione gravata da un tasso di disoccupazione superiore al 25%, simile a quello medio campano, più che doppio rispetto a quello italiano pari al 12%; condizione che sembra peggiorare nel medio e lungo periodo. Condizione questa, che dal 2009 è esplosa in maniera eclatante.

Infatti, tra gli indicatori relativi al livello di istruzione della popolazione, in accordo ai più recenti dati, l'Indice di non conseguimento della scuola dell'obbligo tra 15 e 52 anni di età è pari a circa il 16%, simile a quello campano ma sensibilmente più alto di quello italiano pari al 10%, condizione che avalla la correlazione tra la disoccupazione e il modesto livello di alfabetizzazione.

Inoltre, il tasso migratorio medio (differenza fra il n. degli iscritti e quello dei cancellati all'anagrafe / l'ammontare medio della pop. x 1000) della popolazione aziendale, individua il territorio aziendale fra quelli a maggior migrazione con un tasso di -6,22 fra i maschi e -5,92 fra le femmine.

Pertanto, come ci dimostrano i dati più recenti disponibili, il reddito medio pro-capite della popolazione residente nell'Asl Na 3 Sud si aggirava nello scorso decennio intorno ai 10.000 €, ossia circa la metà di quello nazionale pari a 20.000 €.

Comunque, se molto forte è la disoccupazione ufficiale, nei territori di competenza, sono numerosi, però, anche gli impieghi nell'economia detta sommersa, cioè non dichiarata, non controllata e non tassata e molto rilevante è l'immigrazione, più o meno clandestina, che ovviamente è attratta proprio dalla possibilità di lavorare. In entrambi i casi, si tratta di economia "non ufficiale".

Questo vuol dire che i dati statistici, in realtà, non riescono a riflettere con precisione la situazione del lavoro e della produzione: le persone che lavorano sono più numerose e la ricchezza prodotta è maggiore rispetto a quanto risulta dalle statistiche, anche se questo non significa che le condizioni socio-economiche siano brillanti.

Un notevolissimo apporto al territorio viene dal turismo, tra le le località particolarmente famose: Ercolano, Pompei, Sorrento e Vico Equense.

Il contesto socio-economico, in cui l'ASL Napoli 3 Sud svolge i suoi compiti, è inoltre interessato, come tutti i territori, da una fase di rapidi cambiamenti legati alla globalizzazione, alla competizione e al confronto, alle dinamiche ambientali e alla loro imprevedibilità.

E' lampante che l'Asl Na 3 Sud è caratterizzata da una popolazione abbastanza giovane, che si trova in una situazione di notevole affollamento, particolarmente in alcune aree sub-metropolitane; una parte consistente dei suoi cittadini vive in condizioni sociali ed economiche che, seppur simili a quelle della maggioranza delle AA.SS.LL. campane, sono particolarmente svantaggiate rispetto a quasi tutte le altre Regioni italiane. Questa situazione, inevitabilmente, espone i cittadini di ogni età

e la Comunità nel suo complesso a un più alto rischio di malattia associata a un ambiente sociale non protettivo, a stili di vita non salutari e a un utilizzo delle risorse sanitarie incongruo.

➤ Il territorio

La Campania si estende su di un territorio morfologicamente molto vario. Confina a Nord con il Lazio ed il Molise; ad est con la Puglia; a sud ancora con la Basilicata; ad ovest infine con il Mar Tirreno, dal punto di vista fisico, la regione della Campania può essere divisa in due zone: una montuosa ed una piana. Il territorio dell'ASL Napoli 3 Sud, lambisce la zona montuosa, estendendosi sulla zona piana che non è una superficie unitaria, ma è suddivisa in tante pianure divise da tanti rilievi dell'anti appennino; e cioè dal Vesuvio e dalla catena dei Monti Lattari.

Non è facile definire il territorio dell'ASL Napoli 3 Sud: caratterizzato da un lungo litorale, ma non è solo un territorio marittimo, l'interno è montuoso e in qualche tratto i monti arrivano al mare. La presenza di uno dei comuni più popolosi della Campania: la città di Torre del Greco, che con una popolazione di 85 631 occupa il quarto posto.

Comuni più popolosi della ASL Napoli 3 Sud

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

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

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

Inoltre, l'Asl Na3 Sud presenta un'alta densità abitativa (DA) pari a 1.737 abitanti/ Km²: con una popolazione di circa 1.073.493 abitanti distribuiti in 57 comuni su una superficie pari a 620 Km², tale DA è una delle più alte della Regione ed è di gran lunga superiore a quella media nazionale. Alcuni comuni, in particolare, mostrano densità abitative estremamente elevate come S. Giorgio a Cremano 11.500 ab/ Km², Torre Annunziata 6.000 ab/ Km² e Castellammare di Stabia 3.600 ab/ Km².

Un territorio a vocazione agricola ma contente zone con attività industriali alimentari e non solo. Tanti i prodotti tipici del territorio di competenza:

È noto che molti dei comuni sono caotici e sovraffollati, ne conosciamo lo scempio urbanistico, e ha tesori naturali e storico-artistici che da soli basterebbero a dare linfa economica. È caratterizzata da territori meno ricchi e forse anche meno "sviluppati", ma pochi altri territori campani sono così *vivaci, attivi e innovativi*. Sembra sempre in crisi, però ha un'eccezionale riserva di storia e di cultura, che fornisce ai suoi abitanti una rara capacità di affrontare e risolvere i problemi

I territori dell'ASL Napoli 3 Sud, come tutti quelli della regione sono sismici; in alcune aree, poi, le rocce – arenarie e argille – non molto stabili e, dato che le alture sono state diboscate, spesso si producono frane gravi di conseguenza catastrofi idrogeologiche (fig. n.6).

Il clima è tipicamente mediterraneo: ventilato, non troppo caldo e con poche precipitazioni d'estate, con una lunga primavera, un autunno abbastanza piovoso ma dolce e un inverno molto mite. Per secoli questo clima è stato considerato ideale per l'uomo ed è stato uno dei più forti motivi di richiamo per l'insediamento di nuove unità di popolazione.

La ricchezza della vegetazione e della fauna spontanee è molto ridotta, ormai, data la forte presenza umana. Ma le zone dell'ASL Napoli 3 Sud presentano ancora aree di grande interesse naturalistico protette come il parco nazionale del Vesuvio.

Fertile per antonomasia, la Campania con tutti suoi territori è sempre stata una delle regioni agricole più prospere d'Italia, e lo è tuttora nelle sue parti più idonee alle colture, e cioè nelle piane vicine al mare.

❖ Contesto Interno

L'Azienda sostiene "la causa della salute" con l'azione combinata di tutte le componenti della comunità, agendo sulle condizioni sociali, ambientali, culturali, ma anche sul rinforzo delle conoscenze, delle abilità individuali e dei livelli di autonomia delle persone nelle scelte che hanno impatto sulla salute.

Le attività sanitarie dell'Azienda sono svolte sulla base delle moderne conoscenze tecnico-scientifiche e grazie alle più avanzate tecnologie a disposizione, nel rispetto dei principi di etica, efficacia, efficienza ed economicità.

Per quanto attiene alle funzioni della Direzione Strategica e dei dirigenti, l'Azienda attua il principio della separazione tra gli atti di programmazione e controllo e i conseguenti provvedimenti gestionali di attuazione, mediante lo strumento della delega.

Il Direttore Generale adotta gli atti di pianificazione, programmazione e controllo dell'Azienda e provvede all'emanazione dei cd. "atti di alta amministrazione", coadiuvato in ciò dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario. Questi ultimi assumono, in particolare, diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono al governo dell'Azienda con la formulazione di proposte e di pareri.

Ai Dirigenti spettano i compiti generali di direzione del Servizio assegnato, del relativo personale e l'esercizio di specifica attività professionale con conseguente assunzione di responsabilità di risultato nell'esercizio delle attività aziendali. Le funzioni di direzione debbono essere svolte attraverso dinamiche e metodologie basate sui concetti di autonomia, affidabilità, imparzialità e trasparenza, oltre che nell'osservanza di criteri di efficienza, efficacia ed economicità.

❖ Principi e criteri di Organizzazione e Funzionamento

L'ASL Napoli 3 Sud dà attuazione al principio di cui al L.vo 29/93 e s.m.i., di esplicita ed adeguata distinzione fra le funzioni di programmazione, indirizzo, controllo da un lato, e le funzioni di organizzazione e gestione dall'altro, in un quadro di chiara determinazione di competenze e di responsabilità della Direzione Generale e quelle della Dirigenza e dei vari livelli operativi dell'Azienda, nella logica della responsabilizzazione a cascata e della massima valorizzazione della dirigenza e di tutte le risorse professionali.

L'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda Sanitaria Locale saranno disciplinati più in dettaglio con l'atto aziendale, da attuare, nonché con i regolamenti aziendali attuativi, in conformità alla legislazione statale e regionale ed ai correlati livelli di pianificazione, nel rispetto degli ambiti di autonomia e responsabilità nella gestione tecnico-professionale, amministrativa e finanziaria del settore operativo di competenza, implicanti anche il potere di adottare atti aventi rilevanza esterna.

Il Direttore Generale, fatto salvo il principio di separazione sopra richiamato, può delegare le proprie funzioni con riferimento ad ambiti settoriali di attività o all'adozione di singoli atti, secondo principi e modalità che faranno riferimento sia al principio dell'attribuzione sia a quello della delega, secondo modalità che saranno esplicitate successivamente.

In coerenza al principio di cui sopra, la gestione dell'Azienda è informata a criteri di programmazione sulla base delle linee del Piano Sanitario Regionale, dei documenti programmatici regionali e della pianificazione strategica.

L'organizzazione e le attività aziendali sono improntate a criteri di efficacia, efficienza ed economicità, e sono rivolte ad assicurare, nel rispetto degli obiettivi posti dagli atti di pianificazione nazionale e regionale, nonché dal Piano di rientro, l'erogazione delle prestazioni essenziali ed appropriate, lo sviluppo del sistema qualità dell'Azienda, la massima accessibilità ai servizi per i cittadini, l'equità delle prestazioni erogate, il raccordo istituzionale con gli enti locali per il tramite della Conferenza dei Sindaci, il collegamento con le altre organizzazioni sanitarie e del volontariato, nonché la ottimizzazione ed integrazione delle risorse e delle risposte assistenziali tenendo conto anche degli esiti della concertazione con particolare riferimento alla programmazione posta in essere dalle strutture sanitarie di cura e riabilitazione nonché dai laboratori, ecc.. informa, sulla base della pianificazione strategica, la propria gestione ai principi della programmazione e del controllo, individuando nel sistema budgetario lo strumento fondamentale anche in riferimento al complesso delle responsabilità direzionali, dirigenziali ed operative ai vari livelli, la stessa persegue le finalità di cui sopra utilizzando la propria capacità generale di diritto privato, salvo che nei casi in cui la legge espressamente le attribuisce poteri pubblicistici come tali da esercitare nelle forme tipiche del procedimento amministrativo ai sensi della legge n.241/1990 e s. m. i..

❖ **Organizzazione Aziendale**

La riorganizzazione aziendale, è subordinata all'attuazione dell'Atto Aziendale (delibera n.735 del 19 ottobre 2017), condizione indispensabile per il giusto processo, atto a dare risposte celeri e appropriate agli obiettivi aziendali, regionali e quindi nazionali:



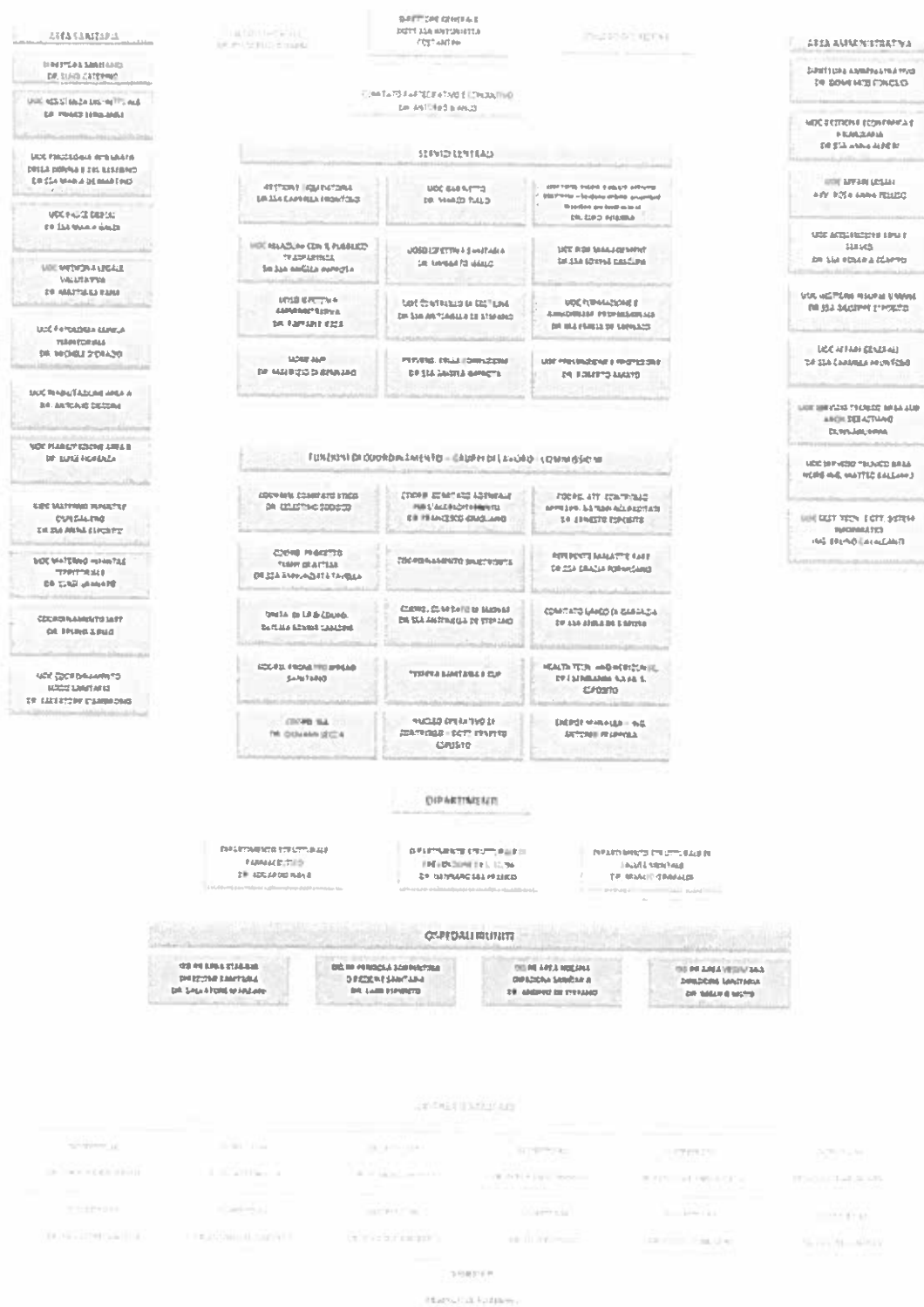


Figura n.14 organigramma prima dell'approvazione dell'Atto Aziendale



Ultimo aggiornamento 19 giugno 2018

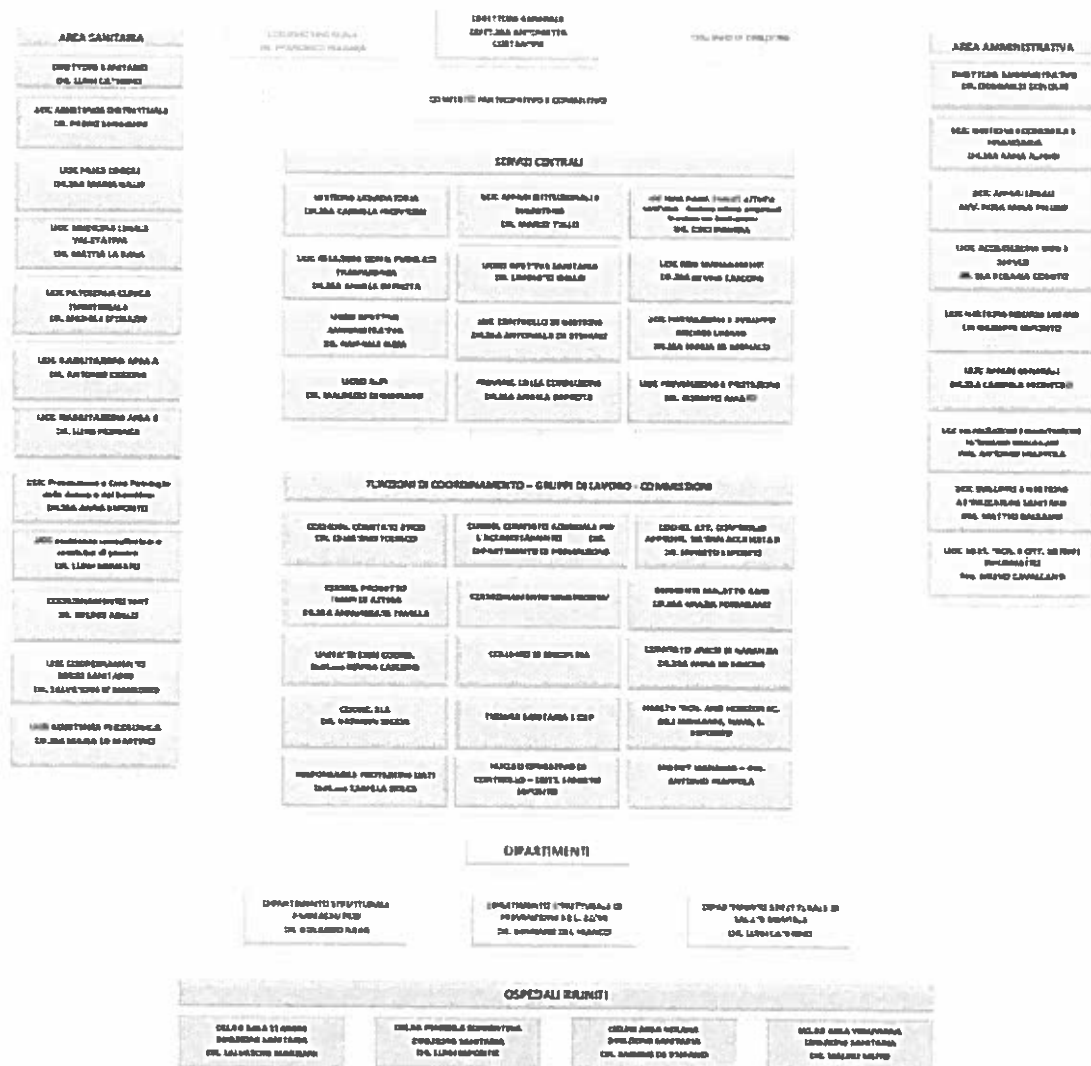


Figura n. 15 organigramma attuale

L'attuale assetto organizzativo dell'ASL Napoli 3 Sud, sarà titolare degli obiettivi da perseguire per il periodo 2018 e sino all'attuazione dell'Atto Aziendale:

Infatti, l'attuazione dell'Atto Aziendale, determinerà inevitabilmente la rimodulazione del

presente piano Performance.

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

Questo modello organizzativo, attraverso la gestione unitaria delle risorse economiche, umane e strumentali garantisce l'integrazione gestionale atta a raggiungere il miglioramento qualitativo e quantitativo delle attività (cfr. Fig.n. 14).

La ASL Napoli 3 SUD, dopo l'approvazione dell'Atto Aziendale, allo stato, individua quali macro centri di responsabilità aziendali i seguenti:

Servizi Centrali (vedi nota1)

Staff Direzione Generale

- UOSD ispettiva Amministrativa
- UOC Controllo di Gestione
- UOC Formazione e Sviluppo Risorse Umane
- UOC Affari Istituzionali e Segreterie
- Gestione Liquidatoria
- Prevenzione della Corruzione
- UOSD Ispettiva Sanitaria
- UOC Prevenzione e Protezione
- UOC Programmazione, Pianificazione e Valutazione attività Sanitaria
- UOC Relazioni con il Pubblico, Trasparenza, Tutela, Comunicazione
- UOC Risk Management
- UOSD ALPI

Unità Operative Area Amministrativa

- UOC Acquisizione Beni e Servizi
- UOC Affari Generali
- UOC Affari Legali
- UOC Gestione Economica Finanziaria
- UOC Valorizzazione e Manutenzione Patrimonio Immobiliare
- UOC Sviluppo e Gestione Attrezzature Sanitarie (ingegneria clinica)
- UOC Sistemi Informatici ITC
- UOC Gestione Risorse Umane
- UOC Servizi Amministrativi Ospedalieri Area Nord
- UOC Servizi Amministrativi Ospedalieri Area Sud
- UOC Sviluppo e gestione Impianti Tecnologici, Adeguamento sismico ed Antiincendio
- UOC Gestione Risorse Umane

Unità Operative Area Sanitaria

- UOC Coordinamento Socio Sanitario
- UOC Assistenza Distrettuale
- Coordinamento SerT
- UOC Fasce Deboli
- UOC Medicina Legale Valutativa
- UOC Patologia Clinica Territoriale
- UOC Riabilitazione area A
- UOC Riabilitazione Area B
- UOC Prevenzione e cura patologie della donna e del bambino
- UOC Assistenza consultoriale e medicina di genere

- UOS Assistenza Psicologica

Dipartimenti

- ✚ Dipartimento di Prevenzione
- ✚ Dipartimento di Salute Mentale
- ✚ Dipartimento di Farmaceutico.

Distretti Sanitari (n. 13)

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

Ospedali (n. 4)

- Ospedali Riuniti Area Stabiese
- Ospedali Riuniti Penisola Sorrentina
- Ospedali Riuniti Golfo Vesuviano
- Ospedali Riuniti Area Nolana

(nota 1)

Le dizioni delle Unità Operative sono riportate così come evidenziate nell'organigramma del 19/06/2018 – figura n 15 – ad opera UOC Relazioni con il Pubblico Trasparenza

[Handwritten signatures]



Figura n. 16 organigramma alla completa attuazione dell'atto azienda

❖ **Organi Aziendali**

Sono organi dell'AS Napoli 3 Sud il Direttore Generale, cui spetta la responsabilità complessiva della gestione, il Collegio Sindacale e il Collegio di Direzione, le cui rispettive funzioni sono declinate nell'Atto aziendale.

Direzione Generale

La Direzione Generale è composta dal Direttore Generale, responsabile della gestione complessiva, dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario. Alla Direzione Generale compete la programmazione, la definizione delle politiche e degli indirizzi aziendali, l'emanazione di direttive e linee-guida, la valutazione dei risultati conseguiti.

Collegio Sindacale

La funzione del Collegio si estrinseca in una azione di vigilanza riguardo al rispetto da parte dell'Azienda delle regole di buon governo, nonché delle norme vigenti disciplinanti la garanzia della legittimità procedurale e la tenuta della contabilità, in ciò ricomprendendo tutte le disposizioni disciplinanti la corretta compilazione dei libri previsti, nonché la scrupolosa annotazione delle registrazioni.

Collegio di Direzione

La Legge Regionale prevede che il Collegio di Direzione assuma il ruolo di organo dell'Azienda attribuendo pertanto al medesimo una rilevanza del tutto peculiare finalizzata all'esercizio di specifiche funzioni di concorso al governo del sistema. Nel merito trattasi di compiti di elaborazione e proposta nei confronti del Direttore Generale per le attività di formazione, ricerca e innovazione, gestione integrata del rischio, monitoraggio della libera professione, valutazione dei tempi di attesa, organizzazione e sviluppo dei servizi.

Il Collegio di Direzione, la cui composizione è definita da uno specifico atto e il cui funzionamento è disciplinato da un regolamento, è presieduto dal Direttore Sanitario, alle riunioni è prevista la partecipazione, in qualità di invitato, del Direttore Generale.

❖ **Governo e risultati dell'Azienda**

L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud organizza l'attività in Dipartimenti e fa sì che gli obiettivi assegnati a ciascun dipartimento o a ciascuna macro-aggregazione (Distretto - Ospedale), venga poi condiviso con le rispettive Unità operative.

L'organizzazione, centrata sul modello dipartimentale, è volta ad una migliore allocazione degli operatori ed un efficiente utilizzo delle risorse attraverso la diretta responsabilità del Direttore del Dipartimento, contribuendo alla centralizzazione delle attività sul paziente in carico.

Il modello gestionale dell'Azienda è informato al principio della responsabilizzazione per obiettivi.

La gestione per obiettivi rappresenta un'assunzione di responsabilità sui risultati, non solo da parte di ciascuna articolazione a cui sono assegnate risorse, ma anche dalla Direzione strategica che risponde del funzionamento complessivo dell'Azienda.

Ciò rende la negoziazione dell'obiettivo il momento centrale della gestione annuale dell'Azienda e la misura periodica della sua capacità di far fronte agli impegni assunti.

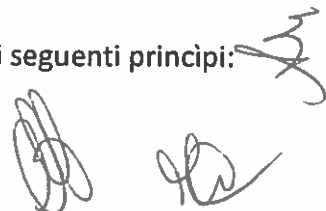
La negoziazione degli obiettivi rappresenta pertanto un impegno specifico del dirigente verso i risultati previsti con l'impiego delle risorse assegnate.

La Direzione strategica procede al periodico monitoraggio dei risultati e degli obiettivi assegnati.

L'Azienda misura e analizza i risultati conseguiti nei diversi ambiti operativi, allo scopo interpretare e valutare la capacità di perseguire le finalità generali ad essa attribuite o proprie della sua *mission*.

L'attività di valutazione dei risultati conseguiti viene articolata in base ai seguenti principi:

- **eticità:** interpretata come costante orientamento al bene comune;



- **equità:** intesa come corretta distribuzione delle prestazioni a tutti i cittadini, senza alcuna distinzione di età, sesso, razza, credo religioso e convinzioni politiche;
- **efficienza:** intesa come comparazione tra l'ammontare delle risorse, destinate o effettivamente impiegate e il risultato previsto o conseguito;
- **efficacia:** misurata come capacità di perseguire gli obiettivi, alla luce dei risultati finali (soddisfacimento dei bisogni) e/o intermedi (prestazioni e servizi) conseguiti, focalizzata prevalentemente sugli aspetti qualitativi e sulle dimensioni della qualità professionale, percepita e gestionale;
- **economicità:** interpretata come rapporto tra le risorse utilizzate e i risultati finali (soddisfacimento dei bisogni) attesi o effettivi, allo scopo di formulare giudizi di carattere preventivo ovvero a consuntivo.

A tal fine, l'Azienda analizza le condizioni di salute della popolazione e la domanda di servizi espressa in rapporto al bisogno, anche sulla base delle analisi epidemiologiche condotte a livello regionale e del grado di copertura dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), formulando le priorità d'intervento e la conseguenziale allocazione delle risorse (personale, tecnologia e spazi fisici) secondo principi e valutazioni di economicità, rilevando altresì l'efficienza delle proprie articolazioni organizzative aziendali, anche mediante analisi comparative, nonché il grado di appropriatezza nell'utilizzo dei *setting* assistenziali maggiormente adeguati per ogni singola prestazione.

La misurazione e la valutazione dei risultati è assicurata attraverso la realizzazione di un sistema informativo e statistico unitario, idoneo alla rilevazione di grandezze quantitative di diversa natura. Il sistema informativo aziendale è implementato attraverso banche dati integrate, finalizzate alla produzione periodica di prospetti informativi strutturati per assicurare un valido supporto per tutte le articolazioni organizzative aziendali, per la Direzione Generale e per l'assolvimento del debito informativo esterno.

❖ **Natura degli atti**

L'Azienda persegue le proprie finalità agendo mediante l'esercizio dei poteri pubblicistici, espressamente attribuiti dalla legge, e mediante atti di diritto privato.

Tutta l'attività istituzionale è svolta nel rispetto dei principi di legalità, imparzialità, buon andamento e semplificazione della attività sanitaria ed amministrativa; l'attività di diritto privato è svolta in conformità alle previsioni del codice civile e delle leggi speciali.

L'Azienda si riserva di emanare apposite Linee guida e Regolamenti sui criteri e modalità generali di adozione degli atti, al fine di garantire omogeneità delle procedure.

Gli estensori degli stessi saranno i responsabili del raggiungimento degli obiettivi in essi enunciati.

❖ **Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini**

L'Azienda individua le strategie e le azioni atte a sviluppare adeguati livelli di informazione, accoglienza, tutela e partecipazione dei cittadini, nonché modalità atte a consentire l'attività, all'interno delle strutture sanitarie, delle organizzazioni dei cittadini e delle associazioni non aventi fini di lucro.

A tal fine, sul sito istituzionali dell'Azienda, ai sensi e con le modalità di cui all'art. 32 della Legge 18 giugno 2009 n.18 e s.m.i., è tenuta una specifica sezione per la pubblicazione integrale degli atti amministrativi (delibere, determine, etc.) e il loro accesso è garantito liberamente.

La partecipazione e tutela dei cittadini viene garantita anche attraverso La Carta dei servizi, che rappresenta il patto sulla erogazione dei servizi nei confronti dei cittadini/utenti ed è ispirata ai seguenti principi informativi:

- ❖ **imparzialità** nell'erogazione delle prestazioni e uguaglianza del diritto di accesso ai

- servizi;
- ❖ piena informazione dei cittadini utenti sui servizi offerti e le modalità di erogazione degli stessi;
 - ❖ definizione di standard e assunzione di impegni rispetto alla promozione della qualità del servizio e alla determinazione di modalità di valutazione costante della qualità stessa;
 - ❖ organizzazione di modalità strutturate per la tutela dei cittadini;
 - ❖ ascolto delle opinioni e dei giudizi sulla qualità del servizio, espressi dai cittadini direttamente o tramite le associazioni che li rappresentano.

L'U.O. Relazione con il pubblico è la struttura cui rivolgersi per ottenere il rispetto degli impegni dichiarati, per presentare reclami, per riceverne risposta e per conoscere cosa il cittadino/utente possa fare nei casi in cui il reclamo sia respinto.

I destinatari della Carta dei servizi sono pertanto tutti coloro che intendano usufruire delle prestazioni che l'Azienda eroga.

Essa contiene le informazioni dettagliate per l'utente, per conoscere quali prestazioni e servizi l'azienda stessa si impegna a fornire, in che quantità, in che modalità, in che tempi e con quali standard di qualità.

La Carta dei Servizi, inoltre, si conforma ai contenuti del DPCM del 19.05.1995 e s.m.i., con riferimento allo schema nonché ai principi di eguaglianza, imparzialità, continuità, diritto di scelta, partecipazione, efficienza ed efficacia delle azioni.

E' aggiornata annualmente e resa pubblica e consultabile attraverso il sito web aziendale.

Conferenza dei servizi

Ai sensi dell' art. 14, comma 4, del D.Lgs n. 502/92 e s.m.i., il Direttore Generale indice, almeno annualmente, apposita Conferenza dei servizi, quale strumento per verificare l'andamento dei servizi e individuare interventi tesi al miglioramento delle prestazioni.

Nella Conferenza sono resi noti i dati relativi all'andamento dei servizi, al grado di conseguimento degli obiettivi e degli standard, con particolare riferimento alla tutela degli utenti.

Alla Conferenza dei servizi partecipano anche i rappresentanti delle Associazioni che hanno stipulato convenzioni o protocolli d'intesa con l'Azienda.

6

IDENTITA'

Handwritten signatures and initials.

❖ **La ASL Napoli 3 Sud in cifre**

i. Personale dipendente

L'ASL Napoli 3 Sud, che nasce dalla fusione, per incorporazione della ex Na 4 e Na 5, al 31/12/2016 i dipendenti sono poco più di 4.500 a tempo indeterminato a cui si aggiunge il numero dei dipendenti a vario titolo presenti in azienda.

(si precisa che non sono pervenuti, pur se richiesti, dati aggiornati dal Serv. GRU)

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

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

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

Ruolo Tecnico	
Sociologo	13
Collaboratore Prof.le assistente sociale esperto	10
Collaboratore Prof.le assistente sociale-(ric.C.C.N.L.20.09.2001)	68
Collaboratore Tecnico Prof.le	11
Assistente Tecnico	8
Assistente Tecnico Geometra	3
Assistente Tecnico Perito Industriale	2
Assistente Tecnico Perito Industriale ElettroTecnico	1
Programmatore di C.E.D.	11
Operatore Tecnico	31
Operatore Tecnico Accalappiacani	1
Operatore Tecnico addetto ai servizi socio-assistenziali	2
Operatore Tecnico addetto all'assistenza	1
Operatore Tecnico addetto alle lavastoviglie	1
Operatore Tecnico Autista	50
Operatore Tecnico Centralinista	15
Operatore Tecnico Coordinatore Autista	1
Operatore Tecnico Coordinatore Capo servizio operai	9
Operatore Tecnico Custode	2
Operatore Tecnico di Lavanderia e Guardaroba	1
Operatore Tecnico Disinfettore	2
Operatore Tecnico Elettricista	3
Operatore Tecnico Forno-inceneritore	2
Operatore Tecnico Fuochista	1
Operatore Tecnico Idraulico	2
Operatore Tecnico Imbianchino	1
Operatore Tecnico Magazziniere	10
Operatore Tecnico Muratore	1
Operatore Tecnico Personal Computer	7
Operatore Tecnico Spec. Esperto Custode	1
Operatore Tecnico spec.esperto -conduttore di caldaia	2

Operatore Tecnico Special. Autista Ambulanze	28	
Operatore Tecnico Special. Centralinista	10	
Operatore Tecnico Specializzato	3	
Operatore Tecnico specializzato conduttore di caldaia	2	
Operatore Tecnico specializzato cuoco	2	
Operatore Tecnico Specializzato Elettricista	2	
Operatore Tecnico Specializzato Esperto autista Ambulanza	13	
Operatore Tecnico Specializzato Esperto Centralinista	2	
Operatore Tecnico specializzato Esperto elettricista	1	
Operatore Tecnico Specializzato Esperto -idraulico	1	
Operatore Tecnico Specializzato Guardia Giurata	1	
Operatore Tecnico Termo/Idraulico/Meccanico	1	
Operatore Tecnico -videoterminalista-	25	
Ausiliario Specializzato	46	
Totale Parziale		410

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

Funzi Professionale		
Architetti	1	
Avvocati e Procuratori Legali	7	
Dirigenti Professionali (Ingegneri)	2	
Totale Parziale		10

Totale Generale

4.584

TAB. n. 17 Personale ASL a tempo indeterminato

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

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

ii. Risorse Finanziarie

Le Politiche Sanitarie della Regione Campania in questi ultimi anni sono state vincolate dalle scelte dettate dal cosiddetto Piano di Rientro e dai Piani Operativi, che hanno determinato un profondo processo di riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale volto ad un recupero di efficienza dell'intero sistema con conseguente contenimento della spesa sanitaria e salvaguardia dei livelli prestazionali. A ciò si devono aggiungere anche le disposizioni emanate dal Governo relative all'analisi ed alla revisione della spesa pubblica, al fine di razionalizzare la stessa,

garantendo nel contempo l'invarianza dei servizi ai cittadini.

A livello regionale, tale situazione si ripercuote sulla gestione delle Aziende Sanitarie che sono direttamente coinvolte nel rispondere alla domanda di salute dei cittadini e che devono realizzare gli adempimenti previsti dal Piano di Rientro. Sulla base di quanto sopra premesso, si evidenzia come la gestione dell'Azienda risenta necessariamente del quadro economico di riferimento e dell'applicazione normativa. Importanti adempimenti, che vanno a modificare i sistemi contabili, il piano di riparto del FSR, la gestione dei costi correlata alla Spending Review e che quindi impattano sulla programmazione sanitaria e sulla redazione del Bilancio Preventivo Economico.

Per consentire il contenimento della spesa per i prossimi anni, la direzione aziendale ha avviato una serie di azioni mirate al controllo ed alla verifica degli obiettivi di bilancio, anche in corso d'anno; in particolare sono stati adottati tutti i provvedimenti previsti dalle D.G.R.C. e dai decreti del Commissario ad acta per la prosecuzione del piano di rientro del settore sanitario.

L'esercizio 2018, come detto, è caratterizzato, infatti, oltre che dagli obiettivi posti dalla programmazione sanitaria regionale, anche dalla coesistenza di obiettivi di azione assegnati dalla citata deliberazione di Giunta n. 375 del 13/07/2016.

❖ **Dalle Politiche regionali all'Efficienza e al Risanamento Economico - Finanziario**

Il contesto in cui trova applicazione il presente Piano è in prevalenza contraddistinto dalle politiche regionali rivolte al recupero di efficienza e al risanamento economico-finanziario del sistema sanitario regionale, all'appropriatezza e congruità delle prestazioni e dei servizi erogati, in assolvimento degli obblighi di contenimento dei costi di cui al Piano di rientro (ex DGRC n. 460/2007) adottato ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004.

La programmazione regionale sottesa al presente Piano fa capo in primo luogo al DCA n. 08 del 01.02.2018 «Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015 - Aggiornamento» e al DCA n. 99 del 22.09.2016 «Piano Regionale di Programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale 2016-2018», nonché tutti i provvedimenti emanati dal Commissario ad acta per il Piano di Rientro dal disavanzo del settore sanitario nominato sulla base della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 luglio 2009 con le seguenti priorità d'intervento:

- 1 implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, sia a livello aziendale che regionale;
- 2 riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza;
- 3 analisi del fabbisogno e verifica dell'appropriatezza; conseguente revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate; conseguente modifica del vigente piano ospedaliero regionale in coerenza con il Piano di rientro;
- 4 definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, secondo una stima puntuale del fabbisogno, con l'attivazione, in caso di mancata stipula, di quanto prescritto dall'articolo 8 - quinquies, comma 2-quinquies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- 5 razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale, con particolare riferimento al blocco del turnover, alla rideterminazione dei fondi per la contrattazione integrativa aziendale e alla diminuzione delle posizioni organizzative e di coordinamento;
- 6 completamento del processo di razionalizzazione della spesa per l'acquisto di beni e servizi, con particolare riferimento al sistema centralizzato di acquisti, alla standardizzazione dei beni e dei servizi da acquisire, alla ottimizzazione della rete logistica e distributiva;
- 7 razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata, con prioritario riferimento alle misure per l'incremento dell'appropriatezza prescrittiva e della spesa farmaceutica ospedaliera, finalizzate al suo riallineamento agli obiettivi programmati in sede nazionale;

- 8 completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;
- 9 completamento dell'assetto territoriale delle Aziende sanitarie locali; adozione dei nuovi atti aziendali con la definizione di centri unici di responsabilità delle principali funzioni, quali la gestione contabile, la gestione del personale e gli acquisti;
- 10 implementazione di un adeguato sistema di monitoraggio e controllo delle prestazioni sanitarie, sia a livello aziendale che regionale;
- 11 definizione e programmazione degli investimenti per interventi edilizi e/o tecnologici presso strutture preesistenti o da realizzare;
- 12 ricognizione della entità e natura del contenzioso passivo in atto, con conseguente determinazione del relativo fondo rischi;
- 13 conclusione delle procedure di accreditamento degli erogatori.

❖ Criticità ed opportunità

Si sono attivate tutta una serie di attività, utili alla crescita dell'Azienda, tali da riqualificare e riorganizzare l'offerta aziendale, nell'ottica della riduzione del disavanzo regionale di cui al Piano di Rientro, ma anche finalizzata al raggiungimento di ulteriori obiettivi specifici e operativi aziendali.

Fondamentale è stato analizzare il contesto (interno ed esterno) nel quale collocare le azioni da intraprendere. Un'azione che ha consentito di visualizzare in maniera chiara e sintetica, in un'ottica sistemica, le variabili che possono agevolare o ostacolare il raggiungimento degli obiettivi, distinguendo fra fattori legati all'ambiente esterno e fattori legati all'organizzazione interna, consentendo, così, di orientare in modo più efficace le scelte strategiche ed operative a venire.

Punti di forza	Punti di debolezza
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Condivisione della missione e dei valori etici di governo dell'Azienda; ➤ Stabilità ed omogeneità del gruppo di governo dell'Azienda; ➤ Credibilità nei confronti delle parti sociali e dei sindacati; ➤ Posizionamento strategico per alcuni OO.RR. per azione di confine 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ancora non completata la effettiva integrazione fra le diverse realtà territoriali; ➤ Insufficiente integrazione ospedale – territorio; ➤ Problematiche legate ad un sistema informativo ed informatico ancora da adeguare alle nuove esigenze aziendali; ➤ Carenza storica del personale; ➤ Condizione di disagio territoriale, per alcuni territori distrettuali; ➤ Posizionamento non strategico per alcuni OO.RR. .
Opportunità	Minacce
<ul style="list-style-type: none"> ○ Consapevolezza delle parti sociali delle difficoltà nazionali e regionali, spending review; ○ Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale; ✓ Attuazione dell'Atto Aziendale; ✓ Sviluppo di una cultura orientata alla valutazione della gestione aziendale in base ai risultati, attraverso lo sviluppo di un 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reazioni del cambiamento delle categorie interessate agli interventi di razionalizzazione (OO.SS., Dirigenza, Comparto e Medici Convenzionati, ecc.); ✓ Difesa corporativa del territorio; ✓ Resistenza alla verifica ed all'integrazione; ✓ Cambiamenti e funzioni

cruscotto direzionale; ✓ Piante organiche in via di definizione ✓ Progettualità finanziate con fondi specifici, altre progettualità per le aree interne.	riorganizzative dell'Ospedalità Privata; ✓ Mancata risposta della popolazione alla riorganizzazione; ✓ Difficoltà dei comuni a sostenere la spesa compartecipata; ✓ Vincoli economico finanziari legati alla costante revisione della spesa sanitaria Regionale con possibili reazioni dei portatori di interesse alle misure di razionalizzazione delle risorse; ✓ Inadeguata capacità di risposta all'incremento progressivo della popolazione anziana, con conseguente aumento delle patologie croniche e dei costi correlati per l'assistenza
--	---

TAB. n. 18 Variabili che possono agevolare o ostacolare

❖ **Quadro di sintesi.**

La situazione dell'ASL Napoli 3 Sud, in parte, evidenzia le criticità proprie del sistema sanitario regionale, in parte, peculiari della realtà aziendale, ma evidenzia, altresì, punti di forza interni esistenti e opportunità esterne che associate alla collaborazione di tutti i dipendenti della ASL, consentono di avviare sperimentazioni, verificabili e misurabili.

Ciò consentirebbe, inoltre, da parte della popolazione stessa, una valutazione diretta della politica sanitaria aziendale, quale risposta appropriata ai bisogni dei cittadini nelle prestazioni e nei servizi erogati, attraverso modelli organizzativi anche innovativi attivati anche grazie ad una corretta gestione delle risorse disponibili.

I Distretto si conferma comunque come snodo organizzativo e logistico al quale rivolgersi per ricevere una risposta qualificata in relazione ai diversi bisogni di assistenza territoriale, e integrata con la rete di assistenza specialistica e ospedaliera.

In questa ottica l'azienda vuole porre particolare attenzione nel prossimo triennio all'integrazione ospedale-territorio, al potenziamento di forme alternative al ricovero, in particolare delle cure domiciliari integrate, alla riorganizzazione della rete delle strutture territoriali per la salute mentale e le dipendenze e alla riqualificazione dell'assistenza specialistica con l'obiettivo prioritario di ridurre le liste d'attesa.

Nel livello di assistenza collettiva si è fatto proprio il concetto di rete espresso dal Piano di prevenzione regionale, atteso, che la salute delle persone è largamente influenzata da fattori estranei al sistema sanitario quali i determinanti sociali, economici, comportamentali ed ambientali.

La Prevenzione si propone di porre in essere gli strumenti organizzativi necessari per assicurare una costante analisi dei bisogni e della domanda di salute, anche inespressa, della popolazione, compresa la sorveglianza epidemiologica, strumento indispensabile per la verifica dell'efficacia di tutti gli interventi di prevenzione adottati.

In quest'ambito, tenuto conto che la prevenzione esclusivamente sanitaria non è sufficiente, si rende necessario costruire una cultura condivisa in un sistema di rete in cui la "salute" diviene preoccupazione globale del Paese e non solo del sistema sanitario. Pertanto l'intento dell'azienda è caratterizzare la propria attività riservando un ruolo di rilievo alle campagne di screening per la prevenzione dei tumori, alla promozione di progetti riguardanti l'educazione alimentare e la prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare, alla promozione di una

azione di prevenzione per la tutela dell'ambiente e della sicurezza nei posti di lavoro nei comparti edile, chimico, agricolo e portuale-marittimo e al potenziamento del servizio veterinario e di medicina legale. Le linee programmatiche pertanto sono orientate, allo sviluppo di una lettura d'insieme del Piano della Prevenzione, che ne valorizzi i principi strategici (centralità della persona, avvio di una società inclusiva, salvaguardia dei beni comuni) e apra ad una visione "di sanità pubblica", tendenzialmente complessiva, compiuta e integrata all'attuazione della sezione programmatica annuale del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018.

Poste le anzidette linee operative, riferite ai tre livelli assistenziali, non si può non tener conto che la sostenibilità dei costi del servizio sanitario negli ultimi anni è diventata progressivamente più critica pertanto si pone in capo all'azienda l'impegno di adottare provvedimenti in ordine alla razionalizzazione della spesa al fine di poter garantire l'equilibrio economico-finanziario realizzando forme di verifiche nel corso dell'anno.

↳ RAPPORTO CON GLI STAKEHOLDERS

Il rapporto con gli *stakeholders* è elemento cruciale nella performance di ogni Azienda.

Le forme tradizionali di coinvolgimento come, ad esempio, il dialogo e la contrattazione con i sindacati (*stakeholders* interni), sono stati istituzionalizzati attraverso politiche, norme e regolamenti.

E' attraverso questi approcci che le organizzazioni rendono conto ai propri *stakeholders*, li coinvolgono nei propri processi su temi e nuove modalità di rapporto.

E' altresì vero che la Pubblica Amministrazione e le organizzazioni della società civile e del lavoro stanno approcciando in modo rinnovato utenti, servizi e modalità di comunicazione.

L'imperativo della crescita e dello sviluppo dell'Azienda rafforza l'urgenza di coinvolgere gli *stakeholders* per la realizzazione concreta di precisi obiettivi, così come richiesto dall'attuale normativa.

La ASL assicura il diritto ad essere ascoltati a coloro che possono supportare le attività di un'organizzazione, in un percorso virtuoso ed efficiente, rafforzando l'immagine pubblica e la statura Etica



7
IMPEGNI STRATEGICI

Handwritten signature

Handwritten signature

❖ Impegni Strategici e Dimensioni della Performance

i. Temi strategici aziendali

La Direzione dell'Azienda ha individuato quali priorità strategiche i seguenti temi:

- APPROPRIATEZZA;
- SICUREZZA
- COMUNICAZIONE
- ETICA
- PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE
- INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO
- PREVENZIONE
- BENESSERE ORGANIZZATIVO
- BILANCIO ECONOMICO

➤ APPROPRIATEZZA

E' una componente della qualità dell'assistenza ed è considerato il tema centrale della sostenibilità del Sistema Sanitario Pubblico.

L'appropriatezza è stata sviluppata riguardo a tre dimensioni o macro livelli di approccio:

- 1 clinico, ossia fornire le prestazioni adeguate alle giuste condizioni: efficaci, sulla base delle evidenze, tenuto conto di clinical e team competence;
- 2 organizzativo, che attiene al come e dove una prestazione sanitaria deve essere data: appropriatezza di setting, casistica adeguata, rete hub&spoke, service/technology/team
- 3 competenze adeguati, tempestività, percorsi clinico-assistenziali;
- 4 allocativo delle risorse: efficienza allocativa, priority setting, rapporto costi - benefici, efficienza organizzativa, ottimizzazione delle risorse.

Le tre dimensioni devono essere sviluppate e realizzate in modo integrato e sinergico a tutti i livelli aziendali. L'obiettivo strategico dell'appropriatezza è articolato con particolare riferimento al percorso dei pazienti nella nostra organizzazione, nelle sue diverse componenti, che evidenzia le principali dimensioni sopra richiamate:

- ↓ appropriatezza clinica articolata al livello assistenziale e prescrittivo, quest'ultimo declinato rispetto alla prescrizione farmaceutica, specialistica e dei presidi e ausili;
- ↓ appropriatezza organizzativa declinata secondo i livelli di rete dei servizi, di setting assistenziali e di ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse.

Per lo sviluppo di questo obiettivo strategico è necessaria la diffusione e la condivisione a tutti i livelli dell'Azienda non solo della conoscenza, ma anche della pratica dell'appropriatezza partendo dal condividere un linguaggio comune, tenendo conto e conciliando i punti di vista degli utenti e degli erogatori nei diversi ruoli, gestionali e professionali, per sviluppare una "cultura", una "responsabilità" e una pratica diffusa dell'appropriatezza.

Modello "HUB & SPOKE": letteralmente: mozzo e raggi prevede la concentrazione della casistica più complessa, o che necessità di più complessi sistemi produttivi, in un numero limitato di centri (HUB). L'attività degli HUB è fortemente integrata, attraverso connessioni funzionali, con quella dei centri ospedalieri periferici (SPOKE)

➤ SICUREZZA

La sicurezza rappresenta una delle dimensioni irrinunciabili della qualità dell'assistenza con rilevanti impatti sul versante del contenzioso medico legale e assicurativo.

La sicurezza si fonda anche sulla gestione del rischio, trasversale e diffusa a tutto l'ambito clinico assistenziale.

Rappresenta un valore intrinseco di ogni attività lavorativa per affrontare la complessità in modo efficace e rispondente alle aspettative degli utenti e degli operatori con un approccio globale che integra aspetti strutturali e organizzativi con le modalità di controllo degli eventi avversi nei processi clinici.

Attraverso le logiche del Risk Management vengono definiti programmi di monitoraggio degli eventi avversi e di intervento tempestivo a scopo preventivo per ridurre l'incidenza e la gravità delle conseguenze. Si sviluppa un circolo virtuoso continuo che, partendo dalla identificazione dei rischi, dalla loro analisi e valutazione, attua interventi di trattamento e prevenzione garantendo il monitoraggio continuo.

La sicurezza viene declinata rispetto al paziente, all'operatore, alle strutture e all'ambiente.

La sicurezza strutturale (di luoghi, strutture e tecnologie) così come la sicurezza ambientale (del contesto interno ed esterno) rappresentano elementi importanti, tradizionalmente gestiti e da mantenere. Nell'ambito della sicurezza dei pazienti si lavora in particolare:

- ✓ sul trasferimento efficace alle unità operative degli strumenti necessari a migliorare e garantire la sicurezza affinché questi diventino parte integrante e ordinaria del lavoro quotidiano da parte di tutti gli operatori;
- ✓ sulla comunicazione e sulla relazione, sia tra gli operatori all'interno delle articolazioni organizzative, che con i pazienti e i familiari, quali fattori critici per garantire la sicurezza.

➤ COMUNICAZIONE

Il tema della comunicazione ha assunto anche in sanità un ruolo sempre più strategico.

E' possibile sinteticamente distinguere tra comunicazione interna ed esterna.

Nell'ambito della comunicazione esterna è stata focalizzata l'attenzione sulla comunicazione/relazione con i cittadini, in modo particolare nella comunicazione orale e scritta rivolta al paziente. Un modo di evidenziare la capacità degli individui di ottenere e comprendere le informazioni per/sulla salute necessarie per accedere correttamente alle prestazioni sanitarie e/o adottare un sano stile di vita.

Nell'ambito della comunicazione interna l'attività viene orientata a migliorare i meccanismi di trasmissione verticale (in line e feedback) per ridurre la distanza tra Direzione aziendale e produzione, potenziando gli strumenti per la condivisione.

Ulteriore obiettivo è quello di modificare i processi di programmazione e gestione, coinvolgendo attivamente i diversi livelli di responsabilità, con particolare riguardo ai Direttori di Dipartimento, ai Direttori di U.O.C. e ai Responsabili di U.O.S.D. nella definizione delle strategie aziendali e della loro attuazione.

➤ ETICA

Questo tema è stato assunto come strategico dalla Direzione aziendale in coerenza con il recepimento della normativa nazionale in merito a legalità e trasparenza. Con il coinvolgimento dei professionisti su questi temi, la Direzione aziendale vuole sottolineare l'impegno per la diffusione di un clima etico che va oltre il mero adempimento burocratico.

In questo senso sono declinati gli obiettivi e orientate tutte le iniziative e le azioni descritte nel Piano triennale di prevenzione della corruzione e nel Programma triennale per la trasparenza e l'integrità adottati dall'Azienda.

➤ PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

L'orientamento verso la prevenzione e la promozione per la salute costituisce un impegno per promuovere programmi di intervento rivolti ai bisogni di salute della popolazione ed evidenzia il

valore strategico della cooperazione fra servizi sanitari, enti locali e le diverse organizzazioni sociali. L'attività di promozione della salute offre la possibilità di interventi comprensivi che possono essere diretti sia alla prevenzione dei problemi collettivi di salute, sia al cambiamento degli stili di vita individuali e sia al cambiamento organizzativo.

Alcune tematiche rilevanti per ridurre le disuguaglianze nella salute sono:

- la promozione di stili di vita salutari nei percorsi di cura, con particolare attenzione al paziente oncologico, cardiopatico, diabetico, e nel settore della salute mentale;
- l'empowerment del paziente nei percorsi di cura integrati, ponendo particolare attenzione all'informazione, educazione ed health literacy;
- il rispetto della diversità e la promozione dell'equità nell'accesso e nella qualità delle cure;
- l'intersectorialità e la multifattorialità degli interventi.

Attività inerenti la prevenzione delle malattie e la promozione della salute sono strettamente connesse con l'appropriatezza e/o la sicurezza degli interventi. Sono tutti aspetti della qualità che comprende più dimensioni.

➤ INTEGRAZIONE OSPEDALE - TERRITORIO

Le numerose sfide dei sistemi sanitari includono anche quella di identificare ed attuare modalità innovative di erogazione dei servizi in grado di favorire la continuità dell'assistenza con collegamenti adeguati fra quella acuta erogata in ambito ospedaliero e quella erogata dalle strutture territoriali. La cogenza di politiche di integrazione tra ospedale e territorio nasce da una serie di fenomeni, in primis:

- invecchiamento della popolazione che induce la necessità di investire su servizi e competenze di natura assistenziale e socio-assistenziale per bisogni direttamente collegati a patologie croniche ed alla pluripatologia dei pazienti;
- evoluzione delle tecnologie diagnostiche che consentono la diagnosi precoce di molte patologie ad elevato impatto sociale (ad es. quelle oncologiche) e sviluppo di quelle terapeutiche che consentono di conseguire importanti traguardi sanitari quali gli elevati tassi di sopravvivenza.

Tali fenomeni possono essere presidiati solo attraverso un profondo ripensamento dell'intera rete di offerta dei servizi, sia ospedalieri, sia territoriali. Il target di pazienti interessati:

- ✧ post acuti in dimissione dall'ospedale;
- ✧ cronici stabilizzati per i quali occorre un costante presidio delle condizioni di salute;
- ✧ cronici in buone condizioni di salute capaci di forme sostanziali di autocura.

Si lavora, in particolare, sulla continuità di cura e sulla definizione di percorsi di cura caratterizzati da multi professionalità dell'assistenza, dalla presa in carico e dall'integrazione tra componente sanitaria e socio-sanitaria.

➤ INTEGRAZIONE SOCIO - SANITARIA

Gli elementi distintivi dell'area dell'integrazione sociosanitaria sono:

1. l'indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sull'assistenza;
2. l'attenzione e l'interazione con un "sistema cliente" formato dall'individuo/utente, dalla sua famiglia, intesa come le rete di relazioni più prossima e potenzialmente solidale, e dal contesto sociale di riferimento, quali co-attori che influiscono ed interagiscono sulle situazioni delle singole persone.

L'integrazione è fondamentale, in quanto una risposta unitaria ai bisogni di cura e assistenza:

- riduce il disagio dei cittadini nel rapporto con i servizi sanitari e sociali;
- favorisce la comunione di intenti e la collaborazione fra organizzazioni e professionisti di cultura e prassi diverse, oltre un uso più efficiente delle risorse finanziarie e strumentali;

- genera maggiore efficacia di cura e di sostegno e favorisce maggiore appropriatezza d'uso delle risorse professionali.
- offre servizi più accessibili, meglio coordinati, più personalizzati e senza soluzioni di continuità, sostenendo la rete di chi aiuta e offre cure;
- assicura la presa in carico personalizzata delle persone, specie di quelle con bisogni altamente complessi;
- incentivare la partecipazione organizzativa dei professionisti ed incoraggiare l'impegno e la responsabilità di tutti gli attori, pubblici e privati, formali e informali, del sistema di assistenza.

Questi temi strategici costituiscono il riferimento dell'agire professionale ai diversi livelli organizzativi nel perseguimento degli obiettivi aziendali.

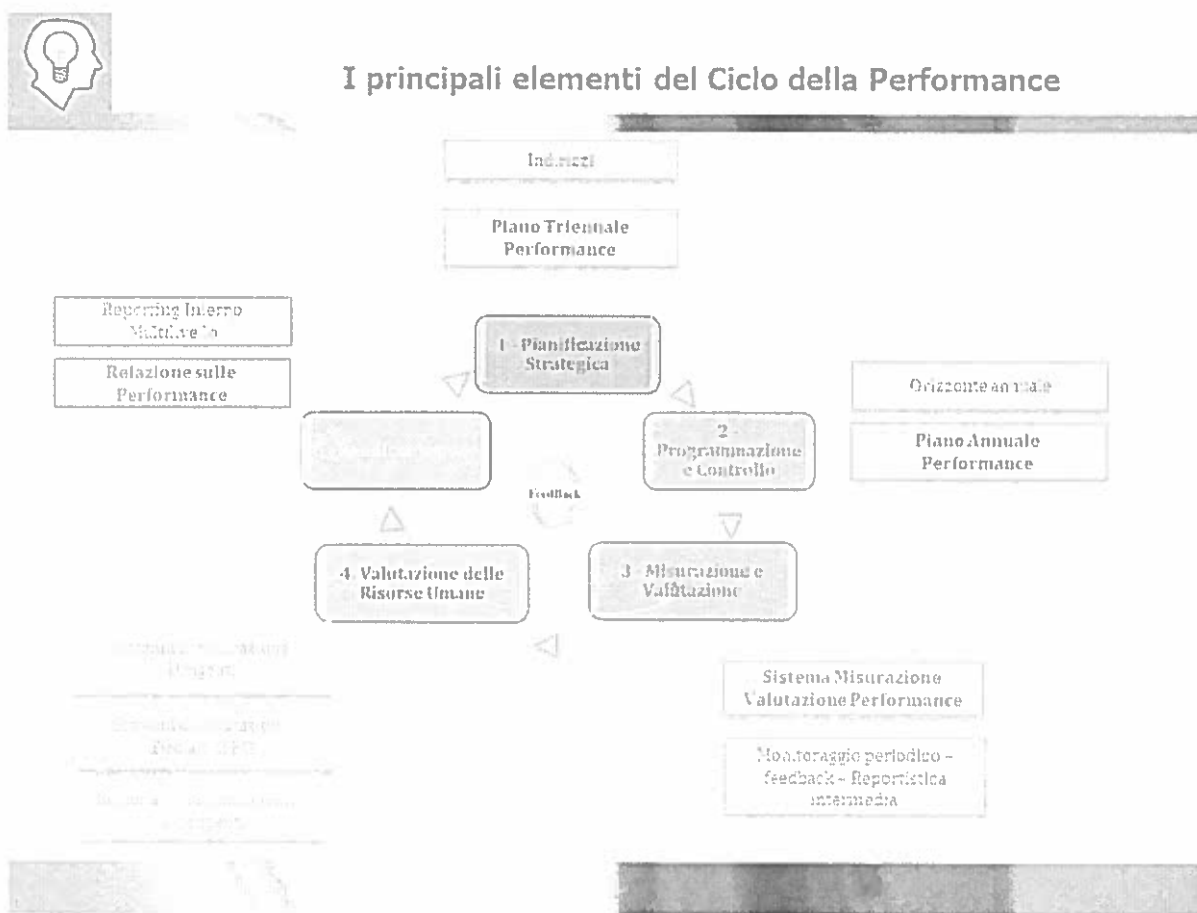


Figura 17 Ciclo delle Performance

8
OBIETTIVI PERFORMANCE
2018 – 2020

12/10/20

10/10/20

❖ Definizione degli Obiettivi

ii. Principi di base del Piano della Performance

Il Piano della performance presuppone una realizzazione a cascata degli obiettivi dell'Azienda, con la definizione degli obiettivi strategici aziendali e l'assegnazione di obiettivi operativi alle Macrostrutture individuate quali centri di responsabilità aziendali: a) Distretti Sanitari; b) Presidi Ospedalieri; c) Dipartimenti; d) Servizi amministrativi e Servizi Centrali.

Gli obiettivi strategici dell'Azienda vengono declinati operativamente da ciascuna Macrostruttura con il coinvolgimento delle rispettive Unità Operative.

Il Piano, attraverso "l'albero della Performance", esprime l'allineamento delle azioni e degli obiettivi operativi perseguiti nei vari ambiti assistenziali con gli obiettivi strategici generali dell'Azienda.

Ogni informazione relativa al Piano ed al ciclo di gestione della Performance è resa trasparente mediante la pubblicazione nell'apposita sezione del sito web aziendale, ai sensi dell'art. 11 del D.Lgs n. 150/2009.

iii. Vigenza del Piano e integrazione con il ciclo di gestione della performance

Il presente Piano ha validità triennale 2018-2020, secondo una logica scorrevole che riallinea annualmente gli obiettivi e i *target* nell'ambito del ciclo della performance (art.4 D.Lgs 150/2009).

In tale arco temporale, costituiscono obiettivi prioritari, per tutte le Macrostrutture dell'Azienda, la sostenibilità economica dei servizi erogati rispetto alle risorse assegnate e la umanizzazione dell'assistenza.

Circa l'integrazione del Piano della Performance e del Sistema di Misurazione e Valutazione, l'Azienda applica detto sistema in sinergia con l'Organismo Indipendente di Valutazione, integrandolo con le risultanze dell'U.O.C. Controllo di Gestione e delle UU.OO.CC. centrali, sostanziando il cosiddetto ciclo di gestione della performance di cui all'art.4 del Decreto Lgs 150/2009, secondo le seguenti fasi:

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

❖ L'Albero della performance

Gli obiettivi strategici che l'Azienda persegue sono qui delineati nella logica dell'albero della *performance*, connettendo gli obiettivi operativi individuati per ciascuna area assistenziale alle linee strategiche che l'Azienda elabora e definisce per il governo dei servizi sanitari nel rispetto dei principi, degli obiettivi e delle compatibilità stabilite dalla programmazione nazionale e regionale.

Performance è il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (organizzazione, unità organizzativa, team, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita; pertanto il suo significato si

lega strettamente all'esecuzione di un'azione, ai risultati della stessa e alle modalità di rappresentazione. Come tale, pertanto, si presta ad essere misurata e gestita.

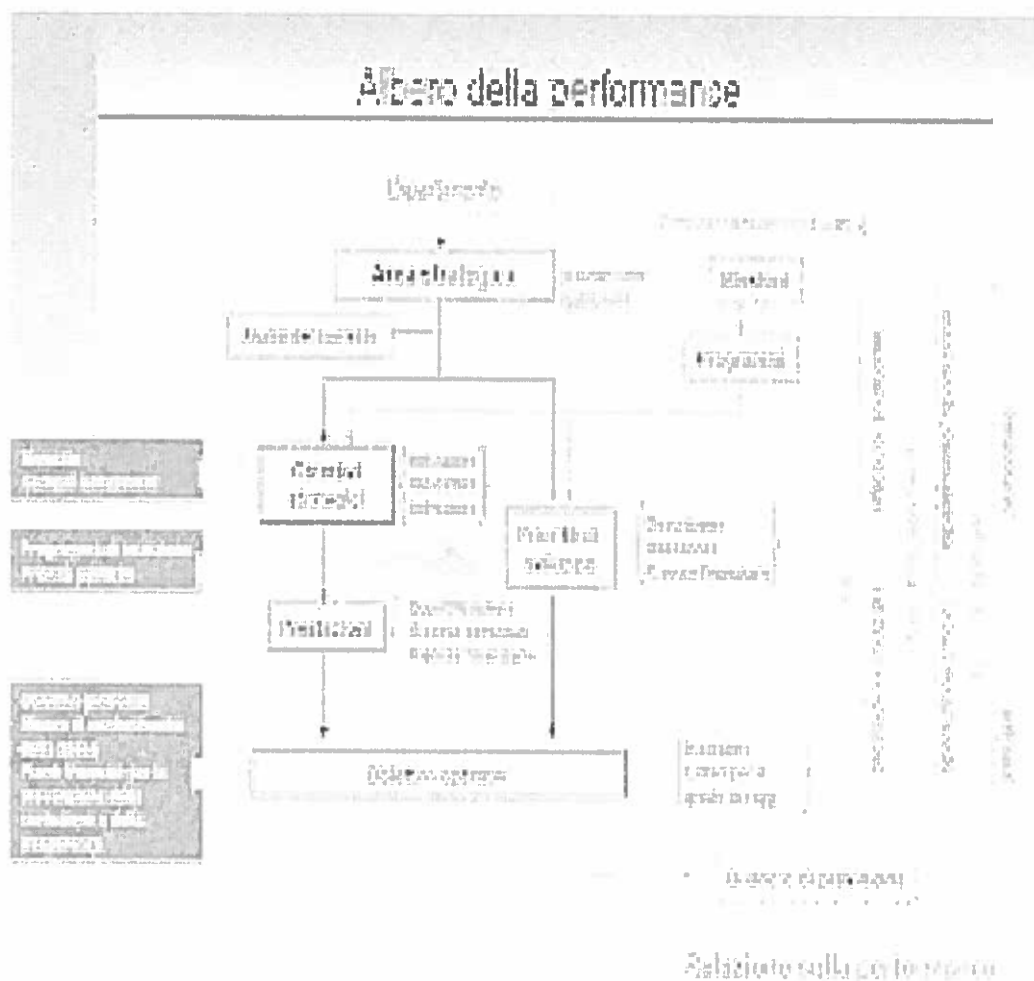


Figura 17 Albero della performance

La visione strategica dell'Azienda è orientata ad offrire, secondo criteri di efficacia ed efficienza delle prestazioni, appropriatezza, economicità della gestione e trasparenza delle procedure, servizi sanitari di qualità eccellente ai suoi utenti, al passo con l'evoluzione delle conoscenze scientifiche e tecnologiche.

Nell'ambito del mandato istituzionale attuato nel Sistema Sanitario Regionale ed in linea con la programmazione sanitaria definita attraverso i Decreti commissariali e i provvedimenti della Giunta Regionale nonché con gli obiettivi generali e specifici assegnati con Delibera G.R.C. n. 375/2017 e ulteriormente precisati con Delibera G.R.C. n. 426/2017, l'Azienda focalizza la *performance* 2018-2020 secondo le linee strategiche di seguito precisate.

[Firma]

[Firma]

9
OBIETTIVI STRATEGICI

slc
slc

slc

❖ Pianificazione degli Obiettivi Strategici

Lo spazio strategico per la ASL Napoli 3 Sud risulta ben definito dalla formulazione degli obiettivi assegnati alla Direzione Aziendale, riconducibili a diverse fonti normative, con diverso grado di vincolo, ma tutti ugualmente convergenti nell'orientare la suddetta strategia.

La pianificazione degli obiettivi strategici deve possedere caratteristiche intrinseche che la rendano uno strumento capace di incidere con reale e misurabile efficacia sull'organizzazione e sul funzionamento dell'Azienda. Pertanto, essa deve:

- Incidere nel perseguimento delle finalità istituzionali tendendo a determinare cambiamenti organizzativi e/o operativi, a loro volta decisivi per raggiungere gli obiettivi;
- essere coerente con il posizionamento strategico dell'Azienda ed orientarne l'andamento rispetto al contesto circostante;
- essere capace di determinare a cascata miglioramenti dell'efficacia e dell'efficienza all'interno di tutta la struttura aziendale;
- possedere una scarsa reversibilità.

Dall'analisi dei fattori di contesto esterni ed interni all'Azienda, precedentemente esposti, emerge uno spazio strategico ben definito per la ASL, i cui obiettivi recepiti dal piano di performance aziendale sono correlati alle fonti normative di seguito indicate, con diverso grado di vincolo, ma tutti ugualmente convergenti nell'orientare la strategia aziendale per il triennio di riferimento 2018-2020. Per gli obiettivi strategici rifarsi a:



Massima attenzione, da parte dei Direttori di Dipartimento/Direttori UU.OO.CC. e Responsabili SS.DD. , nel perseguire il raggiungimento degli obiettivi che seguono:

- ❖ Performance;
- ❖ Equilibrio economico-finanziario;
- ❖ Flussi informativi;
- ❖ Acquisti di beni e servizi;
- ❖ Attività Libero Professionale Intramuraria;
- ❖ Strutture accreditate;
- ❖ Attività prescrittiva MMG e PLS;
- ❖ Monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica;
- ❖ Riordino rete ospedaliera e riequilibrio ospedale-territorio;
- ❖ Appropriatezza prestazioni;
- ❖ Prevenzione e screening;
- ❖ Prevenzione e controlli;
- ❖ Obiettivi derivanti dal Piano Aziendale Anticorruzione;

Il piano della performance viene quindi costituito in relazione agli obiettivi di carattere strategico della ASL Napoli 3 Sud. La gestione del piano della performance, a sua volta, determina la gestione del ciclo di "budget" aziendale, strutturato attraverso l'individuazione degli obiettivi che la direzione aziendale ha assegnato in relazione ai periodi temporali oggetto della negoziazione.

Tale azione intende connettere strettamente la gestione del piano della performance aziendale alla valutazione del personale, sia sotto il profilo organizzativo che sotto il profilo individuale, secondo criteri di valutazione concertati nelle sedi competenti.

i. Processo di riorganizzazione

Con delibera n. 735 del 19/10/2018 è stato adottato il nuovo Atto Aziendale della ASL Napoli 3 Sud, in aderenza alle vigenti disposizioni normative e regionali in materia, *in primis* il Decreto CA n. 33 del 17.05.2016 concernente il Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera e il Decreto CA n. 99 del 22.09.2016 concernente il Piano Regionale di Programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale, rispettando le dovute procedure informative sindacali e dando il preventivo spazio di conoscenza a tutti i portatori di interesse, comprese Istituzioni e Associazioni, attraverso la pubblicazione della relativa bozza sul sito aziendale.

Tale Atto è stato approvato dagli Organi regionali con Decreto CA n. 39 del 25/09/2017, pubblicato sul BURC n. 72 del 02/10/2017, subordinatamente al completamento e allineamento del modello organizzativo territoriale a quanto previsto dal Decreto CA n.99/2016 "Piano regionale di Programmazione della rete per l'assistenza territoriale 2016-2018".

In relazione alla parte ospedaliera, il processo di riorganizzazione configurato con l'Atto Aziendale deve essere ulteriormente aggiornato rispetto alle indicazioni del Decreto commissariale CA n. 8 dell'1.02.2018.

E' pertanto obiettivo fondamentale del triennio 2018-2020 completare il processo di riorganizzazione in linea con l'Atto Aziendale:

- a. perfezionando le procedure di affidamento degli incarichi dirigenziali e delle figure apicali alle quali è affidata la responsabilità di rendere operativi gli obiettivi aziendali;
- b. strutturando di seguito i processi aziendali finalizzati all'assistenza;
- c. provvedendo alla regolamentazione interna di funzionamento degli ambiti territoriali ospedalieri e dipartimentali, per come previsto anche nell'ambito dei Percorsi Attuativi per la Certificabilità (PAC) di cui al Decreto CA n. 5 dell'1.04.2015 e successivo Decreto CA n. 53 del 7.11.2017.

Il processo di riorganizzazione in ambito territoriale vedrà conferire particolare rilevanza alle nuove articolazioni previste secondo il nuovo modello delle cure primarie, denominate "aggregazioni funzionali territoriali (AFT)" e "unità complesse di cure primarie (UCCP)", che dovranno favorire l'integrazione e il coordinamento dei medici di MMG e PLS

con le altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, nella condivisione di percorsi e obiettivi assistenziali nonché di linee guida e strumenti di valutazione della qualità assistenziale.

In ambito ospedaliero, è obiettivo fondamentale la caratterizzazione delle Unità Operative per profili di assistenza e specifiche tipologie di intervento, connotate da spiccate e consolidate esperienze e abilità e alti volumi prestazionali erogati, al fine di favorire:

- a. una adeguata risposta a particolari ambiti di domanda assistenziale
- b. l'eliminazione delle duplicazioni di reparti omologhi

ii. Procedure di reclutamento

A sostegno degli obiettivi assegnati e a completamento del processo riorganizzativo è indispensabile provvedere, oltre alle procedure di affidamento degli incarichi di dirigenti apicali, all'ulteriore reclutamento di nuovo personale medico e di comparto, autorizzato in base alle disposizioni regionali in materia.

Tale politica di reclutamento rappresenta una misura indispensabile a fronte della progressiva perdita di unità lavorative causata dalla dinamica costantemente negativa tra gli assunti e i cessati che negli esercizi dal 2012 al 2016 ha comportato per la ASL una diminuzione complessiva di unità dirigenziali e di comparto.

I dati inerenti alle procedure di reclutamento, sono visibili sul sito dell'ASL Napoli 3 Sud

iii. Piano investimenti

Gli investimenti finalizzati alla salvaguardia degli standard qualitativi dell'assistenza, attraverso l'acquisizione di evolute attrezzature biomedicali, l'adeguamento edile delle strutture di ricettività alberghiera e un ulteriore adeguamento delle infrastrutture informatiche rappresentano l'elemento cardine della programmazione 2018-2020

Altrettanto rilevanti in termini assistenziali sono gli investimenti previsti in ordine alle disposizioni del Piano ospedaliero regionale approvato con Decreto CA n. 33/2016, in relazione al potenziamento e alla ripresa delle attività presso le strutture ospedaliere di Pollena e di Gragnano, nonché il compimento varie procedure attivate e non ancora perfezionate come configurate con l'Atto Aziendale approvato con Decreto CA n. 39 del 25/09/201.

In tali ambiti, infatti, sono programmati lavori e acquisizioni di attrezzature per il ripristino delle sale operatorie e delle diagnostiche radiologiche e di laboratorio da configurarsi in operatività h24.

Non meno rilevanti per la tutela degli standard qualitativi sono gli investimenti in ambito territoriale, interventi di riqualificazione sulle varie sedi Distrettuali e strutture poliambulatoriali, in vista di un generale potenziamento della quota assistenziale a valenza territoriale, nel quadro di riorganizzazione tracciato con l'Atto Aziendale in aderenza al Piano regionale di programmazione della Rete di Assistenza Territoriale di cui al Decreto CA n. 99/2016.

Particolare valore, in tale ambito, riveste anche l'acquisizione di presidi all'interno dell'Accordo Quadro concluso da Consip S.p.A. ai sensi dell'art. 2 comma 225 della Legge n. 191/2009.

❖ **Garantire la compatibilità economica nazionale e regionale perseguendo l'equilibrio economico-finanziario dell'Azienda.**

La realizzazione del piano di investimenti programmato per il triennio 2018-2020 per la salvaguardia qualitativa dei servizi e dell'offerta assistenziale, non compromette l'obiettivo prioritario di garantire l'equilibrio economico-finanziario dei costi e dei ricavi dell'Azienda, prerequisito indispensabile per il pieno assolvimento della *mission* aziendale.

In continuità con i risultati conseguiti nei pregressi esercizi dal 2013 al 2016, il bilancio aziendale nel triennio 2018-2020 consoliderà i requisiti di equilibrio e stabilità tra valore e costi della produzione, fino al conseguimento di un risultato di esercizio in pareggio

Per quanto specificamente attiene i costi della produzione, la spesa verrà assorbita dalle distinte voci secondo una distribuzione consona ai rispettivi trend dei pregressi esercizi (sottostante prospetto).

❖ **Garantire il diritto alla salute e il conseguimento dei target relativi agli obiettivi LEA**

E obiettivo cardine del triennio 2018-2020 garantire il diritto dei cittadini alla salute con elevati standard qualitativi.

In tale ottica, sono prioritariamente focalizzati gli obiettivi assistenziali assegnati con la Delibera G.R.C. n. 394 del 20.07.2016 e successivamente ribaditi con la Delibera G.R.C. n. 426 del 12.07.2017 in base alla cosiddetta *griglia LEA*, i cui indicatori e *target* sono più sotto illustrati tra gli obiettivi operativi di ciascuna annualità 2018-2020, nei rispettivi ambiti di competenza dipartimentale – distrettuale - ospedaliero.

In termini più generali, sono rivolte al conseguimento degli obiettivi assistenziali assegnati anche tutte le attività progettuali programmate in aderenza al Decreto CA n. 134 del 28.10.2016:

Linea Progettuale 1: Attività di Assistenza Primaria

Linea Progettuale 2: Processi di umanizzazione

Linea Progettuale 3: Cure Palliative e Terapia del Dolore

Linea Progettuale 4: Gestione della Cronicità

Linea Progettuale 5: Reti Oncologiche

Linea Progettuale 6: Piano della Prevenzione.

Il Decreto 38/2016, emanato il 01/06/2016, con le attività sanitarie previste dalla Legge 6/2014, secondo le linee di indirizzo dell'Istituto Superiore della Sanità, nel quale viene indicati il programma da realizzarsi, obbligatoriamente entro il 31 dicembre 2018, in quei territori oggetto di programmazione specifica:

Obiettivo	Indicatori	Tempi	Responsabili
Rafforzamento dei programmi di screening oncologico ed attuazione del programma giovani donne	Screening del cancro della mammella	40% adesione entro 12 mesi	AASSLL
	Screening del cancro del colonretto	60 % adesioni entro 24 mesi	
	Screening del cancro del collo dell'uter	40 % adesione entro 12 mesi 60 % adesione entro 36 mes	
Implementazione PDTA per le patologie oncologiche	Implementazione dei piani attuativi aziendali screening mammella, cervice uterina, colon-retto, con l'indicazione dei centri di II e III livello per ciascuna ASL, PDTA per Melanoma, Ca Tiroide e Ca Polmone	30 novembre 2016	AASSL AAOO Università Istituto dei Tumori di Napoli
	Approvazione decreto Commissariale di riorganizzazione dei centri di III livello Istituzione della Rete Oncologica Regionale Decreto 98/2016		
	Diffusione protocolli clinici condivisi	31 luglio 2016	
	Verifica delle performance dei PDTA adottati, con particolare riferimento ai tempi di conclusione dello stesso, che non devono superare i 45 giorn	Verifica intermedia al 31dicembre2016 e 30 giugno 2017 e verifica finale entro il 31dicembre2017	
Sorveglianza della Salute respiratoria e cardiovascolare	N° di cittadini per i quali è stata utilizzata la carta del rischio cardiovascolare/n° di cittadini eleggibili N° di cittadini in trattamento con farmaci previsti nella NOTA 13 dell'AIFA. N° di cittadini avviati al PDTA patologia respiratoria/anno	90 % popolazione target entro 24 mesi	AASSLL MMG AAOO

Implementazione PDTA per l'infarto Miocardico Acuto	Diffusione protocolli clinici condivisi	Entro 30 dicembre 2016	
	Verifica delle performance dei PDTA adottati	Verifica intermedia al 30 giugno 2017 e verifica finale entro il 31 dicembre 2017	
Promozione Percorso Nascita e Tutela della salute riproduttiva	Predisposizione campagna per l'offerta di acido folico alle donne in epoca pre-gravidanza	Entro 30 novembre 2016	AASSLL AAOO
	n° di donne alle quali è stata proposta la somministrazione di acido folico		
	Definizione PDTA per il rapido accesso ai servizi sanitari ed alle procedure diagnostiche e terapeutiche per l'infanzia		
Studio di monitoraggio dello stato di salute della popolazione residente	Studio indipendente di monitoraggio	Entro dicembre 2018	Regione Campania
	Potenziamento dei sistemi di sorveglianza degli stili di vita della popolazione residente (PASSI, OKKIO, PASSI D'Argento, HBSC)		
	Promozione studi di analisi e valutazione dell'impatto dei determinanti sociali sulla salute della popolazione dei territori interessati		
	Analisi finale dei dati prodotti condivisa con il Ministero della Salute		

Nello specifico, in relazione al Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018, come approvato con la Deliberazione GRC n. 860/2015 e i Decreti CA n. 2/2016 e 36/2016, questa Amministrazione ha un Nucleo di Coordinamento operativo con compiti di attuazione delle azioni previste dallo stesso Piano Regionale, composto da tutte le figure professionali competenti negli ambiti di intervento sotto la diretta responsabilità del Direttore Sanitario aziendale come di seguito:

❖ **Recupero della mobilità sanitaria**

Ulteriore obiettivo del triennio 2018-2020 è ridurre la mobilità sanitaria verso strutture fuori regione

❖ **Garantire la sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico**

La garanzia di una buona qualità dell'assistenza è uno dei maggiori problemi che i sistemi sanitari si trovano ad affrontare, in considerazione delle crescenti aspettative dei cittadini che richiedono sempre più elevati livelli di assistenza.

Il Ministero della Salute, nell'ambito delle funzioni di coordinamento del Sistema Sanitario Nazionale e tutela della salute umana, ha sviluppato un sistema di allerta (Raccomandazioni) per quelle condizioni cliniche ed assistenziali ad elevato rischio di errore, con l'obiettivo di mettere in guardia gli operatori sanitari riguardo ad alcune procedure potenzialmente pericolose, fornendo strumenti efficaci per ridurre i rischi e promuovere l'assunzione di responsabilità da parte degli operatori e favorire il cambiamento di un sistema.

In attuazione del Piano di lavoro relativo alla linea progettuale 16.1 del Decreto CA n. 105/2014, relativa allo "Sviluppo degli strumenti di governo clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni - Risk Management", l'Azienda ha adottato le Raccomandazioni Ministeriali, predisposte dal servizio Risk Management, unico responsabile del raggiungimento degli obiettivi collegati, con i singoli atti deliberativi, visibili sul sito dello specifico servizio. Vedi allegati

❖ **Ulteriori obiettivi strategici del triennio 2018-2020:**

- A. ottimizzare i flussi informativi in tutti gli ambiti di attività dell'Azienda ed in particolare di quelli correlati al monitoraggio dei LEA;
- B. migliorare l'appropriatezza delle prestazioni nelle sue varie declinazioni, dai ricoveri all'attività prescrittiva di farmaci e prestazioni ambulatoriali;
- C. garantire l'attuazione e il monitoraggio del programma triennale della trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione, e migliorare la comunicazione con la pubblicazione dei dati relativi all'attuazione del programma;
- D. strutturare il rapporto con i fornitori accreditati cadenzando le attività periodiche di monitoraggio e controllo;
- E. riqualificare la rete di emergenza-urgenza;
- F. garantire il rispetto delle liste d'attesa nonché la massima trasparenza e diffusione delle relative informazioni;
- G. sviluppare il benessere organizzativo, con attenzione al clima interno e ai diritti dei dipendenti.



10
OBIETTIVI OPERATIVI

Handwritten signature

Handwritten signature

Gli obiettivi operativi

L'albero della performance: OBIETTIVI

Gli obiettivi operativi dell'Azienda sono definiti in aderenza alle indicazioni della deliberazione di Giunta Regionale della Campania n. 375/2017 e successiva delibera G.R.C. n. 426/2017, come di seguito elencate:

- a. gli adempimenti previsti da disposizioni normative, nazionali e regionali, da provvedimenti giuntali e/o governativi in considerazione dell'attuale fase commissariale;
- b. il raggiungimento dell'equilibrio economico dell'Azienda;
- c. il completamento dell'assetto organizzativo aziendale in base al nuovo atto aziendale e in coerenza con i relativi provvedimenti di programmazione regionale;
- d. l'adozione e l'attuazione di misure idonee a garantire il perseguimento, su base aziendale, degli obiettivi individuati nei Programmi Operativi di prosecuzione del Piano di Rientro dai disavanzi sanitari;
- e. prosecuzione delle azioni di regolarizzazione delle carte contabili e delle azioni volte ai corretti procedimenti contabili e gestionali, attraverso il percorso della certificabilità.

Sono inoltre obiettivi specifici dell'Azienda definiti secondo la stessa D.G.R.C. n. 375/2017:

- l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza monitorati attraverso specifici indicatori della cosiddetta "Griglia LEA";
- il rispetto dei tempi di attesa e il monitoraggio delle Attività Libero Professionale Intramurarie;
- la continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi.

La Direzione aziendale avvia un percorso di programmazione strategica, finalizzato al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

1. esplicitare le priorità strategiche aziendali;
2. coinvolgere i Direttori di macrostruttura nel confronto e nella condivisione delle priorità e degli obiettivi strategici, nella declinazione degli obiettivi operativi annuali, nell'individuazione delle modalità e delle strutture coinvolte per il loro raggiungimento;
3. aumentare l'efficacia del processo di pianificazione, programmazione e controllo con la combinazione di un approccio top-down, caratterizzato dalla definizione delle priorità aziendali, con un approccio bottom-up, relativo all'individuazione degli obiettivi e delle azioni attuative.

In corso d'anno viene assicurata l'attività di verifica dell'andamento complessivo, attraverso un sistema di reporting aziendale reso disponibile con cadenza trimestrale. L'ultimo monitoraggio dell'anno chiude il processo del controllo periodico e sistemico e coincide con la rendicontazione di fine anno. Una volta a regime l'analisi del raggiungimento degli obiettivi di performance sarà collegata al sistema premiante come previsto dal ciclo della performance e già descritto nel presente documento.

Il piano della Performance anni 2018/19/20, anche per quest'anno si sviluppa in tre fasi sequenziali temporali.

Ogni obiettivo strategico è articolato in programmi operativi, per ciascuno dei quali vanno definite le azioni i tempi, le risorse, le responsabilità organizzative, gli indicatori e gli standard, analizzando:

- 1 Le fonti normative nazionali e regionali
- 2 I programmi operativi costituiscono strumenti di programmazione e gestione dei Dipartimenti e delle UU.OO.CC. aziendali identificando così in maniera dettagliata e analitica gli obiettivi, le azioni, i risultati attesi delle singole strutture aziendali.

Si attiva così quel processo di negoziazione tra i dirigenti delle strutture aziendali e la direzione strategica.

I singoli programmi operativi per struttura sono inseriti nel documento "Declinazione Obiettivi Performance"

Gli strumenti individuati, fino all'avvio definitivo della Piattaforma informatica, necessaria per la gestione del processo di monitoraggio e valutazione, sono le schede performance P01/P02/P03/P04/P05/P06 degli anni scorsi, che **seguono lo stesso percorso**:

L'uso della **Scheda di Macrostruttura**, quest'anno si è estesa ai Dipartimenti strutturali, Distretto e etti e Presidi Ospedalieri.

La verifica e valutazione dei dirigenti rappresenta il rispetto delle disposizioni normative e contrattuali vigenti e della contrattazione integrativa aziendale; contribuisce all'incontro tra le finalità, la cultura, la vision, e l'assetto dell'organizzazione e i valori, i bisogni e le competenze del professionista, in una modalità di diagnosi organizzativa e confronto fra le parti nell'ambito del governo del personale.

La valutazione sostiene il patrimonio delle risorse umane aziendali orientandone i comportamenti nell'area tecnico specialistica, organizzativa – gestionale e relazionale ed elaborando strategie e programmi per il mantenimento, il miglioramento e la valorizzazione delle competenze dei professionisti.

Non più rinviabile, l'utilizzo di un sistema informatico che colleghi i due processi valutativi, quello di competenza dell'OIV e quello del Collegio Tecnico.

La mappatura dei piani di miglioramento e sviluppo individuali, parte integrante delle schede di valutazione delle competenze, contribuisce all'analisi dei bisogni formativi.

La valutazione e verifica da parte del Collegio Tecnico avviene nei modi, nei tempi e con gli effetti previsti dalla normativa di legge, dai contratti collettivi nazionali e dagli atti disposti dalla Direzione Strategica.

La valutazione delle competenze è uno degli elementi necessari per l'espressione di giudizio del C. T. , insieme a tutta la documentazione, presente nel fascicolo personale del dirigente, collegata alla natura dell'incarico ricoperto (report su reclami ed elogi, report di soddisfazione degli utenti, schede di budget, ecc.) ed utile a determinare la redazione di un giudizio sulle attività svolte e sui risultati raggiunti dal professionista.

Secondo la logica dell'albero della performance gli obiettivi strategici vengono assegnati dalla Direzione strategica ai Direttori di Distretto, dei Presidi Ospedalieri, dei Dipartimenti e dei Servizi Centrali.

Successivamente, gli obiettivi vengono ribaltati dai Direttori delle singole Strutture sui Responsabili di Unità Operative Semplici e sui dirigenti con incarico professionale, nonché sul personale di comparto, secondo la metodologia definita "a cascata".

In aderenza alle suddette indicazioni regionali, gli obiettivi operativi sono declinati nelle sottostanti aree corrispondenti ai livelli essenziali di assistenza

- ✓ AREA P - PREVENZIONE
- ✓ AREA D - DISTRETTUALE
- ✓ AREA O - OSPEDALIERA
- ✓ AREA PS - PROFESSIONI SANITARIE

- ✓ AREA SM - SALUTE MENTALE
- ✓ AREA DP - DIPENDENZE
- ✓ AREADT - DIPARTIMENTO TERRITORIALE
- ✓ AREAS – SUPPORTO.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

PIANO DELLA PERFORMANCE

2018 - 2020

OBIETTIVI DEFINITI IN ADERENZA ALLE

INDICAZIONI DELLA D.G.R.C. N. 375/2017

E SUCCESSIVA D.G.R.C. N. 426/2017, DCA

134/2016, DCA 38/2016 ECC

Ad

SETTORE P - PREVENZIONE

N.	DEFINIZIONE OBIETTIVI	RISULTATO ATTESO	NOTE PER L'ELABORAZIONE	INDICATORI DI MISURAZIONE	Valore Anno 2015	Valore Anno 2016	Valore Anno 2017	DIREZIONE INDICATORE	Target		
									2018	2019	2020
1.P	Governo delle risorse e delle autorizzazioni di spesa	Rispetto delle autorizzazioni annuali definite sui conti gestionali di competenza	Controllo dei volumi di spesa e coinvolgimento delle UU.OO.	Percentuale di rapporto tra Preventivo/Consuntivo					rapporto 1,0 uguale a 100 %	rapporto 1,0 uguale a 100 %	rapporto 1,0 uguale a 100 %
2.P	Implementazione del sistema di gestione del Portale della Trasparenza	Trasmissione dei dati soggetti agli obblighi di pubblicazione.	Dati di cui al Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2018-2020 adottato con delibera n. 170 del 14/02/2018	A) Percentuale di dati trasmessi; B) Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico					A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
3. P DGRC 375/2017 (obiettivo 1)	1.1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano)	Incremento della copertura vaccinale sino all'ottenimento del valore del 95% per tutte le vaccinazioni		Copertura vaccinale coorti 2014-2015	Tutte 2 95%	Tutte > 95%	97,60%	Crescente	95,00%	95,00%	95,00%
	1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino	Incremento della copertura vaccinale sino all'ottenimento almeno del valore del 92%		Copertura vaccinale coorti 2014-2016	93,70%	93,30%	95,50%	Crescente	92,00%	92%	92,0%
	1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale	Incremento della copertura vaccinale sino all'ottenimento di un valore compreso almeno tra il 60 e il 75%		Copertura vaccinale Antinfluenzale popolazione >= 65 anni	61,30%	62,10%	62,20%	Crescente	tra 60 % e 75 %	tra 60 % e 75 %	tra 60 % e 75 %

4. P DGRC 375/2017 (obiettivo 3)	Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	Incremento del valore percentuale sino alla soglia di copertura ricompreso almeno tra 2,5% e 5%	Le Unità locali sulla sicurezza assegnate sono rapportate a quelle censite per la ASL Na 3 Sud con il DCA n. 115/2016	Percentuale delle Unità locali ispezionate	7,40%	5,00%	5,00%	Cresce nte	tra 2,5 % e 5 %	tra 2,5 % e 5 %	tra 2,5 % e 5 %
5. P DGRC 375/2017 (obiettivo 4)	4.1 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto della TUBERCOLOSI bovina – (percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza; le regioni con status sanitario non omogeneo per territorio, vengono valutate con i criteri previsti per le non ufficialmente indenni)	Garantire almeno il 100% di allevamenti controllati e inoltre uno dei seguenti casi: ➢ diminuzione del 10% della prevalenza delle aziende se la prevalenza è > 0,2% e < 0,9 %; ➢ diminuzione del 50% della prevalenza delle aziende se la prevalenza è > 1% e < 3%		Indicatore A):Percentuali di allevamenti bovini controllati; Indicatore B): prevalenza	100% controlli e prevalenza 0,0%	100% controlli e prevalenza 0,0%	100% controlli e prevalenza 0,0%	Cresce nte	A = 100%; B = riduzione del 10 % della Prevalenza delle aziende rispetto al 2016 se il valore di partenza è tra 0,2% e 0,9%; riduzione del 50 % della Prevalenza rispetto al 2016 se il valore di partenza è tra 0,2% e 0,9%; riduzione del 50 % della Prevalenza rispetto al 2016 se il valore di partenza è tra 1% e 3%;	A = 100%; B = riduzione del 10 % della Prevalenza delle aziende rispetto al 2016 se il valore di partenza è tra 0,2% e 0,9%; riduzione del 50 % della Prevalenza rispetto al 2016 se il valore di partenza è tra 1% e 3%;	A = 100%; B = riduzione del 10 % della Prevalenza delle aziende rispetto al 2016 se il valore di partenza è tra 0,2% e 0,9%; riduzione del 50 % della Prevalenza rispetto al 2016 se il valore di partenza è tra 1% e 3%;
5. P DGRC 375/2017 (obiettivo 4)	4. 2 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina. OM 28 maggio 2015 - (percentuale di allevamenti controllati, trend della prevalenza e alimentazione dei sistemi informativi; Nota 1: le regioni con status sanitario non omogeneo per territorio, vengono valutate con i criteri previsti per le non ufficialmente indenni – Nota 2: se risultano inseriti in SANAN <80% dei controlli sierologici, si assegna il punteggio di valutazione immediatamente inferiore	Garantire almeno un valore ricompreso tra il 95% - 97,9% Garantire almeno valori ricompresi tra il 90% - 97,9%		Indicatore A) Percentuali di allevamenti ovicaprin, bovini e bufalini controllati; Indicatore >0,2 per BRC ovicaprina	100% controlli su tutte e 3 le specie e prevalenza >0,2 per BRC ovicaprina	100% controlli su tutte e 3 le specie e prevalenza >0,2 per BRC ovicaprina	100% controlli su tutte e 3 specie e prevalenza >0,2 per BRC ovicaprina	100%	a) compreso tra 98 % e 99,8% per ciascuna specie; b) Incidenza <0,2%	a) compreso tra 98 % e 99,8% per ciascuna specie; b) Incidenza <0,2%	a) compreso tra 98 % e 99,8% per ciascuna specie; b) Incidenza <0,2%

	4.3 ANAGRAFI ANIMALI - Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina rispetto al 3% previsto dal Regolamento CE 1505/06	Garantire almeno un valore ricompreso tra il 95% - 97,9%		Percentuale delle aziende ovicaprine controllate	91,30%	89,40%	100,00%	Crescente	Ricompresa tra il 95% e il 97% del valore relativo al 3% delle aziende presenti	Ricompresa tra il 95% e il 97% del valore relativo al 3% delle aziende presenti
6.P DGRC 375/2017 vo 5)	5.1 CONTAMINANTI NEGLI AUMENTI DI ORIGINE ANIMALE - ATTUAZIONE DEL Piano Nazionale per la ricerca dei Residui (PNR)-di (obiettivi farmaci, sostanze illecite e contaminanti negli alimenti di origine animale: percentuale dei campioni analizzati sul totale dei campioni programmati	Garantire almeno valori ricompresi tra il 90% - 97,9%	1 campione PNR programmati per l'ASL Na 3 sud con il DPAT di cui al Decreto Dirigenziale regionale n. 30 del 12/02/2016 sono 280 in allevamento e 153 nei macelli	A) N. di campioni in allevamento; B) N. di campioni al macello	98%	>97,9%	>97,9%	Crescente	A) Ricompreso tra 90% e 97,9% su 280 programmati; B) Ricompreso tra il 90% e il 97,9% su 153 programmati	A) Ricompreso tra 90% e 97,9% su 280 programmati; B) Ricompreso tra il 90% e il 97,9% su 153 programmati

	5.2 CONTROLLI SANITARI SVOLTI NEGLI ESERCIZI DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DI AUMENTI: somma dei valori delle percentuali di ispezioni a esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva) e campionamento presso esercizi di commercializzazione e ristorazione (pubblica e collettiva) effettuati sul totale dei programmati, artt. 5 e 6 del DPR 14/07/95	Garantire almeno valori ricompresi tra il <160 e >=120	1 campione in esercizi programmati per la ASL Na 3 sud con il DPAT di cui al Decreto Dirigenziale regionale n. 30 del 12/02/2016	A) somma delle percentuali di campionamenti e ispezioni presso esercizi	n.d.	>160%	>160%	Crescente	Ricompresa tra 120 e 160 su 201 Campionamenti o programmati e 1079 ispezioni	Ricompresa tra 120 e 160 su 201 Campionamenti o programmati e 1079 ispezioni
	5.3 CONTAMINANTI NEGLI AUMENTI DI ORIGINE VEGETALE- programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabella 1 e 2 del DM 23/12/92); percentuale dei campioni previsti i cui esiti sono resi disponibili per l'invio all'EFSA nei tempi previsti	Garantire valori almeno >= 90% in tutte le categorie previste dal DM	1 campione in esercizi programmati per la ASL Na 3 sud con il DPAT di cui al Decreto Dirigenziale regionale n. 30 del 12/02/2016	N. di campioni negli esercizi;	>90% in tre categorie; <70% per Categoria cereali; compreso tra il 70% e il 90% per categoria olio	89,30%	90,00%	Crescente	N. campioni >= 90% su 236 programmati	N. campioni >= 90% su 236 Programmati

7.P	Potenziamento delle attività di educazione alla salute	Realizzazione dei progetti previsti dal Piano Aziendale di Educazione alla Salute	Coinvolgimento delle scuole ed altre agenzie nella realizzazione degli interventi progettati	A) N. Corsi effettuati; B) Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico				Crescente	A) Ugual o maggiore a 3; B) Relazio ne con riferimento all'obiettivo specifico	A) Ugual e o maggiore a 3; B) Relazion e con riferimento all'obiettivo specifico
-----	--	---	--	---	--	--	--	-----------	---	---

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






N.	DEFINIZIONE OBIETTIVI	RISULTATO ATTESO	NOTE PER L'ELABORAZIONE E MODALITÀ' DI REALIZZAZIONE	INDICATORI DI MISURAZIONE	Valore Anno 2015	Valore Anno 2016	Valore Anno 2017	Direzioni e Indicatore	Target		
									2018	2019	2020
I. D	Governo delle risorse e delle autorizzazioni di spesa	Rispetto delle autorizzazioni annuali definite sui conti gestionali di competenza	Controllo dei volumi di spesa e coinvolgimento delle UU.OO.	Percentuale di rapporto tra Preventivo/Consuntivo					rapporto 1,0 uguale a 100 %	rapporto 1,0 uguale a 100 %	rapporto 1,0 uguale a 100 %
2.D	Implementazione del sistema di gestione del Portale della Trasparenza	Trasmissione dei dati soggetti agli obblighi di pubblicazione.	Dati di cui all'allegato c) del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2018-2020 adottato con delibera n. 170 del 14.02.2018	A) Percentuale di dati trasmessi; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico.					A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
3. D DGRC 375/2017 (obiettivo 6)	Riduzione del 30% dei Ricoveri ordinari in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite (integrazione ospedale-territorio)	Riduzione del 30% (integrazione ospedale-territorio)	Sistema informativo SDO -Asma pediatrica. Diagnosi principale: codice ICD9CM 493.xx (tutti i tipi di asma). Età: < 18 anni. Esclusione: MDC 14 e MDC 15 - Gastroenterite pediatrica. Diagnosi principale: 008.6x, 008.8, 009.x, 5589. Età:< 18 anni. Esclusione trasferiti da altra struttura; DRG 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390.	Numero di ricoveri ordinari per asma e per gastroenterite assistiti di età < 18 anni	-2,80%	-48,08%	-4,51%	Decrecente	-30%	-30%	-30%






	Riduzione del 10% dei ricoveri ordinari in età adulta (>= 18 anni) per: complicanze (a breve e a lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco (integrazione ospedale-territorio)	Riduzione del 10% (integrazione ospedale-territorio)	Sistema informativo SDO. - Complicanze a breve termine del diabete. Diagnosi principale: codice 250.Ix, 250.2x, 250.3x .Età: > 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15;	Numero di ricoveri ordinari per complicanze a breve e a lungo termine per diabete, per BPCO e per scompenso cardiaco, ad assistiti di età > = 18 anni	2,30%	-4,32%	-0,94%	Decrescent e	-10%	-10%
4. D DGRC 375/2017 (obiettivo 2) DCA 38/2016 (per le zone di competenza a) Fondi vincolati collegati alla prestazione e	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto	Incremento della popolazione che ha effettuato test di screening di primo livello per cervice uterina. Mammella colon retto con valori superiori almeno rispettivamente a 35%, 25% e 25%	Le popolazioni bersaglio dei tre programmi sono: a) per cervice uterina popolazione femminile di età 25 e <= 64 ogni tre anni; b) per mammella popolazione femminile di età 25 e <= 64 ogni due anni; c) per colon retto popolazione maschile e femminile di età 250 e <=74 anni ogni tre anni.	Numero di soggetti sottoposti a screening / (fratto) popolazione bersaglio del programma	Cervice Uterina: 17,7% + 2 x le zone di cui al DCA 38/2016 Mammella: 16,7% + 2 x le zone di cui al DCA 38/2016 Colon retto: 2,44% + 2 x le zone di cui al DCA 38/2016	Cervice Uterina: 3,9% + 2 x le zone di cui al DCA 38/2016 Mammella: 15,1% + 2 x le zone di cui al DCA 38/2016 Colon retto: 8,2% + 2 x le zone di cui al DCA 38/2016	Cervice Uterina: 16,78% + 2 x le zone di cui al DCA 38/2016 Mammella: 7,02% + 2 x le zone di cui al DCA 38/2016 Colon retto: 9,1% + 2 x le zone di cui al DCA 38/2016	Crescente	a) 35%; b) 25%; c) 25%	a) 35%; b) 25%; c) 25% + 2 x le zone di cui al DCA 38/2016
5. D DGRC 375/2017 (obiettivo 7)	Percentuale di anziani > 65 anni trattati in ADI	Garantire almeno un valore ricompreso tra >= 1,56 e < 1,88		Numero di soggetti 65 anni trattati in ADI / (fratto) popolazione di età 65 anni	2,10%	2,09%	2,41%	Contenuto in un range e	tra >= 1,56 e <1,88	tra >= 1,56 e <1,88
5.D bis Piattaforma a SANIARP	Cure domiciliari - Contenimento/azzeramento delle pratiche di assistenza domiciliare (ADI) con coefficiente di intensità assistenziale pari a 0	Azzeramento codici	fonte dato: Piattaforma Saniarp.	n. Pratiche di assistenza domiciliare con coefficiente di intensità			580	Decrescent e	Zero	Zero
6. D DGRC 375/2017 (obiettivo 8)	Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	Continuare al garantire un valore ricompreso tra 5,10-7,50		Numero di prestazioni RM / (fratto) popolazione residente x 100	n.d.	6,70%	9,36%	Contenuto in un range	tra 5,10 e 7,25	tra 5,10 e 7,00

7.D	Coordinamento e monitoraggio dei percorsi assistenziali e del governo dei LEA	Attivazione del percorso di riabilitazione respiratoria e implementazione del percorso aziendale per la presa in carico del paziente con BPCO	DCA n. 70 del 21.12.2017; DCA n. 3 del 17.01.2018.	A) Percentuale di pazienti presi in carico con progetto riabilitativo individuale PTRI / N. totale pazienti BPCO;					Crescente	A) > ; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > ; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > ; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
8.D	Coordinamento e monitoraggio dei percorsi assistenziali e del governo dei LEA	Implementazione del percorso riabilitativo del paziente con frattura di femore	DCA n. 69/2017	A) Percentuale di pazienti presi in carico con progetto riabilitativo individuale PTRI / N. totale pazienti con frattura di femore; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico					Crescente	A) > ; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > ; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > ; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
9.D	Quality Management della Gravidanza e del Parto	Modello operativo distrettuale per l'educazione alla gravidanza. Istituzione dei Corsi di Educazione dal 1° trimestre di gravidanza.	Attuazione delle Linee Guida Gravidanza Fisiologica. Tenuta del Registro distrettuale delle gravide.	A) N. Corsi di Educazione. B) Relazione con riferimento all'obiettivo					Crescente	A) Almeno 2 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Almeno 2 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) Almeno 2 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
10. D	Coinvolgimento dei Medici Convenzionati per una maggiore appropriatezza prescrittiva e il Potenziamento dell'assistenza integrata	Alleanza con i Medici di assistenza primaria, Pediatri di libera scelta e Specialisti ambulatoriali attraverso il preposto UCAD	Incontri UCAD per formazione/informazione ai medici MAP e PLS. Controlli delle note AIFA. Aggiornamento informativo e documentale (utilizzo farmaci equivalenti, linee guida integrazione socio-san./ospedale-territorio, etc.)	A) n. incontri UCAD. B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico					Crescente	A) > 4 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > 4 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > 4 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico

11.D	Ottimizzazione del magazzino	Registrazione del carico e scarico di magazzino entro 10 giorni	Registrazione dei movimenti di magazzino entro 10 giorni	Quota di registrazioni di fatture entro i 10 giorni: relazione					Crescente	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
12.D	Ottimizzazione della registrazione e liquidazione fatture	Registrazione delle fatture entro 15 giorni e liquidazione entro i termini previsti		Quota di registrazioni fatture effettuate entro i 15 giorni e liquidazione entro i termini previsti: relazione					Crescente	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
13.D	Coordinamento e monitoraggio delle Attività Libero Professionale intramurarie	Miglioramento della governante dell'attività Libero professionale ALPI.	A) Pianificazione dei volumi di attività istituzionale al fine di consentire la parametrizzazione dei volumi pianificabili di attività ALPI. B) Monitoraggio dei volumi di attività ALPI in confronto con i volumi di attività stituzionale.	A) Report previsione dei volumi annuali di attività istituzionale. B) Report monitoraggio trimestrale di attività ALPI in confronto con l'attività istituzionale.						A) Report previsione B) Report Monitoraggio	A) Report previsione B) Report Monitoraggio
14.D	Attuazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance individuale e organizzativa (SMVP) ai sensi del D.Lgs 150/2009 e D.Lgs 94/2017	Espletamento delle procedure di alutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Trasmissione degli atti all'OIV entro i termini	Data di trasmissione degli atti di valutazione all'OIV.						Entro il 31 Marzo	Entro il 31 Marzo

	Monitoraggio degli screening neonatali per l'incremento dei neonati sottoposti a screening	Riferimento al Piano Regionale della Prevenzione di cui alla DGRC n. 860/2015 recepito dall'ASL Napoli 3 sud, DCA n. 134/2016. Progetto sul macroprogramma C del Piano Regionale della Prevenzione: "il primi mille giorni di vita".	A) Percentuale dei neonati sottoposti a screening; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico				80%	Crescente	A)>; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A)>; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A)>; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
	Monitoraggio delle fratture di femore	Riferimento Griglia LEA	A) Percentuale dei pazienti di età > 65 anni con frattura del collo del femore operati entro 48 ore ; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	30,68% (Strutture pubbliche e private)	35,96% (Strutture pubbliche e private)	59,96% (Strutture pubbliche e private)		Crescente	A)>; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A)>; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A)>; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico

	Attivazione del percorso di riabilitazione respiratoria e implementazione del percorso aziendale per la presa in carico del paziente con BPCO	DCA n. 70 del 21.12.2017; DCA n. 3 del 17.01.2018.	Monitoraggio del percorso e relazione sull'obiettivo specifico					Crescente	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
19.C.	Coordinamento delle attività di competenza del Nucleo Operativo di Controllo (NOC)	Attuazione dei controlli nelle aree di attività segnalate dalla Commissione regionale.	Reporting						Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
20.C.	Valutazione dei progetti di competenza del Comitato Etico	Istruttoria e valutazione dei progetti	Reporting						Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico

Handwritten signature

Handwritten signature

21.C	Controllo Cartelle cliniche	Coordinamento delle attività per l'attuazione delle disposizioni di cui al Decreto CA n. 21/2018	Coordinamento delle attività di autocontrollo da parte dei PP.OO. sul 100% delle SDO e delle cartelle cliniche così come individuate dal Decreto CA n. 21/2018	A) % di SDO e cartelle cliniche controllate; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico							A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
22.C	Formazione del personale	Aggiornamento del Piano aziendale di formazione e accreditamento ECM dei corsi destinati ai profili sanitari	Ricognizione del fabbisogno formativo in sinergia con i Macrocentri aziendali. Procedure di accreditamento ECM	Atto di aggiornamento del Piano Aziendale di Formazione							Adozione del Piano	Adozione del Piano	Adozione del Piano

23.C.	Ascolto dei cittadini	Indagini di rilevazione del grado di soddisfazione dell'utenza; settore reclami e gestione dei reclami pervenuti	Somministrazione di questionario ed elaborazione dei dati	A) Elaborazione e pubblicazione dei dati sul portale aziendale dei dati sul grado di soddisfazione dell'utenza; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	1 elabor. Terr. ed 1 Osped. e pubbl. ne	1 elabor. Terri. ed 1 Osped. e pubbl. ne	1 elabor. Terr. ed 1 Osped. e pubbl. ne	1 elabor. Terr. ed 1 Osped. e pubbl. ne	1 elab. ne terr. le ed 1 ospedaliera	1 elab. ne terr. le ed 1 ospedaliera	1 elab. ne terr. le ed 1 ospedaliera	1 elab. ne terr. le ed 1 ospedaliera
24.C.	Amministrazione Digitale	Introduzione di sistemi di dialogo interattivo attraverso il sito web aziendale	Aggiornamento del sito istituzionale	Completamento operativo del nuovo sito					Aggiornam. to Portale	Aggiornam. to Portale	Aggiornam. to Portale	Aggiornam. to Portale

25.C.	Farmacovigilanza	Sicurezza dei farmaci e vaccini	<p>Monitoraggio delle reazioni avverse a farmaci e/o vaccini, tramite la diffusione della prevista modulistica AIFA, da inviare al Responsabile Farmacovigilanza</p> <p>ASL da parte di: Medici di MMG; Medici ospedalieri. Farmacisti dipendenti e convenzionati, Distretti sanitari. Dipartimenti, Odontoiatri, infermieri, ostetriche e comuni cittadini</p> <p>Gold standard regionale, pari a 30 segnalazioni / 80.000 abitanti: relazione</p>	Crescent e					Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico
26.C.	Attuazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance individuale e organizzativa (SMVP) ai sensi dei Decreti 150/2009 e 94/2017	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Trasmissione degli atti all'OIV entro i termini	Data di trasmissione degli atti di valutazione all'OIV.					Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo

11
IL BENESSERE ORGANIZZATIVO

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]

❖ IL BENESSERE ORGANIZZATIVO

I processi di cambiamento avvenuti sul piano economico e sociale hanno modificato in modo evidente e sostanziale lo scenario di riferimento in cui operano le pubbliche amministrazioni, facendo nascere nuovi bisogni sia a livello di sistema sia per le singole categorie di cittadini.

Questi mutamenti hanno portato ad un ripensamento profondo all'interno delle amministrazioni, non più solo in termini di miglioramento gestionale – semplificazione dei processi e della qualità dei servizi - ma anche e soprattutto nella capacità di governare un sistema complesso di risorse territoriali, di relazioni a più livelli nonché di negoziazione con i molteplici attori sociali.

Le amministrazioni pertanto sono chiamate a migliorare la qualità del lavoro, a fornire nuove opportunità di sviluppo professionale ai propri dipendenti, ad investire in relazioni più solide e capaci di produrre significati e valori condivisi.

Vale a dire riconoscere e far riconoscere gli individui all'interno di un sistema di valori e regole esplicite e condivise che ne rafforzino la motivazione al lavoro e il senso di appartenenza.

L'amministrazione deve favorire quindi un benessere organizzativo inteso come capacità di un'organizzazione di promuovere e di mantenere il più alto grado di benessere fisico, psicologico e sociale dei lavoratori in ogni tipo di occupazione.

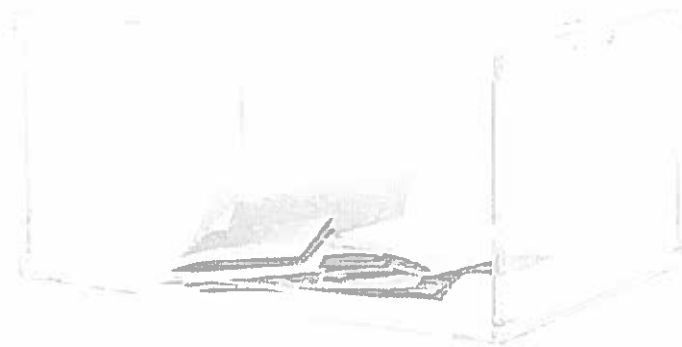
Il tema del benessere organizzativo, nella nostra azienda è stato oggetto di giornate di studio ed approfondimento sia al fine di perseguire la propria *mission* che per poter svolgere ulteriori attività, che nel corso del tempo hanno portato a diversi ambiti di intervento, sempre tenendo presente la qualità della vita lavorativa percepita da chi quotidianamente è chiamato ad affrontare le sfide poste dal proprio ruolo e una nuova tipologia di carico di lavoro derivante dalle frequenti ristrutturazioni aziendali e dalle continue razionalizzazioni di budget e di personale sanitario.

i. Metodologia del Benessere Organizzativo.

Il benessere organizzativo si struttura sulla base di osservazioni e/o interventi in ambiti multidisciplinari i quali spaziano dai rischi tradizionali – fisici, chimici, biologici - ai rischi psicosociali - complesso di relazioni che il lavoratore ha sia nella sua situazione lavorativa che in quella legata alla sfera degli interessi sia personali che affettivi -.

L'approccio ottimale, consiste nell'individuare determinate aree di intervento: una diretta al singolo, una diretta all'organizzazione, una diretta al binomio organizzazione-individuo, inteso come l'insieme delle relazioni personali volte a favorire gruppi di lavoro.

L'approccio alla singola persona consente di potenziare le risorse individuali necessarie ad affrontare con maggiore efficacia le situazioni ritenute rischiose. L'approccio all'organizzazione, invece, può favorire i cambiamenti nella struttura stessa o nella selezione e formazione dei lavoratori, o a politiche aziendali flessibili e orientate al coinvolgimento positivo delle persone.



Handwritten signature or initials.

Handwritten signature or initials.

Figura 18 Il questionario anonimo

ii. L'Analisi del Clima Organizzativo.

Il termine "clima organizzativo" indica la percezione di un determinato ambiente da parte delle persone, percezione che è in grado di condizionare e influire sull'andamento delle attività in quell'ambiente e sui vissuti di quelle stesse persone.

Naturalmente non sono solo i membri dell'organizzazione a percepire un clima, ma anche i soggetti esterni. Nella stessa azienda possono esistere climi molteplici poiché l'ambiente organizzativo può essere percepito diversamente da membri appartenenti a livelli diversi, di diversa posizione gerarchica, oppure di uffici diversi ma nella stessa posizione.

L'analisi del clima permette di individuare le aree critiche sui cui bisogna intervenire e quelle su cui si può sorvolare.

➤ Indicatori di benessere e/o di malessere.

Combinando i risultati derivanti dall'analisi del clima con osservazioni e/o indagini su fatti e comportamenti, si possono individuare quei fattori che ci indicano in modo puntuale gli aspetti di criticità su cui occorre intervenire, o, viceversa, quelli positivi da valorizzare.

Con riferimento al personale dipendente al 31/12/2016, è stata realizzata un'indagine di clima interno. Tale indagine, che ha coinvolto tutte le strutture aziendali, è stata coordinata dall'Istituto di Igiene della Prima Facoltà di Medicina e Chirurgia di Napoli.

Lo strumento utilizzato è stato un questionario a risposte chiuse.

L'adesione nell'Azienda ASL Napoli 3 Sud è stata buona. I risultati, allo stato, sono oggetto di approfondimento al fine di individuare possibili azioni di miglioramento a fronte di eventuali criticità.

L'analisi del clima organizzativo, per la Direzione Strategica, costituisce per i membri dell'organizzazione un segnale di grande importanza, anzitutto nel mettere il professionista nella condizione di un uomo libero che agisce in un'organizzazione che ne riconosce l'identità, che è in grado di scegliere perché riconosce la meta e la strada, che è consapevole degli effetti delle proprie scelte

Segue uno stralcio del "Documento di Valutazione dei rischi da stress lavoro organizzato"

Pertanto, il Datore di Lavoro:

❖ in collaborazione con il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Napoli "Federico II";

❖ in collaborazione con il Servizio di Prevenzione e Protezione investito dei compiti di cui all'art. 31 del Decreto legislativo 81/08;

❖ avendo consultato i Medici Competenti ed i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza nella riunione del 29.07.2015

dichiara che

il presente documento è l'esito della valutazione dei rischi, derivante dallo stress lavoro

....

.... il presente documento è stato concluso in data 25/01/2016

.....

11. Azioni di miglioramento

Le azioni di miglioramento individuate, utili a incidere sui deficit emersi possono essere così riassunti:

1. corso di formazione per i dirigenti e preposti finalizzato alla corretta gestione delle procedure di sicurezza e non;

2. corso di formazione per gli addetti al Servizio di Prevenzione e Protezione, al fine di

individuare strategie e metodologie condivise ed omogenee in tutte le aree di lavoro della ASL;

3. riunioni di confronto tra i medici competenti e SPP al fine programmare interventi organizzati e comportamenti omogenei in tutte le diverse realtà lavorative della ASL;

4. creazione di un gruppo di lavoro (task force) che coordini le azioni sulla gestione del rischio da stress lavoro correlato nella ASL al fine di individuare una metodologia osservazionale e coordinare tutte le azioni sopraindicate.

Pertanto obiettivo strategico del Direttore U.O.C. Prevenzione e Protezione e quello seguire e spingere a che si attuino "le Azioni di Miglioramento", di cui al "Documento di Valutazione dei rischi da stress lavoro organizzato"

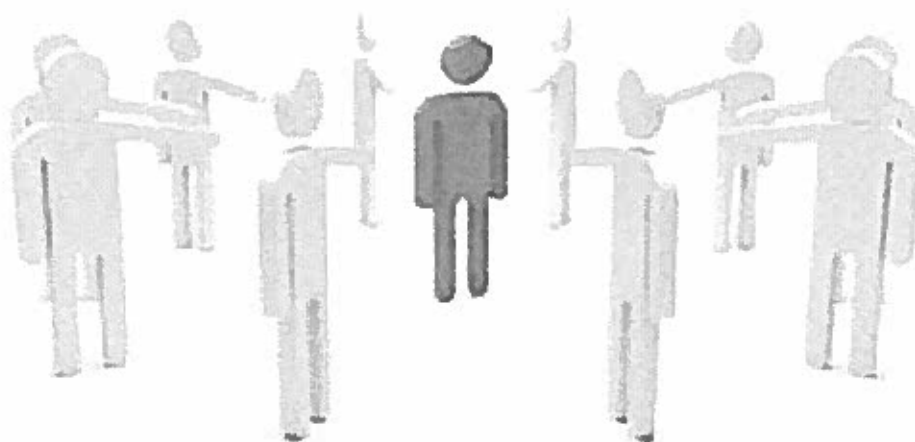


Figura 18 senza nome

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

12
IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI
MIGLIORAMENTO

Dr
sta

Dr

❖ L PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

i. COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA E DI BILANCIO

La necessaria coerenza e l'integrazione tra il ciclo della performance e la programmazione economico-finanziaria viene assicurata attraverso l'attività di valutazione dell'impatto economico degli obiettivi operativi, svolta contestualmente alla fase istruttoria di redazione del Piano. Tale valutazione si realizza attraverso l'analisi tecnica dell'U.O.C. Controllo di Gestione e dell'UOC Economico Finanziario e, qualora le attività periodiche di monitoraggio e di controllo evidenzino scostamenti di rilievo nel consumo dei fattori produttivi rispetto ai livelli attesi, vengono conseguentemente identificate e adottate specifiche azioni correttive volte al rispetto del Bilancio economico preventivo.

ii. AZIONI PER IL MIGLIORAMENTO DEL CICLO DELLA GESTIONE DELLA PERFORMANCE

Le principali aree di miglioramento per lo sviluppo del Ciclo della Performance dell'Azienda sono di seguito sinteticamente indicate:

- Promozione della cultura aziendale della partecipazione e del coinvolgimento del personale nella definizione degli obiettivi e nell'individuazione del contributo atteso delle strutture e dei singoli professionisti;
- Formazione dei valutatori per la gestione dei colloqui di valutazione e del feedback, l'individuazione di azioni di miglioramento e sviluppo dei collaboratori, gestione del conflitto;
- Miglioramento dell'integrazione del ciclo della performance organizzativa e della performance individuale;
- Adozione del sistema informativo a supporto del CdP, tale da permettere la definizione del contributo atteso agli obiettivi organizzativi e degli obiettivi individuali, nonché la valutazione a fine esercizio. La piattaforma di idoneo software dovrà prevedere il necessario livello di integrazione con il sistema premiante aziendale e permettere la storicizzazione delle valutazioni che alimentano il fascicolo individuale del professionista;

iii. COLLEGAMENTO TRASPARENZA E INTEGRITA'

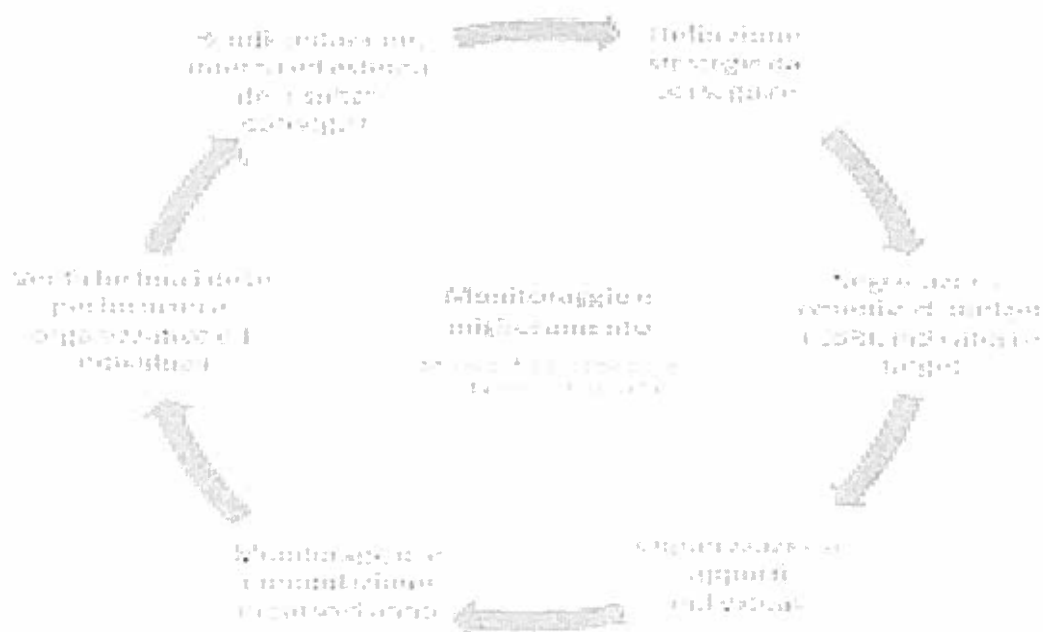


Figura 19 Azioni di monitoraggio e miglioramento

«La corruzione minaccia l'esistenza del Ssn a 40 anni dalla sua nascita. Serve un'alleanza diffusa e onesta di competenze»

Così Raffaele Cantone apre il XVIII Convegno Aiic.

«Il settore della sanità ha un enorme disponibilità di denaro e per questo è inevitabilmente obiettivo di chi non vive in onestà e trasparenza. E la corruzione è il primo e più profondo attacco all'esistenza stessa del nostro Servizio Sanitario Nazionale»: con queste parole di Raffaele Cantone, presidente dell'Anac, si è aperto a Roma il XVIII Convegno nazionale dell'Associazione Italiana Ingegneri Clinici. Rispondendo ad un invito del presidente Aiic, Lorenzo Leogrande, che l'ha interpellato per «condividere un indirizzo chiaro affinché il Ssn – a 40 anni dalla sua nascita – sia efficace, trasparente e ben gestito», Cantone ha sottolineato che «abbiamo molti elementi che giustificano l'affermazione che la sanità è pervasa da problemi di corruzione e da pesanti infiltrazioni della criminalità organizzata, visto che dove ci sono soldi e dove si gestiscono i rapporti con i cittadini, si gestisce il consenso. Le organizzazioni criminali hanno bisogno proprio del consenso: Mafie, camorra, drangheta hanno bisogno che le popolazioni riconoscano la loro forza e la sanità è uno dei territori su cui si costruiscono questo riconoscimento». Spesso vengono dichiarati e rivelati dati eclatanti sulla corruzione in sanità, ma su questi dati Cantone è stato molto chiaro: «Diffido e contesto ogni valore scientifico sui numeri della corruzione in sanità: non ci sono cifre e rapporti chiari, non ci sono dati affidabili e credibili. Quando si legge di decine di miliardi volatilizzati in corruzione dobbiamo sapere che anche queste news sono bufale e leggende metropolitane. Allarmismi che non contribuiscono forse a concentrarsi davvero sul problema». Ma come si affronta dunque la corruzione e il malaffare, tra criminalità, gestione degli appalti e forniture di tecnologie sanitarie? «Il Ssn affronta l'innovazione con il sistema degli appalti pubblici e delle forniture, ha sottolineato il presidente Anac, "è qui che si svolge la sfida aumentando il livello comune di competenze, know how, onestà. Spesso chi stende le gare non ha conoscenze e competenze adeguate: occorre dunque mettere in grado gli amministratori, i decisori pubblici e chi stende gli appalti di fare scelte consapevoli, accorte, documentate, trasparenti. Il primo effetto della corruzione e della mancata trasparenza è la distruzione stessa del Ssn, inteso come valore e sistema in grado di assicurare una sanità di qualità a tutti i cittadini». Cantone ha terminato il suo intervento con un invito chiaro all'Aiic: «Non saccheggiamo la sanità pubblica, dobbiamo proteggerla. Voi dovete darci strumenti per evitare di smantellare il Ssn perché la stessa esistenza del Ssn ha bisogno del contributo di competenze in grado ad aiutare i decisori a scegliere. Vi invito dunque ad essere professionisti in grado di fornire il know how necessario a chi deve svolgere attività e funzioni di bando e appalto. Offrite le vostre conoscenze in un'alleanza con gli amministratori per sviluppare scelte convenienti, darete così un contributo a creare bandi chiari, per scelte trasparenti. E darete una mano sostanziale all'universalismo del Ssn».

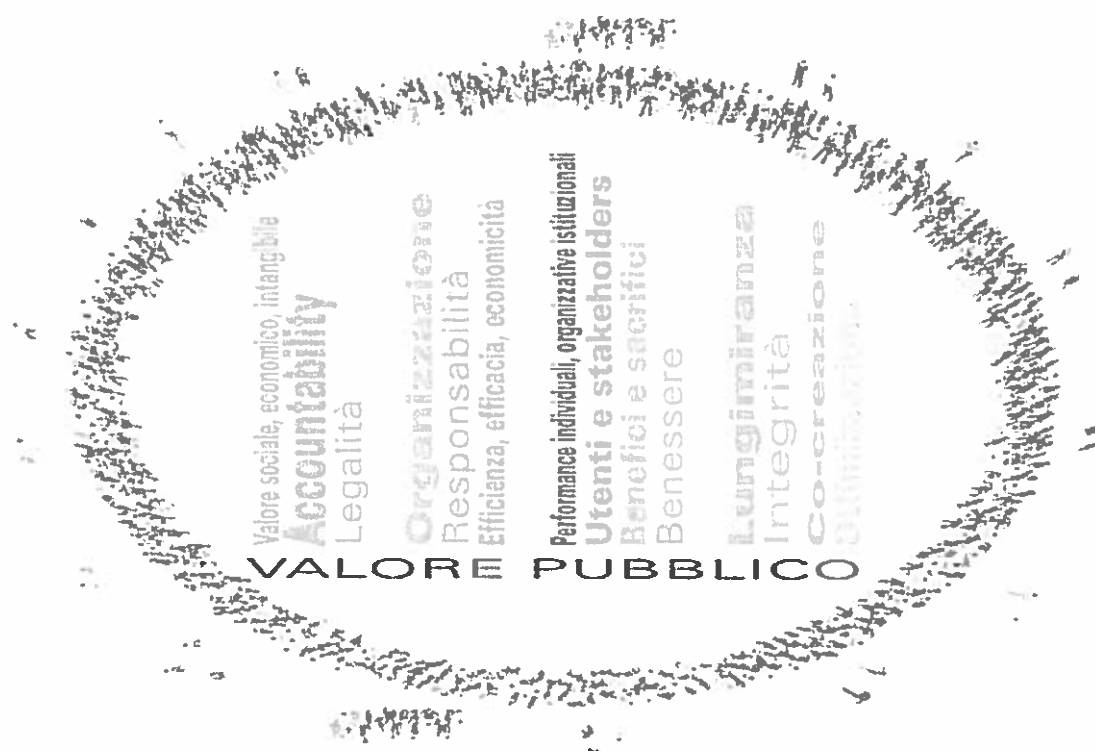


Figura 20 Il Valore pubblico

a) Coerenza del Piano della Performance con il Programma per la Trasparenza e la Corruzione

Il collegamento tra il Piano della performance e i documenti programmatici in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e integrità delle amministrazioni, risponde a specifiche disposizioni normative emanate negli ultimi anni, secondo una linea di continuità che, dalle misure di promozione della trasparenza contenute nel D.Lgs. n. 150/2009, si sviluppa fino alle precise e prescrittive disposizioni di cui alla L. n. 190/2012 ed al D. Lgs. n. 33/2013 come modificato dal D.Lgs n. 97/2016.

La Legge n.190/2012 e s.m.i. individua, come strumento principale volto alla prevenzione della corruzione e dell'illegalità nella P.A., la trasparenza intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e le attività delle Pubbliche Amministrazioni allo scopo di favorire forme diffuse di controllo nel perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo di risorse pubbliche.

In considerazione dell'elevatissimo numero di dirigenti in servizio presso la Asl Napoli 3 Sud, soprattutto di area M/V e delle professionalità sanitarie, è stato previsto un livello di raccordo tra il predetto personale dirigenziale ed il RPCT, con la individuazione di ogni singolo Direttore /Responsabile quale Referente aziendale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza.

L'ASL Napoli 3 Sud, ha stabilito gli obblighi di pubblicazione ai sensi del D.Lgs n.33/2013 s.m.i. ed esercizio del diritto di accesso. A seguito di ulteriori approfondimenti circa le strutture tenute alla pubblicazione dei dati, sono state date le idonee indicazioni, recepite nei PTPCT, sino a quello 2018 – 2020. Tutte le strutture interessate stanno procedendo al caricamento dei dati oggetto di obblighi di pubblicazione all'interno del sito istituzionale della Asl, nella sezione "Amministrazione Trasparente". E' stato approvato il percorso sull'accesso generalizzato, stabilita la cadenza.

Con la Deliberazione n. 813 del 5/12/2013, è stato approvato il Codice di comportamento aziendale. Considerato che i provvedimenti amministrativi di esecuzione di quanto previsto nel nuovo Atto Aziendale saranno adottati nel corso dell'anno 2018 con l'unificazione di strutture esistenti, l'istituzione di nuove e la definizione del funzionigramma, con la precisazione delle

competenze/linee di attività assegnate a ciascuna struttura, nonché con l'individuazione e nomina dei dirigenti responsabili, con la Deliberazione n. 170 del 14/02/2018 è stato approvato il nuovo Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza 2018 – 2020.

Al fine di garantire l'integrazione del Ciclo di gestione della Performance con gli strumenti ed i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità ed in generale alla prevenzione dell'anticorruzione, nel Ciclo di Gestione della Performance si individuano specifici obiettivi di performance organizzativa ed individuale correlati all'attuazione del citato "Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (triennio 2018 -2020)".

Il ciclo della performance ed il sistema di misurazione e valutazione della performance devono, dunque, essere strettamente connessi ed integrati con le previsioni del P.T.P.C. Tale integrazione è volta, infatti, a garantire la piena ed effettiva conoscibilità dei programmi di attività dell'Azienda da parte di tutti i cittadini e portatori di interessi del territorio che fa capo all'ASL Napoli 3 Sud, in riferimento sia al loro stato di attuazione che ai risultati conseguiti.

Gli obiettivi strategici in materia di trasparenza finalizzati alla realizzazione di una amministrazione più aperta al servizio del cittadino, attraverso una migliore accessibilità alle informazioni sull'organizzazione e sui servizi erogati dall'Azienda, sono stati individuati dalla Direzione aziendale con la Deliberazione n. 170/2018 e qui di seguito riportati:

- massima tracciabilità e trasparenza dell'utilizzo delle risorse finanziarie assegnate;
- piena attuazione degli obblighi di trasparenza specifici e settoriali derivanti dall'applicazione del D. Lgs. n. 50/2016 e s.m.i. "Codice degli Appalti e Contratti";
- garanzia per l'utenza di una adeguata informazione dei servizi resi dall'Azienda, delle loro caratteristiche qualitative e dimensioni quantitative, nonché delle loro modalità di erogazione, al fine di rafforzare il rapporto fiduciario con i cittadini;
- controllo diffuso sulla performance aziendale;
- garanzia di integrità e legalità dell'azione amministrativa e assistenziale, mediante specifica rendicontazione della correttezza ed efficacia degli atti e delle azioni dell'Azienda;
- miglioramento, per il tramite di azioni finalizzate, di un rapporto diretto e dialogante fra l'Azienda ed i cittadini, anche mediante la piena attuazione delle misure a tutela previste nel Regolamento di pubblica tutela approvato con Deliberazione n. 424 del 12/07/2012;

che vengono, pertanto, recepiti nell'ambito del presente Piano della Performance, al fine di assicurarne il necessario coordinamento e raccordo.

La Direzione Aziendale, tramite il Responsabile per la prevenzione della corruzione e la trasparenza (R.P.C.T.), fornirà – nel corso dell'anno 2018 e con aggiornamenti per il biennio successivo – ai Dirigenti aziendali apposite raccomandazioni, finalizzate al recepimento, nell'ambito della propria attività istituzionale, degli obiettivi strategici illustrati nelle pagine precedenti.

In materia di trasparenza, si propone di fissare per il triennio 2018/2020 obiettivi specifici di breve e medio termine, di seguito riportati.

i. Obiettivi operativi di trasparenza di breve periodo (un anno):

- ✓ aumento del flusso informativo interno all'Ente, mediante la strutturazione di varie iniziative organizzative e operative (incontri, potenziamento del sito Internet, comunicazioni interne);
- ✓ ricognizione e utilizzo delle banche dati e degli applicativi già in uso al fine di identificare eventuali, ulteriori possibilità di produzione automatica del materiale richiesto;
- ✓ progressiva riduzione dei costi relativi all'elaborazione del materiale soggetto agli obblighi di pubblicazione.

ii. Obiettivi operativi di trasparenza di medio periodo (tre anni):

- implementazione dei nuovi sistemi di automazione per la produzione e pubblicazione dei dati, atti e documenti aziendali;
- implementazione della pubblicazione di dati ed informazioni ulteriori rispetto a quelli per i quali vige l'obbligo di pubblicazione;
- rilevazione automatica del livello di soddisfazione degli utenti per mettere meglio a fuoco i bisogni informativi degli stakeholder interni ed esterni all'amministrazione;
- organizzazione delle Giornate della trasparenza.

La trasparenza amministrativa per l'ASL Napoli 3 Sud, si pone, pertanto, come elemento funzionale fondamentale per la corretta implementazione del ciclo di gestione della performance, garantendo l'effettiva accountability dell'Azienda in termini di obiettivi e risultati gestionali.

Sul piano del riscontro di effettività ed efficacia delle azioni prima illustrate ed in coerenza con il dettato normativo dell'art. 44 del D. Lgs. n. 33/2013 i soggetti deputati alla misurazione e valutazione della performance nonché l'O.I.V. utilizzano le informazioni e i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della misurazione della performance sia organizzativa che individuale, anche mediante la verifica della avvenuta trasmissione al R.P.C.T. e successiva pubblicazione sul Sito Internet aziendale – Sezione Amministrazione Trasparente dei dati, notizie ed informazioni di cui all' – Elenco degli obblighi di pubblicazione del Piano aziendale per la prevenzione della corruzione e trasparenza 2018/2020.

Una particolare attenzione viene riservata dall'Azienda al valore della legalità ed alla valorizzazione delle misure di prevenzione dei comportamenti illeciti (c.d. anticorruzione).

Il R.P.C.T. aziendale, per il perseguimento delle finalità previste dalla Legge n. 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", dovrà porre in essere: incontri, giornate formative, scambio di corrispondenza nonché tramite una specifica attività informativa, un rapporto continuativo di collaborazione con gli interlocutori aziendali: Direzione Generale, i Dirigenti individuati quali Referenti del P.T.P.C.T., il Collegio Sindacale, l'O.I.V. e i CC.TT.

Lo schema operativo di detta collaborazione può essere sintetizzato mediante la tabella seguente.

Oggetto del monitoraggio	Attività	Soggetti coinvolti	Modalità	Scadenze
Attuazione del ciclo di gestione del rischio	Controllo sullo stato di attuazione e avanzamento delle operazioni di mappatura e valutazione del rischio	RPCT Referenti del Piano	Registrazione e visualizzazione delle operazioni di inserimento e aggiornamento effettuate dalle strutture	Entro il 31 ottobre
Attuazione delle misure	Verifica dello stato di attuazione delle misure	RPCT Referenti del Piano	Autovalutazione tramite relazione interna	Entro il 31 ottobre
	Controlli a campione sull'attuazione delle misure da parte delle strutture responsabili	RPCT Referenti del Piano	Verifiche documentali	Entro il 31 dicembre
Efficacia del Piano e delle misure	Acquisizione dati e proposte dei Referenti del Piano	RPCT Referenti del Piano	Compilazione e trasmissione di scheda di monitoraggio da parte dei Referenti del Piano. Predispensione e trasmissione di report da parte dell'UPD, Servizio Ispettivo, dell'URP e delle strutture che operano nei settori a maggior rischio	Entro il 31 ottobre
	Analisi e valutazione dei dati, informazioni, proposte e rendicontazioni acquisite in sede di monitoraggio	RPCT OIV	Predispensione da parte del RPC, trasmissione e pubblicazione della Relazione annuale	Entro il 15 dicembre (o diverso termine ANAC)

b) La Responsabilità del RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA TRASPARENZA E DELLA CORRUZIONE

A fronte dei compiti che la legge attribuisce al Responsabile sono previste consistenti responsabilità in caso di inadempimento, in particolare: ai sensi dell'art. 1, comma 12, della legge 190/2012: "In caso di commissione, all'interno dell'amministrazione, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, il Responsabile individuato ai sensi del comma 7 del presente articolo risponde ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, nonché sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, salvo che provi tutte le seguenti circostanze: a) di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il piano di cui al comma 5 e di aver osservato le prescrizioni di cui ai commi 9 e 10 del presente articolo; b) di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano."; ai sensi dell'art. 1, comma 14, medesima legge: "In caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano, il responsabile individuato ai sensi del comma 7 del presente articolo risponde ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, nonché, per omesso controllo, sul piano disciplinare, salvo che provi di avere comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di avere vigilato sull'osservanza del Piano".

La responsabilità è esclusa ove l'inadempimento degli obblighi posti a suo carico sia dipeso da causa non imputabile al Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

Tra gli obiettivi individuali del Responsabile della Trasparenza e della Corruzione, si individuano tra gli altri, quello di concordare con il Servizio deputato alla proposta del Piano della Performance, la formulazione di schede di programmazione delle misure di prevenzione della corruzione, che saranno incluse nel PTPC e quindi sviluppate nel Piano delle Performance (declinazione in obiettivi di performance organizzativa e individuale), correlati anche al sistema di retribuzione di risultato e di produttività collettiva. Dei risultati emersi nella Relazione delle Performance, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione tiene conto per: a) effettuare un'analisi per comprendere le cause in base alle quali si sono verificati degli scostamenti rispetto ai risultati attesi; b) individuare delle misure correttive, sia in relazione alle misure obbligatorie che a quelle ulteriori, in coordinamento con i dirigenti in base alle attività che svolgono; c) inserire le misure correttive tra quelle necessarie per migliorare il PTPC. Il Nucleo di Valutazione dell'Azienda (con funzioni di O.I.V.), ai sensi dell'art. 10, 3° c. del D. Lgs. n. 33/2013, verifica, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, che i piani triennali per la prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico - gestionali e che nella valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza.

Il collegamento tra il Piano di prevenzione della corruzione 2018/2020 ed il Piano della Performance è assicurato attraverso l'individuazione di uno specifico ed articolato obiettivo strategico di mandato aziendale, qui di seguito descritto nel dettaglio.

L'Azienda, infatti, riconosce e fa proprie le finalità di prevenzione della corruzione, previste dalla normativa vigente, quali essenziali al perseguimento della mission aziendale caratterizzata dalle funzioni assistenziali e basata sui seguenti principi:

- ↓ centralità del cittadino e del paziente;
- ↓ promozione di iniziative volte a migliorare la qualità assistenziale;
- ↓ responsabilizzazione sui risultati aziendali.

Obiettivo che coinvolge ed impegna l'ASL Napoli 3 Sud nel suo insieme e tutti gli amministratori ed operatori, qualunque sia il livello di responsabilità e di autonomia gestionale rivestiti. In coerenza con le indicazioni e le finalità del Piano aziendale anticorruzione e trasparenza, occorre sottolineare come la performance aziendale non possa ottimizzarsi se non anche attraverso il perfezionamento ed il miglioramento, sia in senso professionale che etico, delle azioni dei singoli operatori. Pur in un contesto ambientale favorevole e sano sotto il profilo sociale, assume – a tal fine – un ruolo importante la piena

conoscibilità e conoscenza ed il rispetto del Codice di comportamento aziendale, cui va riconosciuta valenza normativa integrativa di quella contrattuale.

Il Codice, pubblicato sul Sito Internet aziendale, viene altresì consegnato a tutti i dipendenti e ai nuovi assunti, mentre ai collaboratori esterni e ai fornitori viene data idonea informativa.

Inoltre, con l'entrata in vigore del nuovo Atto Aziendale, l'assetto organizzativo dell'Azienda è in una fase di profondo rinnovamento cui dovrà corrispondere l'adeguamento anche degli indirizzi etici e di disciplina dei principi comportamentali del personale di cui al Codice di comportamento aziendale.

A tal fine ed in conformità alle Linee Guida adottate dall'ANAC con Delibera n. 358 del 29.3.2017, entro il 2018 l'Azienda deve procedere alla revisione del proprio Codice di comportamento.

La disincentivazione dei comportamenti illeciti, nella sua più ampia accezione, avverrà nel corso del prossimo triennio anche attraverso l'operatività delle disposizioni del P.T.P.C.T. sul c.d. whistleblower (segnalatore di illeciti).

Il monitoraggio informatizzato sui tempi procedurali potrà garantire al ciclo della performance un utile strumento di valutazione del comportamento diligente, leale ed imparziale dei dipendenti e conseguentemente del raggiungimento dei singoli obiettivi aziendali.

Obiettivi specifici attribuiti al R.P.T.P.C sono la riprogettazione dell'area Trasparenza e Anticorruzione del sito internet dell'ASL Napoli 3 Sud, per il miglioramento dell'accessibilità e della fruibilità delle informazioni e dei dati pubblicati, oltre a obiettivi specifici per prevenire e scoraggiare fenomeni di corruzione ed illegalità nell'ambito della programmazione contenuta nel PTPC e in linea con le recenti normative.

La recentissima entrata in vigore del d.lgs. 25 maggio 2016, n. 97 (Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33), il quale prevede per tutte le Pubbliche Amministrazioni un termine di adeguamento di 6 mesi, impegnerà particolarmente il R.P.T.P.C ad assicurare il rispetto di questo termine da parte dell'Azienda.

Il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA 2016) approvato con deliberazione n. 831/2016 stabilisce (all'allegato 1, paragrafo B 1.1.4) che "l'efficacia del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) dipende dalla collaborazione fattiva di tutti i componenti dell'organizzazione e, pertanto, è necessario che il suo contenuto sia coordinato rispetto a quello di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'amministrazione".

Alla luce di tale dettato normativo, anche con riferimento a quanto richiesto dalla delibera A.N.AC. 6/2013, l'ASL Napoli 3 Sud si propone di coordinare e integrare gli ambiti relativi alla performance, alla qualità, alla trasparenza, all'integrità e al contrasto della corruzione, in quanto risulta importante stabilire opportuni collegamenti con il ciclo della performance, evitando un mero rinvio/richiamo ai documenti del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Programmazione della Trasparenza dell'ASL Napoli 3 Sud.

Pertanto, il RPTPC e il responsabile della STP, per la misurazione della performance dovranno collaborare per la raccolta di dati di interesse comune e scambiato valutazioni sulle attività svolte nel 2018 e sulle azioni da implementare o su cui porre maggiore attenzione nel 2019.

La determinazione ANAC n. 12/2015 di aggiornamento al Piano Nazionale Anticorruzione ha, inoltre, precisato che "Il lavoro di autoanalisi organizzativa per l'individuazione di misure di prevenzione della corruzione deve essere concepito non come adempimento a se stante ma come una politica di riorganizzazione da conciliare, in una logica di stretta integrazione, con ogni altra politica di miglioramento organizzativo".

L'art. 41, c. 1, lett. h), del D.Lgs. 97/2016, ha attribuito rilevanza normativa a tale orientamento, introducendo, nell'art. 1 della legge 190/2012, il comma 8-bis, ai sensi del quale: "L'Organismo indipendente di valutazione verifica, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, che i piani triennali per la prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si

tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza. Esso verifica i contenuti della Relazione di cui al comma 14 in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza. A tal fine, l'Organismo medesimo può chiedere al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo e può effettuare audizioni di dipendenti.

L'Organismo medesimo riferisce all'Autorità nazionale anticorruzione sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza."

In tale ottica, particolare attenzione deve essere posta alla coerenza tra PTPCT e Piano della Performance sotto due profili:

- a) le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione;
- b) le misure di prevenzione della corruzione devono essere tradotte, sempre, in obiettivi organizzativi e individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti.

Da quanto sopra discende che la prevenzione ed il contrasto della corruzione di cui alla legge 190/2012 e la promozione della trasparenza e dell'integrità di cui al D.Lgs. 33/2013 costituiscono obiettivi strategici dell'ASL Napoli 3 Sud e che, conseguentemente e coerentemente, l'Azienda provvederà annualmente ad individuare, su motivata proposta formulata dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza anche sulla base delle eventuali criticità emerse all'esito del monitoraggio, specifici obiettivi in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza da inserire sotto forma di obiettivi nel Piano della Performance nel duplice versante della performance organizzativa e della performance individuale.

Per quanto riguarda gli aspetti legati alla trasparenza, l'O.I.V. certifica la presenza delle informazioni contenute nel Portale Amministrazione Trasparente secondo le modalità stabilite annualmente dall'A.N.AC. .

La promozione di maggiori livelli di trasparenza, come sottolineato dal D. Lgs 33/2013 all'art. 10, costituisce un'area strategica, pertanto, deve tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi ed individuali. La trasparenza è pertanto funzionale alla corretta implementazione del ciclo di gestione della performance, garantendo l'effettiva accountability dell'Azienda in termini di obiettivi e

risultati dell'azione amministrativa. Inoltre, l'integrare gli standard di qualità nel Piano della performance, oltre ad essere un impegno verso l'esterno, costituisce una responsabilità che è collegata alla valutazione organizzativa e individuale.

Una particolare attenzione viene quindi data dall'Azienda al valore della legalità ed alla valorizzazione dell'anticorruzione.

Si ricordi che il Piano Triennale di prevenzione della corruzione e della Trasparenza riveste, una parte rilevante dei programmi di attività dell'Azienda, consentendo la piena conoscibilità da parte di tutti i cittadini, anche in riferimento al loro stato di attuazione ed ai risultati conseguiti.



13

IL SISTEMA DI MISURAZIONE DELLE
PERFORMANCE

Handwritten signature

Handwritten signature

La finalità del Sistema di misurazione della performance, mira a rendere oggettivamente quantificabile il contributo che ciascun soggetto (singolo individuo, organizzazione) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi dell'ASL e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali la stessa è stata costituita.

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

La misurazione della performance, così delineata, è un elemento fondamentale per il miglioramento dell'efficienza ed efficacia, perché può rendere l'organizzazione capace di:

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

Misurare le organizzazioni e mettere le persone di fronte ad una più netta percezione e comprensione di ciò che è problematico nelle loro performance, attivare il cambiamento, ridurre la tendenza al "satisficing behaviour", ed eliminare quelle azioni che determinano mal gestito ciò che non è misurato. In definitiva, misurare bene le proprie performance può consentire all'azienda sanitaria di fare il salto dalla mediocrità all'eccellenza, dall'accontentarsi di risultati soddisfacenti alla ricerca continua del miglioramento.

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

Poiché il contributo alla performance può essere apportato da ogni soggetto del sistema o in modo individuale o come parte di una unità organizzativa, la performance viene distinta in due livelli strettamente correlati tra loro, la **performance organizzativa** e la **performance individuale**:

- 1) la **performance organizzativa**, che considera sia l'Azienda nel suo complesso che i Dipartimenti e le relative strutture organizzative;
- 2) la **performance individuale** si rivolge a tutti i dipendenti, Dirigenza e Comparto, che vengono valutati dai loro diretti responsabili.

La formalizzazione del Si.Mi.Va.P. per l'Azienda assolve, quindi, ad una pluralità di scopi:

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

Il Sistema di misurazione della performance rispetta i seguenti requisiti:

- chiara definizione degli obiettivi;
- specificazione dei legami tra obiettivi, indicatori e target;
- caratterizzazione degli indicatori secondo le modalità definite dalla normativa vigente;
- rilevazione effettiva della performance, secondo la frequenza e le modalità definite nel ciclo della performance.

Il Si.Mi.Va.P. non è sostitutivo degli strumenti di programmazione e controllo già esistenti, ma meglio vuole integrarli e includerli in un sistema più ampio, orientato non solo al presidio dell'efficienza, ma alla performance in senso lato, dove la soddisfazione del bisogno della collettività rappresenta la finalità principale. Il Sistema si basa sull'oggettività della misurazione e della valutazione, a partire dalla individuazione degli indicatori fino alla misurazione ed all'analisi degli scostamenti e individua le responsabilità dei soggetti coinvolti nel processo e prevede idonee modalità per assicurare la trasparenza del processo di gestione della performance sia nei confronti del personale che nei confronti degli stakeholders.

Come previsto nell'art. 6 del D.Lgs. 150/09, è la Direzione dell'ASL che, con il supporto dei dirigenti, verifica l'andamento della performance rispetto agli obiettivi durante il periodo di riferimento e quindi rientra nel governo complessivo dell'Azienda la funzione di verifica dei risultati e di proposta di "interventi correttivi in corso di esercizio", quando sia necessario.

Pertanto, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 150/09, la funzione di misurazione della performance, in aderenza agli indirizzi emanati dalla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche (ora A.N.AC.), è svolta:

- ✚ dagli Organismi indipendenti di valutazione (O.I.V.), cui compete la misurazione e valutazione della performance di ciascuna struttura amministrativa nel suo complesso;
- ✚ dai Dirigenti dell'Azienda nei confronti dei propri dipendenti

Per quanto concerne i principi generali di riferimento, l'articolo 3 del D.Lgs. 150/09 ne elenca molteplici, fortemente integrati tra di loro. Nel primo comma si fa riferimento al ruolo che la misurazione e valutazione della performance ha nel processo di miglioramento della qualità dei servizi offerti dalle amministrazioni pubbliche ma anche nel processo di apprendimento e di crescita delle competenze professionali degli operatori.

Per perseguire tale finalità il sistema di valutazione deve essere in linea con i seguenti principi:

- © Valorizzazione del merito, sia in termini individuali che di struttura di appartenenza.
 - Questo punto viene successivamente ripreso nel secondo comma sottolineando che il sistema deve garantire un'adeguata pervasività in tutti i livelli dell'organizzazione fino a raggiungere il singolo operatore;
- © Garanzia di pari opportunità di diritti e di doveri: si sottolinea sia l'aspetto del diritto del dipendente sia quello della sua responsabilità nei confronti della collettività per il cui bene è chiamato ad operare;
- © Trasparenza nei risultati conseguiti. Quest'ultimo punto viene ripreso nel terzo comma e successivamente in altri articoli del decreto. Il tema della trasparenza e della comunicazione dei risultati risulta essere uno dei perni fondamentali del sistema di valutazione; essa infatti è considerata quale leva determinante per l' "accountability", ossia si ritiene che la misurazione dei risultati conseguiti possa tradursi in un processo di responsabilizzazione degli operatori nella misura in cui si lega alla pubblicazione dei dati e quindi ad un ritorno informativo sia alle pubbliche amministrazioni ed ai suoi operatori e sia ai cittadini. In questa prospettiva con il termine "accountability" si intende appunto il "rendere conto" del proprio operato con misurazioni oggettive, chiare e trasparenti.

Il processo di misurazione e valutazione della "performance" si concretizza nel Ciclo di Gestione della Performance ed è fondato sui seguenti elementi fondamentali: target, indicatori, infrastruttura di supporto, processo, ambiti di valutazione, criteri e scale di valutazione.

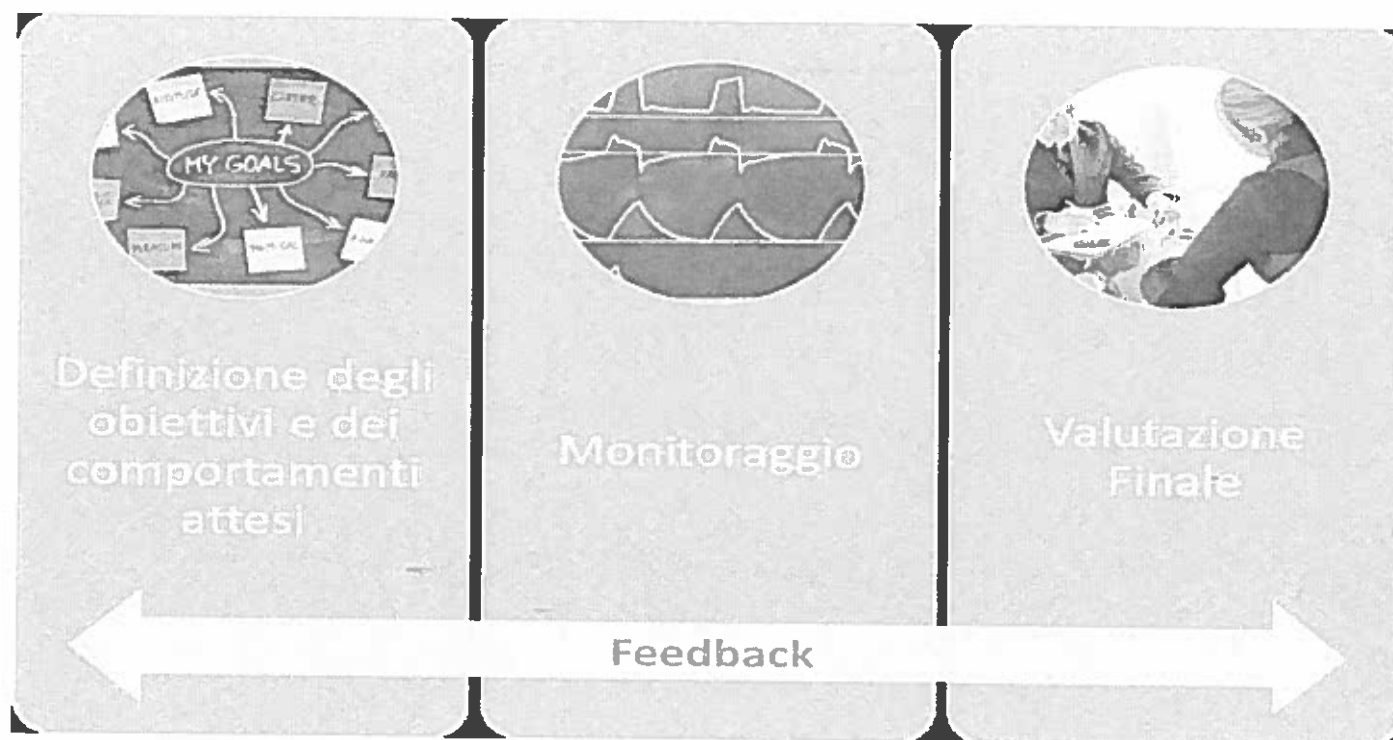


Figura 21 Il Processo di valutazione

❖ **Indicatore**

L'indicatore di "performance" è lo strumento che rende possibile la misurazione oggettiva del grado di raggiungimento dell'obiettivo.

L'indicatore deve possedere alcune caratteristiche fondamentali:

1. **comprensibilità** (chiaro, contestualizzato, concreto, intelligibile anche per i soggetti e gli stakeholder non appartenenti al settore);
2. **rilevanza** (riferibile all'obiettivo, utile e significativo, attribuibile alle attività chiave del processo identificate come: outcome, output, attività, efficienza, efficacia, comportamenti);
3. **confrontabilità** (comparabile nel tempo rispetto alla stessa organizzazione e/o rispetto ad organizzazioni simili e attività standard);
4. **fattibilità** (misurabile nei sistemi informativi aziendali, sostenibile dal punto di vista finanziario e rispetto all'arco temporale di riferimento);
5. **affidabilità** (valutazione qualitativa della capacità di rappresentazione e misurazione di un fenomeno).
6. Gli indicatori sono differenziati per i diversi livelli di performance, distinguendo i livelli di responsabilità tra il livello strategico istituzionale (indirizzi regionali), il livello strategico aziendale e il livello direzionale e operativo, interessato dai principali strumenti di programmazione di breve periodo (budget).

❖ **Target**

Un target è il risultato che un soggetto si prefigge di ottenere, ovvero il valore desiderato in corrispondenza di un'attività o processo misurato su un indicatore. Il target rappresenta un meccanismo molto efficace per monitorare, valutare e modificare i comportamenti, dare un indirizzo ed uno stimolo al miglioramento. Affinché questo avvenga, però, è necessario che:

- il target sia ambizioso, sfidante ma realisticamente raggiungibile attraverso le risorse assegnate, l'abilità e le competenze del personale, l'adeguatezza dei processi;

- il target sia quantificabile e misurabile attraverso l'utilizzo di indicatori;
- siano presenti meccanismi di retroazione per dimostrare i progressi ottenuti rispetto al target;
- siano previste forme di riconoscimento (non necessariamente di tipo finanziario);
- ci sia supporto da parte di superiori e/o vertici organizzativi;
- il target sia accettato dall'individuo o dal gruppo incaricato di raggiungerlo.

❖ **Infrastruttura di supporto**

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

È responsabilità, allo stato, del Controllo di Gestione sovrintendere all'intero sviluppo del ciclo di Programmazione e Controllo e fornire alle competenti strutture tutte le informazioni e i dati necessari per la valutazione delle performance organizzative.

Tale struttura, ai sensi dell'art. 14, comma 9, del D.Lgs. 150/2009 è la **Struttura Tecnica Permanente** con funzione di supporto dell'attività dell'OIV nell'esercizio delle funzioni di controllo del ciclo di programmazione, valutazione, controllo strategico controllo di gestione e governo.

❖ **Processo**

Il processo di misurazione e valutazione si svolge secondo uno schema logico-temporale, definito ciclo di gestione della performance, che prevede la successione di momenti distinti caratterizzati da attività e dalla partecipazione di soggetti diversi:

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

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance è collegato al sistema premiante definito dalla contrattazione con le OO.SS.

14
LA VALUTAZIONE DELLA
PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

[Handwritten signature]

❖ VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs 150/2009 il Sistema di misurazione e valutazione della Performance Organizzativa concerne:

- L'attuazione delle politiche attivate sulla soddisfazione finale dei bisogni della collettività;
- L'attuazione dei piani e programmi, ovvero la misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse;
- La rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;
- La modernizzazione ed il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e la capacità di attuazione di piani e programmi;
- Lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione;
- L'efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi di erogazione delle prestazioni;
- La qualità e la quantità delle prestazioni e servizi erogati;
- Il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

La valutazione della performance organizzativa va distinta in due tipologie:

iii. **dell'Azienda** - valuta la capacità delle stessa di conseguire obiettivi, quanto più possibile, orientati alla soddisfazione dei bisogni dei destinatari dei servizi (outcome);

iv. **delle Unità Operative** - valuta l'effettivo raggiungimento nell'anno degli obiettivi strumentali (es. azioni da realizzare) al conseguimento degli obiettivi di out come.

La valutazione della performance organizzativa opera nei confronti di tutte le articolazioni organizzative individuate quali Centri di Negoziazione degli obiettivi strategici e a cui è attribuita una qualche misura di autonomia gestionale e conseguente responsabilità di budget: oggetto della valutazione è infatti il grado di raggiungimento degli obiettivi attribuiti.

Il sistema degli obiettivi aziendali si dettaglia a cascata nei confronti dei Dipartimenti, delle Strutture Complesse e delle Strutture Semplici Dipartimentali ed Aziendali: unità organizzative a cui si attribuisce la responsabilità della performance organizzativa.

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa si pone i seguenti obiettivi:

- ✓ la comprensione e l'analisi del complessivo andamento della amministrazione;
- ✓ la comprensione e l'analisi dell'andamento delle diverse aree organizzative, anche attraverso processi di osservazione dal generale al particolare;
- ✓ la comprensione e l'analisi delle cause degli scostamenti dei risultati ottenuti rispetto a quanto programmato;
- ✓ il supporto alla definizione degli interventi di miglioramento delle performance, sulla base dei risultati dell'analisi degli scostamenti.

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa si basa su:

- ❖ l'effettivo e adeguato funzionamento del sistema informativo interno;
- ❖ la produzione di dati ed informazioni coerenti con i requisiti della validità, affidabilità, funzionalità, comprensibilità, rendicontabilità e trasparenza;
- ❖ la realizzazione del principio di correlazione tra obiettivi programmati, risorse assegnate e responsabilità organizzative.

L'oggetto della valutazione, pertanto, è il grado di raggiungimento degli obiettivi attribuiti

dall'Azienda alle suddette strutture, che si realizza attraverso apposite schede in cui vengono assegnati gli obiettivi (risultati di gestione), nel rispetto dei vincoli gestionali e di bilancio stabiliti dalla Regione.

Gli obiettivi di performance organizzativa sono assegnati ai responsabili delle strutture di cui sopra con cadenza di annuale.

Le verifiche periodiche dei risultati conseguiti e la rilevazione e misurazione finale degli scostamenti tra obiettivi e risultati sono organizzate da Dirigenti individuati dalla Direzione Strategica.

La valutazione finale dei risultati di performance organizzativa di tutte le articolazioni organizzative aziendali è deliberata dal Direttore Generale sulla base delle proposte formulate dall'O.I.V. che, ai sensi dell'art.14, comma 6 del D. Lgs. 150/2009, è chiamato a validare la Relazione sulla Performance che l'Azienda deve adottare entro il termine individuato dalla vigente normativa.

Tale documento evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

La valutazione della performance organizzativa costituisce "conditio sine qua non" per il conseguimento della retribuzione di risultato, tenuto conto delle fasce di performance, indicate nell'ordinamento aziendale, concordato con le OO.SS.

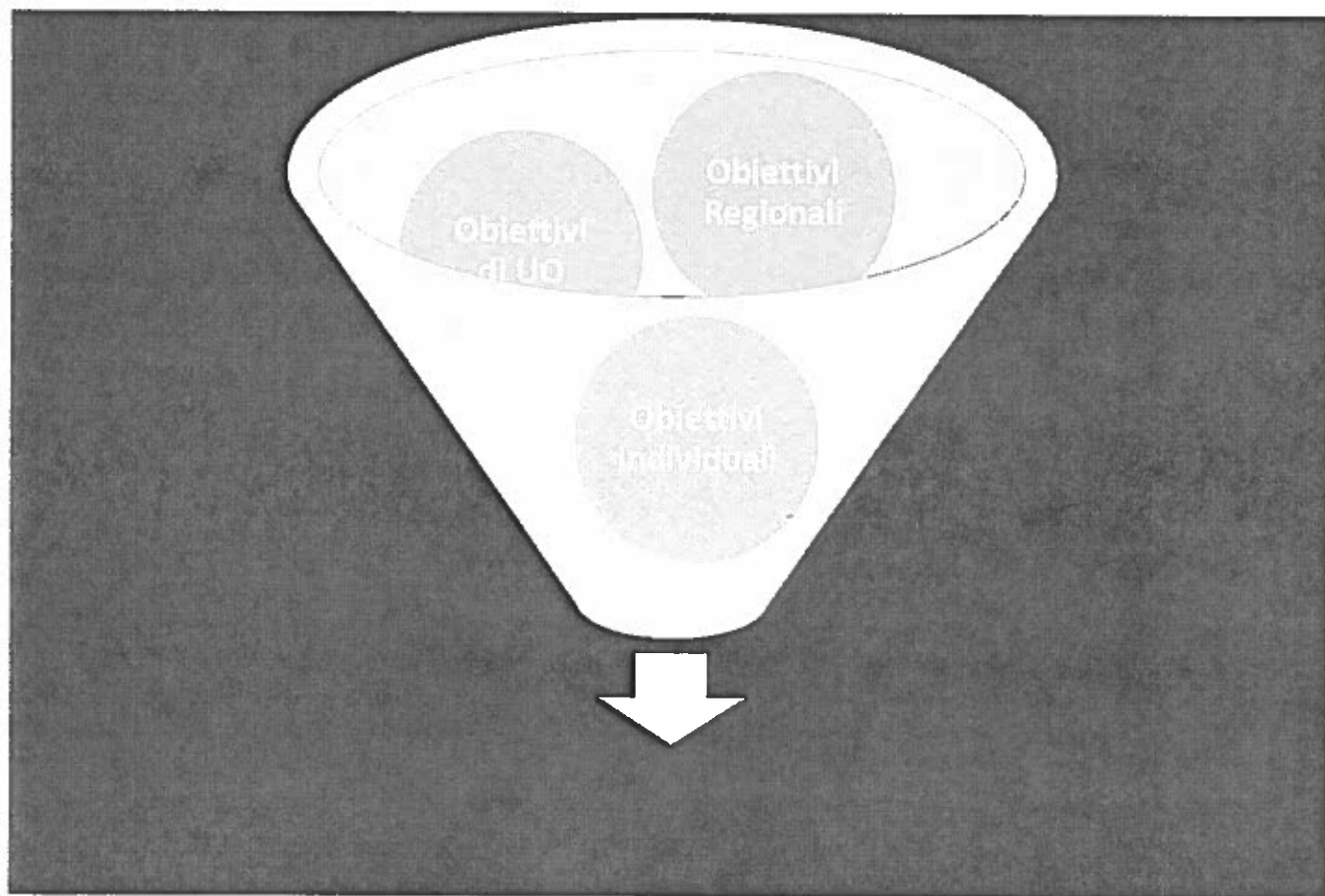


Figura 21 Le componenti della Performance organizzativa

15
LA VALUTAZIONE DELLA
PERFORMANCE INDIVIDUALE

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]

❖ VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

La valutazione della "performance individuale" è fortemente integrata con quella organizzativa, ed è finalizzata alla promozione ed alla crescita delle competenze delle risorse umane impiegate. In questa accezione, la performance individuale è declinata secondo tre dimensioni:

- ↓ il contributo individuale ai risultati della gestione;
- ↓ le conoscenze e le capacità/abilità agite;
- ↓ le competenze tecniche, che caratterizzano ciascuna professione.

In parallelo a questi due concetti di performance, si sviluppa il sistema premiante aziendale, che ha lo scopo di promuovere il miglioramento continuo delle prestazioni erogate e dei risultati conseguiti nell'anno, agendo sulla leva motivazionale, che si articola sia rispetto ai risultati gestionali (ossia al meccanismo di assegnazione e verifica degli obiettivi organizzativi), sia rispetto agli obiettivi individuali e ai percorsi di formazione e di crescita professionale. La valutazione della Performance individuale è estesa a tutti i dipendenti con contratto a tempo indeterminato e determinato ed ha periodicità annuale. Essa è effettuata dal diretto conoscitore dell'attività del valutato, come indicato nella tabella sottostante:

VALUTATO	VALUTATORE
Direttori di Dipartimento	Direttore Amministrativo o Sanitario Aziendale
Direttori/Responsabili UU.OO.CC. di Staff	Direttore Amministrativo o Sanitario Aziendale
Direttori di Struttura Complessa e di Struttura semplice a valenza dipartimentale	Direttore di Dipartimento a cui la struttura afferisce o in assenza Direttore Amministrativo o Sanitario Aziendale
Dirigenti di Struttura Semplice	Direttori di Struttura Complessa
Dirigenti Sanitari non medici	Direttori di profilo professionale analogo
Dirigenti titolari di incarico professionale	Direttori di Struttura Complessa
Titolari di Posizione Organizzativa, Coordinatore delle Professioni Sanitarie, Personale del comparto	Dirigente competente

Nel caso in cui, in corso d'anno, il valutato abbia svolto la propria attività lavorativa presso due o più strutture, la valutazione verrà effettuata dal Responsabile della Struttura presso cui il valutato ha prestato o prestato l'attività prevalente in termini temporali, coadiuvato dagli altri Responsabili.

Nel caso in cui, in corso d'anno, la responsabilità di una struttura sia stata affidata a più figure dirigenziali, il valutato sarà soggetto alla valutazione del Responsabile che dirige la Struttura alla data del 31.12. dell'anno a cui si riferisce la valutazione, congiuntamente alla valutazione intermedia svolta dal pregresso Responsabile.

L'obiettivo, collegato al processo della Trasparenza, è affidato al Responsabile della

Trasparenza e della Corruzione. Infatti, lo stesso, per le funzioni svolte, sarà il diretto responsabile del raggiungimento degli obiettivi specifici di ogni singolo dirigente.

Il responsabile della Trasparenza e della Corruzione, relazionerà sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione riferiti al decreto Legislativo n° 33/2013 e s.m.i., al Nucleo di Valutazione/OIV, dimostrando, nel caso di non raggiungimento dell'obiettivo di un dirigente, le azioni messe in atto nel corso dell'anno.

Il partecipare a gruppi di lavoro, commissioni, non esclude dal raggiungere gli obiettivi individuali nella propria struttura di competenza.

Il Direttore/Responsabile di U.O.C. nel proporre atti deliberativi, approvati dalla Direzione strategica, è tenuto al monitoraggio del processo oggetto di delibera.

La verifica e valutazione dei dirigenti rappresenta il rispetto delle disposizioni normative e contrattuali vigenti e della contrattazione integrativa aziendale; contribuisce all'incontro tra le finalità, la

cultura, la vision, e l'assetto dell'organizzazione e i valori, i bisogni e le competenze del professionista, in una modalità di diagnosi organizzativa e confronto fra le parti nell'ambito del governo del personale.

La valutazione sostiene il patrimonio delle risorse umane aziendali orientandone i comportamenti nell'area tecnico specialistica, organizzativa – gestionale e relazionale ed elaborando strategie e programmi per il mantenimento, il miglioramento e la valorizzazione delle competenze dei professionisti.

Non più rinviabile, l'utilizzo di un sistema informatico consente di governare i percorsi di valutazione aziendali delle competenze, del Collegio tecnico, dei neoassunti e delle posizioni organizzative per l'area del comparto, accedere allo storico delle valutazioni effettuate, raccogliere ed aggiornare la banca dati dei curricula professionali presenti in azienda ed esportare e stampare tutti i documenti.

La mappatura dei piani di miglioramento e sviluppo individuali, parte integrante delle schede di valutazione delle competenze, contribuisce all'analisi dei bisogni formativi per la programmazione aziendale della formazione trasversale e della formazione esterna, nonché alla possibilità di partecipazione a master e perfezionamenti universitari per i professionisti individuati. Inoltre, le aree di miglioramento programmate rispetto a una definizione degli obiettivi di apprendimento concordati e condivisi nella scheda di valutazione delle competenze definiscono, sviluppano e monitorano altre azioni di sviluppo professionale.

La valutazione e verifica del Collegio tecnico avviene nei modi, nei tempi e con gli effetti previsti dalla normativa di legge, dai contratti collettivi nazionali e dagli atti disposti dalla Direzione Strategica. Si rappresenta che il diritto di valutazione da parte del Collegio Tecnico (valutatore di II° Istanza è un diritto indissolubile del dirigente e del comparto di ogni area. La valutazione è per:

- a) tutti i dirigenti medici e della dirigenza sanitaria amministrativa professionale e tecnica (SPTA) alla scadenza dell'incarico conferito in relazione alle attività professionali svolte ed ai risultati raggiunti;
- b) dirigenti di nuova assunzione al termine del primo quinquennio di servizio;
- c) dirigenti che raggiungono l'esperienza professionale ultraquinquennale in relazione all'indennità di esclusività (solo per i dirigenti del ruolo sanitario, pertanto è esclusa la dirigenza APT);
- d) comparto.

La valutazione delle competenze è uno degli elementi raccolti ed esaminati dal Collegio tecnico di valutazione insieme a tutta la documentazione agli atti in azienda legata alla natura dell'incarico ricoperto (report su reclami ed elogi, report di soddisfazione degli utenti, schede di budget, ecc.) ed utile a determinare la redazione di un giudizio sulle attività svolte e sui risultati raggiunti dal professionista.

Secondo la logica dell'albero della performance gli obiettivi strategici vengono assegnati dalla Direzione strategica ai Direttori di Distretto, dei Presidi Ospedalieri, dei Dipartimenti e dei Servizi Centrali.

Successivamente, gli obiettivi vengono ribaltati dai Direttori delle singole Strutture sui Responsabili di Unità Operative Semplici e sui dirigenti con incarico professionale, nonché sul personale di comparto, secondo la metodologia definita "a cascata".

In aderenza alle suddette indicazioni regionali, gli obiettivi operativi sono declinati nelle sottostati aree corrispondenti ai livelli essenziali di assistenza

1 Oggetto della Valutazione individuale

La Valutazione della Performance Individuale, si differenzia per il livello di responsabilità assunto nell'Organizzazione.

I Direttori di Dipartimento, di Struttura Complessa e di Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale, saranno valutati per :

- il raggiungimento degli obiettivi assegnati e dal sistema Premiante assegnati alla propria struttura organizzativa entro il 31 gennaio di ogni anno in contemporanea con il Processo di budget ;
- la capacità di valutazione dei propri collaboratori dimostrata anche tramite una significativa differenziazione delle valutazioni;

- le competenze manageriali/ professionali dimostrate facendo riferimento ad uno specifico modello delle competenze

I Dirigenti di Struttura semplice saranno valutati per:

- il raggiungimento degli obiettivi dell'Unità organizzativa di appartenenza;
- gli obiettivi individuali e/o di gruppo
- la capacità di valutazione dei propri collaboratori dimostrata anche tramite una significativa differenziazione delle valutazioni;
- le competenze manageriali/professionali dimostrate facendo riferimento ad uno specifico modello delle competenze.

Dirigenti con incarico professionale saranno valutati per:

- il raggiungimento degli obiettivi assegnati e quindi al sottosistema Premiante ed assegnati alla propria struttura organizzativa;
- gli obiettivi individuali e/o di gruppo;
- le competenze manageriali/professionali dimostrate facendo riferimento ad uno specifico modello delle competenze

I dipendenti del comparto titolari di posizione organizzativa/coordinamento/comparto:

- il raggiungimento degli obiettivi assegnati e quindi al sottosistema premiante ed assegnati alla propria struttura organizzativa;
- il raggiungimento degli obiettivi individuali e/o di gruppo;
- le competenze trasversali e professionali dimostrate facendo riferimento ad uno specifico modello delle competenze

- 2 La misurazione degli obiettivi individuali si esplica per ambiti corrispondenti ai livelli di responsabilità ricoperti ai quali il sistema di misurazione della performance associa il peso conferito a ciascuna componente.

Per i criteri di applicazione ci si rifà al regolamento, concordato con le OO.SS., di cui alla competente delibera, presente sul sito 'ASL Napoli 3 sud , U.O.C. GRU, a cui si rimanda.

3 Schede di Valutazione

Le schede di Valutazione delle performance, sono quelle predisposte per gli anni precedenti, che si allegano e per i contenuti si rinvia alle stesse (Sp01, 02, 03, 04, 05 e 06).

In particolare:

- ✚ Risultati della struttura di appartenenza: riporta la sintesi del risultato degli obiettivi conseguiti dalla struttura di appartenenza del dipendente, con un punteggio espresso in termini percentuali.
- ✚ Obiettivi individuali o di gruppo: descrive gli obiettivi assegnati al singolo dipendente con il relativo indicatore e la ponderazione. In particolare, per ogni obiettivo viene indicato:
 - L'Obiettivo, che indica il risultato quantitativo da conseguire;
 - Il Valore dell'obiettivo, ossia il target prefissato;
 - Il valore minimo atteso, ossia il risultato minimo al di sotto del quale non viene considerato raggiunto neppure parzialmente;
 - Il Risultato raggiunto, ossia il risultato conseguito a fine anno;
 - % di raggiungimento;
 - Se il risultato raggiunto è maggiore o uguale al valore obiettivo (target), assume il valore 100%;
 - Se il risultato è compreso tra il valore obiettivo (target) e il risultato minimo atteso, viene calcolato come il rapporto tra (risultato raggiunto – valore minimo atteso)/(valore obiettivo – valore minimo atteso) espresso in termini percentuali;
 - Peso: è determinato a inizio anno dal valutatore che attribuisce l'obiettivo;
 - Totale: indica la percentuale di raggiungimento dei singoli obiettivi moltiplicati per i pesi assegnati.

↓ **Capacità di valutazione dei collaboratori** : descrive la capacità di valutazione dei collaboratori sulle competenze trasversali/manageriali dimostrate e sulle competenze tecniche specifiche.

La capacità di valutazione dei collaboratori è altro indice da considerare da parte del valutatore di 1° istanza.

↓ **Competenze manageriali e professionali dimostrate**: nella scheda di valutazione individuale ciascuna competenza manageriale e professionale da valutare è articolata in differenti aree. Per ogni area è riportato uno o più item, da valutare in riferimento al grading, al fine di mettere in condizione il valutatore di focalizzare la sua attenzione su una specifica competenza dimostrata dal valutato e quindi sulla qualità della sua performance lavorativa.

Ad ogni item è collegato un peso, predefinito in funzione della tipologia di profilo professionale. La valutazione può assumere valori che vanno da zero a cinque in relazione ai giudizi differenziati come nelle schede in allegato.

↓ **Competenze trasversali/professionali**: nella scheda di valutazione individuale ciascuna competenza trasversale e/o professionale da valutare è articolata in differenti aree. Per ogni area è riportato uno o più item, da valutare attraverso indicatori (domande) al fine di mettere in condizione il valutatore di focalizzare la sua attenzione su una specifica competenza dimostrata del valutato e quindi sulla qualità della sua performance lavorativa. Ad ogni item è collegato un peso, predefinito in funzione della tipologia di profilo professionale. La valutazione può assumere valori che vanno da zero a cinque in relazione ai giudizi differenziati come nelle schede in allegato.

Il totale della valutazione individuale si ottiene sommando la percentuale di raggiungimento dei punteggi delle singole macro voci della valutazione, pesate per il peso specifico di ciascuna di esse così come definite nella tabella .

Il processo di valutazione della ASL Napoli 3 Sud, si attua con le schede sp01, 02, 03, 04, 05, 06, che qui si allegano.

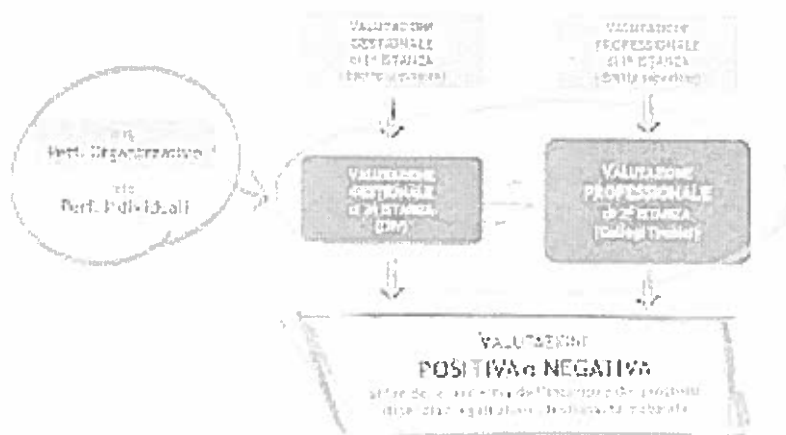


Figura 22 La valutazione

16

COERENZA P.P. E P.E.F.

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]
[Handwritten signature]

❖ **Coerenza tra il Piano della Performance e la Programmazione Economica Finanziaria**

Il Ciclo della performance è integrato con il processo di budget, costituendo l'uno la base degli indirizzi della programmazione aziendale e l'altro il vincolo alle risorse da assegnare nel rispetto dell'equilibrio economico di bilancio. La Direzione Strategica, pertanto, con la definizione degli obiettivi deve avviare il processo del budget che rappresenta lo strumento del sistema di controllo di gestione con il quale vengono assegnate a ciascun Centro di Responsabilità le risorse umane, strumentali e finanziarie finalizzate al raggiungimento degli obiettivi da perseguire



CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

[Handwritten signature]

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

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

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

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

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

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

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

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

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



ALLEGATI

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]
[Handwritten signature]

1 Schede di Valutazione – IN USO IN ASL NAPOLI 3 SUD (Sp01, 02, 03, 04, 05 e 06). ;

2 Schede di Valutazione Sp03 – Contendenti gli obiettivi concordati tra:

❖ **Scheda di Valutazione Sp03 Macroarea:**

- a. Dipartimento di Prevenzione;
- b. Dipartimento Salute Mentale;
- c. Dipartimento Tossico Dipendenze;
- d. Dipartimento Farmaceutico;
- e. Area Distrettuale;
- f. Area Ospedaliera.

❖ **Scheda di Valutazione Sp03 per Singola Struttura Operativa Complessa SERVIZI CENTRALI:**

- 1 Servizi Area Med/Vet e Sanitari;**
- 2 Servizi Area TAP**

A

10

Al

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

[illegible]

Legenda:

La presente Scheda si riferisce all'Unità Operativa nel suo complesso. Deve dunque essere compilata una scheda Per direzione UOC/UOSD e specifiche schede per strutture semplici se presenti.

[1] Indicare se UOC o UOSD e la denominazione della stessa.

[2] Indicare D per i dirigenti, C per il personale di comparto.

N.B. Il Direttore di UOC/ Responsabile UOSD indicherà tutto il personale dirigente e di comparto afferente alla UOC/ UOSD ed i Responsabili di UOS, se presenti.



ANNO 2017

RESPONSABILE UO:

[illegible]

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____





Legenda:

- [1] Indicare se UOC, UOSD, UOS e la denominazione della stessa N.B. PER LE VARIABILI NON DIPENDENTI IL RAPPORTO POTRA' ESSERE ELABORATO A FINE ANNO
- [2] Indicare le attività standard proprie dell'area
- [3] Riportare uno o più indicatori efficaci per la misura degli esiti dell'attività
- [4] Indicare il risultato raggiunto (valore degli indicatori per l'anno 2015)
- [4] Indicare il risultato atteso (valore degli indicatori atteso per l'anno 2016)



RESPONSABLE UOS:

DATA VALUTAZIONE FINALE

FIRMA DEL RESPONSABILE UOSD _____

	COGNOME E NOME	FIRMA
VALUTATORE DI 1° ISTANZA		

Legenda:

la presente Scheda si riferisce all'Unità Operativa nel suo complesso. Deve dunque essere compilata una scheda Per direzione UOC/UOSD e specifiche schede per strutture semplici se presenti.





L'assegnazione degli obiettivi è, di norma, effettuata con delibera del Commissario Straordinario, anche mediante l'uso della presente scheda (in questa fase vengono compilate solo le colonne fino a "Risultato atteso").

Il Direttore della Struttura, a cascata, individuerà gli obiettivi da assegnare alle strutture semplici (UOS). Gli obiettivi assegnati devono essere compresi nelle Aree Strategiche/Programmi operativi individuati dal Commissario Straordinario nel Piano della Performance cui l'Unità di appartenenza partecipa.

[1] Indicare se UOC, UOSD, UOS e la denominazione della stessa

[2] Si faccia riferimento al Piano della Performance

[3] Indicare gli specifici obiettivi, le azioni da mettere in campo per realizzare i programmi operativi cui l'U.O. partecipa.

[4] Indicare il peso assegnato all'obiettivo

[5] L'indicatore è lo strumento di misurazione degli esiti. In questa colonna va indicato il parametro di misura e non il suo valore, che sarà invece inserito nelle due colonne successive. Es.: per valutare l'appropriatezza di un ricovero si può scegliere come indicatore il "numero annuo di ricoveri da 0/1 giorno".

[6] Indicare il valore atteso per l'indicatore scelto.

[7] Indicare il valore effettivamente raggiunto dall'indicatore.






- [1] Indicare se UOC, UOSD, UOS e la denominazione della stessa.
- [2] Indicare se Capo Dipartimento, Direttore di UOC, Responsabile UOS/UOSD
- [3] Indicare se si ricoprono altre funzioni ad interim, se si partecipa a tavoli tecnici, commissioni aziendali, ecc. per cui non è previsto compenso aggiuntivo.
- [4] Si faccia riferimento al Piano della Performance e/o altri riferimenti normativi ed obblighi.
- [5] Indicare gli specifici obiettivi, le azioni da mettere in campo per realizzare i programmi operativi cui il dirigente partecipa.
- [6] Indicare il peso assegnato all'obiettivo.
- [7] L'indicatore è lo strumento di misurazione degli esiti. In questa colonna va indicato il parametro di misura e non il suo valore, che sarà invece inserito nelle due colonne successive. Es.: per valutare l'appropriatezza di un ricovero si può scegliere come indicatore il "numero annuo di ricoveri da 0/1 giorno".
- [8] Indicare il valore atteso per l'indicatore scelto.
- [9] Indicare il valore effettivamente raggiunto dall'indicatore.




PIANO DELLA PERFORMANCE

ANNO 2017

Dirigente valutato: Cognome _____ Nome _____

Matricola _____ Unità Operativa _____

CONCLUSIONI DEL VALUTATORE DI 1° ISTANZA

Punteggio totale _____ punti/ 100

Commenti descrittivi del valutato

Commenti del valutatore di 1° istanza

Data colloquio finale / /

Firma del valutato

Firma del valutatore di 1° istanza

VALUTAZIONE COMPLESSIVA E GIUDIZIO FINALE NEL NUCLEO DI VALUTAZIONE

Il Nucleo di Valutazione esaminata la documentazione inerente al procedimento valutativo e constatane la correttezza si esprime:

Punteggio totale _____ punti/ 100

Eventuale contenzioso SI ☐ NO ☐

Sintesi controdeduzioni del valutato

Giudizio definitivo POSITIVO

☐ NEGATIVO

☐

Data / /

Firma del Presidente del NdV/OIV

[Handwritten signatures]

PIANO DELLA PERFORMANCE

ANNO 2017

UNITA' OPERATIVA
DIPENDENTE (Cognome e Nome)
MATRICOLO
Ruolo
Figura

incarico di Posizione Organizzativa [1]
incarico di Coordinamento [2]

DATA ASSEGNAZIONE OBIETTIVI

/ /

progetti, programmi o piani di lavoro [3]	OBIETTIVI SPECIFICI/AZIONI [4]	PESO [5]	INDICATORI [6]	RISULTATO ATTESO [7]	ESITO [8]	NOTE
TOTALE PESO		100				

DATA VALUTAZIONE FINALE

/ /

FIRMA DEL DIPENDENTE VALUTATO (PER ACCETTAZIONE)

		COGNOME E NOME	FIRMA
--	--	----------------	-------

VALUTATORE DI 1° ISTANZA




Legenda:

La presente Scheda si riferisce al singolo dipendente del personale di comparto e riporta i programmi operativi (sp.02 sp.3) cui lo stesso partecipa secondo le disposizioni del dirigente sovraordinato, le specifiche azioni/obiettivi messi in campo per raggiungere i risultati, il peso di ciascuno, gli indicatori, i risultati attesi, gli esiti.

- [1] Indicare se si ricoprono incarichi di Posizione Organizzativa
- [2] Indicare se si ricoprono funzioni di coordinamento
- [3] Si faccia riferimento al Piano della Performance e/o singoli adempimenti normativi.
- [4] Indicare gli specifici obiettivi, le azioni da mettere in campo per realizzare i programmi operativi cui il dipendente partecipa.
- [5] Indicare il peso assegnato all'obiettivo.
- [6] L'indicatore è lo strumento di misurazione degli esiti. In questa colonna va indicato il parametro di misura e non il suo valore, che sarà invece inserito nelle due colonne successive.
- [7] Indicare il valore atteso per l'indicatore scelto.
- [8] Indicare il valore effettivamente raggiunto dall'indicatore.



U.O. C. Acquisizione beni e servizi

RESPONSABILE UOC: Dott.ssa Rosaria Comito

DATA ASSEGNAZIONE OBIETTIVI Piano della Performance 2016-17-18 Del 6/2/16

AREA STRATEGICA / PROGRAMMI OPERATIVI [2]	OBIETTIVI SPECIFICI / AZIONI [3]	PESO [4]	INDICATORI [5]	RISULTATO ATTESO [6]	ESITO (da pubblicare nel 2019) [7]	NOTE
Area 2 Razionalizzazione dei flussi produttivi / Programma di Razionalizzazione della spesa	Implementazione del processo di gestione della liquidazione	10	Definizione di una procedura	SI=100% No=0		
Area 3 Razionalizzazione dei flussi produttivi / Programma di Razionalizzazione della spesa	Monitoraggio del numero dei giorni per la liquidazione delle fatture	20	Liquidazione dopo aver acquisito l'attestato regolare (fornitura)	Tempi fissati: giorni 0/11 = 100%; giorni 12/25 = 80%; giorni 26/35 = 50%; + 35 giorni di ritardo = 0		
Area 3 Razionalizzazione dei flussi produttivi / Programma di Razionalizzazione della spesa	Collaborazione con altre Aziende sanitarie per ottimizzare i flussi di ricoveri e di affiliazioni	20	Numero proposte gare in aggregazione	Da 1 a 3=100%; < 1=0		
Area 3 Razionalizzazione dei flussi produttivi / Programma di Razionalizzazione della spesa	Realizzazione Piano 2015	20	Caricamento dati	SI=100% No=0		
Area 3 Razionalizzazione dei flussi produttivi / Programma di Razionalizzazione della spesa	Realizzazione controlli in proprio	20	Numero dati caricati	3 gare = 100%; 2 gare=85%; 1 gara=50%; 0 gare=0		
Area 4 Razionalizzazione della contabilità / Piano della Razionalizzazione della contabilità / Programma di Razionalizzazione della contabilità	Ripartizione degli elementi contabili nel piano contabile / Ragione sociale / 1/2/2015	5	Calendario flussi contabili documentati in base all'aggiornamento personale, migliorando la qualità dei dati	SI=100% No=0		
Area 5 Razionalizzazione dei flussi produttivi / Programma di Razionalizzazione della contabilità	Realizzazione Piano 2015	5	Tempestività consegna schede	SI=100% No=0		
TOTALE PESO		100				

DATA VALUTAZIONE FINALE

FIRMA DEL RESPONSABILE UOC

Rosaria Comito
FIRMA

VALUTATORE DI 1° ISTANZA	COGNOME E NOME	FIRMA
		ASL NAPOLI 3 SUD Il Direttore Amministrativo Dott. Domenico Concilio

Legenda:

La presente Scheda si riferisce all'Unità Operativa nel suo complesso. Deve dunque essere compilata una scheda per direzione UOC/UOSD e specifiche schede per strutture semplici se presenti.

1. Assegnazione degli obiettivi è, di norma, effettuata con delibera del Comitato Straordinario, anche mediante l'uso della presente scheda (in questa fase vengono compilate solo le colonne fino a "Ritultato atteso").

2. Direttore della struttura, a cascata, individua gli obiettivi da assegnare alle strutture semplici (UOS). Gli obiettivi assegnati devono essere compresi nelle Aree Strategiche/Programmi operativi individuati dal Comitato Straordinario nel Piano della Performance cui l'Unità di appartenenza partecipa.

[1] Indicare se UOC, UOSD, UOS e la denominazione della stessa

[2] Si faccia riferimento al Piano della Performance

[3] Indicare gli specifici obiettivi, le azioni da mettere in campo per realizzare i programmi operativi cui l'UO partecipa

[4] Indicare il peso assegnato all'obiettivo

[5] L'indicatore è lo strumento di misurazione degli esiti. In questa colonna va indicato il parametro di misura e non il suo valore, che sarà invece inserito nelle due colonne successive. Es.: per valutare l'appropriatezza di un ricovero si può scegliere come indicatore il "numero annuo di ricoveri da 0/1 giorno"

[6] Indicare il valore atteso per l'indicatore scelto.

[7] Indicare il valore effettivamente raggiunto dall'indicatore.

23/05/2018

[Firma]

[Firma]

PIANO DELLA PERFORMANCE

ANNO 2018

UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA: Affari Generali

RESPONSABILE: Dr.ssa Camela FRONTOSSO

AREA STRATEGICA / PROGRAMMI OPERATIVI	OBIETTIVI SPECIFICI / AZIONI	PESO	INDICATORI	RISULTATO ATTESO	ESITO	NOTE
Preparazione della cartazione e Piano di Trasparenza e dell'Integrità	Corretta e completa pubblicazione degli atti	10	Publicazione atti entro 10 giorni dall'adozione/finale atti adottati	SI = 100 % No = 0		
Governo del sistema - Governance e monitoraggio degli adempimenti	Rispetto dei tempi dei procedimenti dal momento della acquisizione degli atti necessariamente propedeutici	10	N. procedimenti assunti nei termini tempestivi assegnati/totale degli adempimenti	SI = 100 % No = 0		
Governo del sistema - Governance e monitoraggio degli adempimenti	Deliberazione n. 430 del 31 maggio 2018 di approvazione e adozione del regolamento per le funzioni dell'Ufficio Ragione Aziendale	25	avvio delle procedure per l'istituzione del regolamento	SI = 100 % No = 0		
Governo del sistema - Governance e monitoraggio degli adempimenti	Deliberazione n. 499 del 19 giugno 2018 - rinodulazione linee di attività della U.O.C. Affari Generali	25	Prerogative in carico gestione amministrativa del patrimonio immobiliare aziendale e avvio verifica di congruità dei corrispettivi delle locazioni attive	SI = 100 % No = 0		
Governo del sistema - Governance e monitoraggio degli adempimenti	Convenzioni, formalmente individuate dalla Direzione Strategica, su specifici servizi erogati	10	N. convenzioni regolarizzate entro 30 GG dalla sottoscrizione N. convenzioni totali sottoscritte dalla Direzione aziendale	SI = 100 % No = 0		
Trasparenza e anticorruzione	Deliberazione 179 del 14 febbraio 2018	10	Adempimenti delibera	SI = 100 % No = 0		
Valutazione	Inizio schede 1 ^a istanza entro il 31 gennaio 2019, invio schede performance 2018 entro i termini indicati dalla Direzione Strategica	10	procedimenti assunti nei termini temporali assegnati/totale degli adempimenti	SI = 100 % No = 0		
TOTALE PESO		100				

FILIA DEL RESPONSABILE UOC: Dr.ssa Camela FRONTOSSO

Frontosso

COGNOME E NOME

FIRMA

6/07/18

ASL-NAPOLI 3 SUD

Il Direttore Amministrativo
Dott. Domenico Cincillo

[Signature]

[Signature]

[Signature]

REGIONE COMUNITARIA
SARDEGNA

Scheda di Valutazione Unità Operativa

SCHEDA S.P./03-2018

PIANO DELLA PERFORMANCE

ANNO 2018

UNITA' OPERATIVA COMPLESSA AFFARI LEGALI

DIRETTORE UOC. AVV. PELUSO ROSA ANNA

AREA STRATEGICA / PROGRAMMI OPERATIVI(2)	OBIETTIVI SPECIFICI/AZIONI (3)	PESO (4)	INDICATORI (5)	RISULTATO ATTESO (6)	ESITO (OA COMPARARE NEL 2018) (7)	NOTE
ATTIVITA' GIUDIZIALE	GESTIONE DELLE PROCEDURE RELATIVE AL CONTENZIOSO: TRASMISSIONE DEGLI ATTI NOTIFICATI ENTRO 3/5 GIORNI. SOLLECITO IN CASO DI MANCATO RISCOVRO NEI TERMINI INDICATI. COSTITUZIONE IN GIUDIZIO NEI CASI IN CUI SI RAVVISI L'OPPORTUNITA' DI NON SOCCOMBENZA DELL'ASL NOTA DI NON OPPOSIZIONE/NON COSTITUZIONE MOTIVATA	10	N. DEGLI ATTI NOTIFICATI E TRASMESSI AI FINI ISTRUTTORI NEI TERMINI INDICATI. N. DELLE RELAZIONI PERVENUTE. N. DI COSTITUZIONI. N. DI NOTE DI NON OPPOSIZIONE /NON COSTITUZIONE MOTIVATE	DA 90% /100% =100% DA 70% A 89% = 50% <70% / 100% = 0		ANALISI PROCESSO SEQUENZE COMPORTAMENTALI
PROCEDURE ESECUTIVE	COMPLETARE ENTRO L'ANNO 2018 LE PROCEDURE ESECUTIVE PENDENTI RELATIVE AD ANNI PREGRESSI. COSTITUZIONE DELL'ASL. N. DI ATTI DI INTERVENTO CON O SENZA TITOLO SPIEGATI NELLE PROCEDURE. N. ATTI DI COSTITUZIONE PER DISCONOSCERE IL CREDITO. ACQUISIRE LE RELATIVE ORDINANZE DI ASSEGNAZIONE E IL PIANO DI RIPARTO DA TRASMETTERE ALL'UOC GEF PER IL SEGUITO DI COMPETENZA. N. DI ATTI DI PRECETTO NOTIFICATI NEL'ANNO 2018, LE PROCEDURE INDIVIDUATE ED ATTUATE PER CONTRASTARLI. ESITO. N. DI ATTI DI PIGNORAMENTO, DI ATTI DI ESTENSIONE IN PIGNORAMENTO, NOTIFICATI NEL'ANNO 2018 E RELATIVI ATTI DI INTERVENTO CON E SENZA TITOLO. PROCEDURE INDIVIDUATE ED ATTUATE PER CONTRASTARLI. ESITO	10	N. DI ATTI NOTIFICATI E TRASMESSI AI FINI ISTRUTTORI NEI TERMINI INDICATI INANZI, N. DI RELAZIONI PERVENUTE. N. DI COSTITUZIONI/DISCONOSCIMENTO DEL CREDITO RISPETTO AGLI ATTI ESECUTIVI NOTIFICATI. N. DI PROCEDURE TRASATTE. N. DI PIGNORAMENTI NON ISCRITTI A RUOLO. N. DI PROCEDURE ESTINTE PER DICHIARAZIONE NEGATIVA DELL'ISTITUTO TESORIERE. ESITI COMUNICATI ALL'UOC GEF PER IL SEGUITO DI COMPETENZA	DA 90% / 100% = 100% DA 70% A 89% = 50% <70% = 0		ANALISI PROCESSO SEQUENZE COMPORTAMENTALI

ATTIVITA' DI RECUPERO CREDITO E SFRAATTO PER MOROSITA' O PER OCCUPAZIONE ABUSIVA ATTIVITA' DI PREVENZIONE DEL CONTENZIOSO	N. DI GIUDIZI INTRAPRESI PER RECUPERO CREDITO NEGLI ANNI PREGRESSI. ESITO. N. DI GIUDIZI INTRAPRESI PER RECUPERO CREDITO NELL'ANNO 2018. ESITO. N. DI GIUDIZI PER SFRAATTO PER MOROSITA' O PER OCCUPAZIONE ABUSIVA CONCLUSI NELL'ANNO 2018. ESITO. N. DI GIUDIZI PER SFRAATTO PER MOROSITA' O PER OCCUPAZIONE ABUSIVA INTRAPRESI NELL'ANNO 2018. ESITO. PARERI DI CONFORMITA' DELLE PARCELLE DI AVVOCATI ESTERNI INCARICATI DAI DIPENDENTI O DALL'ASL AL TARUFFARIO VIGENTE. MEDIAZIONE EX ART. 5 COMMA 1 BIS DEL D. LGS N. 28/2010	10	RAPPORTO TRA LE RICHIESTE DA SODDISFARE E L'ATTIVITA' ESEGUITA	DA 90% / 100% = 100% DA 70% A 89% = 50% <70% = 0	ANALISI PROCESSO SEQUENZE COMPORTAMENTALI
GIUDIZIO DI OTTEMPERANZA	PROCEDURE ATTIVATE PER EVITARE LA NOMINA DEL COMMISSARIO AD ACTA. N. DI COSTITUZIONI IN GIUDIZIO. ESITO. N. DI NON COSTITUZIONI PER MANCATO RISCONTRO ALLE RICHIESTE ISTRUTTORIE. N. DI SENTENZE CHE HANNO DISPOSTO LA NOMINA DEL COMMISSARIO AD ACTA PER INOTTEMPERANZA DELL'ASL.	10	N. DI ATTI NOTIFICATI E TRASMESSI AI FINI ISTRUTTORI NEI TERMINI INDICATI INNANZI. N. DI RELAZIONI PERVENUTE. N. DI COSTITUZIONI. ESITO. N. DI NON COSTITUZIONI. N. DI SENTENZE CON NOMINA DI COMMISSARIO AD ACTA	DA 100% / 100% = 100% DA 80% A 99% = 50% <80% = 0	ANALISI PROCESSO SEQUENZE COMPORTAMENTALI
ATTIVITA' DI SUPPORTO ALLE ARTICOLAZIONI AZIENDALE. TAVOLI TECNICI. COMMISSIONI: 7301/2001-CCAA. ED ALTRI TAVOLI CONVOCATI NELL'ANNO 2018 DALLA DIREZIONE STRATEGICA	CONSULENZE E PARERI	10	RAPPORTO TRA LE RICHIESTE DA SODDISFARE E L'ATTIVITA' ESEGUITA	DA 90% / 100% = 100% DA 70% A 89% = 50% <70% = 0	ANALISI PROCESSO SEQUENZE COMPORTAMENTALI

PIATTAFORMA LEGAL APP	CARICAMENTO SULLA PIATTAFORMA LEGAL APP DEI DATI RELATIVI AL CONTENZIOSO ANNO 2019 CON INDICAZIONE DEL RISCHIO DI SOCCOMBENZA. CARICAMENTO SULLA PIATTAFORMA LEGAL APP DEI DATI RELATIVI AL CONTENZIOSO ANNI 2010-2011-2012-2013-2014-RELATIVI AI GIUDIZI ANCONA PENDENTI CON INDICAZIONE DEL RISCHIO DI SOCCOMBENZA.	10	RAPPORTO TRA LE RICHIESTE DA SODDISFARE E L'ATTIVITA' ESEGUITA	DA 90% / 100% = 100% DA 70% A 89% = 50% <70% = 0	ANALISI PROCESSO SEQUENZIALE COMPONENTIALI
PIATTAFORMA LEGAL APP. MODULO INTEGRATIVO PER LA GESTIONE ED IL MONITORAGGIO DEGLI ERRORI IN SALITA'	CARICAMENTO SU PIATTAFORMA LEGAL APP DEI DATI RELATIVI AL CONTENZIOSO AD OGGETTO ERRORI IN SALITA'	10	RAPPORTO TRA LE RICHIESTE DA SODDISFARE E L'ATTIVITA' ESEGUITA	DA 90% / 100% = 100% DA 70% A 89% = 50% <70% = 0	ANALISI PROCESSO SEQUENZIALE COMPONENTIALI
DEI RICHIEDENTI AL LA CORTE DEI CONTI PER INSEDIAMENTO COMPLESSIVO AD ACTA	DEI RICHIEDENTI AL LA CORTE DEI CONTI PER INSEDIAMENTO DE/RICHIEDENTI ANNO 2016.	10	RAPPORTO TRA LE RICHIESTE DA SODDISFARE E L'ATTIVITA' ESEGUITA	DA 90% / 100% = 100% DA 70% A 89% = 50% <70% = 0	ANALISI PROCESSO SEQUENZIALE COMPONENTIALI
RELAZIONE REFERENTE RISPONSALE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	ANNUALE	10	IL 1 RELAZIONE	90% / 100% = 100%	ANALISI PROCESSO SEQUENZIALE COMPONENTIALI
ADEMPIMENTI PREVISTI DAL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA EX DELIBERA N. 170 DEL 17/2/15	ADEMPIMENTI SICONFID LE DATE STABILITE DALLA DELIBERA N. 170/18	10	ADEMPIMENTI: SI/NO	DA 90% / 100% = 100% DA 70% A 89% = 50% <70% = 0	ANALISI PROCESSO SEQUENZIALE COMPONENTIALI
TOTALE PESO		100			

FIRMA DEL DIPENDENTE VALUTATO (PER ACCETTAZIONE)

[Signature]

DATA VALUTAZIONE FINALE

COGNOME E NOME

FIRMA

ASL NAPOLI 3-GRUPPO

Il Direttore Amministrativo

Dot. Domenico Cuccillo

29/05/2015

[Signature]

[Signature]

UNITA' OPERATIVA (direzionale amministrativa oo.rr. area nolana):

DIRETTORE UOC: DR.SSA A.VICINO

PIANO DELLA PERFORMANCE

ANNO 2018

AREA STRATEGICA / PROGRAMMI OPERATIVI [2]	OBIETTIVI SPECIFICI / AZIONI [3]	PESO [4]	INDICATORI [5]	RISULTATO ATTESO [6]	ESITO (da pubblicare nel 2017) [7]	NOTE
OTTIMIZZAZIONE ACQUISTO BENI E SERVIZI	RAZIONALIZZARE LA SPESA DI BENI E SERVIZI OTTIMIZZANDO GLI ACQUISTI IN TEMAMI DI QUALITA' E COSTI UNITARI	20	N/A REPORT TRIMESTRALI DA TRASMETTERE ALL'ASB ENTRO LA FINE DEL MESE SUCCESSIVO AL	SÌ 100% NO 0%		
CONTENIMENTO DELLA SPESA PER IL PERSONALE DIPENDENTE	RIDUZIONE DI PRESTAZIONI DI LAVORO STRADORDINARIO	25	REDUZIONE DEL 20% RISPETTO AL 2015	SÌ 100% NO 0%		
GESTIONE PERSONALE SPECIALISTI AMBULATORIALI	CONTROLLO ED APPLICAZIONE DELLE NOMINE CONTRATTUALI PER GLI SPECIALISTI AMBULATORIALI ED INSERIMENTO VARIABILI SINDACALI	10	RAPPORTI TRIMESTRALI	SÌ 100% NO 0%		
INTEGRO CUPATI CODICI RUANCHI DI PRODOTTO SPOCCOERO	INVIO LISTE DI CARICO CODICI RUANCHI NON PARTECIPANTI	20	AUTORIZZAZIONE ALLA FASE PRECOATTIVA E COATTIVA	SÌ 100% NO 0%		
ISTITUZIONE DEL PREGONFENZIOSO E DEL CONTINGENTOSO PER LE AREE DI COMPETENZA	ISTRUTTURA COMPLETA DELLE PRATICHE	20	PREDISPOSIZIONE DETERMINA DI LIQUIDAZIONE	SÌ 100% NO 0%		
TOTALE PESO		100				

DATA VALUTAZIONE FINALE**FIRMA DEL RESPONSABILE UOC**

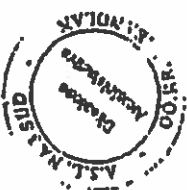
CC-GNOME E NOVA

VALUTATORE DI 1° ISTANZA

FIRMA
ASTRAPOLIS SUD

~~Bibliothèque Municipale~~

29/05/2018



PERFORMANCE ORGANIZZATIVA UOC FAP:	Ottimizzazione del flusso dei necessari alla UOC responsabile del procedimento per la valutazione della performance e dei dirigenti	5%	Rispetto tempi di consegna schede per la valutazione dei dirigenti di 1 ^a istanza entro il 31/01/19 Rispetto dei tempi di consegna stabiliti dalla Direzione aziendale delle schede della performance	SI=100% NO=0		
PERFORMANCE ORGANIZZATIVA UOC FAP:	Messa a regime della piattaforma per l'e-Learning recentemente acquisita	20%	Utilizzo della formazione a distanza per l'erogazione dei corsi di formazione obbligatori ai sensi del DLgs 81/08	realizzazione da 2 a 3 corsi di formazione a distanza = 100% 1 corso = 0		
PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE: PIANO DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITA' Obiettivi Piano triennale Prevenzione della Corruzione /	Obiettivi definiti nella delibera n.370 del 2018	10%	Rispetto degli obblighi contenuti nel Piano della Performance 2018	SI = 100% NO = 0		
PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE: PIANO DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITA' Obiettivi Piano triennale Prevenzione della Corruzione / Obblighi UOC FAP	Formare il personale di nuova assunzione sulle tematiche della prevenzione e contrasto alla corruzione. Proseguire la formazione sull'etica già realizzata nel 2017 per aree specifiche a rischio corruzione	15%	Realizzazione di 1 corso di formazione	SI = 100% NO = 0	U.D.C. Formazione e Sviluppo Risorse Umane Il Direttore Responsabile Dott.ssa Emilia De Mofaco	

DATA VALUTAZIONE FINALE

FIRMA DEL RESPONSABILE UOC/UOSD/UOS

COGNOME E NOME

VALUTATORE DI 1^a ISTANZA

ASL N°4 P.I. 3 SUP
Il Direttore Amministrativo
Dott. Domenico Concilio

29/05/2018

PIANO DELLA PERFORMANCE

ANNO 2018

UNITA' OPERATIVA [1]: U.O.C. GABINETTO

DIRETTORE U.O.C. dr. MARCO TULLO

DATA ASSEGNAZIONE OBIETTIVI

Deliberazione del Direttore Generale n.

AREA STRATEGICA 04 / PROGRAMMI OPERATIVI [2]	OBIETTIVI SPECIFICI / AZIONI [3]	PESO [4]	INDICATORI [5]	RISULTATO ATTESO [6]	ESITO (da pubblicare nel 2018) [7]	NOTE
1) Pubblicazione di direttive, circolari, programmi ed istruzioni emanati dall'amministrazione e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti ovvero nel quale si determina l'interpretazione di norme giuridiche che le riguardano o si dettano disposizioni per l'applicazione di esse, ivi compresi i codici di condotta.	Ricognizione degli atti emanati dalla Direzione Strategica	1,1	Numero atti	Trasmissione atti alla U.O.C. Relazioni con il pubblico (100% degli atti)		Variable non dipendente
2) Pubblicazione dei dati relativi: a) all'articolazione dell'U.O.C. Gabinetto, le competenze e le risorse a disposizione anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici; b) all'illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'ufficio, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche; c) collaborazione con il Responsabile della Trasparenza; conferimento dati flussi informativi riferiti a conferimento di nuovi incarichi dirigenziali	Rispetto adempimenti allegato 1/a 1/b Programma trasparenza - Ricognizione delle risorse umane, delle competenze	1,1	Trasmissione dati alla U.O.C. Relazioni con il Pubblico	Garantire almeno un aggiornamento annuale		Variable non dipendente
3) Pubblicazione tutte le informazioni e i dati concernenti le procedure di conferimento degli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo.	Allegato 1/a programma trasparenza - Ricognizione degli atti	1,1	Numero atti	Trasmissione atti/provvedimenti alla U.O.C. Relazioni con il pubblico per la conseguenziale pubblicazione (100% adempimenti previsti)		Variable non dipendente
4) Pubblicazione dei dati relativi alle tipologie di procedimento di competenza dell'U.O.C. Gabinetto	Allegato 1/a programma trasparenza - Aggiornamento dei dati	1,1	Completazione scheda per la pubblicazione	Pubblicazione sul link dell'U.O.C. Gabinetto		Variable non dipendente
5) Pubblicazione dei risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi dei procedimenti e delle procedure afferenti l'U.O.C. Gabinetto effettuato ai sensi dell'articolo 1, comma 28, della legge 6 novembre 2012, n. 190.	Monitoraggio dei procedimenti afferenti l'U.O.C. Gabinetto	1,1	Predisposizione di schema riassuntivo al 31 dicembre 2017	Pubblicazione sul link dell'U.O.C. Gabinetto		Variable non dipendente

de R

MA

6) Trasmissione alla U.O.C. Relazioni con il Pubblico ai fini della pubblicazione sul link "RILEVY", unitamente agli atti cui si riferiscono, dei rilievi non recepiti dagli organi di controllo interno, degli organi di revisione amministrativa e contabile e tutti i rilievi ancorché recepiti dalla Corte dei conti, riguardanti l'organizzazione e l'attività dell'amministrazione o di singoli uffici.	Allegato 1/a programma trasparenza - Ricognizione degli atti	1.1	Numero di atti	Trasmissione alla U.O.C. Relazioni con il Pubblico per la conseguenziale pubblicazione sullo specifico link del portale aziendale (trasmissione 100%)	Variable non dipendente
7) Pubblicazione, nella ipotesi di adozione di provvedimenti contingibili e urgenti e in generale provvedimenti di carattere straordinario in caso di calamità naturali o di altre emergenze, ivi comprese le amministrazioni commissariati e straordinarie costituite in base alla legge 24 febbraio 1992, n. 225, o a provvedimenti legislativi di urgenza, dei seguenti atti: a) i provvedimenti adottati, con la indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti; b) i termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari; c) il costo previsto degli interventi e il costo effettivo sostenuto dall'amministrazione; d) le particolari forme di partecipazione degli interessati ai procedimenti di adozione dei provvedimenti straordinari.	Allegato 1/a programma trasparenza - Ricognizione degli atti	1.1	Numero di atti	Trasmissione alla U.O.C. Relazioni con il Pubblico per la conseguenziale pubblicazione sullo specifico link del portale aziendale (100% degli atti)	Variable non dipendente
8) Monitoraggio regolamenti aziendali adottati nel 2018	Allegato 1/a programma trasparenza - Ricognizione degli atti	1.1	Numero atti	Trasmissione dei regolamenti adottati alla U.O.C. Relazioni con il Pubblico	Variable non dipendente
9) Relazione del referente al Responsabile della Prevenzione della corruzione	Predisposizione relazione	1.1	Numero atti	Trasmissione relazione al Responsabile della Prevenzione della corruzione	Variable non dipendente
10) Pubblicazione riferimenti normativi con i relativi link alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normativa" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni		1.1	Numero atti		Variable non dipendente
11) Pubblicazione del C.V. Direttore U.O.C. Gabinetto del Direttore Generale, del Direttore Amministrativo e dei Componenti del Collegio Sindacale; Pubblicazione situazione patrimoniale, reddituale (limitatamente al Direttore Generale), dichiarazione di incompatibilità (Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario, Collegio Sindacale)		1.1	Numero atti		Variable non dipendente
12) Aggiornamento annuale – indicazione del soggetto cui è attribuito, in caso d'inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con l'indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale		1	Numero atti		Variable non dipendente

13) Per ciascun titolare di incarico: - Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico; - Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo; - Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato); - Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici. Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità dell'incarico; Dichiarazione sull'insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico; - Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico; - Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica		1	Numero atti			Variable non dipendente
14) Pubblicazione schede performance SPD1, SPD2, SPD3; - Trasmissione al Collegio Tecnico delle schede di valutazione I Istanza - Gestione manageriale - entro il 31.01.2019		5	Numero atti			Variable non dipendente
15) Ricognizione Regolamenti aziendali dal 2009 all'attualità	Compilazione Report per la Direzione strategica	80				Variable non dipendente
16) Aggiornamento della piattaforma on-line della Struttura come suddivisa nelle relative sezioni: a) STRUTTURA b) PERSONALE c) ELENCO DEI PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI d) REGOLAMENTI PRODOTTI DALLA STRUTTURA e) MODULISTICA IN USO f) BUDGET ASSEGNATO g) DETERMINE DIRIGENZIALI		0,9	Numero atti			Variable non dipendente
TOTALE PESO		100				

DATA VALUTAZIONE FINALE

FIRMA DEL DIRETTORE UOC GABINETTO DR. MARCO TULLO

Luca Basso

VALUTATORE DI 1° ISTANZA	COGNOME E NOME	FIRMA
--------------------------	----------------	-------

ASL NAPOLI 3 SUB
IT Direttore Amministrativo
Dott. Domenico Concilio

25/05/2018

Legenda:

La presente Scheda si riferisce all'Unità Operativa nel suo complesso. Deve dunque essere compilata una scheda Per direzione UOC/UCSD e specifiche schede per strutture semplici se presenti.

PIANO DELLA PERFORMANCE

ANNO 2018

UNITA' OPERATIVA: UOC Gestione Economico Finanziaria

DIRETTORE UOC: Dott.ssa Anna Alfieri

DATA ASSEGNAZIONE OBIETTIVI Piano della Performance 2017-18-19

AREA STRATEGICA / PROGRAMMI OPERATIVI [2]	OBIETTIVI SPECIFICI / AZIONI [3]	PESO [4]	INDICATORI [5]	RISULTATO ATTESO [6]	ESITO (da pubblicare nel 2019) [7]	NOTE
Area economico-finanziaria	Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio	50	Allineamento dei conti di reddito a costi/ricavi ai conti numerari debiti/crediti	100%		
Area economico-finanziaria	PAC: verifica partitari fornitori e partitari ASL NA 3 SUD	15	Inviati inoltrati e riconciliazioni effettuate	>70% = 100% da 40% a 69% = 80% <40% = 0		
Area economico-finanziaria	Tempi di pagamento	15	N° giorni intercorrenti tra data fattura e data pagamento. Variabile dipendente da processo di liquidazione	> 60% fatture pagate nei termini=100% da 40% a 59% fatture pagate nei termini=80% <40% fatture pagate nei termini=0%		
Area economico-finanziaria	Allineamento contabilità aziendale e e Piattaforma Crediti Commerciali	10	Percentuale di allineamento	>90=100% da 60% a 89% =80% <60%=0%		
Area dell'anticorruzione e della trasparenza	Obblighi Piano Triennale della Corruzione	10	Pubblicazione Determине Dirigenziali nella pagina WEB della UOC Gestione Economico Finanziaria	>85%= 100%		
TOTALE PESO		100				

DATA VALUTAZIONE FINALE

IL RESPONSABILE UOC

ASL NAPOLI 3 SUD
U.O.C. SERVIZIO
Il Direttore Amministrativo
Dott. Anna Alfieri

VALUTATORE DI 1° ISTANZA

COGNOME E NOME

ASL NAPOLI 3 SUD
Il Direttore Amministrativo
Dott. Domenico Concilio

25/05/2018

UNITA' OPERATIVA COMPLESSA: GESTIONE RISORSE UMANE

DIRETTORE UOC: Dr. Giuseppe ESPOSITO

DATA ASSEGNAZIONE OBIETTIVI Piano della Performance 2016-17-18 Del 62/16

AREA STRATEGICA / PROGRAMMI OPERATIVI [2]	OBIETTIVI SPECIFICI / AZIONI [3]	PESO [4]	INDICATORI [5]	RISULTATO ATTESO [6]	ESITO (da pubblicare nel 2019) [7]	NOTE
AREA 2 RAZIONALIZZAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI, PROGRAMMA 10 GESTIONE DEL PERSONALE	COMPLETAMENTO SBLOCCO DEL TURNO (VER 2014-2014-2015-2016-1017)	10	Numero procedure selettive concluse / numero procedure autorizzate	>= al 60% di procedure selettive concluse sul numero delle procedure selettive autorizzate 100% <60% = 0		
AREA 2 RAZIONALIZZAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI, PROGRAMMA 10 GESTIONE DEL PERSONALE	RIDUZIONE DELLE SPESE DERIVANTI DALL'ESECUZIONE DI SENTENZE DEL GIUDICE DEL LAVORO	10	Numero di transazioni e liquidazioni concluse/numero sentenze pervenute nell'anno di riferimento	>= al 40% di transazioni e liquidazioni concluse sul numero di sentenze pervenute nell'anno di riferimento= 100 % <40% = 0		
AREA 6 GOVERNANCE E SICUREZZA DELL'INFORMAZIONE, PROGRAMMA 23 RIDUZIONE DEGLI ONERI BUCROCRATICI E DEI TEMPI DEL PROCEDIMENTO PER SETTORI DEFINITI	MESSA A REGIME DEL SISTEMA PASSWEB DELL'INPS E SISTEMAZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA DEL PERSONALE TRANSITATO PER L'ASL NAPOLI 3 SUD.	10	Numero posizioni assicurative caricate su Passweb/numero di dipendenti collocati in quiescenza nell'anno 2018	>= al 70% di posizioni assicurative caricate su Passweb rispetto al numero di dipendenti collocati in quiescenza anno 2018 = 100% <70% = 0		
AREA 2 RAZIONALIZZAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI, PROGRAMMA 10 GESTIONE DEL PERSONALE	VERIFICHE INDENNITA' CONTRATTUALI	5	Numero verifiche effettuate/totale personale in servizio	>= 70% di verifiche effettuate sul numero totale di personale in servizio = 100% <70 = 100%		
AREA 2 PERSONALE CONVENZIONATO PER LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	ATTRIBUZIONE INCARICHI PROVVISORI SPECIALISTICA AMBULATORIALE	10	Numero incarichi conferiti/numero incarichi autorizzati	>= al 80% di incarichi conferiti sul numero totale di incarichi autorizzati = 100% <80% = 0		
AREA 2 PERSONALE CONVENZIONATO PER LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	VERIFICHE INCOMPATIBILITA'	10	Numero verifiche effettuate/totale personale in servizio	>= al 50% di verifiche effettuate sul numero totale di personale in servizio = 100% <50% = 0		

AREA 2 RAZIONALIZZAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI. PROGRAMMA 10 GESTIONE DEL PERSONALE	PROCEDURE DISCIPLINARI: ATTIVITA' DI CONTINUITA' DELLE PROCEDURE	10	Informative esplicative e preventive a tutte le articolazioni aziendali, tendenti a prevenire gli illeciti disciplinari.	si=100% no=0		
AREA 2 RAZIONALIZZAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI. PROGRAMMA 10 GESTIONE DEL PERSONALE	VERIFICHE SULLE AUTOCERTIFICAZIONI	5	Numero verifiche effettuate/numero dichiarazioni sostitutive	>= al 5% di verifiche effettuate sul numero di dichiarazioni sostitutive ricevute= 100% <5%=0		
AREA 2 RAZIONALIZZAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI. PROGRAMMA 10 GESTIONE DEL PERSONALE	IMPLEMENTAZIONE PROCEDURE PER AFFIDAMENTO INCARICHI DI CUI ALL'ATTO AZIENDALE (DELIBERA N. 735 DEL 19/10/2017)	5	Numero proposte incarichi da affidare/numero incarichi previsti dal nuovo atto aziendale	>= 35% proposte incarichi da affidare sul numero di incarichi previsti dal nuovo atto aziendale= 100% <35%=0		Per proposta s'intende la predisposizione dell'atto deliberativo e l'invio al Direttore Generale
AREA 5 GOVERNANCE E SOCIETA' DELL'INFORMAZIONE PROGRAMMA 26 RISPETTO DEI TEMPI DEL PROCEDIMENTO	ADEMPIMENTI PERFORMANCE	5	Rispetto obbligo consegna schede valutazione di prima istanza entro il 31/3/2019, rispetto obbligo consegna schede performance entro i termini stabiliti dalle direttive aziendali	si = 100% no=0		
AREA 4 PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE PIANO DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITA'	Piano triennale Prevenzione della Corruzione	10	n. 20 verifiche a campione sulla presenza in servizio del personale dipendente e sul personale convenzionato	>= n. 20 verifiche a campione sulla presenza in servizio del personale dipendente e sul personale convenzionato=100% < n. 20 verifiche=0		
AREA 4 PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE PIANO DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITA'	ADEMPIMENTI PIANO PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	10	Rispetto obblighi contenuti nel piano della prevenzione della corruzione	si = 100% no=0		

DATA VALUTAZIONE FINALE

TOTALE PESO 100

FIRMA DEL RESPONSABILE UOC __F.to G. ESPOSITO

COGNOME E NOME

ASL NAPOLI SUD

Il Direttore Amministrativo
Dott. Domenico Concilio

25/05/2018

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Servizio G.T.O.S.I.

DATA ASSEGNAZIONE OBIETTIVI Piano della Performance 2016-17-18 Del 6/16

DIRETTORE UOC: Ing. Bruno Cavalcanti

AREA STRATEGICA / PROGNOSTICI OPERATIVI [2]	OBIETTIVI SPECIFICI / AZIONI [3]	PESO [4]	INDICATORI [5]	RISULTATO ATTESO [6]	ESITO (da pubblicare nel 2019) [7]	NOTE
Piano di sviluppo - Area 5 - "Prestazioni e servizio di riferimento"	Implementazione nel piano PC aziendale di tutti i processi, attività e sistemi operativi che con questi, assicurano la qualità del servizio	30	Numero di PC sostituiti con i PC aziendali Criterio di qualità: al servizio 100%	1. Implementazione di almeno 60% dei PC sostituiti a 100% di efficienza 2. Implementazione di almeno 60% dei PC sostituiti a 50% di efficienza 3. Implementazione di almeno 60% dei PC sostituiti a 25% di efficienza		
Area 5 - "Prestazioni e servizio di riferimento"	Sviluppo della procedura per il sistema Paese, implementazione del nuovo sistema informatico di Piano 5 - C. 13	20	n° procedure implementate da Area 5	1. Area 5 garantisce la procedura implementata a 100% di efficienza 2. Area 5 garantisce la procedura implementata a 50% di efficienza 3. Area 5 garantisce la procedura implementata a 25% di efficienza		
Area 5 - "Prestazioni e servizio di riferimento"	Implementazione delle direttive GDFR e implementazione e aggiornamento delle direttive GDFR	15	Implementazione delle direttive GDFR e implementazione e aggiornamento delle direttive GDFR	1. Implementazione di tutti i GDFR implementati a 100% di efficienza 2. Implementazione di tutti i GDFR implementati a 50% di efficienza 3. Implementazione di tutti i GDFR implementati a 25% di efficienza		
Area 5 - "Prestazioni e servizio di riferimento"	Implementazione delle direttive GDFR e implementazione e aggiornamento delle direttive GDFR	10	Implementazione delle direttive GDFR e implementazione e aggiornamento delle direttive GDFR	1. Implementazione di tutti i GDFR implementati a 100% di efficienza 2. Implementazione di tutti i GDFR implementati a 50% di efficienza 3. Implementazione di tutti i GDFR implementati a 25% di efficienza		
Area 5 - "Prestazioni e servizio di riferimento"	Implementazione delle direttive GDFR e implementazione e aggiornamento delle direttive GDFR	15	Implementazione delle direttive GDFR e implementazione e aggiornamento delle direttive GDFR	1. Implementazione di tutti i GDFR implementati a 100% di efficienza 2. Implementazione di tutti i GDFR implementati a 50% di efficienza 3. Implementazione di tutti i GDFR implementati a 25% di efficienza		
TOTALE PESO		100				

DATA VALUTAZIONE FINALE

FIRMA DEL RESPONSABILE UOC

VALUTAZIONE FINALE

COGNOME E I.NOME

ASLNAPOLI3SUD

23/05/2018

Il Direttore Amministrativo

PIANO DELLA PERFORMANCE

ANNO 2018

UNITA' OPERATIVA COMPLESSA: Programmazione, Pianificazione e Valutazione Attività Sanitaria e Gestione Attività Progettuali Finanziarie con Fondi Esteri

COPIETTORE UDC: Cio Inserire

DATA ASSEGNAZIONE OBIETTIVI Piano delle Performance 2018:

AREA STRATEGICA / PROGRAMMA OPERATIVO	OBIETTIVI SPECIFICI/AZIONI	PESO	INDICATORI	RISULTATO ATTESO	ESITO (da pubblicare nel 2019)	NOTE
Area S: Governance e Società dell'Informazione						
Programma 21.1: Piano Attivita' locale (P.A.L.)	ANALISI DELLA TIPOLOGIA DI PROCEDURE CHE SI SVOLGONO UNITARIAMENTE	10	N° DI PROCEDURE VERIFICATE/N° DI PROCEDURE ANALIZZATE	raggiungimento > 80% = 100% tra il 70% e il 79% = 80% < 79% = 0		TESTO D'INFORMAZIONE DA SERVIRE COMPLETATI NELLA PRESENTAZIONE DEI DATI
	UNIFORMARE ALMENO 3 PROCEDURE: DEL D.P.O. E SEST	10	N° DI APPLICAZIONI/N° DI PROCEDURE UNIFORMATE	raggiungimento > 80% = 100% tra il 70% e il 79% = 80% < 79% = 0		
Programma 24.3: Valutazione dei Dirigenti	STRUTTURARE PER C.T. DEI DIRIGENTI AVERI OBITTO	20	N° DI DIRIGENTI IN VALUTAZIONE C.T./ N° DI DIRIGENTI AVERI OBITTO	raggiungimento > 50% = 100% tra il 100% e il 79% = 80% < 80% = 0		L'ESITO DEVE ANCHE DAI SERVIZI COMPLETATI NEL PROCESSO VALUTATIVO
	RESTRIZIONE VALUTARI	10	CANCELLAMENTO RECORD/N° VALUTARI	raggiungimento > 50% = 100% tra il 70% e il 79% = 80% < 80% = 0		
		10	N° DI PROGETTI MONITORATI/N° PROGETTI ATTIVI	raggiungimento > 50% = 100% tra il 70% e il 79% = 80% < 80% = 0		FINO AL ULTIMO IMPOSTO DALLA DIREZIONE, NEGLI ULTIMI MESI DEL 2017
Programma 26.1: Risorse del tempo del procedimento	GESTIONE PROGETTI	10	N° DI RICHIESTE ENTRA NE TEMPI STABILITI/N° DI RICHIESTE AVANZATE	raggiungimento > 80% = 100% tra il 70% e il 79% = 80% < 79% = 0		TESTO D'INFORMAZIONE DA SERVIRE COMPLETATI NELLA PRESENTAZIONE DEI DATI
Area S: Informazione della Comunità Piano della Trasparenza e della P.T.I.			N° DI VALUTAZIONI/PROIEZIONI INFORMATI IN RISORSE/N° DI PROGETTI ATTIVI	raggiungimento > 80% = 100% tra il 70% e il 79% = 80% < 79% = 0		TESTO D'INFORMAZIONE DA SERVIRE COMPLETATI NELLA PRESENTAZIONE DEI DATI
Programma 20: Obiettivi Piano Triennale Trasparenza e Integrità	MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI PASTORI DAL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE E DELLA CORRUZIONE E DAL PIANO TRIENNALE DELLA TRASPARENZA E INTEGRITA'	10	MONITORAGGIO E VERIFICA DEI DATI OBIETTIVI DA PULSARE, ELABORATI NELL'ALLEGATO A E D DEL P.T.I. NELLA PAGINA WEB DI QUESTA UDC	SI = 100% NC = 0		
Programma 21: Obiettivi Piano Triennale della Prevenzione e della Corruzione	ATTUAZIONE DELLE MISURE PREVISTE NEL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	10	RELAZIONE ANNUALE PRESENTATA DAL PTIC	SI = 100% ND = 0		
TOTALE PUNTO		100				

DATA VALUTAZIONE FINALE

FIRMA DEL RESPONSABILE UDC: Programmazione, Pianificazione e Valutazione Attività Sanitaria e Gestione Attività Progettuali Finanziarie con Fondi Esteri

Dr. Cio Inserire

COPIETTORE UDC

FIRMA

ASL NAPOLI 3 SUD
Il Direttore Amministrativo
Dott. Domenico Concilio

VALUTATORE DI 1° ISTANZA

25/05/2018

PIANO DELLA PERFORMANCE

ANNO 2018

DIRETTORE UOC: DOTT. SSA ANGELA IMPROTA

DATA ASSEGNAZIONE OBIETTIVI Piano della Performance 2017-18-19

AREA STRATEGICA / PROGRAMMA OPERATIVO [2]	OBIETTIVI SPECIFICI / AZIONI [3]	PESO [4]	INDICATORI [5]	RISULTATO ATTESO [6]	ESITO (da pubblicare nel 2019) [7]	NOTE
AREA 3 LEA	GUIDA AI SERVIZI	10	AGGIORNAMENTO GUIDA AI SERVIZI ONLINE - LINK SITO IST.	PUBBLICAZIONE GUIDA AI SERVIZI TERRITORIALI SI 100% obiettivo NO 0% obiettivo		
AREA 3 LEA	COMUNICAZIONE PROGETTO BEN/ESSERE IN COMUNE (56 COMUNI ASL NAPOLI 3 SUD)	20	PROGETTO BEN/ESSERE IN COMUNE	ADOZIONE PROGETTO BEN/ESSERE IN COMUNE SI 100% obiettivo NO 0% obiettivo		
AREA 3 LEA	PREDISPOSIZIONE REGOLAMENTO COMMISSIONI INVALIDI CIVILI	20	REGOLAMENTO COMMISSIONI INVALIDI CIVILI	ADOZIONE DELIBERA SI 100% obiettivo NO 0% obiettivo		
AREA 4 PIANO TRASPARENZA E DELL'INTEGRITA'	COORDINAMENTO ATTIVITA'	10	PROGRAMMA TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2018-2019-2020 PER GLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA ALL. 1C E 1D	SI 100% obiettivo NO 0% obiettivo		DELIBERA N.170/2018
AREA 4 PIANO TRASPARENZA E DELL'INTEGRITA'	D.LGS 33/13 E S.M.I.	10	AGGIORNAMENTO COSTANTE LINK AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE (43 SOTTO LINK PER 112 PAGINE)	GARANZIA MANTENIMENTO DEL STANDARD INFORMATIVO NUCLEO DI VALUTAZIONE		OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE ALL. 1C PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA
AREA 4 PIANO TRASPARENZA E DELL'INTEGRITA'	MONITORAGGIO E SCADENZARIO PER STRUTTURA RISPETTO IMPEGNI ALL. 1C PIANO PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA E MONITORAGGIO PER STRUTTURA RISPETTO IMPEGNI ALL. 1D PIANO TRASPARENZA	20 10 10	MONITORAGGIO PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI DEGLI IMPEGNI DI TRASPARENZA ALL. 1C E 1D	GARANTIRE IL 100% per il numero di strutture monitorate SI 100% obiettivo NO 0% obiettivo		DISTRETTI SANITARI UOC LIVELLO CENTRALE DIR. MED. DI PRESIDIO DIPARTIMENTI

AREA 4 PIANO TRASPARENZA E DELL'INTEGRITA'	RELAZIONE INDV SCHEMA MONTORAGGIO TRASPARENZA ENTRO IL 15 FEBBRAIO	10	PUBBLICAZIONE TRASMISSIONE INDV	PUBBLICAZIONE TRASMISSIONE INDV IN AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE SI 100% obiettivo NO 0% obiettivo		
	TOTALE PESO	100				

DATA VALUTAZIONE FINALE

/ /

FIRMA DEL RESPONSABILE UOC

[Signature]

VALUTATORE DI 1° ISTANZA	COGNOME E NOME	FIRMA
	ASL NAPOLI 3 SUD	

Legenda:

Il Direttore Amministrativo
Dott. Domenico Concilio

25/05/2018

La presente Scheda si riferisce all'Unità Operativa nel suo complesso. Deve dunque essere compilata una scheda Per direzione UOC/UOSD e specifiche schede per strutture semplici se presenti.

L'assegnazione degli obiettivi è, di norma, effettuata con delibera del Commissario Straordinario, anche mediante l'uso della presente scheda (in questa fase vengono compilate solo le colonne fino a "Risultato atteso"). Il Direttore della Struttura, a cascata, individuerà gli obiettivi da assegnare alle strutture semplici (UOS). Gli obiettivi assegnati devono essere compresi nelle Aree Strategiche/programmi operativi individuati dal Commissario Straordinario nel Piano della Performance cui l'Unità di appartenenza partecipa.

- [1] Indicare se UOC, UOSD, UOS e la denominazione della stessa
- [2] Si faccia riferimento al Piano della Performance
- [3] Indicare gli specifici obiettivi, le azioni da mettere in campo per realizzare i programmi operativi cui l'U.O. partecipa.
- [4] Indicare il peso assegnato all'obiettivo
- [5] L'Indicatore è lo strumento di misurazione degli esiti. In questa colonna va indicato il parametro di misura e non il suo valore, che sarà invece inserito nelle due colonne successive. Es.: per valutare l'appropriatezza di un ricovero si può scegliere come indicatore il "numero annuo di ricoveri da 0/1 giorno".
- [6] Indicare il valore atteso per l'indicatore scelto.
- [7] Indicare il valore effettivamente raggiunto dall'indicatore.

Sheda di Valutazione

PIANO DELLA PERFORMANCE ANNO 2018

SCHEDE S.F. /03-2018

UNITA' OPERATIVA [1]: PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

RESPONSABILE: DOTT. SSA ANGELA IMPROTA

DATA ASSEGNAZIONE OBIETTIVI Piano della Performance 2017-18-19

AREA STRATEGICA / PROGRAMMI OPERATIVI [2]	OBIETTIVI SPECIFICI / AZIONI [3]	PESO [4]	INDICATORI [5]	RISULTATO ATTESO [6]	ESITO (da pubblicare nel 2019) [7]	NOTE
AREA 4 PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	PRELUSPPOSIZIONE PIANO DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA	30	ADOZIONE DELLA DELIBERA	ADOZIONE DELIBERA ENTRIO IL 31/01/2018		
AREA 4 PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	VALUTAZIONE RELAZIONI REFERENTI/RESPONSABILI DI STRUTTURA COMPLESSA SECONDO PTCT	20	VALUTAZIONE E PUBBLICAZIONE DEI RISULTATI	TRASMISSIONE AL NUCLEO DI VALUTAZIONE ENTRIO GIUGNO 2018 VALUTAZIONE SU RELAZIONE DEI RESPONSABILI DI STRUTTURA COMPLESSA ANNO 2017, SECONDO SCHEDE INSERITE NELLA DELIBERA DI ASSEGNAZIONE DEGLI OBIETTIVI 100%, NO TRASMISSIONE 0%;		
AREA 4 PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	RELAZIONE ANAC	10	RELAZIONE DA PRESENTARE ENTRIO IL 15/02/18	PUBBLICAZIONE DELLA RELAZIONE SUL SITO 100%, NO RELAZIONE 0%;		
AREA 4 PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	RISULTATI STATISTICHE ELABORAZIONE DEGLI INTERVENTI ORGANIZZATIVI REALIZZATI	10	VALUTAZIONE E PUBBLICAZIONE DEI RISULTATI	PUBBLICAZIONE SUL SITO 51 100%, NO 0%;		
AREA 4 PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	FORMAZIONE	30	DATI DA INVIARE NELLA RELAZIONE ANAC 2018	ALLEGATO 2 CORSI SULL'ARGOMENTO DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 51 100%, NO 0%;		
TOTALE PESO		100				

DATA VALUTAZIONE FINALE

FIRMA DEL RESPONSABILE UOC - *Angela Improta*

VALUTATORE DI 1° ISTANZA	COGNOME E NOME
	FIRASL NAPOLI 3 SUD Il Direttore Amministrativo <i>Dott. Domenico Concilio</i>

Legenda:

La presente Scheda si riferisce all'Unità Operativa nel suo complesso. Deve dunque essere compilata una scheda Per direzione UOC/USO e specifiche schede per strutture semplici se presenti.

L'assegnazione degli obiettivi e, di norma, effettuata con delibera del Commissario Straordinario, anche mediante l'uso della presente scheda (in questa fase vengono compilate solo le colonne fino a "Risultato atteso").

Il Direttore della struttura, a cascata, indicherà gli obiettivi da assegnare alle strutture semplici (UOS). Gli obiettivi assegnati devono essere compresi nelle Aree Strategiche/Programmi operativi individuati dal Commissario Straordinario nel Piano della Performance cui l'Unità di appartenenza partecipa.

[1] Indicare se UOC, USO, UOS o la denominazione della stessa

[2] Si faccia riferimento al Piano della Performance

[3] Indicare gli specifici obiettivi, le azioni da mettere in campo per realizzare i programmi operativi cui l'U.O. partecipa.

[4] Indicare il peso assegnato all'obiettivo

[5] L'indicatore è lo strumento di misurazione degli esiti. In questa colonna va indicato il parametro di misura e non il suo valore, che sarà invece inserito nelle due colonne successive. Es.: per valutare l'appropriatezza di un ricovero si può scegliere come indicatore il "numero annuo di ricoveri da 0/1 giorno".

[6] Indicare il valore atteso per l'indicatore scelto.

[7] Indicare il valore effettivamente raggiunto dall'indicatore.

25/05/2018

Angela Improta

Dott. Domenico Concilio

Firasl Napoli 3 Sud

AREA STRATEGICA / PROGRAMMI OPERATIVI [2]	OBIETTIVI SPECIFICI / AZIONI [3]	PESO [4]	INDICATORI [5]	RISULTATO ATTESO [6]	ESITO (da pubblicare nel 2018) [7]	NOTE
OBIETTIVO - PIANO DELLA PERFORMANCE 2017/2019 Razionalizzazione dei fattori produttivi - Programma 12: Razionalizzazione della Spesa per Beni e Servizi	Attribuzione procedure d'appalto sotto soglia attraverso la piattaforma digitali per la P.A. (MEPA, CONSIP, SONESA)	15	Provvedere attività sulla piattaforma digitali in rapporto a quelle svolte da questa UOC	< 50% = 0 % > 50% = 100%		
OBIETTIVO - PIANO ATTUATIVO CERTIFICABILITA' BILANCIO D3.1) Attivazione di appropriate misure per salvaguardare i benefici derivanti da interventi di riqualificazione edilizia, edilizia, edilizia / OBIETTIVO - PIANO ANNUALE 2018 DELL'ATTIVITA' ISPEZIONE REGIONALE Correttezza Tecnica - Punte 4: Prevenzione incendi ex D.P.R. 151/2011 e D.M. 19/03/2015	PREVENZIONE INCENDI: Adempimenti per l'adeguamento alla normativa per le Strutture Sanitarie ex D.M. 19/03/2015 e D.P.R. 151/2011 RISPARMIO ENERGETICO: a) Analisi del Consumo di Energia Primaria per l'anno 2018; b) Riconversione Impianti ed Utilizzo Nuove Tecnologie Eco-Sostenibili CERTIFICAZIONE IMPIANTI: Osservanza delle Ord. Comandanti/Diret. Rispondenza (P.O.C./D.R.) ex art. 7 del D.M. 3/7/2008 per la finalità di cui al punto 12.4.1 ca. 3 (Imp. Condiz. Climatizz. Ventilaz.) e 12.5 ca. 1 e 7 (Imp. Elett. e di Scur.) del D.M. 19/03/2015	30	Presentazione al competente Comando VV.F. di Progetto Anticendio e SCA Anticendio, completo elenco e classificazione delle strutture	Nessuna: 0% Una Struttura almeno: 50% Due Strutture almeno: 100%		Variable Non Dipendente
OBIETTIVO - PIANO DELLA PERFORMANCE 2017/2019 Razionalizzazione dei fattori produttivi - Programma 12: Razionalizzazione della Spesa per Beni e Servizi	RISPARMIO ENERGETICO: a) Analisi del Consumo di Energia Primaria per l'anno 2018; b) Riconversione Impianti ed Utilizzo Nuove Tecnologie Eco-Sostenibili CERTIFICAZIONE IMPIANTI: Osservanza delle Ord. Comandanti/Diret. Rispondenza (P.O.C./D.R.) ex art. 7 del D.M. 3/7/2008 per la finalità di cui al punto 12.4.1 ca. 3 (Imp. Condiz. Climatizz. Ventilaz.) e 12.5 ca. 1 e 7 (Imp. Elett. e di Scur.) del D.M. 19/03/2015	15	a) Redazione Tabella descrittiva dei consumi annuali per le strutture in uso; b) Procedure attivate per l'adeguamento degli Impianti	Nessuna: 0% a) Solo Analit. 25% b) Una procedura almeno: 50% Due procedure almeno: 75% Tre Procedure almeno: 100%		
OBIETTIVO - PIANO ANNUALE 2018 DELL'ATTIVITA' ISPEZIONE REGIONALE Correttezza Tecnica - Certificazione Impianti Punte 2:	VERIFICHE PERIODICHE IMPIANTI: Effettuazione delle verifiche di legge dei impianti di Terra (D.P.R. 462/2001), Imp. Elevatori (D.L.R. 142/1999), Apparecchi a Pressione (A.L. 7 del D.Lgs. 81/2008)	15	Osservanza Certificazioni complete relative a tutti gli impianti per ogni singola struttura delle n.39 strutture di competenza di questa UOC	Nessuna: 0% Due Strutture almeno: 25% Quattro Strutture almeno: 50% Sei Strutture almeno: 75% Otto Strutture almeno: 100%		
OBIETTIVO - PIANO ANNUALE 2018 DELL'ATTIVITA' ISPEZIONE REGIONALE Correttezza Tecnica - Verifiche Periodiche di Legge Punte 3:	VERIFICHE PERIODICHE IMPIANTI: Effettuazione delle verifiche di legge dei impianti di Terra (D.P.R. 462/2001), Imp. Elevatori (D.L.R. 142/1999), Apparecchi a Pressione (A.L. 7 del D.Lgs. 81/2008)	15	Effettuazione Verifiche di Legge su tutti gli impianti soggetti per ogni singola struttura delle n. 39 strutture di competenza di questa UOC	Nessuna: 0% Due Strutture almeno: 25% Quattro Strutture almeno: 50% Sei Strutture almeno: 75% Otto Strutture almeno: 100%		
OBIETTIVO - Piano della Performance anni 2017, 18, 19 - Delibera n.256/2017	Presentazione schede di valutazione di istanza e schede di performance	5	Rispetto termini consegna fissati al 31/01/2019 per le schede di valutazione ed al termine individuato dalle direttive esternali per la scheda di performance	NO = 0 % SI = 100%		
OBIETTIVO - AREA 4 - Piano Triennale della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza 2018-19-20 - Delibera n° 170/2018	Anni di programmazione opere pubbliche ai sensi dell'art.21 del D.Lgs n.50/2016	5	Adozione Programma Triennale del T.L.P.P. e relativo aggiornamento annuale	NO = 0 % SI = 100%		
TOTALI PESO		100				

DATA VALUTAZIONE FINALE

FIRMA DEL RESPONSABILE UOC

VALUTATORE DI 1° ISTANZA

COGNOME E NOME

FIRMA

ASL NAPOLI 3 SUD

Il Direttore Amministrativo
Dott. Domenico Concilio

29/05/2018



AREA STRATEGICA / PROGRAMMI OPERATIVI [2]	OGGETTIVI SPECIFICI / AZIONI [3]	PESO [4]	INDICATORI [5]	RISULTATO ATTESO [6]	ESITO (da pubblicare nel 2015) [7]	NOTE
1. AREA STRATEGICA: SOSTENIBILITÀ DEL SERVIZIO SANITARIO AD ALTA TECNOLOGIA	2. NUMERO DI CONTRATTI DA GESTIRE	15	NUMERO DI CONTRATTI DA GESTIRE	1500 ± 100 > 900 ± 1000		
3. AREA STRATEGICA: SOSTENIBILITÀ DEL SERVIZIO SANITARIO AD ALTA TECNOLOGIA	4. REAZIONE TENDENZIALE SULLA ATTIVITÀ	10	Reazione tendenziale delle apparecchiature sanitarie ordinarie e di emergenza	NO = 0% SI = 100%		
5. AREA STRATEGICA: SOSTENIBILITÀ DEL SERVIZIO SANITARIO AD ALTA TECNOLOGIA	6. PIANI DI SOSTENIBILITÀ DELLE APPARECCHIATURE VITESTE	15	Reazione sul bilancio economico delle apparecchiature di vitest	NO = 0% SI = 100%		
7. AREA STRATEGICA: SOSTENIBILITÀ DEL SERVIZIO SANITARIO AD ALTA TECNOLOGIA	8. Numero Apparecchiature Acquisite	10	Numero Apparecchiature Acquisite	NO = 0% SI = 100%		
9. AREA STRATEGICA: SOSTENIBILITÀ DEL SERVIZIO SANITARIO AD ALTA TECNOLOGIA	9. PRESSIONE PER EFFICIENZA QUANTITATIVA	15	PREDISPONIBILITÀ EFFICIENTE QUANTITATIVA	NO = 0% SI = 100%		
10. AREA STRATEGICA: SOSTENIBILITÀ DEL SERVIZIO SANITARIO AD ALTA TECNOLOGIA	10. PRESSIONE IN COMPLESSO PER EFFICIENZA PRATICA	5	PRESSIONE IN COMPLESSO PER EFFICIENZA PRATICA	NO = 0% SI = 100%		
11. AREA STRATEGICA: SOSTENIBILITÀ DEL SERVIZIO SANITARIO AD ALTA TECNOLOGIA	11. PUBBLICAZIONE TRANSPARENTIALE	10	PUBBLICAZIONE TRANSPARENTIALE	NO = 0% SI = 100%		
12. AREA STRATEGICA: SOSTENIBILITÀ DEL SERVIZIO SANITARIO AD ALTA TECNOLOGIA	12. PUBBLICAZIONE	10	PUBBLICAZIONE	NO = 0% SI = 100%		
13. AREA STRATEGICA: SOSTENIBILITÀ DEL SERVIZIO SANITARIO AD ALTA TECNOLOGIA	13. PUBBLICAZIONE	10	PUBBLICAZIONE	NO = 0% SI = 100%		

FIRMA DEL RESPONSABILE UOC

COGNOME E NOME

CAPOUTORE DI ISTANZA

6/07/18

ASL NAPOLI 3 SUD
Il Direttore Amministrativo
Dott. Domenico Concilio

[Signature]

[Signature]

as napolisud

PIANO OPERATIVO DEL SERVIZIO TECNICO AREA SUO

Scheda di Valutazione Unità Operativa

PIANO DELLA PERFORMANCE

ANNO 2018

SCHEDA S.P./03-2018

RESPONSABILE Ing. Antonio Longobardi

ATTIVITÀ STRATEGICA / PROGETTI OPERATIVI	OGGETTIVI SPECIFICI / AZIONI	PESO	IMPATTO	RISULTATO ATTESO	PESO	NOTE
Attività di manutenzione dei fattori (m. durata 90 O o in azione degli interventi e servizi)	studio e applicazione di nuove metodologie su lavoro pubblico emanate nell'anno in corso	30%	Applicazione delle procedure operative delle disposizioni emanate nelle nuove normative dell'anno in corso per la realizzazione degli adeguamenti convalida rispetto al Programma di canale dei lavori e al Piano annuale.	si 100% no 0		
Attività di manutenzione dei piani comunali di D. L. n. 81/08	espletamento puntuale per la sicurezza dei lavoratori	3%	adesione ad attività informative e formative svolte in tema di sicurezza dei lavoratori all'competenza del Servizio	si 100% no 0		
Attività di Piano della T. n. per via e di manutenzione PPTCT 18-19-20 all C	rispetto adeguamenti del Servizio emanati nel Piano triennale della Comunità di servizio Dedicata n. 17018	3%	pubblicazione sul sito aziendale delle procedure di gara e lavori per fornitura di opere e servizi di manutenzione civile	si 100% no 0		
Attività di Piano della T. n. per via e di manutenzione PPTCT 20 e 21	rispetto adeguamenti del Servizio emanati nel Piano triennale della Comunità di servizio Dedicata n. 17018	3%	rispetto dei tempi previsti per la liquidazione delle attività e lavori svolti	si 100% no 0		
Attività di Piano della T. n. per via e di manutenzione PPTCT 27	adeguamento di immobili non funzionali ai servizi per via e di manutenzione PPTCT 27	20%	attuazione di procedure per la vendita, o il affitto di immobili	si 100% no 0		
Risultati ottenuti nel Piano triennale di manutenzione PPTCT 27	Analisi dei consumi di energia elettrica. Manutenzione impianti ed utilizzo nuove tecnologie	20%	liquidazione delle liquidazioni dei consumi annuali per le strutture in uso. Procedure attività per l'adeguamento degli impianti	si 100% no 0		

[Handwritten signatures and initials]

PIANO DELLA PERFORMANCE

ANNO 2018

UNO SIMBOLICO DI PARTIMENDI IN SPINNA AMMINISTRATIVA

RESPONSABILE UO SUD ID - RATTAGIONE ZA

DATA ASSEGNAZIONE OBIETTIVI Piano della Performance 2018-19-20

AREA STRATEGICA / PROGRAMMI OPERATIVI	OBIETTIVI SPECIFICI / AZIONI	INDICATORI	NUOVI OBIETTIVI	TESTO / (S) PUNTI	NOTE
AREA 5 - PROGRAMMA 24.4 SISTEMI ISPETTIVI	CONTROLLI ISPETTIVI AI SENSI DEL D.L.gs. n.165/01 - VERIFICHE OSSERVANZA ORARIO DI SERVIZIO PERSONALE DIPENDENTE	10 n. richieste verifiche su n. verifiche effettuate	dall'80% al 100% = 100% dall'69% al 79% = 50% < 69% = 0		
AREA 5 - PROGRAMMA 24.4 SISTEMI ISPETTIVI	CONTROLLI ISPETTIVI AI SENSI DEL D.L.gs. n.165/01 - VERIFICHE SU INQUADRAMENTI GIURIDICI PERSONALE DIPENDENTE	10 n. richieste verifiche su n. verifiche effettuate	dall'80% al 100% = 100% dall'69% al 79% = 50% < 69% = 0		
AREA 5 - PROGRAMMA 24.4 SISTEMI ISPETTIVI	CONTROLLI ISPETTIVI AI SENSI DEL D.L.gs. n.165/01 - VERIFICHE SU TRATTAMENTI ECONOMICI PERSONALE DIPENDENTE	10 n. richieste verifiche su n. verifiche effettuate	dall'80% al 100% = 100% dall'69% al 79% = 50% < 69% = 0		
AREA 5 - PROGRAMMA 24.4 SISTEMI ISPETTIVI	VERIFICHE SULLA REGOLARITA' DELL'ATTIVITA' AMMINISTRATIVA	30 n. richieste verifiche su n. verifiche effettuate	dall'80% al 100% = 100% dall'69% al 79% = 50% < 69% = 0		
AREA 5 - PROGRAMMA 24.4 SISTEMI ISPETTIVI	GESTIONE DEGLI ANONIMI	10 n. casi	presentazione report		variabile non dipendente

Handwritten signatures and initials.

AREA 4 - PROGRAMMA 20	OBIETTIVI P.T.P.C. (verifiche sulle dichiarazioni annuali di insussistenza di cause di incompatibilità ai sensi del D.Lgs. n. 39/2013)	10	relazione al R.P.d.C. sulle verifiche in ordine alle dichiarazioni	relazione al R.P.d.C. sulle verifiche entro il 30/06/2018		
AREA 4 - PROGRAMMA 20	OBIETTIVI P.T.P.C. (attività di Referente del R.P.d.C.)	10	relazione in qualità di referente	relazione in qualità di referente entro il 15/12/2018		
AREA 4 - PROGRAMMA 21	OBIETTIVI P.T.T.I.. (aggiornamento del link di competenza del sito web aziendale, ecc.)	10	garanzia dei propri contenuti standard P.T.T.I..	conseguimento standard		
TOTALE PESO		100				

DATA VALUTAZIONE FINALE

FIRMA DEL RESPONSABILE UOSD

[Firma]

COGNOME E NOME	FIRMA
VALUTATORE DI 1° ISTANZA	ASL NAPOLI 3 SUD Il Direttore Amministrativo <i>Dot. Domenico Concilio</i>

Legenda:

La presente Scheda si riferisce all'Unità Operativa nel suo complesso. Deve dunque essere compilata una scheda Per direzione UOC/UOSD e specifiche schede per strutture semplici se presenti.
L'assegnazione degli obiettivi è, di norma, effettuata con delibera del Commissario Straordinario, anche mediante l'uso della presente scheda (in questa fase vengono compilate solo le colonne fino a "Risultato atteso").

Il Direttore della Struttura, a cascata, individuerà gli obiettivi da assegnare alle strutture semplici (UOS). Gli obiettivi assegnati devono essere compresi nelle Aree Strategiche/Programmi operativi individuali del Commissario Straordinario nel Piano della Performance cui l'Unità di appartenenza partecipa.

[1] Indicare se UOC, UOSD, UOS e la denominazione della stessa

[2] Si faccia riferimento al Piano della Performance

06/07/2018

[Firma]

[Firma]

AREA STRATEGICA / PROGRAMMI OPERATIVI [2]	OBIETTIVI SPECIFICI / AZIONI [3]	PESO % [4]	INDICATORI [5]	RISULTATO ATTESO [6]	ESITO [7]	NOTE
Area 3 - Livelli Essenziali di Assistenza - programma 14.3.1 accordi IMG/PLS	recupero vaccinale - vaccino esavalente nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Mh) e 1° dose MPR adeguamento attività del PNPV 2017 - 2019	10	Predisposizione e rinnovo formalizzazione progetto speciale per recupero vaccinale e applicazione del nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccini con la pediatria di libera scelta	formalizzazione del rinnovo del progetto di recupero vaccinale e procedura operativa		
Area 3 - Livelli Essenziali di Assistenza - programma 14.3.1 accordi IMG/PLS	campagna vaccinale antinfluenzale dell'adulto	10	Predisposizione e formalizzazione procedure per la campagna vaccinale per adulto > 65 anni	A - > 60% al 75% soggetti arruolabili - 100% B - > 60% soggetti arruolabili - 0		
Area 3 - Livelli Essenziali di Assistenza - definizione dei percorsi di cura delle principali patologie croniche reumatiche	definizione percorso di cura PDTA per la gestione delle malattie reumatiche ai sensi del DCA 75/17	15	predisposizione proposta di Delibera gestione cronica dei pazienti reumatici	Formalizzazione Delibera - sì= 100% - no= 0		
Area 1: Governo del Sistema; Programma 5.1 Processo di accreditamento Istituzionale (Aggregazione Laboratori di Analisi DCA 109 e s.m.e.l.)	Processo di Aggregazione dei Laboratori Analisi Aziendali ai sensi dei DD.CC.AA. 109/13 - 45/14 - 59/15 - 17/16 - 28/16 - 83/16 e 111/16 - L.R. 10/17 - DCA 82/17 e DCA 7/18	10	numero delle verifiche sulle istanze trasmesse dai Laboratori di Analisi Aziendali nel processo di Aggregazione / su numero di istanze totali trasmesse dai soggetti aggregati ai sensi dei DD.CC.AA. 109/13 e succ. m.e.l.	> 90: 100% da 70 - 89 % 50% < 70% - 0		
Area 1, leg. 7.2.1 - Riabilitazione territoriale - salute mentale e R.S.A	verifica dei percorsi/protocolli di gestione della lista di attesa unica Aziendale per l'assistenza residenziale e semiresidenziale Anziani e Persone Affette da Demenza nelle RSA Pubbliche e Private Accreditate ASL NA 3 SUD	10	monitoraggio e valutazione dell'applicazione della Delibera del Direttore Generale n. 234 del 17.11.2016	Relazioni semestrali SI - 100% NO: 0		
Area 4 - programma 4.1 prevenzione della corruzione	Attività di Vigilanza: verifiche presenze in servizio sui dipendenti e specialisti ambulatoriali UU.OO.SS. distrettuali	15	espletamento n. 20 verifiche UU.OO.SS. Distrettuali personale dipendente e specialisti ambulatoriali - UOC Assistenza Distrettuale di cui alla nota prot.n. 25903 del 20.02.2018	verifiche effettuate da 18 a 20= 100% verifiche effettuate da 15 a 17= 50% ≤ 15 = 0		
Area 4 - programma 4.1 prevenzione della corruzione	Verifica e monitoraggio dell'applicazione Protocolli/procedure dei Controlli Esterni Distretti Sanitari Aziendali	10	monitoraggio e verifica dell'applicazione dei controlli di competenza del Servizio Assistenza Distrettuale di cui alla Delibera del Direttore Generale n. 143 del 28.12.2016	Relazioni semestrali SI - 100% NO: 0		
Area 4 - programma 4.1 Piano della Trasparenza	mantenimento impegni previsti dall'Apeगत 2 del Programma Triennale per la trasparenza e l'Integrità Obiettivi: "Strutture Centrali (Guida ai Servizi)"	10	Pubblicazione sulla pagina WEB dei seguenti indicatori: Struttura Organizzazione della U.O.C., Elenco dei Procedimenti Amministrativi - individuazione dei fattori produzione con indicatori - Obiettivi assegnati - BUDGET assegnato - modulistica in uso	A - raggiungimento tra 90 e 100 % degli indicatori: 100% B - raggiungimento 80% - 89%: 50% C - raggiungimento < 80% degli indicatori: 0		
Area 3 - Livelli Essenziali di Assistenza - Attivazione fase sperimentale ambulatori infermieristici	attivazione fase sperimentale ambulatori infermieristici nei Distretti Sanitari ai sensi del Decreto 75/17	10	attivazione di almeno 2 ambulatori infermieristici nei Distretti Sanitari	A - apertura 2 ambulatori infermieristici: 100 B - apertura 1 ambulatorio infermieristico: 50%		
		100				

DATA VALUTAZIONE FINALE

FIRMA DEL RESPONSABILE UOC/UOSO/JOS

Primo Sergianni

VALUTATORE DI 1° ISTANZA

COGNOME E NOME

FIRMA

28

25/05/2018

La

DATA ASSEGNAZIONE OBIETTIVI PIANO della Performance 2016-17-18 Del 6/2/15

AREA STRATEGICA / PROGRAMMI OPERATIVI (2)	OBIETTIVI SPECIFICI / AZIONI (3)	PESO (4)	INDICATORI (5)	RISULTATO ATTESO (6)	ESITO (7)	NOTE
AREA 1-GOVERNO DEL SISTEMA	Aumentare di almeno il 10% (relativamente al dato regionale 2013) la proporzione di neonati in allattamento materno esclusivo alla dimissione dal punto nascita attraverso l'implementazione dei 10 passi previsti dal Programma OMS/Unicef "Ospedale Amico dei Bambini"	50	Produzione di un atto formale con cui i Direttori Sanitari dell'U.O. e dell'U.D.C. di Ostetricia e Neonatologia delle strutture sanitarie ospedaliere pubbliche e private accreditate per il parto prevedono l'adeguamento dell'equipe e delle procedure relative alla gestione di almeno una persona affidabile (genitore e pubblico e privato accreditato) di formidazione sul modello OMS/Unicef entro il 2018	30% delle strutture producono l'atto formale 30% delle strutture realizza il percorso		
AREA 3- LEA SCREENING DELLA CERVICE UTERINA	AUMENTO N. DONNE ARRUOLATE PER LO SCREENING	40	N. RINUNIONI STRATEGIE DI PROMOZIONE SCREENING CERVIC UTERINA	N.4 VERBALI ANNUALI =100% N.2 VERBALI ANNUALI=50% < N.2 VERBALI =0		
AREA PREVENZIONE E CURAZIONE	AGGIORNAMENTO CONTINUITA' MANUALE ATT SU SITO AZIENDALE	10	N.2 AGGIORNATE SU SITO AZIENDALE	PC. AGGIORNAMENTO CONTINUITA' SUL SITO PER ATTIVITA' DI INTERVENTO		
DATA VALUTAZIONE FINALE	04/04/2018					
VALUTATORE DI 1° ISTANZA	Dott. Luigi Granato					
	COGNOME E NOME					
	FIRMA DEL RESPONSABILE UOC					

25/05/2018

PIANO DELLA PERFORMANCE

ANNO 2018

UNITA' OPERATIVA [1]: CONTROLLO DI GESTIONE

DIRETTORE UOQ: DOTT.SSA ANTONELLA DE STEFANO

AREA STRATEGICA / PROGRAMMI OPERATIVI [2]	OBIETTIVI SPECIFICI / AZIONI [3]	PESO [4]	INDICATORI [5]	RISULTATO ATTESO [6]	ESITO (da pubblicare nel 2019) [7]
Area 1. Governo del Sistema - Flussi Informativi	Verifica incrociata tra i dati presenti nelle delibere di di accreditabilità delle strutture sanitarie e i dati presenti nei flussi anagrafici NSIS	10	N.verifiche/N.strutture accreditate	Adegguamento delle anagrafiche delle strutture accreditate di NSIS alle delibere di accreditabilità	
Area 1. Governo del Sistema - Flussi Informativi	Coordinamento aziendale attività per adempimenti LEA	10	Invio mensile dati aggiornati griglia LEA alla Direzione strategica	Rispetto adempimento	
Area 1. Governo del Sistema - Procedimenti contabili/gestionali e certificabilità dei bilanci	Rilevazione di costi e ricavi e degli scostamenti della spesa corrente rispetto al previsionale	10	N.report/ N.CdR	SI=100% NO = 0	
Area 1. Governo del Sistema - Procedimenti contabili/gestionali e certificabilità dei bilanci	Attivazione di un monitoraggio contabile basato sull'analisi degli scostamenti rispetto al budget assegnato al CdR	10	N.report/ N.CdR	SI=100% NO = 0	
Area 1. Governo del Sistema - Procedimenti contabili/gestionali e certificabilità dei bilanci	Attività di monitoraggio contabile per singolo CdR attraverso la correlazione tra il budget assegnato e le varie azioni correttive	10	N.report/ N.CdR	SI=100% NO = 0	

Per

Area 4. Piano triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (delibera n.170/2018)	Adempimenti del Servizio presenti nel Piano	10	Rispetto adempimenti	SI=100% No = 0	
Area 5. Governance e Società dell'informazione - Ciclo Performance (OIV)	Determinazione obiettivi di performance in collaborazione con la UOC PRVAS	10	Partecipazione alle riunioni con i Responsabili delle articolazioni aziendali Partecipazione alle riunioni con la direzione strategica aziendale	Completa partecipazione =100% Assenza di partecipazione =0	
Area 5. Governance e Società dell'informazione - Ciclo Performance (OIV)	Interfaccia con il NdV/OIV relativamente alla valutazione dei dirigenti	10	Pieno supporto al NdV/OIV	SI=100% No = 0	
Area 1. Governo del sistema - Flussi Informativi	Attuazione DCA 21/2018	10	Messa a regime di tutte le strutture di ricovero pubbliche	SI=100% No = 0	
Area 1. Governo del Sistema - Governance del P.OO.	Monitoraggio obiettivi D.G. in relazione all'attività di ricovero	10	Monitoraggio semestrale	SI=100% No = 0	
		100			

DATA VALUTAZIONE FINALE

/ /

FIRMA DEL RESPONSABILE UOC

Luciano De Stefano

VALUTATORE DI PRIMA ISTANZA

COGNOME E NOME

FIRMA

Dei 25/07/2018

Dei

Scheda di Valutazione Unità Operativa				PIANO DELLA PERFORMANCE		ANNO 2018		SCHEDA S.P. 701-018	
UNITÀ OPERATIVA B) U.O.C. SERVIZIO FASCE ORSOU				RESPONSABILE: Dr. SSA MARILIA GIULIO					
AREA STRATEGICA / PROGRAMMI OPERATIVI	OGGETTI SPECIFICI / AZIONI	PESO	OGGETTO PROGETTUALE	PESO	INDICATORI	RISULTATO ATTESO	ESITO	NOTE	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)		
AREA 3: Livelli essenziali di assistenza L.E.A.	Aggiornamento ordinanza della guida ai servizi per l'assistenza domiciliare	30			Elaborazione del regolamento e procedure di accesso per le SLAP e pubblicazione on line sul sito istituzionale	Aggiornamento e pubblicazione guida ai servizi per l'assistenza domiciliare e regolamento SLAP = 100% Non pubblicazione = 0%			
AREA 3: Livelli essenziali di assistenza L.E.A.	Verifica della correttezza ed appropriata delle procedure per l'assistentato nelle Cure domiciliari	30			M. 12 (relazioni), a cadenza mensile, sulla verifica dell'appropriata e tempestiva del verbale UVR con monitoraggio sulla piattaforma informatica accessibile alle Cure Domiciliari	M. 12 relazione = 100% < di 12 = 0%			
Obiettivo assegnato al Direttore Generale in A.L. 1A DGC n. 315/2016 - Percentuale di assenti > 65 anni variati in ADR - Garantire almeno un valore aziendale compreso tra > = 1,56 e < 1,88 ALL-CIE	Analisi e monitoraggio, sui dati SLAP, anno 2018 e per l'indicazione 8, per ogni direzione alla Direzione Strategica sulla criticità e relative azioni correttive	20			Analisi e monitoraggio sui dati SLAP, evidenziando le criticità, costantemente, in modo da consentire al Direttore di Disporre il raggiungimento degli obiettivi. Obiettivi in indicazione 2017 = 1,56 raggiungimento range tra 1,56 e 1,88. I obiettivi con indicazione tra 1,56 ed > 1,88 raggiungere 1,88. Obiettivi con indicazione > 1,88 mantenere il risultato e migliorare il CIA	M. 12 relazioni = 100% < di 12 = 0%		I Dispositivi nn. 34, 46, 49, 50, 51, 52 e 54 e 55 (lunghezza) l'obiettivo tra 1,56 ed 1,88. In Dispositivo n. 55 raggiungere il 2,00. Gli altri dispositivi con valore superiore a 2,00 mantenere il risultato e migliorare il CIA. Dati di riferimento progetto allegato di cui alla nota prot. n. 35535 del 19/03/2018. Da predire che il dato complessivo di cui al progetto (1,88) è leggermente superiore al dato misurato, attualmente consolidato di 1,88. In questo non tiene conto dell'elaborazione del CIA.	
AREA 4: Prevenzione della corruzione piano della trasparenza e dell'integrità Programma 20	Piano della Prevenzione e Corruzione (Delibera assemblea n. 170/2018)	5			Rapporto di tutti gli obiettivi contenuti nel Piano della Prevenzione Corruzione (delibera assemblea n. 170/2018)	Osservanza adempimenti = 100% Non osservanza = 0%			
AREA GESTIONALE E MANAGERIALE	Rapporto dei tempi di consegna delle schede di valutazione di prima istanza entro il 31/01/2019 e rispetto dei tempi di consegna delle schede della performance entro i termini fissati dalle direttive aziendali	5			Rapporto dei tempi di consegna delle schede di valutazione di prima istanza entro il 31/01/2019 e rispetto dei tempi di consegna delle schede della performance entro i termini fissati dalle direttive aziendali	Osservanza adempimenti = 100% Non osservanza = 0%			
	PESO	90		10	TOTALE PESO 100				
DATA VALUTAZIONE FINALE					FIRMA DEL RESPONSABILE UOC				
VALUTAZIONE DI 1° ISTANZA				COGNOME E NOME					
Dott. Luigi Cacioppo									

25/05/2018

25/05/2018

ASL NA 3 SUD

UOC MEDICINA LEGALE PUBBLICA VALUTATIVA

Shedda di Valutazione Unità Operativa

SCHEDA S.P. 203 2018

PIANO DELLA PERFORMANCE

ANNO 2018

DIRETTORE UOC: Dott. Mattia La Rana

DATA ASSEGNAZIONE OBIETTIVI Piano della Performance 2016-17-18 Del 62/16

AREA STRATEGICA / PROGRAMMI OPERATIVI	OBIETTIVI SPECIFICI / AZIONI	PESO	INDICATORI	RISULTATO ATTESO	ESITO (da pubblicare nel 2018)	NOTE
Area 5 Governance e Società dell'informazione Programma 27.1 Orientare la capacità amministrativa alla razionalizzazione della spesa	Garantire la presenza dell'Azienda nel contenzioso	10	A) R. att. pervenuti/R. azioni intraprese B) Consulenze evase su delega della	da 70% a 100% = 100% <70% = 0		Servizio AA.LL. ex AA.GG
Area 5 Governance e Società dell'informazione Programma 25.1 Potenziare tutte le azioni di comunicazione esterna ed interna	Uniformità nelle linee procedurali rispetto all'Atto Aziendale Legge 210 per la centralizzazione dell'attività	10	R. di modelli di modulistica da adottare a. modelli utilizzati	SI = 100% NO = 0		
Area 5 Governance e Società dell'informazione Programma 23.1 Riduzione degli oneri burocratici e dei tempi del procedimento per settori definiti	Attività Commissioni Invalidi Civili Tempi di attesa e costi delle attività per singola Commissione Monitoraggio delle scadenze delle domande	20	Relazione semestrale	SI = 100% NO = 0		I.P.A.S. dei Distretti Delibera n. 233 del 09.03.2018
Area 5 Governance e Società dell'informazione Programma 23.1 Riduzione degli oneri burocratici e dei tempi del procedimento per settori definiti	Attività Medicina fiscale relativamente ai Dias 75/2017. Attività certificativa	20	R. reports ricevuti N. verifiche effettuate	SI = 100% NO = 0		I.P.A.S. dei Distretti
Area 5 Governance e Società dell'informazione Programma 23.1 Riduzione degli oneri burocratici e dei tempi del procedimento per settori definiti	Collegio Medico Aziendale	20	R. Richieste pervenute M. Richieste evase	SI = 100% NO = 0		
Area 4 Prevenzione della Corruzione Piano della trasparenza e dell'integrità Programma 20 Occlusivi Programma Triennale della Trasparenza e Integrità	Piano triennale della trasparenza ed integrità	5	Rispetto degli obblighi previsti negli allegati 1a ed 1 b	da 70% a 100% = 100% <70% = 0		
Area 4 Prevenzione della Corruzione Piano della trasparenza e dell'integrità Programma 21 Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	Piano triennale Prevenzione della Corruzione Delibera 170 del 14.02.2018	5	Rispetto obblighi contenuti nel Piano	da 70% a 100% = 100% <70% = 0		
Area 5 Governance e Società dell'informazione	Consegna schede di valutazione l'istanza entro il termine prescritto nonché schede Performance entro il termine fissato dalla Direzione Aziendale	10	Rispetto dei termini prescritti	SI = 100% NO = 0		
TOTALE PESO		100				

FIRMA DEL RESPONSABILE UOC

ASL NA 3 SUD
Servizio Med. Legale Pubblica Valutativa
Dott. Mattia La Rana
Direttore

DATA VALUTAZIONE FINALE

VALUTATORE DI 1° ISTANZA

23/05/2018

Ben

AA

PIANO DELLA PERFORMANCE

ANNO 2018

UNITÀ OPERATIVA (1): UOC SERVIZIO PATOLOGIA CLINICA TERRITORIALE

DIRETTORE: M. D'ORAZIO

AREA STRATEGICA / PROGRAMMI OPERATIVI (2)	OBIETTIVI SPECIFICI / AZIONI (3)	PESO (4)	INDICATORI (5)	RISULTATO ATTESO (6)	ESITO (7)	NOTE	PUNTI (10)
AREA 1 - GOVERNO DEL SISTEMA	flussi informativi monitoraggio consumi dispositivi medici	20	monitoraggio consumi laboratori aziendali.	SI=100 - NO=0			
AREA 1 - GOVERNO DEL SISTEMA	certificazione del bilancio	20	monitoraggio trimestrale rimanenze laboratorio tossicologia	SI=100 - NO=0			
AREA 1 - GOVERNO DEL SISTEMA Azioni strategiche	programmazione nuove procedure	15	corso di formazione per aggiornamento protocolli catena di custodia	SI=100 - NO=0			
AREA 2 - RAZIONALIZZAZIONE SPESA	ottimizzazione acquisto beni e servizi	20	quantomeno numero 2 capitolati di gara proposti al Servizio ABS	>0 = 2 = 100 2 = 75			
AREA 3 - LEA	assistenza territoriale	15	aggiornamento ed ulteriore perfezionamento rete laboratoristica pubblica (LUL)	SI=100 - NO=0			
AREA 4 DELLA TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE obblighi di pubblicazione	Attività e procedimenti - Tipologia di procedimento	5	ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	SI=100% - NO=0			
AREA DELLA VALUTAZIONE	Trasmissione nei tempi delle schede di performance e valutazione	5	invio schede di valutazione di 1° istanza entro il 31-01-2019 al DS; rispetto tempo di consegna schede di performance entro i termini stabiliti dalle direttive aziendali	SI=100% - NO=0			
totale		100					0

DATA CONSEGNA _____
DATA VALUTAZIONE FINALE _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UOC/UOSD/UOS

VALUTATORE DI 1° ISTANZA	COGNOME E NOME	FIRMA

25/05/2018

Qui

16

16

PIANO DELLA PERFORMANCE

ANNO 2017

AREA OPERATIVA [2]: Servizio Prevenzione e Cura delle Patologie della donna e del bambino

RESPONSABILE: dr.ssa Anna Esposito

AREA STRATEGICA / PROGRAMMI OPERATIVI [2]	OBIETTIVI SPECIFICI / AZIONI [3]	PESO [4]	INDICATORI [5]	RISULTATO ATTESO [6]	ESITO [7]	NOTE
Prevenzione - 2 screening di primo livello per il ca mammario	numero di donne che hanno effettuato una mammografia di screening superiore al 35 % del target	15	persone in età target che eseguono il test / [(donne residenti 50-69 anni / 2)] * 100	> 35 % = 100% dal 15% al 25% = 50% < 15% = 0		
Percorso nascita e riduzione taglio cesareo	produzione di linee guida aziendale per la riduzione dei TC primari nei punti nascita pubblici e privati accreditati	15	produzione linee guida	almeno n. 3 incontri		
Prevenzione diminuzione dei ricoveri per gastroenterite e asma in età pediatrica	Incontri con i Pediatri di Libera Scelta	20	produzione linee guida	almeno n. 3 incontri		
Welfare e solidarietà sociale/Programma 28.1 Favorire il benessere sociale dei territori migliorando la governance territoriale e garantendoli la presa in carico di situazioni di disagio	Produrre e avviare un progetto biennale per l'identificazione dei pazienti con tumori eredo-familiari della mammella e dell'ovulo con particolare attenzione ai residenti nei comuni inclusi nell'area "terra dei fuochi" (D. C. 38 del 01/06/2016)	50	rispetto del cronoprogramma del progetto	SI = 100 % No = 0		
TOTALE PESO		100				

DATA VALUTAZIONE FINALE

FIRMA DEL RESPONSABILE UOC/UOSD/UOS

VALUTATORE DI 1° ISTANZA

COGNOME E NOME

FIRMA

25/05/2018

PIANO DELLA PERFORMANCE

ANNO 2018

UOC Servizio Prevenzione e Protezione

DATA ASSEGNAZIONE OBIETTIVI Piano della Performance 2016-17-18 Del 62/16

DIRETTORE UOC: Dr Roberto Amato

AREA STRATEGICA / PROGRAMMI OPERATIVI [2]	OBIETTIVI SPECIFICI / AZIONI [3]	PESO [4]	INDICATORI [5]	RISULTATO ATTESO [6]	ESITO (da pubblicare nel 2019) [7]	NOTE
Area 3/LEA/Programma 18.1/rischio stress lavoro correlato ai sensi del DLGS 81/08	Elaborazione di interventi per ridurre il livello di stress, rilevato e compilato, in ciascun lavoratore	10	a) Realizzazione sportello informativo per il dipendente. B) 2. Corso di formazione per datori di lavoro. C) n. 4 focus group presso strutture Aziendali.	a) si= 100 % no= 0 b) si= 100 % no= 0 c) si= 100% no= 0		
Area 3/LEA/Programma 18.1. Verifiche e controlli in materia di sicurezza	Verifica requisiti organizzativi e strutturali in tutte le strutture dell'Azienda	15	Numero di sopralluoghi relazionali con o senza prescrizioni	70 sopralluoghi = 100 % < 35 = 0		
Area 1 / Programma 8.1/rischio chimico	Aggiornamento mediante valutazione del rischio chimico in tutte le strutture Aziendali Ospedaliere e Territoriali	15	Redazione Documento di Valutazione del rischio chimico	Si (consegna del DVR)=100% No = 0		
Area 3/LEA/Programma 18.1/piani di emergenza ed evacuazione	Aggiornamento ed elaborazione dei piani di emergenza ed evacuazione di tutte le strutture distrettuali Aziendali	15	Redazione dei Piani di emergenza ed evacuazione	Si (consegna del Piano)=100% No = 0%		
Area 4/LEA/trasparenza ed integrità WEB site	Pubblicazioni sulla Home page del servizio delle materie previste dalla normativa sulla trasparenza ed integrità di tutte le procedure del Servizio	5	ti di procedure, adempimenti/ N. di procedure e adempimenti pubblicati	1/1 = 100% <1 = 0		
Area 3/LEA/Programma 18.1. Sorveglianza sanitaria	Implementazione attività di Sorveglianza Sanitaria	10	N. visite effettuate/programmate	1/1 = 100% <1 = 0		
Area 3/LEA/Programma 18.1/ Sorveglianza sanitaria	Creazione tavolo operativo riguardo la regolamentazione della Sorveglianza Sanitaria	10	redazione regolamento	si= 100% no = 0		
Area 4/gestione e management	adempimenti performance	10	rispetto del termine di consegna 31/1/2019 delle schede di valutazione di prima istanza rispetto dei termini di consegna delle schede della performance, stabiliti dalle direttive aziendali	si=100% no = 0		

26/01/2018

AS

Area 4/prevenzione della corruzione piano della trasparenza ed integrità	adempimenti piano della prevenzione della corruzione	10	rispetto degli obblighi contenuti nel piano della prevenzione della corruzione	si = 100% no = 0		
TOTALE PESO		100				

DATA

FIRMA DEL RESPONSABILE UOC Roberto Amato

VALUTATORE DI 1° ISTANZA	COGNOME E NOME	FIRMA
		

Legenda:

La presente Scheda si riferisce all'Unità Operativa nel suo complesso. Deve dunque essere compilata una scheda Per direzione UOC/UOSD e specifiche schede per strutture semplici se presenti. L'assegnazione degli obiettivi è, di norma, effettuata con delibera del Commissario Straordinario, anche mediante l'uso della presente scheda (in questa fase vengono compilate solo le colonne fino a "Risultato atteso").

Il Direttore della Struttura, a cascata, individuerà gli obiettivi da assegnare alle strutture semplici (UOS). Gli obiettivi assegnati devono essere compresi nelle Aree Strategiche/Programmi operativi individuati dal Commissario Straordinario nel Piano della Performance cui l'Unità di appartenenza partecipa.

[1] Indicare se UOC, UOSD, UOS e la denominazione della stessa

[2] Si faccia riferimento al Piano della Performance

[3] Indicare gli specifici obiettivi, le azioni da mettere in campo per realizzare i programmi operativi cui l'U.O. partecipa.

[4] Indicare il peso assegnato all'obiettivo

[5] L'indicatore è lo strumento di misurazione degli esiti. In questa colonna va indicato il parametro di misura e non il suo valore, che sarà invece inserito nelle due colonne successive. Es.: per valutare l'appropriatezza di un ricovero si può scegliere come indicatore il "numero annuo di ricoveri da 0/1 giorno".

[6] Indicare il valore atteso per l'indicatore scelto.

[7] Indicare il valore effettivamente raggiunto dall'indicatore.

26/05/2018







Sheda di Valutazione Unità Operativa

PIANO DELLA PERFORMANCE

ANNO 2018

SCHEDA S.P./03-2018

UNITÀ OPERATIVA : UOC DI PSICOLOGIA INTEGRATA DELLA DONNA E DEL BAMBINO

RESPONSABILE: DOTT.SSA MARIA DE MARTINO

UEB1 ATTI PER INDIVIDUARE E VALUTARE

AREA STRATEGICA / PROGRAMMI OPERATIVI	OGGETTI SPECIFICI / AZIONI	PESO	INDICATORI	RISULTATO ATTESO	ESITO	NOTE
Programma 1.3 : Implementazione dei nuovi flussi informativi del NSIS	1. Ottimizzazione dei flussi informativi per l'area di Psicologia Integrata - In tutte le strutture Distrettuali Area Materno Infantile, relativamente alla uniformità di utilizzo del registro informativo; 2. Realizzazione riunioni di équipe tra Psicologi Dirigenti Area Materno-Infantile per l'analisi qualitativa dei flussi informativi di il livello	10	1a - verifica attivazione procedure uniformi di registrazione delle prestazioni psicologiche area Materno Infantile; Peso 3 1b- verifica coerenza interna dati; Peso 3 2 - realizzazione di n. 4 riunioni annuali tra psicologi Dirigenti Area Materno Infantile Territoriale per l'analisi qualitativa dei flussi informativi di il livello; Peso 4	100% di risultato = raggiungimento di un valore atteso di almeno 7 sul peso totale di 10 assegnato all'obiettivo 70% di risultato = raggiungimento di un valore di almeno 4 sul peso totale di 10 assegnato all'obiettivo 0% = obiettivo non raggiunto = raggiungimento di un valore inferiore a 4 sul peso totale di 10 assegnato all'obiettivo		
Area 3: Livelli Essenziali di Assistenza Programma 3.1.1: Declinare localmente il piano regionale di prevenzione monitorando e valutando i progetti Delibera 0570 del 28.07.2017	Attività di Promozione della salute: 1) Individuazione referenti Benessere Psicologico Distrettuali; 2) Programmazione di attività di promozione della salute attraverso il benessere psicologico nella Comunità; Programma C azione C6: 1) Progettazione attività previste dal Cronoprogramma Regionale; 2) Realizzazione percorso formativo di il livello per pediatri di libera scelta; 3) Progettazione Percorso operativo per le attività di due Centri Interdisciplinari Territoriali: stesura finale di relazione sul percorso operativo per l'accesso al Centro aziendale;	5	1- richiesta ai Dirigenti dei Distretti di nome dei referenti distrettuali per le attività di promozione del benessere psicologico (peso 2); 2 - stesura di n. 2 programmi formativi delle Attività di promozione del benessere psicologico (peso 3);	1- avvenuta formalizzazione dei referenti distrettuali= 100% ; no = 0 2- consegna entro Aprile 2018 di n. 2 progetti = 100%; no = 0;		
		10	1- Riunioni Gruppo Tecnico in esecuzione dell' Azione C6 (peso 3); 2- organizzazione di n. 2 percorsi formativi per PLS (peso 4); 3- consegna di relazione finale (peso 3);	1- <= 3 incontri = 100%; > di 2 = 0; 2- SI = 100%; no = 0; 3- SI = 100%; no = 0;		

25/06/2018

<p>Progetto: " interventi finalizzati alla prevenzione del maltrattamento e dell'abuso ai minori" - Promosso dalla regione Campania e Università degli Studi di Salerno, come da nota regionale prot. n. 0018057 del 02/02/18</p>	<p>Coinvolgimento dei dirigenti Psicologi Area Materno Infantile Territoriale alla partecipazione agli incontri di supervisioni specialistica, con monitoraggio dell'attività distrettuale per la rilevazione e presa in carico di situazioni di maltrattamento e abuso ai minori;</p>	<p>5</p>	<p>stesura di una relazione finale su partecipazione e monitoraggio delle relative attività degli psicologi dirigenti Area Materno Infantile Territoriale;</p>	<p>si = 100% no = 0</p>		
<p>DC4 n. 99 del 22/09/2017 " Piano Regionale di Programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale" - deliberazione n. 338 del 28 dicembre 2016 " centro per l'autismo dell'ASL Napoli 3 sud. Avvio progetto sperimentale"; deliberazione n. 753 del 25/10/2017 "costituzione gruppo tecnico professionale per lo sviluppo e l'organizzazione del centro per l'autismo " .</p>	<p>partecipazione al Gruppo Tecnico costituito con deliberazione del Direttore Generale n. 753 del 25/10/2017 " .. Per lo sviluppo e l'organizzazione del centro per l'autismo", con la stesura finale di relazione sul percorso operativo per l'accesso al Centro aziendale per l'autismo;</p>	<p>10</p>	<p>Incontri settimanali del Gruppo Tecnico ad hoc costituito, fissati una volta a settimana e consegna di relazione finale entro il 30/05/2018;</p>	<p>Partecipazione al Gruppo tecnico e trasmissione della relazione finale entro il termine stabilito = obiettivo raggiunto al 100%; obiettivo non raggiunto = 0</p>		
<p>Area 3: Livelli Essenziali di Assistenza Programma 3.1. Attività di prevenzione rivolta alle persone/programma di prevenzione Asl NA3 Sud</p>	<p>1 - Implementazione delle attività di formazione Centri Antiviolenza; 2 - redazione manuale operativo " Percorso per le donne che subiscono violenza"; 3 - avvio del percorso per la tutela delle donne che subiscono violenza presso OO.RR. Asl NA 3 Sud;</p>	<p>15</p>	<p>1- pianificazione di n. 1 corso di formazione integrata per operatori area materno infantile territoriale e Centri Antiviolenza (peso 5); 2 - trasmissione del manuale operativo, una volta redatto, al Direttore Generale, entro il 30 aprile 2018 (peso 5); 3 - incontri operativi con i Presidi Ospedalieri individuati dal Direttore Generale per condivisione procedure indicate nel manuale (peso 5);</p>	<p>1- SI = 100%; no = 0; 2- SI = 100%; no = 0; 3- SI = 100%; no = 0;</p>		
<p>Area 3: Livelli Essenziali di Assistenza Programma 3.1. Attività di prevenzione rivolta alle persone/programma di prevenzione Asl NA3 Sud</p>	<p>Prevenzione, psicodiagnosi e cura della salute degli adolescenti nell'Area Materno Infantile Territoriale: aggiornamento formativo specialistico dei dirigenti psicologi dell'Area Materno Infantile Territoriale e condivisione delle procedure di presa in carico dell'adolescente;</p>	<p>5</p>	<p>Monitoraggio relativo all'adesione dei dirigenti Psicologi Area Materno Infantile Territoriale ai corsi formativi aziendali organizzati ad hoc - relazione finale entro il 31 dicembre 2018;</p>	<p>si = 100% no = 0</p>		

Area 3 - Livelli Essenziali di Assistenza Programma 3.1. Attività di prevenzione rivolta alle persone/programma di prevenzione ASI NA3 Sud deliberazione aziendale n. 00887 del 21/12/2017;	Implementazione di del Centro di Riferimento Giuridico Aziendale per i minori e le famiglie: coordinazione delle attività disattuali in ambito clinico e giuridico di presa in carico delle famiglie e delle loro problematiche secondo modalità uniche;	15	1- Organizzazione di almeno 3 incontri con i dirigenti psicologi dell'Area Materno Infantile Territoriale ai fini della programmazione di un percorso condiviso per la presa in carico di famiglie su disposizione delle Autorità Giudiziarie (peso 7); 2- Monitoraggio delle attività del Polo per le Adozioni Nazionali ed internazionali: previsione di almeno n. 2 incontri operativi con le responsabili G.I.L. (peso 6);	1- SI = 100%; no = 0; 2- SI = 100%; no = 0;		
Area 5 - Governance e Società dell'informazione	Obiettivi programma triennale trasparenza ed integrità	5	realizzazione di una pagina web dedicata ai percorsi ospedalieri per le donne vittime di violenza e ai centri antiviolenza territoriali	SI = 100% no = 0		
Area 5 - Governance e Società dell'informazione	Piano della Performance (anno 2018) - rispetto degli adempimenti previsti dai regolamenti aziendali	5	trasmissione delle schede SP2-SP3-SP4 nei termini indicati dalla Direzione Strategica	trasmissione nei termini indicati = 100% la non trasmissione nei termini = 0		
Area 5 - Governance e Società dell'informazione	Valutazione personale dirigente: rispetto degli adempimenti previsti dalla normativa	5	trasmissione - alla UOC Servizio programmazione, pianificazione e Valutazione Attività Sanitarie- delle schede di valutazione di 1° istanza entro il 31/01/2019	trasmissione nei termini indicati = 100% la non trasmissione nei termini = 0		
Area 4 - Prevenzione Corruzione e Trasparenza	adempimenti delibera n. 170 del 14/02/2018	10	Prevenzione della Corruzione - adempimenti contenuti nella delibera n. 170/2018	SI = 100% no = 0		
TOTALE PESO						

DATA ASSEGNAZIONE:

FIRMA DEL RESPONSABILE UOC/UOSD/UOS

VALUTATORE DI 1° ISTANZA

COGNOME E NOME
DR. LUIGI CATERINO - DIRETTORE SANITARIO ASL NA 3SUD

FIRMA

UNITA' OPERATIVA [1]: UOC ASSISTENZA RIABILITATIVA AREA "A"

DIRETTORE UOC: dott. A. CICCONE

DATA ASSEGNAZIONE OBIETTIVI Piano della Performance 2016-17-18 Del 6/2/16

AREA STRATEGICA / PROGRAMMI OPERATIVI [2]	OBIETTIVI SPECIFICI / AZIONI [3]	PESO [4]	OBIETTIVI PROGETTUALI	INDICATORI [5]	RISULTATO ATTESO [6]	ESITO [7]	NOTE
AREA 1: programma 7 (7.2.2-7.2.3-7.2.4) rapporti con gli erogatori assistenza protesica.	monitoraggio congruità delle prescrizioni di ausili e protesi degli specialisti prescrittori, incontri mensili con DD.SS. e responsabili UOAR.	10	12 incontri + 12 TAVOLI TEMATICI	diminuzione, rispetto all'anno precedente, delle incongruenze.	10-12 INCONTRI + 10-12 TAVOLI = 100%		
AREA 1: programma 7 (7.2.2-7.2.3-7.2.4) rapporti con gli erogatori assistenza protesica.	monitoraggio, attraverso le UU.OO.AA.RR. del possesso dei requisiti di legge delle Ditte protesiche per albo regionale attraverso verifiche apposte di II° livello	20	VERIFICHE POSSRESSO REQUISITI DITTE PROTESICHE ED INVIO ENTRO il 31/12/2018	Controllo di merito elaborati di verifica prodotti da parte delle UOAR. Trasmissione elenchi all'Ente regione	80-100% CONTROLLI = 100%		
AREA 3: Programma 14 (14.4.3): implementazione sistemi di verifica appropriatezza prescrittiva. APPLICAZIONE DCA e CONTRATTI	monitoraggio di II° livello degli interventi riabilitativi e congruità file H e C mensili. Verifica applicazione contratti.	30	RILEVO MENSILE DEGLI SFORAMENTI, DETERMINAZIONE NOTE DI CREDITO E COMUNICAZIONE ALLE UOAR	verifica rispetto, da parte dell'UOAR, delle determinazioni per note di debito. Osservanza dei limiti prestazionali del CCA	EMISSIONE NOTE DI CREDITO/DEBITO DA PARTE DEL CCA. % AL RILEVO: 60-80% = 100%		
AREA 4: Programmi 20 e 21: prevenzione curazione e piano trasparenza. FLUSSI INFORMATIVI	Monitoraggio flussi anomali ed accesso agli atti.	5	relazioni e riscontri in dipendenza di specifiche richieste/segnalazioni	Adesione allo specifico dettato normativo	100%		
Area 3: L.E.A. Programma 13.2 definizione percorsi di cura e diagnostico terapeutici relativi alle principali patologie croniche	ottimizzazione percorso ospedale territorio	30	racordo UOAR territoriali per presa in carico assistiti per il miglioramento del percorso post ospedaliero	numero contatti con le UU.OO. Ospedaliere aziendali	80% RISCOntRO AI CONTATTI RICHIESTI = 100%		
APPLICAZIONE DETERMINAZIONI SST IN TERMINI DI ESECUZIONE CRONOLOGICA IN TEMPI STABILITI	rispetto consegna schede valutazione 1° istanza entro 31/01/2019 e performance entro termini fissati da azienda	5	Implementazione schede in formato excel nei tempi previsti	ATTI TRASMESSI	100% DEI RISCOntRI = 100%		
TOTALE PESO		100					

DATA VALUTAZIONE FINALE

FIRMA DEL RESPONSABILE UOC

VALUTATORE DI 1° ISTANZA	COGNOME E NOME	FIRMA

Legenda:

La presente Scheda si riferisce all'Unità Operativa nel suo complesso. Deve dunque essere compilata una scheda Per direzione UOC/UOSD e specifiche schede per strutture semplici se presenti.

Il Direttore della Struttura, a cascata, individuerà gli obiettivi da assegnare alle strutture semplici (UOS). Gli obiettivi assegnati devono essere compresi nelle Aree Strategiche/Programmi operativi individuati dal Commissario

[1] Indicare se UOC, UOSD, UOS e la denominazione della stessa

[2] Si faccia riferimento al Piano della Performance

[3] Indicare gli specifici obiettivi, le azioni da mettere in campo per realizzare i programmi operativi cui l'U.O. partecipa.

[4] Indicare il peso assegnato all'obiettivo

[5] Indicare il valore atteso per l'indicatore scelto.

[6] Indicare il valore effettivamente raggiunto dall'indicatore.

25/05/2018

A. Ciccione

25

25

PIANO DELLA PERFORMANCE

ANNO 2018

UNITA' OPERATIVA: UOC ASSISTENZA RIABILITATIVA AREA B		RESPONSABILE: DOTT. L. FIORENZA				
AREA STRATEGICA / PROGRAMMI OPERATIVI [2]	OGGETTIVI SPECIFICI / AZIONI [3]	PESO [4]	INDICATORI [5]	RISULTATO ATTESO [6]	ESITO [7]	NOTE
Programma 13.2 Definizione dei percorsi di cura e dei percorsi diagnostico-terapeutici relativi alle principali patologie croniche	ottimizzazione percorso ospedale-territorio	45	numero richieste riabilitative da U.O. ospedaliere ed esternali al territorio	da 80% a 100% ricontro ai contatti richiesti = 100%; -80% -0 %		
Linee guida LEA appropriatezza ricoveri codice 56	monitoraggio pazienti ricoverati strutture accreditate competenza comune nella Delibera 170/18 e partecipazione alla attività di formazione ed aggiornamento del piano	35	esame schede dimissione per verifica appropriatezza	verifica di circa l'80% delle schede = 100%; -80% -0 %		
Prevenzione corruzione e piano trasparenza programma 4.1 e 4.2		15	Atti specifici di adesione ai decreti previsti dal piano	Adesione SI = 100%; NO = 0%		
Area Governance e Società dell'Informazione	Indirizzo delle schede valutazione personale dirigente performance esito il termine indicativo data Direzione	5	trasmissione all'UOC Servizio Programmazione e Valutazione Attività Sanitaria delle schede valutazione 1° istanza entro il 31/01/19	SI = 100% NO = 0%		
TOTALE PESO		100				

DATA VALUTAZIONE FINALE

FIRMA DEL RESPONSABILE UOC/UOSO/UOS

VALUTATORE DI 1° ISTANZA

COGNOME E NOME

FIRMA

25/05/2018

15

UNITA' OPERATIVA (3): RISK MANAGEMENT

Scheda di Valutazione Unità Operativa

PIANO DELLA PERFORMANCE ANNO 2018

scheda S.P./03-2018

DIRETTORE UOC: CASONE EDVIGE

DATA ASSEGNAZIONE OBIETTIVI Piano della Performance 2018-20

AREA STRATEGICA / PROGRAMMI OPERATIVI (2)	OBIETTIVI SPECIFICI / AZIONI (3)	PESO (4)	INDICATORI (5)	RISULTATO ATTESO (6)	ESITO (da pubblicare nel 2018) (7)	NOTE
Predisposizione e diffusione piano aziendale per la prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	Realizzazione e diffusione del documento aziendale	30	adozione e diffusione documento aziendale	100		
Definizione e diffusione procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari - Raccomandazione Ministeriale n. 8/2007	Realizzazione e diffusione del documento aziendale	30	adozione e diffusione documento aziendale	100		
Definizione e diffusione della Procedura per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci anti neoplastici - Raccomandazione Ministeriale n. 14/2012	Realizzazione e diffusione del documento aziendale	40	adozione e diffusione documento aziendale	100		
TOTALE PESO		100				

DATA VALUTAZIONE FINALE

FIRMA DEL RESPONSABILE UOC

VALUTATORE DI 3° ISTANZA

COGNOME E NOME

Legenda:

La presente Scheda si riferisce all'Unità Operativa nel suo complesso. Deve dunque essere compilata una scheda Per direzione UOC/UOSO e specifiche schede per strutture semiplici se presenti.

25/05/2018

A circular stamp with the text "AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 3 SUD" around the perimeter and "U.O.S.D. ALPI" in the center.

11971-11974-150

ALLEN J. D. : 1984

105 MAY 2018

COPIES TO PURCHASE

F101. RESPONSABLE DEL NIVEL O DGT. M. D.

Mute

Walter Gandy

26/05/20

of

UNITA' OPERATIVA ISPELTTIVA SANITARIA

RESPONSABILE UO: DR. Umberto ISMILLO

AREA STRATEGICA / PROGRAMMI OPERATIVI	OGGETTI SPECIFICI / AZIONI	RESO	INDICATORI	RISULTATO ATTESO	ESITO (da pubblicare nel 2018)	NOTE
AREA 5 - PROGRAMMA 24.4 SISTEMI ISPELTTIVI	VERIFICHE PRESENZE IN SERVIZIO PERSONALE DIPENDENTE PP.OO Aziendali	20	n. verifiche	almeno n. 10 verifiche		
AREA 5 - PROGRAMMA 24.4 SISTEMI ISPELTTIVI	VERIFICHE IMPLEMENTAZIONE PROCEDURA DI TRIAGE DI P.S. NEI PP.OO. NON ANCORA COMPLETAMENTE A REGIME	20	n. verifiche	almeno n. 5 verifiche		
AREA 5 - PROGRAMMA 24.4 SISTEMI ISPELTTIVI	ATTIVITA' DELEGATE DALLA MAGISTRATURA PENALE E CONTABILE	20	n. deleghe	100%		variabile non dipendente
AREA 5 - PROGRAMMA 24.4 SISTEMI ISPELTTIVI	GESTIONE DEGLI ANONIMI	10	n. casi	presentazione report		variabile non dipendente
AREA 4 - PROGRAMMA 20	OGGETTIVI P.T.P.C. (attività di Referente del R.P.d.C.)	20	relazione in qualità di referente	relazione in qualità di referente entro il 15/12/2018		

Dr.

AREA 4 - PROGRAMMA 21	OGGETTIVI P.T.I.L... (aggiornamento del link di competenza del sito web aziendale, ecc.)	10	garanzia dei propri contenuti standard P.T.I.L. del 52 del 25/01/2016 all. 1A ed all. 1B	conseguimento standard		
-----------------------	---	----	--	------------------------	--	--

DATA VALUTAZIONE FINALE

TOTALE PESO 100

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

	COGNOME E NOME	FIRMA
VALUTATORE DI 1° ISTANZA		

25/05/2018

Legenda:

- La presente Scheda si riferisce all'Unità Operativa nel suo complesso. Deve dunque essere compilata una scheda Per direzione UOC/UOSO e specifiche schede per strutture semplici se presenti. L'assegnazione degli obiettivi è, di norma, effettuata con delibera del Comitato di Sorveglianza, anche mediante l'uso della presente scheda (in questa fase vengono compilate solo le colonne fino a "Risultato atteso").
- Il Direttore della Struttura, a cascata, individuerà gli obiettivi da assegnare alle strutture semplici (UOS). Gli obiettivi assegnati devono essere compresi nelle Aree Strategiche/Programmi operativi individuali del Comitato di Sorveglianza nel Piano della Performance cui l'Unità di appartenenza partecipa.
- [1] Indicare se UOC, UOSO, UOS e la denominazione della stessa
- [2] Si faccia riferimento al Piano della Performance
- [3] Indicare gli specifici obiettivi, le azioni da mettere in campo per realizzare i programmi operativi cui l'U.O. partecipa.
- [4] Indicare il peso assegnato all'obiettivo
- [5] L'indicatore è lo strumento di misurazione degli esiti. In questa colonna va indicato il parametro di misura e non il suo valore, che sarà invece inserito nelle due colonne successive. Es.: per valutare l'approvabilità di un ricorso si può scegliere come indicatore il "numero annuo di ricorsi da 0/1 giorno".
- [6] Indicare il valore atteso per l'indicatore scelto.
- [7] Indicare il valore effettivamente raggiunto dall'indicatore.

UNITA' OPERATIVA COMPLESSA [1]:

Coordinamento Socio-sanitario

RESPONSABILE: Dr. Salvatore D'Ambrasio

DATA ASSEGNAZIONE OBIETTIVI Piano della Performance 2018-19-20 Del 000 del 09/09/2018

AREA STRATEGICA / PROGRAMMI OPERATIVI (2)	OBIETTIVI SPECIFICI / AZIONI (3)	PESO (4)	INDICATORI (5)	RISULTATO ATTESO (6)	ESITO (da pubblicare nel 2019) (7)	NOT E
Governo del Sistema / Programma 3 - Sistemi, Flussi informativi e Processi di Dematerializzazione						
Intervento 3.1. - Sistemi informativi	Azione 3.2.2. - Miglioramento di specifici Flussi informativi (Monitoraggio della Rete Assistenziale (MRA)): Predisposizione di azioni volte al superamento di alcune incongruenze rilevate in ordine al Flusso STS24 Quadro F e Quadro G e Flusso HSP24 Quadro H del Flusso FAR ed EMUR (Flusso Pronto Soccorso). Elaborazione annuale in valore percentuale dei dati Griglia LEA numero 9.1-9.2- 10.1-10.1.2-10.2.1- 10.2.2 e dei dati RIA 11 e STS24.	20	1) Numero di prestazioni monitorate e caricate dal personale profilato nel Sistema Sanitario per Flusso FAR/numero di valutazioni effettuate. 2) Numero di record inseriti tra i Flussi STS24 Quadro F e Quadro G, HSP24 Quadro H, FAR, EMUR (Flusso Pronto Soccorso)/numero di pazienti. 3) Elaborazione annuale in valore percentuale dei dati Griglia LEA numero 9.1-9.2-10.1-10.1.2-10.2.1- 10.2.2 e dei dati RIA 11 e STS24.	A - > 80% del monitoraggio per singolo indicatore = 100% obiettivo raggiunto B - > 60% < 80% del monitoraggio per singolo indicatore = 70% obiettivo raggiunto C - > 40% < 60% del monitoraggio per singolo indicatore = 50% obiettivo raggiunto D - < 40% obiettivo non raggiunto		

UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA (1): ... Contributo agli Scopi Strategici
DATA ASSEGNAZIONE OBIETTIVI Piano della Performance 2018-19-20 Del 000 del 00/00/2018

RESPONSABILE: Dr. Salvatore D'Ambrascio

AREA STRATEGICA / PROGRAMMI OPERATIVI [2]	OBIETTIVI SPECIFICI / AZIONI [3]	PESO [4]	INDICATORE [5]	RISULTATO ATTESO [6]	ESITO (da pubblicare nel 2019) [7]
Governo del Sistema / Programma 10 - Piano di pagamento e tempi di pagamento					
Intervento 10.2: Riduzione tempi di pagamento	Strutturata finalizzata al pagamento delle fatture nei tempi previsti dalla normativa vigente.	10	Numero di Determine Dirigenziali di Liquidazioni adottate ed inviate all'UOC GEF per il tramite della piattaforma Sfera "DO" in tempo reale per il pagamento. Numero di acquisizione della Liquidazione Tecnica pervenuta dai Distretti Sanitari/su totale delle liquidazioni trasmesse	A - > 80% liquidazioni inviate all'UOC GEF entro 5 gg. = 100% obiettivo raggiunto B - > 60% < 80% liquidazioni inviate all'UOC GEF entro 5 gg. = 70% obiettivo raggiunto C - > 40% < 60% liquidazioni inviate all'UOC GEF entro 5 gg. = 50% obiettivo raggiunto	
Schede di Valutazione di Prima Istanza e Schede di Performance	Rispetto dei Tempi di Consegna delle Schede di Valutazione di Prima Istanza entro il 31/01/2019 e rispetto dei Tempi di Consegna delle Schede di Performance entro i termini fissati dalle direttive Aziendali.	5	Rispetto dei Tempi di Consegna delle Schede di Valutazione di Prima Istanza entro il 31/01/2019 e rispetto dei Tempi di Consegna delle Schede di Performance entro i termini fissati dalle direttive Aziendali.	Manca l'invio delle Schede di Valutazione di Prima Istanza entro il 31/01/2019 e rispetto dei Tempi di Consegna delle Schede di Performance entro i termini fissati dalle direttive Aziendali=0% obiettivo non raggiunto	

UNITA' OPERATIVA GOMAPRESSA [1]:

Codice di riferimento Societario: 000/00/2018

RESPONSABILE: Dr. Salvatore D'Ambrosio

DATA ASSEGNAZIONE OBIETTIVI Piano della Performance 2018-19-20 del 00/00/2018

AREA STRATEGICA / PROGRAMMI OPERATIVI [2]	OBIETTIVI SPECIFICI / AZIONI [3]	PESSO [4]	INDICATORI [5]	RISULTATO ATTESO [6]	ESITO (da pubblicare nel 2019) [7]	
Obiettivi del Piano della Prevenzione della Corruzione Piano e della Trasparenza Delibera n. 170 del 14/02/2018 Triennio anni 2018-2019-2020.						
Piano della Prevenzione della Corruzione Piano e della Trasparenza - Delibera n. 170 del 14/02/2018 Triennio anni 2018-2019-2020.	Inserimento degli obblighi previsti dal Piano Triennale della Prevenzione e della Corruzione e della Trasparenza.	20	Attivazione ed invio degli adempimenti obbligatori, previsti nell'Allegato 1C del PTPC (delibera n. 170 del 14/02/2018), al Direttore Relazioni con il Pubblico/Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza. Numero di Attivazione ed invio degli adempimenti obbligatori, previsti nell'Allegato 1C del PTPC, al Direttore Relazioni con il Pubblico/Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza. Aggiornamento e inserimento, suddivise per pagina web, dei dati inseriti obbligatori, previsti nell'Allegato 1D del PTPC (delibera n. 170 del 14/02/2018) del link web dedicato a questa UOC Coordinamento Eloborazione della Relazione annuale prevista dal PTPC.	A - > 80% dell'attività per singolo indicatore = 100% obiettivo raggiunto B - > 60% < 80% dell'attività per singolo indicatore = 70% obiettivo raggiunto C - > 40% < 60% dell'attività per singolo indicatore = 50% obiettivo raggiunto D - < 40% obiettivo non raggiunto		
Piano della Prevenzione della Corruzione Piano e della Trasparenza Delibera n. 170 del 14/02/2018 Triennio anni 2018-2019-2020.	Attuazione delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione e della Corruzione e della Trasparenza.	10		A - Elaborazione della Relazione annuale = 100% obiettivo raggiunto C - Mancata elaborazione = obiettivo non raggiunto.		

UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA (1):

Coordinamento Sociosanitario

RESPONSABILE Dr. Salvatore D'Ambrosio

DATA ASSEGNAZIONE OBIETTIVI Piano della Performance 2018-19-20 Del 000 del 09/09/2018

AREA STRATEGICA/ PROGRAMMI OPERATIVI (2)	OBIETTIVI SPECIFICI/ AZIONI (3)	PIESQ (4)	INDICATORI (5)	RISULTATO ATTESO (6)	ESITO (da pubblicare m4/2019) (7)	NOT E
Welfare Solidarietà Sociale.						
Organizzazione aziendale per ambiti sociosanitari.	Attività di supporto funzionale a tutte le IPAS Distrettuali per le attività assistenziali sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria (Atto Aziendale OCA 39 del 25/09/2017)	20	Numero di attività di supporto funzionale a tutte le IPAS Distrettuali per le attività assistenziali sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria.	A - = 100% obiettivo raggiunto C - Mancata = obiettivo non raggiunto.		
Parti Territoriali per la Salute.	Attività di supporto alle Direzioni dei Distretti Sanitari per la corretta stesura ed adozione dei Piani di Attività Territoriali (P.A.T.) nel triennio, per la parte riguardante l'integrazione Sociosanitaria.	15	Numero attività di supporto alle Direzioni dei Distretti Sanitari per ogni singolo Distretto Sanitario (N. 13 Distretti Sanitari), per il monitoraggio della corretta stesura del P.A.T. per la parte riguardante l'integrazione Sociosanitaria e dell'aderenza con la Programmazione Regionale Sociosanitaria, entro il 31/12/2018.	A - = 100% obiettivo raggiunto C - = obiettivo non raggiunto.		
TOTALE PIESO		180				
Data DATA VALUTAZIONE FINALE	27/03/2018		Firma del Responsabile dell'UOC Coordinamento Sociosanitario Dr. Salvatore D'Ambrosio			

25/05/2018

25/05/2018
Jana

**Razionalizzazione Unità Spesa
Farmaceutica Ospedaliera
Razionalizzazione della spesa
farmaceutica ospedaliero/centrale**

	Piano del 1° ciclo di cura, verifica dell'appropriatezza prescrittiva, erogazione del farmaco da cui al 1° ciclo di cura pervenire alla dimissione ospedaliera (OGHC n. 34 del 29.01.2018)	In relazione all'erogazione farmaci di cui al 1° ciclo di cura, l'obiettivo è di ridurre i costi di cura per il 100% (100%); per il 2° ciclo di cura, l'obiettivo è di ridurre i costi di cura per il 50% (50%).	A seguito delle attività di erogazione di farmaci di cui al 1° ciclo di cura, saranno erogati, previa verifica dell'appropriatezza prescrittiva, gli stessi farmaci prescritti dalle UO/O ospedaliere di competenza delle FFOD, secondo i limiti di spesa stabiliti e di cui al DGR n. 10/2018.	
OCA - 34/2016 L. ex S. Relazione di spesa	Ripartizione delle attività previste dalla Rete Oncologica Campania di cui OCA n. 59/2016 e OCA n. 10/2018	In relazione all'erogazione farmaci di cui al 1° ciclo di cura, l'obiettivo è di ridurre i costi di cura per il 100% (100%); per il 2° ciclo di cura, l'obiettivo è di ridurre i costi di cura per il 50% (50%).	A seguito delle attività di erogazione di farmaci di cui al 1° ciclo di cura, saranno erogati, previa verifica dell'appropriatezza prescrittiva, gli stessi farmaci prescritti dalle UO/O ospedaliere di competenza delle FFOD, secondo i limiti di spesa stabiliti e di cui al DGR n. 10/2018.	
montaggio e procedura di rimborso con l'azienda di OCA - 14/2017 intervento 23.6. OCA 12/2016 L. ex S. Relazione di spesa	Attivazione delle procedure di rimborso con l'azienda di OCA - 14/2017 intervento 23.6. OCA 12/2016 L. ex S. Relazione di spesa	In relazione all'erogazione farmaci di cui al 1° ciclo di cura, l'obiettivo è di ridurre i costi di cura per il 100% (100%); per il 2° ciclo di cura, l'obiettivo è di ridurre i costi di cura per il 50% (50%).	A seguito delle attività di erogazione di farmaci di cui al 1° ciclo di cura, saranno erogati, previa verifica dell'appropriatezza prescrittiva, gli stessi farmaci prescritti dalle UO/O ospedaliere di competenza delle FFOD, secondo i limiti di spesa stabiliti e di cui al DGR n. 10/2018.	
verifica e implementazione del PTO	verifica della richiesta di rimborso in PTO, attivazione e implementazione del PTO	In relazione all'erogazione farmaci di cui al 1° ciclo di cura, l'obiettivo è di ridurre i costi di cura per il 100% (100%); per il 2° ciclo di cura, l'obiettivo è di ridurre i costi di cura per il 50% (50%).	A seguito delle attività di erogazione di farmaci di cui al 1° ciclo di cura, saranno erogati, previa verifica dell'appropriatezza prescrittiva, gli stessi farmaci prescritti dalle UO/O ospedaliere di competenza delle FFOD, secondo i limiti di spesa stabiliti e di cui al DGR n. 10/2018.	
implementazione di un sistema di monitoraggio delle prestazioni aziendali relativi ai farmaci	implementazione di un sistema di monitoraggio delle prestazioni aziendali relativi ai farmaci	In relazione all'erogazione farmaci di cui al 1° ciclo di cura, l'obiettivo è di ridurre i costi di cura per il 100% (100%); per il 2° ciclo di cura, l'obiettivo è di ridurre i costi di cura per il 50% (50%).	A seguito delle attività di erogazione di farmaci di cui al 1° ciclo di cura, saranno erogati, previa verifica dell'appropriatezza prescrittiva, gli stessi farmaci prescritti dalle UO/O ospedaliere di competenza delle FFOD, secondo i limiti di spesa stabiliti e di cui al DGR n. 10/2018.	

Da fare

Da fare

Da fare

Da fare

AREA 1: PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, PIANO DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITA'		31/12/2018	31/12/2018	31/12/2018	31/12/2018	31/12/2018	31/12/2018
rispetto dei tempi di consegna Schede di Valutazione di 1 ispezione entro il 31/12/2018. Rischio di ispezione consegna delle Schede di Performance entro, tempestivamente dalle strutture affidate	10	no = 0	si = 100%	no = 0	si = 100%	no = 0	si = 100%
	5	no = 0	si = 100%	no = 0	si = 100%	no = 0	si = 100%
TOTALI PESO		100					

DATA VALUTAZIONE FINALE

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

COGNOME E NOME

VALUTATORE DI 1° ISTANZA

Dr. Egidio Nitti

FIRMA

[Signature]

[Signature]

[Signature]

UNITÀ OPERATIVA (1): Direzione dipartimento di Prevenzione

DATA ASSEGNAZIONE OBIETTIVI: Piano della Performance 2016-17-18 Del 62/16

DIRETTORE UOC: dr. Gennaro Del Franco

AREA STRATEGICA / PROGRAMMI OPERATIVI [2]	OBIETTIVI SPECIFICI / AZIONI [3]	PESO [4]	INDICATORI [5]	RISULTATO ATTESO [6]	ESITO (da pubblicare nel 2017) [7]	NOTE
Programma 15 - Prevenzione della Salute del consumatore - Sanità Pubblica Del 16/05/2016	Area di intervento E - Sicurezza Alimentare - Tutela della Salute del consumatore - Sanità Pubblica Verifica	50 DPAT 2019	Indicatore adeguato per monitorare l'attuazione sanitaria Verificato	da 75% a 100% raggiungimento del DPAT = 100% da 50% a 75% a 50% : < 100% = 0		
Programma 15 - Prevenzione della Salute del consumatore - Sanità Pubblica Del 16/05/2016	Processo di apprendimento strutture sanitarie	5 Verificato	Report Trimestrale (peso 5%) Report Trimestrale (peso 2,5%) Report Trimestrale (peso 2,5%)	completamento procedure del DPAT al 100% da 75% a 100% da 50% a 75% a 50% : < 100% = 0		
Programma 15 - Prevenzione della Salute del consumatore - Sanità Pubblica Del 16/05/2016	Area di intervento F - screening oncologici: a) cancro colon-retto b) cancro della mammella c) cancro cervicocarcinoma	10 Verificato	Report Trimestrale (peso 5%) Report Trimestrale (peso 2,5%) Report Trimestrale (peso 2,5%)	a) dal 17% al 25% del numero dei soggetti sottoposti a screening/popolazione interessata = 100% b) n. 4 Report = 100% ; n. 3 Report = 75% ; < 3 Report = 0 c) Report = 100% ; n. 3 Report = 75% ; < 3 Report = 0		
Programma 15 - Prevenzione della Salute del consumatore - Sanità Pubblica Del 16/05/2016	Valutazione dell'attività sanitaria Obiettivi della performance	5 Verificato	Cedendo di consegna al Servizio di valutazione entro il 31/01/2019 5 schede di valutazione di 1° stanza e schede performance nei termini stabiliti dalla delibera 62/2016.	entro il 31/01/2019 = 100% ; dal 01/02/2019 al 31/03/2019 = 50% ; dopo il 07/07/2019 = 0		
Programma 15 - Prevenzione della Salute del consumatore - Sanità Pubblica Del 16/05/2016	Rispetto degli obblighi contenuti nel Piano della Prevenzione e Comunicazione e della Trasparenza, ivi compreso 20 controlli sulla presenza del personale (Del. N. 17/9/2016)	20 Verificato	numero casi trattati / numero segnalazioni pervenute/numero controlli effettuati	da 50% a 100% : 100% ; da 50% a 75% : 75% da 20% a 50% : 50% ; < 20% = 0		
Programma 15 - Prevenzione della Salute del consumatore - Sanità Pubblica Del 16/05/2016	Programma 15 prevenzione randismo e ripiene urbana veterinaria - LEA	5 Verificato	Avvio piani operativi aziendali, o richieste intervento per animali randagi	scadimento del 100% delle richieste = 100 ; dal 75% al 99% = 75% ; < 75% = 0		
Programma 15 - Prevenzione della Salute del consumatore - Sanità Pubblica Del 16/05/2016	Prevenzione e sicurezza nelle attività di lavoro ambiente di lavoro	5 Verificato	5 controlli ispettivi e 1 controllo di sicurezza aziendale	da 100% a 150% : 100% ; da 75% a 99% : 75% da 50% a 74% : 50% ; < 50% = 0		
TOTALE PESO		100				

DATA VALUTAZIONE FINALE

FIRMA DEL RESPONSABILE UOC

Dr. Gennaro Del Franco

VALUTATORE DI 2° ISTANZA

COGNOME E NOME

FIRMA

25/05/2018

PIANO DELLA PERFORMANCE

ANNO 2018

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

Direttore: dott. Luigi Caterino

AREA STRATEGICA PROGRAMMI OPERATIVI	OBIETTIVI SPECIFICI AZIONI	PESO	INDICATORI	RISULTATO ATTESO	ESITO
AREA GOVERNO DEL SISTEMA Flussi Informativi	Miglioramento qualità e correttezza della registrazione dei dati relativi alle attività sull'assistenza per la generazione flussi informativi (Sistema Informativo Salute Mentale - SISM)	6	1-MONITORAGGIO DELLA CORRETTEZZA DEL DATO IMPUTATO (Diagnosi, stato civile, titolo di studio, abitazione, condizione professionale)	1 - Report quali - quantitativo trimestrale n. 4 report = 100% n. 2 report = 50% <2 = 0	
*Obiettivo sostenuto nelle precedenti annualità con progettualità		4	2-MONITORAGGIO ALLINEAMENTO FLUSSO SISM RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE E MODELLO STS 24 QUADRO F E QUADRO G	2-Report semestrale n. 2 report = 100% n. 1 report = 0	
AREA LEA Indicatore LEA Ex DCA 14/2017	Garantire il target definito nella griglia LEA	10	MANTENIMENTO DEL TASSO DEGLI UTENTI IN CARICO (UTENTI > 18anni PER 1000 ABITANTI RESIDENTI) 1	Tasso utenti in carico > 10, 82 = 100% < 10, 82 = 0	
AREA FATTORI PRODUTTIVI	Miglioramento della appropriatazza nella allocazione delle risorse	10	CONTROLLO E MONITORAGGIO DELLA SPESA PER IL MIGLIORAMENTO DELLA APPROPRIATEZZA DELL'UTILIZZO DELLE RISORSE DIPARTIMENTALI	a- Report semestrale quali-quantitativo spesa prestazioni acquisite da privati n. 2 report = 100% n. 1 report = 0 b - Report trimestrale spesa e giornate Case Cura NP riconvertite (dal secondo semestre) n. 2 report = 100% n. 1 report = 0	

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

PIANO DELLA PERFORMANCE

ANNO 2018

Direttore: dott. Luigi Caterino

		5		c - Relazione semestrale quali-quantitativa turn over pazienti in SIR aziendali n. 2 report = 100% ≤ 1 report = 0	
AREA L.E.A. Riduzione di ricoveri per le patologie croniche individuate e riduzione del ricoveri ripetuti	Integrazione Ospedale Territorio	10	MIGLIORAMENTO DELLA ASSISTENZA AL PAZIENTE PSICHIATRICO IN FASE CRITICA IN SPDC E DELLA CONTINUITA' TERAPIUTICA CON PROGRAMMA CONCORDATO DI DIMISSIONI CON PARTICOLARE ATTENZIONE AI NUOVI CASI	Relazione quali-quantitativa delle attività, con monitoraggio PTRI condivisi per i nuovi casi (a cura del gruppo dipartimentale dirigenti psicologi e dirigenti SPDC) Si =100% No = 0	
AREA L.E.A. Programma Reti assistenziali per intensità di cure. Definizione dei percorsi di cura e dei percorsi diagnostico terapeutici relativi alle principali patologie croniche	Miglioramento della appropriatazza terapeutica e contenimento della spesa assistenziale con la realizzazione di percorsi assistenziali di presa in carico dall'equipe multidisciplinare	10	ATTIVAZIONE PERCORSI DI FORMAZIONE PER IL SUPPORTO AI DIRIGENTI REFERENTI E AL LAVORO DELL'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE NELLA PRESA IN CARICO INDIVIDUALIZZATA CON DISCUSSIONE CLINICA DEI CASI COMPLESSI	n. Incontri formativi realizzati ≥ 20 = 100% Da 19 a 10 = 50% ≤ 9 = 0	
AREA L.E.A. Programma Reti assistenziali per intensità di cure. Definizione dei percorsi di cura e dei percorsi diagnostico terapeutici relativi alle principali patologie croniche	Miglioramento della qualità della assistenza al paziente complesso, attraverso la condivisione nell'equipe multidisciplinare di criteri omogenei per il monitoraggio e la verifica dei processi di cura	10	MONITORAGGIO PTRI PAZIENTI COMPLESSI CON PROTOCOLLI DI VALUTAZIONE STANDARDIZZATA (HONOS, CGI, DAI)	Relazione quali quantitativa PTRI monitorati (a cura dei/i dirigenti individuati come referenti dipartimentali) Si = 100% No = 0	

PIANO DELLA PERFORMANCE

ANNO 2018

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

Direttore: dott. Luigi Caterino

AREA Programma Obiettivi Programma Triennale Trasparenza e Integrità e Piano Prevenzione della Corruzione	Riduzione dei fattori di "malagesto".	20	MONITORAGGIO PROCEDURA DIPARTIMENTALE PER L'EROGAZIONE DI VISITE SPECIALISTICHE A FINI MEDICO LEGALI	Relazione analitica evidenziando: -per Utenti in carico (prima visita da almeno un anno, con regolare seguimento) -per Utenti non in carico al DSM, erogazione delle prestazioni come stabilito nella procedura dipartimentale
AREA GOVERNO DEL SISTEMA	Valutazione dei Dirigenti	2.5 2.5	1-RISPETTO DEI TEMPI DI CONSEGNA SCHEDE DI VALUTAZIONE I Istanza ENTRO IL 31/01/2019 2-RISPETTO TEMPI DI CONSEGNA ENTRO I TERMINI FISSATI DALLA DIREZIONE AZIENDALE DELLE SCHEDE DI PERFORMANCE	Si = 100% No = 0 Si = 100% No = 0 Si = 100% No = 0
TOTALE PESO		100		

*note relative al collegamento con attività progettuali

DATA assegnazione / /

FIRMA DEL DIRETTORE DSM

COGNOME E NOME

VALUTATORE DI 1° Istanza

FIRMA

ASL NAPOLI 3 SUD
Il Direttore Sanitario
Dott. Luigi Caterino

28/05/2018

DATA ASSEGNAZIONE OBIETTIVI Piano della Performance 2016-17-18 Del. 62/16 04/03/2016- 13/02/2018

AREA/STRATEGIA/PROGRAMMA/PROGETTO	OGGETTO DELL'AZIONE	PESO	INDICATORI	VALORI PREVISTI	VALORI REALIZZATI	VALUTAZIONE	NOTE
AREA 1: GOVERNO DEL SISTEMA/FLUSSI INFORMATIVI	Flussi aziendali Flussi regionali Flussi aziendali	10	Assicurazione degli informativi nella tempistica predefinita (schede semestrali GAP, alcol, trattamenti farmacologici ed esami di laboratorio), semestrale				
AREA 1: GOVERNO DEL SISTEMA/FLUSSI INFORMATIVI	Formalizzazione delle procedure per: a) accoglienza e presa in carico b) gestione dei casi in carico c) presa in carico utenti GAP d) autorità giudiziarie e) l'iter ingressi in comunità terapeutiche	10	Verifica quadriestrale anomalie SID (indicatori: accessi, dimissioni, ricoveri, monitor) numero di procedure formalizzate ed uniformate				
AREA 2: RAZIONALIZZAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI/PROGRAMMA RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA	Analisi costi C. T.	20	Report periodico programmi di promozione della salute integrati con il territorio				
AREA 3: L.E.A./PROGRAMMA SANITA' PUBBLICA	Promozione alla salute Integrazione rete territoriale	15	a) protocollo Ser.T./JUSS/Alitalia Mentele b) protocollo ospedale Grapiano/Alitalia c) protocollo ospedale Nida/Alitalia Infezione d) accreditamento azienda di lavoratori				
AREA 4: PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE/TRASPARENZA ED INTEGRITA'	a) verifica presenza personale in turno b) obiettivi performance c) carta dei servizi d) analisi delle prestazioni	20	a) verifica con cadenza almeno mensile b) conferimento degli obiettivi nei termini e monitoraggio periodico c) revisione ed aggiornamento carta dei servizi d) compilazione ed invio nei termini				
Area Gestionale	a) valutazione dirigenti b) performance	5	a) compilazione delle schede dirigenti di incarico b) compilazione schede performance				
TOTALE PESO		100					

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

COGNOME E NOME

FIRMA

VALUTATORE DI 1° ISTANZA

25/05/2018

Società di Valutazione Limiti Operativa	
PIANO DELLA PERFORMANCE	ANNO 2018
FEDERAL SPARKS	
INDUTTORE UOC SpA	

PIANO DELLA PERFORMANCE

ANNO 2016

JANUARY 17, FEBRUARY 10, 2013

1

[illegible]

CHILD SUPPORT

$$\begin{array}{r} 25 \\ 5 \overline{) 125} \\ \underline{100} \\ 25 \\ 5 \overline{) 25} \\ \underline{25} \\ 0 \end{array}$$

2

1

obiettivi - anno 2018

SCHEDA DI MACROSTRUTTURA

OO.RR. AREA

AREA STRATEGICA / PROGRAMMI OPERATIVI	OBIETTIVI SPECIFICI / AZIONI	PERIODO	INDICATORE AZIONARIO	RISULTATO ATTESO	NOTE
1 AREA DEL GOVERNO DEL SISTEMA Appropriet�zza organizzativa	Soluzione delle patologie da trattare in regime di ricovero ordinario. Verifica liste di attesa e attesa di conferma della SDG	20	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ed alto rischio di inappropriata (AR) e ricoveri elettivi e DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario	rapporto atteso < 0,20	
2 AREA DEL GOVERNO DEL SISTEMA Appropriet�zza organizzativa	Completezza del ricoveri di tipo diagnostico per conversione nel setting delle prestazioni ambulatoriali	5	RICOVERI DIURNI DI TIPO DIAGNOSTICO completo riduzione	55 ricoveri	
3 AREA DEL GOVERNO DEL SISTEMA Appropriet�zza organizzativa	Management clinico assistenziale del paziente	20	Realizzato un numero di accessi diurni di tipo medico entro 2017 e 2018	Realizzazione di un 20% rispetto al dato dell'anno precedente	
4 AREA DEL GOVERNO DEL SISTEMA Appropriet�zza organizzativa	Attivazione, implementazione e applicazione PACC per tutte le discipline.	5	PACC Attivazione e erogazione per tutte le discipline di ricovero che erogano DRG/DS	realizzazione lista di attesa decurtata come da standard regionale	
5 AREA DEL GOVERNO DEL SISTEMA	Appropriet�zza di luogo di cura	5	PERCENTUALE DI RICOVERI CON DRG MEDICO TRAI DRG/DS DA DEPARTI CHIRURGICI	riduzione < 35%	
6 AREA DEGLI ESITI DELLE CURE	APPLICAZIONE POTA FRATTURA DI COLLO FEMORE	5	Quante un valore > 60,00% per ciascuna U.O. di Ortopedia	Valore atteso > 60,00%	
7 AREA DEGLI ESITI DELLE CURE AREA CHIRURGICA	Management del paziente - attivazione preoperatoria per tutti i ricoveri chirurgici in attesa a sorveglianza dei ricoveri urgenti.	5	GRUPPI DI DEPENDENZA MEDIA PRECEDENTI L'INTERVENTO CHIRURGICO (< 1,4 del per ciascun ospedale.	Valore atteso < 1,4 del	

CHIUSURA

25/05/2018

Da

20

8	AREA DEGLI ESITI DELLE CURE AREA CHIRURGICA	predicibilità e applicazione della procedura estendibile per i Dti di colleghi esterni	5	Parametri di valutazione: Ispettorato effettuato in Day Surgery o ricoveri ordinari O-S giorno > 10%	Valore estendibile > 10%	
9	AREA DEGLI ESITI DELLE CURE AREA MEDICA	Implementazione procedure per la presa in carico distinta dall'ospedale del paziente (residenti ASL naz) da parte dell'ASL Compilazione e trasmissione All 1, Delib347/2016	5	selezionano secondo l'età il predileto e il discreto per la trasmissione in tempo reale dell'ASL 3 di cui alla delib. 347/16	caso a regola d'arte di relazione diretta tra predileto e discreto per i casi in ospedale	
10	AREA DEL GOVERNO DEL SISTEMA	LISTE DI ATTESA DOCS4/17	10	sono 20 febbraio valutazione della agende indagando quanto tempo in attesa che si prevedono i tempi di attesa - caso 12 Quanto tempo si prevedono di tutti la informazioni per tutti la tempistica di prevedono il predileto secondo le modalità del cognome (caso 17/2016)	Informazione completa per tutta la tempistica di ricovero	
11	AREA DEL GOVERNO DEL SISTEMA AREA EMERGENZA-URGENZA	risultato ricoveri (U/L) e in urgenza	5	attività di audit clinico con risultati del ricoveri almeno biennale, presso la URLO di Med di urgenza	Stanno sul ruolo verbalizzati per ogni predileto.	
12	AREA DEL GOVERNO DEL SISTEMA Documentazione statistica	verifica di completezza e corretta compilazione della documentazione statistica - applicazione DOA 21/18	10	Verifica da parte della direzione di predileto di tutti le ede e univale in autocentro	Verifica SOO governo in autocentro > 95%	
13	Gestione rischio clinico	Applicazione raccomandazioni ministeriali della Sistema per la Prevenzione del rischio clinico.	5	h. procedure aziendali gestione rischio clinico applicato/presenza aziendale gestione rischio clinico ridotta	1	
	Gestione rischio clinico	Buone pratiche per tutto corretto dagli antidottorati e per il controllo alle antidottorati: diffusione linee di indirizzo e procedure secondo Piano prevenzione/Causale	5	eventi informativi e fattuali/ eventi programmati	Almeno cinque eventi informativi verbalizzati e verbalizzati	
	AREA DELLA TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE	registro su richiesta conosciuta del servizio esternizzati	5	tenuta e gestione schede di verifica	compilazione di almeno 12 schede semestrali per ogni servizio esternizzati.	
15	AREA DELLA TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE	Area della prevenzione della corruzione	5	adempimenti D.Lgs. n. 33 del 2013 34 del 2013	SI - NO	
TOTALE PUNTI			100			

CHIUSURA
25/05/2018

Dei



Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia (NA)

CONTROLLO DI GESTIONE

DR.SSA ANTONELLA DE STEFANO

TEL. 0818729074/778 - FAX 0818729829

E-mail: scog@asinapoli3sud.it

Sito: www.asinapoli3sud.it

Prot. n. ~~39277~~ del 14 MAR. 2018

Alla Direttore UOC Relazioni con il Pubblico

Dott.ssa Angela Improta

Oggetto: obiettivi di performance anno 2018

La S.V. è convocata il giorno 20 marzo 2018 alle ore 11, presso la Direzione Sanitaria aziendale sita in Torre del Greco, per discutere degli obiettivi di performance anno 2018.

Distinti saluti.

La Responsabile del Servizio

Dott.ssa Antonella De Stefano

PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2018-19-20

Per processo si intende un insieme di attività interrelate e sequenziali che creano valore trasformando delle risorse (input del processo) in un prodotto (output del processo) destinato ad un soggetto interno (dipendenti, altri servizi etc.) o esterno all'amministrazione (cittadini, istituzioni, fornitori etc.);

Il processo che si svolge nell'ambito dell'ASL, può esso da solo portare al risultato finale o porsi come parte o fase di un processo complesso, con il concorso di più attori, strutture o altri Enti. È evidente che il concetto di processo è diverso, più ampio e più complesso di quello di un procedimento amministrativo.

- La mappatura dei processi consente l'individuazione del contesto entro cui deve essere sviluppata la valutazione del rischio;
- *La mappatura dei processi deve essere garantita in tutte le strutture aziendali ed entra obbligatoriamente nel Piano della Performance anno 2018, nella scheda Performance 02/03, allegata al Piano della Performance;*
- L'attività di mappatura è supportata da percorsi di formazioni concordati tra il R.P.C. e l'UOC Formazione ed aggiornamento Professionale (UOC Formazione e sviluppo Risorse Umane).

Nel 2018 i risultati attesi da inserire anche negli obiettivi di Performance sono:

- ◆ **Delibera Presa Atto del Piano della Prevenzione della corruzione per singola struttura e prioritariamente:**
 - o Dipartimento di Prevenzione;
 - o Salute Mentale;
 - o Ser.D.;
 - o UOC G.R.U.;
 - o UOC A.B.S.;
 - o UOC GEF;
 - o Servizi Tecnici;
 - o Distretti Socio Sanitari con il supporto delle UUOCC di livello centrale di riferimento ;
 - o Presidi Ospedalieri con il supporto delle UUOCC di livello centrale di riferimento.
 - o Analisi processo assistenziale commissioni invalidi civili e tutte attività riferite a quelle medico legali;
 - o Analisi processo organizzativo assistenza domiciliare – Responsabile del procedimento Direttore UOC Fasce Deboli;
 - o Analisi processo organizzativo per l'assistenza riabilitativa Responsabile del procedimento Direttore UOC Assistenza Riabilitativa Territoriale;
 - o Analisi processo organizzativo "liste di attesa" responsabile del procedimento dirigente incaricato I.P.A.S. Liste di Attesa Direzione Sanitaria;

PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2018-19-20

- ❖ **Potenziare sistemi di monitoraggio qualità percepita dei servizi pubblici ed accreditati. Il progetto presentato per accedere ai finanziamenti del DCA 134/2016, essendo stato approvato con modifiche, ancora non ha avuto l'approvazione della R.C. (Tutto visibile sul sito istituzionale Link/Strutture centrali/UOC Relazioni con il Pubblico/Umanizzazione/DCA134/2016) Responsabile del Procedimento UOC Relazioni con il Pubblico;**
- ❖ **Regolamentazione Comodato d'USO /Valutazione in prova, costituzione gruppo di lavoro;**
- ❖ **Sperimentazioni cliniche;**
- ❖ **Analisi Rischio Sistema Organizzativo Rapporti con Centri accreditati, entro il mese di marzo 2018 si adotterà un'integrazione al presente PTPCT che rilverà lo stato dell'arte degli impegni presi nel PTPCT 2017 a cura del Nucleo Operativo di Controllo e Direttore UOC Controlli Integrati Interni ed Esterni di Nuova costituzione a seguito dell'Approvazione dell'Atto Aziendale (DCA 39/2017).-**
- ❖ **Valutazione con tutte le COSS del comparto della proposta di un singolo sindacato di verificare i requisiti soggettivi dei candidati alle prossime R.S.U.(comparto).**
- ❖ **Dovrà essere inserito negli obiettivi di performance, collegati al salario di risultato, il rispetto dei tempi di valutazione, a cura dei vari responsabili di struttura, considerato che il non rispetto dei tempi riferiti al sistema di valutazione al termine degli incarichi è fattore di "malagesto" (valutazione Collegio Tecnico) alla base anche dell'impossibilità di garantire una corretta assegnazione degli incarichi.**

14.18. Regione Campania

Nel 2018 con il contributo della Regione, a mero titolo di esempio finalmente:

- **Si dovrebbe inserire l'obbligo di pubblicazione di tutto quanto previsto nel D.Lgs 33/2013 e s.m.i. , nei criteri di accreditamento per le strutture accreditate;**
- **La So.Re.Sa nei bandi di gara dovrebbe concordare con le aziende sanitarie un sistema di controllo della qualità percepita e di gestione dei reclami, che al momento è quasi inesistente se non per alcuni casi, ma sempre su iniziativa personale e quindi non come buona prassi.**

Art. 15 Il codice di comportamento

15.1. Il codice di comportamento adottato con Delibera n. 813/13 – Approvazione del Codice di Comportamento Asl Napoli 3 Sud, definisce, ai fini dell'art. 54 del D.lgs. 165/01 nonché ai fini del DPR 62/13, i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i dipendenti dell'Asl Napoli 3 Sud sono tenuti ad osservare ai fini di garantire il perseguimento della tutela della salute dei cittadini, quale mission aziendale; garantire che l'assistenza sanitaria e socio sanitaria quale vision aziendale.



Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia (NA)

CONTROLLO DI GESTIONE

DR.SSA ANTONELLA DE STEFANO

TEL. 0818729074/778- FAX 0818729829

E-mail scog@aslnapoli3sud.it

Sito: www.aslnapoli3sud.it

Prot. n. del 22 MAR. 2018
44296

*X alla D. S. S. di Napoli
previsione
[Signature]*

Al Direttore Sanitario

Dott. Luigi Caterino

E p.c. al Direttore Generale

Dott.ssa Antonietta Costantini

Oggetto: obiettivi di performance anno 2018

Si chiede alla S.V. un incontro urgente con i Servizi di staff afferenti alla Sua Direzione aziendale (Area ospedaliera ed Area territoriale), al fine di completare in tempi brevi l'iter di individuazione e successiva assegnazione degli obiettivi di performance anno 2018.

E' fondamentale che la S.V. presieda a questo incontro al fine di una proficua collaborazione con il gruppo di lavoro performance e i Servizi su indicati.

Distinti saluti.

La Responsabile del Servizio
Dott.ssa Antonella De Stefano

regione campania
aslnapoli3sud

ASL NAPOLI 3 SUD
Registro di Protocollo - Partenza
N. 0044989 del 23/03/2018 - 10:08



SEDE LEGALE
VIA MARCONI N.66 - 80059 TORRE DEL GRECO
DIREZIONE GENERALE
TEL 081/8490645 - FAX 081/8826025 -
PROTOCOLLO@PEC.ASLNAPOLI3SUD.IT

Ai Direttori UU.OO.CC. ASL Napoli 3 Sud
e p.c. Al Direttore Amministrativo ASL Napoli 3 Sud
Al Direttore Sanitario ASL Napoli 3 Sud

Oggetto: **PIANO DELLA PERFORMANCE 2018 - 2020**

L'Azienda Sanitaria Napoli 3 Sud, ai sensi dell'art. 10 del D.lgs. n. 150/09, individua, "...gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi da assegnare al personale dirigenziale ed i relativi indicatori".

Il piano della performance, articolato nelle seguenti fasi:

- a) definizione, assegnazione e negoziazione condivisa degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- b) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- c) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- d) rendicontazione dei risultati all'organo di indirizzo politico-amministrativo, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi,

rappresenta uno strumento per:

1. migliorare il coordinamento tra le diverse funzioni e strutture organizzative;
2. rendere più efficaci i meccanismi di comunicazione interna ed esterna;
3. individuare e incorporare le attese dei portatori di interesse (stakeholder);
4. favorire una effettiva accountability e trasparenza.

Questa direzione individua un Gruppo di Lavoro per l'elaborazione di detto Piano, costituito dal responsabile della U.O.C. Controllo di Gestione, che assume funzioni di coordinamento, e dai dirigenti, di seguito indicati:

- ✓ Dr. De Stefano Antonella (funzioni di coordinatore);
- ✓ Dr.ssa Annunziata Maria;
- ✓ Dr.ssa Pagnotta Rita
- ✓ Dr. Insera Ciro
- ✓ Dr.ssa Longobardi Giovanna
- ✓ Dr. Cardone Palmerino
- ✓ Luigi Carbonara

Il G.d.L. rappresenterà ai referenti, - Direttori di Dipartimento, Direttori di UU.OO.CC- gli obiettivi che la Direzione Strategica ha considerato fondamentali ed essenziali per soddisfare le richieste della Regione Campania e di concerto si individueranno gli ulteriori obiettivi da migliorare e/o mantenere.

Il Piano delle Performance dovrà essere oggetto di deliberazione entro il 03/04/2018.

Il Direttore Generale
Dr.ssa Antonietta Costantini

ASL NAPOLI 3 SUD
Registro di Protocollo - Interno
N. 0045283 del 23/03/2018 - 13:33



Al Direttori UU.OO.CC. Asl Napoli 3 Sud
e p.c. Al Direttore Sanitario Asl Napoli 3 Sud
Dr. Luigi Caterino
Al Direttore Amministrativo Asl Napoli 3 Sud

Oggetto: Trasmissione Scheda SP01 e SP02 – Obiettivi Performance 2018:

Facendo seguito alla nota prot. n. 44989 del 23/03/2018 (cfr. all. n. 1), considerato che il Piano delle Performance dovrà essere oggetto di deliberazione entro il 03/04/2018, le SS.LL. sono invitate a trasmettere "ad horas" a questa U.O. le schede di seguito indicate:

- ❖ SP01;
- ❖ SP02.

Le predette schede dovranno essere inviate in Pdf firmato e relativo file in formato excel.

Si tiene comunque a precisare che il non invio delle schede indicate, sarà da imputare solo ed esclusivamente alle SS.LL.

Tanto si doveva.

Al.

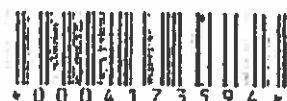
Responsabile struttura
Dr. Ciro Terra

Al

Al

	UOC RISK MANAGEMENT Responsabile Direzione: Dott.ssa Edvige Cascone Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Caserta (NA) Tel. 081 5729164 - 081.5729317 e-mail: management@casapoli.basilicata.it - riskmanagement@casapoli.basilicata.it
--	---

N. 0045287 del 23/03/2018 13:36
 * 000417394 *



SI CONCORDA

Al Direttore UOC Controllo di Gestione

p.c.

Al Direttore Sanitario Aziendale

Al Direttore Generale

Oggetto: Piano della Performance 2018-2020 (nota prot. N.44989 del 23/03/2018)

In riferimento alla nota emarginata in oggetto, relativa all'elaborazione del piano della performance 2018-2020, e per offrire un utile contributo alla materia, si invita la S.V. a riflettere sull'opportunità di inserire nel predetto piano di performance sia l'applicazione e il monitoraggio delle raccomandazioni agli operatori del Ministero della Salute sia il Piano della prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza.

Distinti saluti

Responsabile Direzione UOC Risk Management

Dott.ssa Edvige Cascone

D. J. S. M. S.

ASL NAPOLI 3 SUD
 Registro di Protocollo Arrivo
 N. 0046106 del 26/03/2018 - 14:59



* 0004178300 *

VERBALE DEL 26/03/2018

OGGETTO: OBIETTIVI PERFORMANCE 2018

PRESENTI:

DOTT. GIRO INSERRA

DOTT. SSA MARIA ANNUNZIATA

DOTT. FALKEPINO CARONE

DOTT. SSA GIOVANNA LONGOBARDI

INIZIO INCONTRI — ORE 10.00
TERMINI " — ORE 14.00

DOPO PRESENTAZIONE SCHEDE DI PROPOSTA DEGLI
OBIETTIVI DA PARTE DEL RESPONSABILE DEL DIP.,
DOTT. SILVIO TRIMICATO, SI È CONVENUTO DI PRESENTARE
LE SCHEDE SPO3, SPO1 ED SPO2 ENTRO GIOVEDÌ 29/03/2018

SUCCESSIVAMENTE AD UNA RIMODULAZIONE DELLA SCHEDE
SPO3 DA PARTE DELLA DOTT. SSA MONICA MANFREDI DEL
DSM, SI È CONVENUTO DI PRESENTARE LE SCHEDE
SPO3, SPO1 ED SPO2 ENTRO GIOVEDÌ 29/03/2018

Manfredi  

SUCCESSIVAMENTE ALLA RIVISITAZIONE DELLA
SCHEDE ST03 DA PARTE DELLA DOTT.SSA CARLA
MANCANELLO DEL DIF, SI E' CONVENUTO DI PRESEN-
TARE LE SCHEDE ST03, ST01 ED ST02 ENTRO GIORNO
29/03/2018







regione campania

aslnapoli3

SEDE LEGALE

VIA MARCONI N. 66 - 80059 TORRE DEL GRECO

DIREZIONE SANITARIA

VIA MARCONI 66 - 80049 TORRE DEL GRECO

DIREZIONE SANITARIA

tel. 081 849 0641 - 081 849 06 43

e-mail: dirsan@aslnapoli3sud.it

pec : dirsan@pec.aslnapoli3sud.it

ASL NAPOLI 3 SUD

Registro di Protocollo - Interno

N. 0046585 del 27/03/2018 - 12:25



Al Resp. U.O.C. Controllo di Gestione

Dott.ssa Antonella De Stefano

Al Resp. U.O.C. Risk Management

Dott.ssa Edvige Cascone

Al Resp. U.O.C. Ass. Distrettuale

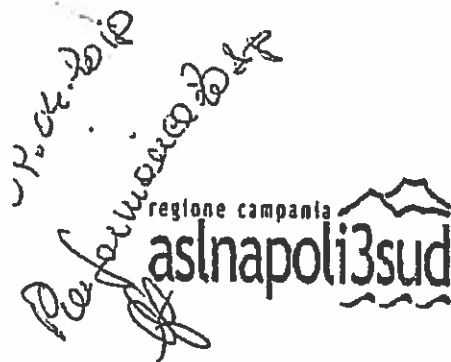
Dott. Primo Sergianni

Oggetto: Obiettivi di performance anno 2018

In riferimento all'oggetto le S.V. sono convocate presso la Direzione Sanitaria Aziendale-Torre del Greco il giorno 30/03/2018 alle ore 10:00.

Distinti Saluti

Il Direttore Sanitario
Dott. Luigi Caterino



SERVIZIO ASSISTENZA DISTRETTUALE

Direttore ff.: dott. Primo Sergianni

Tel. 081.8729750

E-mail: sasd@pec.aslnapoli3sud.it

Sito: www.aslnapoli3sud.it

Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia (NA)

Al Direttore Servizio Face Deboli

Dott.ssa M Galdi

Al Direttore Materno Infantile Territoriale/

Responsabile screening Service Uterina

Dott. L. Granato

Al Responsabile Screening Ca Mammella

Dott.ssa A. Esposito

Al Responsabile UOC Risk Management

Dott.ssa E. Cascone

Al Direttore Assistenza Riabilitativa Territoriale

Dott. A. Ciccone

Al Responsabile UOC Medicina Legale

Dott. M. La Rana

Al Direttore SEP/Responsabile Screening colon retto

Dott. F. Giugliano

p.c. Al Coordinatore Gruppo di Lavoro per la Performance

Dott.ssa A. De Stefano

Oggetto: Performance 2018

Preso atto di quanto stabilito nella riunione di oggi, 3 aprile 2018, presso la Direzione Sanitaria Aziendale, le SS.LL. sono invitate a trasmettere allo scrivente, le proposte, ciascuno per la propria competenza e per le specifiche attività, degli obiettivi di performance da assegnare ai Distretti sanitari Aziendali.

Al fine di consentire alla Direzione Strategica la predisposizione della Delibera di assegnazione degli obiettivi per l'anno 2018, considerati i tempi ristretti, le SS.LL. sono invitate a trasmettere entro e non oltre il 6 aprile, la scheda compilata in ogni sua parte e debitamente firmata, che si allega alla presente.

Si resta in attesa

Il Responsabile
UOC Assistenza Distrettuale
Dott. P. Sergianni

RESPONSABLE:

AREA STRATEGICA / PROGRAMMI OPERATIVI [2]	OBIETTIVI SPECIFICI / AZIONI [3]	PESO % [4]	INDICATORI [5]	RISULTATO ATTESO [6]	ESITO [7]	NOTE
TOTALE PESO		100%				

DATA VALUTAZIONE FINALE _____

VALUTATORE DI 1° ISTANZA	COGNOME E NOME	FIRMA

Legenda:

U.O.C RISK MANAGEMENT

Responsabile Direzione Dott.ssa Edvige Cascone
Corso Alda de Gasperi, 167 - 80953 Castellammare di Stabia (NA)
Tel. 0818729364 - 0818729817
Email: riskmanagement@aslnapoli3sud.it
Pec: riskmanagement@pec.aslnapoli3sud.it

ASL NAPOLI 3 SUD
Registro di Protocollo - Interno
N. 0050088 del 04/04/2018 - 12:20



* 0 0 0 4 2 0 1 9 0 1 *

Al Responsabile di Direzione U.O.C. Controllo di Gestione

Al Responsabile DI Direzione U.O.C. Relazioni con il Pubblico

Al Responsabile Prevenzione della Corruzione

Al Direttore U.O.C. Fasce Deboli

Al Responsabile di Direzione U.O.C. Materno Infantile Territoriale

Al Direttore U.O.C. Prevenzione e Cure Patologiche della Donna e del Bambino

Al Direttore U.O.C. Coordinamento Socio - Sanitario

Al Responsabile di Direzione U.O.C. Assistenza Riabilitativa Territoriale

Al Responsabile di Direzione U.O.C. Assistenza Riabilitativa Ospedaliera

Al Responsabile di Direzione U.O.C. Assistenza Distrettuale

p.c.

Al Componenti Gruppo di Lavoro Piano della Performance 2018 - 20

Oggetto: Performance 2018

Come stabilito nella riunione del 03 Aprile 2018, presso la Direzione Sanitaria Aziendale, si chiede alle SS.LL. ciascuna per la propria competenza e per le specifiche attività, di trasmettere alla Scrivente U.O.C. le proposte degli obiettivi di performance da assegnare ai Presidi Ospedalieri Aziendali, entro il 09 Aprile (ore 12.00), seguendo lo schema indicato nella scheda S.P./03 - 18 che, ad ogni buon fine, si allega in copia.

Cordiali saluti

Il Responsabile della Direzione

U.O.C. Risk Management

Dott.ssa Edvige Cascone

ANNO 2018

UNITA' OPERATIVA:

RESPONSABLE:[illegible]

DATA VALUTAZIONE FINALE

FIRMA DEL RESPONSABLE VOC/UOSD/UOS

VALUTATORE DI 1° ISTANZA

COGNOME E NOME

FIRMA

उपसर्ग

ke

regione campania

aslnapoli3sud

SERVIZIO CONTROLLO DI GESTIONE

Prot. N. 52452 del - 9 APR. 2018

Al Responsabile
UOC Risk Management
E.p.c. Sig Direttore Generale
Sig. Direttore Sanitario

Oggetto: proposta obiettivi anno 2018 – Area ospedaliera.

In riscontro alla nota 50068/18, in allegato alla presente si trasmette la proposta di obiettivi di performance da assegnare ai Presidi Ospedalieri Aziendali anno 2018, redatta secondo lo schema indicato nella scheda SP/03-18.

Cordiali Saluti.

Referente, Flusso SDO
Dott. R. Pagnotta

Il Responsabile
Serv. Controllo di Gestione
Dott.ssa A. De Stefano

SCHEDA DI MACROSTRUTTURA

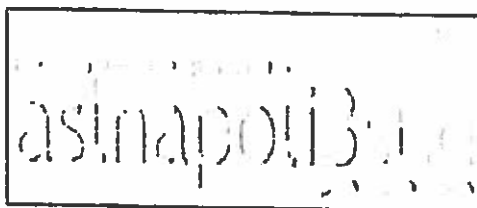
OO.RR. AREA		INDICATORE AZIENDALE		RISULTATO ATTESO		NOTE	
AREA STRATEGICA / PROGRAMMI OPERATIVI	OBIETTIVI SPECIFICI / AZIONI	PESO					
1 AREA DEL GOVERNO DEL SISTEMA Appropriatezza organizzativa	Selezione delle patologie da trattare in regime di ricovero ordinario. Verifica liste di attesa e attesa codifica delle SDO	10	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (ARU) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	rapporto atteso < 0,20			
2 AREA DEL GOVERNO DEL SISTEMA Appropriatezza organizzativa	riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico per conversione nel setting delle prestazioni ambulatoriali	5	RICOVERI DIURNI DI TIPO DIAGNOSTICO completa riduzione	5 5 ricoveri			
3 AREA DEL GOVERNO DEL SISTEMA Appropriatezza organizzativa	Management clinico-assistenziale del paziente	10	Raffronto tra numero di accessi diurni di tipo medico anno 2017 e 2018	riduzione del 25% rispetto al dato dell'anno precedente			
4 AREA DEL GOVERNO DEL SISTEMA Appropriatezza organizzativa	Attivazione, implementazione e applicazione PACC per tutte le discipline.	10	PACC Attivazione e erogazione per tutte le discipline di ricovero che erogano DRG/DS	attivazione liste di attesa dedicate come da normativa regionale			va attivata per i pacchetti medici anche per gli ambulatori pubblici distrettuali
5 AREA DEL GOVERNO DEL SISTEMA	Appropriatezza di luogo di cura	5	PERCENTUALE DI RICOVERI CON DRG MEDICO TRA I DIMESSI DA REPARTI CHIRURGICI	riferimento <25%			
6 AREA DEGLI ESITI DELLE CURE	APPLICAZIONE POTA FRATTURA DI COLLO FEMORE	5	Garantire un valore > 60,00% per ciascuna U.O. di Ortopedia	Valore atteso > 60,00%			
7 AREA DEGLI ESITI DELLE CURE AREA CHIRURGICA	Management del paziente - attivazione preospedalizzazione per tutti i ricoveri chirurgici in elezione e sorveglianza dei ricoveri urgenti.	5	GIORNI DI DEGENZA MEDIA PRECEDENTI L'INTERVENTO CHIRURGICO (< 1,4 gg) per ciascun ospedale.	Valore atteso < 1,4 gg			

[Handwritten signatures and initials]

8	AREA DEGLI ESITI DELLE CURE AREA CHIRURGICA	predisposizione e applicazione della procedura aziendale per i DH di colecistectomia	5	Percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day-Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno >10%	Valore aziendale >10%	
9	AREA DEGLI ESITI DELLE CURE AREA MEDICA	Implementazione procedure per la presa in carico diretta dall'ospedale del paziente (residenti ASL Na3) da parte dell'ADI Compilazione e trasmissione All 1 _Delib347/2016	5	Da definire con l'U.O. Faccie Deboli.	Da definire con l'U.O. Faccie Deboli.	
10	AREA DEL GOVERNO DEL SISTEMA	LISTE DI ATTESA DCA34/17	10	entro il 20 febbraio attuazione delle agende la formalizzazione per tutte le discipline che erogano le prestazioni urgenti di ricovero - entro il 31 dicembre 2018 attuazione di tutte le agende la formalizzazione per tutte le discipline di ricovero presenti nel presidio secondo le modalità che erogano ricoveri programmati	Informaticizzazione completa per tutte le discipline di ricovero	
11	AREA DEL GOVERNO DEL SISTEMA AREA EMERGENZA-URGENZA	riduzione ricoveri 0/1 g in urgenza	5	attività di audit clinico con analisi dei ricoveri almeno bimestrale, presso le U.O. di Med di urgenza	almeno sei audit verbalizzati per ogni presidio.	
12	AREA DEL GOVERNO DEL SISTEMA Documentazione sanitaria	verifiche di completezza e corretta compilazione della documentazione sanitaria -applicazione DCA 23/18	10	Verifica da parte della direzione di presidio di tutti le sdo generate in autocontrollo	Verifica SDO generale in autocontrollo > 95%	
13	AREA DEL GOVERNO DEL SISTEMA Flussi informativi	FILE A	5	trasmissione mensile delle prestazioni affidenti al file A in misura > al 95% dell' erogato	Integrazioni non superiori al 5% del totale	
14	AREA DELLA TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE		5			
15	Varie ed eventuali		5			
TOTALE PESO			100			

DATA / /

Firma



Via A. de Gasperi, 167 – 80053 Castellammare di Stabia (NA)

CONTROLLO DI GESTIONE
DR.SSA ANTONELLA DE STEFANO

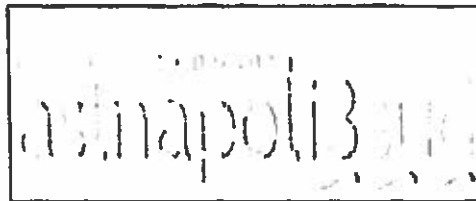
Prot. n. **53672** del 10 APR. 2018

Al Responsabile U.O.C. Risk Management Sanitaria Asl Napoli 3 Sud
Dr.ssa Edvige Cascone
e p. c. Al Direttore Generale Asl Napoli 3 Sud
Dr.ssa Antonietta Costantini

Oggetto: Obiettivi di Performance anno 2018

Preso atto della nota prot. n. 50068 del 04/04/2018, a firma della S.V. (cfr. all. n. 1), si invita la S.V. a trasmettere, a questo gruppo, gli atti di specifica competenza entro e non oltre il 13 aprile 2018.
Distinti saluti

Il Coordinatore Gruppo Performance
Dr.ssa Antonella De Stefano



Via A. de Gasperi, 167 – 80053 Castellammare di Stabia (NA)

CONTROLLO DI GESTIONE

DR.SSA ANTONELLA DE STEFANO

Prot. n. ~~53676~~ del 10 APR. 2018

Al Dr Maurizio D'Orsi
Presso la Direzione Sanitaria Aziendale
e p. c. Al Direttore Generale Asl Napoli 3 Sud
Dr.ssa Antonietta Costantini
Al Direttore Sanitario Asl Napoli 3 Sud
Dr. Luigi Caterino
Al Direttore Amministrativo Asl Napoli 3 Sud
Dr. Domenico Concilio

Oggetto: Obiettivi di Performance anno 2018

Perviene al Dr. Ciro Inserra, in qualità di Responsabile U.O.C. PPVAS – GP la nota prot. n. 45834 del 26/03/2018 (cfr. all. n. 1), lo stesso, quale componente del gruppo di lavoro performance, ha condiviso con gli altri componenti il contenuto della predetta nota.

Questo gruppo di lavoro, letto il verbale allegato alla stessa, considera fondamentale che la S.V., in qualità di referente della direzione strategica per il monitoraggio di tutti gli impegni assunti dall'ASL Napoli 3 Sud in data 28/02/2018, verifichi le schede SP03, trasmesse dai Direttori U.O.C. a questo gruppo.

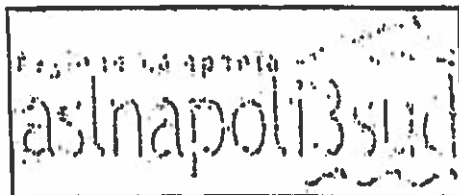
Infatti, ogni impegno assunto dalla nostra ASL con gli organi della Regione Campania in data 28/02/2018, rientra di diritto negli Obiettivi di Performance anno 2018.

Si ricorda, comunque, di verificare se tra gli impegni del 28/02/2018, collegati ad obiettivi di piano 2012/2013, rientrano attività che hanno determinato la Deliberazione del Direttore Generale n. 309 del 06/04/2018 (cfr. all. n. 2).

Infine, si rappresenta la necessità, per quanto in oggetto che la S.V. avrà cura di confrontarsi con questo gruppo nelle fasi di monitoraggio affidatele con la nota prot. n. 45834 del 26/03/2018.

Distinti saluti

Il Coordinatore Gruppo Performance
Dr.ssa Antonella De Stefano



Via A. de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia (NA)

CONTROLLO DI GESTIONE
DR.SSA ANTONELLA DE STEFANO

Prot. n. ~~3677~~ del 10 APR. 2018

Al Direttore U.O.C. Relazioni con il Pubblico
In qualità di Responsabile della Trasparenza e della Corruzione Asl Napoli 3 Sud
Dr.ssa Angela Improta
e p. c. Al Direttore Generale Asl Napoli 3 Sud
Dr.ssa Antonietta Costantini

Oggetto: Obiettivi di Performance anno 2018

Facendo seguito all'incontro di cui alla nota prot. n. 39297 del 14/03/2018 (cfr. all. n. 1), in merito alla problematica collegata al peso da dare alle attività di cui alla Trasparenza e alla Corruzione, viste le difficoltà rappresentate dai Direttori di UU.OO.CC., si invita la S.V. a predisporre idonea comunicazione inerente alla specifica competenza.

Distinti saluti

Il Coordinatore Gruppo Performance
Dr.ssa Antonella De Stefano



Via A. de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia (NA)

CONTROLLO DI GESTIONE
DR.SSA ANTONELLA DE STEFANO

Prot. n. 53678 del 10 APR. 2018

Al Responsabile U.O.C. Assistenza Sanitaria Asl Napoli 3 Sud
Dr. Primo Sergianni
e p. c. Al Direttore Generale Asl Napoli 3 Sud
Dr.ssa Antonietta Costantini

Oggetto: Obiettivi di Performance anno 2018

Preso atto della nota prot. n. 49611 del 03/04/2018, a firma della S.V. (cfr. all. n. 1), si invita la S.V. a trasmettere, a questo gruppo, gli atti di specifica competenza entro e non oltre il 13 aprile 2018.
Distinti saluti

Il Coordinatore Gruppo Performance
Dr.ssa Antonella De Stefano



Via A. de Gasperi, 167 – 80053 Castellammare di Stabia (NA)

CONTROLLO DI GESTIONE
DR.SSA ANTONELLA DE STEFANO

Prot. n. 54068 del 11 APR. 2018

Al Direttore UOC Relazioni con il Pubblico Asl Napoli 3 Sud
Dr.ssa Angela Improta
e p. c. Al Direttore Generale Asl Napoli 3 Sud
Dr.ssa Antonietta Costantini
Al Direttore Sanitario Asl Napoli 3 Sud
Dr. Luigi Caterino
Al Direttore Amministrativo Asl Napoli 3 Sud
Dr. Domenico Concilio

Oggetto: Residenti ASL Napoli 3 Sud

Il gruppo di lavoro performance, chiede alla S.V. di dare le dovute disposizioni alla modifica del dato inerente la popolazione residente nei territori di competenza della nostra azienda.

Si rappresenta che gli atti allegati alla Deliberazione del Direttore Generale n.756 del 25.10.2017 (cfr. all. n. 1), pagg 16 – 21 riportano i dati della nostra popolazione al 31/12/2016 sono 1.073.493 e non 1.065.000 come riportati sul sito aziendale (cfr. all. n. 2).

Tale richiesta, nasce dall'attenzione posta dai tanti Direttori di Dipartimento e di UU.OO.CC., che stiamo incontrando per gli Obiettivi di Performance 2018.

Distinti saluti

Il Coordinatore Gruppo Performance
Dr.ssa Antonella De Stefano

N. 756 DEL 25.10.2017

OGGETTO: PRESA D'ATTO ED ADOZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE ANNI 2017/2018/2019 A.S.L. NAPOLI 3 SUD.

Nell'anno, giorno e mese sopra specificati,

Dott. ssa Antonietta Costantini, nominata con Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 375 del 13 luglio 2016 e del D.P.G.R.C. n. 165 del 19 luglio 2016, con l'assistenza del Segretario verbalizzante, previa acquisizione dei pareri del Direttore Sanitario Aziendale e del Direttore Amministrativo Aziendale, ha adottato la deliberazione in oggetto di cui al testo che segue:

U.O.C. Controllo di Gestione n. 06



PIANO DELLA PERFORMANCE

2017/18/19

I paragrafi successivi illustrano i principali risultati dell'analisi di quattro ambiti di dati istituzionali che, alla luce di queste premesse, risultano rilevanti per le attività del piano sociale:

- A. Le caratteristiche del contesto: differenze di tipo ambientale, demografico ed economico (sviluppo, sistemi produttivi locali, mercato del lavoro);
- B. Le risorse individuali e le disuguaglianze: la diversità tra aree per livelli di occupazione, reddito (povertà), abitazione, istruzione (capitale umano);
- C. Gli stati di malessere-benessere individuali: disoccupazione, salute (mortalità) e fragilità della popolazione anziana;
- D. Gli interventi e le politiche: volume dei servizi offerti, differenze nella composizione dell'utenza e nei modelli di intervento.

A. Demografia e salute

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

Al fine di fornire un quadro utile alla definizione all'offerta socio-sanitaria che risponda ad una domanda fortemente condizionata dalla distribuzione della popolazione per fasce di età la popolazione è stata suddivisa in anziana, attiva, infanzia e pediatria.

Le tabelle di distribuzione della popolazione sono state elaborate partendo dall'unità minima di riferimento: il comune, aggregati per distretti sanitari fino a giungere all'aggregazione per azienda.

I dati elaborati riportano in dettaglio gli indici e i dati rappresentativi della struttura della popolazione in funzione della domanda socio-assistenziale correlata alle diverse fasce di età:

- l'indice di vecchiaia, ovvero il rapporto percentuale tra popolazione con età uguale o superiore a 65 anni e popolazione con età inferiore a 15 anni;
- l'indice di dipendenza anziani, ovvero il rapporto tra la popolazione di età 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100;
- l'indice di dipendenza strutturale, ovvero il rapporto tra la somma della popolazione con età inferiore a 15 anni e la popolazione di età 65 anni e più, e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100;
- la fascia tra 0 e 14 anni, che rispecchia la domanda per bambini e ragazzi
- la fascia tra 15 e 64 anni, che rispecchia la popolazione potenzialmente attiva,
- la fascia over 65 che rappresenta la popolazione anziana,

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

B. La distribuzione della popolazione

La distribuzione della popolazione per classi di età, nei territori inclusi nell'ASL Napoli 3 Sud, è stata realizzata utilizzando la popolazione al 31_12_2016

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

Estensione Territoriale 4,60 km² - Densità Abitativa 12.016,09 ab./km²

16

PIANO DELLA PERFORMANCE

2017/18/19

Comune	0-14	15-64	65+	Totale	Età media	Indice vecchiaia	Ind. Dip.za strutturale	Superfici e km ²	Densità ab./km ²
Portici	7.881	34.936	12.457	55.274	43,8	158,06%	58,22%	4,6	12.016,09

Distretto 48 – (Ambito territoriale n. 22) – Comuni n. 6 - Marigliano
 Estensione Territoriale 71,4 km² - Densità Abitativa 1.456,20 ab./km²

Comune	0-14	15-64	65+	Totale	Età media	Indice vecchiaia	Ind. Dip.za strutturale	Superfici e km ²	Densità ab./km ²
Marigliano	4.825	20.461	4.871	30.157	40,2	101	47,4	22,58	1.330,91
Brusciano	2.895	11.419	2.152	16.466	38,1	74,3	44,2	5,62	2.937,75
Castello di Cisterna	1.499	5.352	1.018	7.869	37,3	67,9	47	3,92	2.021,22
Mariglianella	1.452	5.344	991	7.787	37,8	68,3	45,7	3,26	2.401,91
San Vitalliano	1.173	4.367	921	6.461	38,5	78,5	48	5,37	1.194,67
Somma Vesuviana	5.777	24.194	5.262	35.233	39,4	91,1	45,6	30,65	1.145,35
TOTALI	17.621	71.137	15.215	103.973	38,55	86,35%	46,16%	71,4	1.456,20

Distretto 49 – (Ambito territoriale n. 23) – Comuni n. 14 - NOLA
 Estensione Territoriale 134,55 km² - Densità Abitativa 816,72 ab./km²

Comune	0-14	15-64	65+	Totale	Età media	Indice vecchiaia	Ind. Dip.za strutturale	Superfici e km ²	Densità ab./km ²
Nola	5.056	23.429	5.946	34.431	41,2	117,6	47	39,19	878,57
Camposano	754	3.630	949	5.333	41,4	125,9	46,9	3,33	1.601,50
Carbonara di Nola	418	1.672	339	2.429	38,7	81,1	45,3	3,65	665,48
Casamarciano	476	2.186	627	3.289	41,9	131,7	50,5	6,38	515,52
Cicciano	1.822	8.925	2.159	12.906	41,2	118,5	44,6	7,33	1.760,71
Cimitile	1.099	4.832	1.349	7.280	41,3	122,7	50,7	2,74	2.656,93
Comiziano	281	1.121	412	1.814	43,4	146,6	61,8	2,45	740,41
Liveri	216	1.050	341	1.607	43,7	157,9	53	2,71	592,99
Roccarainola	1.006	4.826	1.250	7.082	41,7	124,3	46,7	28,33	249,98
San Paolo Bel Sito	539	2.379	595	3.513	40,8	110,4	47,7	2,95	1.190,85
Saviano	2.532	10.970	2.480	15.982	39,8	97,9	45,7	13,88	1.151,44

PIANO DELLA PERFORMANCE

2017/18/19

Scisciano	978	4.133	883	5.994	39,6	90,3	45	5,5	1.089,82
Tufino	655	2.549	572	3.776	39,5	87,3	48,1	5,21	724,76
Visciano	622	2.984	848	4.454	42,2	136,3	49,3	10,9	408,62
TOTALI	16.454	74.686	30.671	109.894	44,34	113,95%	47,14%	134,55	816,72

Distretto 50 – (Ambito territoriale n. 24) – Comuni n. 4 - VOLLA

Estensione Territoriale 21,49 km² - Densità Abitativa 2.839,83 ab./km²

Comune	0-14	15-64	65+	Totale	Età media	Indice vecchiaia	Ind. Dip.za strutturale	Superficie km ²	Densità ab./km ²
Volta	4.390	16.576	2.789	23.755	36,9	63,5	43,3	6,2	3.831,45
Cercola	2.963	12.485	2.819	18.267	39,7	95,1	46,3	4,23	4.318,44
Massa di Somma	826	3.820	798	5.444	40	96,6	42,5	3,04	1.790,79
Pollena Trocchia	2.291	9.309	1.962	13.562	39	85,6	45,7	8,02	1.691,02
TOTALI	10.470	42.190	8.368	61.028	38,90	79,92%	44,65%	21,49	2.839,83

Distretto 51 – (Ambito territoriale n. 25) – Comuni n. 2 – POMIGLIANO D'ARCO

Estensione Territoriale 30,45 km² - Densità Abitativa 2.219,80 ab./km²

Comune	0-14	15-64	65+	Totale	Età media	Indice vecchiaia	Ind. Dip.za strutturale	Superficie km ²	Densità ab./km ²
Pomigliano d'Arco	6.122	26.457	7.343	39.922	41,2	119,9	50,9	11,71	3.402,39
Sant'Anastasia	4.377	18.746	4.548	27.671	40,3	103,9	47,6	18,74	1.480,56
TOTALI	10.499	45.203	11.891	67.593	40,75	113,26%	49,53%	30,45	2.219,8

Distretto 52 – (Ambito territoriale n. 26) – Comuni n. 7 – PALMA CAMPANIA

Estensione Territoriale 106,22 km² - Densità Abitativa 1.240,84 ab./km²

Comune	0-14	15-64	65+	Totale	Età media	Indice vecchiaia	Ind. Dip.za strutturale	Superficie km ²	Densità ab./km ²
Palma Campania	2.417	11.261	2.300	15.978	39,1	95,2	41,9	20,67	776,20
Ottaviano	3.715	16.514	3.631	23.860	39,8	97,7	44,5	20,02	1.186,70
Poggiomarino	4.037	15.133	2.806	21.976	37,4	69,5	45,2	13,2	1.667,32
San Gennaro Vesuviano	2.112	8.405	1.449	11.966	37,6	68,6	42,4	7,01	1.698,05

PIANO DELLA PERFORMANCE 2017/18/19

San Giuseppe Vesuviano	4.978	21.596	4.083	30.657	38,4	82	42	14,17	2.200,87
Striano	1.457	5.807	1.133	8.397	38,1	77,8	44,6	7,65	1.113,32
Terzigno	3.326	13.443	2.199	18.968	37,3	66,1	41,1	23,5	805,75
TOTALI	22.042	92.159	17.601	131.802	38,24	79,85%	43,02%	106,22	1.240,84

Distretto 53 – (Ambito territoriale n. 27) – Comuni n. 1 – CASTELLAMMARE DI STABIA
Estensione Territoriale 17,81 km² - Densità Abitativa 3.731,95 ab./km²

Comune	0-14	15-64	65+	Totale	Età media	Indice vecchiaia	Ind. Dip.za strutturale	Superficie km ²	Densità ab./km ²
Castellammare di Stabia	10.576	43.255	12.635	66.466	41,2	119,47%	53,66%	17,81	3.731,95

Distretto 54 – (Ambito territoriale n. 28) – Comuni n. 2 – SAN GIORGIO A CREMANO
Estensione Territoriale 6,76 km² - Densità Abitativa 8.099,56 ab./km²

Comune	0-14	15-64	65+	Totale	Età media	Indice vecchiaia	Ind. Dip.za strutturale	Superficie km ²	Densità ab./km ²
San Giorgio a Cremano	6.479	28.689	10.389	45.557	43,4	160,3	58,8	4,11	11.061,04
San Sebastiano al Vesuvio	1.485	6.047	1.664	9.196	41,1	112,1	52,1	2,65	3.455,89
TOTALI	7.964	34.736	12.053	54.753	42,25	151,34%	57,63%	6,76	8.099,56

Distretto 55 – (Ambito territoriale n. 29) – Comuni n. 1 - ERCOLANO
Estensione Territoriale 19,89 km² - Densità Abitativa 2.700,30 ab./km²

Comune	0-14	15-64	65+	Totale	Età media	Indice vecchiaia	Ind. Dip.za strutturale	Superficie km ²	Densità ab./km ²
Ercolano	8.768	35.285	9.656	53.709	40,5	110,13%	52,21%	19,89	2.700,30

Distretto 56 – (Ambito territoriale n. 30) – Comuni n. 4 – TORRE ANNUNZIATA
Estensione Territoriale 32,63km² - Densità Abitativa 2.768,04 ab./km²

Comune	0-14	15-64	65+	Totale	Età media	Indice vecchiaia	Ind. Dip.za strutturale	Superficie km ²	Densità ab./km ²
Torre Annunziata	7.074	27.097	8.618	42.789	41,3	121,8	57,9	7,54	5.653,67
Boscoreale	4.705	18.956	4.411	28.072	39,4	93,8	48,1	11,35	2.460,45
Boscotrecase	1.647	6.831	1.885	10.363	40,9	114,5	51,7	7,53	1.369,88

PIANO DELLA PERFORMANCE

2017/18/19

Trecase	1.443	5.874	1.780	9.097	41,4	123,4	54,9	6,21	1.463,18
TOTALI	14.869	58.758	16.694	90.321	40,75	112,27%	53,72%	32,63	2.768,04

Distretto 57 – (Ambito territoriale n. 31) – Comuni n. 1 – TORRE DEL GRECO

Estensione Territoriale 30,63 km² - Densità Abitativa 2.816,68 ab./km²

Comune	0-14	15-64	65+	Totale	Età media	Indice vecchiaia	Ind. Dip.za strutturale	Superficie km ²	Densità ab./km ²
Torre del Greco	13.802	56.529	15.944	86.275	41	115,52%	52,62%	30,63	2.816,68

Distretto 58 – (Ambito territoriale n. 32) – Comuni n. 8 - POMPEI

Estensione Territoriale 85,95 km² - Densità Abitativa 1.276,30 ab./km²

Comune	0-14	15-64	65+	Totale	Età media	Indice vecchiaia	Ind. Dip.za strutturale	Superficie km ²	Densità ab./km ²
Pompei	3.896	16.829	4.633	25.358	41,2	118,9	50,7	12,42	2.028,27
Agerola	1.200	4.983	1.490	7.673	41,4	124,2	54	19,83	388,11
Casola di Napoli	794	2.585	519	3.898	37,3	65,4	50,8	2,59	1.492,36
Gragnano	4.957	19.316	4.863	29.136	39,79	98,1	50,8	14,64	1.981,53
Lettere	1.171	4.229	788	6.188	37,5	67,3	46,3	12,02	520,00
Pimonte	1.095	4.213	672	5.980	36,9	61,4	41,9	12,54	478,48
Sant'Antonio Abate	3.657	13.341	2.745	19.743	38	75,1	48	7,93	2.489,28
Santa Maria la Carità	2.260	7.970	1.492	11.722	37,2	66	47,1	3,98	2.931,71
TOTALI	19.030	73.466	17.202	109.698	38,66	90,39%	49,32%	85,95	1.276,30

Distretto 59 – (Ambito territoriale n. 33) – Comuni n. 6 – SANT'AGNELLO

Estensione Territoriale 72,92 km² - Densità Abitativa 1.126,40 ab./km²

Comune	0-14	15-64	65+	Totale	Età media	Indice vecchiaia	Ind. Dip.za strutturale	Superficie km ²	Densità ab./km ²
Sant'Agnesello	1.400	5.930	1.792	9.122	42,5	128	53,8	4,15	2.203,55
Massa Lubrense	2.239	9.385	2.619	14.243	41,5	117	51,8	19,84	717,67
Meta	1.140	5.296	1.579	8.015	42,8	138,5	51,3	2,25	3.529,39
Piano di Sorrento	1.934	8.418	2.757	13.109	42,9	142,6	55,7	7,34	1.775,72
Sorrento	2.266	10.683	3.730	16.679	44,1	164,6	56,1	9,96	1.668,27
Vico Equense	3.316	13.870	3.783	20.969	41,3	114,1	51,2	29,38	714,84
TOTALI	12.295	53.582	16.260	82.137	42,52	132,25%	53,29%	72,92	1.126,40

PIANO DELLA PERFORMANCE

2017/18/19

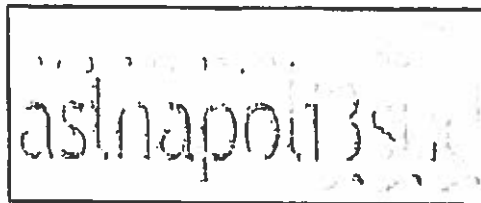
C. Gli indicatori demografici

L'analisi di seguito riportata è stata effettuata utilizzando la popolazione al 01_01_2015

La piramide dell'età

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

Età	Maschi		Femmine		Totale	
		%		%		%
0-4	27.009	2,52	25.563	2,38	52.572	4,90
5-9	30.434	2,84	28.752	2,68	59.186	5,51
10-14	32.459	3,02	30.944	2,88	63.403	5,91
15-19	33.129	3,09	31.679	2,95	64.808	6,04
20-24	35.667	3,32	34.789	3,24	70.456	6,56
25-29	35.309	3,29	34.100	3,18	69.409	6,47
30-34	34.459	3,21	35.194	3,28	69.653	6,49
35-39	37.275	3,47	38.282	3,57	75.557	7,04
40-44	39.420	3,67	41.884	3,90	81.304	7,57
45-49	39.471	3,68	42.329	3,94	81.800	7,62
50-54	36.851	3,43	40.105	3,74	76.956	7,17
55-59	32.005	2,98	35.121	3,27	67.126	6,25
60-64	28.742	2,68	31.136	2,90	59.878	5,58
65-69	27.870	2,60	30.467	2,84	58.337	5,43
70-74	19.801	1,84	23.065	2,15	42.866	3,99
75-79	15.226	1,42	20.027	1,87	35.253	3,28
80-84	9.789	0,91	15.423	1,44	25.212	2,35
85-89	4.563	0,43	9.278	0,86	13.841	1,29
90-94	1.328	0,12	3.615	0,34	4.943	0,46
95-99	153	0,01	621	0,06	774	0,07
100+	24	0,00	135	0,01	159	0,01
Totale	520.984	48,53	552.509	51,47	1.073.493	100,00



Via A. de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia (NA)

CONTROLLO DI GESTIONE
DR.SSA ANTONELLA DE STEFANO

Prot. n. 54084 del 11 APR. 2018

Al Responsabile U.O.C. Risk Management Sanitaria Asl Napoli 3 Sud
Dr.ssa Edvige Cascone
e p. c. Al Direttore Generale Asl Napoli 3 Sud
Dr.ssa Antonietta Costantini

Oggetto: Obiettivi di Performance anno 2018

Preso atto della nota prot. n. 45287 del 23/03/2018, a firma della S.V. (cfr. all. n. 1), questo gruppo di lavoro, nel condividere la disposizione a tergo, a firma del Direttore Generale, la S.V., in qualità di coordinatore area ospedaliera, avrà cura di individuare nella Sp03 Area Ospedaliera, la problematica collegata al Piano della prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza.

Con la presente si raccomanda alla S.V., di trasmettere a questo gruppo di lavoro, gli atti di specifica competenza entro e non oltre il 13 aprile 2018.

Distinti saluti

Il Coordinatore Gruppo Performance
Dr.ssa Antonella De Stefano



Via A. de Gasperi, 167 – 80053 Castellammare di Stabia (NA)

CONTROLLO DI GESTIONE
DR.SSA ANTONELLA DE STEFANO

Prot. n. 5446 del **11 APR. 2018**

Al Direttore Sanitario Asl Napoli 3 Sud Asl Napoli 3 Sud
Dr. Luigi Caterino
e p. c. Al Direttore Generale Asl Napoli 3 Sud
Dr.ssa Antonietta Costantini

Oggetto: Obiettivi di Performance anno 2018

Si trasmettono alla S.V. le Schede Sp01, Sp02 e Sp03, dei Dipartimenti di seguito elencati:

- ❖ Dipartimento di Prevenzione (cfr. all. n. 1);
- ❖ Dipartimento Salute Mentale (cfr. all. n. 2);
- ❖ Dipartimento Farmaceutico (cfr. all. n. 3);
- ❖ Dipartimento Dipendenza (cfr. all. n. 4).

Durante le fasi di confronto con i direttori dei dipartimenti, di cui sopra, si è constatato che il percorso già iniziato nel 2017 è continuato senza difficoltà anche per l'individuazione degli **Obiettivi di Performance anno 2018**.

In merito all'area ospedaliera e all'area distrettuale, questo gruppo di lavoro è in attesa di quanto richiesto con nota prot. n.53672 del 10/04/2018 (cfr. all. n. 5) e con nota prot. n.53678 del 10/04/2018 (cfr. all. n. 6).

Appena perverranno gli atti di cui sopra, sarà compito di questo gruppo la consegna e il confronto con la S.V.

Distinti saluti

Il Coordinatore Gruppo Performance
Dr.ssa Antonella De Stefano

*Da. Casella il
piano se approvato non
fre a maggior scetticismo
procedimento viene adottato
entro il 30.5*

ASL NAPOLI 3 SUD
Registro di Protocollo - Partenza
N. 0054828 del 12/04/2018 - 10:46



IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Antonietta Costantini

04 MAG 2018

EVIDENZA D.C.
D.A

12 APR 2018

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Antonietta Costantini

Direttore Uoc Controllo di Gestione

Dr.ssa Antonietta Costantini

E.p.c. Direttore Generale

Dr.ssa Antonietta Costantini

Direttore Amministrativo

Dr. Domenico Concilio

Direttore Sanitario

Dr. Luigi Caterino

Nucleo di Valutazione

Oggetto: Obiettivi di Performance 2018 Riscontro nota n° 53677 del 10 aprile 2018 (si allega).

E' il Piano della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza il documento approvato dalla direzione generale dove sono definiti gli obiettivi ai fini della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.

La direzione strategica ha costituito un gruppo di lavoro per farsi supportare per la predisposizione del piano della performance triennale 2018/20 su base annuale, ove sono inseriti gli obiettivi e le azioni del PTPCT 2018.

La definizione degli obiettivi e degli indicatori è frutto di un lavoro condiviso tra direzione strategica ed i responsabili di struttura, non di competenza del Responsabile della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.

Alla domanda posta genericamente "..... predisporre idonea comunicazione inerente alla specifica competenza....." D'istinto, considerato che l'agire secondo lo stile della prevenzione della corruzione dovrebbe essere l'unico vero obiettivo aziendale, potrei affermare di dare il peso 100, alle azioni di P.C.T..

Posso solo contribuire con una serie di riflessioni, considerato che non sono stata coinvolta in nessuna riunione con i direttori di UUOCC.

La performance è organizzativa, di struttura ed individuale, l'attività performante è relativa alle attività d'Istituto ed alle attività collegate al salario di risultato.

Attualmente sono in uso due schede (p02 e P.03) per evidenziare e rappresentare, anche ai fini del controllo pubblico, tutte le attività (Istituto stipendio e salario di risultato).

Considerato quanto suddetto si ritiene che nelle attività di Istituto (scheda 02) sarebbe necessario inserire per ogni struttura complessa:

- l'attività relativa alla gestione dei reclami (Regolamento pubblica tutela delibera n° 424 del 12 luglio 2012);
- la guida dei servizi allegato n° 1d del PTPCT 18/20;
- le carte dei servizi secondo la delibera aziendale (Delibera n° 194 del 24 marzo 2016);
- i controlli sul rispetto dell'orario di lavoro per tutto il personale dipendente e convenzionato secondo le disposizioni del direttore generale;
- a cura dei responsabili di struttura, in qualità di referenti del responsabile della prevenzione della corruzione, l'obbligo di trasmettere entro il 15 dicembre di ogni anno la relazione sulle attività messe in campo per la prevenzione della corruzione;
- gli obblighi previsti nell'allegato 1 C del PTPC 18/20. (ai sensi del D.Lgs 33/2013 e s.m.i.).

E' necessario stigmatizzare che non può essere più premiato con il salario di risultato il rispetto di quanto stabilito nel PTPC (E' servito per i primi anni del processo di adeguamento), ma ormai è e deve diventare un requisito base della performance organizzativa della nostra azienda, considerato anche il serio sistema sanzionatorio ed il collegamento con il codice di comportamento e quello di disciplina.

E' importante quindi chiarire che il rispetto di questi standard sono il requisito per accedere a tutto il salario di risultato.

La richiesta generica, (difficoltà rappresentate dai direttori di UUOCC), non permette alla sottoscritta di poter contribuire ad individuare per tipologia di UUOCC proposte di obiettivi riferiti all'area della trasparenza e della prevenzione della corruzione (sempre con l'accordo della direzione strategica).

Per poter essere utile, forse questo non è il compito del Responsabile della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza, si chiede di conoscere quali siano le difficoltà rappresentate dai singoli direttori di UUOCC.

Non ultimo ma importante è necessario che è fondamentale nella delibera di presa d'atto del Piano della Performance inserire le schede 01/02/03 per ogni struttura.



Direttore UOC Relazioni con il Pubblico

Responsabile della prevenzione della corruzione e della Trasparenza

Angela Improta



P.S. Si raccomanda vivacemente di non sbagliare quando definite la mia funzione che a futura memoria è "RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA



SERVIZIO ASSISTENZA DISTRETTUALE

Direttore ff.: dott. Primo Sergianni

Tel. 081.8729750

E-mail: sasd@pec.aslnapoli3sud.it

Sito: www.aslnapoli3sud.it

Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia (NA)

ASL NAPOLI 3 SUD
Registro di Protocollo - Partenza
N. 0056072 del 13/04/2018 - 15:06



Al Coordinatore Gruppo Performance

Dott.ssa A. De Stefano

P. C. Al Direttore Sanitario

Oggetto: Obiettivi di Performance anno 2018 – Distretti Sanitari

Facendo seguito a quanto stabilito nella riunione del 3 aprile u.s. ed al fine di riscontrare la richiesta della S.V., nota prot. n. 53678 del 10 aprile 2018,

si trasmette, in allegato, quanto fornito dai seguenti Direttori delle Strutture Centrali, in merito agli obiettivi di performance da assegnare ai Distretti Sanitari:

- Direttore Socio sanitario- Dott. salvatore D'ambrosio
- Direttore Servizio Fasce Deboli - Dott.ssa M. Galdi
- Responsabile screening Cervice Uterina- Dott. L. Granato
- Responsabile Screening Ca Mammella- Dott.ssa A. Esposito
- Responsabile UOC Risk Management- Dott.ssa E. Cascone
- Direttore Assistenza Riabilitativa Territoriale- Dott. A. Ciccone
- Responsabile UOC Medicina Legale- Dott. M. La Rana
- Responsabile Screening colon retto- Dott. F. Giugliano
- Responsabile UOC Assistenza Distrettuale – Dott. Primo Sergianni

Si rappresenta che lo scrivente ha avuto cura di assemblare, tutto quanto trasmesso dai suddetti direttori su una scheda in formato Excel (vedi ALL.1), da sottoporre alla Direzione Sanitaria per una appropriata valutazione e pesatura.

Si allegano inoltre le schede in formato excel (All.2) contenenti obiettivi aggiuntivi, forniti dai direttori dei Servizi: Materno infantile distrettuale e Materno infantile Ospedaliero, da sottoporre alla Direzione Sanitaria al fine di valutare l'opportunità di inserirli nella scheda (ALL. 1)

n.b. - le schede allegate vengono trasmesse anche in formato elettronico
Distinti saluti

Il Direttore ff
Servizio Assistenza Distrettuale
Dott. Primo Sergianni

ALL. 1

PIANO DELLA PERFORMANCE

ANNO 2018

UNITA' OPERATIVA:

RESPONSABILE:

AREA STRATEGICA / PROGRAMMI OPERATIVI [2]	OBIETTIVI SPECIFICI / AZIONI [3]	PESO % [4]	INDICATORI [5]	RISULTATO ATTESO [6]	ESITO [7]	NOTE
Area 1- programma 7 prestazioni specialistiche ambulatoriali	Gestione e monitoraggio specialistiche ambulatoriale		registrazione prestazioni erogate	100% delle prestazioni registrate 100% da 99% e 95% a 50% e di 95 % a 0		
AREA STRATEGICA 3	Aumentare l'adesione al programma di screening colon retto		Adesione programma di screening: numero di persone che hanno effettuato il test di screening di primo livello (FIT) / popolazione (50-74 anni) annuale ISTAT	adesione > al 25%		
AREA 1: programma 7 (7.2.2 + 7.2.3, + 7.2.4) rapporti con gli erogatori assistenza protesica.	Monitoraggio congruità delle prestazioni di audit e prezzi. Rispetto del budget annuale da parte dei responsabili UOAR		Implementazione di report trimestrali con i seguenti dati 1) spesa e carico 2) spesa elenco 2 e 3, 3) spesa gma ATI	scostamento spesa mensile dal 12° del budget. Delta annuale	contenimento del delta del 5-10%	
Area 3 LEA Screening Cervico uterino	Arruolamento n. di donne per lo screening		n. riunioni trimestrali per strategie di promozione screening cervico uterino	4 verbali annuale 100% n. 2 verbali annuali 50% < 2 VERBALI=0		
AREA 5 Governance e società dell'informazione Programma 23.1. riduzione degli oneri burocratici e dei tempi del procedimento per settori definiti	Attività commissioni tripartite di lavoro di attesa		chiusure pratiche	chiusura in 60 giorni 100% da 6 a 6 mesi 50% > 6 mesi = 0		
Interventi 3.1 - Sistemi Informativi	Azione 3.2.2. - Miglioramento di specifici flussi informativi (Monitoraggio rete assistenziale (MIRA)): preposizione di azioni volte al popolamento dei dati di attività inerenti il flusso FAR		Numero di prestazioni caricate dal personale distrettuale (profilato nel sistema IAS/IASP) per il flusso FAR/ Numero di prestazioni realmente effettuate per l'assistenza residenziale e semiresidenziale.	A - validità dal 95% al 100% monitoraggio effettuato UOC Coordinamento Socio Sanitario in base ai dati RIA 11 e ST3 24 = 100% da oltre raggiunto D - validità > 95% del monitoraggio effettuato UOC Coordinamento Socio Sanitario in base ai dati RIA 11 e ST3 24 = obiettivo non raggiunto		
Prevenzione infettivi correlate all'assistenza	Suone pratiche per l'uso corretto degli antimicrobici e per il controllo delle entità batteriche; diffusione Area di Infezioni e procedure secondo Piano prevenzione ICA aziendale		n. eventi informativi effettuati/ numero di eventi programmati (almeno 5/anno)			
Gestione rischio clinico	Applicazione e aggiornamento ministeriali per la prevenzione del rischio clinico		numero procedure aderenti gestione del rischio clinico applicate alle strutture distrettuali/ numero totale procedure applicabili			
AREA 3 - UOAR essenziali di assistenza L.C.A. - Chiusura assegnata al Direttore Generale in AN. I.A. DGR n. 375/2016 - Percentuale di anziani < 65 anni trattati in ADI	Garanzia per tutti i distretti un valore di risultato n. 5 compreso tra 1,34% e 1,38%. Per i distretti che hanno già raggiunto l'obiettivo deve essere considerata il risultato, non garanzia di CIA.		Per i Distretti con la percentuale di indicatori n. 8 dicembre 2017) < 1,36% e raggiungo la percentuale tra 1,36% e 1,38% I Distretti con indicatori n. 8 > 1,38% raggiungono il 2,00%. I Distretti con indicatori n. 8 > 2,00% considerano il risultato in base al DCA.	Raggiungimento dell'obiettivo = 100% Non raggiungimento = 0		Per i Distretti n. 31, 45, 49, 50, 51, 52 e 54 raggiungere l'obiettivo tra 1,36% e 1,38%. Il Distretto n. 55 raggiungere il 2,00%. Tutti i distretti con valore superiore a 2,00% considerano il risultato migliorando il CIA. I dati di distretti di Dicembre 2017 sono stati calcolati nel prospetto n. 1, in base alla nota prot. n. 3555 del 14/02/2018. Milano Appendice di cui al prospetto (7,04%) e l'aggiornamento superiore al dato considerato non avviene, attualmente il 1,88%, in quanto non tiene conto dell'elaborazione del CIA ma solo della PIC.
screening di primo livello per il tumore mammario	Servizi Essenziali del Medico di Assistenza Primaria di riferimento delle donne in età target e monitoraggio dell'attività dei medici medici. Compilazione di un UOAR due volte ogni trimestre		Popolazione di 4 verbali UOAR	4 Verbal n. 100% 3 Verbal n. 75% 2 Verbal n. 50% 1 Verbal n. 25% nessun verbal n. 0		
TOTALE PESO		100%				

DATA VALUTAZIONE FINALE

FIRMA DEL RESPONSABILE UOC/UOSD/UOS

VALUTATORE DI 1° ISTANZA	COGNOME E NOME	FIRMA

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

SERVIZIO CONTROLLO DI GESTIONE

ASL NAPOLI 3 SUD
Registro di Protocollo - Partenza
N. 0059295 del 20/04/2018 - 09:47



* 0 0 0 4 2 5 4 2 6 3 *

Al Coordinatore gruppo di lavoro per la Performance
Dott.ssa A. De Stefano

Oggetto: obiettivi anno 2018 – Adempimenti consequenziali a relazione Servizio Ispettivo Regionale. DCA 6/2011. Attività di controllo ai sensi del DCA 6/2011.

Premesso che la nostra azienda, in ottemperanza al DCA 6/2011, effettua almeno il 10% dei controlli per tutte le strutture di ricovero.

Visto che tali controlli orientando all' appropriatezza delle prestazioni producono anche delle rilevanti economie.

Alla luce dei risultati conseguiti da questa azienda ed evidenziati nell' istruttoria prodotta dall' Ufficio Speciale si ritiene opportuno condividere quanto suggerito dallo stesso in merito ad un **innalzamento della soglia percentuale dei controlli** rispetto alla soglia minima richiesta dal DCA 6/11.

Considerato che i controlli delle strutture pubbliche a gestione diretta saranno incrementati dall' attività di autocontrollo (DCA 21/18) si ritiene opportuno programmare un incremento dei controlli per le sole strutture di ricovero accreditate.

Tenuto conto che tale attività soffre di una carenza di personale e necessiterebbe di risorse umane dedicate, al fine di coniugare l' incremento di tale attività con la dotazione di personale in carico all' azienda, la Direzione strategica dispone di inserirlo quale obiettivo della performance da attribuire ai singoli dirigenti distrettuali, limitatamente alle strutture accreditate di ricovero, con una soglia minima di verifiche compresa tra il 12,5% e il 15%.

Cordiali Saluti.

Al Direttore Sanitario
Dott. Luigi Caterino

Al Direttore Amministrativo
Dott. D. Concilio.

Al Direttore Generale
Dott.ssa Antonietta Costantini



Controllo di Gestione

Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia (NA)

TEL. 0818729074/778 - FAX 0818729829

E-mail scog@aslnapoli3sud.it

Sito: www.aslnapoli3sud.it

Prot. 83870 C. di .G. del 05 GIU. 2018

**Al Direttore Generale Asl Napoli 3 Sud
Dr.ssa Antonietta Costantini**

Oggetto: Trasmissione schede sp3 obiettivi di Performance anno 2018

Si trasmettono alla S.V. le Schede Sp03 delle strutture ASL Napoli 3 Sud al fine di acquisire una Sua condivisione e quindi allegare le suddette alla proposta di delibera sul Piano della Performance anno 2018.

Le predette schede sono divise in:

- ❖ Dipartimenti;
- ❖ Area Distrettuale;
- ❖ Area Ospedaliera;
- ❖ Servizi centrali;
- ❖ Area TAP.

I lavori si sono conclusi in data 30/05/2018.

Si resta in attesa di Vostro cortese riscontro.

**Per il Gruppo Performance
Il Coordinatore
Dr.ssa Antonella De Stefano**

Direttore Dipartimento di Prevenzione

Direttori e Dirigenti Responsabili UUOCC e UUOSSDD

Dipartimento di Prevenzione

Direttore Dipartimento di Salute Mentale

Direttori e Dirigenti Responsabili UUOCC e UUOSSDD

Dipartimento di Salute Mentale

Direttori UU.OO.CC. Ser.D.

Direttore UOC G.R.U.;

Direttore UOC A.B.S.;

Direttore UOC GEF;

Dirigenti Responsabili Servizi Tecnici;

Direttori Distretti Socio Sanitari

Direttori Medici di Presidio e Direttore Amministrativo Area Nord Presidi
Ospedalieri

Direttore UOC Medicina legale e Pubblica Valutativa

Direttore UOC Fasce Deboli

Direttori UOC Assistenza Riabilitativa Territoriale

Coordinamento Aziendale Liste di Attesa

Dirigente Responsabile UOSD ALPI

Dirigente Responsabile Organizzativo Comitato Etico

ASL NAPOLI 3 SUD
Registro di Protocollo - Partenza
N. 0089934 del 15/06/2018 - 12:21



* 0 0 0 4 4 2 7 5 6 2 *

E, p.c. Direttore Amministrativo

Direttore Sanitario

Collegio Sindacale

Nucleo di Valutazione

Coordinamento Gruppo di Lavoro Performance

Tutti i Direttori UUOCC e UUOSSDD

Componenti Comitato Etico

Oggetto: Piano Triennale della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza. Delibera n° 170 del 14 febbraio 2018. Rif. Art. 14 .17

La complessità organizzativa dell'Asl Napoli 3 Sud, ha impegnato questa direzione, ai fini della Prevenzione di "malagestio" e di corruzione, in numerose iniziative e scelte evidenziate nel P.T.P.C.T. predisposto annualmente dal responsabile della Prevenzione della corruzione.

Il Piano del 2018 prevede di specializzare sempre di più le strutture nell'analisi dei processi organizzativi a rischio corruttivo o nel senso più allargato di " malagestio" (art.14.17), infatti le strutture in indirizzo entro il 10 gennaio del 2019 dovranno presentare a questa Direzione il Piano della Prevenzione della corruzione , ognuno per i profili di competenza e nello specifico:

- *Dipartimento di Prevenzione;*
- *Dipartimento di Salute Mentale;*
- *Ser.D.*
- *UOC G.R.U.;*



- **A.B.S.;**
- **GEF;**
- **Servizi Tecnici;**
- **Distretti Socio Sanitari;**
- **Presidi Ospedalieri;**
- **Attività Commissioni Invalidi Civili;**
- **Assistenza Domiciliare;**
- **Assistenza Riabilitativa (Appropriatezza Prescrittiva/ Governo Liste di attesa/Percorso Prescrizione Ausili);**
- **Liste di Attesa (attività istituzionale ed attività ALPI);**
- **Sperimentazioni Cliniche/ Comitato Etico**

Questo obbligherà le strutture coinvolte a procedere alla mappatura dei processi (insieme di attività interrelate e sequenziali che creano valore trasformando delle risorse (input del processo) in un prodotto (output del processo) destinato ad un soggetto interno (dipendenti e/o altri servizi etc) o esterno all'amministrazione (cittadini, pazienti, enti locali, altre istituzioni, fornitori, accreditati, associazioni del terzo settore e.t.c.).

La mappatura dei processi consente l'individuazione del contesto entro cui deve essere valutato il rischio corruttivo, decidendo le azioni di contrasto.

I Piani della prevenzione della corruzione succitati sono individuati obiettivi di performance delle strutture coinvolte così come stabilito nel PTPCT 2018.

Oltre alla formazione già offerta negli anni trascorsi, le strutture coinvolte parteciperanno a percorsi formativi concordati con il responsabile della prevenzione della corruzione con il supporto della U.O.C. Formazione A.P..

Il Responsabile della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza è a disposizione per concordare il piano di attività.

Direttore Generale

Dr.ssa Antonietta Costantini

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

Dr.ssa Angela Improta



PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2018-19-20

- Area di attività della U.O.C. Medicina Legale e della Medicina Fiscale e delle UU.OO.SS. Medicina Legale e delle Commissioni;
- Attività Fondi extra aziendali dedicati per specifici obiettivi;
- Attività Dipartimento della Salute Mentale;
- Attività Dipartimento delle Dipendenze;
- Controlli sulle presenze del personale dipendente e convenzionato;
- Trasversalmente per tutte le aree, si definisce ad alto rischio la gestione delle Liste di Attesa, per tutte le prestazioni sanitarie e socio sanitarie previste dai livelli essenziali di assistenza (Livello Prevenzione/Livello Assistenza Ospedaliera/Livello Assistenza Territoriale), oltre le liste di attesa per accedere alle Commissioni Invalidi Civili;
- Liste e tempi di attesa centri accreditati;
- Tutta l'attività di certificazione sanitaria (prioritariamente Pronti Soccorsi e Dipartimento di Salute Mentale).

14.16. Ulteriori Indicazioni Operative

La gestione del rischio non è una scienza esatta, ma è un'analisi di tipo empirico (che si fonda sull'osservazione delle esperienze) e deduttivo;

Le azioni sono inserite nel Piano della performance 2018/Declinazione degli obiettivi da adottarsi entro il 31 marzo 2018.

Per garantire maggiore trasparenza a quanto dichiarato si pubblicheranno, per singola struttura gli impegni specifici per singolo rischio evidenziato.

Le schede performance 01/02/03 devono essere trasmesse rispettivamente dai singoli responsabili di UUOCC alla UOC Controllo di Gestione (nel futuro UOC Performance) in formato PDF Aperto ed PDF chiuso con firma.

Sarà la Struttura Permanente di Supporto all'OIV (UOC Controllo di Gestione/UOC Performance) a trasmettere le stesse alla UOC Relazioni con il Pubblico per la conseguenziale pubblicazione sul sito Link Amministrazione Trasparente/Performance/schede.

A tutto fine alla introduzione di una piattaforma informatica regionale, che in Regione Campania ancora non esiste.

14.17. Mappatura dei Processi Asl Napoli 3 Sud. Anno 2018

PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2018-19-20

Per processo si intende un insieme di attività interrelate e sequenziali che creano valore trasformando delle risorse (input del processo) in un prodotto (output del processo) destinato ad un soggetto interno (dipendenti, altri servizi etc.) o esterno all'amministrazione (cittadini, istituzioni, fornitori etc.);

Il processo che si svolge nell'ambito dell'ASL, può esso da solo portare al risultato finale o porsi come parte o fase di un processo complesso, con il concorso di più attori, strutture o altri Enti. È evidente che il concetto di processo è diverso, più ampio e più complesso di quello di un procedimento amministrativo.

- La mappatura dei processi consente l'individuazione del contesto entro cui deve essere sviluppata la valutazione del rischio;
- *La mappatura dei processi deve essere garantita in tutte le strutture aziendali ed entra obbligatoriamente nel Piano della Performance anno 2018, nella scheda Performance 02/03, allegata al Piano della Performance;*
- L'attività di mappatura è supportata da percorsi di formazioni concordati tra il R.P.C. e l'UOC Formazione ed aggiornamento Professionale (UOC Formazione e sviluppo Risorse Umane).

Nel 2018 i risultati attesi da inserire anche negli obiettivi di Performance sono:

Delibera Presa Atto del Piano della Prevenzione della corruzione per singola struttura e prioritariamente:

- o Dipartimento di Prevenzione; *20%*
 - o Salute Mentale;
 - o Ser.D.;
 - o **UOC G.R.U.;**
 - o **UOC A.B.S.;**
 - o **UOC GEF;**
 - o **Servizi Tecnici;**
 - o Distretti Socio Sanitari con il supporto delle UUOCC di livello centrale di riferimento ;
 - o Presidi Ospedalieri con il supporto delle UUOCC di livello centrale di riferimento.
 - o Analisi processo assistenziale Commissioni invalidi civili e tutte attività riferite a quelle medico legali; *x 5/10*
 - o Analisi processo organizzativo assistenza domiciliare – Responsabile del procedimento Direttore UOC Fasce Deboli;
 - o Analisi processo organizzativo per l'assistenza riabilitativa Responsabile del procedimento Direttore UOC Assistenza Riabilitativa Territoriale;
 - o Analisi processo organizzativo "liste di attesa" responsabile del procedimento dirigente incaricato I.P.A.S. Liste di Attesa Direzione Sanitaria;
- fla*

PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2018-19-20

- ❖ Potenziare sistemi di monitoraggio qualità percepita dei servizi pubblici ed accreditati. Il progetto presentato per accedere ai finanziamenti del DCA 134/2016, essendo stato approvato con modifiche, ancora non ha avuto l'approvazione della R.C. (Tutto visibile sul sito istituzionale Link/Strutture centrali/UOC Relazioni con il Pubblico/Umanizzazione/DCA134/2016) Responsabile del Procedimento UOC Relazioni con il Pubblico;

- ❖ Regolamentazione Comodato d'USO /Valutazione in prova, costituzione gruppo di lavoro;

- ❖ Sperimentazioni cliniche;

- ❖ Analisi Rischio Sistema Organizzativo Rapporti con Centri accreditati, entro il mese di marzo 2018 si adatterà un'integrazione al presente PTPCT che rileverà lo stato dell'arte degli impegni presi nel PTPCT 2017 a cura del Nucleo Operativo di Controllo e Direttore UOC Controlli Integrati Interni ed Esterni di Nuova costituzione a seguito dell'Approvazione dell'Atto Aziendale (DCA 39/2017).-

- ❖ Valutazione con tutte le OOSS del comparto della proposta di un singolo sindacato di verificare i requisiti soggettivi dei candidati alle prossime R.S.U.(comparto).

- ❖ Dovrà essere inserito negli obiettivi di performance, collegati al salario di risultato, il rispetto dei tempi di valutazione, a cura dei vari responsabili di struttura, considerato che il non rispetto dei tempi riferiti al sistema di valutazione al termine degli incarichi è fattore di "malagestio" (valutazione Collegio Tecnico) alla base anche dell'impossibilità di garantire una corretta assegnazione degli incarichi.

14.10. Regione Campania

Nel 2018 con il contributo della Regione, a mero titolo di esempio finalmente:

- Si dovrebbe inserire l'obbligo di pubblicazione di tutto quanto previsto nel D.Lgs 33/2013 e s.m.i. , nei criteri di accreditamento per le strutture accreditate;

- La So.Re.Sa nei bandi di gara dovrebbe concordare con le aziende sanitarie un sistema di controllo della qualità percepita e di gestione dei reclami, che al momento è quasi inesistente se non per alcuni casi, ma sempre su iniziativa personale e quindi non come buona prassi.

Art. 15 Il codice di comportamento

15.1. Il codice di comportamento adottato con Delibera n. 813/13 – Approvazione del Codice di Comportamento Asl Napoli 3 Sud, definisce, ai fini dell'art. 54 del D.lgs. 165/01 nonché ai fini del DPR 62/13, i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i dipendenti dell'Asl Napoli 3 Sud sono tenuti ad osservare ai fini di garantire il perseguimento della tutela della salute dei cittadini, quale mission aziendale; garantire che l'assistenza sanitaria e socio sanitaria quale vision aziendale.

Via Marconi, 66 – 80059 Torre del
Greco (NA)

ASL NAPOLI 3 SUD
Registro di Protocollo - Interno
N. 0097608 del 29/06/2018 - 14:34



SERVIZIO PROGRAMMAZIONE, PIANIFICAZIONE E VALUTAZIONE ATTIVITA'
SANITARIA
GESTIONE ATTIVITA' PROGETTUALI FINANZIATE CON FONDI ESTERNI

Via A. de Gasperi – Castellammare di Stabia tel. 0818729055

Via M. Spagnuolo – Gragnano tel. 0815352716-01-14-31

PEC: valutazionedirigenti@pec.aslnapoli3sud.it

E-mail: valutazionedirigenti@aslnapoli3sud.it

Al Direttore Amministrativo ASL Napoli 3 Sud
Dr. Domenico Concilio

Oggetto: Rimodulazione schede Sp3 Performance 2018 - 2020

In merito a quanto in oggetto (cfr. all. n. 1), si tramettono le schede Sp3 rimodulate dei servizi di seguito indicati:

- ❖ S.S.D. Ispettiva Amministrativa (cfr. all. n. 2);
- ❖ U.O.C. Affari Generali (cfr. all. n. 3);
- ❖ U.O.C. Sviluppo e Gestione Attrezzature Sanitarie (cfr. all. n. 4).

Le stesse sono state integrate/modificate, così come disposto dal Direttore Generale.

- U.O.C. Valorizzazione e Manutenzione Patrimonio Immobiliare, ha inviato la nota, acquisita da questa U.O. al prot. n. 97601 del 29/06/2018 (cfr. all. n. 5).

Sarà compito, di questa U.O., trasmettere la scheda Sp3 dell'U.O.C. Valorizzazione e Manutenzione Patrimonio Immobiliare, appena la stessa perverrà a questa U.O..

Tanto si doveva

C.I.

Responsabile di Struttura
Dr. Vincenzo P. VAS.
U.O.C. SANITARIA
LOTO

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



Via A. de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia (NA)

CONTROLLO DI GESTIONE
DR.SSA ANTONELLA DE STEFANO

Prot. n. **99300** del **03 LUG. 2018**

Al Direttore Amministrativo Asl Napoli 3 Sud
Dr.ssa Domenico Concilio
e p. c. Al Responsabile U.O.C. Valorizzazione e Manutenzione Patrimonio Immobiliare Asl Napoli 3 Sud
Ing. Antonio Frappola
Al Direttore U.O.C. GRU Asl Napoli 3 Sud
Dr. Giuseppe Esposito

Oggetto: Performance anno 2018

Si comunica che:

- ❖ allo stato non risulta pervenuta la Scheda Sp3 dell'U.O.C. Valorizzazione e Manutenzione Patrimonio Immobiliare, come già comunicato con la nota allegata alla presente;
- ❖ allo stato non sono state evase le richieste, che qui si allegano, avanzate da questo gruppo all'U.O.C. GRU

Pertanto, questo gruppo, presenterà proposta Performance 2018 2020, attenendosi solo ed esclusivamente agli atti in possesso.

Tanto si doveva

Il Coordinatore Gruppo Performance
Dr.ssa Antonella De Stefano



Via Marconi, 66 – 80059 Torre del Greco
(NA)

ASL NAPOLI 3 SUD
Registro di Protocollo - Interno
N. 0040788 del 15/03/2018 - 15:38



**SERVIZIO PROGRAMMAZIONE, PIANIFICAZIONE E VALUTAZIONE ATTIVITA'
SANITARIA
GESTIONE ATTIVITA' PROGETTUALI FINANZIATE CON FONDI ESTERNI**

Via A. de Gasperi – Castellammare di Stabia tel. 0818729055

Via M. Spagnuolo – Gragnano tel. 0815352716-01-14-31

PEC: valutazionedirigenti@pec.aslnapoli3sud.it

E-mail: valutazionedirigenti@aslnapoli3sud.it

Al Direttore U.O.C. GRU ASL Napoli 3 Sud
Dr. Giuseppe Esposito

Oggetto: Atti Piano Performance 2018/2019/2020

Si sollecita l'invio nel più breve tempo possibile, della documentazione di cui alla nota prot. n. 38078 del 08/03/2018 (cfr. all. n. 1). Documentazione da includere nel P.P. 2018 – 2020

Si ricorda che i dati aziendali sono pubblici e pertanto non si comprende il contenuto della nota prot. n. 40053 del 15/03/2018 (cfr. all. n. 2).
Tanto si doveva.

C.I.

Il Responsabile di Struttura
Dr. Cirio Ingrassia

Via Marconi, 66 - 80059 Torre del Greco
(NA)

ASL NAPOLI 3 SUD
Registro di Protocollo - Interno
N. 0038078 del 09/03/2019 - 12:03



**SERVIZIO PROGRAMMAZIONE, PIANIFICAZIONE E VALUTAZIONE ATTIVITA'
SANITARIA**
GESTIONE ATTIVITA' PROGETTUALI FINANZIATE CON FONDI ESTERNI

Via A. de Gasperi - Castellammare di Stabia tel. 0818729055

Via M. Spagnuolo - Gragnano tel. 0815352716-01-14-31

PEC: valutazioneDirigenti@pec.aslnapoli3sud.it

E-mail: valutazioneDirigenti@aslnapoli3sud.it

U. C.
per l'urgenza

Al Direttore U.O.C. GRU ASL Napoli 3 Sud
Dr. Giuseppe Esposito

913 L

Oggetto: Atti Piano Performance 2018/2019/2020

Come noto alla S.V., lo scrivente partecipa al processo propedeutico al Piano Performance 2018 - 2020.

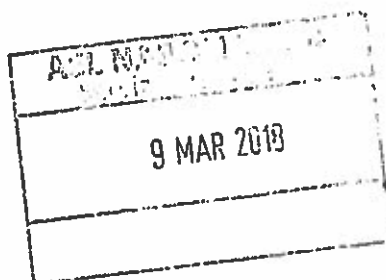
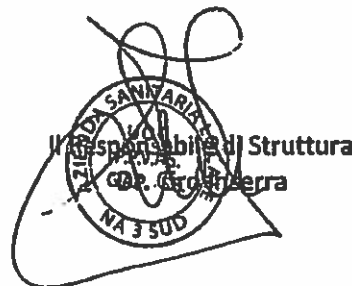
Tra i vari atti da includere nel P.P. 2018 - 2020, risulta fondamentale acquisire la documentazione di seguito elencata:

- Ammontare Complessivo dei Premi (D.Lgs. 33/2013, art. 20, comma 1, già richiesto con nota prot. n. 110250 del 27/09/2017 (cfr. all. n. 1), ancora senza risposta, (compilare i modelli allegati per gli anni 2016/2017/2018);
- Dotazione organica al 31/12/2017, divisa per sesso, fasce di età (≤ 50 anni, >50 anni), infortuni distinti per sesso, richieste di trasferimento inter ASL ed extra ASL;
- Numero di MMG e PLS distinto per distretti e totale;
- Numero di Specialisti Ambulatoriali e numero di personale a vario titolo operante in ASL Napoli 3 Sud. (borse di studio, 15 octies, ecc.)

Si rappresenta l'urgenza di quanto innanzi evidenziato.

Tanto si doveva.

U. C.



UOC GESTIONE RISORSE UMANE

Direttore: Dr. Giuseppe Esposito
Via Marconi (ex Presidio Bottazzi) n.67
80059 Torre del Greco (NA)
Tel.081-8490664 Fax. 081-8490669

AL DIRETTORE UOC PPVAS
DR. CIRO INSERRA

OGGETTO: Richiesta dati

Relativamente al processo propedeutico al Piano Performance 2018/2020, non si comprende la ratione materiae di codesto Servizio sugli aspetti economici che sono invece di competenza di questa UOC, tanto più se riferiti ad anni pregressi, quindi non significativi per una programmazione futura.

Per quanto riguarda i fondi sono pubblicati su specifiche delibere rilevabili sul sito aziendale.

Si resta, pertanto, in attesa di chiarimenti sulle motivazioni delle richieste o, eventualmente, sull'intervento di questo Servizio, per gli aspetti di competenza, nella definizione delle modalità di retribuzione dei premi.

A.N./a.n.

ASL NAPOLI 3 SUD
Registro di Protocollo - Interno
N. 0040053 del 15/03/2018 - 09:54



IL DIRETTORE
DR. GIUSEPPE ESPOSITO

[Handwritten signature]

a cura di U.O. G.R.U

[Handwritten signature]

AMMONTARE COMPLESSIVO DEI PREMI (d.L.GS.33/2013, Art. 20 comma 1)

ANNO 2016	AREA DIRIGENZA MEDICO-VETERINARIA	AREA DIRIGENZA S.T.P.A	COMPARTO SANITA'
Importo complessivo risorse (Fondi contrattuali delibera) Resi non spesi dei Fondi anno prec.			
Importo totale corrisposto			
Incentivi/Risultato			

N.B.: I dati indicati sui Fondi contrattuali sono riferiti alla delibera n.94/2013 e la spendibilità è integrata con le quote economiche dei residui dell'anno precedente.

DATI RELATIVI AI PREMI (D.lgs. 33/2013, Art. 20 comma 2)

ANNO 2016	PERSONALE DIRIGENTE MEDICO E VETERINARIO		PERSONALE DIRIGENTE SANITARIO NON MEDICO, PROFESSIONALE, TECNICO E AMMINISTRATIVO		PERSONALE NON DIRIGENTE		
Importo medio conseguibile (annuo)							
Grado di differenziazione produttività collettiva Da 90% a 100% Da 60% a 89% Da 0% a 59%	n. dipendenti	%	n. dipendenti	%	n. dipendenti		%
Distribuzione aggregata	MEDICI	VETERINARI	SANITARI NON MEDICI	P.T.A.	RUOLO SANITARIO	RUOLO TECNICO	RUOLO AMMINISTRATIVO

AMMONTARE COMPLESSIVO DEI PREMI (D.LGS.33/2013, Art. 20 comma 1)

ANNO 2017	AREA DIRIGENZA MEDICO-VETERINARIA	AREA DIRIGENZA S.T.P.A	COMPARTO SANITA'
Importo complessivo risorse (Fondi contrattuali delibera) Resti non spesi dei Fondi anno prec.			
Importo totale corrisposto			
Incentivi/Risultato			

N.B.: I dati indicati sui Fondi contrattuali sono riferiti alla delibera n.94/2013 e la spendibilità è integrata con le quote economiche dei residui dell'anno precedente.

DATI RELATIVI AI PREMI (D.lgs. 33/2013, Art. 20 comma 2)

ANNO 2017	PERSONALE DIRIGENTE MEDICO E VETERINARIO		PERSONALE DIRIGENTE SANITARIO NON MEDICO, PROFESSIONALE, TECNICO E AMMINISTRATIVO		PERSONALE NON DIRIGENTE		
Importo medio conseguibile (annuo)							
Grado differenziazione produttività collettiva Da 90% a 100% Da 60% a 89% Da 0% a 59%	n. dipendenti	%	n. dipendenti	%	n. dipendenti		%
Distribuzione aggregata	MEDICI	VETERINARI	SANITARI NON MEDICI	P.T.A.	RUOLO SANITARIO	RUOLO TECNICO	RUOLO AMMINISTRATIVO

AMMONTARE COMPLESSIVO DEI PREMI (d.LGS.33/2013, Art. 20 comma 1)

ANNO 2018	AREA DIRIGENZA MEDICO-VETERINARIA	AREA DIRIGENZA S.T.P.A	COMPARTO SANITA'
Importo complessivo risorse (Fondi contrattuali delibera Resti non spesi dei Fondi anno prec. Importo totale corrisposto Incentivi/Risultato			

N.B.: I dati indicati sui Fondi contrattuali sono riferiti alla delibera n.94/2013 e la spendibilità è integrata con le quote economiche dei residui dell'anno precedente.

DATI RELATIVI AI PREMI (D.lgs. 33/2013, Art. 20 comma 2)

ANNO 2018	PERSONALE DIRIGENTE MEDICO E VETERINARIO		PERSONALE DIRIGENTE SANITARIO NON MEDICO, PROFESSIONALE, TECNICO E AMMINISTRATIVO		PERSONALE NON DIRIGENTE		
Importo medio conseguibile (annuo)							
Grado di differenziazione produttività collettiva Da 90% a 100% Da 60% a 89% Da 0% a 59%	n. dipendenti	%	n. dipendenti	%	n. dipendenti		%
Distribuzione aggregata	MEDICI	VETERINARI	SANITARI NON MEDICI	P.T.A.	RUOLO SANITARIO	RUOLO TECNICO	RUOLO AMMINISTRATIVO

44

PIANO DELLA PERFORMANCE 2017/18/19

06.01.2018

Totale	802	155	957
--------	-----	-----	-----

La Continuità Assistenziale l'ASL opera attraverso n. 239 medici titolari e n. 33 e 81 supplenti. L'assistenza territoriale garantisce e assicura il rispetto dei LEA.

Ai fini di chiarezza espositiva e di completezza della documentazione tutta facente parte del documento previsionale, nonché alla luce delle previsioni di cui al D. Lgs. vo n. 118/2011, si riassumono, all'interno della presente relazione, le diverse tipologie di obiettivi assegnati con la citata n. 375 del 13/07/2016 che dovranno connotare le strategie dell'ASL Napoli 3 Sud.

3.5 IL PERSONALE

L'ASL Napoli 3 Sud, che nasce dalla fusione, per incorporazione della ex Na 4 e Na 5, al 31/12/2016 i dipendenti sono 4.584 a tempo indeterminato a cui si aggiunge il numero dei dipendenti a vario titolo presenti in azienda.

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

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

45

PIANO DELLA PERFORMANCE

2017/18/19

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

Ruolo Tecnico	
Sociologo	13
Collaboratore Prof.le assistente sociale esperto	10
Collaboratore Prof.le assistente sociale-(ric.C.C.N.L.20.09.2001)	68
Collaboratore Tecnico Prof.le	11
Assistente Tecnico	8
Assistente Tecnico Geometra	3
Assistente Tecnico Perito Industriale	2
Assistente Tecnico Perito Industriale ElettroTecnico	1
Programmatore di C.E.D.	11
Operatore Tecnico	31
Operatore Tecnico Accalappiacani	1
Operatore Tecnico addetto ai servizi socio-assistenziali	2
Operatore Tecnico addetto all'assistenza	1
Operatore Tecnico addetto alle lavastoviglie	1
Operatore Tecnico Autista	50
Operatore Tecnico Centralinista	15
Operatore Tecnico Coordinatore Autista	1
Operatore Tecnico Coordinatore Capo servizio operai	9
Operatore Tecnico Custode	2
Operatore Tecnico di Lavanderia e Guardaroba	1
Operatore Tecnico Disinfettore	2
Operatore Tecnico Elettricista	3
Operatore Tecnico Forno inceneritore	2
Operatore Tecnico Fuochista	1
Operatore Tecnico Idraulico	2
Operatore Tecnico Imbianchino	1
Operatore Tecnico Magazziniere	10
Operatore Tecnico Muratore	1
Operatore Tecnico Personal Computer	7
Operatore Tecnico Spec. Esperto Custode	1

PIANO DELLA PERFORMANCE

2017/18/19

Operatore Tecnico spec.esperto -conduttore di caldaia	2	
Operatore Tecnico Special. Autista Ambulanze	28	
Operatore Tecnico Special. Centralinista	10	
Operatore Tecnico Specializzato	3	
Operatore Tecnico specializzato conduttore di caldaia	2	
Operatore Tecnico specializzato cuoco	2	
Operatore Tecnico Specializzato Elettricista	2	
Operatore Tecnico Specializzato Esperto autista Ambulanza	13	
Operatore Tecnico Specializzato Esperto Centralinista	2	
Operatore Tecnico specializzato Esperto elettricista	1	
Operatore Tecnico Specializzato Esperto -idraulico	1	
Operatore Tecnico Specializzato Guardia Giurata	1	
Operatore Tecnico Termo/Idraulico/Meccanico	1	
Operatore Tecnico -videoterminalista-	25	
Ausiliario Specializzato	46	
Totale Parziale		410

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

Architetti	1	
Avvocati e Procuratori Legali	7	
Dirigenti Professionali (Ingegneri)	2	
Totale Parziale		10

Totale Generale **4.584**

Nel ruolo sanitario rientra il personale medico, veterinario, sanitario (es. farmacisti, biologi, psicologi, fisici sanitari, chimici). Il ruolo professionale è costituito da ingegneri, avvocati, sociologi ecc.. Nel ruolo amministrativo rientrano i coadiutori, gli assistenti, i collaboratori e i dirigenti amministrativi. Del ruolo tecnico fanno parte gli operatori socio-sanitari, gli operatori tecnici e il restante personale tecnico non sanitario non ricompreso nei ruoli amministrativo e professionale

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

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

Servizio Controllo di Gestione Pec

Da: posta-certificata@pec.aruba.it
Inviato: martedì 3 luglio 2018 15:49
A: scog@pec.aslnapoli3sud.it
Oggetto: ACCETTAZIONE: performance 2018 sollecito richieste
Allegati: daticert.xml
Firmato da: posta-certificata@pec.aruba.it

Ricevuta di accettazione

Il giorno 03/07/2018 alle ore 15:48:42 (+0200) il messaggio
"performance 2018 sollecito richieste" proveniente da "scog@pec.aslnapoli3sud.it"
ed indirizzato a:
diptl.territorio@pec.aslnapoli3sud.it ("posta certificata") diramm@pec.aslnapoli3sud.it ("posta certificata")
sgru@pec.aslnapoli3sud.it ("posta certificata") valutazionedirigenti@pec.aslnapoli3sud.it ("posta
certificata")

Il messaggio è stato accettato dal sistema ed inoltrato.

Identificativo messaggio: opecc286.20180703154842.06643.09.2.68@pec.aruba.it





Controllo di Gestione

Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia (NA)

TEL. 0818729074/778 - FAX 0818729829

E-mail scog@aslnapoli3sud.it

Sito: www.aslnapoli3sud.it

Prot. 83879 C. di G. del **05 GIU. 2018**

Al Direttore Generale Asl Napoli 3 Sud
Dr.ssa Antonietta Costantini

Oggetto: Trasmissione schede sp3 obiettivi di Performance anno 2018.

Si trasmettono alla S.V. le Schede Sp03 delle strutture ASL Napoli 3 Sud al fine di acquisire una Sua condivisione e quindi allegare le suddette alla proposta di delibera sul Piano della Performance anno 2018.

Le predette schede sono divise in:

- ❖ Dipartimenti;
- ❖ Area Distrettuale;
- ❖ Area Ospedaliera;
- ❖ Servizi centrali;
- ❖ Area TAP.

I lavori si sono conclusi in data 30/05/2018.

Si resta in attesa di Vostro cortese riscontro.

Per il Gruppo Performance

Il Coordinatore

Dr.ssa Antonella De Stefano

DOTT. CONCILIA
PROVVEDERE IN ORDINE
A QUANTO POSTULATO
SULLE ALLEGATE SCHEDA

IL DIRETTORE GENERALE
Dr.ssa Antonietta Costantini

15 GIU. 2018

06/06/2018
Arredo schede
alla femp

ASL NAPOLI 3 SUD
Registro di Protocollo - Interno
N. 0102341 del 09/07/2018 - 12:45



Via Marconi, 66 (ex presidio Bollazzi) - 80059 Torre del Greco (NA)
U.O.C. Valorizzazione e Manutenzione Patrimonio Immobiliare
Direttore: Ing. Antonio Frappola
C.so A. De Gasperi, 187 - 80058 Castellammare di Stabia (NA)
Tel. 0818729046, Fax 0818729354
Email: diptl.territorio@aslnapoli3sud.it - Pec: diptl.territorio@pec.aslnapoli3sud.it
Sito web: www.aslnapoli3sud.it

Al Direttore dell'UOC Servizio Programm.
Pianificaz. e Valutaz. Attività Sanitaria
(valutazionedirigenti@pec.aslnapoli3sud.it)

Al Direttore dell'UOC Controllo di Gestione
(scog@pec.aslnapoli3sud.it)

Oggetto: Scheda Performance 2018 - UOC Valorizzazione e Manutenzione Immobili - Direttore
Ing. Antonio Frappola.

In riferimento all'oggetto, e facendo seguito alla PEC inviata in data 29 giugno u.s.
nonché riscontro alla nota prot. gen. 99300 del 03/07/2018, si trasmette la scheda denominata
S.P.03-2018 relativa allo scrivente.

Si resta a disposizione per qualsiasi chiarimento.

Il Direttore
Ing. Antonio Frappola

ASL NAPOLI 3 S JD
Registro di Protocollo - Palermo
N. 0054688 del 23/05/2017 - 12:47



Al Dott. Ernesto Esposito
Coordinatore N.O.C.

Sede

Oggetto : Obiettivi generali, strategici e specifici del Direttore Generale

La scrivente, in data 21 aprile 2017, ha sottoscritto il contratto di cui all'oggetto, restituito dalla Regione ed acquisito al prot. gen. n. 57776 dell'8.5.2017.

Nello stesso contratto, agli artt. 5 e 7, viene espressamente fatto riferimento agli obblighi ai quali la scrivente, nella qualità, è tenuta alla ottemperanza e che di seguito si trascrivono:

Ai sensi dell'art. 5 del contratto il Direttore Generale si obbliga:

- Al raggiungimento degli obiettivi fissati nella deliberazione di Giunta n. 375 del 13.7.2016, pubblicata sul B.U.R.C. n. 48 del 18.7.2016, come di seguito specificati:

OBIETTIVI DI CARATTERE GENERALE:

- a) adempimenti previsti da disposizioni normative, nazionali e regionali, da provvedimenti giuntali e/o governativi, in considerazione dell'attuale fase commissariale;
- b) raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda sanitaria;
- c) predisposizione e l'attuazione del nuovo atto aziendale, in coerenza con i relativi provvedimenti di programmazione regionale;
- d) adozione e l'attuazione di misure idonee a garantire il perseguimento, su base aziendale, degli obiettivi individuati nei Programmi Operativi di prosecuzione del Piano di Rientro dai disavanzi sanitari;
- e) prosecuzione e conclusione delle azioni di regolarizzazione delle carte contabili, nonché delle azioni di implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, attraverso una puntuale attuazione del percorso della certificabilità;

Il mancato raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda sanitaria è, ai sensi della normativa vigente, causa di decadenza automatica del direttore generale;

OBIETTIVI SPECIFICI DI NATURA PRELIMINARE:

- f) erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (attraverso specifici indicatori della cosiddetta "Griglia LEA" - punto E degli Adempimenti LEA), riportati nell'allegato A) alla D.G.R.C. n.375 del 13.7.2016;
 - g) rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionale Intramurarie;
 - h) continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi;
 - i) obiettivi tematici di cui all'allegato B) alla D.G.R.C. n.375 del 13.7.2016.
- Ad approntare un articolato piano di intervento da sottoporre alla Giunta Regionale, nel quale dovranno essere specificate le azioni da intraprendere, i tempi e le fasi di realizzazione ed i risultati attesi per ciascuna fase.

Ai sensi del successivo art. 7, il medesimo Direttore Generale si obbliga, con la sottoscrizione, all'accettazione, quali obiettivi di salute e funzionamento di servizi, tra gli altri, anche di tutti gli ulteriori, eventuali, interventi previsti con analoghe finalità. Gli stessi obiettivi potranno essere integrati da quelli

individuati con successivi atti giuntali, provvedimenti statali e/o governativi in considerazione dell'attuale fase commissariale, ivi compreso il rispetto dei tempi di pagamento, secondo la normativa vigente in materia.

In considerazione di quanto rappresentato, si è disposto, pertanto, con nota prot. n. 58268 del giorno 8 maggio 2017 che i Direttori Amministrativo e Sanitario, per la rispettiva competenza, avvalendosi del supporto delle strutture aziendali competenti *ratione materiae*, provvedessero:

- 1) ad un costante monitoraggio sullo stato di raggiungimento degli obiettivi, adottando gli atti ritenuti necessari, predisponendo specifica relazione correlata alla tempistica delle verifiche disposte dalla Regione;
- 2) ad approntare un articolato piano di intervento da sottoporre alla Giunta Regionale, nel quale dovranno essere specificate le azioni da intraprendere, i tempi e le fasi di realizzazione ed i risultati attesi per ciascuna fase.

Tutto ciò in considerazione che:

- Il raggiungimento degli obiettivi generali e specifici di natura preliminare costituisce elemento di valutazione ai fini del giudizio di confermabilità nell'incarico, ai sensi del comma 6, dell'art. 3 bis, del D.lg.vo del 30/12/92 n. 502 e s.m.i., mentre la verifica in ordine al raggiungimento degli ulteriori obiettivi tematici è preordinata al calcolo della percentuale di indennità premiale eventualmente spettante ai sensi del DPCM n. 502/95, come modificato dal DPCM n. 319/2001;
- L'operato del Direttore Generale è soggetto:
 - ad un monitoraggio trimestrale;
 - ad una pre - verifica sull'andamento dell'Azienda ogni sei mesi;
 - ad una verifica annuale anche ai fini dell'applicazione del sistema di sanzioni stabilito dall'art. 8 della L.R. n. 28 del 24/12/2003, come modificato dalla L.R. n. 15/2016, in aggiunta a quanto previsto dal comma 7, dell'art. 18, della legge regionale n. 32/1994 e s.m.i.;
 - alla verifica prevista dal comma 6, dell'art. 3 bis del D.lgs. n. 502, del 30/12/92 e s.m.i., in base alla quale la Regione, dopo 18 mesi dalla nomina del Direttore Generale, verifica i risultati conseguiti ed il raggiungimento degli obiettivi fissati, procedendo alla riconferma o meno, sentiti gli organismi di cui all' art. 2, comma 2 bis, ed all'art. 3, comma 14, del citato D.lgs. (In tale ipotesi il termine dei 18 mesi verrà a scadere il 21 gennaio 2018).

Ai sensi del citato art. 3 bis del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. ed in previsione della relativa verifica, tenuto conto degli specifici requisiti di competenza e di esperienza della S.V., le si conferisce mandato affinché, previa acquisizione dei dati dalle strutture competenti, anche avvalendosi del supporto della U.O.C. Gabinetto, predisponga ogni quanto per ottemperare al dettato normativo.

Il Direttore Amministrativo
Dott. Domenico Concilio

Sg. mt

Il Direttore Generale
Dott.ssa Antonietta Costantini

fla



Delibera della Giunta Regionale n. 375 del 13/07/2016

Dipartimento 52 - Dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali

Direzione Generale 4 - Direzione Generale Tutela salute e coord. del Sistema Sanitario Regionale

U.O.D. 1 - UOD. Affari giuridico-legali - Gestione risorse umane e strumentali (52/04)

Oggetto dell'Atto:

NOMINA DEL DIRETTORE GENERALE DELLA ASL NAPOLI 3 SUD

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla Direzione Generale e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal Direttore a mezzo di sottoscrizione della presente

PREMESSO che

a. l'art. 3 bis, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dall'art. 4 della Legge 8 novembre 2012, n. 189 dispone: *"La Regione provvede alla nomina dei direttori generali delle aziende e degli enti del servizio nazionale regionale, attingendo obbligatoriamente all'elenco regionale di idonei, ovvero agli analoghi elenchi delle altre regioni, costituiti previo avviso pubblico e selezione..."*;

b. la Regione Campania con legge regionale 4 novembre 1994, n. 32 e s.m.i., art. 18 bis, ha disciplinato le procedure di nomina dei Direttori Generali;

c. con legge regionale 8 giugno 2016, n. 15 recante *"Disposizioni urgenti in materia di semplificazione per la procedura di nomina dei direttori delle Aziende sanitarie ed ulteriori misure di razionalizzazione"* sono state introdotte recenti modifiche alla citata normativa, al fine di semplificare le procedure in coerenza con la normativa nazionale e in attesa dell'emanazione del decreto legislativo di cui all'art. 11, comma 1, lettera p) della legge 7 agosto 2015, n. 124 (Delega al Governo per la riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche);

d. per l'effetto, il comma sei dell'art. 18 bis della legge regionale 3 novembre 1994, n. 32 è stato così sostituito: *"Il Presidente della Giunta Regionale, su conforme deliberazione della Giunta, nomina il direttore generale scelto tra i soggetti in possesso dei requisiti professionali di cui all'art. 3 bis, comma 3, del decreto legislativo n. 502/1992, iscritti nell'elenco regionale degli idonei alla nomina di direttore generale oppure negli analoghi elenchi delle altre Regioni"*;

CONSIDERATO che

a. con Delibera di Giunta Regionale n. 317 dello 08.08.2014 e s.m.i., è stato costituito l'Elenco Unico Regionale degli idonei all'incarico di Direttore Generale di Aziende ed Enti del SSR;

b. con avviso pubblico approvato con Delibera di Giunta n. 404 dello 02.09.2015 è stata indetta procedura selettiva per l'aggiornamento dell'Elenco Unico Regionale degli idonei all'incarico di Direttore Generale di aziende ed Enti del SSR;

c. con Delibera di Giunta Regionale n. 319 del 28.06.2016, all'esito dei lavori svolti dalla Commissione appositamente costituita, è stato aggiornato il suddetto Elenco;

RILEVATO che

a) alla stregua del delineato quadro normativo di riferimento occorre procedere alla nomina del Direttore Generale della Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud quale atto di alta amministrazione da adottarsi nell'esercizio delle funzioni proprie degli organi di Governo dell'Ente;

b) tale provvedimento consente di riportare l'Azienda ad una gestione ordinaria garantendo stabilità e continuità dell'azione amministrativa e favorendo la costante e puntuale attuazione delle misure previste dal Governo per il rientro dall'attuale fase di Commissariamento della Sanità Campana;

VISTI

a) il D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;

- b) la Legge Regionale n. 32/1994 e s.m.i.;
c) il curriculum professionale della Dott.ssa Antonietta Costantini, nata a Piedimonte Matese (CE) in data 01.03.1958, il cui nominativo risulta inserito nell' Elenco Unico degli idonei all'incarico di Direttore Generale di Aziende ed Enti del SSR ;

RITENUTO

di poter individuare il predetto quale Direttore Generale della Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud;

ACQUISITE

a. la dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e/o incompatibilità all'incarico ai sensi del D.Lgs.vo n. 39/2013, secondo il modello predisposto dal Responsabile per la Trasparenza e l'Anticorruzione della Regione Campania;

b. la dichiarazione, resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii. di non trovarsi in alcuna delle cause ostative di inconferibilità o di incompatibilità previste dalle disposizioni vigenti in materia comprese quelle disciplinate dall'art. 6, comma 1, della legge n. 114/2014, per non essere soggetto già lavoratore privato o pubblico collocato in quiescenza;

PROPONE e la Giunta in conformità a voti unanimi

DELIBERA

Per i motivi di cui alle premesse che qui si intendono integralmente riportati:

1. di **INDIVIDUARE** la Dott.ssa Antonietta Costantini, nata a Piedimonte Matese (CE) in data 01.03.1958, quale Direttore Generale della Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud, dalla data di notifica del D.P.G.R.C. di nomina e per la durata di anni tre, ai sensi dell'art. 18, comma 4, della L.R. n. 32/1994, come modificato dall'art. 6, lett.a), della L.R. n. 7 del 5 maggio 2011;
 2. di **ASSEGNARE** gli obiettivi di carattere generale di seguito indicati :
 - a) gli adempimenti previsti da disposizioni normative, nazionali e regionali, da provvedimenti giuntali e/o governativi, in considerazione dell'attuale fase commissariale;
 - b) il raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda sanitaria;
 - c) la predisposizione e l'attuazione del nuovo atto aziendale, in coerenza con i relativi provvedimenti di programmazione regionale;
 - d) l'adozione e l'attuazione di misure idonee a garantire il perseguimento, su base aziendale, degli obiettivi individuati nei Programmi Operativi di prosecuzione del Piano di Rientro dai disavanzi sanitari;
 - e) prosecuzione e conclusione delle azioni di regolarizzazione delle carte contabili, nonché delle azioni di implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, attraverso una puntuale attuazione del percorso della certificabilità;
- Il mancato raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda sanitaria è, ai sensi della normativa vigente, causa di decadenza automatica del direttore generale;

il mancato raggiungimento degli obiettivi di cui alle lettere c), d) ed e) costituisce, invece, grave inadempimento, sanzionabile ai sensi del comma 7, dell'art. 18, della legge regionale 4 novembre 1994, n. 32 e s.m.i.

3. di **ASSEGNARE** i seguenti obiettivi specifici di natura preliminare:

- erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (attraverso specifici indicatori della cosiddetta "Griglia LEA" - punto E degli Adempimenti LEA), riportati nell'allegato A) al presente provvedimento che ne forma parte integrante e sostanziale;
- rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionale Intramurarie ;
- continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi;

4. di **ASSEGNARE**, altresì, gli ulteriori obiettivi tematici di cui all'allegato B) al presente provvedimento che ne forma parte integrante e sostanziale;

5. di **PRECISARE** che il raggiungimento degli obiettivi generali e specifici di natura preliminare costituisce elemento di valutazione ai fini del giudizio di confermabilità nell'incarico, ai sensi del comma 6, dell'art. 3 bis, del D.lg.vo del 30/12/92 n. 502 e s.m.i., mentre la verifica in ordine al raggiungimento degli ulteriori obiettivi tematici è preordinata al calcolo della percentuale di indennità premiale eventualmente spettante ai sensi del DPCM n. 502/95, come modificato dal DPCM n. 319/2001.

6. di **DEMANDARE** per l'effetto, ad un successivo provvedimento il sistema e le modalità di attribuzione dei punteggi per la verifica dei risultati di gestione del Direttore Generale;

7. di **PRECISARE**, comunque, che nulla è dovuto al Direttore Generale nei casi di cessazione dall'incarico per decadenza, mancata conferma, revoca o risoluzione del contratto, nonché per dimissioni, a titolo di indennità o altro titolo;

8. di **SOTTOPORRE** l'operato del Direttore Generale :

- ad un monitoraggio trimestrale;
- ad una pre - verifica sull'andamento dell'Azienda ogni sei mesi;
- ad una verifica annuale anche ai fini dell'applicazione del sistema di sanzioni stabilito dall'art. 8 della L.R. n. 28 del 24/12/2003, come modificato dalla L.R. n. 15/2016, in aggiunta a quanto previsto dal comma 7, dell'art. 18, della legge regionale n. 32/1994 e s.m.i.;
- a quella prevista dal comma 6, dell'art. 3 bis, D.lg.vo n. 502, del 30/12/92 e s.m.i., in base alla quale la Regione, dopo 18 mesi dalla nomina del Direttore Generale, verifica i risultati conseguiti ed il raggiungimento degli obiettivi fissati, procedendo alla riconferma o meno, sentiti gli organismi di cui all' art. 2, comma 2 bis, ed all'art. 3, comma 14, del citato D.lg.vo;

9. di **STABILIRE** che le incombenze istruttorie necessarie ai fini della valutazione rientrano nelle competenze della Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del S.S.R. che potrà avvalersi di una Commissione di Esperti appositamente costituita con successivo Decreto Dirigenziale;

10. di **FARE** espressa menzione nel contratto individuale del Direttore Generale, del complesso di obiettivi, di controlli e di sanzioni sopra esposto, nonché del combinato disposto dell'art. 52, comma 4, lettera d, della L. 289/2002 e art. 3, comma 2, lettera c, della L. 405/2001, in materia di decadenza dei Direttori Generali in caso di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico, per l'applicazione conseguente;

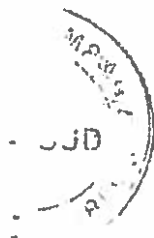
11. di **RICONOSCERE** al predetto il trattamento economico così come previsto dalla delibera di Giunta Regionale n. 1472 del 18 Settembre 2009, fatto salvo successivo conguaglio in fase di individuazione delle nuove fasce retributive, e l'art. 53 della L.R. n. 1/2008;

12. di **RICHIEDERE** al Direttore Generale, all'atto della notifica del decreto di nomina, il rilascio delle dichiarazioni di cui all'art. 44, 1° comma, della legge regionale 26.7.2002, n. 15;

13. di **AUTORIZZARE** la sottoscrizione di un contratto di diritto privato secondo lo schema tipo approvato con Delibera di Giunta Regionale tra la Regione Campania e il Direttore Generale alle condizioni tutte stabilite dal presente atto, ai sensi dell'art. 3 bis, comma 8, del D.L.vo n. 502/92 e s.m.i.;

14. di **INVIARE** il presente provvedimento al Consiglio Regionale ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 48 del vigente Statuto Regionale;

15. di **INVIARE** la presente delibera al Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale della Campania, al Dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, alla Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud per quanto di rispettiva competenza, al Responsabile per la Trasparenza e l'Anticorruzione della Regione Campania ed al BURC per la pubblicazione.



ALLEGATO A delibera nomina Direttori Generali di Aziende Sanitarie Locali

N.	Definizione	Obiettivo
1	1.1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Incremento della copertura vaccinale sino all'ottenimento del valore del 95% per tutte le vaccinazioni.
	1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Incremento della copertura vaccinale sino all'ottenimento almeno del valore del 92%
	1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni)	Incremento della copertura vaccinale sino all'ottenimento di un valore compreso almeno tra il 60 e il 75%
2	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto	Incremento della popolazione che ha effettuato test di screening di primo livello, per cervice uterina, mammella e colon retto con valori superiori almeno rispettivamente al 35%, 25% e 25%.
3	Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	Incremento del valore percentuale sino alla soglia di copertura ricompreso almeno tra 2,5% e 5%
4	4.1 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla TUBERCOLOSI bovina - (percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza; le regioni con status sanitario non omogeneo per territorio, vengono valutate con i criteri previsti per le non ufficialmente indenni)	Garantire almeno il 100% di allevamenti controllati e inoltre uno dei seguenti casi: - diminuzione del 10% della prevalenza delle aziende se la prevalenza è >0,2% e < 0,9% - diminuzione del 50% della prevalenza delle aziende se la prevalenza è >1% e < 3%
	4.2 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina. OM 28 maggio 2015 - (percentuale di allevamenti controllati, trend della prevalenza e alimentazione dei sistemi informativi; Nota 1: le regioni con status sanitario non omogeneo, per specie o territorio, vengono valutate con i criteri previsti per le non ufficialmente indenni - Nota 2: se risultano inseriti in SANAN <80% dei controlli sierologici, si assegna il punteggio di valutazione immediatamente inferiore)	Garantire almeno un valore ricompreso < 99,8% e ≥ 98% di allevamenti controllati per ciascuna delle 4 specie e prevalenza delle aziende <0,2% per ciascuna delle 4 specie Oppure: > 98% di allevamenti controllati per ciascuna delle 4 specie e prevalenza > 0,2%

N.	Definizione	Obiettivo
	4.3 ANAGRAFI ANIMALI - Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina rispetto al 3% previsto dal Regolamento CE 1505/06	Garantire almeno un valore ricompreso tra il 95% - 97,9%
5	5.1 CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE - attuazione del Piano Nazionale per la ricerca di Residui (PNR) - di farmaci, sostanze illecite e contaminanti negli alimenti di origine animale: percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati	Garantire almeno valori ricompresi tra il 90% - 97,9%
	5.2 CONTROLLI SANITARI SVOLTI NEGLI ESERCIZI DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI: somma dei valori delle percentuali di ispezioni a esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva) e campionamento presso esercizi di commercializzazione e ristorazione (pubblica e collettiva) effettuati sul totale dei programmati, art. coll. 5 e 6 del DPR 14/07/95	Garantire almeno valori ricompresi tra il <160 e ≥120
	5.3 CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE - programma di ricerca di residui fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti i cui esiti sono resi disponibili per l'invio all'EFSA nei tempi previsti	Garantire valori almeno ≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM
6	6.1 Riduzione del 30% del ricoveri ordinari in età pediatrica (< 18 anni) per: asma e gastroenterite	- Asma pediatrica. Diagnosi principale: cod. ce ICD9CM 493.xx (tutti i tipi di asma). Età: < 18 anni. Esclusione: MDC 14 e MDC 15 - Gastroenterite pediatrica. Diagnosi principale: 008.6x, 008.8, 009.x, 558.9. Età: < 18 anni. Esclusione: trasferiti da altra struttura; DRG 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390.
	6.2 Riduzione del 10% dei ricoveri ordinari in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze a breve e lungo termine per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	- Complicanze a breve termine del diabete. Diagnosi principale: codice 250.1x, 250.2x, 250.3x. Età: ≥ 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri istituti di cura. - Complicanze a lungo termine tardive del diabete. Diagnosi principale: codice 250.4x, 250.5x, 250.6x, 250.7x, 250.8x, 250.9x. Età: ≥ 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri istituti di cura. - Scompenso cardiaco. Diagnosi principale: codice 428.x. Età: ≥ 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri istituti di cura. - Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO): Diagnosi principale: codice 490, 491.xx, 492.x, 494.x, 496.x oppure 466.0 ed almeno una delle seguenti diagnosi secondarie: codice 491.xx, 492.x, 496.x. Età: ≥ 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15. pazienti provenienti da altri istituti di cura.
7	Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati. In ADI	Garantire almeno un valore compreso tra >= 1,56 e < 1,89
8	Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	Controllare al garantire un valore ricompreso tra 5,10 - 7,50

N.	Definizione	Obiettivo
9	Numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 residenti	Continuare a garantire un valore $\geq 10,82$
10	10.1 Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico	Almeno un valore pari al 30% rispetto al dato dell'anno precedente
	10.2 Riduzione degli accessi di tipo medico ***	Almeno un valore pari al 25% rispetto al dato dell'anno precedente
11	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	Garantire un valore $\leq 0,21$
12	Percentuale parti cesarei primari	Garantire almeno un valore compreso tra 20,01% e 24,00%
13	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	Garantire un valore $\geq 60,00\%$

(*) Per i risultati raggiunti nell'anno precedente l'obiettivo per tale indicatore risulta già conseguito per l'ASL di Benevento alla quale è richiesto il mantenimento di tali livelli assistenziali;

(**) Per i risultati raggiunti nell'anno precedente l'obiettivo per tale indicatore risulta già conseguito per l'ASL Napoli 1 Centro alla quale è richiesto il mantenimento di tali livelli assistenziali;

(***) Per i risultati raggiunti nell'anno precedente l'obiettivo per tale indicatore risulta già conseguito per le AA.SS.LL. di BN e AV alle quali è richiesto il mantenimento di tali livelli assistenziali.

ALLEGATO B ASL - INDICATORI TEMATICI

AREA	Integrazione ospedale territorio
DEFINIZIONE	Percentuale di ultra sessantacinquenni sottoposti a valutazione multidimensionale per la presa in carico ADI entro due giorni dalla dimissione ospedaliera
NUMERATORE	Numero di soggetti dimessi con età ≥ 65 anni, sottoposti a valutazione multidimensionale per la presa in carico ADI entro due giorni dalla dimissione
DENOMINATORE	Numero di soggetti dimessi con età ≥ 65 anni, sottoposti a valutazione multidimensionale per la presa in carico ADI
NOTE PER L'ELABORAZIONE	
RIFERIMENTO	$\geq 10 \%$
FONTE	Sistema Informativo SIAD e sistema informativo SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

AREA	Cure domiciliari
DEFINIZIONE	Percentuale delle prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con almeno un accesso sul totale delle prese in carico con data di dimissione nell'anno
NUMERATORE	Numero di prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con almeno un accesso
DENOMINATORE	Numero totale di prese in carico con data di dimissione nell'anno
NOTE PER L'ELABORAZIONE	
RIFERIMENTO	$\geq 90 \%$
FONTE	Sistema informativo SIAD
LIVELLO	Azienda sanitaria




AREA	Assistenza Ospedaliera
DEFINIZIONE	Percentuale di ricoveri con DRG medico tra i dimessi da reparti chirurgici
NUMERATORE	N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici
DENOMINATORE	N. di dimessi da reparti chirurgici
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Le specialità chirurgiche selezionate sono: 06 cardiocirurgia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo-facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica, 98 Day Surgery Sono esclusi: - i dimessi con intervento principale di litotripsia (codice ICD9-CM di procedura: 98.5, 98.51, 98.52, 98.59) - i dimessi con Drg 470 (Drg non attribuibile) Vengono considerati Drg medici quelli di tipo "M" o senza nessuna indicazione ai sensi del DM tariffe < 25%
RIFERIMENTO	Sistema Informativo SDO
FONTE	Azienda di erogazione
LIVELLO	

AREA	Assistenza Ospedaliera
DEFINIZIONE	Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico
NUMERATORE	Numero giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico
DENOMINATORE	Numero di dimessi sottoposti a intervento chirurgico
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Sono inclusi solo i presidi pubblici. L'analisi è ristretta ai ricoveri ordinari programmati non urgenti e programmati con preospedalizzazione. - Codifiche ICD-9 CM: Codici di procedure chirurgiche: da 00 a 86 - Reparto di ammissione: • Chirurgico (06 cardiocirurgia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillofacciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica) • Pediatria, Ostetricia e Ginecologia: selezione dei soli dimessi con DRG chirurgico Sono esclusi: - I trapianti (DRG 103, 302, 480, 481, 495, 512, 513. Pancreas: intervento principale 528*) - I dimessi che hanno un errore di compilazione nel campo relativo alla data dell'intervento - I pazienti che presentano un numero di giorni di degenza prima dell'intervento maggiore ad un anno - I dimessi con data di intervento chirurgico precedente alla data di ammissione
RIFERIMENTO	1.4 giorni
FONTE	Sistema Informativo SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

AREA	Assistenza Ospedaliera
DEFINIZIONE	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani
NUMERATORE	Numero di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico in degenza oltre soglia
DENOMINATORE	Numero di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico di degenza oltre soglia
NOTE PER L'ELABORAZIONE	
RIFERIMENTO	<= 5%
FONTE	Sistema informativo SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

AREA	Assistenza Ospedaliera
DEFINIZIONE	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per riabilitazione con degenza oltre soglia
NUMERATORE	Numero di dimissioni in regime ordinario per riabilitazione con degenza oltre soglia
DENOMINATORE	Numero di dimissioni in regime ordinario per riabilitazione
NOTE PER L'ELABORAZIONE	
RIFERIMENTO	<= 20%
FONTE	Sistema informativo SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

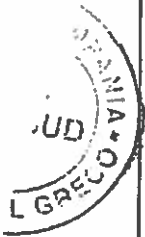
AREA	Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro
DEFINIZIONE	Tasso di ricovero per influenza nell'anziano
NUMERATORE	Numero di dimissioni in regime ordinario per acuti per influenza nei soggetti di età >= 65 anni
DENOMINATORE	Numero di soggetti con età >= 65 anni
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Ricoveri per acuti in regime ordinario con codice ICD9-CM di diagnosi principale 487 x
RIFERIMENTO	<= 9%
FONTE	Sistema informativo SDO
LIVELLO	Azienda sanitaria




AREA	Assistenza distrettuale
DEFINIZIONE	Rapporto standardizzato tra il numero di dimissioni per intervento di amputazione maggiore degli arti inferiori determinato dalle complicanze della patologia diabetica e la popolazione residente, espresso per 1.000.000 abitanti.
NUMERATORE	Numero di dimissioni per intervento di amputazione maggiore nei residenti diabetici di età ≥ 18 anni
DENOMINATORE	Numero di soggetti residenti con età ≥ 18 anni
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Sono considerati i ricoveri per acuti in regime ordinario effettuati presso le strutture pubbliche e private accreditate con diagnosi principale cod. ICD-9-CM 250.7x, diagnosi secondaria cod. ICD-9-CM 443.81 e intervento principale cod. ICD-9-CM 84.15 o 84.17. Sono esclusi i pazienti deceduti in ospedale. Il tasso è standardizzato per età e sesso con la popolazione del censimento 2001 presa come riferimento.
RIFERIMENTO	≤ 15 per 1.000.000 ab.
FONTE	Sistema informativo SDO - ISTAT popolazione italiana al censimento 2001
LIVELLO	Azienda di erogazione

AREA	Assistenza distrettuale
DEFINIZIONE	Tasso standardizzato di amputazione maggiore ospedalizzazione per diabete non controllato senza complicanze
NUMERATORE	Numero di dimissioni per acuti per diabete non controllato senza complicanze nei residenti con età ≥ 18 anni
DENOMINATORE	Numero di soggetti con età ≥ 18 anni
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Sono considerate le dimissioni, effettuate presso le strutture pubbliche e private accreditate della regione, in degenza ordinaria, effettuate da parte dei residenti della regione per diabete non controllato senza complicanze, diagnosi principale cod. ICD-9-CM 250.02, 250.03. Sono stati esclusi i pazienti deceduti in ospedale, provenienti da altri istituti di cura, afferenti a MDC 14 e MDC 15. Il tasso è standardizzato per età e sesso per 100.000 abitanti con la popolazione del censimento 2001 presa come riferimento.
RIFERIMENTO	≤ 15 per 100.000 ab.
FONTE	Sistema informativo SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione



AREA	Assistenza ospedaliera
DEFINIZIONE	Percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day-Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno
NUMERATORE	Numero di colecistectomie in day surgery e regime di ricovero ordinario 0-1 giorno
DENOMINATORE	Numero di colecistectomie laparoscopiche (DRG 493 e 494).
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'analisi è ristretta ai ricoveri programmati non urgenti e programmati con pre ospedalizzazione. Con Day-Surgery si intende il regime di ricovero diurno. Codifiche DRG: DRG 493-494.
RIFERIMENTO	10%
FONTE	Sistema informativo SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione



* 0 0 0 2 7 7 6 4 7 6 *

Giunta Regionale della Campania

Decreto Presidenziale

Dipartimento:

Dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali

N°	Del	Dipart.	Direzione G.	Unità O.D.
165	19/07/2016	52	4	1

Oggetto:

Nomina ed Immissione nelle funzioni del Direttore Generale della ASL Napoli 3 Sud

Dichiarazione di conformità della copia cartacea:

Il presente documento, ai sensi del T.U. dpr 445/2000 e successive modificazioni è copia conforme cartacea del provvedimento originale in formato elettronico, firmato elettronicamente, conservato in banca dati della Regione Campania.

Estremi elettronici del documento:

Documento Primario : 79ABBAA779BFF513EC97DCB660911FC3F2E55AD9

Frontespizio Allegato : C9F1292BB51AFFB983FB7C2C25DD23B2EAF01BF1



Giunta Regionale della Campania

DECRETO PRESIDENZIALE

PRESIDENTE

Presidente De Luca Vincenzo

CAPO GABINETTO

De Felice Sergio - Capo Gabinetto -

ASSESSORE

Presidente Vincenzo De Luca

CAPO DIPARTIMENTO

Dott.ssa Salerno Maria (Interim)

**DIRETTORE GENERALE / DIRIGENTE
STAFF DIPARTIMENTO**

Avv. Postiglione Antonio

**DIRIGENTE UNITA' OPERATIVA DIR.
/ DIRIGENTE STAFF DIREZIONE GEN.**

Dott.ssa Messina Maria (Vicario)

DECRETO N°	DEL
165	19/07/2016

Oggetto:

Nomina ed immissione nelle funzioni del Direttore Generale della ASL Napoli 3 Sud

IL PRESIDENTE

VISTA

la deliberazione di Giunta Regionale n. 375 del 13.07.2016 con la quale è stata nominata la Dott.ssa Antonietta Costantini, nata a Piedimonte Matese (CE) lo 01.03.1958, Direttore Generale della Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud;

CONSIDERATO

che occorre procedere alla immissione nelle funzioni di Direttore Generale della Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud la Dott.ssa Antonietta Costantini, nata a Piedimonte Matese (CE) lo 01.03.1958;

DECRETA

per i motivi espressi in preambolo che qui si intendono integralmente riportati e confermati:

1. di **NOMINARE** Direttore Generale della Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud la Dott.ssa Antonietta Costantini, nata a Piedimonte Matese (CE) lo 01.03.1958, con decorrenza dalla data di notifica del presente D.P.G.R.C. e per la durata di tre anni, ai sensi dell'art. 18, comma 4, della L.R. n. 32/199 come modificato dall'art. 6, lett. a), della L.R. n. 7 del 5 maggio 2011;
2. di **IMMETTERE** nelle funzioni di Direttore Generale della Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud la Dott.ssa Antonietta Costantini, nata a Piedimonte Matese (CE) lo 01.03.1958, con decorrenza dalla data di notifica del presente decreto;
3. di **ASSEGNARE** alla stessa gli obiettivi generali, specifici di natura preliminare e tematici, così come individuati nella citata deliberazione di nomina;
4. di **RICONOSCERE** alla predetta il trattamento economico così come previsto dalla delibera di Giunta Regionale n. 1472 del 18 Settembre 2009, fatto salvo successivo congruaggio in fase di individuazione delle nuove fasce retributive, e l'art. 53 della L.R. n. 1/2008;
5. di **AUTORIZZARE** la sottoscrizione di un contratto di diritto privato con il predetto Direttore, secondo gli schemi tipo approvati dalla Regione Campania, alle condizioni stabilite dalla deliberazione di nomina ai sensi, dell'art. 3 bis, comma 8, del D.L.vo n. 502/92 e s.m.i.;
6. di **RICHIEDERE** al Direttore Generale, all'atto della notifica del decreto di nomina, il rilascio delle dichiarazioni all'art. 4, e art. 11, della legge regionale 7 agosto 1996, n. 17, ed all'art. 44, 1° comma della legge regionale 26.7.2002, n. 15;
7. di **SOTTOPORRE** l'operato del Direttore Generale ai monitoraggi ed alle verifiche previste nella Delibera di nomina anche ai fini della applicazione del sistema di controlli e di sanzioni stabilito dall'art. 22 della L.R. n. 28 del 24/12/2003 e s.m.i., nonché dall'art. 22 della L.R. n. 15 dell'11/8/2005, in aggiunta quanto già previsto dal comma 6, dell'art. 3 bis, D.lg.vo n. 502, del 30/12/92 e s.m.i., in base al quale la Regione, dopo 18 mesi dalla nomina del Direttore Generale, verifica i risultati conseguiti ed il raggiungimento degli obiettivi fissati, procedendo alla riconferma o meno, sentiti gli organismi di cui all'art. 2, comma 2 bis, ed all'art. 3, comma 14, del citato D.lg.vo;
8. di **INVIARE** il presente provvedimento al Consiglio Regionale ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 48 del vigente Statuto Regionale;

9. di **INVIARE** il presente provvedimento al Capo di Gabinetto del Presidente, al Capo Dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali, alla Direzione Generale 52-04, alla ASL Napoli 3 Sud, per quanto rispettiva competenza, al Responsabile per la Trasparenza ed Anticorruzione, al BURC per pubblicazione.

DE LUCA



A handwritten signature in black ink, appearing to be "De Luca", written in a cursive style.

ASL NAPOLI 3 SUD
Registro di Protocollo - Partenza
N. 0089478 del 30/08/2017 - 08:31



Al Dott. Ernesto Esposito
Coordinatore N.O.C.

Sede

Oggetto: Valutazione dei risultati di gestione dei Direttori generali di aziende ed enti del S.S.R. –
DGRC n. 426 del 12.7.2017

Con Delibera giuntale n. 426 del 12 luglio 2017, pubblicata sul BURC n. 61 del 31 luglio 2017, ad oggetto "Valutazione dei risultati di gestione dei Direttori Generali di Aziende ed Enti del S.S.R.", è stata approvata la griglia per la valutazione del raggiungimento dei risultati di gestione dei Direttori Generali, che rimanda agli allegati a) e b) della deliberazione giuntale n. 375 del 13.7.2016 (di nomina del Direttore Generale della A.S.L. Napoli 3 Sud pubblicata sul BURC N. 48 DEL 18 LUGLIO 2016), nonché agli obiettivi di carattere generale, a quelli specifici di natura preliminare ed a quelli ulteriori tematici e contrattuali. Nella stessa Delibera n. 426/2017 si è, altresì, ritenuto:

1. di precisare che per l'obiettivo del rispetto dei tempi di attesa la valutazione deve essere svolta in funzione del continuo e progressivo miglioramento dei tempi e delle liste di attesa finalizzato a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa fissati dal PRGLA 2010-2012 (per le 43 prestazioni ambulatoriali e le 15 prestazioni di ricovero programmato per le quali vanno fissati, garantiti e monitorati i tempi di attesa), riferiti a ciascuna classe di priorità, al 90% degli utenti che ne facciano richiesta presso le strutture erogatrici aziendali. A tal fine, viene utilizzato, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale di "primo accesso" e per quelle di ricovero ospedaliero programmato, un indice di performance per ciascuna classe di priorità, ponendo al numeratore il numero di prestazioni erogate nel periodo di riferimento entro i giorni massimi previsti per la specifica classe di priorità segnalata ed al denominatore il numero totale di prestazioni erogate nello stesso periodo aventi la medesima classe di priorità. Fermo restando il target del 90% dell'indice di performance così definito, i Direttori Generali devono comunque garantire la puntuale esecuzione degli interventi utili ad assicurare, in un arco di tempo definito, il rispetto dei tempi di attesa, secondo gli obiettivi, le azioni e le tempistiche dettate dalle direttive regionali impartite in materia;
2. per l'obiettivo del costante monitoraggio dell'Attività Libero-Professionale Intramuraria la valutazione deve essere svolta, in funzione del continuo e progressivo miglioramento del rapporto tra i tempi di attesa delle prestazioni erogate in regime istituzionale e quelli relativi alle prestazioni svolte nell'ambito dell'attività libero professionale. Anche in questo caso, fermo restando l'obiettivo di perseguire e mantenere un rapporto equilibrato tra i due regimi sopra richiamati, i Direttori Generali devono comunque garantire la puntuale esecuzione degli interventi utili ad assicurare, in un arco di tempo definito, il rispetto delle direttive regionali impartite in materia di Attività Libero-Professionale Intramuraria;
3. di dover specificare che, per quanto riguarda l'obiettivo della continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi, anch'esso rientrante tra quelli specifici di natura preliminare assegnati ai Direttori Generali nelle citate delibere di nomina, la relativa valutazione deve essere svolta in funzione del rigoroso e puntuale rispetto delle indicazioni ministeriali e regionali aventi ad oggetto gli obblighi informativi posti a carico delle aziende sanitarie. A tal fine, nell'ambito della

valutazione complessiva del grado di raggiungimento di tale obiettivo, per il periodo di riferimento, devono essere prese in debita considerazione le eventuali inadempienze poste a carico della Regione Campania, in sede di valutazione ministeriale dei cosiddetti "Adempimenti LEA" (nello specifico: punti C2, C3, C7, C8, C9 e C10 degli Adempimenti), le cui cause siano attribuibili al mancato rispetto, da parte della specifica azienda sanitaria interessata, dei requisiti fissati dal Comitato LEA, in ordine a disponibilità, completezza e qualità degli indicatori e parametri relativi ai diversi flussi informativi;

4. di precisare che la valutazione in merito al perseguimento degli obiettivi di carattere generale assegnati ai Direttori Generali deve essere svolta anche attraverso l'analisi di specifiche relazioni illustrative predisposte dagli stessi Direttori Generali, aventi ad oggetto l'analitica e puntuale disamina di tutte le azioni poste in essere e dei risultati conseguiti in merito a ciascuno degli obiettivi di carattere generale assegnati con la delibera di giunta regionale di nomina, con l'ulteriore precisazione che l'obiettivo di carattere generale relativo al raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda sanitaria deve essere illustrato e valutato, se del caso, anche alla luce di quanto previsto dai cd. "piani di efficientamento e riqualificazione" predisposti ai sensi dell'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208.

Nel richiamare il mandato già conferito alla S.V. con la nota prot. n. 64688 del 23.5.2017, si delega la S.V. a convocare con specifici incontri tematici i Direttori delle strutture aziendali competenti, al fine di maggiormente sensibilizzare gli stessi sulla obbligatorietà del conseguimento degli obiettivi regionali, monitorando le specifiche attività e predisponendo gli atti d'interlocuzione con la Regione.

Il Direttore Amministrativo
Dott. Domenico Concilio

Il Direttore Generale
Dott.ssa Antonietta Costantini

Il Direttore Sanitario
Dott. Luigi Caterino

Sgab/mt



Delibera della Giunta Regionale n. 426 del 12/07/2017

Dipartimento 50 - GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

Direzione Generale 4 - DG per la tutela della salute e il coordin. del sist. sanitario regionale

U.O.D. 92 - STAFF - Funzioni di supporto tecnico - amministrativo

Oggetto dell'Atto:

VALUTAZIONE DEI RISULTATI DI GESTIONE DEI DIRETTORI GENERALI DI AZIENDE ED ENTI DEL SSR.

fissati dal PRGLA 2010-2012 (per le 43 prestazioni ambulatoriali e le 15 prestazioni di ricovero programmato per le quali vanno fissati, garantiti e monitorati i tempi di attesa), riferiti a ciascuna classe di priorità, al 90% degli utenti che ne facciano richiesta presso le strutture erogatrici aziendali. A tal fine, dovrà essere utilizzato, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale di "primo accesso" e per quelle di ricovero ospedaliero programmato, un indice di performance per ciascuna classe di priorità, ponendo al numeratore il numero di prestazioni erogate nel periodo di riferimento entro i giorni massimi previsti per la specifica classe di priorità segnalata ed al denominatore il numero totale di prestazioni erogate nello stesso periodo aventi la medesima classe di priorità. Fermo restando il target del 90% dell'indice di performance così definito, i Direttori Generali devono comunque garantire la puntuale esecuzione degli interventi utili ad assicurare, in un arco di tempo definito, il rispetto dei tempi di attesa, secondo gli obiettivi, le azioni e le tempistiche dettate dalle direttive regionali impartite in materia;

- per quanto riguarda l'obiettivo del costante monitoraggio dell'Attività Libero-Professionale Intramuraria, in funzione del continuo e progressivo miglioramento del rapporto tra i tempi di attesa delle prestazioni erogate in regime istituzionale e quelli relativi alle prestazioni svolte nell'ambito dell'attività libero professionale. Anche in questo caso, fermo restando l'obiettivo di perseguire e mantenere un rapporto equilibrato tra i due regimi sopra richiamati, i Direttori Generali devono comunque garantire la puntuale esecuzione degli interventi utili ad assicurare, in un arco di tempo definito, il rispetto delle direttive regionali impartite in materia di Attività Libero-Professionale Intramuraria;
- d. di dover specificare che, per quanto riguarda l'obiettivo della continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi, anch'esso rientrante tra quelli specifici di natura preliminare assegnati ai Direttori Generali nelle citate delibere di nomina, la relativa valutazione deve essere svolta in funzione del rigoroso e puntuale rispetto delle indicazioni ministeriali e regionali aventi ad oggetto gli obblighi informativi posti a carico delle aziende sanitarie. A tal fine, nell'ambito della valutazione complessiva del grado di raggiungimento di tale obiettivo, per il periodo di riferimento, devono essere prese in debita considerazione le eventuali inadempienze poste a carico della Regione Campania, in sede di valutazione ministeriale dei cosiddetti "Adempimenti LEA" (nello specifico: punti C2, C3, C7, C8, C9 e C10 degli Adempimenti), le cui cause siano attribuibili al mancato rispetto, da parte della specifica azienda sanitaria interessata, dei requisiti fissati dal Comitato LEA, in ordine a disponibilità, completezza e qualità degli indicatori e parametri relativi ai diversi flussi informativi;
- e. di precisare che la valutazione in merito al perseguimento degli obiettivi di carattere generale assegnati ai Direttori Generali deve essere svolta anche attraverso l'analisi di specifiche relazioni illustrative predisposte dagli stessi Direttori Generali, aventi ad oggetto l'analitica e puntuale disamina di tutte le azioni poste in essere e dei risultati conseguiti in merito a ciascuno degli obiettivi di carattere generale assegnati con la delibera di giunta regionale di nomina, con l'ulteriore precisazione che l'obiettivo di carattere generale relativo al raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda sanitaria deve essere illustrato e valutato, se del caso, anche alla luce di quanto previsto dai cd. "piani di efficientamento e riqualificazione" predisposti ai sensi dell'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208;

RAVVISATA, altresì, la necessità

- a. di demandare, ai fini delle incombenze istruttorie propedeutiche al giudizio di confermabilità dell'incarico, ai sensi del comma 6, dell'art. 3-bis, del D.lg.vo del 30/12/1992 n. 502 e s.m.i., alla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del S.S.R., con il supporto di una Commissione di Esperti appositamente costituita con successivo Decreto del Presidente della Giunta regionale, la valutazione riferita al perseguimento degli obiettivi di carattere generale e dei singoli obiettivi specifici di natura preliminare, già assegnati ai Direttori Generali nelle citate delibere di nomina, come ulteriormente precisati con la presente delibera, ferma restando la rilevanza relativa che deve essere comunque attribuita all'obiettivo specifico di natura preliminare riguardante la "erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza" mediante il calcolo degli indicatori della cosiddetta "Griglia LEA" (punto E degli Adempimenti LEA);
- b. di demandare, per lo scopo, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del S.S.R. l'adozione di specifiche procedure operative per la raccolta periodica delle informazioni necessarie al calcolo, per ciascuna azienda sanitaria, degli indicatori della cosiddetta "Griglia LEA", rientranti nell'obiettivo specifico di natura preliminare riguardante la "erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza";

5. di precisare che la valutazione in merito al perseguimento degli obiettivi di carattere generale assegnati ai Direttori Generali deve essere svolta anche attraverso l'analisi di specifiche relazioni illustrative predisposte dagli stessi Direttori Generali, aventi ad oggetto l'analitica e puntuale disamina di tutte le azioni poste in essere e dei risultati conseguiti in merito a ciascuno degli obiettivi di carattere generale assegnati con la delibera di giunta regionale di nomina, con l'ulteriore precisazione che l'obiettivo di carattere generale relativo al raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda sanitaria deve essere illustrato e valutato, se del caso, anche alla luce di quanto previsto dai cd. "piani di efficientamento e riqualificazione" predisposti ai sensi dell'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208.
6. di demandare a successivo decreto del Presidente della Giunta regionale la nomina di una Commissione per la valutazione dei Direttori Generali da svolgersi sulla base degli obiettivi di carattere generale ed dei singoli obiettivi specifici di natura preliminare;
7. di stabilire che detta Commissione debba essere composta da tre membri provenienti dai ruoli della Pubblica Amministrazione o dalla docenza universitaria, di cui uno in possesso di competenze in materia giuridica, uno in materia di organizzazione dei servizi sanitari e uno in materia di bilanci delle aziende sanitarie;
8. di stabilire che la partecipazione ai lavori della Commissione è a titolo gratuito fatto salvo il rimborso delle spese di viaggio sostenute dai componenti esterni;
9. di demandare alla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del S.S.R. l'adozione di specifiche procedure operative per la raccolta periodica delle informazioni necessarie al calcolo, per ciascuna azienda sanitaria, degli indicatori della cosiddetta "Griglia LEA", rientranti nell'obiettivo specifico di natura preliminare riguardante la "erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza";
10. di precisare che per ciascuno degli obiettivi tematici, riportati nell'allegato B) delle citate delibere di nomina dei Direttori Generali, il cui raggiungimento è preordinato al calcolo della percentuale di indennità premiale eventualmente spettante ai sensi del DPCM n. 502/95, come modificato dal DPCM n. 319/01, l'esito della valutazione prevede esclusivamente due opzioni, rispetto al target di riferimento assegnato: (i) obiettivo raggiunto; (ii) obiettivo non raggiunto. La percentuale dell'indennità premiale è riconosciuta nella misura massima solo nel caso in cui, per il periodo temporale di riferimento, il Direttore Generale abbia positivamente raggiunto tutti gli obiettivi tematici assegnati. È riconosciuta, invece, una misura pari alla metà della quota premiale massima, qualora gli obiettivi conseguiti con esito positivo dal Direttore Generale, per il periodo temporale di riferimento, siano numericamente superiori rispetto a quelli valutati con esito negativo. Non è, infine, riconosciuta alcuna indennità premiale, nel caso in cui, sempre per il periodo temporale di riferimento, gli obiettivi valutati con esito negativo siano numericamente superiori a quelli positivi;
11. di inviare la presente delibera al Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale della Campania, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, alle Aziende Sanitarie ed Enti del SSR per quanto di rispettiva competenza, al Responsabile per la Trasparenza e l'Anticorruzione della Regione Campania ed al BURC per la pubblicazione.

**ALLEGATO A – Punteggi massimi attribuibili agli obiettivi assegnati ai Direttori Generali
delle Aziende Sanitarie Locali**

N	Definizione	Obiettivo	Punteggio massimo
1	1.1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Incremento della copertura vaccinale sino all'ottenimento del valore del 95% per tutte le vaccinazioni.	6
	1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Incremento della copertura vaccinale sino all'ottenimento almeno del valore del 92%	2
	1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni)	Incremento della copertura vaccinale sino all'ottenimento di un valore compreso almeno tra il 60 e il 75%	1
2	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto	Incremento della popolazione che ha effettuato test di screening di primo livello, per cervice uterina, mammella e colon retto con valori superiori almeno rispettivamente al 35%, 25% e 25%.	6
3	Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	Incremento del valore percentuale sino alla soglia di copertura ricompreso almeno tra 2,5% e 5%	2
4	4.1 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla TUBERCOLOSI bovina - (percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza; le regioni con status sanitario non omogeneo per territorio, vengono valutate con i criteri previsti per le non ufficialmente indenni)	Garantire almeno il 100% di allevamenti controllati e inoltre uno dei seguenti casi: - diminuzione del 10% della prevalenza delle aziende se la prevalenza è >0,2% e < 0,9% - diminuzione del 50% della prevalenza delle aziende se la prevalenza è > 1% e < 3%	2
	4.2 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina. OM 28 maggio 2015 - (percentuale di allevamenti controllati, trend della prevalenza e alimentazione dei sistemi informativi; Nota 1: le regioni con status sanitario non omogeneo, per specie o territorio, vengono valutate con i criteri previsti per le non ufficialmente indenni - Nota 2: se risultano inseriti in SANAN <80% dei controlli sierologici, si assegna il punteggio di valutazione immediatamente inferiore)	Garantire almeno un valore ricompreso < 99,8% e ≥ 98% di allevamenti controllati per ciascuna delle 4 specie e prevalenza delle aziende <0,2% per ciascuna delle 4 specie Oppure: > 98% di allevamenti controllati per ciascuna delle 4 specie e prevalenza > 0,2%	2



N°	Definizione	Obiettivo	Punteggio massimo
9	Numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 residenti	Continuare a garantire un valore $\geq 10,82$	7
10	10.1 Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico	Almeno un valore pari al 30% rispetto al dato dell'anno precedente	6
	10.2 Riduzione degli accessi di tipo medico ***	Almeno un valore pari al 25% rispetto al dato dell'anno precedente	3
11	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	Garantire un valore $\leq 0,21$	14
12	Percentuale parti cesarei primari	Garantire almeno un valore compreso tra 20,01% e 24,00%	9
13	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	Garantire un valore $\geq 60,00\%$	9
TOTALE PUNTEGGIO MASSIMO			100

(*) Per i risultati raggiunti nell'anno precedente l'obiettivo per tale indicatore risulta già conseguito per l'ASL di Benevento alla quale è richiesto il mantenimento di tali livelli assistenziali;

(**) Per i risultati raggiunti nell'anno precedente l'obiettivo per tale indicatore risulta già conseguito per l'ASL Napoli 1 Centro alla quale è richiesto il mantenimento di tali livelli assistenziali;

(***) Per i risultati raggiunti nell'anno precedente l'obiettivo per tale indicatore risulta già conseguito per le AA.SS.LL. di BN e AV alle quali è richiesto il mantenimento di tali livelli assistenziali.



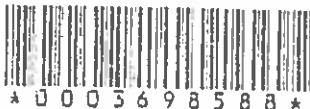

ALLEGATO B – Punteggi massimi attribuibili agli obiettivi assegnati ai Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie e IRCCS

N	Definizione	Obiettivo	Note	Punteggi o massimo (*)
1	1.1 Riduzione del 30% dei ricoveri ordinari in età pediatrica (< 18 anni) per: asma e gastroenterite	<ul style="list-style-type: none"> - Asma pediatrica. Diagnosi principale: codice ICD9CM 493.xx (tutti i tipi di asma). Età: < 18 anni. Esclusione: MDC 14 e MDC 15 - Gastroenterite pediatrica. Diagnosi principale: 008.6x, 008.8, 009.x, 5589. Età: < 18 anni. Esclusione: trasferiti da altra struttura; DRG 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390. 	AQ/AOU dove presente U.O. di pediatria	7
	1.2 Riduzione del 10% dei ricoveri ordinari in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	<ul style="list-style-type: none"> - Complicanze a breve termine del diabete. Diagnosi principale: codice 250.1x, 250.2x, 250.3x. Età: ≥ 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri istituti di cura. - Complicanze a lungo termine tardive del diabete. Diagnosi principale: codice 250.4x, 250.5x, 250.6x, 250.7x, 250.8x, 250.9x. Età: ≥ 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri istituti di cura. - Scompenso cardiaco. Diagnosi principale: codice 428.x. Età: ≥ 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri istituti di cura. - Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO): Diagnosi principale: codice 490, 491.xx, 492.x, 494.x, 496.x oppure 466.0 ed almeno una delle seguenti diagnosi secondarie: codice 491.xx, 492.x, 496.x. Età: ≥ 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri istituti di cura. 	AQ/AOU	7
2	2.1 Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico	Almeno di un valore pari al 30% rispetto al dato dell'anno precedente	AQ/AOU	12
	2.2 Riduzione degli accessi di tipo medico	Almeno di un valore pari al 25% rispetto al dato dell'anno precedente	AQ/AOU	6
3	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	Garantire un valore ≤ 0,21	AQ/AOU IRCCS	30
4	Percentuale parti cesarei primari	Garantire un valore ricompreso tra 20,01% e 24,00%	AQ/AOU dove presente punto nascita	19
5	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	Garantire un valore ≥ 60,00%	AQ/AOU	19
TOTALE PUNTEGGIO MASSIMO				100

(*) N.B.: Nel caso uno o più punteggi non siano attribuibili, a causa delle caratteristiche della specifica azienda, gli altri punteggi andranno rimodulati in modo proporzionale, così da totalizzare comunque il punteggio massimo di 100.

SEDE LEGALE
VIA MARCONI N. 55 - 80059 TORRE DEL GRECO
DIREZIONE GENERALE
TEL 081/8490645- FAX 081/8826025 -
PROTOCOLLO@PEC.ASLNAPOLI3SUD.IT

ASL NAPOLI 3 SUD
Registro di Circolazione - Interno
N. 0111671 del 02/10/2017 - 09:39



Al dr. Ernesto Esposito

OGGETTO: Trasmissione decreto Commissariale n°38 – Presa d'atto degli obiettivi ai
Direttori Generali delle Aziende Sanitarie.

Facendo seguito alle note prot. n°64688 del 23.05.2017 e prot. n°99478 del
30.08.2017, si invia, in allegato, il Decreto Commissariale in oggetto.

Il Direttore Generale
Dr.ssa Antonietta Costantini

RG
13

Regione Campania
aslnapoli3

SEDE LEGALE
VIA MARCONI N. 66 - 80059 TORRE DEL GRECO
DIREZIONE GENERALE
TEL 081/8490645- FAX 081/8826025 - PROTOCOLLO@PEC.ASLNAPOLI3SUD.IT

Al Direttore U.O.C.
Controllo di Gestione
scog@pec.aslnapoli3sud.it

Al Direttore Dipartimento di Prevenzione
dippr@pec.aslnapoli3sud.it

Al Direttore Dipartimento Farmaceutico
dipfarm@pec.aslnapoli3sud.it

Al Direttore U.O.C.
Servizio Epidemiologia e Prevenzione
dippr.sep@pec.aslnapoli3sud.it

Al Direttore U.O.C.
Risk Management
riskmanagement@pec.aslnapoli3sud.it

Al Direttore U.O.C.
G.T.O.S.I.
Diplt.informatica@pec.aslnapoli3sud.it

Al Direttore U.O.C.
Riabilitazione Area B
scri@pec.aslnapoli3sud.it

Al Direttore U.O.C.
S.I.T.
f.sessa@aslnapoli3sud.it

Al Direttore U.O.C.
Servizio Materno Infantile Territoriale
smi.territorio@pec.aslnapoli3sud.it
smi.ds@pec.aslnapoli3sud.it

Al Direttore U.O.C.
Servizio Materno Infantile Ospedaliero
smi.osp@pec.aslnapoli3sud.it

Al Direttore U.O.C.
Servizio Assistenza Distrettuale
sasd@pec.aslnapoli3sud.it

Al Direttore U.O.C.
Servizio Fasce Deboli
fascedeboli@pec.aslnapoli3sud.it

Al Direttore U.O.C.
Coordinamento Sociosanitario
cosan@pec.aslnapoli3sud.it

Alla dott.ssa Rita Pagnotta
c/o U.O.C. Controllo di Gestione

ASL NAPOLI 3 SUD
Registro di Protocollo - Partenza
N. 0145623 del 15/12/2017 - 13:28



Alla dott.ssa Carmelina Aprea
c/o Coordinamento Sociosanitario
c.aprea@asnapoli3sud.it

Alla dott.ssa Letizia Gigli
c/o Dipartimento di Prevenzione
sep.brusciano@pec.asnapoli3sud.it
l.gigli@asnapoli3sud.it

Al dott. Felice Conato
c/o U.O.C. Servizio Controllo di Gestione
scog@pec.asnapoli3sud.it

Alla dott.ssa Annunziata Tavella
c/o Distretto Sanitario n. 53
a.tavella@asnapoli3sud.it

Al dott. Alfonso Alfano
a.alfano@asnapoli3sud.it

e, per conoscenza

Al Direttore Sanitario

Al Direttore Amministrativo

Loro Sedi

Oggetto: Decreto Dirigenziale n. 192 del 18.10.2017 – Monitoraggio obiettivi dei Direttori Generali

Come noto, i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie sono sottoposti a verifica, al fine di controllare il raggiungimento degli obiettivi¹ definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento alla efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari, nonché al fine di evidenziare fattispecie rientranti nella previsione di cui all'art. 3 bis, comma 7 del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. e/o in quella di cui all'art.8 della L.R. 24 dicembre 2003 n. 28.

Sul B.U.R.C. n. 76 del 23 ottobre 2017 è stato pubblicato il Decreto Dirigenziale n. 192 del 18.10.2017², recante le procedure operative per la trasmissione e l'elaborazione dei flussi informativi necessari per il monitoraggio degli obiettivi dei Direttori Generali.

Le SS.LL., per la rispettiva competenza, sono invitate al rispetto assoluto delle disposizioni di trasmissione dei dati come previsto nel citato Decreto, a porre in essere ogni dovuta iniziativa

¹ gli indicatori per il controllo e valutazione dei risultati sono elaborati in base agli obiettivi specificati nei rispettivi provvedimenti di nomina

² che si allega in formato elettronico alla presente in pronta consultazione

finalizzata al raggiungimento degli obiettivi³ ed a far pervenire relazioni mensili alla U.O.C. Controllo di gestione, così come già disposto con nota prot. n. 106937 del 15.12.2016⁴.

Si ritiene utile allegare l'elaborato pervenuto dalla U.O.C. Controllo di Gestione, dal quale si possono desumere i dati riferiti a tutto il 30.11.2017.

Il Direttore della stessa U.O.C. Controllo di Gestione continuerà a relazionare alla Direzione Strategica con la cadenza concordata sull'andamento del trend degli obiettivi, segnalando tempestivamente eventuali criticità.


Il Direttore Generale
Dott.ssa Antonietta Costantini

Il Direttore U.O.C. Servizio Gabinetto
Marco Tullio





³ come previsto dagli score regionali e ministeriali

⁴ che del pari si allega





Al Responsabile U.O.C. Controllo di Gestione
Dott.ssa Antonella De Stefano

Oggetto: Obiettivi del Direttore Generale – Monitoraggio.

Gli obiettivi assegnati al Direttore Generale prevedono una valutazione intermedia relativa ai primi 18 mesi di gestione aziendale. I suddetti obiettivi riguardano tutte le attività sviluppate in ambito aziendale, tra cui alcune monitorate istituzionalmente dall'U.O.C. Controllo di Gestione.

A tal fine si invita la S.V., quale Responsabile dell'U.O.C. Controllo di Gestione, ad avviare le azioni necessarie per predisporre le tabelle relative al monitoraggio dei risultati raggiunti secondo gli schemi allegati, precisando che il periodo di riferimento è compreso tra 01/07/2016 e 31/12/2017.

Si precisa a riguardo che con Decreto Dirigenziale n. 192 del 18/10/2017 sono state fornite anche le indicazioni relative all'elaborazione dei flussi informativi necessari per il monitoraggio degli obiettivi dei Direttori Generali così come si evince dagli allegati alla presente nota, specificando che i singoli obiettivi sono stati suddivisi per aree in linea con il suindicato Decreto Dirigenziale.

Tanto premesso si trasmettono i seguenti allegati:

- A) Schema con la definizione degli obiettivi monitorati dall'U.O.C. Controllo di Gestione in formato cartaceo (ALLEGATO N. 1) ed in formato excel;
- B) Decreto Dirigenziale n. 192 del 18/10/2017 (ALLEGATO N. 2).

È doveroso precisare che nel suddetto Decreto Dirigenziale sono contenute per ogni singolo obiettivo tutte le indicazioni necessarie per l'acquisizione dei dati richiesti con particolare riferimento anche alle fonti da cui attingere i suddetti dati.

Infine, è opportuno precisare che entro e non oltre il 22/01/2018 la S.V. dovrà inviare via e-mail (posta certificata) a questa Direzione il flusso relativo al monitoraggio degli obiettivi individuati in formato excel nonché una relazione che analizza i risultati raggiunti.

Il Direttore Amministrativo
Dott. ~~Domenico Concilio~~

Il Direttore Generale
Dott.ssa Antonietta Costantini

ASL NAPOLI 3 SUD
Registro di Protocollo - Interno
N. 0001890 del 04/01/2018 - 14:11



Al Direttore Dipartimento di Prevenzione
Dott. Gennaro Del Franco

Oggetto: Obiettivi del Direttore Generale – Monitoraggio.

Gli obiettivi assegnati al Direttore Generale prevedono una valutazione intermedia relativa ai primi 18 mesi di gestione aziendale. I suddetti obiettivi riguardano tutte le attività sviluppate in ambito aziendale, tra cui alcune proprie del Dipartimento di Prevenzione.

A tal fine si invita la S.V., quale Direttore del Dipartimento di Prevenzione, ad avviare le azioni necessarie per predisporre le tabelle relative al monitoraggio dei risultati raggiunti secondo gli schemi allegati, precisando che il periodo di riferimento è compreso tra 01/07/2016 e 31/12/2017.

Si precisa a riguardo che con Decreto Dirigenziale n. 192 del 18/10/2017 sono state fornite anche le indicazioni relative all'elaborazione dei flussi informativi necessari per il monitoraggio degli obiettivi dei Direttori Generali così come si evince dagli allegati alla presente nota, specificando che i singoli obiettivi sono stati suddivisi per aree in linea con il suindicato Decreto Dirigenziale.

Tanto premesso si trasmettono i seguenti allegati:

- A) Schema con la definizione degli obiettivi di pertinenza del Dipartimento di Prevenzione in formato cartaceo (ALLEGATO N. 1) ed in formato excel;
- B) Decreto Dirigenziale n. 192 del 18/10/2017 (ALLEGATO N. 2).

È doveroso precisare che nel suddetto Decreto Dirigenziale sono contenute per ogni singolo obiettivo tutte le indicazioni necessarie per l'acquisizione dei dati richiesti con particolare riferimento anche alle fonti da cui attingere i suddetti dati.

Infine, è opportuno precisare che entro e non oltre il 22/01/2018 la S.V. dovrà inviare via e-mail (posta certificata) a questa Direzione il flusso relativo al monitoraggio degli obiettivi individuati in formato excel nonché una relazione che analizza i risultati raggiunti.

Il Direttore Amministrativo
Dott. Domenico Coniglio

Il Direttore Generale
Dott.ssa Antonietta Costantini

Il Direttore U.O.C. Servizio Gabinetto
Marco Tullio

ASL NAPOLI 3 SUD
Registro di Protocollo - Interno
N. 0001892 del 04/01/2018 - 14:13



e p.c.

Al Responsabile U.O.C. Fasce Deboli
Dott.ssa Maria Galdi

Al Responsabile U.O.C. Assistenza Distrettuale
Dott. Primo Sergianni

Oggetto: Obiettivi del Direttore Generale – Monitoraggio.

Gli obiettivi assegnati al Direttore Generale prevedono una valutazione intermedia relativa ai primi 18 mesi di gestione aziendale. I suddetti obiettivi riguardano tutte le attività sviluppate in ambito aziendale, tra cui alcune proprie dell'U.O.C. Fasce Deboli.

A tal fine si invita la S.V., quale Responsabile dell'U.O.C. Fasce Deboli, ad avviare le azioni necessarie per predisporre le tabelle relative al monitoraggio dei risultati raggiunti secondo gli schemi allegati, precisando che il periodo di riferimento è compreso tra 01/07/2016 e 31/12/2017.

Si precisa a riguardo che con Decreto Dirigenziale n. 192 del 18/10/2017 sono state fornite anche le indicazioni relative all'elaborazione dei flussi informativi necessari per il monitoraggio degli obiettivi dei Direttori Generali così come si evince dagli allegati alla presente nota, specificando che i singoli obiettivi sono stati suddivisi per aree in linea con il suindicato Decreto Dirigenziale.

Tanto premesso si trasmettono i seguenti allegati:

- A) Schema con la definizione degli obiettivi di pertinenza dell'U.O.C. Fasce Deboli in formato cartaceo (ALLEGATO N. 1) ed in formato excel;
- B) Decreto Dirigenziale n. 192 del 18/10/2017 (ALLEGATO N. 2).

È doveroso precisare che nel suddetto Decreto Dirigenziale sono contenute per ogni singolo obiettivo tutte le indicazioni necessarie per l'acquisizione dei dati richiesti con particolare riferimento anche alle fonti da cui attingere i suddetti dati.

Infine è opportuno precisare che entro e non oltre il 22/01/2018 la S.V. dovrà inviare via e-mail (posta certificata) a questa Direzione il flusso relativo al monitoraggio degli obiettivi individuati in formato excel nonché una relazione che analizza i risultati raggiunti, tale relazione dovrà essere condivisa con il Responsabile dell'U.O.C. Assistenza Distrettuale che legge per conoscenza.

Il Direttore Amministrativo
Dott. Domenico Concilio

Il Direttore Generale
Dott.ssa Antonietta Costantini

Il Direttore U.O.C. Servizio Gabinetto
Marco Tullio

ASL NAPOLI 3 SUD
Registro di Protocollo - Interno
N. 0001894 del 04/01/2018 - 14:13



e p.c.

Al Direttore Dipartimento Salute Mentale

Al Responsabile U.O.C. Assistenza Distrettuale

Oggetto: Obiettivi del Direttore Generale – Monitoraggio.

Gli obiettivi assegnati al Direttore Generale prevedono una valutazione intermedia relativa ai primi 18 mesi di gestione aziendale. I suddetti obiettivi riguardano tutte le attività sviluppate in ambito aziendale, tra cui alcune proprie del Dipartimento di Salute Mentale.

A tal fine si invita il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale, ad avviare le azioni necessarie per predisporre le tabelle relative al monitoraggio dei risultati raggiunti secondo gli schemi allegati, precisando che il periodo di riferimento è compreso tra 01/07/2016 e 31/12/2017.

Si precisa a riguardo che con Decreto Dirigenziale n. 192 del 18/10/2017 sono state fornite anche le indicazioni relative all'elaborazione dei flussi informativi necessari per il monitoraggio degli obiettivi dei Direttori Generali così come si evince dagli allegati alla presente nota, specificando che i singoli obiettivi sono stati suddivisi per aree in linea con il suindicato Decreto Dirigenziale.

Tanto premesso si trasmettono i seguenti allegati:

- A) Schema con la definizione degli obiettivi di pertinenza del Dipartimento di Salute Mentale in formato cartaceo (ALLEGATO N. 1) ed in formato excel;
- B) Decreto Dirigenziale n. 192 del 18/10/2017 (ALLEGATO N. 2).

È doveroso precisare che nel suddetto Decreto Dirigenziale sono contenute per ogni singolo obiettivo tutte le indicazioni necessarie per l'acquisizione dei dati richiesti con particolare riferimento anche alle fonti da cui attingere i suddetti dati.

Infine è opportuno precisare che entro e non oltre il 22/01/2018 la S.V. dovrà inviare via e-mail (posta certificata) a questa Direzione il flusso relativo al monitoraggio degli obiettivi individuati in formato excel nonché una relazione che analizza i risultati raggiunti, tale relazione dovrà essere condivisa con il Responsabile dell'U.O.C. Assistenza Distrettuale che legge per conoscenza.

Il Direttore Amministrativo
Dott. Domenico Capello

Il Direttore Generale
Dott.ssa Antonietta Costantini

Il Direttore U.O.C. Servizio Gabinetto
Marco Tullo

Letto, confermato e sottoscritto.

IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE
(Dott. Marco Tullo)

Marco Tullo

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

19 LUG. 2018

INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA _____ **A:** _____

<input checked="" type="checkbox"/>	DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE	U.O.C. ASS.ZA CONSULT. MED. DI GENERE	
<input checked="" type="checkbox"/>	DIRETTORE AMM. AZIENDALE	U.O.C. MEDICINA LEGALE PUBBL.VAL.	
<input checked="" type="checkbox"/>	COLLEGIO SINDACALE	U.O.C. PATOLOGIA CLINICA	
	U.O.C. AFFARI ISTIT. E SEGRETERIE	U.O.C. PREVENZIONE E PROTEZIONE	
<input checked="" type="checkbox"/>	U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE	U.O.C. Progr. PIAN. VAL. ATTIV. SAN	
	U.O.C. AFFARI GENERALI	U.O.C. RELAZIONE CON IL PUBBLICO, TRASPARENZA, TUTELA, COMUNICAZIONE	DISTRETTO N. 53
	U.O.C. AFFARI LEGALI	U.O.C. RISK MANAGEMENT	DISTRETTO N. 54
	U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERV.	U.O.S. ISPETTIVA AMM.VA	DISTRETTO N. 55
	U.O.C. ASSISTENZA DISTRETTUALE	U.O.S. ISPETTIVA SANITARIA	DISTRETTO N. 56
	U.O.C. ASS.ZA RIABILITATIVA AREA A	COORD.TO GESTIONE LIQUIDATORIA	DISTRETTO N. 58
	U.O.C. ASS.ZA RIABILITATIVA AREA B	COORD. TO PROGETTI FONDI	DISTRETTO N. 59
	U.O.C. ASSISTENZA SANITARIA	DIPARTIMENTO ATTIVITA' TERRITORIALI ED INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIO	OO.RR. AREA NOLANA
	U.O.C. EPIDEMIOLOGIA VALUTATIVA	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	OO.RR. AREA STABIESE
	U.O.C. FASCE DEBOLI	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	OO.RR. GOLFO VESUVIANO
	U.O.C. FORMAZIONE E S.R.U.	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	OO.RR. PENISOLA SORRENTINA
	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	
	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. PREV. E CURA PATOLOGIE DELLA DONNA E DEL BAMBINO	DISTRETTO N. 52	