



AZIENDA SANITARIA LOCALE

NAPOLI 1 CENTRO

Relazione sulla Performance Anno 2024

PRESENTAZIONE

La presente Relazione sulla Performance relativa all'anno 2024 viene predisposta in attuazione delle disposizioni di cui all'art. 10 del Decreto Legislativo 150/2009 e s.m.i..

La Relazione sulla Performance è lo strumento mediante il quale l'Amministrazione illustra ai cittadini e a tutti gli stakeholder i risultati ottenuti nel corso dell'anno precedente, concludendo, in tal modo, il ciclo di gestione della performance. Essa illustra i risultati raggiunti con le risorse a disposizione rispetto agli obiettivi programmati che hanno previsto il coinvolgimento di tutti i livelli aziendali e fornisce alcune caratteristiche del contesto in generale ed espone gli elementi caratterizzanti l'Azienda in termini di strutture organizzative e personale in servizio.

Governare un'azienda significa garantire la quantità e qualità delle risposte ai bisogni, in relazione alle risorse disponibili, tenendo conto della dinamicità del contesto in cui l'azienda opera e della necessità di misurare costantemente i risultati, per riorientarli in funzione del divenire del contesto di riferimento governando i processi in funzione della coerenza e dell'equilibrio tra i risultati raggiunti e le risorse utilizzate.

La Performance generale attesa è il miglioramento della qualità dei servizi offerti dall'Azienda, utilizzando la valutazione come stimolo e come strumento per favorire la crescita professionale dei dipendenti e rafforzare il ruolo dei responsabili della gestione di risorse.

Sommario

1. PREMESSA	4
2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI	4
2.1 Il contesto esterno di riferimento	4
2.2 L'amministrazione	5
2.3 I risultati raggiunti	10
2.4 Le criticità e le opportunità	11
3. OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI	12
3.1 Albero della performance	12
3.2 Obiettivi strategici	14
3.3 Obiettivi e piani operativi	15
3.4 Obiettivi individuali	85
4. RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITA'	95
5. PARI OPPORTUNITA' E BILANCIO DI GENERE	95
5.1 Il CUG – Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità	95
5.2 Benessere Organizzativo	97
6. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE	97
6.1 Fasi, soggetti, tempi e responsabilità	97
6.2 Punti di forza e di debolezza del ciclo di gestione della performance	99
ALLEGATO 1: PROSPETTO RELATIVO ALLE PARI OPPORTUNITA' E AL BILANCIO DI GENERE	100
ALLEGATO 2: TABELLA OBIETTIVI STRATEGICI	102
ALLEGATO 3: ELENCO DOCUMENTI CORRELATI AL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	103

1. PREMESSA

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance organizzativa ed individuale dell'A.S.L. Napoli 1 Centro illustra le fasi del Ciclo di Gestione della Performance e per ciascuna di essa indica quali sono i tempi di attuazione, le modalità di realizzazione ed i soggetti responsabili.

La Direzione Generale definisce annualmente gli obiettivi organizzativi che intende raggiungere, i valori attesi di risultato ed i rispettivi indicatori. Concluso l'anno, si procede alla misurazione ed alla valutazione annuale della performance sia individuale che organizzativa.

La Relazione sulla Performance viene adottata dalla Direzione Generale e viene formalmente trasmessa all'Organismo Indipendente di Valutazione dell'A.S.L. Napoli 1 Centro per la sua validazione.

2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI

2.1 Il contesto esterno di riferimento

Il territorio dell'A.S.L. Napoli 1 Centro si estende per circa 128 kmq e comprende la città di Napoli, con le dieci Municipalità, e l'isola di Capri, con i due Comuni di Anacapri e Capri.

La sede legale è posta nel territorio del Comune di Napoli ed è sita in Strada Comunale del Principe 13/a, C.A.P. 80145.

L'indirizzo del portale aziendale Internet è www.aslnapoli1centro.it.

Per la vastità del territorio vengono rappresentate quasi tutte le variabili orogeografiche, ad eccezione di quella squisitamente montuosa.

La tipologia sociale ed economica della popolazione assistita ovviamente spazia in tutte le possibili categorie, per cui l'offerta sanitaria deve necessariamente riferirsi a tutto lo spettro del prevedibile. Si osserva sul territorio di competenza dell'A.S.L. Napoli 1 Centro un elevato indice di deprivazione, anche nel confronto con la restante popolazione della Regione Campania.

Inoltre la Città, specie per la sua rete ospedaliera, rappresenta anche lo sbocco naturale per le Aziende Sanitarie limitrofe, data la vastità e l'elevata specialità delle branche esistenti.

Le sedi operative aziendali sono distribuite sul territorio dell'Azienda in funzione delle esigenze e dei bisogni sanitari da soddisfare.

Relazione sulla Performance anno 2024

Con delibera n. 1308 del 13 luglio 2023 è stato approvato l'Atto Aziendale della Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro, in conformità alla programmazione regionale DCA n°103/2018 (e successiva D.G.R.C. n° 378/2020) e DCA n°83/2019 (come integrato e modificato dalla D.G.R.C. n°682/2022) nonché alla D.G.R.C. n° 390 del 30.06.2023.

Il Direttore Generale dell'Azienda nell'anno 2024 è il dott. ing. Ciro Verdoliva, nominato con delibera della Giunta Regionale della Campania n. 319 del 21/06/2022.

2.2 L'amministrazione

La A.S.L. Napoli 1 Centro è l'Azienda Sanitaria di riferimento per la città di Napoli e per i Comuni di Anacapri e Capri sull'isola di Capri.

Con Deliberazione della Giunta Regionale della Campania n° 505 del 20/03/09, è stata costituita l'Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro che ha assunto la titolarità di tutti i rapporti giuridici attivi e passivi e relativi diritti ed obblighi, già in capo alla preesistente Azienda Sanitaria Locale Napoli 1. Inoltre, a far data dall'1/10/08, ai sensi del D.P.C.M. dell'1/04/08, sono state trasferite al Servizio Sanitario Regionale dal Ministero della Giustizia le competenze in materia di assistenza sanitaria nell'ambito degli Istituti penitenziari.

L'obiettivo dell'Azienda è migliorare le condizioni di vita attraverso la garanzia dell'erogazione delle prestazioni ed il continuo progresso della qualità delle stesse e dei servizi che vengono offerti.

In funzione del perseguimento dei suoi fini istituzionali l'Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro impronta la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità garantendo la qualità e l'appropriatezza delle cure e la trasparenza dei processi allo scopo di concretizzare i principi di partecipazione e di tutela del cittadino.

La sua gestione è improntata:

- ✓ all'efficacia sanitaria dei trattamenti medici;
- ✓ all'adeguatezza ed alla personalizzazione dell'intervento diagnostico, terapeutico e riabilitativo;
- ✓ all'efficienza dei processi sanitari e di supporto, intesa come semplificazione e razionalizzazione, anche ai fini economici, delle procedure e dei percorsi al fine di raggiungere il massimo grado di soddisfazione dell'utente;
- ✓ alla tutela delle professionalità attraverso l'individuazione di percorsi formativi che ne garantiscano la crescita e l'aggiornamento;
- ✓ alla collaborazione con le organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti degli utenti;
- ✓ alla sicurezza ed all'appropriatezza tecnica delle cure, intese come valori da condividere con gli utenti e con gli operatori;

Relazione sulla Performance anno 2024

- ✓ alla promozione strutturata dell'immagine aziendale anche attraverso l'utilizzo delle moderne tecnologie;
- ✓ alla salvaguardia della sicurezza negli ambienti di lavoro;
- ✓ alla flessibilità dell'organizzazione;
- ✓ alla revisione periodica della stessa;
- ✓ all'orientamento delle attività in senso progettuale e quindi per obiettivi.

L'azione dell'Azienda è finalizzata principalmente ad assicurare:

- ✓ l'assistenza territoriale;
- ✓ l'assistenza ospedaliera;
- ✓ l'assistenza sanitaria collettiva negli ambienti di vita e di lavoro;
- ✓ l'assistenza socio-sanitaria.

L'Azienda garantisce i Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria e sociosanitaria, secondo i seguenti principi:

- *Efficacia ed efficienza*

Tutto il sistema di offerta dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro, è finalizzato all'effettiva risoluzione dei bisogni sanitari e sociosanitari (efficacia), valutando nel contempo il rapporto appropriato con i costi (efficienza).

- *Centralità della persona*

Alle cittadine ed ai cittadini va garantito un sistema per produrre benessere. Per tale motivo, la persona umana, nella globalità delle sue dimensioni e dei suoi bisogni, è al centro degli interessi dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro, ed è assunta a costante punto di riferimento per la programmazione, l'organizzazione, la gestione ed il controllo delle attività aziendali.

- *Uguaglianza ed imparzialità*

Le cittadine e i cittadini accedono alle prestazioni previste ed erogate dal Sistema Sanitario Nazionale e Regionale senza discriminazioni tra le diverse classi sociali. Nessuno può essere discriminato nel suo diritto all'assistenza sanitaria e sociosanitaria per sesso, età, convinzioni etiche, religiose, politiche, sindacali, filosofiche, per razza, particolari condizioni patologiche, sociali e giuridiche.

- *Continuità*

Alle cittadine e ai cittadini deve essere sempre garantita la continuità delle cure necessarie alla riduzione dei vari problemi senza alcuna interruzione nello spazio e nel tempo. A tal fine, si promuove l'integrazione delle attività ospedaliere con quelle territoriali, per assicurare l'assistenza agli acuti, ai convalescenti, ai lungodegenti, ai cronici e ai disabili.

- *Trasparenza*

E' un livello essenziale delle prestazioni erogate dall'Azienda Sanitaria Napoli 1 Centro, ai sensi dell'art. 117, comma 2 lettera m della Costituzione italiana. Chiunque ne abbia interesse, può richiedere accesso agli atti amministrativi dell'Azienda secondo il regolamento ex L.241/1990. Apposita sezione è dedicata sul portale istituzionale.

Relazione sulla Performance anno 2024

- *Equità*

L'assistenza deve essere conforme ai principi di giustizia, in particolare nel confronto tra individui in condizioni analoghe o in condizioni diverse.

- *Diritto di scelta*

Le cittadine e i cittadini hanno diritto alla libera scelta su tutto il territorio nazionale delle prestazioni erogate e garantite dai Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria e sociosanitaria.

- *Partecipazione*

L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro ritiene che sia di fondamentale importanza la partecipazione dei cittadini e delle loro associazioni di rappresentanza e di tutela.

La struttura organizzativa è divisa in strutture di erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie e strutture di supporto amministrative e sanitarie.

La A.S.L. Napoli 1 Centro presenta una notevole complessità strutturale che deriva da una serie di aspetti che la caratterizzano.

L'assetto aziendale nell'anno 2024 prevede n° 3 Dipartimenti Strutturali: Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale e Dipartimento Dipendenze, n° 13 Dipartimenti Funzionali trasversali e integrati (Dipartimento Attività Ospedaliera, Dipartimento Emergenza Urgenza, Dipartimento Farmaceutico, Dipartimento Materno-Infantile, Dipartimento Medicina e Post-acuzie, Dipartimento Neuroscienze, Dipartimento Oncoematologico, Dipartimento Cardiologico, Dipartimento Diagnostica per Immagini, Dipartimento Medicina di laboratorio, due Dipartimenti Chirurgici Polispecialistici, nonché un Dipartimento integrato Reti tempo-dipendenti), oltre alle UU.OO. centrali in staff/line alla Direzione Generale, alla Direzione Sanitaria ed alla Direzione Amministrativa.

Il territorio dell'A.S.L. Napoli 1 Centro è suddiviso in 11 Distretti socio-sanitari, 10 nel Comune di Napoli ed uno nell'isola di Capri.

Nell'ambito del territorio aziendale sono attive oltre a strutture sanitarie pubbliche, strutture sanitarie private accreditate con il Servizio Sanitario Regionale per l'erogazione di attività di ricovero e/o ambulatoriale.

Nell'A.S.L. Napoli 1 Centro nell'anno 2024 hanno svolto attività di ricovero Presidi Ospedalieri a gestione diretta, con annessi Stabilimenti Ospedalieri, n. 11 Case di Cura private accreditate e n. 2 Ospedali Classificati.

Si segnala inoltre la presenza di tre centri clinici situati presso le Case Circondariali di Poggioreale, Secondigliano e Nisida e, dopo la chiusura dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario già allocato presso la Casa Circondariale di Secondigliano, un'articolazione per la tutela della salute mentale in carcere.

Relazione sulla Performance anno 2024

Di seguito vengono riportati, relativamente all'anno 2024, i Distretti Sanitari con i relativi ambiti di riferimento, i Presidi Ospedalieri, le Strutture private accreditate, gli Ospedali Classificati ed i Presidi Sanitari presso gli Istituti Penitenziari.

DISTRETTI SANITARI	
D.S. 24	Chiaia, Posillipo, S. Ferdinando
D.S. 25	Fuorigrotta, Bagnoli
D.S. 26	Soccavo, Pianura
D.S. 27	Vomero, Arenella
D.S. 28	Chiaiano, Piscinola, Marianella, Scampia
D.S. 29	Stella, S. Carlo all'Arena
D.S. 30	Miano, Secondigliano, S. Pietro a Paterno
D.S. 31	S. Giuseppe, Porto, Montecalvario, Avvocata, Mercato, Pendino
D.S. 32	S. Giovanni, Barra, Ponticelli
D.S. 33	S. Lorenzo, Poggioreale, Vicaria, Zona Industriale
D.S. 73	ambito territoriale dell'isola di Capri

PRESIDI E STABILIMENTI OSPEDALIERI	
1.	Ospedale del Mare (con annesso lo Stabilimento Ospedaliero Barra)
2.	San Giovanni Bosco
3.	Pellegrini (con annesso lo Stabilimento Ospedaliero Santa Maria del Popolo degli Incurabili, allo stato disattivato)
4.	San Paolo
5.	Santa Maria di Loreto (con annesso lo Stabilimento Capilupi di Capri)

PRESIDI SANITARI PRESSO GLI ISTITUTI PENITENZIARI	
1.	Casa Circondariale Napoli Poggioreale
2.	Centro Penitenziario Secondigliano Napoli
3.	Articolazione per la tutela della salute mentale in carcere presso Centro Penitenziario Secondigliano Napoli
4.	Istituto Penale minorile di Nisida con Centro Prima Accoglienza dei Colli Aminei

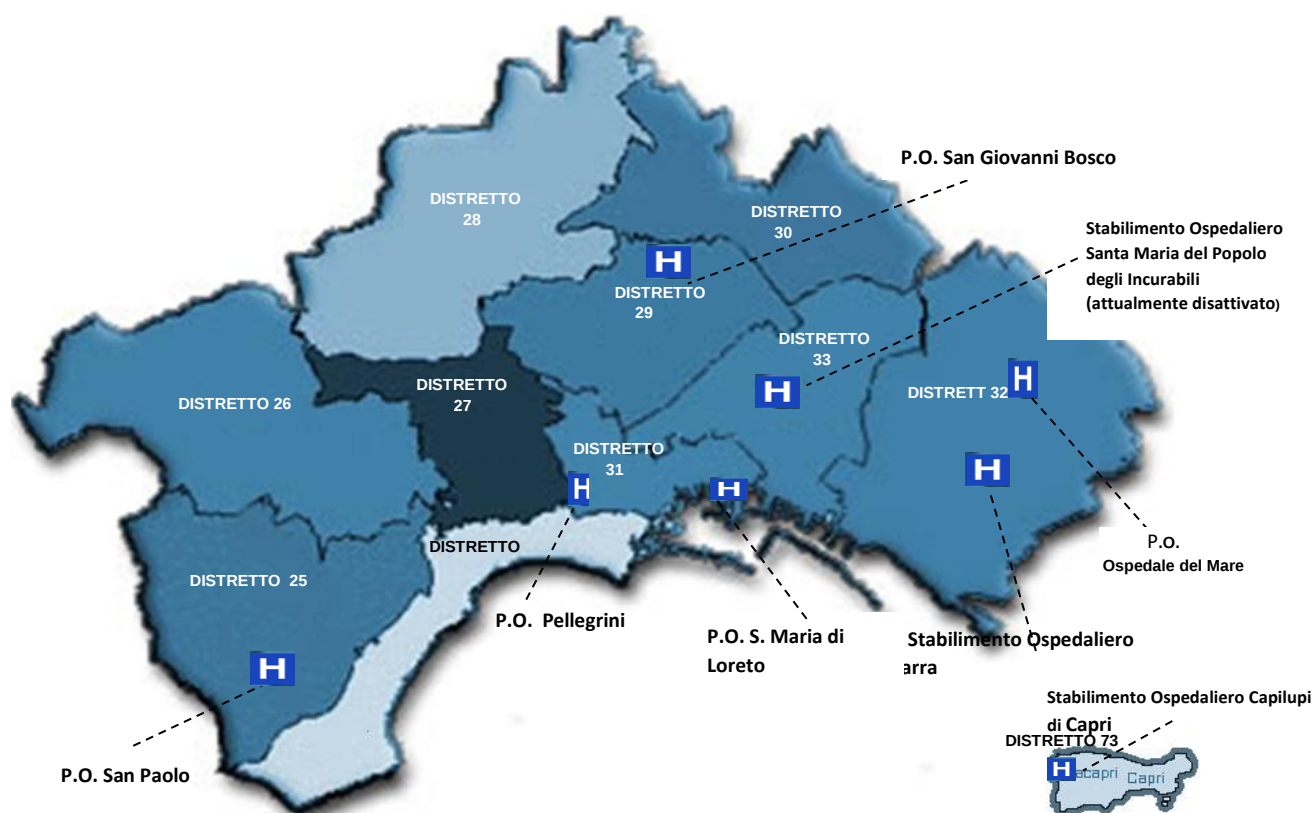
Relazione sulla Performance anno 2024

STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE ED OSPEDALI CLASSIFICATI

1.	Casa di Cura Ospedale Internazionale - Napoli
2.	Alma Mater Villa Camaldoli - Napoli
3.	Casa di Cura Villa Angela - Napoli
4.	Casa di Cura Clinic Center - Napoli
5.	Hermitage Capodimonte - Napoli
6.	Casa di Cura Villa delle Querce - Napoli
7.	Clinica Vesuvio - Napoli
8.	Clinica Mediterranea - Napoli
9.	Clinica S. Patrizia - Napoli
10.	Casa di Cura Villa Cinzia - Napoli
11.	Clinica Sanatrix - Napoli
12.	Ospedale Evangelico Betania - Napoli *
13.	Ospedale Buon Consiglio Fatebenefratelli – Napoli *

* Ospedali Classificati

Mappa Geografica



2.3 I risultati raggiunti

La misurazione della performance sia organizzativa che individuale è un presupposto indispensabile per una compiuta valutazione della performance.

Per la valutazione della performance per l'anno 2024, svolta ai sensi del Regolamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance organizzativa e individuale, adottato con delibera del Direttore Generale n. 962 del 28.09.2020, sono stati utilizzati punteggi derivanti da valutazioni diverse, concorrenti al punteggio massimo pari a 100, e fasce di remunerazione delle indennità economiche, garantendo tuttavia, una differenziazione di quote tra i soggetti valutati.

La valutazione del dirigente apicale prevede un punteggio di max 80 punti, derivato dalla scheda di valutazione della performance organizzativa della struttura di appartenenza, ed un punteggio di max 20 punti di valutazione comportamentale.

La valutazione del dirigente non apicale prevede un punteggio di max 50 punti, derivato dalla scheda di valutazione della performance organizzativa della struttura di appartenenza, un punteggio di max 30 punti, derivato dalla scheda di valutazione della performance individuale, ed un punteggio di max 20 punti di valutazione comportamentale.

La valutazione del personale appartenente all'area del comparto prevede un punteggio di max 70 punti, derivato dalla scheda di valutazione della performance organizzativa della struttura di appartenenza, ed un punteggio di max 30 punti di valutazione comportamentale.

La valutazione del personale con incarico di funzione appartenente all'area del comparto prevede un punteggio di max 70 punti, derivato dalla scheda di valutazione della performance individuale, ed un punteggio di max 30 punti di valutazione comportamentale.

Per valutazioni di altro personale afferente alle strutture, si può utilizzare il meccanismo adottato per la valutazione del dirigente non apicale.

La valutazione globale inferiore al 50% deve ritenersi sempre negativa e non dà diritto ad alcuna corresponsione economica.

Si sintetizzano di seguito i risultati complessivi di performance raggiunti nell'A.S.L. Napoli 1 Centro nel corso dell'anno 2024 (rif. **Regolamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance organizzativa e individuale, adottato con la delibera n. 962 del 28.09.2020, e Obiettivi specifici di performance anno 2024, assegnati con la delibera del Direttore Generale n° 212 del 05/02/2024**),

Relazione sulla Performance anno 2024

così come risulta dalla documentazione disponibile agli atti di questa Azienda (verbali dell'Organismo Indipendente di Valutazione o schede di valutazione della performance organizzativa e individuale).

Relativamente alla performance organizzativa delle articolazioni aziendali alle quali sono stati assegnati obiettivi specifici di performance con la delibera del Direttore Generale n° 212 del 05/02/2024, il punteggio medio registrato è stato di 93,96 punti, con un punteggio minimo di 10 punti ed un punteggio massimo di 100 punti. Nel 70,00% delle schede di valutazione di performance organizzativa pervenute si registra il punteggio massimo di 100 punti, mentre nel 14,29% dei casi si registra un punteggio compreso tra 80,1 e 99,9 punti.

Relativamente alla performance individuale dei Dirigenti, il punteggio medio registrato è stato di 96,94 punti, con un punteggio minimo di 52 punti ed un punteggio massimo di 100 punti. Nel 79,59% delle schede di valutazione di performance individuale pervenute si registra un punteggio compreso tra 90,1 e 100 punti, mentre nel 15,37% dei casi si registra un punteggio compreso tra 80,1 e 90 punti.

Relativamente alla performance individuale del Personale del Comparto con incarico di funzione, il punteggio medio registrato è stato di 98,59 punti, con un punteggio minimo di 60 punti ed un punteggio massimo di 100 punti. Nel 85,71% delle schede di valutazione di performance individuale pervenute si registra un punteggio compreso tra 90,1 e 100 punti, mentre nel 7,98% dei casi si registra un punteggio compreso tra 80,1 e 90 punti.

2.4 Le criticità e le opportunità

Esiste una oggettiva difficoltà nello svolgimento dell'intero processo, anche correlata alla complessità dell'organizzazione, alla sua dimensione, al numero dei dirigenti e delle strutture valutate.

Relativamente all'anno 2024, inoltre, la non completa gestione informatizzata dei dati e della reportistica ha ulteriormente contribuito a determinare difficoltà nel pieno sviluppo del processo complessivo della performance aziendale.

A tal proposito, si rappresenta che continua la progressiva implementazione del nuovo sistema informatico aziendale che prevede, tra l'altro, un modulo relativo alla gestione del ciclo della performance che automatizzi il processo di gestione e valutazione della performance organizzativa e individuale in tutte le fasi in cui esso si svolge e la digitalizzazione di tutta la documentazione sanitaria; l'Azienda, inoltre, si è dotata di un sistema di cruscotto direzionale, con particolare ma non esclusivo riferimento agli indicatori L.E.A. del Nuovo Sistema di Garanzia, che consentirà di monitorare

l'andamento degli obiettivi di performance assegnati, anche a livello delle singole macrostrutture ed unità operative aziendali, al fine di avviare eventuali azioni correttive.

Si sottolinea, inoltre, la prosecuzione del percorso già attuato dall'Azienda con l'assegnazione con procedure formali e trasparenti degli incarichi ai Direttori/Responsabili delle articolazioni aziendali.

Si evidenzia, altresì, che le diverse articolazioni aziendali stanno sviluppando un sempre maggiore aderenza alla metodologia di misurazione e valutazione della performance adottata dall'azienda.

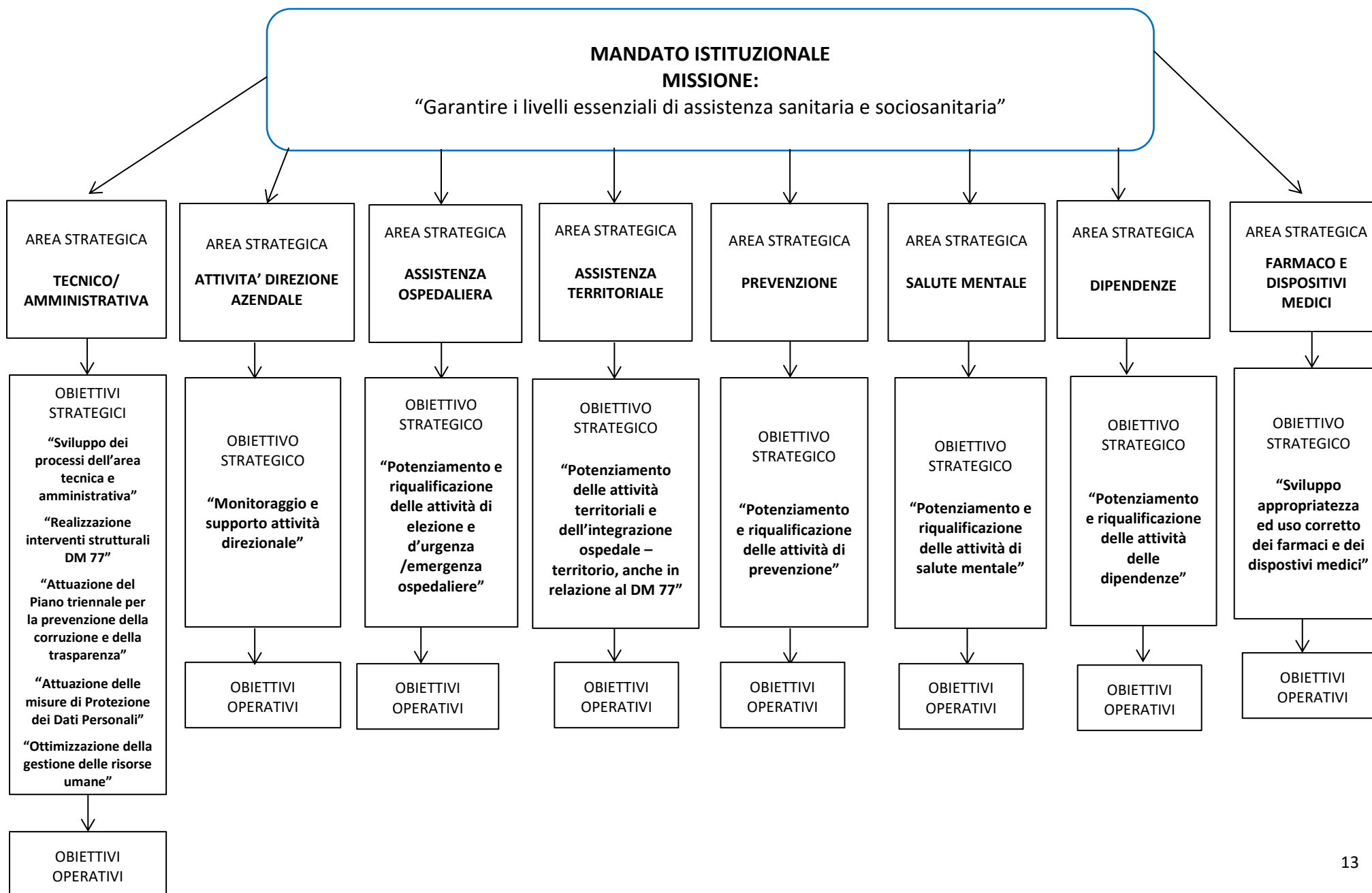
3. OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI

3.1 Albero della performance

L'albero della performance è una mappa logica che rappresenta i legami tra mandato istituzionale, missione, visione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani d'azione. Esso fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance dell'amministrazione. L'albero della performance ha una valenza di comunicazione esterna e una valenza tecnica di "messa a sistema" delle due principali dimensioni della performance.

Gli obiettivi della programmazione nazionale e regionale e gli obiettivi assegnati al Direttore Generale costituiscono la base di partenza per l'elaborazione degli obiettivi strategici aziendali, a loro volta declinati in obiettivi operativi assegnati annualmente alle strutture aziendali con delibera del Direttore Generale.

Albero della Performance A.S.L. Napoli 1 Centro



3.2 Obiettivi strategici

Nella definizione degli obiettivi si è fatto riferimento ai dettati normativi regionali di seguito indicati.

- ✓ Favorire il riequilibrio economico-finanziario.
- ✓ Riqualificare e riorganizzare la rete ospedaliera e assistenziale.
- ✓ Implementare il Piano regionale della prevenzione.
- ✓ Elevare e standardizzare la governance territoriale dei Servizi alla persona.
- ✓ Ridurre gli oneri burocratici ed i tempi del procedimento per settori definiti.
- ✓ Attuare le politiche per un'Amministrazione trasparente.
- ✓ Orientare la capacità amministrativa alla razionalizzazione della spesa e all'attivazione dei sistemi di controllo e misurazione della performance.

La normativa in materia di anticorruzione prevede che l'organo di indirizzo di ciascuna Pubblica Amministrazione definisca gli obiettivi strategici, in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza, quale contenuto imprescindibile sia dei documenti di pianificazione strategica e programmazione gestionale che del Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Il Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza è il documento per l'individuazione delle misure che l'organizzazione adotta o intende adottare per prevenire in senso lato il rischio di corruzione; ovvero è lo strumento organizzativo finalizzato a raggiungere il complesso disegno normativo in tema di anticorruzione, trasparenza e integrità, con la funzione di indirizzare all'interno di ogni amministrazione pubblica i valori interconnessi di etica, integrità e *accountability*.

Il Piano della Performance è il documento programmatico triennale in cui, coerentemente con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi strategici, direzionali, gli indicatori per la misurazione del raggiungimento degli obiettivi, i risultati attesi/*target* dell'organizzazione; proprio su quest'ultimi si basa la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance dell'amministrazione.

Risulta indispensabile uno sviluppo coordinato e sinergico della pianificazione dei processi e delle attività dell'organizzazione pubblica in ordine alla *performance* e all'anticorruzione.

È dunque necessario un coordinamento tra il Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza e gli strumenti già vigenti per il controllo nell'amministrazione nonché quelli individuati dal d.lgs. 150/2009 e s.m.i.; in pratica, rispetto al Sistema di misurazione e valutazione della performance, al Piano delle Performance e alla Relazione annuale sulla performance.

Quindi, per quanto riguarda la performance organizzativa, le amministrazioni devono inserire nei piani delle performance obiettivi, soggetti a valutazione, correlati all'attuazione dei piani e delle misure di

prevenzione della corruzione, misurando l'effettivo grado di attuazione degli stessi, nel rispetto delle fasi e delle tempistiche prefissate.

Relativamente alla performance organizzativa, nel 2024, a tutte le strutture aziendali è stato assegnato almeno un obiettivo correlato all'attuazione dei piani e delle misure di prevenzione della corruzione.

Nell'albero della performance dell'A.S.L. Napoli 1 Centro sono rappresentati sinteticamente, relativamente all'anno 2024, le aree strategiche e gli obiettivi strategici aziendali.

Gli obiettivi strategici assegnati al Direttore Generale dell'A.S.L. Napoli 1 Centro per l'anno 2024 sono dettagliatamente descritti nell'Allegato 2.

3.3 Obiettivi e piani operativi

Negli ultimi anni il sistema di misurazione e valutazione della performance nella A.S.L. Napoli 1 Centro ha vissuto una sempre maggiore evoluzione che sta portando alla definizione ed attuazione di un sistema in linea con le caratteristiche previste. La definizione degli obiettivi è stata strettamente connessa alle priorità politiche ed alle strategie dell'Amministrazione, in un quadro di miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi.

Gli obiettivi vengono definiti in sede di programmazione triennale nel Piano della Performance (obiettivi strategici) e quindi declinati a livello dipartimentale o a livello di macrostruttura organizzativa (obiettivi e piani operativi).

A partire dagli obiettivi strategici, nella fase di definizione dei piani operativi, la Direzione Strategica, unitamente ai Responsabili di macrostruttura, definisce la programmazione delle attività definendo programmi ed obiettivi che tengano conto della mission aziendale, degli obiettivi strategici definiti e delle risorse umane e strumentali disponibili.

Le strutture aziendali e le attività di rilevanza aziendale per cui, ai sensi del Regolamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance organizzativa e individuale, adottato con delibera del Direttore Generale n. 962 del 28.09.2020, sono stati definiti obiettivi di performance organizzativa nell'anno 2024 sono:

- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento di Salute Mentale
- Dipartimento Dipendenze
- Direzione Dipartimento Attività Ospedaliera

- Direzione Dipartimento Integrato di Medicina di laboratorio
- P.O. Ospedale del Mare / Stabilimento Barra
- P.O. San Giovanni Bosco
- P.O. San Paolo
- P.O. dei Pellegrini – Santa Maria del Popolo degli Incurabili
- P.O. Santa Maria di Loreto – Capilupi di Capri
- Distretto Sanitario di Base 24 e 73
- Distretto Sanitario di Base 25
- Distretto Sanitario di Base 26
- Distretto Sanitario di Base 27
- Distretto Sanitario di Base 28
- Distretto Sanitario di Base 29
- Distretto Sanitario di Base 30
- Distretto Sanitario di Base 31
- Distretto Sanitario di Base 32
- Distretto Sanitario di Base 33
- Programmazione e Pianificazione Aziendale
- Sorveglianza Sanitaria
- Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari
- Prevenzione e Protezione
- Flussi Informativi, analisi e monitoraggio L.E.A. e P.N.E., CUP e liste d’attesa
- Formazione e Rapporti con Università
- Coordinamento delle attività socio-sanitarie
- Monitoraggio, analisi e controllo attività intramoenia
- Gestione del Rischio Clinico e Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali
- Programmi di screening
- Rapporti con organi e organismi aziendali
- Gestione patrimonio immobiliare e beni mobili registrati
- Gestione Economico Finanziaria

- Gestione Risorse Umane
- Acquisizione beni ed economato
- Acquisizione servizi
- Affari Generali
- Affari giuridico-legali e contenzioso
- Controllo di Gestione
- Pianificazione, progettazione e sviluppo degli interventi sul patrimonio immobiliare
- Ingegneria clinica
- Informatizzazione e transizione digitale
- Manutenzione ordinaria e straordinaria immobili e impianti tecnici
- Direzione Amministrativa P.O. Pellegrini/Stabilimento Santa Maria del Popolo degli Incurabili
- Direzione Amministrativa P.O. Ospedale del Mare/Stabilimento Barra
- Direzione Amministrativa P.O. San Giovanni Bosco
- Direzione Amministrativa P.O. San Paolo
- Direzione Amministrativa P.O. Santa Maria di Loreto/Stabilimento Capilupi Capri
- Protezione dati personali, prevenzione della corruzione e trasparenza
- Stampa e comunicazione aziendale
- Monitoraggio e controllo attività ospedaliere pubbliche e private accreditate
- Assistenza anziani e cure domiciliari
- Programmazione attività assistenza primaria
- Monitoraggio e controllo attività assistenza specialistica
- Psicologia clinica territoriale e ospedaliera
- Coordinamento delle attività cardiologiche territoriali
- Coordinamento delle attività dermatologiche territoriali
- Cure palliative domiciliari
- Medicina pubblica valutativa, legale e fiscale
- COT – 118 Attività Territoriali
- Farmaceutica Convenzionata e Territoriale
- Monitoraggio consumi farmaci e dispositivi medici e fabbisogni aziendali

- Tutela della salute della donna, del bambino e dell'adolescente
- Monitoraggio e controllo attività di riabilitazione
- Riabilitazione
- Riabilitazione cardiologica territoriale
- Laboratorio di genetica medica
- Patologia clinica territoriale
- Laboratorio territoriale SS. Annunziata
- Struttura Tecnica Permanente (S.T.P.)

Si riportano di seguito i risultati di performance organizzativa raggiunti nel corso dell'anno 2024 dalle articolazioni aziendali (rif. **Regolamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance organizzativa e individuale, adottato con la delibera n. 962 del 28.09.2020, e Obiettivi specifici di performance anno 2024, assegnati con la delibera del Direttore Generale n° 212 del 05/02/2024**), così come risulta dalla documentazione disponibile agli atti di questa Azienda (verbali dell'Organismo Indipendente di Valutazione o schede 2 di valutazione della performance organizzativa).

La tabella espone, altresì per finalità comparative, anche i risultati raggiunti dalle medesime Strutture nel precedente anno 2023.

Il punteggio complessivo riportato nella scheda 2 di valutazione di performance organizzativa è compreso tra 0 e 100 e rappresenta la somma dei punteggi relativi ai singoli obiettivi assegnati alle strutture aziendali, ciascuno con un proprio peso (rif. delibera del Direttore Generale n° 212 del 05/02/2024).

Relazione Performance anno 2024

Macro-struttura	Struttura	Risultato struttura			Media per macro-struttura		
		2024	2023	Δ	2024	2023	Δ
Direzione Generale	UOS in staff Protezione Dati Personali, prev. della corruzione e trasp.	100,00	100,00	-	100,00	100,00	-
	UOS in staff Rapporti con organi e organismi aziendali	100,00	100,00	-			
	UOC Prevenzione e protezione	100,00	100,00	-			
	UOS in staff Stampa e comunicazione Aziendale	100,00	100,00	-			
Dipartimenti strutturali	Dipartimento di Salute Mentale	100,00	100,00	-	100,00	100,00	-
	Dipartimento di Prevenzione	100,00	100,00	-			
	Dipartimento Dipendenze	100,00	100,00	-			
Direzione Amministrativa	Direzione Amministrativa P.O. San Giovanni Bosco	100,00	92,00	8,00	99,24	97,35	1,88
	Direzione Amministrativa P.O. dei Pellegrini/S.O. degli Incurabili	100,00	92,00	8,00			
	Direzione Amministrativa P.O. San Paolo	100,00	82,00	18,00			
	Direzione Amministrativa P.O. S.M. di Loreto/ S.O. Capilupi Capri	100,00	100,00	-			
	Direzione Amministrativa P.O. Ospedale del Mare/Stabilimento Barra	100,00	100,00	-			
	UOC Gestione economico e finanziaria	100,00	100,00	-			
	UOC Acquisizione beni ed economato	100,00	100,00	-			
	UOC Acquisizione servizi	100,00	98,00	2,00			
	UOC Gestione risorse umane	100,00	100,00	-			
	UOC Gestione patrimonio immobiliare e beni mobili registrati	90,00	98,00	- 8,00			
	UOC Affari giuridico-legali e contenzioso	100,00	100,00	-			
	UOC Affari generali	100,00	100,00	-			
	UOC Informatizzazione e transizione digitale	100,00	100,00	-			
	UOC Manutenzione Ord. e Straord. immobili impianti tecnici	98,00	100,00	- 2,00			
	UOC Pianificaz. Progettaz. e Sviluppo interventi sul patrimonio immob.	100,00	98,00	2,00			
	UOC Ingegneria clinica	99,00	95,00	4,00			
	UOC Controllo di gestione	100,00	100,00	-			
Direzione Sanitaria	UOC Sorveglianza sanitaria	100,00	100,00	-	99,93	99,46	0,46
	UOC Tutela della salute negli istituti penitenziari	100,00	100,00	-			
	UOC Coordinamento delle attività socio-sanitarie	100,00	100,00	-			
	UOC Formazione e rapporti con università	98,00	100,00	- 2,00			
	UOS in staff Gestione del rischio clinico e Percorsi DTA	100,00	100,00	-			
	UOS in staff Monitoraggio, analisi e controllo attività intramoenia	100,00	100,00	-			
	UOS in staff Programmi di screening	100,00	100,00	-			
	UOC Programmazione e Pianificazione Aziendale	100,00	100,00	-			
	UOC CUP e flussi informativi e analisi e monitoraggio L.E.A. e PNE	100,00	100,00	-			
	UOC Assistenza anziani e cure domiciliari	100,00	100,00	-			
	UOSD Cure palliative domiciliari	100,00	100,00	-			
	UOSD Monitoraggio consumi farmaci e D.M. e fabbisogni aziendali	100,00	100,00	-			
	UOC COT - 118 Attività territoriali	100,00	100,00	-			
	UOC Programmazione attività assistenza primaria	100,00	100,00	-			
	UOC Tutela della salute della donna del bambino e dell'adolescente	100,00	100,00	-			
	UOC Monitoraggio e controllo attività assistenza specialistica	100,00	100,00	-			
	UOC Patologia clinica territoriale	100,00	100,00	-			
	UOSD Laboratorio di Genetica Medica	100,00	95,00	5,00			
	UOC Monitoraggio e controllo attività di riabilitazione	100,00	100,00	-			
	UOC Medicina pubblica valutativa, legale e fiscale	100,00	100,00	-			
	UOC Psicologia clinica territoriale e ospedaliera	100,00	100,00	-			
	UOSD Riabilitazione cardiologica territoriale	100,00	90,00	10,00			
	UOC Farmaceutica convenzionata e territoriale	100,00	100,00	-			
	UOSD Laboratorio territoriale SS. Annunziata	100,00	100,00	-			
	UOSD Coordinamento delle attività dermatologiche territoriali	100,00	100,00	-			
	UOSD Coordinamento delle attività cardiologiche territoriali	100,00	100,00	-			
	UOC Riabilitazione	100,00	100,00	-			
	UOC Monitoraggio e controllo attività ospedaliere pubbl. e priv. accr.	100,00	100,00	-			
Distretti Sanitari di Base	Direzione DSB 24 e DSB 73	68,00	77,50	- 9,50	77,10	83,55	6,45
	Direzione DSB 25	75,00	82,50	- 7,50			
	Direzione DSB 26	80,00	85,00	- 5,00			
	Direzione DSB 27	80,00	82,00	- 2,00			
	Direzione DSB 28	80,00	89,00	- 9,00			
	Direzione DSB 29	73,00	81,50	- 8,50			
	Direzione DSB 30	80,00	85,00	- 5,00			
	Direzione DSB 31	75,00	85,00	- 10,00			
	Direzione DSB 32	85,00	85,00	-			
	Direzione DSB 33	75,00	83,00	- 8,00			
Presidi Ospedalieri	P.O. Ospedale del Mare/Stabilimento Barra	93,00	88,00	5,00	84,20	80,00	4,20
	P.O. Pellegrini - Santa Maria del popolo degli Incurabili	88,00	78,00	10,00			
	P.O. San Paolo	78,00	72,00	6,00			
	P.O. San Giovanni Bosco	81,00	81,00	-			
	P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo	81,00	81,00	-			
Attività di Rilevanza Aziendale	Struttura Tecnica Permanente	90,00	100,00	- 10,00	90,00	100,00	- 10,00
Dipartimenti Funzionali	Dipartimento Attività Ospedaliera	100,00	100,00	-	55,00	100,00	45,00
	Dipartimento Integrato di Medicina di Laboratorio	10,00	100,00	- 90,00			

Dall'analisi dei dati sopra riportati, si rileva, tra l'altro, un punteggio medio nell'area distrettuale pari a 77,10 ed un punteggio medio nell'area ospedaliera pari a 84,20.

Tali elementi di criticità costituiscono importante spunto di riflessione di cui l'Azienda terrà conto.

La necessità di una revisione organizzativa delle strutture territoriali è stata anche accolta dal Decreto del Ministero della Salute n. 77 del 23 maggio 2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale", che prevede una radicale riorganizzazione delle attività territoriali e costituisce la Riforma di settore del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - M6C1-1 - Riforma 1: Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale - volta a definire modelli e standard relativi all'assistenza territoriale, alla base degli interventi previsti dalla Component 1 della Missione 6 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" del PNRR.

Ai fini della correlazione tra obiettivi strategici ed obiettivi operativi, si fornisce di seguito, per ciascuna area strategica, una rendicontazione dei risultati raggiunti nel 2024, con la relativa fonte dati, rispetto ai singoli obiettivi operativi assegnati alle strutture aziendali (rif. **Regolamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance organizzativa e individuale, adottato con la delibera n. 962 del 28.09.2020, e Obiettivi specifici di performance anno 2024, assegnati con la delibera del Direttore Generale n° 212 del 05/02/2024**), così come risulta dalla documentazione disponibile agli atti di questa Azienda (verbali dell'Organismo Indipendente di Valutazione o schede 2 di valutazione della performance organizzativa). Per il dettaglio si rimanda alle schede conservate agli atti.

Relazione Performance anno 2024

Obiettivo Strategico 1: Sviluppo dei processi dell'area tecnica e amministrativa									
Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA TECNICO/AMMINISTRATIVA	Sviluppo dei processi dell'area tecnica e amministrativa	Adesione Convenzione Consip Sanità Digitale: realizzazione del sistema per la gestione dell'imaging non radiologico per Endoscopia	UOC Informatizzazione e transizione digitale	Protocollo Informativo GEDOC Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione semestrale sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Adesione Convenzione Consip Sanità Digitale: realizzazione del sistema per la gestione digitalizzata dell'Anatomia Patologica	UOC Informatizzazione e transizione digitale	Protocollo Informativo GEDOC Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione semestrale sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Affiancamento all'OIV per la redazione della relazione sul Funzionamento complessivo del Sistema di Valutazione, Trasparenza e Integrità dei Controlli Interni	Struttura Tecnica Permanente	RELAZIONE Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	questionario di autovalutazione	ON = 100% OFF = 0%	OFF	0	-100,00%
		Affiancamento per lo sviluppo ed implementazione dell'applicativo informatico di gestione del ciclo di performance	Struttura Tecnica Permanente	RELAZIONE Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Relazione sulle attività svolte ed i risultati conseguiti con analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Analisi dati ricavati dalla informatizzazione delle attività relative alle borse di studio	UOC Affari generali	Protocollo Informativo GEDOC - Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione sulle attività svolte, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Analisi dei costi per macrocentro, estratti dal Sistema Informativo Amministrativo Contabile (S.I.A.C.)	UOC Controllo di gestione	Protocollo Informativo GEDOC: Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione sulle attività svolte, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Attività di controllo amministrativo atti aziendali	UOS in staff Rapporti con organi e organismi aziendali	Protocollo Informativo GEDOC Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Attività di svincolo presso il tesoriere	UOC Gestione economico finanziaria	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Riduzione di almeno il 60% dei vincoli in giacenza al 31/12/2022	≥ 60,00% = 100% ≥ 50,00% e < 60,00% = 50% < 50,00% = 0%	70 %	100	16,67%
		Circularizzazione debiti verso fornitori	UOC Gestione economico finanziaria	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Circularizzazione di almeno il 60% del campione individuato	≥ 60,00% = 100% ≥ 50,00% e < 60,00% = 50% < 50,00% = 0%	91,09 %	100	51,62%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA TECNICO/AMMINISTRATIVA	Sviluppo dei processi dell'area tecnica e amministrativa	Conclusione procedure acquisitive sia sopra soglia che sotto soglia	UOC Acquisizione beni ed economato	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Numero di procedure acquisitive concluse/Numero di procedure acquisitive istruite x 100	≥ 90,00% = 100% ≥ 60,00% e < 90,00% = 60% < 60,00% = 0%	100,00 %	100	11,7%
		Coordinamento segreteria Direzione Strategica	UOS in staff Rapporti con organi e organismi aziendali	Protocollo Informatico GEDOC Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione sulle attività svolte, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Corretta gestione magazzino economale e cassa economale in conformità ai regolamenti aziendali	Direzione Amministrativa P.O. San Giovanni Bosco/P.S.I. Barra	Protocollo Informatico GEDOC: Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
			Direzione Amministrativa P.O. Pellegrini/Stabilimento Santa Matia del Popolo degli Incurabili		Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
			Direzione Amministrativa P.O. Santa Maria di Loreto nuovo/Capilupi Capri		Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
			Direzione Amministrativa P.O. San Paolo		Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
			Direzione Amministrativa P.O. Ospedale del Mare/Stabilimento Barra		Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Cura dei collegamenti con i servizi aziendali per il monitoraggio delle informazioni interne	UOS in staff Stampa e comunicazione Aziendale	Protocollo Informatico GEDOC Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Cura dei rapporti e dei collegamenti con gli organi di informazione, assicurando il massimo grado di trasparenza, chiarezza e tempestività delle comunicazioni fornite nelle materie di interesse dell'amministrazione	UOS in staff Stampa e comunicazione Aziendale	Protocollo Informatico GEDOC Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione Indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA TECNICO/AMMINISTRATIVA	Sviluppo dei processi dell'area tecnica e amministrativa	Digitalizzazione amministrativa Monitoraggio, criticità ed effetti sulle attività amministrative della digitalizzazione delle delibere e delle determinazioni	UOC Affari generali	Protocollo Informatico GEDOC - Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione sulle attività svolte, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Dismissione e rinegoziazione fitti passivi	UOC Gestione patrimonio immobiliare e beni mobili registrati	Protocollo Informatico GEDOC: Inserire N° e data protocollo e allegare	Elaborazione report, comprensivo - ove opportuno - delle attività di rinegoziazione dei contratti di locazione passivi svolte nell'anno di riferimento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Effettuazione gare programmate	UOC Acquisizione servizi	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Numero di gare effettuate/Numero di gare programmate x 100	≥ 90,00% = 100% ≥ 60,00% e < 90,00% = 60% < 60,00% = 0%	90 %	100	0,00%
		Efficientamento attività di competenza della Logistica e dell'Autoparco Aziendale	UOC Gestione patrimonio immobiliare e beni mobili registrati	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Elaborazione report ad evidenza e monitoraggio della qualità delle prestazioni e dei processi attivati nell'anno di riferimento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Elaborazione situazioni contabili finalizzate a determinare l'eventuale morosità esistente in capo a ciascun conduttore/occupante	UOC Gestione patrimonio immobiliare e beni mobili registrati	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	N. schede prodotte / N. situazioni contabili richieste x 100	≤ 50,00% = 100% > 50,00% e ≤ 75,00% = 50% > 75,00% = 0%	50,00 %	100	0,00%
		Gestione dei costi di manutenzione	UOC Ingegneria clinica	Protocollo Informatico GEDOC: Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Gestione dei software classificati come Dispositivi Medici utilizzati nel contesto aziendale	UOC Ingegneria clinica	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Implementazione procedura	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Implementazione a regime della piattaforma certificata "Acquisti telematici-Digital PA" per l'interoperabilità su tutte le fasi del ciclo di vita dei contratti pubblici area tecnica	UOC Affari generali	Protocollo Informatico GEDOC - Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione sulle attività svolte, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Implementazione del Piano Triennale 2023-2025 per interventi di manutenzione straordinaria a farsi con utilizzo di Risorse Statali/Regionali o di Risorse Proprie	UOC Manutenzione Ordinaria e straordinaria immobili impianti tecnici	Protocollo Informatico GEDOC: Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA TECNICO/AMMINISTRATIVA	Sviluppo dei processi dell'area tecnica e amministrativa	Implementazione ed aggiornamento LegalApp	UOC Affari giuridico-legali e contenzioso	Protocollo Informativo GEDOC: Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione U.O.C. Gestione Economico Finanziaria	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Istruttoria di tutte le richieste/schede SMV pervenute all'Organismo Indipendente di Valutazione/STP	Struttura Tecnica Permanente	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	N. istruttorie effettuate/N. richieste - schede SMV pervenute x 100	≥ 80,00% = 100% ≥ 60,00% e < 80,00% = 60% <60,00% = 0%	100,00 %	100	25,00%
		Liquidazione delle fatture entro 30 giorni dal ricevimento delle stesse	UOC COT - 118 Attività territoriali	Dato acquisito dalla U.O.C. Gestione Economico Finanziaria	N. fatture liquidate / N. totale fatture ricevute sul gruppo acquisti x 100	≥ 95,00% = 100% ≥ 85,00% e < 95,00% = 80% <85,00% = 0%	95,38 %	100	0,40%
			UOC Monitoraggio e controllo attività di riabilitazione accreditata, attività ospedaliere private accreditate, ospedali classificati e specialistica ambulatoriale accreditata				100,00 %	100	5,25%
			UOC Formazione e rapporti con università				93,88 %	80	-1,33%
			UOC Acquisizione beni ed economato				95,80 %	100	0,84%
			UOC Acquisizione servizi				98,71 %	100	3,99%
			UOC Gestione patrimonio immobiliare e beni mobili registrati				80,00 %	0	-15,79%
			UOC Tutela della salute della donna del bambino e dell'adolescente				100,00 %	100	5,25%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione Indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA TECNICO/AMMINISTRATIVA	Sviluppo dei processi dell'area tecnica e amministrativa	Liquidazione delle fatture entro 30 giorni dal ricevimento delle stesse	UOC Informatizzazione e transizione digitale	Dato acquisito dalla U.O.C. Gestione Economico Finanziaria	N. fatture liquidate / N. totale fatture ricevute sul gruppo acquisti x 100	≥ 95,00% = 100% ≥ 85,00% e < 95,00% = 80% <85,00% = 0%	96,58 %	100	1,65%
			UOC Manutenzione Ordinaria e straordinaria immobili impianti tecnici				91,67 %	80	-3,51%
			UOC Ingegneria clinica				91,67 %	80	-3,51%
			UOC Farmaceutica convenzionata e territoriale				99,53 %	100	4,77%
			DS Dipartimento di Prevenzione				95,00 %	100	0,00%
			DS Dipartimento di Salute Mentale				96,46 %	100	1,54%
			DS Dipartimento Dipendenze				97,24 %	100	2,35%
			Direzione DSB 24 e DSB 73				86,45 %	80	-9,00%
			Direzione DSB 25				99,39 %	100	4,62%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA TECNICO/AMMINISTRATIVA	Sviluppo dei processi dell'area tecnica e amministrativa	Liquidazione delle fatture entro 30 giorni dal ricevimento delle stesse	Direzione DSB 26	Dato acquisito dalla U.O.C. Gestione Economico Finanziaria	N. fatture liquidate / N. totale fatture ricevute sul gruppo acquisti x 100	$\geq 95,00\% = 100\%$ $\geq 85,00\% \text{ e } < 95,00\% = 80\%$ $< 85,00\% = 0\%$	99,09 %	100	4,38%
			Direzione DSB 27				99,3 %	100	4,58%
			Direzione DSB 28				97,70 %	100	2,84%
			Direzione DSB 29				95,48 %	100	0,51%
			Direzione DSB 30				98,77 %	100	3,97%
			Direzione DSB 31				97,15 %	100	2,25%
			Direzione DSB 32				98,63 %	100	3,82%
			Direzione DSB 33				98,19 %	100	3,35%
			Direzione Amministrativa P.O. San Giovanni Bosco/P.S.I. Barra				99,19 %	100	4,41%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione Indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA TECNICO/AMMINISTRATIVA	Sviluppo dei processi dell'area tecnica e amministrativa	Liquidazione delle fatture entro 30 giorni dal ricevimento delle stesse	Direzione Amministrativa P.O. Pellegrini/Stabilimento Santa Maria del Popolo degli Incurabili	Dato acquisito dalla U.O.C. Gestione Economico Finanziaria	N. fatture liquidate / N. totale fatture ricevute sul gruppo acquisti x 100	$\geq 95,00\% = 100\%$ $\geq 85,00\% \text{ e } < 95,00\% = 80\%$ $< 85,00\% = 0\%$	99,75 %	100	5,00%
			Direzione Amministrativa P.O. Santa Maria di Loreto nuovo/Capilupi Capri				100,00 %	100	5,25%
			Direzione Amministrativa P.O. San Paolo				95,24 %	100	0,25%
			Direzione Amministrativa P.O. Ospedale del Mare/Stabilimento Barra				96,04 %	100	1,09%
			UOC Prevenzione e protezione				100,00 %	100	5,25%
			UOC Pianificazione Progettazione e Sviluppo degli interventi sul patrimonio immobiliare				96,15 %	100	1,21%
			UOC Assistenza anziani e cure domiciliari				99,57 %	100	4,81%
		Mantenimento del numero di contenziosi, rispetto all'anno 2023, difesi da Legali Interni	UOC Affari giuridico-legali e contenzioso	So.RE.SA - Legal App	Numero di contenziosi difesi da Legali Interni effettuati nel corso dell'anno di riferimento	$\geq 100 = 100\%$ $\geq 80 \text{ e } < 100 = 60\%$ $< 80 = 0\%$ del valore del 2023	100	100	0,00%
		Mantenimento del patrimonio edilizio – accordo quadro: controllo sulle attività manutentive richieste dalle strutture sanitarie	UOC Manutenzione Ordinaria e straordinaria immobili impianti tecnici	Protocollo Informativo GEDOC Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA TECNICO/AMMINISTRATIVA	Sviluppo dei processi dell'area tecnica e amministrativa	Monitoraggio dell'informazione riguardante l'A.S.L. in modo diretto e indiretto attraverso diverse forme e modalità: rassegna stampa cartacea, radiofonica, televisiva e via web e analisi dei lanci delle agenzie di stampa	UOS in staff Stampa e comunicazione Aziendale	Protocollo Informatico GEDOC Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Nuovo Sistema Informatico Aziendale: diffusione e utilizzo del sistema di cartella clinica elettronica Virgilio in tutti i reparti dei Presidi Ospedalieri della A.S.L. Napoli 1 Centro	UOC Informizzazione e transizione digitale	Protocollo Informatico GEDOC Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione semestrale sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Ottimizzazione del processo di caricamento su SAP dei contratti consequenziali all'acquisizione di beni e servizi	UOC Affari generali	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Definizione e trasmissione alla Direzione Amministrativa Aziendale di procedura aziendale e relativi criteri	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Ottimizzazione del processo di gestione delle richieste di acquisto di nuove apparecchiature biomedicali	UOC Ingegneria clinica	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Implementazione di un portale dedicato alla gestione telematica delle richieste di acquisto	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Predisposizione ed attuazione procedure per i controlli dei servizi non sanitari esternalizzati attraverso il Sistema Informativo Amministrativo Contabile (S.I.A.C.)	UOC Acquisizione servizi	Protocollo Informatico GEDOC: Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Predisposizione richieste di pagamento (bollettazione)	UOC Gestione patrimonio immobiliare e beni mobili registrati	Protocollo Informatico GEDOC - Inserire N° e data protocollo e allegare	Effettuazione attività con cadenza quadrimestrale. Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento.	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Predisposizione solleciti di pagamento da indirizzare ai conduttori/occupanti che risultino in ritardo nel pagamento dei canoni di locazione/indennità di occupazione rate/debito	UOC Gestione patrimonio immobiliare e beni mobili registrati	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	N. solleciti di pagamento / N. posizioni per le quali sia risultata una delle condizioni descritte nell'obiettivo	≥ 90,00% = 100% ≥ 75,00% e < 90,00% = 80% < 75,00% = 0%	100,00 %	100	11,1%
		Procedura di controllo servizi manutentivi esternalizzati	UOC Manutenzione Ordinaria e straordinaria immobili impianti tecnici	Protocollo Informatico GEDOC Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione semestrale sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Processo di contabilità settoriale del magazzino economico, attraverso la implementazione del carico e scarico dei beni economici acquisiti e distribuiti alle strutture aziendali richiedenti, con l'utilizzo della piattaforma di gestione aziendale di magazzino SIAC di SAP	UOC Acquisizione beni ed economico	S.I.A.C. Sistema Amministrativo Contabile	Percentuale del carico e scarico dei beni economici acquisiti entro 20 giorni lavorativi dalla acquisizione e/o dalla distribuzione alle strutture aziendali richiedenti	≥ 90,00% = 100% ≥ 60,00% e < 90,00% = 60% < 60,00% = 0%	90 %	100	0,00%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA TECNICO/AMMINISTRATIVA	Sviluppo dei processi dell'area tecnica e amministrativa	Processo di creazione Contratti SAP rispetto alla stipula del sinallagma di fornitura a seguito dei controlli post aggiudicazione	UOC Acquisizione beni ed economato	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Percentuale di Contratti SAP creati entro 7 giorni lavorativi dalla stipula del sinallagma	$\geq 90,00\% = 100\%$ $\geq 60,00\% \text{ e } < 90,00\% = 60\%$ $< 60,00\% = 0\%$	100,00 %	100	11,8%
		Programmazione biennale acquisti apparecchiature elettromedicali	UOC Ingegneria clinica	Protocollo Informativo GEDOC: Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Prosecuzione attività di verifica consistenza e stato d'uso del patrimonio disponibile, indisponibile e dei terreni finalizzata alla locazione e/o alla vendita	UOC Gestione patrimonio immobiliare e beni mobili registrati	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Elaborazione report su rilievi, valutazioni e perizie effettuati mediante sopralluoghi di natura tecnica nell'anno di riferimento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Regolarizzazione degli immobili di proprietà aziendale mediante azioni (sottoscrizione contratti e atti di recupero del debito, redazione di relazioni istruttorie)	UOC Gestione patrimonio immobiliare e beni mobili registrati	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	N. azioni intraprese / N. posizioni esaminate x 100	$\geq 75,00\% = 100\%$ $\geq 50,00\% \text{ e } < 75,00\% = 50\%$ $< 50,00\% = 0\%$	75 %	100	0,00%
		Ricostruzione e implementazione dell'archivio dei pagamenti relativi a canoni di locazione, indennità di occupazione, rate debito, e monitoraggio stato pagamenti	UOC Gestione patrimonio immobiliare e beni mobili registrati	Protocollo Informativo GEDOC - Inserire N° e data protocollo e allegare	Effettuazione attività con cadenza mensile. Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Riduzione contenzioso per responsabilità medica	UOC Affari giuridico-legali e contenzioso	Applicativo So.RE.SA Legal App	Numero transazioni effettuate	$\geq 3 = 100\%$ $\geq 2 \text{ e } < 3 = 60\%$ $< 2 = 0\%$	9	100	200,00%
		Riscossione Crediti	UOC Gestione economico finanziaria	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Riduzione di almeno del 30% dei crediti iscritti in bilancio	$\geq 30,00\% = 100\%$ $\geq 20,00\% \text{ e } < 30,00\% = 80\%$ $< 20,00\% = 0\%$	52,00 %	100	73,33%
		Verifica conformità ai modelli allegati al DM n. 142/198 delle proposte di convenzione per lo svolgimento di tirocini pre e post lauream	UOC Affari generali	Protocollo Informativo GEDOC - Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione sulle attività svolte, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%

Relazione Performance anno 2024

Obiettivo Strategico 2: Attuazione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza									
Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA TECNICO/AMMINISTRATIVA	Attuazione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Divulgazione dei contenuti della sezione "Rischi corruttivi e Trasparenza" del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2024-2026	UOS in staff Protezione Dati Personali, prevenzione della corruzione e trasparenza	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Tempestiva condivisione partecipata degli atti e delle azioni proattive contenute nel P.I.A.O., Report di monitoraggio annuale	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Funzionamento delle articolazioni aziendali nella trasparenza e legalità - Rafforzare i controlli e le verifiche interne con strumenti e documenti, sempre più efficaci finalizzati al miglioramento continuo in materia di data protection, di prevenzione della corruzione e trasparenza	UOS in staff Protezione Dati Personali, prevenzione della corruzione e trasparenza	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Redazione check list sempre più dettagliate di verifica e controllo per le strutture aziendali in materia di data protection e di prevenzione della corruzione e trasparenza	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA. Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza: - revisione della mappatura dei propri processi - aggiornamento o approfondimento dell'analisi del rischio corruzione in conformità al PNA 2022 e aggiornamento PNE 2023 - elaborazione, aggiornamento e implementazione di conseguenti misure di prevenzione della corruzione con la verifica dell'attuazione delle misure di mitigazione dei rischi corruttivi - trasparenza (obbligo pubblicazione dati di competenza - tempestività riscontro accessi civici generalizzati) - ogni altro adempimento previsto nella sezione rischi corruttivi e trasparenza del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.)	UOS in staff Stampa e comunicazione Aziendale	Dato acquisito dal R.P.C.T.	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2024, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
			UOC Gestione economico finanziaria				ON	100	0,00%
			UOC Acquisizione beni ed economato				ON	100	0,00%
			UOC Acquisizione servizi				ON	100	0,00%
			UOC Gestione risorse umane				ON	100	0,00%
			UOC Gestione patrimonio immobiliare e beni mobili registrati				ON	100	0,00%
			UOC Affari giuridico-legali e contenzioso				ON	100	0,00%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA TECNICO/AMMINISTRATIVA	Attuazione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza: - revisione della mappatura dei propri processi - aggiornamento o approfondimento dell'analisi del rischio corruzione in conformità al PNA 2022 e aggiornamento PNE 2023 - elaborazione, aggiornamento e implementazione di conseguenti misure di prevenzione della corruzione con la verifica dell'attuazione delle misure di mitigazione dei rischi corruttivi - trasparenza (obbligo pubblicazione dati di competenza - tempestiva riscontro accessi civici generalizzati) - ogni altro adempimento previsto nella sezione rischi corruttivi e trasparenza del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.)	UOC Affari generali	Dato acquisito dal R.P.C.T.	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2024, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
			UOC Informatizzazione e transizione digitale				ON	100	0,00%
			UOC Manutenzione Ordinaria e straordinaria immobili impianti tecnici				ON	100	0,00%
			UOC Ingegneria clinica				ON	100	0,00%
			UOC Controllo di gestione				ON	100	0,00%
			UOS in staff Rapporti con organi e organismi aziendali				ON	100	0,00%
			Direzione Amministrativa P.O. San Giovanni Bosco/P.S.I. Barra				ON	100	0,00%
			Direzione Amministrativa P.O. Pellegrini/Stabilimento Santa Maria del Popolo degli Incurabili				ON	100	0,00%
			Direzione Amministrativa P.O. Santa Maria di Loreto nuovo/Capilupi Capri				ON	100	0,00%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA TECNICO/AMMINISTRATIVA	Attuazione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA. Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza: - revisione della mappatura dei propri processi - aggiornamento o approfondimento dell'analisi del rischio corruzione in conformità al PNA 2022 e aggiornamento PNE 2023 - elaborazione, aggiornamento e implementazione di conseguenti misure di prevenzione della corruzione con la verifica dell'attuazione delle misure di mitigazione dei rischi corruttivi - trasparenza (obbligo pubblicazione dati di competenza - tempistica riscontro accessi civici generalizzati) - ogni altro adempimento previsto nella sezione rischi corruttivi e trasparenza del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.)	Direzione Amministrativa P.O. San Paolo	Dato acquisito dal R.P.C.T.	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2024, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
			Direzione Amministrativa P.O. Ospedale del Mare/Stabilimento Barra				ON	100	0,00%
			UOC Prevenzione e protezione				ON	100	0,00%
			UOC Pianificazione Progettazione e Sviluppo degli interventi sul patrimonio immobiliare				ON	100	0,00%
		PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA. Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza: - revisione della mappatura dei propri processi - aggiornamento o approfondimento dell'analisi del rischio corruzione in conformità al PNA 2022 - elaborazione, aggiornamento e implementazione di conseguenti misure di prevenzione della corruzione con la verifica dell'attuazione delle misure di mitigazione dei rischi corruttivi - trasparenza (obbligo pubblicazione dati di competenza - tempistica riscontro accessi civici generalizzati) - ogni altro adempimento previsto nella sezione rischi corruttivi e trasparenza del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.)*	UOSD Coordinamento delle attività cardiologiche territoriali	Dato acquisito dal R.P.C.T.	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2024, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
			UOSD Cure palliative domiciliari				ON	100	0,00%
			UOC COT - 118 Attività territoriali				ON	100	0,00%
			UOSD Laboratorio territoriale SS. Annunziata				ON	100	0,00%
			UOC Monitoraggio e controllo attività di riabilitazione accreditata, attività ospedaliere private accreditate, ospedali classificati e specialistica ambulatoriale accreditata				ON	100	0,00%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA TECNICO/AMMINISTRATIVA	Attuazione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza: - revisione della mappatura dei propri processi - aggiornamento o approfondimento dell'analisi del rischio corruzione in conformità al PNA 2022 - elaborazione, aggiornamento e implementazione di conseguenti misure di prevenzione della corruzione con la verifica dell'attuazione delle misure di mitigazione dei rischi corruttivi - trasparenza (obbligo pubblicazione dati di competenza - tempestica riscontro accessi civici generalizzati) - ogni altro adempimento previsto nella sezione rischi corruttivi e trasparenza del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.)	UOC Programmazione e Pianificazione Aziendale	Dato acquisito dal R.P.C.T.	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2024, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
			UOC Formazione e rapporti con università				ON	100	0,00%
			UOC Gestione rischio clinico e qualità				ON	100	0,00%
			UOS in staff Monitoraggio, analisi e controllo attività intramoenia				ON	100	0,00%
			UOS in staff Programmi di screening				ON	100	0,00%
			UOC Medicina pubblica valutativa, legale e fiscale				ON	100	0,00%
			UOC Tutela della salute della donna del bambino e dell'adolescente				ON	100	0,00%
			Riabilitazione cardiologica territoriale				ON	100	0,00%
			UOC Farmaceutica convenzionata e territoriale				ON	100	0,00%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA TECNICO/AMMINISTRATIVA	Attuazione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza: - revisione della mappatura dei propri processi - aggiornamento o approfondimento dell'analisi del rischio corruzione in conformità al PNA 2022 - elaborazione, aggiornamento e implementazione di conseguenti misure di prevenzione della corruzione con la verifica dell'attuazione delle misure di mitigazione dei rischi corruttivi - trasparenza (obbligo pubblicazione dati di competenza – tempestiva riscontro accessi civici generalizzati) - ogni altro adempimento previsto nella sezione rischi corruttivi e trasparenza del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.)*	UOC Patologia clinica territoriale	Dato acquisito dal R.P.C.T.	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2024, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
			DS Dipartimento di Prevenzione				ON	100	0,00%
			DS Dipartimento di Salute Mentale				ON	100	0,00%
			DS Dipartimento Dipendenze				ON	100	0,00%
			DS Dipartimento Attività Ospedaliera				ON	100	0,00%
			Direzione DSB 24 e DSB 73				ON	100	0,00%
			Direzione DSB 25				ON	100	0,00%
			UOC Programmazione attività assistenza primaria				ON	100	0,00%
			UOC Psicologia clinica territoriale e ospedaliera				ON	100	0,00%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA TECNICO/AMMINISTRATIVA	Attuazione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza: - revisione della mappatura dei propri processi - aggiornamento o approfondimento dell'analisi del rischio corruzione in conformità al PNA 2022 - elaborazione, aggiornamento e implementazione di conseguenti misure di prevenzione della corruzione con la verifica dell'attuazione delle misure di mitigazione dei rischi corruttivi - trasparenza (obbligo pubblicazione dati di competenza - tempestività riscontro accessi civici generalizzati) - ogni altro adempimento previsto nella sezione rischi corruttivi e trasparenza del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.)"	UOSD Coordinamento delle attività dermatologiche territoriali	Dato acquisito dal R.P.C.T.	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2024, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
			UOC Monitoraggio e controllo attività ospedaliere pubbliche e private accreditate				ON	100	0,00%
			UOSD Laboratorio di Genetica Medica				ON	100	0,00%
			UOC Riabilitazione				ON	100	0,00%
			UOC CUP e flussi informativi e analisi e monitoraggio L.E.A. e Piano Nazionale Esiti				ON	100	0,00%
			Direzione DSB 26				ON	100	0,00%
			Direzione DSB 27				ON	100	0,00%
			Direzione DSB 28				ON	100	0,00%
			Direzione DSB 29				ON	100	0,00%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA TECNICO/AMMINISTRATIVA	Attuazione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza: - revisione della mappatura dei propri processi - aggiornamento o approfondimento dell'analisi del rischio corruzione in conformità al PNA 2022 - elaborazione, aggiornamento e implementazione di conseguenti misure di prevenzione della corruzione con la verifica dell'attuazione delle misure di mitigazione dei rischi corruttivi - trasparenza (obbligo pubblicazione dati di competenza - tempestiva riscontro accessi civici generalizzati) - ogni altro adempimento previsto nella sezione rischi corruttivi e trasparenza del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.)*	Direzione DSB 30	Dato acquisito dal R.P.C.T.	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2024, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
			Direzione DSB 31				ON	100	0,00%
			Direzione DSB 32				ON	100	0,00%
			Direzione DSB 33				ON	100	0,00%
			P.O. San Giovanni Bosco				ON	100	0,00%
			P.O. Pellegrini - Santa Maria del popolo degli Incurabili				ON	100	0,00%
			P.O. San Paolo				ON	100	0,00%
			Direzione Medica di Presidio P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo				ON	100	0,00%
			P.O. Ospedale del Mare/Stabilimento Barra				ON	100	0,00%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA TECNICO/AMMINISTRATIVA	Attuazione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza: - revisione della mappatura dei propri processi - aggiornamento o approfondimento dell'analisi del rischio corruzione in conformità al PNA 2022 - elaborazione, aggiornamento e implementazione di conseguenti misure di prevenzione della corruzione con la verifica dell'attuazione delle misure di mitigazione dei rischi corruttivi - trasparenza (obbligo pubblicazione dati di competenza - tempistica riscontro accessi civici generalizzati) - ogni altro adempimento previsto nella sezione rischi corruttivi e trasparenza del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.)*	UOC Sorveglianza sanitaria	Dato acquisito dal R.P.C.T.	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2024, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
			UOC Tutela della salute negli istituti penitenziari				ON	100	0,00%
			UOC Coordinamento delle attività socio-sanitarie				ON	100	0,00%
			Monitoraggio e controllo attività assistenza specialistica				ON	100	0,00%
			Struttura Tecnica Permanente				ON	100	0,00%
			UOSD Monitoraggio consumi farmaci e dispositivi medici e fabbisogni aziendali				ON	100	0,00%
			UOC Assistenza anziani e cure domiciliari				ON	100	0,00%

Relazione Performance anno 2024

Obiettivo Strategico 3: Attuazione delle misure di Protezione dei Dati Personali									
Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA TECNICO/AMMINISTRATIVA	Attuazione delle misure di Protezione dei Dati Personali	Adeguamento dei processi informativi aziendali alle normative in materia di data protection e di prevenzione della corruzione e trasparenza	UOC Informatizzazione e transizione digitale	Attestazione da parte di RPD	Relazione al Responsabile Protezione Dati (RPD), entro il 30 novembre 2024, per i processi interessati circa l'aggiornamento e la valutazione dei rischi ed il rispetto delle normative in materia di data protection e di prevenzione della corruzione e trasparenza	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		DATA PROTECTION - Aggiornamento e verifica dei propri atti, processi e procedure al Regolamento Europeo 2016/679 - GDPR, al D.lvo 101/2018, ai dettati del Garante, alle linee guida, circolari, disposizioni e raccomandazioni aziendali - mettere in atto - su tutti i propri processi - misure tecniche e organizzative adeguate a garantire ed essere in grado di dimostrare, che il trattamento è effettuato conformemente al Regolamento EU 679/2016 (GDPR) - Policy di sicurezza dei dati personali	Direzione Amministrativa P.O. Ospedale del Mare/Stabilimento Barra	Dato acquisito dal R.P.D.	Trasmissione al Responsabile della Protezione Dati (RPD), entro il 30 novembre 2024, della check list di controllo compilata (fornita dal RPD)	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
			Direzione Amministrativa P.O. Pellegrini/Stabilimento Santa Matia del Popolo degli Incurabili				ON	100	0,00%
			Direzione Amministrativa P.O. San Giovanni Bosco/P.S.I. Barra				ON	100	0,00%
			Direzione Amministrativa P.O. San Paolo				ON	100	0,00%
			Direzione Amministrativa P.O. Santa Maria di Loreto nuovo/Capluipi Capri				ON	100	0,00%
			Direzione DSB 24 e DSB 73				ON	100	0,00%
			Direzione DSB 25				ON	100	0,00%
			Direzione DSB 26				ON	100	0,00%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione Indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA TECNICO/AMMINISTRATIVA	Attuazione delle misure di Protezione dei Dati Personali	DATA PROTECTION - Aggiornamento e verifica dei propri atti, processi e procedure al Regolamento Europeo 2016/679 – GDPR, al D.lvo 101/2018, ai dettati del Garante, alle linee guida, circolari, disposizioni e raccomandazioni aziendali - mettere in atto - su tutti i propri processi - misure tecniche e organizzative adeguate a garantire ed essere in grado di dimostrare, che il trattamento è effettuato conformemente al Regolamento EU 679/2016 (GDPR) - Policy di sicurezza dei dati personali	Direzione DSB 27	Dato acquisito dal R.P.D.	Trasmissione al Responsabile della Protezione Dati (RPD), entro il 30 novembre 2024, della check list di controllo compilata (fornita dal RPD)	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
			Direzione DSB 28				ON	100	0,00%
			Direzione DSB 29				ON	100	0,00%
			Direzione DSB 30				ON	100	0,00%
			Direzione DSB 31				ON	100	0,00%
			Direzione DSB 32				ON	100	0,00%
			Direzione DSB 33				ON	100	0,00%
			Direzione Medica di Presidio P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo				ON	100	0,00%
			DS Dipartimento Attività Ospedaliera				ON	100	0,00%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA TECNICO/AMMINISTRATIVA	Attuazione delle misure di Protezione dei Dati Personali	DATA PROTECTION - Aggiornamento e verifica dei propri atti, processi e procedure al Regolamento Europeo 2016/679 – GDPR, al D.lvo 101/2018, ai dettati del Garante, alle linee guida, circolari, disposizioni e raccomandazioni aziendali - mettere in atto - su tutti i propri processi - misure tecniche e organizzative adeguate a garantire ed essere in grado di dimostrare, che il trattamento è effettuato conformemente al Regolamento EU 679/2016 (GDPR) - Policy di sicurezza dei dati personali	DS Dipartimento di Prevenzione	Dato acquisito dal R.P.D.	Trasmissione al Responsabile della Protezione Dati (RPD), entro il 30 novembre 2024, della check list di controllo compilata (fornita dal RPD)	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
			DS Dipartimento di Salute Mentale				ON	100	0,00%
			DS Dipartimento Dipendenze				ON	100	0,00%
			DS Dipartimento Integrato di Medicina di Laboratorio				ON	100	0,00%
			Monitoraggio e controllo attività assistenza specialistica				ON	100	0,00%
			P.O. Ospedale del Mare/Stabilimento Barra				ON	100	0,00%
			P.O. Pellegrini - Santa Maria del popolo degli Incurabili				ON	100	0,00%
			P.O. San Giovanni Bosco				ON	100	0,00%
			P.O. San Paolo				ON	100	0,00%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione Indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA TECNICO/AMMINISTRATIVA	Attuazione delle misure di Protezione dei Dati Personali	DATA PROTECTION - Aggiornamento e verifica dei propri atti, processi e procedure al Regolamento Europeo 2016/679 – GDPR, al D.lvo 101/2018, ai dettati del Garante, alle linee guida, circolari, disposizioni e raccomandazioni aziendali - mettere in atto - su tutti i propri processi - misure tecniche e organizzative adeguate a garantire ed essere in grado di dimostrare, che il trattamento è effettuato conformemente al Regolamento EU 679/2016 (GDPR) - Policy di sicurezza dei dati personali	Riabilitazione cardiologica territoriale	Dato acquisito dal R.P.D.	Trasmissione al Responsabile della Protezione Dati (RPD), entro il 30 novembre 2024, della check list di controllo compilata (fornita dal RPD)	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
			Struttura Tecnica Permanente				ON	100	0,00%
			UOC Acquisizione beni ed economato				ON	100	0,00%
			UOC Acquisizione servizi				ON	100	0,00%
			UOC Affari generali				ON	100	0,00%
			UOC Affari giuridico-legali e contenzioso				ON	100	0,00%
			UOC Assistenza anziani e cure domiciliari				ON	100	0,00%
			UOC Controllo di gestione				ON	100	0,00%
			UOC Coordinamento delle attività socio-sanitarie				ON	100	0,00%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA TECNICO/AMMINISTRATIVA	Attuazione delle misure di Protezione dei Dati Personali	DATA PROTECTION - Aggiornamento e verifica dei propri atti, processi e procedure al Regolamento Europeo 2016/679 – GDPR, al D.lvo 101/2018, ai dettati del Garante, alle linee guida, circolari, disposizioni e raccomandazioni aziendali - mettere in atto - su tutti i propri processi - misure tecniche e organizzative adeguate a garantire ed essere in grado di dimostrare, che il trattamento è effettuato conformemente al Regolamento EU 679/2016 (GDPR) - Policy di sicurezza dei dati personali	UOC COT - 118 Attività territoriali	Dato acquisito dal R.P.D.	Trasmissione al Responsabile della Protezione Dati (RPD), entro il 30 novembre 2024, della check list di controllo compilata (fornita dal RPD)	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
			UOC CUP e flussi informativi e analisi e monitoraggio L.E.A. e Piano Nazionale Esiti				ON	100	0,00%
			UOC Farmaceutica convenzionata e territoriale				ON	100	0,00%
			UOC Formazione e rapporti con università				ON	100	0,00%
			UOC Gestione economico finanziaria				ON	100	0,00%
			UOC Gestione patrimonio immobiliare e beni mobili registrati				ON	100	0,00%
			UOC Gestione rischio clinico e qualità				ON	100	0,00%
			UOC Gestione risorse umane				ON	100	0,00%
			UOC Informatizzazione e transizione digitale				ON	100	0,00%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA TECNICO/AMMINISTRATIVA	Attuazione delle misure di Protezione dei Dati Personali	DATA PROTECTION - Aggiornamento e verifica dei propri atti, processi e procedure al Regolamento Europeo 2016/679 - GDPR, al D.lvo 101/2018, ai dettati del Garante, alle linee guida, circolari, disposizioni e raccomandazioni aziendali - mettere in atto - su tutti i propri processi - misure tecniche e organizzative adeguate a garantire ed essere in grado di dimostrare, che il trattamento è effettuato conformemente al Regolamento EU 679/2016 (GDPR) - Policy di sicurezza dei dati personali	UOC Ingegneria clinica	Dato acquisito dal R.P.D.	Trasmissione al Responsabile della Protezione Dati (RPD), entro il 30 novembre 2024, della check list di controllo compilata (fornita dal RPD)	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
			UOC Manutenzione Ordinaria e straordinaria immobili Impianti tecnici				ON	100	0,00%
			UOC Medicina pubblica valutativa, legale e fiscale				ON	100	0,00%
			UOC Monitoraggio e controllo attività di riabilitazione accreditata, attività ospedaliere private accreditate, ospedali classificati e specialistica ambulatoriale accreditata				ON	100	0,00%
			UOC Monitoraggio e controllo attività ospedaliere pubbliche e private accreditate				ON	100	0,00%
			UOC Patologia clinica territoriale				ON	100	0,00%
			UOC Pianificazione Progettazione e Sviluppo degli interventi sul patrimonio immobiliare				ON	100	0,00%
			UOC Prevenzione e protezione				ON	100	0,00%
			UOC Programmazione attività assistenza primaria				ON	100	0,00%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA TECNICO/AMMINISTRATIVA	Attuazione delle misure di Protezione dei Dati Personali	DATA PROTECTION - Aggiornamento e verifica dei propri atti, processi e procedure al Regolamento Europeo 2016/679 – GDPR, al D.lvo 101/2018, ai dettati del Garante, alle linee guida, circolari, disposizioni e raccomandazioni aziendali - mettere in atto su tutti i propri processi - misure tecniche e organizzative adeguate a garantire ed essere in grado di dimostrare, che il trattamento è effettuato conformemente al Regolamento EU 679/2016 (GDPR) - Policy di sicurezza dei dati personali	UOC Programmazione e Pianificazione Aziendale	Dato acquisito dal R.P.D.	Trasmissione al Responsabile della Protezione Dati (RPD), entro il 30 novembre 2024, della check list di controllo compilata (fornita dal RPD)	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
			UOC Psicologia clinica territoriale e ospedaliera				ON	100	0,00%
			UOC Riabilitazione				ON	100	0,00%
			UOC Sorveglianza sanitaria				ON	100	0,00%
			UOC Tutela della salute della donna del bambino e dell'adolescente				ON	100	0,00%
			UOC Tutela della salute negli istituti penitenziari				ON	100	0,00%
			UOS in staff Monitoraggio, analisi e controllo attività intramoenia				ON	100	0,00%
			UOS in staff Programmi di screening				ON	100	0,00%
			UOS in staff Rapporti con organi e organismi aziendali				ON	100	0,00%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA TECNICO/AMMINISTRATIVA	Attuazione delle misure di Protezione dei Dati Personali	DATA PROTECTION - Aggiornamento e verifica dei propri atti, processi e procedure al Regolamento Europeo 2016/679 – GDPR, al D.lvo 101/2018, ai dettati del Garante, alle linee guida, circolari, disposizioni e raccomandazioni aziendali - mettere in atto - su tutti i propri processi - misure tecniche e organizzative adeguate a garantire ed essere in grado di dimostrare, che il trattamento è effettuato conformemente al Regolamento EU 679/2016 (GDPR) - Policy di sicurezza dei dati personali	UOS in staff Stampa e comunicazione Aziendale	Dato acquisito dal R.P.D.	Trasmissione al Responsabile della Protezione Dati (RPD), entro il 30 novembre 2024, della check list di controllo compilata (fornita dal RPD)	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
			UOSD Coordinamento delle attività cardiologiche territoriali				ON	100	0,00%
			UOSD Coordinamento delle attività dermatologiche territoriali				ON	100	0,00%
			UOSD Cure palliative domiciliari				ON	100	0,00%
			UOSD Laboratorio di Genetica Medica				ON	100	0,00%
			UOSD Laboratorio territoriale SS. Annunziata				ON	100	0,00%
			UOSD Monitoraggio consumi farmaci e dispositivi medici e fabbisogni aziendali				ON	100	0,00%
		Promozione dell'etica, della legalità e della riservatezza in Azienda. Adeguamento della policy aziendale al GDPR mediante definizione di regole, modelli organizzativi e procedure, e relativa emanazione di circolari, linee guida, note esplicative, pareri. Supporto all'Alta Direzione mediante attività di assistenza, consulenza ed interfaccia con interlocutori esterni anche istituzionali	UOS in staff Protezione Dati Personali, prevenzione della corruzione e trasparenza	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	N. di strutture valutate nel 2024 relativamente al sistema di gestione della protezione dei dati personali/N. strutture Aziendali x 100	≥ 70,00% = 100% ≥ 20,00% e < 70,00% = 60% <20,00% = 0%	100,00 %	100	42,86%

Relazione Performance anno 2024

Obiettivo Strategico 4: Ottimizzazione dell' gestione delle risorse umane									
Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA TECNICO/AMMINISTRATIVA	Ottimizzazione della gestione delle risorse umane .	Due diligence del personale dipendente (aspetti giuridici, previdenziali ed economici)	UOC Gestione risorse umane	Protocollo Informativo GEDOC: Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione semestrale sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Gestione contenzioso amministrativo e procedure disciplinari	UOC Gestione risorse umane	Protocollo Informativo GEDOC: Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione semestrale sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Proposta piano assunzionale 2022-2024 e sua attuazione (Procedure concorsuali) ivi incluse le procedure attuative per il conferimento degli incarichi di Struttura da atto aziendale	UOC Gestione risorse umane	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Numero procedure attivate rispetto a quelle previste dal piano e dall'attuazione dell'atto aziendale	≥ 80 = 100% ≥ 50 e < 80 = 50% < 50 = 0%	100	100	25,00%

Relazione Performance anno 2024

Obiettivo Strategico 5: Monitoraggio e supporto attività direzionale									
Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA ATTIVITA' DIREZIONE AZIENDALE	Monitoraggio e supporto attività direzionale	Analisi e valutazione dei giudizi di idoneità dei lavoratori dell'A.S.L. Napoli 1 Centro	UOC Sorveglianza sanitaria	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	N. di giudizi espressi/N. visite periodiche programmate x 100	≥ 100,00% = 100% ≥ 90,00% e < 100,00% = 80% <90,00% = 0%	100,00 %	100	0,00%
		Analisi, monitoraggio e valutazione altri flussi informativi, inclusi indicatori NSG	UOC CUP e flussi informativi e analisi e monitoraggio L.E.A. e Piano Nazionale Esiti	Protocollo Informativo GEDOC: Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione trimestrale, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Analisi, monitoraggio e valutazione dei flussi informativi ministeriali - Decreto Ministeriale n. 5 dicembre 2006 (STS/FLS/RIA 11/HSP)	UOC CUP e flussi informativi e analisi e monitoraggio L.E.A. e Piano Nazionale Esiti	Protocollo Informativo GEDOC: Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione trimestrale, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Applicazione del protocollo Ministeriale degli eventi sentinella	UOC Gestione rischio clinico e qualità	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	N. di Audit effettuati/N. totale eventi sentinella occorsi e/o segnalati x 100	≥ 90,00% = 100% ≥ 80,00% e < 90,00% = 60% <80,00% = 0%	100,00 %	100	11,11%
		Applicazione regolamento del percorso procedurale per le dimissioni sociosanitarie protette per Persone Senza Dimora e Persone in condizione di Fragilità	UOC Coordinamento delle attività socio-sanitarie	Protocollo Informativo GEDOC - Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Azione di controllo dell'attività libero professionale intramuraria aziendale	UOS in staff Monitoraggio, analisi e controllo attività intramoenia	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	N. di controlli effettuati/N. di richieste di convenzioni in regime di attività Libero Professionale pervenute x 100	≥ 100,00% = 100% <100,00% = 0%	100 %	100	0,00%
		Cancellazione ed iscrizione dei detenuti Italiani e stranieri al Servizio Sanitario Nazionale (Adempimenti di cui all'art. 7 Legge n. 526 del 07/08/1982)	UOC Tutela della salute negli istituti penitenziari	Protocollo Informativo GEDOC - Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione sulle attività svolte, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Collaborazione alla redazione di DUVRI delle macrostrutture aziendali	UOC Prevenzione e protezione	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	N° di DUVRI redatti	≥ 7 = 100% ≥ 6 e < 7 = 70% ≥ 3 e < 6 = 50% <3 = 0%	27	100	285,71%
		Controllo e monitoraggio dei tempi di attesa delle attività libero professionali intramurarie	UOC CUP e flussi informativi e analisi e monitoraggio L.E.A. e Piano Nazionale Esiti	Protocollo Informativo GEDOC: Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione mensile, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA ATTIVITA' DIREZIONE AZIENDALE	Monitoraggio e supporto attività direzionale	Controllo e monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e dei ricoveri ospedalieri aziendali	UOC CUP e flussi informativi e analisi e monitoraggio L.E.A. e Piano Nazionale Esiti	Protocollo Informativo GEDOC: Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione mensile, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Controllo e monitoraggio prestazioni Attività Libero Professionale intramurarie, incluso controllo volumi attività	UOS in staff Monitoraggio, analisi e controllo attività intramoenia	Protocollo Informativo GEDOC: Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione mensile, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Controllo e monitoraggio volumi di attività libero-professionale intramuraria vs. volumi attività istituzionale	UOC CUP e flussi informativi e analisi e monitoraggio L.E.A. e Piano Nazionale Esiti	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Adempimento trasmissione flusso regionale annuale	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Creazione ed aggiornamento di banca dati: -del personale aziendale formato obbligatoriamente ai sensi del D.lgs 81/08 e s.m.i., Legge 190/2012, D.lgs. 33/2013 e GDPR 2016/679; -dei tirocinanti in tutte le strutture aziendali; -dei borsisti dei corsi di formazione specialistica in medicina generale; -degli studenti dei corsi di laurea delle professioni sanitarie.	UOC Formazione e rapporti con università	Protocollo Informativo GEDOC : Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione sulle attività svolte, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Effettuazione di sopralluoghi negli ambienti di lavoro anche nell'ambito del processo di aggiornamento dei Documenti di Valutazione dei Rischi delle macrostrutture aziendali	UOC Prevenzione e protezione	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	N° totale di sopralluoghi effettuati	≥ 100 = 100% ≥ 70 e < 100 = 70% ≥ 50 e < 70 = 50% < 50 = 0%	300	100	200,00%
		Garanzia linee diagnostiche specialistiche di laboratorio	UOSD Laboratorio territoriale SS. Annunziata	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	N° linee diagnostiche garantite	≥ 70 = 100% ≥ 60 e < 70 = 80% ≥ 50 e < 60 = 60% < 50 = 0%	70	100	0,00%
		Implementazione nuova piattaforma gestionale Sinfonia-Screening Oncologici	UOS in staff Programmi di screening	Protocollo Informativo GEDOC: Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione semestrale, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Implementazione nuovo regolamento di accompagnamento, formazione, monitoraggio e valutazione dei percorsi sociosanitari nell'ambito delle PUA	UOC Coordinamento delle attività socio-sanitarie	Protocollo Informativo GEDOC - Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Introduzione nuovi test di genetica molecolare	UOSD Laboratorio di Genetica Medica	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Numero di test effettuati nell'anno di riferimento	≥ 150 = 100% ≥ 100 e < 150 = 80% < 100 = 0%	150,00	100	0,00%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA ATTIVITA' DIREZIONE AZIENDALE	Monitoraggio e supporto attività direzionale	Mantenimento del numero delle prestazioni di medicina di laboratorio effettuate nell'anno 2023	UOC Patologia clinica territoriale	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	N. prestazioni di medicina di laboratorio effettuate nel corso dell'anno di riferimento	≥ 95 = 100% ≥ 80 e < 95 = 80% ≥ 70 e < 80 = 60% <70 = 0%	132	100	38,95%
		Mantenimento delle prestazioni di genetica medica effettuate nell'anno 2023	UOSD Laboratorio di Genetica Medica	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	N. di prestazioni di genetica medica erogate nel corso dell'anno di riferimento	≥ 100 = 100% ≥ 90 e < 100 = 80% ≥ 80 e < 90 = 60% <80 = 0%	100	100	0,00%
		Monitoraggio mensile flusso informativo relativo all'adesione della popolazione agli screening di prevenzione oncologica ai fini della rilevazione LEA (cervice uterina, mammella, colon-retto)	UOS in staff Programmi di screening	Protocollo Informativo GEDOC: Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione mensile, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale ed alla U.O.C. CUP e flussi informativi e analisi e monitoraggio I.E.A. e Piano Nazionale Esiti, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Organizzazione Corsi di Formazione sulla violenza di genere	UOC Formazione e rapporti con università	Protocollo Informativo GEDOC - Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione sulle attività svolte, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Potenziamento attività di sorveglianza sanitaria lavoratori A.S.L. Napoli 1 Centro per visite mediche preventive e preassuntive	UOC Sorveglianza sanitaria	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	N. di visite mediche preventive e preassuntive extra di sorveglianza sanitaria effettuate nel corso dell'anno di riferimento	≥ 500 = 100% ≥ 400 e < 500 = 80% ≥ 200 e < 400 = 50% <200 = 0%	2.171	100	334,20%
		Promozione della salute della sicurezza e del benessere lavorativo. Lotta alle dipendenze	UOC Sorveglianza sanitaria	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Predisposizione del Piano Benessere Lavorativo	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Riduzione tempi di attesa erogazione visite specialistiche per le branche a visita presenti negli istituti penitenziari	UOC Tutela della salute negli istituti penitenziari	Protocollo Informativo GEDOC: Inserire N° e data protocollo e allegare	Implementazione del percorso migliorativo con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento e trasmissione alla Direzione Sanitaria Aziendale	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Stato di implementazione Atto Aziendale A.S.L. Napoli 1 Centro	UOC Programmazione e Pianificazione Aziendale	Protocollo Informativo GEDOC: Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione semestrale, trasmessa alla Direzione Strategica, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%

Relazione Performance anno 2024

Obiettivo Strategico 6: Potenziamento e riqualificazione delle attività d'elezione e d'urgenza /emergenza ospedaliera									
Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione Indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA ASSISTENZA OSPEDALIERA	Potenziamento e riqualificazione delle attività d'elezione e d'urgenza /emergenza ospedaliera	Alimentazione Fascicolo Sanitario Elettronico (verbali di pronto soccorso, lettere di dimissione, prestazioni ambulatoriali)	P.O. San Giovanni Bosco	Flussi Aziendali conferiti in SINFONIA elaborati dalla UOC Informatizzazione e Transizione Digitale	N. prestazioni trasmesse al Fascicolo Sanitario Elettronico / N. totale prestazioni erogate x 100	≥ 95,00% = 100% <95,00% = 0%	98,14 %	100	3,31%
			P.O. Pellegrini - Santa Maria del popolo degli Incurabili				98,14 %	100	3,31%
			P.O. San Paolo				98,14 %	100	3,31%
			Direzione Medica di Presidio P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo				98,14 %	100	3,31%
			P.O. Ospedale del Mare/Stabilimento Barra				98,14 %	100	3,31%
		Definizione ed implementazione profili diagnostici ospedalieri	DS Dipartimento Integrato di Medicina di Laboratorio	Protocollo Informativo GEDOC: Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione trimestrale, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	OFF	0	-100,00%
		Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	P.O. San Giovanni Bosco	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Incremento nell'anno di riferimento di almeno il 50% rispetto al dato dell'anno 2023	≥ 50,00% = 100% ≥ 20,00% e < 50,00% = 60% <20,00% = 0%	50,00 %	100	0,00%
			P.O. Pellegrini - Santa Maria del popolo degli Incurabili				853,00 %	100	1606,00%
			P.O. San Paolo				80,00 %	100	60,00%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione Indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA ASSISTENZA OSPEDALIERA	Potenziamento e riqualificazione delle attività d'elezione e d'urgenza / emergenza ospedaliera	Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	Direzione Medica di Presidio P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Incremento nell'anno di riferimento di almeno il 50% rispetto al dato dell'anno 2023	≥ 50,00% = 100% ≥ 20,00% e < 50,00% = 60% < 20,00% = 0%	53,00 %	100	6,00%
			P.O. Ospedale del Mare/Stabilimento Barra				50,00 %	100	0,00%
		Implementazione di almeno n° 6 audit relativi all'appropriatezza prescrittiva farmacologica	P.O. San Giovanni Bosco	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Effettuazione n° 6 audit relativi all'appropriatezza prescrittiva farmacologica	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
			P.O. Pellegrini - Santa Maria del popolo degli Incurabili				ON	100	0,00%
			P.O. San Paolo				ON	100	0,00%
			Direzione Medica di Presidio P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo				ON	100	0,00%
			P.O. Ospedale del Mare/Stabilimento Barra				ON	100	0,00%
		Miglioramento appropriatezza organizzativa dei ricoveri ospedalieri. Attivazione dei Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC)	P.O. San Giovanni Bosco	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Numero di nuovi Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC) di tipo chirurgico attivati	≥ 4 = 100% ≥ 1 e < 4 = 60% < 1 = 0%	3	60	-25,00%
			P.O. Pellegrini - Santa Maria del popolo degli Incurabili				0,00	0	-100,00%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA ASSISTENZA OSPEDALIERA	Potenziamento e riqualificazione delle attività d'elezione e d'urgenza ospedaliera	Miglioramento appropriatezza organizzativa del ricoveri ospedalieri. Attivazione dei Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC)	P.O. San Paolo	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Numero di nuovi Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC) di tipo chirurgico attivati	≥ 4 = 100% ≥ 1 e < 4 = 60% <10 = 0%	4,00	100	0,00%
			Direzione Medica di Presidio P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo				2,00	60	-50,00%
			P.O. Ospedale del Mare/Stabilimento Barra				20,00	100	400,00%
		Monitoraggio attività assistenziali ospedaliere aziendali	DS Dipartimento Attività Ospedaliera	Protocollo Informativo GEDOC: Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione trimestrale, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Monitoraggio dell'implementazione delle procedure relative alle infezioni correlate all'assistenza	P.O. San Giovanni Bosco	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Compilazione di almeno n. 10 schede di monitoraggio al mese	≥ 120 = 100% ≥ 110 e < 120 = 80% ≥ 100 e < 110 = 60% <100 = 0%	120	100	0,00%
			P.O. Pellegrini - Santa Maria del popolo degli Incurabili				197,00	100	64,17%
			P.O. San Paolo				120,00	100	0,00%
			Direzione Medica di Presidio P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo				120,00	100	0,00%
			P.O. Ospedale del Mare/Stabilimento Barra				120,00	100	0,00%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA ASSISTENZA OSPEDALIERA	Potenziamento e riqualificazione delle attività d'elezione e d'urgenza / emergenza ospedaliera	Monitoraggio ed analisi trimestrale dei ricoveri con durata della degenza oltre soglia	UOC Monitoraggio e controllo attività ospedaliere pubbliche e private accreditate	Protocollo Informativo GEDOC: Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione trimestrale sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Monitoraggio ed analisi trimestrale dei tagli cesarei primari	UOC Monitoraggio e controllo attività ospedaliere pubbliche e private accreditate	Protocollo Informativo GEDOC: Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione trimestrale sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Monitoraggio stato di implementazione della cartella clinica infermieristica informatizzata	DS Dipartimento Attività Ospedaliera	Protocollo Informativo GEDOC: Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione trimestrale, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Percentuale di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	P.O. San Giovanni Bosco	Software Quani	Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero ≤ 2 giorni) / numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore x 100	≥ 60,00% = 100% <60,00% = 0%	60,00 %	*100	0,00%
			P.O. Pellegrini - Santa Maria del popolo degli Incurabili				65,65 %	100	9,42%
			P.O. San Paolo				60,00 %	100	0,00%
			P.O. Ospedale del Mare/Stabilimento Barra				84,22 %	100	40,37%
			P.O. San Giovanni Bosco		Numero di parti cesarei primari / numero parti con nessun pregresso cesareo x 100	≤ 20,00% = 100% >20,00% = 0%	27,05 %	0	-35,25%
			P.O. San Paolo				33,58 %	0	-67,90%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA ASSISTENZA OSPEDALIERA	Potenziamento e riqualificazione delle attività d'elezione e d'urgenza / emergenza ospedaliera	Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti	P.O. Ospedale del Mare/Stabilimento Barra	Software Quani	Numero di parti cesarei primari / numero parti con nessun pregresso cesareo x 100	≤ 20,00% = 100% >20,00% = 0%	15,41 %	100	22,95%
		Programmazione, controllo e monitoraggio prestazioni aggiuntive (c.d. autoconvenzionamento)	DS Dipartimento Attività Ospedaliera	Protocollo Informativo GEDOC: Inserire N° e data protocollo e allegare*	Implementazione regolamento aziendale. Relazione trimestrale, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	P.O. San Giovanni Bosco	Software Quani	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni / numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica x 100	≥ 70,00% = 100% <70,00% = 0%	61,53 %	0	-12,10%
			P.O. Pellegrini - Santa Maria del popolo degli Incurabili				78,78 %	100	12,54%
			P.O. San Paolo				78,18 %	100	11,63%
			P.O. Ospedale del Mare/Stabilimento Barra				70,00 %	100	0,00%
		Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui	P.O. Ospedale del Mare/Stabilimento Barra	Software Quani	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui	≥ 70,00% = 100% <70,00% = 0%	96,10 %	100	37,29%
		Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (Allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	P.O. San Giovanni Bosco	Software Quani	Numero dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatazza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria per acuti con DRG "inappropriato" / numero dimissioni non attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatazza in degenza ordinaria per acuti con DRG non "inappropriato"	≤ 0,18 = 100% >0,18 = 0%	0,18	100	0,00%
			P.O. Pellegrini - Santa Maria del popolo degli Incurabili				0,20	0	-11,11%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA ASSISTENZA OSPEDALIERA	Potenziamento e riqualificazione delle attività d'elezione e d'urgenza / emergenza ospedaliera	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (Allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	P.O. San Paolo	Software Quani	Numero dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatazza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria per acuti con DRG "inappropriato" / numero dimissioni non attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatazza in degenza ordinaria per acuti con DRG non "inappropriato"	≤ 0,18 = 100% > 0,18 = 0%	0,25	0	-38,39%
			Direzione Medica di Presidio P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo				0,29	100	-61,11%
			P.O. Ospedale del Mare/Stabilimento Barra				0,15	100	16,67%
		Ricoveri ordinari programmati non urgenti e programmati con preospedalizzazione: giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico	P.O. San Giovanni Bosco	Software Quani	Numero di giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico/Numero di dimessi sottoposti ad intervento chirurgico	≤ 1,40 = 100% > 1,40 e ≤ 2,50 = 80% > 2,50 e ≤ 4,00 = 60% > 4,00 = 0%	2,93	60	-109,29%
			P.O. Pellegrini - Santa Maria del popolo degli Incurabili				3,54	60	-152,86%
			P.O. San Paolo				1,89	80	-35,00%
			P.O. Ospedale del Mare/Stabilimento Barra				2,18	80	-55,71%
		Sviluppo azioni di contrasto alla violenza maschile contro le donne: riattivazione attività sportelli refertazione psicologica presso i presidi ospedalieri con pronto soccorso	UOC Psicologia clinica territoriale e ospedaliera	Protocollo Informativo GEDOC: Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione semestrale sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON %	100	0,00%
		Tempestività trasmissione SS.DD.OO. ricoveri ordinari	P.O. San Giovanni Bosco	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	N° SS.DD.OO. ricoveri ordinari trasmesse entro il 10 del mese successivo/n° Ricoveri ordinari x 100	≥ 90,00% = 100% ≥ 80,00% e < 90,00% = 80% < 80,00% = 0%	90,00 %	100	0,00%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA ASSISTENZA OSPEDALIERA	Potenziamento e riqualificazione delle attività d'elezione e d'urgenza / emergenza ospedaliera	Tempestività trasmissione SS.DD.OO. ricoveri ordinari	P.O. Pellegrini - Santa Maria del popolo degli incurabili	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	N° SS.DD.OO. ricoveri ordinari trasmesse entro il 10 del mese successivo/n° Ricoveri ordinari x 100	≥ 90,00% = 100% ≥ 80,00% e < 90,00% = 80% < 80,00% = 0%	90,00 %	100	0,00%
			P.O. San Paolo				85,00 %	80	-5,56%
			Direzione Medica di Presidio P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo				90,00 %	100	0,00%
			P.O. Ospedale del Mare/Stabilimento Barra				85,00 %	80	-5,56%
		UU.OO. di degenza: implementazione di almeno n° 12 audit clinici per Unità Operativa	P.O. San Giovanni Bosco	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Effettuazione n° 12 audit clinici per Unità Operativa	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
			P.O. Pellegrini - Santa Maria del popolo degli incurabili				ON	100	0,00%
			P.O. San Paolo				ON	100	0,00%
			Direzione Medica di Presidio P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo				ON	100	0,00%
			P.O. Ospedale del Mare/Stabilimento Barra				ON	100	0,00%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA ASSISTENZA OSPEDALIERA	Potenziamento e riqualificazione delle attività d'elezione e d'emergenza ospedaliera	UU.OO. di supporto: implementazione di almeno n° 6 audit per Unità Operativa relativi all'appropriatezza delle prestazioni erogate	P.O. San Giovanni Bosco	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Effettuazione di n° 6 audit per Unità Operativa relativi all'appropriatezza delle prestazioni erogate	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
			P.O. Pellegrini - Santa Maria del popolo degli Incurabili				ON	100	0,00%
			P.O. San Paolo				ON	100	0,00%
			Direzione Medica di Presidio P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo				ON	100	0,00%
			P.O. Ospedale del Mare/Stabilimento Barra				ON	100	0,00%

Relazione Performance anno 2024

Obiettivo Strategico 7: Potenziamento delle attività territoriali e dell'integrazione ospedale – territorio, anche in relazione al DM 77									
Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento delle attività territoriali e dell'integrazione ospedale – territorio, anche in relazione al DM 77	Aggiornamento e revisione dei protocolli operativi e linee guida 118	UOC COT - 118 Attività territoriali	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	N. di protocolli operativi e linee guida 118 aggiornati	≥ 2 = 100% <2 = 0%	11	100	450,00%
		Alimentazione Fascicolo Sanitario Elettronico (prestazioni ambulatoriali)	Direzione DSB 24 e DSB 73	Dato acquisito dalla U.O.C. Informatizzazione e Transizione Digitale	N. prestazioni trasmesse al Fascicolo Sanitario Elettronico / N. totale prestazioni erogate x 100	≥ 95,00% = 100% <95,00% = 0%	98,14 %	100	3,31%
			Direzione DSB 25				98,14 %	100	3,31%
			Direzione DSB 26				98,14 %	100	3,31%
			Direzione DSB 27				98,14 %	100	3,31%
			Direzione DSB 28				98,14 %	100	3,31%
			Direzione DSB 29				98,14 %	100	3,31%
			Direzione DSB 30				98,14 %	100	3,31%
			Direzione DSB 31				98,14 %	100	3,31%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento delle attività territoriali e dell'integrazione ospedale – territorio, anche in relazione al DM 77	Alimentazione Fascicolo Sanitario Elettronico (prestazioni ambulatoriali)	Direzione DSB 32	Dato acquisito dalla U.O.C. Informatizzazione e Transizione Digitale	N. prestazioni trasmesse al Fascicolo Sanitario Elettronico / N. totale prestazioni erogate x 100	≥ 95,00% = 100% <95,00% = 0%	98,14 %	100	3,31%
			Direzione DSB 33				98,14 %	100	3,31%
		Applicazione linee guida della Regione Campania sugli interventi di riordino territoriale in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.) recepite dal Decreto Ministeriale n° 77 del 23 maggio 2022 (D.G.R.C. n° 682 del 13/12/2022) ed integrazione del personale convenzionato (MMG e PLS) nelle Case di Comunità in attivazione nel corso dell'anno 2024	UOC Programmazione attività assistenza primaria	Protocollo Informatico GEDOC - Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Centralizzazione dei fascicoli del personale aziendale afferente alla specialistica ambulatoriale interna	UOC Programmazione attività assistenza primaria	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Numero di fascicoli centralizzati/ Numero totale di fascicoli x 100	≥ 35,00% = 100% ≥ 30,00% e < 35,00% = 80% ≥ 20,00% e < 30,00% = 60% <20,00% = 0%	42,8 %	100	22,29%
		Consulenza medico legale di parte su richiesta delle strutture aziendali per la valutazione di sinistri	UOC Medicina pubblica valutativa, legale e fiscale	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	N° di consulenze effettuate/N° richieste di consulenze x 100	≥ 90,00% = 100% ≥ 80,00% e < 90,00% = 80% ≥ 70,00% e < 80,00% = 60% <70,00% = 0%	97,50 %	100	8,33%
		Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Direzione DSB 24 e DSB 73	Dato acquisito dalla U.O.C. Tutela della Salute, della Donna, del Bambino e dell'adolescente. Fonte Sinfonia Vaccinazioni	numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (tre dosi) / numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita x 100	≥ 92,00% = 100% <92,00% = 0%	94,28 %	100	2,48%
			Direzione DSB 25				98,33 %	100	6,89%
			Direzione DSB 26				95,65 %	100	3,97%
			Direzione DSB 27				98,02 %	100	6,54%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento delle attività territoriali e dell'integrazione ospedale - territorio, anche in relazione al DM 77	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Direzione DSB 28	Dato acquisito dalla U.O.C. Tutela della Salute, della Donna, del Bambino e dell'adolescente. Fonte Sinfonia Vaccinazioni	numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (tre dosi) / numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita x 100	≥ 92,00% = 100% <92,00% = 0%	99,34 %	100	7,98%
			Direzione DSB 29				99,66 %	100	8,33%
			Direzione DSB 30				98,28 %	100	6,83%
			Direzione DSB 31				97,51 %	100	5,99%
			Direzione DSB 32				96,21 %	100	4,58%
			Direzione DSB 33				98,16 %	100	6,70%
		Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1ª dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Direzione DSB 24 e DSB 73	Dato acquisito dalla U.O.C. Tutela della Salute, della Donna, del Bambino e dell'adolescente. Fonte Sinfonia Vaccinazioni	numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1ª dose / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita x 100	≥ 92,00% = 100% <92,00% = 0%	93,45 %	100	1,58%
			Direzione DSB 25				98,66 %	100	7,23%
			Direzione DSB 26				96,55 %	100	4,95%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento delle attività territoriali e dell'integrazione ospedale – territorio, anche in relazione al DM 77	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Direzione DSB 27	Dato acquisito dalla U.O.C. Tutela della Salute, della Donna, del Bambino e dell'adolescente. Fonte Sinfonia Vaccinazioni	numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita x 100	≥ 92,00% = 100% <92,00% = 0%	97,55 %	100	6,03%
			Direzione DSB 28				99,38 %	100	8,02%
			Direzione DSB 29				99,67 %	100	8,34%
			Direzione DSB 30				99,53 %	100	8,18%
			Direzione DSB 31				97,81 %	100	6,32%
			Direzione DSB 32				98,01 %	100	6,53%
			Direzione DSB 33				95,51 %	100	3,82%
		Cure domiciliari II livello – Verificare il tempo di attesa tra la richiesta UVI e la presa in carico	UOC Assistenza anziani e cure domiciliari	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	N. giorni tra richiesta UVI e presa in carico	≤ 10,00 = 100% > 10,00 e ≤ 15,00 = 50% >15,00 = 0%	5,70	100	43,00%
		Implementazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali cardiologici in ambito territoriale	UOSD Coordinamento delle attività cardiologiche territoriali	Protocollo Informativo GEDOC: Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento delle attività territoriali e dell'integrazione ospedale - territorio, anche in relazione al DM 77	Implementazione delle attività di consulenza e/o di sostegno psicoterapeutico a favore di minori e loro nuclei familiari collocati o dimessi dall'IPM Nisida, CPA e di minori in area penale esterna	UOC Tutela della salute della donna del bambino e dell'adolescente	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	N° di minori/nuclei familiari coinvolti	≥ 135 = 100% ≥ 100 e < 135 = 80% < 100 = 0%	343	100	154,07%
		Implementazione delle attività di sostegno psicologico e/o psicoterapia e/o mediazione familiare a favore di coppie genitoriali/nuclei familiari multiproblematici altamente conflittuali con figli minori, anche in fase separativa/divorzile	UOC Tutela della salute della donna del bambino e dell'adolescente	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	N° di nuove coppie/famiglie prese in carico	≥ 35 = 100% ≥ 25 e < 35 = 80% < 25 = 0%	52	100	48,57%
		Implementazione e gestione personale convenzionato con centralizzazione delle procedure di liquidazione delle varie voci contrattuali	UOC Programmazione attività assistenza primaria	Protocollo Informativo GEDOC - Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Incremento delle attività assistenziali e cliniche della U.O.C. Psicologia Clinica Territoriale e Ospedaliera	UOC Psicologia clinica territoriale e ospedaliera	Protocollo Informativo GEDOC - Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione trimestrale sull'incremento degli offerings e dei protocolli attivi, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	UOC COT - T18 Attività territoriali	Attestazione da parte della UOC Flussi Informativi, Analisi e Monitoraggio L.E.A. e P.N.E., CUP e Liste d'attesa	L'indicatore è espresso in minuti ed è pari al tempo corrispondente al 75° percentile della distribuzione dei tempi che intercorrono tra l'inizio della chiamata telefonica alla centrale operativa del T18 e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul luogo dell'evento che ha generato la chiamata	≤ 21,00 = 100% > 21,00 e ≤ 22,00 = 90% > 22,00 e ≤ 25,00 = 50% > 25,00 = 0%	19,14	100	8,88%
		Mantenimento del/dei nuovo/i modello/i organizzativi per il recupero dei ritardatari/inadempianti per le vaccinazioni previste dal calendario vaccinale nella fascia d'età 0 - 18 anni	UOC Tutela della salute della donna del bambino e dell'adolescente	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Mantenimento del nuovo modello organizzativo adottato nel 2023 per il recupero dei ritardatari/inadempianti	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Mantenimento dello standard assistenziale dell'anno 2023 dei pazienti con patologia complessa	UOSD Cure palliative domiciliari	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	N° pazienti assistiti nel percorso di cure domiciliari di III livello e cure palliative nel corso dell'anno di riferimento	≥ 90,00% = 100% ≥ 80,00% e < 90,00% = 80% ≥ 70,00% e < 80,00% = 60% < 70,00% = 0% rispetto all'anno 2023	108,70 %	100	20,78%
		Mantenimento servizio psicologico di prevenzione primaria e secondaria della devianza in età adolescenziale (attività di consulenza e/o psicoterapia in adolescenti a rischio di devianza e sostegno alle famiglie)	UOC Tutela della salute della donna del bambino e dell'adolescente	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Mantenimento attività ambulatorio dedicato	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Miglioramento delle procedure di erogazione dei Dispositivi Medici monouso (all. 2 DPCM 12/01/2017)	UOC Riabilitazione	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	N. di valutazioni delle U.V.B.R. (assistenza protesica)/N. di utenti presi in carico x 100	≥ 80,00% = 100% ≥ 70,00% e < 80,00% = 80% ≥ 60,00% e < 70,00% = 60% < 60,00% = 0%	100,00 %	100	25,00%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione Indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento delle attività territoriali e dell'integrazione ospedale - territorio, anche in relazione al DM 77	Monitoraggio e controllo attività di riabilitazione	UOC Monitoraggio e controllo attività di riabilitazione accreditata, attività ospedaliere private accreditate, ospedali classificati e specialistica ambulatoriale accreditata	Protocollo Informativo GEDOC: Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione trimestrale sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Monitoraggio spesa della specialistica ambulatoriale	Monitoraggio e controllo attività assistenza specialistica	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	% di comunicazioni di monitoraggio della spesa trasmesse alle strutture private	≥ 100,00% = 100% ≥ 80,00% e < 100,00% = 60% < 80,00% = 0%	100,00 %	100	0,00%
		Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	UOSD Cure palliative domiciliari	Dato acquisito dalla U.O.C. Cure Domiciliari, Terapia del Dolore e Cure Palliative	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice/ numero deceduti per causa di tumore (media dei dati ISTAT di mortalità per causa di tumore degli ultimi 3 anni disponibili)	≥ 35,00% = 100% < 35,00% = 0%	49,50 %	100	41,43%
			Direzione DSB 24 e DSB 73				49,50 %	100	41,43%
			Direzione DSB 25				49,50 %	100	41,43%
			Direzione DSB 26				49,50 %	100	41,43%
			Direzione DSB 27				49,50 %	100	41,43%
			Direzione DSB 28				49,50 %	100	41,43%
			Direzione DSB 29				49,50 %	100	41,43%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento delle attività territoriali e dell'integrazione ospedale - territorio, anche in relazione al DM 77	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	Direzione DSB 30	Dato acquisito dalla U.O.C. Cure Domiciliari, Terapia del Dolore e Cure Palliative	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice/ numero deceduti per causa di tumore (media dei dati ISTAT di mortalità per causa di tumore degli ultimi 3 anni disponibili)	≥ 35,00% = 100% <35,00% = 0%	49,50 %	100	41,43%
			Direzione DSB 31				49,50 %	100	41,43%
			Direzione DSB 32				49,50 %	100	41,43%
			Direzione DSB 33				49,50 %	100	41,43%
		Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (R1, R2, R3)* *Punteggio rivalutato (rif. Verbale OIV n°100 del 2025)	Direzione DSB 24 e DSB 73	Dato acquisito dalla U.O.C. Assistenza Anziani	totale assistiti di età >75 aa nelle strutture residenziali (R1, R2, R3) / popolazione residente di età ≥75 aa	≥ 24,60% = 100% <24,60% = 0%	24,60 %	*100	0,00%
			Direzione DSB 25				24,60	*100	0,00%
			Direzione DSB 26				24,60	*100	0,00%
			Direzione DSB 27				24,60	*100	0,00%
			Direzione DSB 28				24,60	*100	0,00%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento delle attività territoriali e dell'integrazione ospedale - territorio, anche in relazione al DM 77	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (R1, R2, R3)* *Punteggio rivalutato (rif. Verbale OIV n°100 del 2025)	Direzione DSB 29	Dato acquisito dalla U.O.C. Assistenza Anziani	totale assistiti di età >75 aa nelle strutture residenziali (R1, R2, R3) / popolazione residente di età ≥75 aa	≥ 24,60% = 100% <24,60% = 0%	24,60	*100	0,00%
			Direzione DSB 30				24,60	*100	0,00%
			Direzione DSB 31				24,60	*100	0,00%
			Direzione DSB 32				24,60	*100	0,00%
			Direzione DSB 33				24,60	*100	0,00%
		Omogeneizzazione ed ottimizzazione delle procedure correlate alle attività dermatologiche territoriali. Implementazione procedura aziendale	UOSD Coordinamento delle attività dermatologiche territoriali	Protocollo Informativo GEDOC - Inserire N° e data protocollo e allegare	Definizione e trasmissione alla Direzione Sanitaria Aziendale di procedura aziendale	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Omogeneizzazione ed ottimizzazione delle procedure correlate alle attività di riabilitazione cardiologica territoriale. Implementazione procedura aziendale	Riabilitazione cardiologica territoriale	Protocollo Informativo GEDOC - Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Organizzazione corsi di aggiornamento e formazione ECM	UOC COT - 118 Attività territoriali	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	N. corsi di aggiornamento e formazione ECM organizzati	≥ 20 = 100% ≥ 10 e < 20 = 80% <10 = 0%	20	100	0,00%
		Percentuale di popolazione over 65 presa in carico dal servizio di cure domiciliari	Direzione DSB 24 e DSB 73	Dato acquisito dalla piattaforma SINFONIA - Flusso SIAD	totale pazienti di età >65 aa assistiti in cure domiciliari / popolazione residente di età >65 aa x 1000	≥ 4,00‰ = 100% ≥ 3,00‰ e < 4,00‰ = 60% <3,00‰ = 0%	2,35 %	0	-41,25%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento delle attività territoriali e dell'integrazione ospedale - territorio, anche in relazione al DM 77	Percentuale di popolazione over 65 presa in carico dal servizio di cure domiciliari	Direzione DSB 25	Dato acquisito dalla piattaforma SINFONIA - Flusso SIAD	totale pazienti di età >65 aa assistiti in cure domiciliari / popolazione residente di età >65 aa x 1000	$\geq 4,00\% = 100\%$ $\geq 3,00\% \text{ e } < 4,00\% = 60\%$ $< 3,00\% = 0\%$	5,25 %	100	31,25%
			Direzione DSB 26				7,26 %	100	81,50%
			Direzione DSB 27				4,03 %	100	0,75%
			Direzione DSB 28				5,11 %	100	27,75%
			Direzione DSB 29				3,36 %	60	-16,00%
			Direzione DSB 30				6,91 %	100	72,75%
			Direzione DSB 31				5,02 %	100	25,50%
			Direzione DSB 32				8,69 %	100	117,25%
			Direzione DSB 33				4,51 %	100	12,75%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento delle attività territoriali e dell'integrazione ospedale – territorio, anche in relazione al DM 77	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica), garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Direzione DSB 24 e DSB 73	Dato acquisito dalla U.O.C. Flussi Informativi, Analisi e Monitoraggio LEA e P.N.E., CUP e Liste d'attesa	Somma delle prestazioni di classe B (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica), erogate entro i tempi massimi previsti / totale prestazioni classe B x 100	≥ 60,00% = 100% <60,00% = 0%	23,61	0	-60,65%
			Direzione DSB 25				52,41	0	-12,65%
			Direzione DSB 26				36,48	0	-39,20%
			Direzione DSB 27				26,57	0	-55,72%
			Direzione DSB 28				22,12	0	-63,13%
			Direzione DSB 29				20,91	0	-65,15%
			Direzione DSB 30				41,26	0	-31,23%
			Direzione DSB 31				57,50	0	-4,17%
			Direzione DSB 32				19,19	0	-80,81%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento delle attività territoriali e dell'integrazione ospedale – territorio, anche in relazione al DM 77	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolor Doppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica), garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Direzione DSB 33	Dato acquisito dalla U.O.C. Flussi Informativi, Analisi e Monitoraggio LEA e P.N.E., CUP e Liste d'attesa	Somma delle prestazioni di classe B (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolor Doppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica), erogate entro i tempi massimi previsti / totale prestazioni classe B x 100	≥ 60,00% = 100% <60,00% = 0%	26,20	0	-56,83%
			P.O. San Giovanni Bosco				60,65	100	1,08%
			P.O. Pellegrini - Santa Maria del popolo degli Incurabili				73,17	100	21,95%
			P.O. San Paolo				56,50	0	-5,83%
			Direzione Medica di Presidio P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo				43,94	0	-26,77%
			P.O. Ospedale del Mare/Stabilimento Barra				52,31	0	-12,82%
		Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	Direzione DSB 24 e DSB 73	Dato acquisito dalla U.O.S. Programmi di Screening (N.B. Il calcolo è stato effettuato utilizzando come numeratore la popolazione in età target arruolata e come denominatore la popolazione assistibili iscritti per fascia di età / 3 - estratta da SINFONIA al 1° gennaio 2024)	persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per il cervicocarcinoma / residenti eleggibili (25-64) / 3 x 100	≥ 25,00% = 100% <25,00% = 0%	11,78 %	0	-52,88%
			Direzione DSB 25				22,61 %	0	-9,46%
			Direzione DSB 26				20,39 %	0	-18,44%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento delle attività territoriali e dell'integrazione ospedale - territorio, anche in relazione al DM 77	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per service uterina	Direzione DSB 27	Dato acquisito dalla U.O.S. Programmi di Screening (N.B. Il calcolo è stato effettuato utilizzando come numeratore la popolazione in età target arruolata e come denominatore la popolazione assistibili iscritti per fascia di età / 3 - estratta da SINFONIA al 1° gennaio 2024)	persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per il cervicocarcinoma / residenti eleggibili (25-64) / 3 x 100	≥ 25,00% = 100% <25,00% = 0%	23,96 %	0	-4,16%
			Direzione DSB 28				17,17 %	0	-31,82%
			Direzione DSB 29				21,39 %	0	-14,44%
			Direzione DSB 30				15,21 %	0	-39,16%
			Direzione DSB 31				21,50 %	0	-14,00%
			Direzione DSB 32				34,21 %	100	36,84%
			Direzione DSB 33				21,92 %	0	-12,32%
		Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	Direzione DSB 24 e DSB 73	Dato acquisito dalla U.O.S. Programmi di Screening (N.B. Il calcolo è stato effettuato utilizzando come numeratore la popolazione in età target arruolata e come denominatore la popolazione assistibili iscritti per fascia di età / 2 - estratta da SINFONIA al 1° gennaio 2024)	persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per il carcinoma del colon retto / residenti eleggibili (50-74) / 2 x 100	≥ 25,00% = 100% <25,00% = 0%	3,24 %	0	-87,04%
			Direzione DSB 25				9,76 %	0	-60,96%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento delle attività territoriali e dell'integrazione ospedale – territorio, anche in relazione al DM 77	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	Direzione DSB 26	Dato acquisito dalla U.O.S. Programmi di Screening (N.B. Il calcolo è stato effettuato utilizzando come numeratore la popolazione in età target arruolata e come denominatore la popolazione assistibili iscritti per fascia di età / 2 - estratta da SINFONIA al 1° gennaio 2024)	persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per il carcinoma del colon retto / residenti eleggibili (50-74) / 2 x 100	≥ 25,00% = 100% <25,00% = 0%	10,81 %	0	-56,76%
			Direzione DSB 27				7,61 %	0	-69,56%
			Direzione DSB 28				4,54 %	0	-81,84%
			Direzione DSB 29				5,65 %	0	-77,40%
			Direzione DSB 30				8,42 %	0	-66,32%
			Direzione DSB 31				5,54 %	0	-77,34%
			Direzione DSB 32				13,36 %	0	-46,56%
			Direzione DSB 33				8,65 %	0	-65,40%
			Direzione DSB 24 e DSB 73	Dato acquisito dalla U.O.S. Programmi di Screening (N.B. Il calcolo è stato effettuato utilizzando come numeratore la popolazione in età target arruolata e come denominatore la popolazione assistibili iscritti per fascia di età / 2 - estratta da SINFONIA al 1° gennaio 2024)	persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per il carcinoma della mammella / residenti eleggibili (50-69) / 2 x 100	≥ 35,00% = 100% <35,00% = 0%	20,30 %	0	-42,00%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento delle attività territoriali e dell'integrazione ospedale – territorio, anche in relazione al DM 77	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	Direzione DSB 25	Dato acquisito dalla U.O.S. Programmi di Screening (N.B. Il calcolo è stato effettuato utilizzando come numeratore la popolazione in età target annuolata e come denominatore la popolazione assistibili iscritti per fascia di età / 2 - estratta da SINFONIA al 1° gennaio 2024)	persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per il carcinoma della mammella / residenti eleggibili (50-69) / 2 x 100	≥ 35,00% = 100% <35,00% = 0%	32,39 %	0	-7,46%
			Direzione DSB 26				25,39 %	0	-27,46%
			Direzione DSB 27				23,73 %	0	-32,20%
			Direzione DSB 28				19,70 %	0	-43,71%
			Direzione DSB 29				21,32 %	0	-39,09%
			Direzione DSB 30				22,38 %	0	-36,06%
			Direzione DSB 31				22,82 %	0	-34,80%
			Direzione DSB 32				22,83 %	0	-34,77%
			Direzione DSB 33				27,70 %	0	-20,86%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento delle attività territoriali e dell'integrazione ospedale - territorio, anche in relazione al DM 77	R.S.A. Adulti non autosufficienti – capacità di accogliere la domanda di assistenza residenziale	UOC Assistenza anziani e cure domiciliari	Protocollo Informativo GEDOC: Inserire N° e data protocollo e allegare	Monitoraggio semestrale del tasso di occupazione delle RR.SS.AA-A a gestione diretta dell'A.S.L. Napoli 1 Centro con trasmissione relazione alla Direzione Sanitaria Aziendale	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Rispetto del debito informativo file EMUR	UOC COT - 118 Attività territoriali	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Relazione	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Sviluppo della rete organizzativa della U.O.C. Psicologia Clinica Territoriale e Ospedaliera	UOC Psicologia clinica territoriale e ospedaliera	Protocollo Informativo GEDOC - Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione trimestrale sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Direzione DSB 24 e DSB 73	Dato acquisito dal Cruscotto Informativo Regionale Sanitario (C.I.R.S.)	N. dimissioni / popolazione residente x 100.000 abitanti	≤ 285,00 = 100% > 285,00 = 0%	151,60	100	46,81%
			Direzione DSB 25				151,60	100	46,81%
			Direzione DSB 26				151,60	100	46,81%
			Direzione DSB 27				151,60	100	46,81%
			Direzione DSB 28				151,60	100	46,81%
			Direzione DSB 29				151,60	100	46,81%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento delle attività territoriali e dell'integrazione ospedale - territorio, anche in relazione al DM 77	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Direzione DSB 30	Dato acquisito dal Cruscotto Informativo Regionale Sanitario (C.I.R.S.)	N. dimissioni / popolazione residente x 100.000 abitanti	≤ 285,00 = 100% > 285,00 = 0%	151,60	100	46,81%
			Direzione DSB 31				151,60	100	46,81%
			Direzione DSB 32				151,60	100	46,81%
			Direzione DSB 33				151,60	100	46,81%
		Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	Direzione DSB 24 e DSB 73	Dato acquisito dal Cruscotto Informativo Regionale Sanitario (C.I.R.S.)	N. dimissioni / popolazione residente x 100.000 abitanti	≤ 81,71 = 100% > 81,71 = 0%	49,38	100	39,57%
			Direzione DSB 25				49,38	100	39,57%
			Direzione DSB 26				49,38	100	39,57%
			Direzione DSB 27				49,38	100	39,57%
			Direzione DSB 28				49,38	100	39,57%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento delle attività territoriali e dell'integrazione ospedale - territorio, anche in relazione al DM 77	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	Direzione DSB 29	Dato acquisito dal Cruscotto Informativo Regionale Sanitario (C.I.R.S.)	N. dimissioni / popolazione residente x 100.000 abitanti	≤ 81,71 = 100% > 81,71 = 0%	49,38	100	39,57%
			Direzione DSB 30				49,38	100	39,57%
			Direzione DSB 31				49,38	100	39,57%
			Direzione DSB 32				49,38	100	39,57%
			Direzione DSB 33				49,38	100	39,57%
		Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	Direzione DSB 24 e DSB 73	Dato acquisito dalla piattaforma SINFONIA - Flusso SIAD	totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 1 / popolazione residente x 1000	≥ 2,60 = 100% < 2,60 = 0%	2,74	100	5,38%
			Direzione DSB 25				5,04	100	93,85%
			Direzione DSB 26				7,85	100	201,92%
			Direzione DSB 27				5,28	100	103,08%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento delle attività territoriali e dell'integrazione ospedale - territorio, anche in relazione al DW 77	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	Direzione DSB 28	Dato acquisito dalla piattaforma SINFONIA - Flusso SIAD	totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 1 / popolazione residente x 1000	≥ 2,60 = 100% <2,60 = 0%	5,41	100	108,08%
			Direzione DSB 29				2,91	100	11,92%
			Direzione DSB 30				7,97	100	206,54%
			Direzione DSB 31				8,04	100	209,23%
			Direzione DSB 32				3,29	100	26,54%
			Direzione DSB 33				3,43	100	31,92%
		Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	Direzione DSB 24 e DSB 73	Dato acquisito dalla piattaforma SINFONIA - Flusso SIAD	totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 2 / popolazione residente x 1000	≥ 1,90 = 100% <1,90 = 0%	2,75	100	44,74%
			Direzione DSB 25				4,99	100	162,63%
			Direzione DSB 26				5,91	100	211,05%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento delle attività territoriali e dell'integrazione ospedale – territorio, anche in relazione al DM 77	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	Direzione DSB 27	Dato acquisito dalla piattaforma SINFONIA - Flusso SIAD	totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 2 / popolazione residente x 1000	≥ 1,90 = 100% <1,90 = 0%	4,52	100	137,89%
			Direzione DSB 28				3,68	100	93,68%
			Direzione DSB 29				2,40	100	26,32%
			Direzione DSB 30				4,57	100	140,53%
			Direzione DSB 31				3,36	100	76,84%
			Direzione DSB 32				3,07	100	61,58%
			Direzione DSB 33				3,04	100	60,00%
		Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	Direzione DSB 24 e DSB 73	Dato acquisito dalla piattaforma SINFONIA - Flusso SIAD	totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 3 / popolazione residente x 1000	≥ 1,50 = 100% <1,50 = 0%	0,34	0	-77,33%
			Direzione DSB 25				1,01	0	-32,67%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento delle attività territoriali e dell'integrazione ospedale – territorio, anche in relazione al DM 77	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	Direzione DSB 26	Dato acquisito dalla piattaforma SINFONIA - Flusso SIAD	totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 3 / popolazione residente x 1000	≥ 1,50 = 100% <1,50 = 0%	1,64	100	9,33%
			Direzione DSB 27				2,04	100	36,00%
			Direzione DSB 28				1,55	100	3,33%
			Direzione DSB 29				0,33	0	-78,00%
			Direzione DSB 30				2,15	100	43,33%
			Direzione DSB 31				0,51	0	-66,00%
			Direzione DSB 32				11,43	100	662,00%
			Direzione DSB 33				1,29	0	-14,00%

Relazione Performance anno 2024

Obiettivo Strategico 8: Potenziamento e riqualificazione delle attività di prevenzione									
Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA PREVENZIONE	Potenziamento e riqualificazione delle attività di prevenzione	Attività a seguito di reclami/segnalazioni relative all'igiene urbana veterinaria (IUV)	DS Dipartimento di Prevenzione	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Numero di attività espletate / numero di attività richieste	≥ 90,00% = 100% ≥ 80,00% e < 90,00% = 80% ≥ 60,00% e < 80,00% = 50% < 60,00% = 0%	90,00 %	100	0,00%
		Attività di restituzione dei cani padronali catturati ai rispettivi proprietari	DS Dipartimento di Prevenzione	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Allineamento della percentuale dei cani catturati che hanno già il microchip (restituiti ai proprietari) allo standard nazionale del 32,33 %	≥ 32,00% = 100% ≥ 30,00% e < 32,00% = 80% ≥ 26,00% e < 30,00% = 50% < 26,00% = 0%	38,72 %	100	21,00%
		Controllo sul mantenimento dello stato sanitario degli allevamenti bovini ed ovicaprini ed avicoli rispetto alla brucellosi (BRU), tubercolosi (TBC), encefalopatie spongiformi (BSE-TSE) e salmonellosi (attività correlata all'indicatore NSG P09Z)	DS Dipartimento di Prevenzione	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Allevamenti controllati nell'anno/Allevamenti soggetti a controllo nell'anno X 100	≥ 99,80% = 100% ≥ 80,00% e < 99,80% = 80% ≥ 70,00% e < 80,00% = 50% < 70,00% = 0%	99,80 %	100	0,00%
		Copertura delle attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, presenza di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine vegetale e di origine animale - Documento di programmazione DPAR/DPAT in applicazione Piano Nazionale residui (PNR) e PM ricerca additivi alimentari e fitosanitari (attività correlata all'indicatore NSG P12Z)	DS Dipartimento di Prevenzione	Relazione IAOA 2024	Numero di campioni analizzati (PNR)/Numero di campioni programmati X 100 + Numero di campioni analizzati (Piano ricerca additivi) / Numero di campioni programmati X 100 + Numero di campioni analizzati (Piano ricerca fitosanitari)/ Numero di campioni programmati X 100	≥ 90,00% = 100% < 90,00% = 0%	90,00 %	100	0,00%
		Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il Cittadino (attività correlata all'indicatore NSG P10Z)	DS Dipartimento di Prevenzione	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Aziende controllate nell'anno /Aziende soggette a controllo nell'anno X 100	≥ 90,00% = 100% ≥ 80,00% e < 90,00% = 80% ≥ 70,00% e < 80,00% = 50% < 70,00% = 0%	90,00 %	100	0,00%
		Livello di copertura base delle principali attività di controllo ufficiale per la sicurezza degli alimenti con particolare riguardo alle fasi di produzione, trasformazione, distribuzione, somministrazione degli alimenti (Documento di programmazione annuale DPAR/DPAT - attività correlata all'indicatore NSG P13Z)	DS Dipartimento di Prevenzione	Relazione IAOA 2024	Numero di controlli ufficiali eseguiti/Numero di controlli ufficiali programmati X 100	≥ 80,00% = 100% ≥ 70,00% e < 80,00% = 80% ≥ 60,00% e < 70,00% = 50% < 60,00% = 0%	152,00 %	100	90,00%
		Mantenimento Certificazione ISO 9001/2015 in materia di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare	DS Dipartimento di Prevenzione	Rapporto del Riesame della Direzione	Redazione riesame della Direzione 2024	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Piano di monitoraggio dei requisiti dei molluschi bivalvi nelle fasi di produzione, stibulazione e banchi naturali (Documento di programmazione annuale DPAR/DPAT)	DS Dipartimento di Prevenzione	Relazione UOC IAPZ 2024	Numero di campioni analizzati/Numero di campioni programmati X 100	≥ 90,00% = 100% ≥ 80,00% e < 90,00% = 80% ≥ 70,00% e < 80,00% = 50% < 70,00% = 0%	90,00 %	100	0,00%
		Sistema di sorveglianza PASSI (DGR 962/2007 e DPCM 03/03/2007): miglioramento dell'attività di monitoraggio (attività correlata all'indicatore NSG P14C)	DS Dipartimento di Prevenzione	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Incremento del 40% della popolazione campionata (n. soggetti intervistati)	≥ 400 = 100% ≥ 325 e < 400 = 80% ≥ 275 e < 325 = 50% < 275 = 0%	500	100	25,00%

Relazione Performance anno 2024

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA PREVENZIONE	Potenziamento e riqualificazione delle attività di prevenzione	Tutela delle condizioni igieniche delle strutture turistico-recettive: attività di vigilanza per Legionella negli impianti balneari/termali con piscine e negli alberghi secondo le "Linee guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi" - Conferenza stato-regioni del 07.05.2015.	DS Dipartimento di Prevenzione	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	N. sopralluoghi effettuati/ N. strutture esistenti	$\geq 30,00\% = 100\%$ $\geq 20,00\% \text{ e } < 30,00\% = 80\%$ $\geq 10,00\% \text{ e } < 20,00\% = 50\%$ $< 10,00\% = 0\%$	30,00 %	100	0,00%
		Tutela delle condizioni igieniche delle strutture sanitarie: attività di vigilanza per Legionella nelle RSA secondo le "Linee guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi" - Conferenza stato-regioni del 07.05.2015.	DS Dipartimento di Prevenzione	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	N. sopralluoghi effettuati/ N. strutture esistenti	$\geq 30,00\% = 100\%$ $\geq 20,00\% \text{ e } < 30,00\% = 80\%$ $\geq 10,00\% \text{ e } < 20,00\% = 50\%$ $< 10,00\% = 0\%$	67,00 %	100	123,33%
		Uniformità delle indagini epidemiologiche svolte a seguito di segnalazioni di malattie infettive e diffuse (Circolare Regionale n. 3486/07)	DS Dipartimento di Prevenzione	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Monitoraggio delle indagini epidemiologiche informatizzate in piattaforma per la segnalazione e sorveglianza delle malattie infettive (SESMI)	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Vigilanza sulle unità locali da ispezionare in conformità con gli obiettivi assegnati dalla Regione Campania (obiettivo LEA - Prevenzione nei luoghi di lavoro)	DS Dipartimento di Prevenzione	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Incremento del valore percentuale sino alla soglia di copertura ricompreso tra 2,5% e 5%	$\geq 7,00\% = 100\%$ $\geq 5,00\% \text{ e } < 7,00\% = 90\%$ $\geq 2,50\% \text{ e } < 5,00\% = 70\%$ $< 2,50\% = 0\%$	11,00 %	100	57,14%

Relazione Performance anno 2024

Obiettivo Strategico 9: Potenziamento e riqualificazione delle attività di salute mentale									
Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione Indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA SALUTE MENTALE	Potenziamento e riqualificazione delle attività di salute mentale	Numero assistiti presso il Dipartimento di Salute Mentale per 1.000 residenti	DS Dipartimento di Salute Mentale	Sistema Informativo Dipartimentale POTW	Numero assistiti presso il Dipartimento di salute mentale per 1.000 residenti. Continuare a garantire un valore $\geq 10,82$	$\geq 11,00 = 100\%$ $\geq 10,82$ e $< 11,00 = 75\%$ $< 10,82 = 0\%$	13,70	100	24,55%
		Attività terapeutiche, assistenziali e dialogiche rivolte alla popolazione in fascia di età 14-24 anni nella U.O.S.D. Disturbi della Nutrizione e della Regolazione Emotiva in adolescenza e in età giovane adulta (DNRE)	DS Dipartimento di Salute Mentale	Sistema Informativo Dipartimentale POTW	Numero di assistiti accolti e in follow-up fascia d'età 14-24 anni nella U.O.S.D. DNRE	$\geq 100 = 100\%$ ≥ 90 e $< 100 = 75\%$ ≥ 80 e $< 90 = 50\%$ $< 80 = 0\%$	191	100	91,00%
		Miglioramento quali-quantitativo degli interventi in SPDC	DS Dipartimento di Salute Mentale	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	N. di contenzioni effettuate nei ricoveri/numero totale dei ricoveri x 100	$\leq 15,00\% = 100\%$ $> 15,00\%$ e $\leq 25,00\% = 75\%$ $> 25,00\%$ e $\leq 35,00\% = 50\%$ $> 35,00\% = 0\%$	15,00 %	100	0,00%
		Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	DS Dipartimento di Salute Mentale	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Numero di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria/Numero totale di ricoveri per patologie psichiatriche dell'anno di riferimento x 100	$\leq 6,90\% = 100\%$ $> 6,90\% = 0\%$	3,46 %	100	49,86%
		Attività terapeutiche ed assistenziali rivolte alla popolazione in fascia adolescenziale e giovane adulta (18 – 25 anni)	DS Dipartimento di Salute Mentale	SISTEMA INFORMATIVO DIPARTIMENTALE POTW	Numero di pazienti accolti e in follow-up fascia d'età 18 – 25 nel Dipartimento di Salute Mentale	$\geq 300 = 100\%$ ≥ 250 e $< 300 = 75\%$ ≥ 200 e $< 250 = 50\%$ $< 200 = 0\%$	871	100	190,33%
		Implementazione programmi per la transizione verso l'età adulta	DS Dipartimento di Salute Mentale	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Numero di programmi attuati nell'anno di riferimento	$\geq 40 = 100\%$ ≥ 30 e $< 40 = 75\%$ ≥ 20 e $< 30 = 50\%$ $< 20 = 0\%$	65	100	62,50%
		Presa in carico di esordi psicotici e di disturbi del comportamento in fascia d'età 14-17 anni	DS Dipartimento di Salute Mentale	Sistema Informativo Dipartimentale POTW	Numero di assistiti accolti e in follow-up fascia d'età 14-17 con esordi psicotici e/o con disturbi del comportamento	$\geq 50 = 100\%$ ≥ 40 e $< 50 = 75\%$ ≥ 30 e $< 40 = 50\%$ $< 30 = 0\%$	119	100	138,00%
		Miglioramento quali-quantitativo degli interventi in ATSM	DS Dipartimento di Salute Mentale	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Numero delle attività gruppalmente effettuate con gli utenti e con gli operatori dell'ATSM / Numero complessivo delle attività dell'ATSM x 100	$\geq 20,00\% = 100\%$ $\geq 15,00\%$ e $< 20,00\% = 75\%$ $\geq 10,00\%$ e $< 15,00\% = 50\%$ $< 10,00\% = 0\%$	20,00 %	100	0,00%

Relazione Performance anno 2024

Obiettivo Strategico 10: Potenziamento e riqualificazione delle attività delle dipendenze									
Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione Indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA DIPENDENZE	Potenziamento e riqualificazione delle attività delle dipendenze	Intercettazione precoce delle Malattie infettive di Comunità e delle Malattie sessualmente Trasmissibili (Screening sifilide, TBC, HIV, HCV, HBV, HAV, Delta HV)	DS Dipartimento Dipendenze	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	N° screening/monitoraggi effettuati nell'anno di riferimento	≥ 1.500 = 100% ≥ 1.200 e < 1.500 = 80% ≥ 1.000 e < 1.200 = 40% < 1.000 = 0%	1500,00	100	0,00%
		Potenziamento delle attività di verifica, valutazione e monitoraggio dei programmi terapeutici residenziali realizzati in collaborazione con gli Enti Ausiliari	DS Dipartimento Dipendenze	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Numero di verifiche effettuate nell'anno di riferimento	≥ 500 = 100% ≥ 300 e < 500 = 80% ≥ 100 e < 300 = 50% < 100 = 0%	500	100	0,00%
		Potenziamento LEA per utenti tossicodipendenti: interventi di network: accompagnamento utenza alla presa in carico da parte dei Servizi Specialisti Territoriali, Presidi Ospedalieri e MMG	DS Dipartimento Dipendenze	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	N° utenti inseriti nelle azioni di network nell'anno di riferimento	≥ 300 = 100% ≥ 250 e < 300 = 80% ≥ 100 e < 250 = 40% < 100 = 0%	300	100	0,00%
		Implementazione dei programmi-azioni-Interventi per la prevenzione delle diverse forme di dipendenze (tabagismo, alcol, sostanze psicotrope, nuove forme di droghe, gioco d'azzardo, dipendenze da internet/strumenti multimediali) rivolti agli studenti delle scuole superiori	DS Dipartimento Dipendenze	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	N° interventi effettuati nell'anno di riferimento	≥ 70 = 100% ≥ 60 e < 70 = 80% ≥ 30 e < 60 = 60% < 30 = 0%	168	100	140,00%
		Consulenza per supporto e orientamento, rivolta a persone che sono sostanze e realizzata in contesti non convenzionali (strada, contesti di aggregazione formali e informali, luoghi del divertimento, counseling telefonici ecc.)	DS Dipartimento Dipendenze	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	N° interventi effettuati nell'anno di riferimento	≥ 100 = 100% ≥ 80 e < 100 = 80% ≥ 50 e < 80 = 50% < 50 = 0%	164	100	64,00%
		Contrasto alla invisibilità dei cittadini senza dimora consumatori di sostanze per l'accompagnamento alla fruizione dei diritti di cittadinanza primaria: codice STP, iscrizione anagrafica comunale, iscrizione assistenza sanitaria, accompagnamento ai servizi, invio in comunità terapeutica, screening sanitario di primo livello (viste mediche, prelievo, terapie farmacologiche, medicazioni, vaccinazione)	DS Dipartimento Dipendenze	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	N° interventi effettuati nell'anno di riferimento	≥ 2.000 = 100% ≥ 1.500 e < 2.000 = 80% ≥ 1.000 e < 1.500 = 50% < 1.000 = 0%	2.201	100	10,05%
		Potenziamento offerta dei programmi terapeutici semiresidenziali per l'attuazione di Misure alternative alla detenzione di cui agli artt. 89 e 94 del DPR 309/90 realizzati dalle Strutture Intermedie del Dipartimento Dipendenze	DS Dipartimento Dipendenze	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	N° di programmi attivati e/o in corso nell'anno di riferimento	≥ 60 = 100% ≥ 50 e < 60 = 80% ≥ 30 e < 50 = 60% < 30 = 0%	62	100	3,33%

Relazione Performance anno 2024

Obiettivo Strategico 11: Sviluppo appropriatezza ed uso corretto dei farmaci e dei dispositivi medici									
Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA FARMACO E DISPOSITIVI MEDICI	Sviluppo appropriatezza ed uso corretto dei farmaci e dei dispositivi medici	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antibiotici	UOC Farmaceutica convenzionata e territoriale	Protocollo Informativo GEDOC - Inserire N° e data protocollo e allegare	Monitoraggio e relazione trimestrale, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con proposta di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Controlli tecnico – contabili sulle ricette SSN/DPC/AIR	UOC Farmaceutica convenzionata e territoriale	Protocollo Informativo GEDOC - Inserire N° e data protocollo e allegare	N. controlli effettuati/N. ricette SSN/DPC/AIR x 100	≥ 90,00% = 100% ≥ 80,00% e < 90,00% = 80% ≥ 70,00% e < 80,00% = 60% <70,00% = 0%	100,00 %	100	11,1%
		Corretta implementazione ed aggiornamento inventario magazzino farmaceutico	P.O. San Giovanni Bosco	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Relazione trimestrale alla Direzione Sanitaria Aziendale	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
			P.O. Pellegrini - Santa Maria del popolo degli Incurabili				ON	100	0,00%
			P.O. San Paolo				ON	100	0,00%
			Direzione Medica di Presidio P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo				ON	100	0,00%
			P.O. Ospedale del Mare/Stabilimento Barra				ON	100	0,00%
		Monitoraggio annuale della spesa farmaceutica convenzionata e DPC	UOC Farmaceutica convenzionata e territoriale	Protocollo Informativo GEDOC: Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Monitoraggio spesa dispositivi medici ad alto costo	UOSD Monitoraggio consumi farmaci e dispositivi medici e fabbisogni aziendali	Protocollo Informativo GEDOC: Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione semestrale sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%

Relazione Performance anno 2024

Obiettivo Strategico 12: Realizzazione interventi strutturali DM77									
Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione Indicatore	Target 2024	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2024	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA TECNICO/AMMINISTRATIVA	Realizzazione interventi strutturali DM77	Predisposizione Programma triennale dei lavori e relativo elenco annuale di cui all'art. 37 del D.Lgs. 36/2023	UOC Pianificazione Progettazione e Sviluppo degli interventi sul patrimonio immobiliare	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Predisposizione documentazione mediante ricognizione delle esigenze aziendali circa gli interventi di edilizia da inserire nella Programmazione	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Proposta di approvazione di progetti definitivi ed esecutivi inclusi nella programmazione	UOC Pianificazione Progettazione e Sviluppo degli interventi sul patrimonio immobiliare	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Numero di progetti per i quali sono state attuate le necessarie procedure tecnico-amministrative finalizzate alla verifica, alla validazione ed all'approvazione degli stessi	≥ 6 = 100% <6 = 0%	15	100	150,00%
		Predisposizione atti di gara di progetti da porre a base d'asta per la realizzazione di lavori al patrimonio immobiliare Aziendale	UOC Pianificazione Progettazione e Sviluppo degli interventi sul patrimonio immobiliare	RELAZIONE: Allegare relazione attestante i risultati raggiunti	Numero di progetti per i quali sono stati predisposti gli atti di gara con la relativa modulistica	≥ 6 = 100% <6 = 0%	15	100	150,00%

Dall'analisi dei dati sopra riportati si evidenzia sinteticamente, tra l'altro, quanto segue.

Relativamente all'area ospedaliera, si registra anche nel 2024 una certa criticità riguardante l'obiettivo "Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti"; si rappresenta, a tal riguardo, che l'Azienda ha da tempo messo in atto una serie di azioni di controllo e di provvedimenti sia nelle strutture pubbliche che nelle strutture private accreditate operanti sul territorio di competenza dell'Azienda, esitati in una costante e graduale riduzione nel corso degli anni della percentuale dei tagli cesarei, con particolare riferimento ai tagli cesarei primari. L'Azienda si propone di proseguire tale lavoro di verifica e promozione dell'appropriatezza nell'ambito del parto.

Persistono, inoltre, tra l'altro, criticità relativamente all'obiettivo "Ricoveri ordinari programmati non urgenti e programmati con preospedalizzazione: giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico". L'azienda prende atto di tali criticità e si propone di mettere in atto una serie di azioni finalizzate alla loro riduzione/eliminazione.

Relativamente all'area territoriale si registra ancora una criticità relativamente agli obiettivi concernenti la proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello per la cervice uterina, il colon retto e la mammella.

Si registrano, inoltre, criticità anche relativamente all'obiettivo "Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica), garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B". Anche in questo caso l'azienda prende atto di tali criticità e sta mettendo in atto una serie di azioni finalizzate alla loro riduzione/eliminazione.

Sempre nell'ambito dell'area territoriale, è necessario sottolineare l'ottima performance registrata dalle strutture aziendali nel corso dell'anno 2024 relativamente agli obiettivi "Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)", "Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)", "Percentuale di popolazione over 65 presa in carico dal servizio di cure domiciliari" e "Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)".

L'Azienda, infine, sta cercando, nel limite del possibile, di ridurre progressivamente gli indicatori di tipo ON/OFF, considerando in ogni caso le difficoltà di assegnazione di alcuni obiettivi, soprattutto nell'ambito dell'area strategica tecnico amministrativa.

3.4 Obiettivi individuali

La *performance* individuale è l'insieme dei risultati raggiunti e dei comportamenti realizzati dall'individuo che opera nell'organizzazione.

Prestare attenzione al processo di valutazione individuale, collocandolo correttamente nell'ambito degli strumenti di gestione e sviluppo del capitale umano, è funzionale al miglioramento della qualità complessiva delle prestazioni e dei servizi resi dalle amministrazioni pubbliche, il quale rappresenta la principale finalità dell'intero ciclo di gestione della performance.

A questo proposito, si sottolinea come una gestione più efficace del processo di valutazione individuale generi un duplice effetto positivo:

- sul piano individuale, consentendo la valorizzazione delle capacità e delle competenze dei singoli anche attraverso la definizione di percorsi di sviluppo e crescita professionale
- sul piano organizzativo, in quanto il miglioramento della performance dei singoli comporta inevitabilmente anche un miglioramento dell'intera organizzazione e dei servizi da essa erogati; gli esiti della valutazione, inoltre, possono essere utilizzati per ripensare eventualmente la struttura e/o i processi organizzativi, attraverso attività di reingegnerizzazione.

Per declinare correttamente gli obiettivi individuali è necessario che gli stessi siano in grado di misurare e valutare il contributo del singolo al raggiungimento dei più ampi obiettivi dell'amministrazione o della struttura/unità organizzativa.

Si riportano di seguito i risultati di performance individuale dei Dirigenti valutati nel corso dell'anno 2024 (rif. **Regolamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance organizzativa e individuale, adottato con la delibera n. 962 del 28.09.2020, e Obiettivi specifici di performance anno 2024, assegnati con la delibera del Direttore Generale n° 212 del 05/02/2024**), così come risulta dalla documentazione disponibile agli atti di questa Azienda (verbali dell'Organismo Indipendente di Valutazione o schede di valutazione della performance individuale).

Relazione Performance anno 2024

	N° dip. valutabili	N° dip. Valutati	Media	Min	Max
DIRIGENZA RUOLO SANITARIO MEDICO	1417	1380	96,11	52	100
Dirigenza Medica	1339	1303	94,52	52	100
Dirigenza Veterinaria	78	77	97,7	88	100
DIRIGENZA RUOLO SANITARIO NON MEDICO	230	226	97,15	59	100
Farmacista	75	75	97,99	88	100
Biologo	56	55	98,51	90	100
Fisico	4	4	97	92	100
Psicologo	94	91	95,25	59	100
Prof.sanitarie infermieristiche e ostetriche	1	1	97	97	97
DIRIGENZA RUOLO TECNICO PROFESSIONALE	58	50	97,35	69	100
DIRIGENZA RUOLO AMMINISTRATIVO	55	49	97,16	84	100
TOTALE DIRIGENTI	1760	1705	96,94	52	100

	FASCE PUNTEGGIO INDIVIDUALE						TOTALE
	0-50	50,1-60	60,1-70	70,1-80	80,1-90	90,1-100	
DIRIGENZA RUOLO SANITARIO MEDICO	-	1	15	61	235	1068	1380
Dirigenza Medica	-	1	15	61	234	992	1303
Dirigenza Veterinaria	-	-	-	-	1	76	77
DIRIGENZA RUOLO SANITARIO NON MEDICO	-	1	-	6	16	203	226
Farmacista	-	-	-	-	2	73	75
Biologo	-	-	-	-	1	54	55
Fisico	-	-	-	-	-	4	4
Psicologo	-	1	-	6	13	71	91
Prof.sanitarie infermieristiche e ostetriche	-	-	-	-	-	1	1
DIRIGENZA RUOLO TECNICO PROFESSIONALE	-	-	1	1	3	45	50
DIRIGENZA RUOLO AMMINISTRATIVO	-	-	-	-	8	41	49
TOTALE DIRIGENTI	-	2	16	68	262	1357	1705

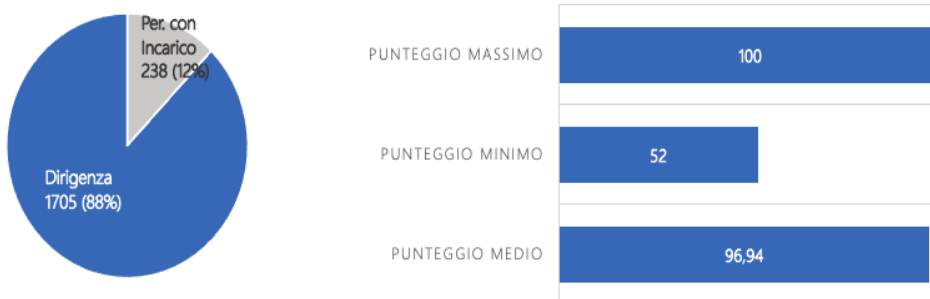
La tabella seguente espone, per finalità comparative, anche i risultati medi, minimi e massimi, distinti per ruolo dirigenziale registrati nel triennio 2022-2024.

	Media			Min			Max		
	2024	2023	2022	2024	2023	2022	2024	2023	2022
DIRIGENZA RUOLO SANITARIO MEDICO	96,11	94,15	93,70	52,00	51,60	57,10	100,00	100,00	100,00
Dirigenza Medica	94,52	93,92	90,40	52,00	51,60	57,10	100,00	100,00	100,00
Dirigenza Veterinaria	97,70	98,38	97,10	88,00	90,00	94,60	100,00	100,00	100,00
DIRIGENZA RUOLO SANITARIO NON MEDICO	97,15	97,02	96,50	59,00	80,00	34,00	100,00	100,00	100,00
Farmacista	97,99	97,57	96,50	88,00	84,80	83,60	100,00	100,00	100,00
Biologo	98,51	97,63	96,30	90,00	89,00	88,20	100,00	100,00	100,00
Fisico	97,00	95,20	95,80	92,00	92,00	92,00	100,00	100,00	99,60
Psicologo	95,25	95,81	93,50	59,00	80,00	34,00	100,00	100,00	100,00
Chimico			99,80			99,60			100,00
Prof.sanitarie infermieristiche e ostetriche	97,00	96,50	96,50	97,00	96,50	96,50	97,00	96,50	96,50
DIRIGENZA RUOLO TECNICO PROFESSIONALE	97,35	97,86		69,00	79,75		100,00	100,00	100,00
DIRIGENZA RUOLO PROFESSIONALE			99,40			97,20			100,00
DIRIGENZA RUOLO TECNICO			86,80			64,00			100,00
DIRIGENZA RUOLO AMMINISTRATIVO	97,16	96,28	93,00	84,00	83,50	68,80	100,00	100,00	100,00
TOTALE DIRIGENTI	96,94	94,73	93,90	52,00	51,60	34,00	100,00	100,00	100,00

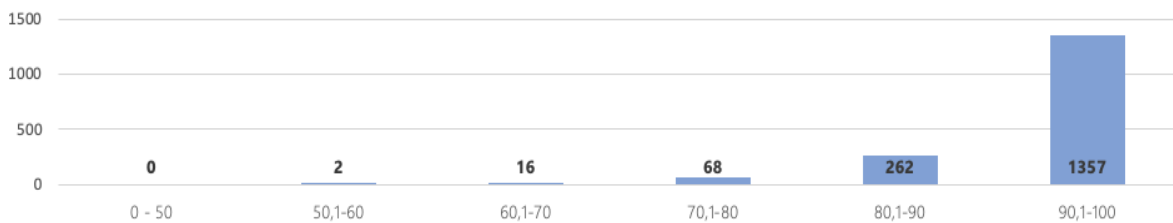
Relazione Performance anno 2024

Focus **Aggregato** Dirigenza

N° e % di valutati (su totale valutati Dirigenza più Comparto con incarico)

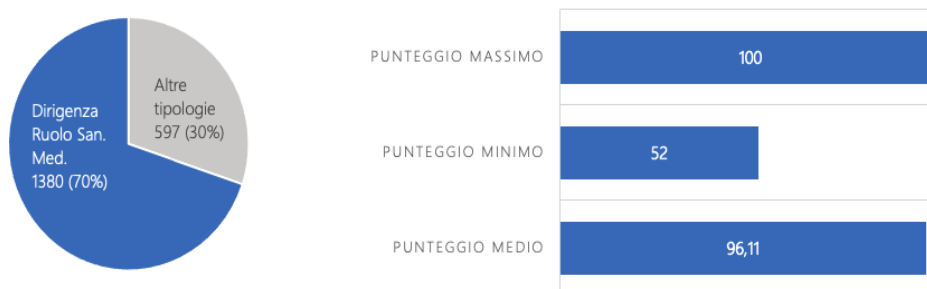


Distribuzione punteggi

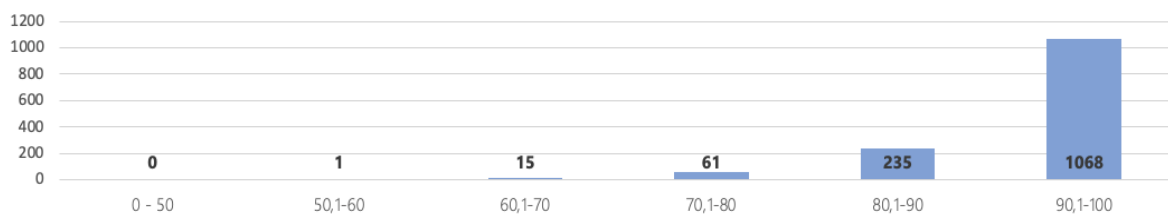


Focus **Aggregato** Dirigenza Ruolo Sanitario Medico (Dir. Med. – Dir. Vet.)

N° e % di valutati (su totale valutati Dirigenza più Comparto con incarico)



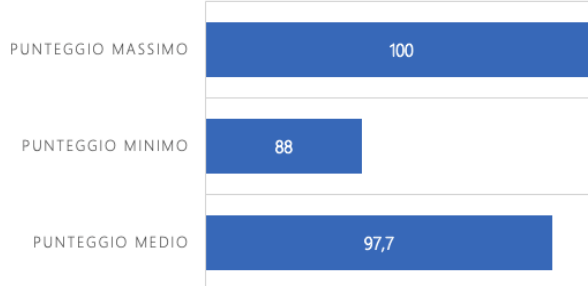
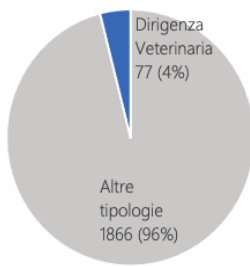
Distribuzione punteggi



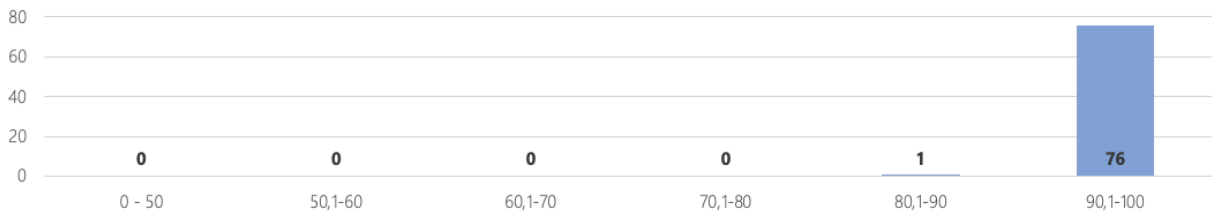
Focus Dirigenza Medica

Focus Dirigenza Veterinaria

N° e % di valutati (su totale valutati Dirigenza più Comparto con incarico)

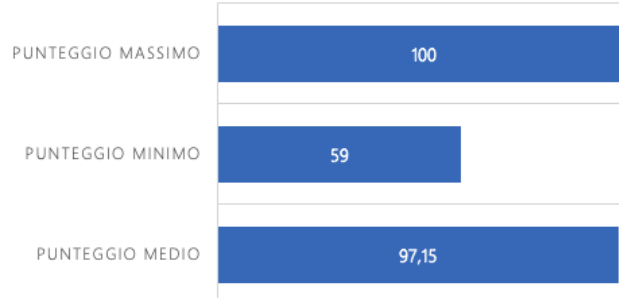
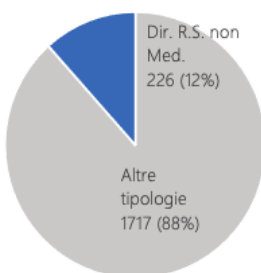


Distribuzione punteggi

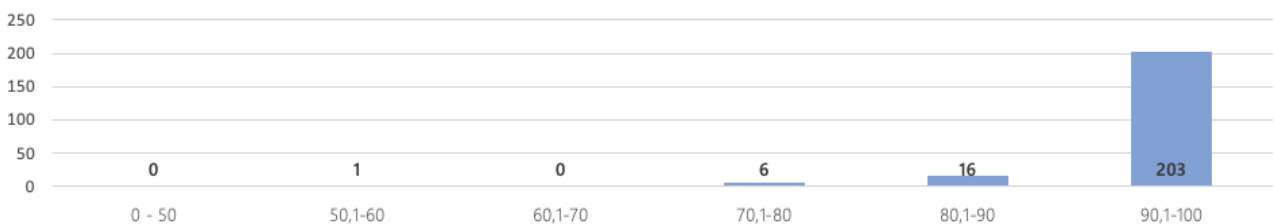


Focus **Aggregato** Dirigenza Ruolo Sanitario non Medico

N° e % di valutati (su totale Dirigenza più Comparto con incarico)

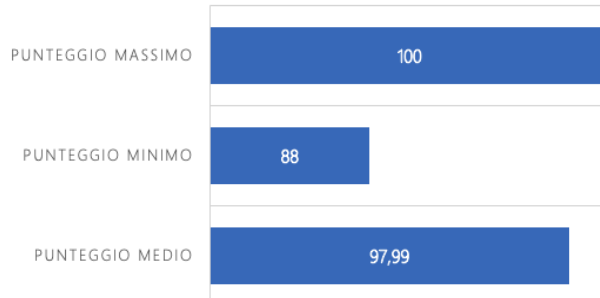
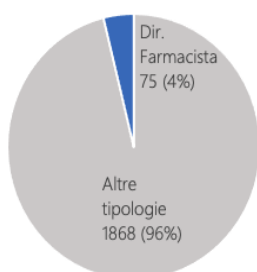


Distribuzione punteggi

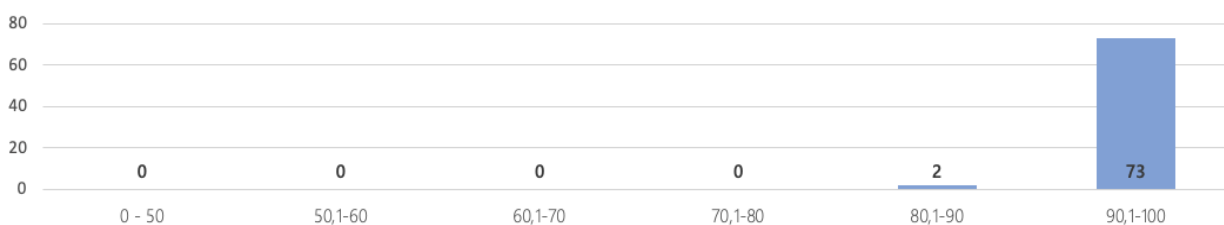


Focus Dirigenza R.S. non Medico - Farmacista

N° e % di valutati (su totale Dirigenza più Comparto con incarico)

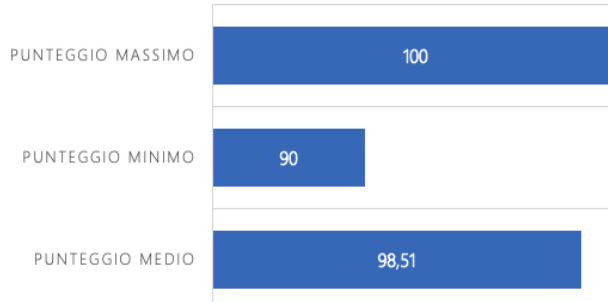
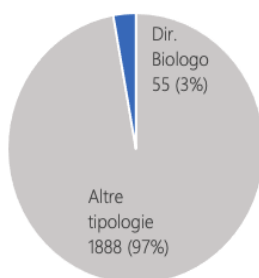


Distribuzione punteggi

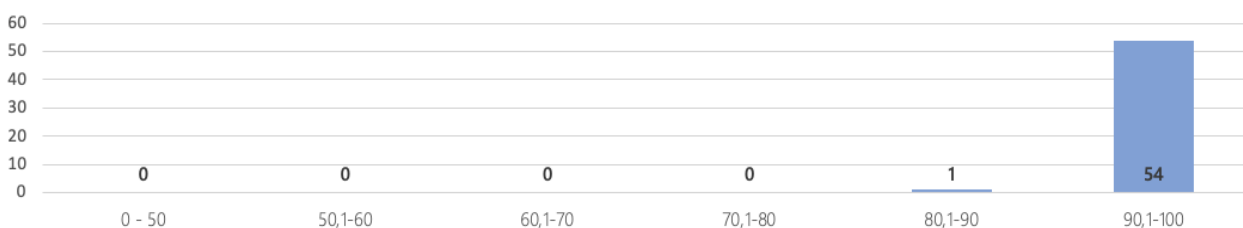


Focus Dirigenza R.S. non Medico - Biologo

N° e % di valutati (su totale Dirigenza più Comparto con incarico)



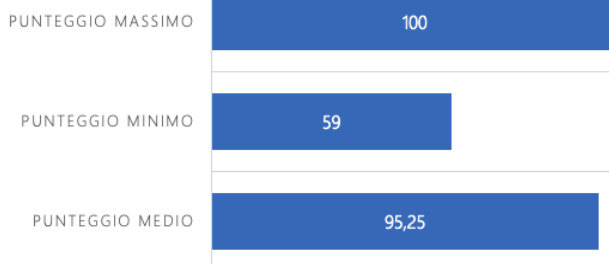
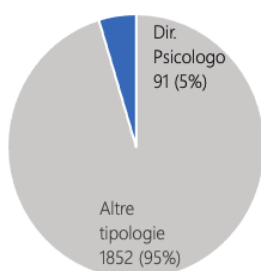
Distribuzione punteggi



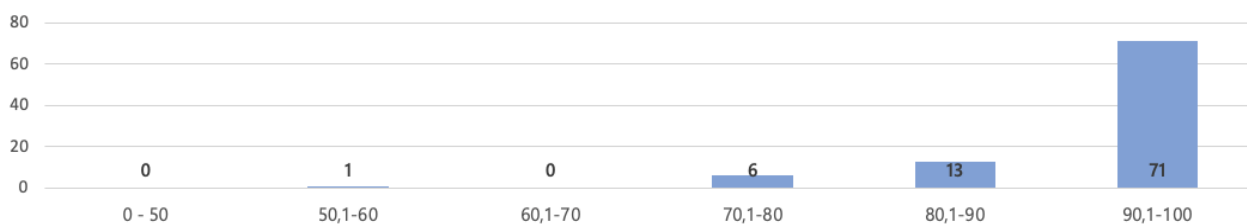
Relazione Performance anno 2024

Focus Dirigenza R.S. non Medico - Psicologo

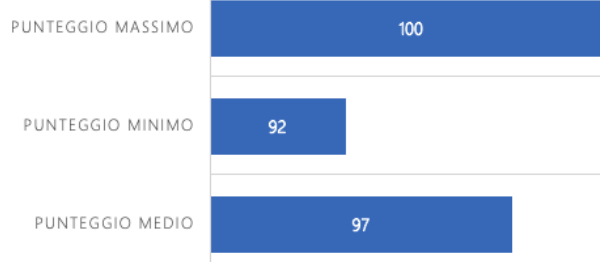
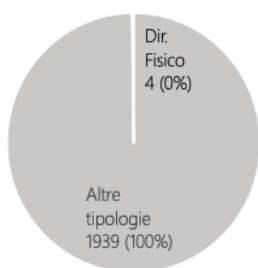
N° e % di valutati (su totale Dirigenza più Comparto con incarico)



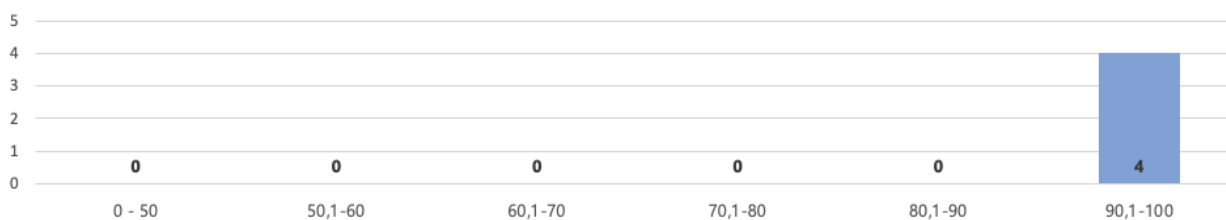
Distribuzione punteggi



N° e % di valutati (su totale Dirigenza più Comparto con incarico)



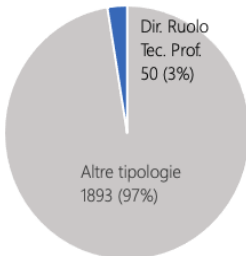
Distribuzione punteggi



Relazione Performance anno 2024

Focus Dirigenza Ruolo Tecnico Professionale

N° e % di valutati (su totale Dirigenza più Comparto con incarico)



PUNTEGGIO MASSIMO

100

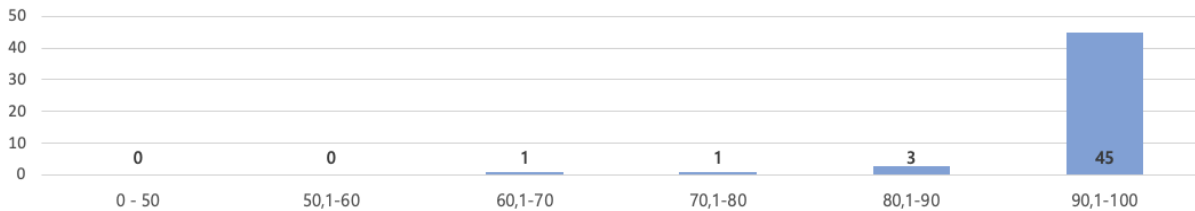
PUNTEGGIO MINIMO

69

PUNTEGGIO MEDIO

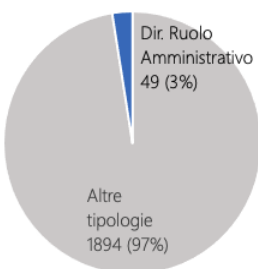
97,35

Distribuzione punteggi



Focus Dirigenza Ruolo Amministrativo

N° e % di valutati (su totale Dirigenza più Comparto con incarico)



PUNTEGGIO MASSIMO

100

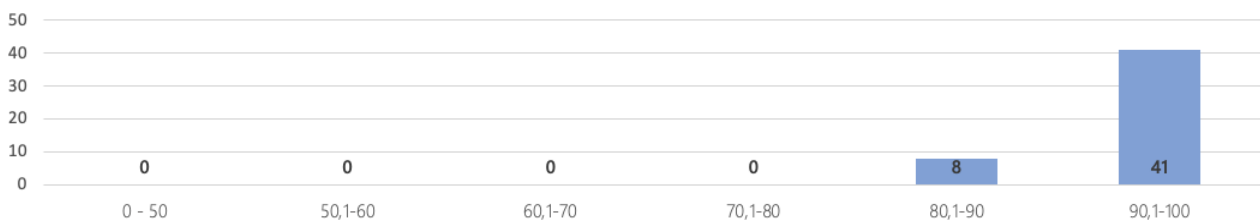
PUNTEGGIO MINIMO

84

PUNTEGGIO MEDIO

97,16

Distribuzione punteggi



Si riportano di seguito i risultati di performance individuale del Personale del Comparto con incarico di funzione valutati nel corso dell'anno 2024 (rif. **Regolamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance organizzativa e individuale, adottato con la delibera n. 962 del 28.09.2020, e Obiettivi specifici di performance anno 2024, assegnati con la delibera del Direttore Generale n° 212 del 05/02/2024**), così come risulta dalla documentazione disponibile agli atti di questa Azienda (verbali dell'Organismo Indipendente di Valutazione o schede di valutazione della performance individuale).

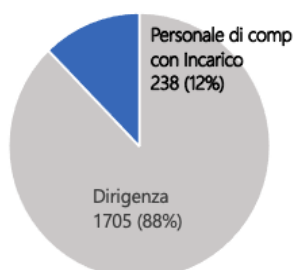
	N° dip. valutabili	N° dip. Valutati	Media	Min	Max
Comparto - Ruolo Sanitario	214	214	96,33	60	100
Comparto - Ruolo Sanitario Comandato	1	1	99	99	99
Comparto - Ruolo Socio Sanitario	5	4	99,75	99	100
Comparto - Ruolo Amministrativo	18	17	98,88	91	100
Comparto - Ruolo Tecnico	3	2	99	98	100
TOTALE COMPARTO	241	238	98,59	60	100

	FASCE PUNTEGGIO INDIVIDUALE						TOTALE
	0-50	50,1-60	60,1-70	70,1-80	80,1-90	90,1-100	
Comparto - Ruolo Sanitario	-	1	5	9	19	180	214
Comparto - Ruolo Sanitario Comandato	-	-	-	-	-	1	1
Comparto - Ruolo Socio Sanitario	-	-	-	-	-	4	4
Comparto - Ruolo Amministrativo	-	-	-	-	-	17	17
Comparto - Ruolo Tecnico	-	-	-	-	-	2	2
TOTALE COMPARTO	-	1	5	9	19	204	238

Relazione Performance anno 2024

Focus **Aggregato** Personale di Comparto con incarico

N° e % di valutati (su totale Dirigenza più Comparto con incarico)



PUNTEGGIO MASSIMO

100

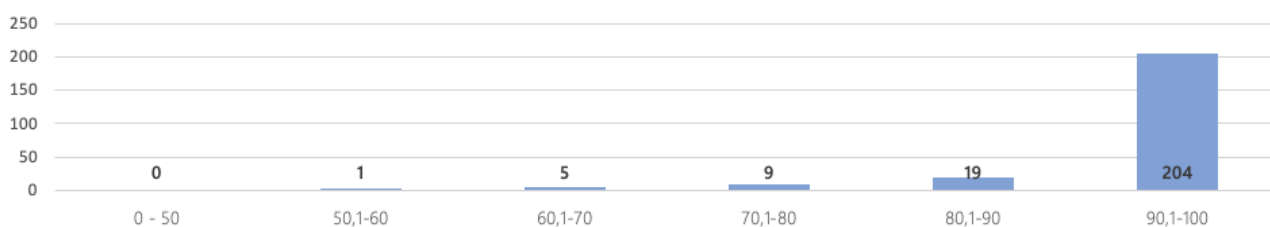
PUNTEGGIO MINIMO

60

PUNTEGGIO MEDIO

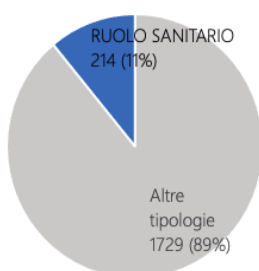
98,59

Distribuzione punteggi



Focus Personale di comparto con incarico: RUOLO SANITARIO

N° e % di valutati



PUNTEGGIO MASSIMO

100

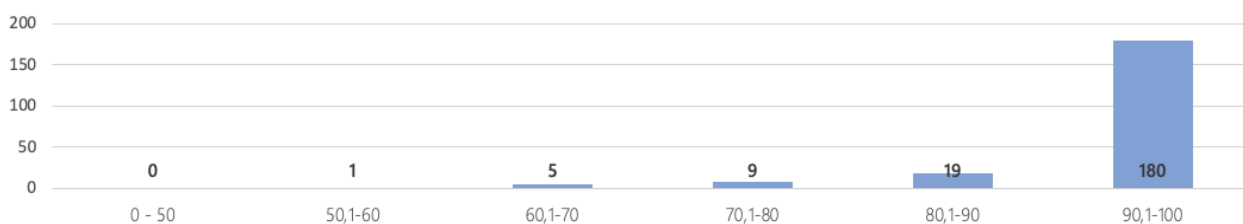
PUNTEGGIO MINIMO

60

PUNTEGGIO MEDIO

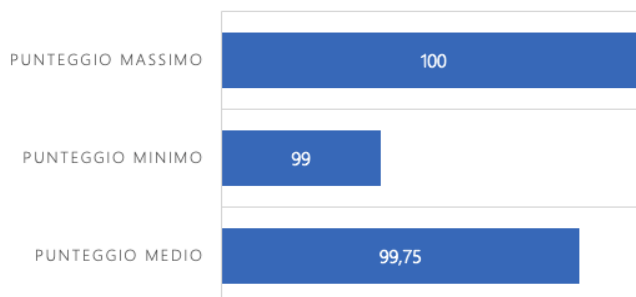
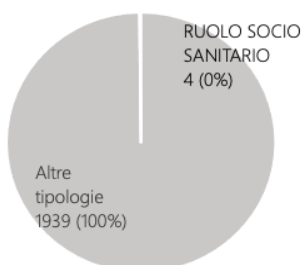
96,33

Distribuzione punteggi



Focus Personale di comparto con incarico: RUOLO SOCIO SANITARIO

N° e % di valutati

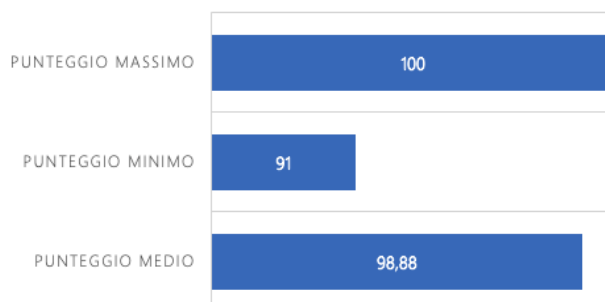
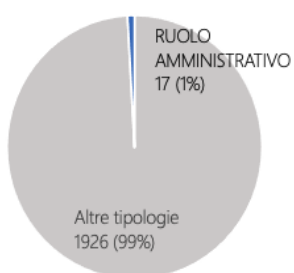


Distribuzione punteggi

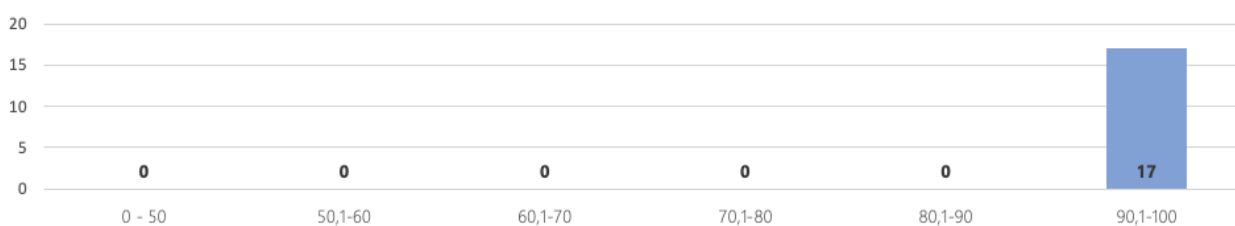


Focus Personale di comparto con incarico: RUOLO AMMINISTRATIVO

N° e % di valutati



Distribuzione punteggi



4. RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITA'

Con delibera del Direttore Generale n° 315 del 21 febbraio 2024 è stato riadottato il bilancio economico preventivo dell'A.S.L. Napoli 1 Centro per l'anno 2024 composto dalla Relazione programmatica predisposta dal Direttore dell'UOC Programmazione e Pianificazione Aziendale, dal Conto Economico preventivo 2024, dalla Nota Illustrativa al Conto economico preventivo 2024, dal Rendiconto finanziario 2024, dal Modello CE redatto secondo lo schema ministeriale e dal Piano degli investimenti predisposto della UU.OO.CC. competenti.

Con delibera del Direttore Generale n° 1506 del 18 luglio 2025 è stato riadottato il bilancio consuntivo per l'anno 2024 composto dalla Relazione del Direttore Generale, dallo Stato patrimoniale al 31/12/2024, dal Conto Economico 2024, dalla nota integrativa al bilancio 2024, dal SP e CE ministeriale secondo il nuovo modello approvato con Decreto del Ministero della Salute il 24/05/2019 e dal Rendiconto finanziario 2024.

5. PARI OPPORTUNITA' E BILANCIO DI GENERE

5.1 Il CUG – Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità

Il CUG, organismo introdotto dalla Legge 183/2010, non solo assume, unificandole in una logica di continuità, tutte le funzioni precedentemente attribuite ai Comitati per le Pari Opportunità ed ai Comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, ma si presenta come organismo nuovo, con compiti e funzioni molto più ampi ed in linea con l'attuale processo di razionalizzazione della Pubblica Amministrazione.

Il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni ha composizione paritetica ed è formato da un componente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello di amministrazione, ai sensi degli artt. 40 e 43 del D.lgs. 165/2001, e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione, nonché da altrettanti componenti supplenti.

Il Presidente del Comitato unico di garanzia è designato dalla Direzione Generale.

Il Comitato unico di garanzia esercita compiti propositivi, consultivi e di verifica, nell'ambito delle competenze allo stesso demandate dalla normativa e dai CCNL.

Al CUG sono assegnati i seguenti obiettivi:

- assicurare parità e pari opportunità di genere, garantendo l'assenza di qualsiasi discriminazione relativa al genere, alla razza, all'età, all'orientamento sessuale, all'origine etnica, alla disabilità, alla lingua ed alla religione;

- favorire l'ottimizzazione della produttività del lavoro, migliorando l'efficienza, anche attraverso la realizzazione di un ambiente di lavoro caratterizzato dal benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi discriminazione;
- partecipare a rendere efficiente, efficace e trasparente l'organizzazione della A.S.L. Napoli 1 Centro;
- contribuire all'ottimizzazione della produttività del lavoro, migliorando l'efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori.

In data 16 Marzo 2017 è stato emesso Avviso di interpello per l'acquisizione della dichiarazione di disponibilità a far parte delle componenti dell'Amministrazione del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG) nell'A.S.L. Napoli 1 Centro.

Con delibera n. 685 del 25/10/2017 è stato costituito il CUG dell'A.S.L. Napoli 1 Centro, la cui composizione garantisce la parità di genere, è paritetica, con i componenti designati dalle OO.SS. maggiormente rappresentative ed i componenti designati dall'Azienda, delle aree della dirigenza e del comparto, nominati ai sensi della direttiva emanata il 4 marzo 2011 dal Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione di concerto con il Dipartimento della Funzione Pubblica ed il Ministro per le Pari Opportunità.

Con delibera n. 1132 del 28/12/2017 è stato approvato il Regolamento per il funzionamento del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG) dell'A.S.L. Napoli 1 Centro.

Con delibera n. 1774 del 28/08/2018 l'A.S.L. Napoli 1 Centro ha preso atto del Protocollo d'Intesa sottoscritto tra la Consiglieria di Pari Opportunità della Regione Campania ed i Presidenti dei Comitati Unici di Garanzia (CUG) del Settore Sanità del territorio della Regione Campania, finalizzato all'implementazione delle iniziative tese a favorire le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.

Con delibera n. 262 del 16/02/2022 è stato approvato l'Avviso di Interpello per l'acquisizione della manifestazione di disponibilità, da parte dei dipendenti a tempo indeterminato della ASL Napoli 1 Centro, a far parte della componente aziendale, per il rinnovo del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG).

Con delibera n. 1020 del 01/06/2022 è stata nominata la Commissione per la valutazione delle manifestazioni di disponibilità, da parte dei dipendenti a tempo indeterminato della ASL Napoli 1 Centro, a far parte della componente aziendale, per il rinnovo del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG), di cui all'Avviso di Interpello approvato con delibera n. 262/2022.

Con delibera n. 305 del 28/02/2023 si è proceduto al rinnovo del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG) dell'A.S.L. Napoli 1 Centro e ne sono stati nominati i componenti.

Con delibera n. 632 del 19/04/2023 si è proceduto ad una modifica e integrazione della delibera n. 305 del 28/02/2023.

Con delibera n. 1725 del 29/09/2023 è stato adottato il *"Regolamento per il funzionamento del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni"* e si è proceduto ad una rimodulazione dei componenti, titolari e sostituti, del CUG.

5.2 Benessere Organizzativo

La realizzazione ed il mantenimento del benessere fisico e psicologico delle persone, attraverso la costruzione di ambienti e relazioni di lavoro che contribuiscano al miglioramento della qualità della vita dei lavoratori e delle prestazioni, la sussistenza di un clima organizzativo che stimoli la creatività e l'apprendimento, l'ergonomia e la sicurezza degli ambienti di lavoro, costituiscono un punto strategico per raggiungere obiettivi di efficacia e di produttività.

Ciò è necessario ed indispensabile per:

- valorizzare le risorse umane;
- aumentare la motivazione dei dipendenti;
- migliorare i rapporti tra i vari dipendenti dell'Azienda;
- accrescere il senso di appartenenza e di soddisfazione per la propria Azienda;
- migliorare l'immagine interna ed esterna e la qualità dei servizi forniti;
- diffondere la cultura della partecipazione quale presupposto dell'orientamento al risultato piuttosto della cultura del mero apprendimento;
- prevenire rischi psico-sociali.

6. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

6.1 Fasi, soggetti, tempi e responsabilità

La stesura della Relazione di Performance tiene conto di quanto predisposto all'interno del Piano della Performance.

All'interno del Piano vengono valutate le azioni necessarie per la costituzione di un sistema di misurazione delle performance all'interno del quadro degli adempimenti normativi finalizzate altresì alla gestione del salario di risultato. Nel Piano, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori, i target e gli standard. Questi costituiscono gli elementi fondamentali su cui si basa la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

Il regolamento di misurazione e valutazione della performance prevede meccanismi e criteri per la misurazione e la valutazione della performance organizzativa, ovvero dei risultati conseguiti dalle strutture organizzative (Dipartimenti Strutturali, Presidi Ospedalieri, Distretti Sanitari di Base, UU.OO.CC., UU.OO.SS.DD., UU.OO.SS., UU.OO.SS. in staff, linee di attività di particolare complessità e rilevanza aziendale), e della performance individuale.

La misurazione della performance organizzativa è un presupposto indispensabile per una compiuta valutazione della performance sia organizzativa sia individuale.

La funzione di valutazione di prima istanza della performance per l'anno 2024 è svolta, ai sensi del Regolamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance organizzativa e individuale, adottato con la delibera n. 962 del 28.09.2020:

La misurazione e valutazione di prima istanza viene effettuata dal diretto superiore gerarchico, in modo da garantire la diretta conoscenza dell'attività del valutato.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) svolge la funzione di valutazione di seconda istanza della performance dei Dirigenti. Per il personale dell'Area del Comparto con incarico di funzione, l'O.I.V. non entra nel merito della valutazione ma può effettuare un monitoraggio a campione, cioè può esprimere un parere di convalida o meno degli esiti valutativi sulla base del confronto delle schede di valutazione del valutato, verificando, quindi, la correttezza formale del procedimento effettuata dal valutatore.

Si riporta di seguito uno schema riassuntivo sui tempi che hanno caratterizzato il ciclo della performance 2024 fino all'adozione della Relazione:

Adozione Piano della Performance 2024-2026	Approvazione PIAO 2024 - 2026	Assegnazione Obiettivi Specifici di Performance	Assegnazione a cascata Obiettivi Specifici di Performance	Monitoraggio Intermedio	Chiusura Rendicontazione Risultati Raggiunti	Adozione Relazione Performance
29 Gennaio 2024	31 Gennaio 2024	05 Febbraio 2024	Febbraio – Marzo 2024	Giugno – Luglio – Settembre 2024	Settembre 2025	Ottobre 2025*

*Il differimento dei tempi (30/06) è riconducibile alla necessità di garantire la piena coerenza e attendibilità dei dati utilizzati per la valutazione della performance. In particolare, la tempistica di elaborazione e consolidamento dei dati aziendali, derivante dalla complessità organizzativa, non è risultata perfettamente allineata con i tempi ordinari di predisposizione della Relazione.

6.2 Punti di forza e di debolezza del ciclo di gestione della performance

La capillarità della distribuzione degli obiettivi è sicuramente uno dei punti di forza del sistema di valutazione attivato alla A.S.L. Napoli 1 Centro, considerando i numeri di cui si tratta.

Un punto di forza che è possibile riscontrare nel sistema di valutazione aziendale è sicuramente legato alla assegnazione degli obiettivi che prevede l'assegnazione degli stessi non soltanto alle strutture organizzative ma anche a tutto il personale dirigente e di comparto.

Un ulteriore punto di forza ha riguardato la definizione degli obiettivi assegnati e la loro integrazione con il Programma per la Trasparenza e Piano per la prevenzione della Corruzione.

Per un ulteriore miglioramento del ciclo di gestione della performance si sta operando in funzione di:

- proseguire il lavoro di potenziamento del sistema informatico per la messa a punto di una gestione informatizzata dei dati e della reportistica, anche nell'ottica dell'effettuazione del monitoraggio intermedio, finalizzato all'avvio di eventuali azioni correttive utili e opportune per la rimodulazione degli obiettivi; allo stato, come detto, continua la progressiva implementazione del nuovo sistema informatico aziendale che prevede, tra l'altro, un modulo relativo alla gestione del ciclo della performance che automatizzi il processo di gestione e valutazione della performance organizzativa e individuale in tutte le fasi in cui esso si svolge e la digitalizzazione di tutta la documentazione sanitaria; l'Azienda, inoltre, si è dotata di un sistema di cruscotto direzionale, con particolare ma non esclusivo riferimento agli indicatori L.E.A. del Nuovo Sistema di Garanzia, che consentirà di monitorare l'andamento degli obiettivi di performance assegnati, anche a livello delle singole macrostrutture ed unità operative aziendali, al fine di avviare eventuali azioni correttive;
- proseguire il lavoro sulla condivisione e piena attuazione del modello organizzativo proposto, nella consapevolezza che in una organizzazione complessa come la A.S.L. Napoli 1 Centro, un tale cambiamento richiede tempo e messa in campo di risorse;
- proseguire il lavoro finalizzato a conferire una sempre maggiore stabilità all'assetto organizzativo aziendale e delineare una chiara configurazione aziendale. A tal riguardo si sottolinea la prosecuzione del percorso già attuato dall'Azienda con l'assegnazione con procedure formali e trasparenti degli incarichi ai Direttori/Responsabili delle articolazioni interne aziendali.

ALLEGATO 1: PROSPETTO RELATIVO ALLE PARI OPPORTUNITA' E AL BILANCIO DI GENERE

Il prospetto relativo alle pari opportunità e al bilancio di genere dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro, contiene a consuntivo le informazioni di seguito evidenziate, secondo un criterio di rilevanza in relazione alla missione/mandato di questa Azienda, nonché al contesto di riferimento.

Da diversi anni l'Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro considera il tema delle pari opportunità un elemento di fondamentale importanza nell'ottica dello sviluppo delle risorse professionali e strutturali dell'Azienda, quale elemento trasversale orientato a modificare il funzionamento organizzativo. La gestione delle pari opportunità, quindi, non intende rispondere soltanto ai fondamentali obiettivi di equità e a un corretto riconoscimento del merito, ma costituisce, altresì, una leva importante per il potenziamento dell'efficienza organizzativa e, di conseguenza, per l'incremento progressivo della qualità delle prestazioni erogate al pubblico, nel momento in cui valorizza le differenze di genere in ordine a rigore, sensibilità, attenzione alle esigenze degli utenti e alla condivisione delle informazioni. In considerazione di un elevato grado di maturità raggiunto, il tema delle pari opportunità nell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro è stato affrontato in maniera sistematica, sia nella prospettiva interna (in quanto datore di lavoro), sia nella prospettiva esterna (in quanto produttore di beni e servizi), sia esplodendo le molteplici dimensioni che caratterizzano tale tema (genere, disabilità, ecc). Pertanto, risulta possibile contribuire, da un lato, al benessere organizzativo (interno), dall'altro lato, al benessere sociale (esterno).

Il Comitato Unico di Garanzia (CUG), organismo introdotto dalla Legge 183/2010, non solo assume, unificandole in una logica di continuità, tutte le funzioni precedentemente attribuite ai Comitati per le Pari Opportunità ed ai Comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, ma si presenta come organismo nuovo, con compiti e funzioni molto più ampi ed in linea con l'attuale processo di razionalizzazione della Pubblica Amministrazione.

Il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni ha composizione paritetica ed è formato da un componente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello di amministrazione, ai sensi degli artt. 40 e 43 del D.lgs. 165/2001, e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione, nonché da altrettanti componenti supplenti.

Il Presidente del Comitato Unico di Garanzia è designato dalla Direzione Generale.

Il Comitato Unico di Garanzia esercita compiti propositivi, consultivi e di verifica, nell'ambito delle competenze allo stesso demandate dalla normativa e dai CCNL.

Al CUG sono assegnati i seguenti obiettivi:

- assicurare parità e pari opportunità di genere, garantendo l'assenza di qualsiasi discriminazione relativa al genere, alla razza, all'età, all'orientamento sessuale, all'origine etnica, alla disabilità, alla lingua ed alla religione;
- favorire l'ottimizzazione della produttività del lavoro, migliorando l'efficienza, anche attraverso la realizzazione di un ambiente di lavoro caratterizzato dal benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi discriminazione;
- partecipare a rendere efficiente, efficace e trasparente l'organizzazione della A.S.L. Napoli 1 Centro;
- contribuire all'ottimizzazione della produttività del lavoro, migliorando l'efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori.

ALLEGATO 2: TABELLA OBIETTIVI STRATEGICI

Con la D.G.R.C. n. 319 del 21/06/2022 al Direttore Generale della A.S.L. Napoli 1 Centro sono stati assegnati gli obiettivi di carattere generale di seguito indicati:

- a) Il raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda sanitaria;
- b) Il conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Livelli essenziali di Assistenza;
- c) Il rispetto dei tempi di pagamento.

Al Direttore Generale, inoltre, sono stati assegnati i seguenti obiettivi specifici:

- a) garanzia dei livelli essenziali di assistenza monitorati attraverso il sottoinsieme di 22 indicatori definito "CORE" del Nuovo Sistema di Garanzia;
- b) rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionale Intramurarie;
- c) continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi;
- d) obiettivi di produzione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale come determinati nel documento allegato alla delibera di Giunta regionale n. 210 del 4 maggio 2022.

Al Direttore Generale sono stati assegnati, altresì, i seguenti ulteriori obiettivi tematici:

- a) attuazione della rete aziendale dei laboratori pubblici in conformità con la programmazione regionale;
- b) digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali nel rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite nel D.M. 23.12.2019 e ss.mm.ii. e nei provvedimenti regionali;
- c) erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico secondo le linee di indirizzo regionali;
- d) puntuale monitoraggio delle attività inerenti alle prestazioni rese in regime di accreditamento.

ALLEGATO 3: ELENCO DOCUMENTI CORRELATI AL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

- ✓ delibera della Giunta Regionale della Campania n° 319 del 21/06/2022 avente ad oggetto “ASL Napoli 1 Centro - Nomina Direttore Generale”, con cui è stato individuato il dott. ing. Ciro Verdoliva quale Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro;
- ✓ Decreto del Presidente della Giunta Regionale Campania n° 104 del 04/08/2022 avente ad oggetto “Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro - Direttore Generale. Determinazioni”;
- ✓ delibera del Direttore Generale A.S.L. Napoli 1 Centro n° 1502 del 09/08/2022, avente ad oggetto “Delibera di Giunta Regionale della Campania n°319 del 21.06.2022 avente ad oggetto “*ASL Napoli 1 Centro – nomina Direttore Generale*” e Decreto P.G.R.C. n°104 del 04.08.2022. *Immissione nelle funzioni di Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro del dott. Ing. Ciro Verdoliva.*”;
- ✓ D.L.gs 27 Ottobre 2009, n° 150 avente ad oggetto “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”;
- ✓ delibera del Direttore Generale A.S.L. Napoli 1 Centro n° 685 del 25/10/2017 avente ad oggetto “Delibera di costituzione del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG) (D.Lgs. n. 165/2001) in ASL Napoli 1 Centro”;
- ✓ delibera del Direttore Generale A.S.L. Napoli 1 Centro n° 1725 del 29/09/2023 avente ad oggetto <Adozione “*Regolamento per il funzionamento del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni*” e rimodulazione dei componenti, titolari e sostituti, del CUG>;
- ✓ delibera del Direttore Generale A.S.L. Napoli 1 Centro n° 1308 del 13/07/2023 avente ad oggetto “Approvazione dell’Atto Aziendale dell’Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro, in conformità alla programmazione regionale DCA n°103/2018 (e successiva D.G.R.C. n° 378/2020) e DCA n°83/2019 (come integrato e modificato dalla D.G.R.C. n°682/2022) nonché alla D.G.R.C. n° 390 del 30.06.2023”;

- ✓ delibera del Direttore Generale A.S.L. Napoli 1 Centro n° 642 del 14/04/2022 avente ad oggetto “Organismo Indipendente di Valutazione della performance in forma collegiale dell’ASL Napoli 1 Centro – nomina componenti”;
- ✓ delibera del Direttore Generale A.S.L. Napoli 1 Centro n° 1094 del 19/05/2025 avente ad oggetto “Organismo Indipendente di Valutazione della performance (O.I.V.) in forma collegiale – Provvedimenti ex art. 1, comma 10-quinquies, L. 21.02.2025 n°15”;
- ✓ delibera del Direttore Generale A.S.L. Napoli 1 Centro n° 163 del 27/01/2025 avente ad oggetto “Ricostituzione della Struttura Tecnica Permanente (S.T.P.) a supporto dell’Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) dell’ASL Napoli 1 Centro”;
- ✓ delibera del Direttore Generale A.S.L. Napoli 1 Centro n° 962 del 28/09/2020 avente ad oggetto <Adozione “Regolamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della performance organizzativa e individuale – Rev. 1 – Settembre 2020” dell’A.S.L. Napoli 1 Centro. Revoca Delibera n. 2206 del 16/11/2018>;
- ✓ delibera del Direttore Generale A.S.L. Napoli 1 Centro n° 173 del 29/01/2024, avente ad oggetto “Adozione del Piano della Performance 2024-2026”;
- ✓ delibera del Direttore Generale A.S.L. Napoli 1 Centro n° 212 del 05/02/2024 avente ad oggetto “Assegnazione obiettivi specifici di performance anno 2024”;
- ✓ delibera del Direttore Generale A.S.L. Napoli 1 Centro n° 197 del 31/01/2024 avente ad oggetto “Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2024-2026. Approvazione”;
- ✓ delibera del Direttore Generale n° 315 del 21/02/2024 avente ad oggetto “Riadozione Bilancio Economico Preventivo 2024”.
- ✓ delibera del Direttore Generale n° 1506 del 18/07/2025 avente ad oggetto “Bilancio Consuntivo 2024. Riadozione”.